REPUBLIKA SLOVENIJA
MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE

KAZALNIKI KAKOVOSTI V ZDRAVSTVU

LETNO POROČILO ZA LETO 2021

KAZALNIKI KAKOVOSTI V ZDRAVSTVU

LETNO POROČILO ZA LETO 2021

Urednika:

Denis Perko, 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 VII
RAZLAGA KRATIC VIII
AVTORJI IX
KK2 – IZKLJUČNO DOJENJE ix
KK3, 4, 5 IN 7 – BOLNIŠNIČNI SPREJEMI ZARADI KRONIČNIH BOLEZNI ix
KK8, 9, 10, 11, 12, 13 IN 14 – NALEZLJIVE BOLEZNI ix
KK21 – RAZJEDE ZARADI PRITISKA ix
KK22 – ČAKALNA DOBA ZA CT ix
KK23 – UČINKOVITOST DELA V OPERACIJSKEM BLOKU ix
KK24 – TRAJANJE BOLNIŠNIČNEGA BIVANJA ix
KK28 – STOPNJA AMPUTACIJ SPODNJIH OKONČIN ZARADI SLADKORNE BOLEZNI ix
KK25 – STOPNJA SPREJEMOV ZARADI SLADKORNE BOLEZNI ix
KK36 – POŠKODBE MED VAGINALNIM PORODOM ix
KK37 – DELEŽ CARSKIH REZOV ix
KK45 – ČAKANJE NA OPERACIJO V BOLNIŠNICI PO ZLOMU KOLKA (OSEB, STARIH 65 LET IN VEČ) ix
KK47 – POOPERACIJSKA GLOBOKA VENSKA TROMBOZA IN PLJUČNA EMBOLIJA ix
KK49 – DELEŽ ENODNEVNE KIRURGIJE ix
KK64 – SPREMLJANJE BOLNIŠNIČNE PORABE PROTIMIKROBNIH ZDRAVIL ix
KK65 – POŠKODBE OSEBJA Z OSTRIMI PREDMETI ix
KK67 – PADCI ix
KK69 – TUJKI V TELESU PO OPERACIJSKEM POSEGU ix
KK71 – MRSA ix
KK73 – POOPERACIJSKA SEPSA ix
DODATEK – HIGIENA ROK ix
UVOD 1
OSREDOTOČENOST NA BOLNIKA 3
KK2 – IZKLJUČNO DOJENJE 3
PROMOCIJA, PREVENTIVA IN PRIMARNO ZDRAVJE 9
BOLNIŠNIČNI SPREJEMI ZARADI KRONIČNIH BOLEZNI 9
KK3 – STOPNJA SPREJEMOV ZARADI ASTME 11
KK4 – STOPNJA SPREJEMOV ZARADI KOPB 13
KK5 – STOPNJA SPREJEMOV ZARADI KRONIČNEGA SRČNEGA POPUŠČANJA 15
KK7 – STOPNJA SPREJEMOV ZARADI HIPERTENZIJE 17

NALEZLJIVE BOLEZNI 20
KK8, KK9 in KK10 – DELEŽ CEPLJENIH PROTI OŠPICAM, DAVICI, TETANUSU, OSLOVSKEMU KAŠLJU IN HEPATITISU B 20
KK11 – DELEŽ CEPLJENIH PROTI GRIPI PRI OSEBAH, STARIH 65 LET IN VEČ 21
KK12, KK13 in KK14 – INCIDENCA OŠPIC, OSLOVSKEGA KAŠLJA IN HEPATITISA B 22
UČINKOVITOST ZDRAVSTVENE OSKRBE 23
KK21 – RAZJEDE ZARADI PRITISKA 23
KK22 – ČAKALNA DOBA ZA CT 25
KK23 – UČINKOVITOST DELA V OPERACIJSKEM BLOKU 26
KK24 – TRAJANJE BOLNIŠNIČNEGA BIVANJA 29
KK25 – STOPNJA SPREJEMOV ZARADI SLADKORNE BOLEZNI 42
KK28 – STOPNJA AMPUTACIJ SPODNJIH OKONČIN ZARADI SLADKORNE BOLEZNI 45
KK36 – POŠKODBE MED VAGINALNIM PORODOM 48
KK37 – DELEŽ CARSKIH REZOV 50
KK45 – ČAKANJE NA OPERACIJO V BOLNIŠNICI PO ZLOMU KOLKA (OSEB, STARIH 65 LET ALI VEČ) 55
KK47 – POOPERACIJSKA GLOBOKA VENSKA TROMBOZA IN PLJUČNA EMBOLIJA 57
KK49 – DELEŽ ENODNEVNE KIRURGIJE 61
KK64 – SPREMLJANJE BOLNIŠNIČNE PORABE PROTIMIKROBNIH ZDRAVIL 69
VARNOST BOLNIKA IN OSEBJA 75
KK65 – POŠKODBE OSEBJA Z OSTRIMI PREDMETI 75
KK67 – PADCI 76
KK69 – TUJKI V TELESU PO OPERACIJSKEM POSEGU 79
KK71 – MRSA 81
KK73 – POOPERACIJSKA SEPSA 83
DODATEK 86
HIGIENA ROK 86

KAZALO SLIK

Slika 1: Delež izključno dojenih »zdravih«* novorojenčkov v Sloveniji med letoma 2002 in 2021 4
Slika 2: Delež izključno dojenih »zdravih«* novorojenčkov v bolnišnicah s porodnišnicami v Sloveniji v letih 2011 in 2021 5
Slika 3. Stopnja sprejemov zaradi astme na 100.000 prebivalcev med letoma 2009 in 2021 v Sloveniji, standardizirana po starosti in spolu 12
Slika 4: Groba stopnja sprejemov zaradi astme na 100.000 prebivalcev po regijah, povprečna vrednost treh let (2019–2021) 12
Slika 5: Groba stopnja sprejemov zaradi astme na 100.000 prebivalcev po regijah med letoma 2009 in 2021 12
Slika 6: Stopnja sprejemov zaradi KOPB na 100.000 prebivalcev v Sloveniji med letoma 2009 in 2021, standardizirana po starosti in spolu 14
Slika 7: Groba stopnja sprejemov zaradi KOPB na 100.000 prebivalcev po regijah, povprečna vrednost treh let (2019–2021) 14
Slika 8: Groba stopnja sprejemov zaradi KOPB na 100.000 prebivalcev po regijah med letoma 2009 in 2021 14
Slika 9: Stopnja sprejemov zaradi srčnega popuščanja na 100.000 prebivalcev med letoma 2009 in 2021 v Sloveniji, standardizirana po starosti in spolu 16
Slika 10: Groba stopnja sprejemov zaradi srčnega popuščanja na 100.000 prebivalcev po regijah, povprečna vrednost treh let (2019–2021) 16
Slika 11: Groba stopnja sprejemov zaradi srčnega popuščanja na 100.000 prebivalcev po regijah med letoma 2009 in 2021 16
Slika 12: Stopnja sprejemov zaradi hipertenzije na 100.000 prebivalcev med letoma 2009 in 2021 v Sloveniji, standardizirana po starosti in spolu 18
Slika 13: Groba stopnja sprejemov zaradi hipertenzije na 100.000 prebivalcev po regijah, povprečna vrednost treh let (2019–2021) 18
Slika 14: Groba stopnja sprejemov zaradi hipertenzije na 100.000 prebivalcev med letoma 2009 in 2021 po posameznih regijah 18
Slika 15: Stopnja RZP na 100 sprejemov v bolnišnicah v Sloveniji v letu 2021 24
Slika 16: Delež naročil CT-preiskav za hospitalizirane bolnike, pri katerih je bila preiskava opravljena več kot 24 ur po naročilu, po nekaterih izvajalcih bolnišničnih storitev v Sloveniji v letu 2021 25
Slika 17: Delež izkoriščenosti operacijskih dvoran za bolnišnične posege v nekaterih slovenskih bolnišnicah v letu 2021 27
Slika 18: Delež izkoriščenosti operacijskih dvoran za ambulantne (dnevne) posege v nekaterih slovenskih bolnišnicah v letu 2021 27
Slika 19: Delež odpovedanih bolnišničnih operacij med vsemi načrtovanimi v nekaterih slovenskih bolnišnicah v letu 2021 28
Slika 20: Delež odpovedanih ambulantnih (dnevnih) operacij med vsemi načrtovanimi v nekaterih slovenskih bolnišnicah v letu 2021 28
Slika 21: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja zaradi holecistektomije v posameznih bolnišnicah v Sloveniji v letu 2021 31
Slika 22: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja zaradi holecistektomije v Sloveniji med letoma 2007 in 2021 31
Slika 23: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja zaradi glavne diagnoze pljučnica domačega okolja v nekaterih bolnišnicah v Sloveniji v letu 2021 33

Slika 24: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja zaradi glavne diagnoze pljučnica domačega okolja v Sloveniji med letoma 2005 in 2021 33
Slika 25: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja ob izvedbi koronarne premostitvene operacije po izvajalcih zdravstvene storitve v Sloveniji v letu 2021 35
Slika 26: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja ob izvedbi koronarne premostitvene operacije po izvajalcih zdravstvene storitve v Sloveniji med letoma 2007 in 2021 35
Slika 27: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja ob glavni diagnozi zlom kolka v posameznih bolnišnicah v letu 2021 37
Slika 28: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja ob glavni diagnozi zlom kolka v Sloveniji med letoma 2005 in 2021 37
Slika 29: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja zaradi tonzilektomije ali adenoidektomije v nekaterih bolnišnicah v letu 2021 39
Slika 30: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja zaradi tonzilektomije ali adenoidektomije v Sloveniji med letoma 2005 in 2021 39
Slika 31: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja ob glavni diagnozi akutna možganska kap v posameznih bolnišnicah v letu 2021 41
Slika 32: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja ob glavni diagnozi akutna možganska kap v Sloveniji med letoma 2005 in 2021 41
Slika 33: Stopnja bolnišničnih sprejemov zaradi sladkorne bolezni na 100.000 prebivalcev, standardizirana po starosti in spolu, med letoma 2009 in 2021 43
Slika 34: Groba stopnja sprejemov zaradi sladkorne bolezni na 100.000 prebivalcev po regijah, povprečna vrednost treh let (2019–2021) 43
Slika 35: Groba stopnja sprejemov zaradi sladkorne bolezni na 100.000 prebivalcev po regijah med letoma 2009 in 2021 44
Slika 36: Starostno standardizirana stopnja amputacij spodnjih okončin zaradi sladkorne bolezni na 100.000 prebivalcev med letoma 2009 in 2021 46
Slika 37: Groba stopnja amputacij spodnjih okončin zaradi sladkorne bolezni na 100.000 prebivalcev po regijah, povprečna vrednost treh let (2019–2021) 46
Slika 38: Starostno standardizirana stopnja amputacij spodnjih okončin zaradi sladkorne bolezni na 100.000 prebivalcev med letoma 2009 in 2021 po posameznih regijah 47
Slika 39: Delež poškodb presredka III. in IV. stopnje pri vaginalnih porodih brez uporabe instrumentov v bolnišnicah s porodnišnicami v Sloveniji v letih 2007–2011, 2012–2016 in 2017–2021 49
Slika 40: Delež otrok*, rojenih s carskim rezom, v Sloveniji med letoma 2002 in 2021 50
Slika 41: Delež otrok*, rojenih s carskim rezom, v bolnišnicah s porodnišnicami v Sloveniji v letih 2010 in 2021 51
Slika 42: Skupine porodnic po Robsonovi klasifikaciji (povzeto po 6) 52
Slika 43: Delež porodov s carskim rezom, po Robsonovih skupinah in v bolnišnicah s porodnišnicami v Sloveniji, 2021 53
Slika 44: 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 2021 55
Slika 45: 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 2021 56
Slika 46: Delež sprejemov oseb z zlomom kolka in nato operiranih v dveh koledarskih dneh, povprečna vrednost treh let (2019–2021) 56
Slika 47: 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 2021 58
Slika 48: 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 2021 58

Slika 49: Stopnja primerov pljučne embolije na 100.000 sprejemov zaradi vstavitve kolčne ali kolenske endoproteze v posameznih bolnišnicah med letoma 2012 in 2021 59
Slika 50: Groba stopnja primerov pljučne embolije na 100.000 sprejemov zaradi vstavitve kolčne ali kolenske endoproteze v bolnišnicah, povprečna vrednost treh let (2019–2021) 59
Slika 51: Stopnja primerov globoke venske tromboze na 100.000 sprejemov zaradi vstavitve kolčne ali kolenske endoproteze v posameznih bolnišnicah med letoma 2012 in 2021 60
Slika 52: Groba stopnja primerov globoke venske tromboze na 100.000 sprejemov zaradi vstavitve kolčne ali kolenske endoproteze v bolnišnicah, povprečna vrednost treh let (2019–2021) 60
Slika 53: Delež enodnevne kirurgije zaradi artroskopije kolena v Sloveniji med letoma 2009 in 2021 62
Slika 54: Delež enodnevne kirurgije zaradi artroskopije kolena v Sloveniji po izvajalcih v letu 2021... 62
Slika 55: Delež enodnevne kirurgije zaradi artroskopije kolena po posameznih izvajalcih med letoma 2009 in 2021 63
Slika 56: Delež enodnevne kirurgije zaradi hernioplastike ingvinalne hernije v Sloveniji med letoma 2009 in 2021 64
Slika 57: Delež enodnevne kirurgije zaradi hernioplastike ingvinalne hernije po izvajalcih v letu 2021 64
Slika 58: Delež enodnevne kirurgije zaradi hernioplastike ingvinalne hernije v Sloveniji po izvajalcih med letoma 2009 in 2021 65
Slika 59: Delež enodnevne kirurgije zaradi tonzilektomije in/ali adenoidektomije v Sloveniji med letoma 2009 in 2021 66
Slika 60: Delež enodnevne kirurgije zaradi holecistektomije v Sloveniji med letoma 2009 in 2021 66
Slika 61: Delež enodnevne kirurgije zaradi operacije krčnih žil v Sloveniji med letoma 2009 in 2021 . 67
Slika 62: Delež enodnevne kirurgije zaradi operacije krčnih žil po posameznih izvajalcih v letu 2021. 67
Slika 63: Delež enodnevne kirurgije zaradi operacije krčnih žil po posameznih izvajalcih med letoma 2009 in 2021 68
Slika 64: Poraba antibiotikov (J01) v Sloveniji med letoma 2003 in 2021 (DDD na 100 sprejemov) 70
Slika 65: Poraba antibiotikov (J01) v Sloveniji med letoma 2003 in 2021 (DDD na 100 BOD) 70
Slika 66: Poraba antibiotikov (J01) v Sloveniji med letoma 2003 in 2021 (DDD na 1000 prebivalcev na dan) 71
Slika 67: Poraba protiglivičnih zdravil (J02) v Sloveniji med letoma 2010 in 2021 (DDD na 1000 prebivalcev na dan) 71
Slika 68: Poraba protivirusnih zdravil (J05) v Sloveniji med letoma 2010 in 2021 (DDD na 1000 prebivalcev na dan) 72
Slika 69: Poraba protivirusnih zdravil (J05) v posameznih zdravstvenih ustanovah v letu 2021 (DDD na 100 BOD) 73
Slika 70: Poraba protiglivičnih zdravil (J02) v posameznih zdravstvenih ustanovah v letu 2021 (DDD na 100 BOD) 73
Slika 71: Poraba antibiotikov (J01) v posameznih zdravstvenih ustanovah v letu 2021 (DDD na 100 BOD) 74
Slika 72: Povprečno število poškodb osebja z ostrimi predmeti na leto na 100 zaposlenih pri nekaterih izvajalcih bolnišničnega zdravljenja v Sloveniji v letu 2021 75
Slika 73: Stopnja padcev v posameznih slovenskih bolnišnicah na 1000 dni hospitalizacije v letu 2021 77
Slika 74: Delež padcev s poškodbami v posameznih slovenskih bolnišnicah v letu 2021 78
Slika 75: Stopnja tujkov v telesu po operacijskem posegu na 100.000 operacijskih posegov v Sloveniji med letoma 2012 in 2021 79
Slika 76: Groba stopnja tujkov v telesu po operacijskem posegu na 100.000 operacijskih posegov po bolnišnicah, povprečna vrednost treh let (2019–2021) 80

Slika 77: Delež bolnikov, pri katerih je ugotovljena kolonizacija ali okužba z MRSA, v posamezni bolnišnici, glede na skupno število bolnikov, pri katerih je bila ugotovljena MRSA, v letu 2021 82
Slika 78: Groba stopnja primerov pooperacijske sepse zaradi kirurškega posega na 100.000 sprejemov, standardizirana po starosti in spolu, v Sloveniji med letoma 2012 in 2021..... 84
Slika 79: Groba stopnja primerov pooperacijske sepse zaradi kirurškega posega na 100.000 sprejemov, standardizirana po starosti in spolu, v posameznih bolnišnicah med letoma 2012 in 2021 84
Slika 80: Groba stopnja primerov pooperacijske sepse zaradi kirurškega posega na 100.000 sprejemov po posameznih bolnišnicah v Sloveniji, povprečna vrednost treh let (2019–2021) 85
Slika 81: Doslednost higiene rok v EIT in na DBO med letoma 2015 in 2021..... 88
Slika 82: Doslednost izvajanja higiene rok v izbranih bolnišnicah za DBO v letu 2021 89
Slika 83: Doslednost izvajanja higiene rok v izbranih bolnišnicah za EIT v letu 2021..... 89

KAZALO PREGLEDNIC

Preglednica 1: Groba stopnja sprejemov zaradi astme, KOPB, kroničnega srčnega popuščanja in hipertenzije na 100.000 prebivalcev po regijah v letu 2021 10
Preglednica 2: Delež cepljenih proti nekaterim nalezljivim boleznim v Sloveniji v letih od 2017 do vključno 2021 21
Preglednica 3: Delež oseb, starih 65 let in več, cepljenih proti gripi v sezonah 2016/17, 2017/18, 2018/19, 2019/20 in 2020/21 21
Preglednica 4: Število prijavljenih primerov in incidenčna stopnja nekaterih nalezljivih bolezni v Sloveniji v letih od 2012 do 2021 22
Preglednica 5: Specifikacije spremenljivk v posamezni Robsonovi skupini (povzeto po 6) 52
Preglednica 6: Poraba (DDD na 100 BOD) antibiotikov za sistemsko rabo (J01) na oddelkih splošnih bolnišnic (n = 10) in UKC (n = 2) med letoma 2016 in 2021 72
Preglednica 7: Higiena rok zdravstvenih delavcev in sodelavcev v EIT in na DBO za leto 2021 86
Preglednica 8: Higiena rok zdravstvenih delavcev in sodelavcev v EIT med letoma 2016 in 2021..... 87
Preglednica 9: Higiena rok na DBO med letoma 2016 in 2021 88

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)
CR – carski rez
CT – računalniška tomografija
CZBO – Center za zdravljenje bolezni otrok Šentvid pri Stični
DBO – drugi bolnišnični oddelki
DDD – določene dnevne doze
ECDC – Evropski center za preprečevanje in obvladovanje bolezni (angl. European centre for disease prevention and control)
EIT – enota intenzivne terapije
EU – Evropska unija
EUPAP – Evropski svetovalni odbor za razjedo zaradi pritiska (angl. European Pressure Ulcer Advisory Panel)
GVT – globoka venska tromboza
HCQI – kazalniki kakovosti zdravstvenega varstva (angl. Health Care Quality Indicators)
KK – kazalnik kakovosti
KOPB – kronična obstruktivna pljučna bolezen
MC Medicor – Medicinski center Medicor
MKB – mednarodna klasifikacija bolezni
MKZ – Mladinsko klimatsko zdravilišče Rakitna
MRSA – proti meticilinu odporni *Staphylococcus aureus* (*methicillin*-resistant *Staphylococcus aureus*)
MZ – Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije
NIJZ – Nacionalni inštitut za javno zdravje
OB – Ortopedska bolnišnica Valdoltra
OI – Onkološki inštitut (Ljubljana)
OECD – Organizacija za gospodarsko sodelovanje in razvoj (angl. Organisation for Economic Co-operation and Development)
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 Republike Slovenije
RZP – razjede zaradi pritiska
SB – splošna bolnišnica
SRSS – Program za podporo strukturnim reformam /angl. Structural Reform Support Programme)
SZO – Svetovna zdravstvena organizacija
UKC – univerzitetni klinični center
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

KK21 – RAZJEDE ZARADI PRITISKA
Denis Perko

KK22 – ČAKALNA DOBA ZA CT
Denis Perko

KK23 – UČINKOVITOST DELA V OPERACIJSKEM BLOKU
Denis Perko

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

KK65 – POŠKODBE OSEBJA Z OSTRIMI PREDMETI
Denis Perko

KK67 – PADCI
Denis Perko

KK69 – TUJKI V TELESU PO OPERACIJSKEM POSEGU
Denis Perko

KK71 – MRSA
Denis Perko

KK73 – POOPERACIJSKA SEPSA
Denis Perko

DODATEK – HIGIENA ROK
Denis Perko

UVOD

Pred vami je deveto letno poročilo glede kazalnikov kakovosti v zdravstvu. V času od izdaje Priročnika o kazalnikih kakovosti leta 2010 do izdaje tega letnega poročila se je pokazalo, da nekateri kazalniki kakovosti niso bili uporabljeni ali so neuporabni. V tem pogledu se je sočasno s projektom o varnosti v zdravstvu vzpostavil projekt prenove kazalnikov kakovosti. Končal se je leta 2022 z enim izmed končnih ciljev prenoviti nabor kazalnikov kakovosti. Vendar se ne glede na prenovo nabora kazalnikov kakovosti zdi, da se tako ne bo rešila ključna težava kazalnikov kakovosti, to je njihova uporaba. Tovrstni kazalniki zahtevajo redno sestajanje ključnih deležnikov ter pripravo in izvajanje ukrepov za zmanjševanje razlik med bolnišnicami. Poročila brez ustrezne preverbe ugotovitev, ali neka zdravstvena ustanova dosega dobre ali slabe rezultate na določenih zdravstvenih področjih, ne pripomorejo k izboljšanju kakovosti sistema zdravstvenega varstva v Sloveniji. Zdravstvene ustanove, ki v primerjavi z drugimi zdravstvenimi ustanovami dosegajo dobre ali ustrezne rezultate, bi bilo treba ustrezno pohvaliti in nagraditi, na drugi strani pa izvesti analizo razlogov za slabšo kakovost izvajanja zdravstvenih storitev s sprejetjem ustreznih aktov za odpravo pomanjkljivosti in izboljšanje kakovosti. Le tako se bo lahko izboljšala kakovost zdravstvenih storitev. Uvesti bi bilo treba tudi letna srečanja s primerjavami na ravni metodologije (primerjalna analiza oziroma »benchmarking«).

Poleg pomanjkljivega upoštevanja rezultatov poročil je očitno, da izvajalci zdravstvenih storitev lahko ne upoštevajo metodologije zbiranja podatkov ali podatke delno zbirajo ali jih sploh ne zbirajo. V preteklih letih so izvajalci zdravstvenih storitev večkrat prejeli prošnjo za skrbno in vestno zbiranje podatkov ter upoštevanje metodologij zbiranja podatkov. Večkrat se je pokazalo, da izvajalci zdravstvenih storitev niso ozaveščeni ali obveščeni o spremembi metodologij zbiranja podatkov, zlasti s strani Organizacije za gospodarsko sodelovanje in razvoj (OECD). OECD za nabor kazalnikov kakovosti, ki jih spremljamo tudi v naših poročilih, predvideva posodobitve metodologij zbiranja podatkov v dveletnih obdobjih. Neupoštevanje posodobitev lahko privede do napačnega zbiranja podatkov, analiz, interpretacij in mednarodnih primerjav. To se zlasti opazi pri kazalniku kakovosti 28 – 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 načinih izvajanja držav pri določanju prevalence 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. Zdi se, da izvajalci zdravstvenih storitev še vedno ne upoštevajo metodologije OECD in so v kazalnik zajeti tudi drugi vzroki amputacij spodnjih okončin. Slovenija tako še vedno ostaja ena od držav OECD z najslabšim rezultatom na področju amputacij spodnjih okončin zaradi sladkorne bolezni, kar je v popolnem nasprotju z drugimi kazalniki uspešnosti pri obravnavi te bolezni v Sloveniji.

V poročilu niso prikazane analize podatkov kazalnikov kakovosti 44 in 58, tj. 30-dnevna smrtnost zaradi možganske kapi in akutnega miokardnega infarkta. Podatki o 30-dnevni smrtnosti se

pripravljajo v tistih letih (na dve leti), ko se pripravljajo tudi za OECD. Posledično v letnem poročilu za leto 2021 niso prikazani. Gre za kazalnika, ki se iz leta v leto ne spreminjata tako intenzivno.

OSREDOTOČENOST NA BOLNIKA

KK2 – IZKLJUČNO DOJENJE

Materino mleko je idealna hrana za dojenčke. Je varna, čista in vsebuje protitelesa, ki otroka ščitijo proti številnim pogostim otroškim boleznim. Otroku zagotavlja vso energijo in hranila, ki jih potrebuje v prvih mesecih življenja, pokrije tudi več kot polovico otrokovih potreb po hranilnih snoveh v drugi polovici prvega leta starosti in do tretjine potreb v otrokovem drugem letu starosti. Dojenje pa ni samo hranjenje, ampak dojenčku zagotavlja tudi sprejetost, toplino, bližino in občutek varnosti, kar je zelo pomembno za čustveni razvoj otroka (**1**). V povezavi z okoljem dojenje ne onesnažuje, ne porablja naravnih virov, je trajnostno in je naravni vir hranil (**2**). Dojeni otroci se bolje izkažejo na inteligenčnih testih, manj verjetno bodo imeli preveliko telesno težo ali bili debeli in so manj dovzetni za kronične bolezni (kot je 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 2 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, nemoteni kožni stik med materjo in otrokom je najbolj učinkovita metoda za vzpostavitev izključnega dojenja. Izraz, da je dojenček »izključno dojen« (angl. 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 ter preprečuje nastanek težav pri dojenju. Če se dojenje ne vzpostavi, je treba doječi par obravnavati individualno, na voljo bi morala biti tudi možnost izbrizgavanja mleka (**8**).

Študije so pokazale, da ima izključno dojenje v trajanju šest mesecev kar nekaj prednosti v primerjavi z izključnim dojenjem v trajanju treh ali štirih mesecev in nato delnim dojenjem. Izključno dojenje v trajanju šest mesecev znižuje pogostost gastrointestinalnih infekcij pri otroku. Ne vpliva pa na pojav infekcijskih bolezni pri otroku, na pojav alergijskih bolezni, rast, debelost, zobni karies, kognitivne sposobnosti ali na obnašanje otroka. V državah v razvoju so opazili nižjo vrednost železa pri otrocih, izključno dojenih šest mesecev (**9, 10**). In vendar v svetu še vedno dva od treh otrok nista izključno dojena šest mesecev, kot je priporočeno, ta stopnja pa se že desetletja ni povišala. 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 ženskam, ki so v nosečnosti pridobile odvečno telesno težo, to hitreje in lažje izgubiti, znižuje tudi stopnjo debelosti pri materah. Raziskave so pokazale, da bodo ženske, ki dojijo, manj pogosto zbolele za rakom dojke ali jajčnika, da imajo manjše tveganje za osteoporozo in za koronarno srčno bolezen (**7**).

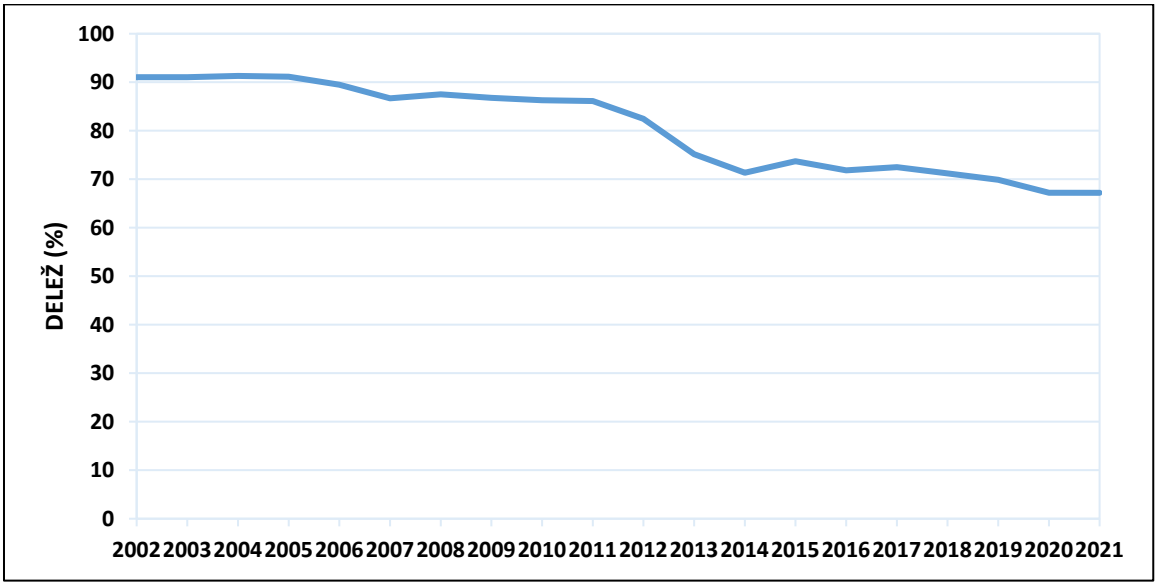
Pri podpori dojenju v porodnišnicah je ključno znanje osebja o dojenju. SZO še posebej poudarja vlogo osebja v porodnišnici, njihovega znanja, veščin in kompetenc glede dojenja za svetovanje in podporo mladim mamicam. Ob ustrezni obveščenosti o dojenju ter podpori zdravstvenih strokovnjakov, družine in okolja lahko doji večina mater (**11**). Neprimerno oglaševanje nadomestkov materinega mleka še naprej ovira prizadevanja za dvig stopnje dojenja in trajanja dojenja po svetu (**12**).

Kazalnik izključno dojenje naj bi prikazal delež izključno dojenih »zdravih« novorojenčkov v porodnišnicah. Izključno dojenje je bilo v projektu Performance assessment tool for quality

improvement in hospitals (PATH) določeno kot hranjenje izključno z materinim mlekom, lahko tudi izbrizganim (**13**). 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 in 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 pomembneje na rezultate.

Vir podatkov za pripravo kazalnika je perinatalni informacijski sistem (PIS), ki vključuje podatke o vseh porodih in rojstvih v 14 slovenskih porodnišnicah. Upravljavec 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, namreč da bi se izognili informacijski pristranosti, naj podatkov ne bi zbirale osebe, ki so neposredno vključene v nego matere in novorojenčka. Možnosti, ki se lahko zapišejo pri dojenju, so: DA, DELNO in NE. Kot izključno dojene smo upoštevali novorojenčke, pri katerih je bila zapisana vrednost DA.

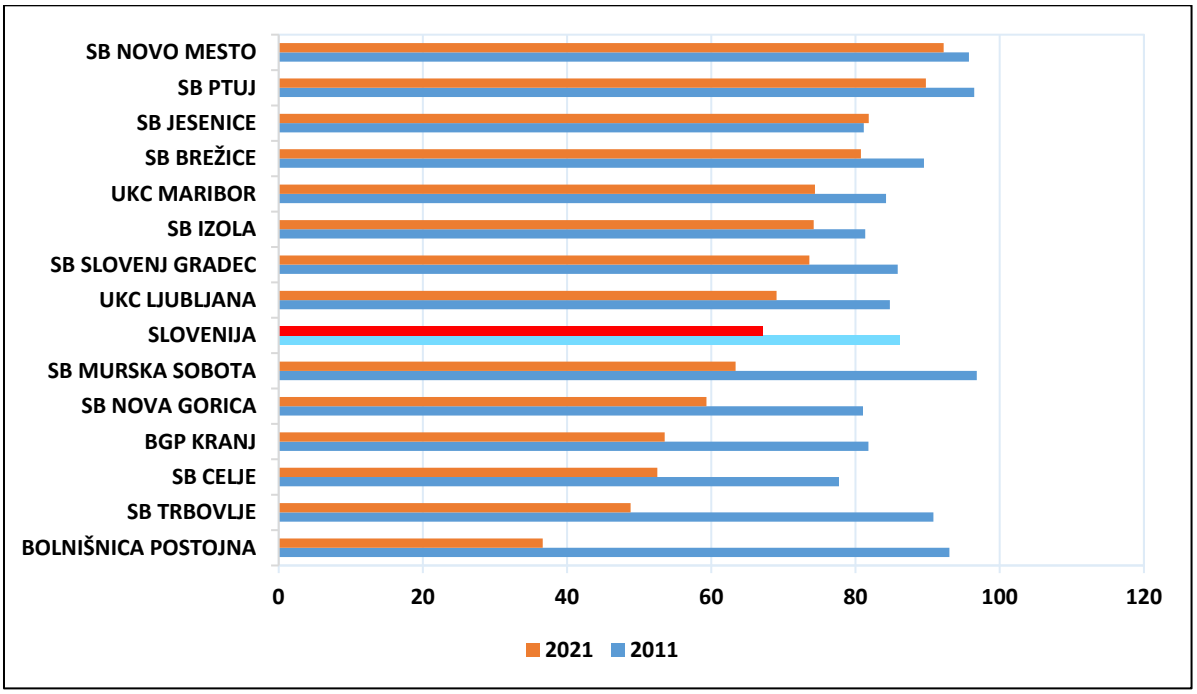
Slika 1: Delež izključno dojenih »zdravih«* novorojenčkov v Sloveniji med letoma 2002 in 2021



** Vključeni so enojčki, rojeni v porodnišnicah, težki 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 zapisane podatke v zadnjem desetletju precej zmanjšal, v letu 2021 pa je ostal popolnoma enak kot v letu 2020, in sicer je znašal 67,2 odstotka (**slika 1**). Na ravni države se je v zadnjih desetih letih delež izključno dojenih novorojenčkov zmanjšal za 19 odstotnih točk. Upad v primerjavi s preteklimi leti je večinoma posledica povečanega deleža novorojenčkov, pri katerih je bilo zapisano delno dojenje.

Slika 2: Delež izključno dojenih »zdravih«* novorojenčkov v bolnišnicah s porodnišnicami v Sloveniji v letih 2011 in 2021



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

Razlike med porodnišnicami tudi v letu 2021 ostajajo izjemno velike (**slika 2**). Delež izključno dojenih novorojenčkov se je leta 2021 gibal od 36,6 odstotka (Postojna) do 92,2 odstotka (Novo mesto), v večini porodnišnic pa je bil od 50- do 80-odstoten. V primerjavi z letom 2020 se je v slovenski porodnišnici z najmanjšim deležem izključno dojenih novorojenčkov (Postojna) delež podvojil (dojenje je narastlo za skoraj 18 odstotnih točk), medtem ko je v porodnišnici, ki je imela v letu 2020 največji delež izključno dojenih novorojenčkov (Novo mesto), ostal skoraj enak oziroma je upadel za 0,8 odstotne točke. Ob tem je povprečni delež izključno dojenih novorojenčkov v slovenskih porodnišnicah ostal popolnoma enak kot leto prej (67,2 %).

Velike razlike so presenetljive, saj ima večina slovenskih porodnišnic **certifikat novorojenčku prijazne porodnišnice (NPP)**, ta se podeljuje ustanovam, ki spodbujajo dojenje. Vsa leta je pri tem izjema porodnišnica Postojna, zadnja leta pa certifikata nima tudi porodnišnica Izola. Večji del razlike je posledica zapisovanja deleža delno dojenih novorojenčkov, ki se je leta 2021 gibal od skoraj 7 odstotkov (6,7 %) v porodnišnici Novo mesto do 62,8 odstotka v porodnišnici Postojna. Povprečni delež delno dojenih novorojenčkov v slovenskih porodnišnicah je v letu 2021 znašal 30 %. Delež delno dojenih je bil najmanjši pri **porodih na domu** (1,1 %), kjer se je v letu 2021 rodilo 93 otrok, od katerih je po poročilih v Sloveniji tudi največji delež izključno dojenih novorojenčkov (98,9 %). Razlike v deležu novorojenčkov, ki sploh niso bili dojeni, so manjše. Takšnih novorojenčkov je bilo v letu 2021 od 0,5 odstotka (Maribor) do 4,6 odstotka (Trbovlje), povprečno v Sloveniji nista bila dojena 2 odstotka novorojenčkov. Ti podatki so v primerjavi s tistimi iz leta 2020 nekoliko ugodnejši, torej v korist dojenja.

Zaznana gibanja so v zadnjih letih med porodnišnicami različna. Medtem ko nekatere porodnišnice še ugotavljajo pomembno upadanje deleža izključnega dojenja, v drugih delež ostaja na podobni ravni ali raste. Razveseljujoč je podvojeni delež izključno dojenih novorojenčkov v porodnišnici Postojna v letih 2020 in 2021 ter v enakem obdobju porast izključno dojenih za skoraj 11 odstotnih točk v

SB Jesenice, medtem ko je skrb vzbujajoč padec deleža izključno dojenih v porodnišnici Trbovlje za več kot 8 odstotnih točk. V isti porodnišnici (Trbovlje) je v letih 2020 in 2021 mogoče opaziti manjši odstotek nedojenih novorojenčkov za skoraj eno odstotno točko in pol.

Glede na velike razlike med deleži izključno dojenih novorojenčkov v porodnišnicah, ki jih opažamo zadnja leta, smo že pri pripravi predhodnih poročil pomislili na razlike pri zapisovanju, ki bi lahko nastale zaradi različnega razumevanja izrazov »izključno« in »delno« dojenje ter različnih praks zapisovanja podatkov. To domnevo smo potrdili s telefonskima anketama, ki smo ju izvedli v letih 2013 in 2019. Odgovorili so v vseh porodnišnicah. Če podatke iz ankete primerjamo z odgovori posameznih porodnišnic v PIS, vidimo, da osebje 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 oceni, ali je otrok izključno ali delno dojen, upoštevajo celotni čas bivanja od rojstva dalje. 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 označijo, da je otrok izključno dojen, četudi je enkrat ali dvakrat prejel dodatek adaptiranega mleka.

Zaradi navedenih razlik pri zapisovanju in s tem povezane nezanesljivosti podatkov so prikazani podatki o izključnem dojenju le informativni, saj le deloma odražajo različne prakse dojenja v slovenskih porodnišnicah. Ob upoštevanju načina zapisovanja je jasno, da sta pri doseganju izključnega dojenja daleč najuspešnejši porodnišnici Novo mesto in Ptuj, v negativno smer pa še vedno odstopa predvsem porodnišnica Postojna, čeprav se je delež izključno dojenih tam v zadnjem letu zelo povečal. V Novem mestu in na Ptuju so v anketi leta 2019 poudarili, da veliko vlagajo v izobraževanje osebja za podporo dojenju, kar jim očitno koristi. 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 zapisujejo stanje v zadnjih 24 urah. Nekaj porodnišnic je opozorilo tudi, da industrija agresivno trži mlečne nadomestke.

V letu 2021 smo med slovenskimi porodnišnicami izvedli pisno elektronsko anketo, v kateri so sodelovale vse porodnišnice. Izsledki kažejo, da adaptirano mleko v 12 porodnišnicah prejme manj kot četrtina novorojenčkov, v dveh porodnišnicah pa od četrtina do treh četrtin vseh novorojenčkov. V dveh porodnišnicah adaptirano mleko ponoči prejme od četrtine do treh četrtin novorojenčkov, v preostalih pa manj kot četrtina. Glede na odgovore so tako rekoč vsi novorojenčki po vaginalnem porodu prvič podojeni znotraj ene ure po rojstvu. Po carskem rezu (CR) so razlike med porodnišnicami in oddelki večje. 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, 10 jih ima tudi organizirano svetovanje o dojenju kadar koli po odpustu, ki ga izvajajo certificirane svetovalke za dojenje. V vseh porodnišnicah dajejo velik poudarek vzpostavitvi izključnega dojenja še v porodnišnici, prav tako v vseh porodnišnicah zelo visoko ocenjujejo pomen uspešnega dojenja za otroka in mater ter njun odnos in poznejše zdravje (nad 9,5 na lestvici od 1 do 10). Kot poglavitne 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 za nedojenje, nezainteresiranost matere, v eni porodnišnici pa pomanjkanje časa pri osebju. Če povzamemo, v slovenskih porodnišnicah je očitna težava vzpostaviti dojenje po carskem rezu, saj matere ponekod pogosto dobijo svoje novorojenčke v prvi kožni stik šele več ur po rojstvu, izključno dojenje pa je oteženo tudi tam, kjer mati in otrok nista v 24-urnem skupnem bivanju.

Glede splošnega upada izključnega dojenja v slovenskih porodnišnicah v zadnjem desetletju je pri tolmačenju podatkov nujno treba opozoriti, da podatki o izključnem dojenju, ki kažejo skoraj 90-odstotni delež pred desetletjem ali več, najverjetneje niso bili resnični oziroma ustrezni zaradi že navedenega različnega razumevanja izrazov »izključno dojenje«, »dojenje« in »delno dojenje« v porodnišnicah ter v povezavi s tem različnih načinov zapisovanja podatkov. Zato je tudi padec deleža izključnega dojenja, ki se kaže od leta 2014, lahko posledica spremenjenega oziroma pravilnejšega zapisovanja podatkov v posameznih porodnišnicah in razumevanja izrazov s tega področja.

Ob prenovi PIS je bilo z letom 2022 spremenjeno spremljanje dojenja v porodnišnicah tako, da se spremljata dva različna kazalnika, in sicer dojenje med celotno hospitalizacijo in dojenje ob odpustu iz porodnišnice. Pričakujemo, da bomo tako pridobili natančnejše in zanesljivejše podatke o izključnem dojenju v slovenskih porodnišnicah, ki jih bomo lahko predstavili v naslednjem poročilu. Vsekakor je smiselno nadaljnje spremljanje kazalnikov, pri čemer se je treba v največji možni meri potruditi pridobiti od porodnišnic čim bolj točne in poenotene podatke, saj nam le taki omogočajo sprejeti verodostojne ugotovitve.

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 J. P., Smith 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 P. J. 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. pdf.

7. WHO Europe. Health topics. Infant and young child feeding. Pridobljeno 4. 10. 2021 na: 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 J. P., Smith 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 M. S., 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. 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.

12. WHO. Breastfeeding. Pridobljeno 4. 10. 2021 na: https://www.who.int/health-topics/breastfeeding#tab=tab_1.

13. Projekt PATH. Navodila za prikaz kazalnika izključno dojenje.

PROMOCIJA, PREVENTIVA in PRIMARNO ZDRAVJE

BOLNIŠNIČNI SPREJEMI ZARADI KRONIČNIH BOLEZNI

Stopnja bolnišničnih sprejemov zaradi kroničnih bolezni je kazalnik, ki ga Organizacija za gospodarsko sodelovanje in razvoj uporablja za oceno kakovosti ambulantne oskrbe. Bolezni, ki so ambulantno dobro obvladovane, lahko zahtevajo 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.

Analizirani podatki so nestandardizirani. Prikazani so v obliki črtnega in lijakastega grafikona (angl. funnel plot). V obliki lijakastega grafikona so prikazane triletne stopnje sprejemov med letoma 2019 in 2021 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 2021 (stopnja na 100.000 prebivalcev). Najvišje stopnje so obarvane v rdečo, najnižje v rumeno barvo. Pokazalo se je, da so v letu 2021 najnižjo stopnjo bolnišničnih sprejemov za astmo imeli v zasavski (6,4/100.000) in najvišjo v koroški regiji (31,5/100.000), za KOPB najnižjo v goriški (43,7/100.000) in najvišjo v zasavski regiji (135,8/100.000), za srčno popuščanje najnižjo v osrednjeslovenski (134,6/100.000) in najvišjo v koroški regiji (410,8/100.000) ter za arterijsko hipertenzijo najnižjo v primorsko-notranjski (6,7/100.000) in najvišjo v podravski regiji (46,4/100.000).

Preglednica 1: Groba stopnja sprejemov zaradi astme, KOPB, kroničnega srčnega popuščanja in hipertenzije na 100.000 prebivalcev po regijah v letu 2021

REGIJA	GROBA STOPNJA SPREJEMOV NA 100.000 PREBIVALCEV			
	ASTMA	KOPB	SRČNO POPUŠČANJE	ARTERIJSKA HIPERTENZIJA
POMURSKA	21,1	102,4	322,3	34,1
PODRAVSKA	29,1	85,8	234,3	46,4
KOROŠKA	31,5	109,3	410,8	28,2
SAVINJSKA	18,7	52,4	300,3	27,8
ZASAVSKA	6,2	135,8	304,6	18,5
POSAVSKA	9,3	55,9	392,5	31,0
JV SLOVENIJA	7,4	64,8	233,8	17,2
OSREDNJESLOVENSKA	7,9	64,4	134,6	15,6
GORENJSKA	26,4	80,4	248,0	30,9
PRIMORSKO-NOTRANJSKA	11,1	77,7	219,9	6,7
GORIŠKA	8,9	43,7	385,2	40,7
OBALNO-KRAŠKA	14,7	75,6	287,8	24,6
SLOVENIJA	**16,6**	**73,4**	**248,4**	**27,6**

KK3 – STOPNJA SPREJEMOV ZARADI ASTME

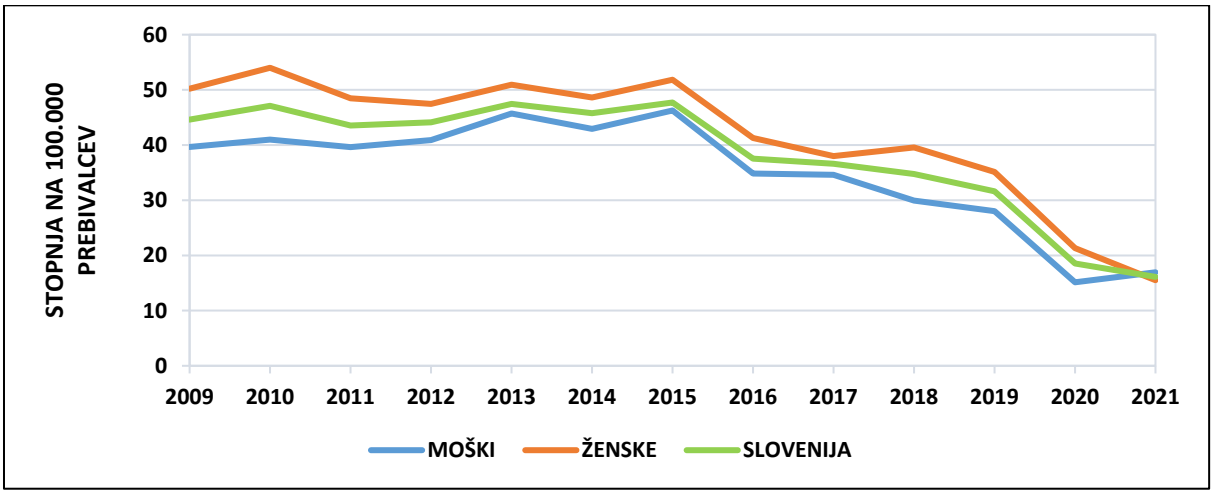
Po zadnjih določilih OECD za zbiranje podatkov za leti 2020 in 2021 je stopnja sprejemov zaradi astme opredeljena kot število vseh nematerinskih (neneonatalnih) bolnišničnih sprejemov oseb, starih 15 let in več, z glavno diagnostično kodo astma (J45.0, J45.1, J45.8, J45.9, J46) v določenem letu glede 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.

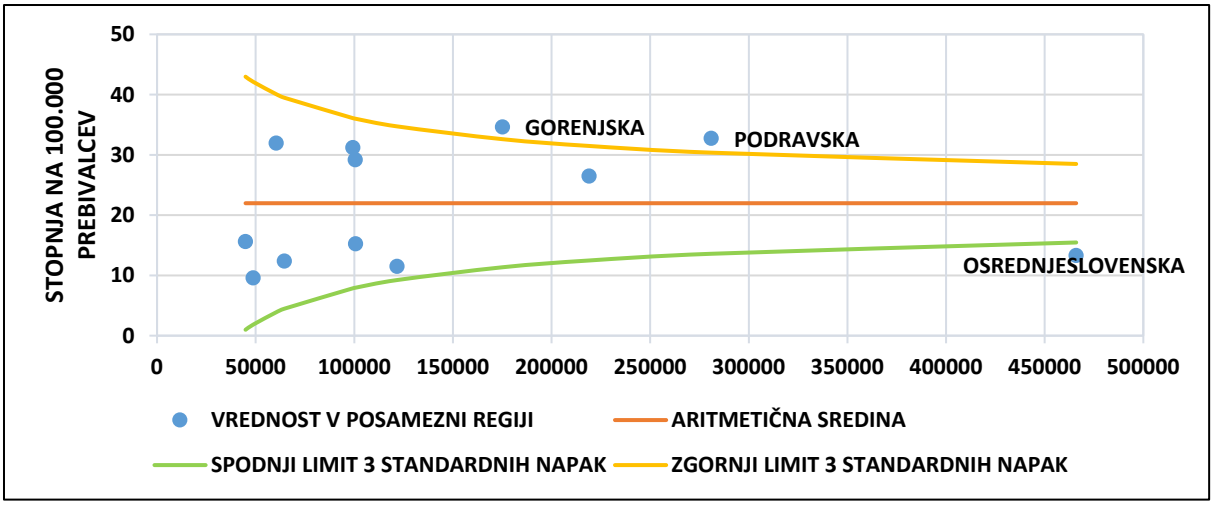
Iz pridobljenih podatkov je razvidno, da se stopnja sprejemov zaradi astme glede na blažje zviševanje v letih od 2009 do 2015 po letu 2016 še vedno zmanjšuje, kar lahko kaže na učinkovito primarno zdravstveno raven (**slika 3**). Zmanjševanje sprejemov je opaznejše pri ženskah, pri moških je bil v letu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

Groba stopnja sprejemov zaradi astme s povprečno vrednostjo zadnjih treh let na 100.000 prebivalcev po regijah 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**).

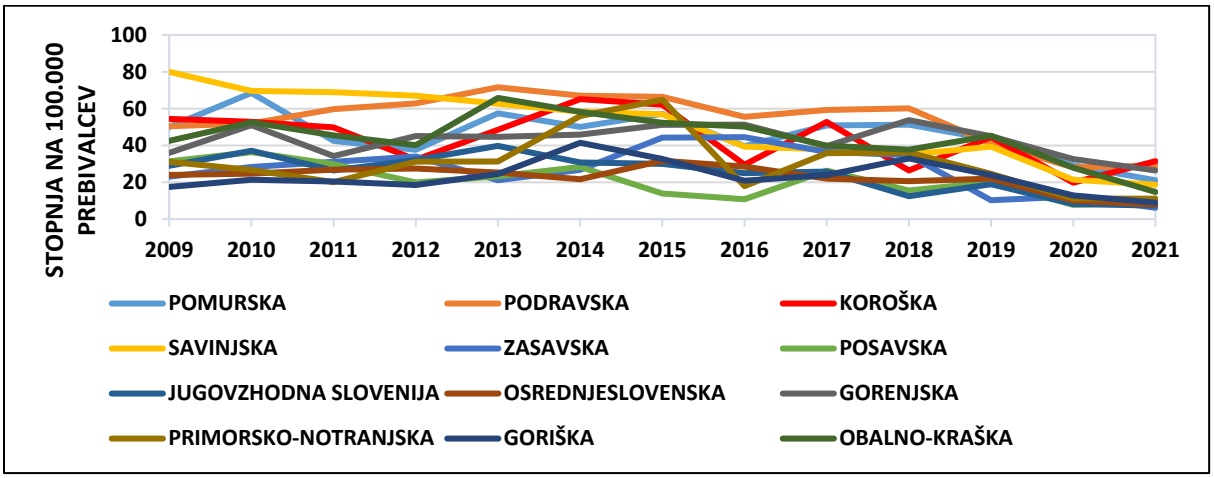
Slika 3. Stopnja sprejemov zaradi astme na 100.000 prebivalcev med letoma 2009 in 2021 v Sloveniji, standardizirana po starosti in spolu



Slika 4: Groba stopnja sprejemov zaradi astme na 100.000 prebivalcev po regijah, povprečna vrednost treh let (2019–2021)



Slika 5: Groba stopnja sprejemov zaradi astme na 100.000 prebivalcev po regijah med letoma 2009 in 2021



KK4 – STOPNJA SPREJEMOV ZARADI KOPB

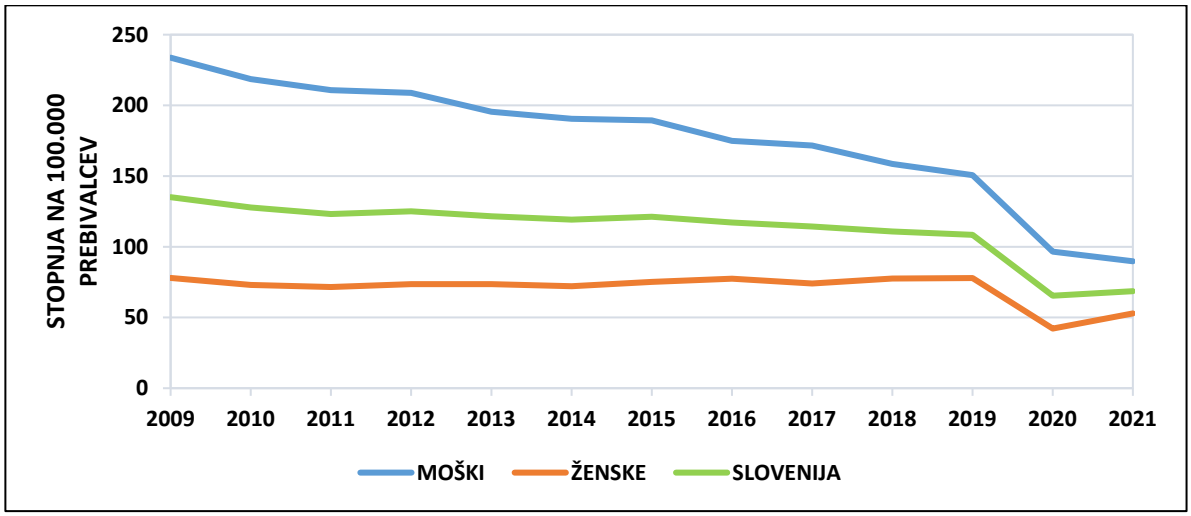
Po zadnjih določilih OECD za zbiranje podatkov za leti 2020 in 2021 se stopnja sprejemov zaradi KOPB določa kot število vseh nematerinskih (neneonatalnih) bolnišničnih sprejemov oseb, starih 15 let in več, z glavno diagnostično kodo KOPB (J40 le v primeru dodatne sekundarne diagnoze J41, J43, J44 in 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.

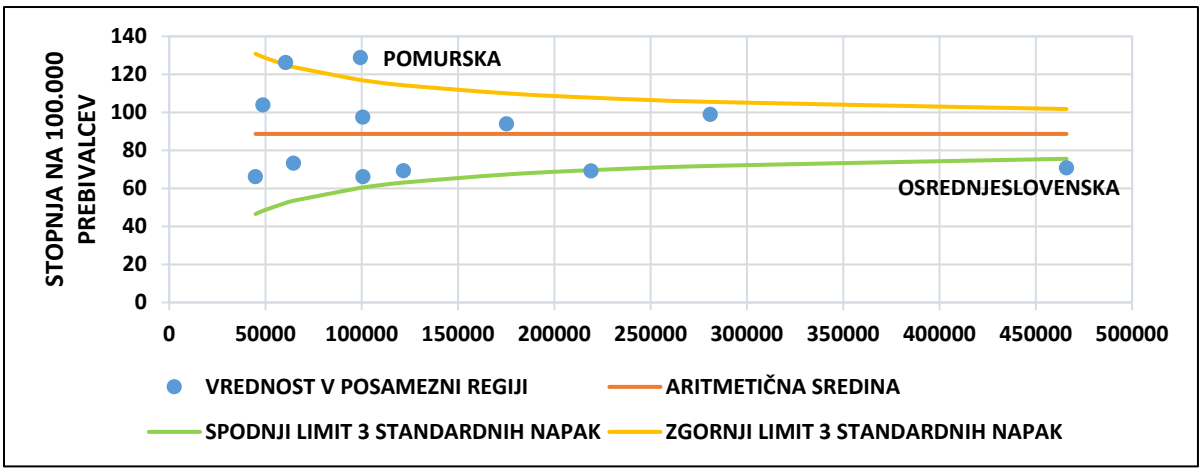
Iz pridobljenih podatkov je razvidno, da se stopnja sprejemov zaradi KOPB od leta 2009 postopoma znižuje ne glede na rahel dvig stopnje v letu 2021, kar lahko kaže na dobro delovanje primarne zdravstvene ravni (**slika 6**). Treba je poudariti, da znatni upad v letu 2021 korelira z zmanjšanim številom sprejemov bolnikov s KOPB zaradi pandemije covida-19, kar nerealno odraža predvideni trend upadanja prejšnjih let.

Groba stopnja sprejemov zaradi KOPB s povprečno vrednostjo zadnjih treh let na 100.000 prebivalcev po regijah kaže znova najvišjo stopnjo sprejemov zaradi KOPB v pomurski regiji ter znova najnižjo v osrednjeslovenski regiji (**slika 7**). Podrobnejša analiza stanja v posameznih regijah kaže nihanja grobe stopnje sprejemov zaradi KOPB v zadnjih letih ob upoštevanju vpliva pandemije covida-19 (**slika 8**).

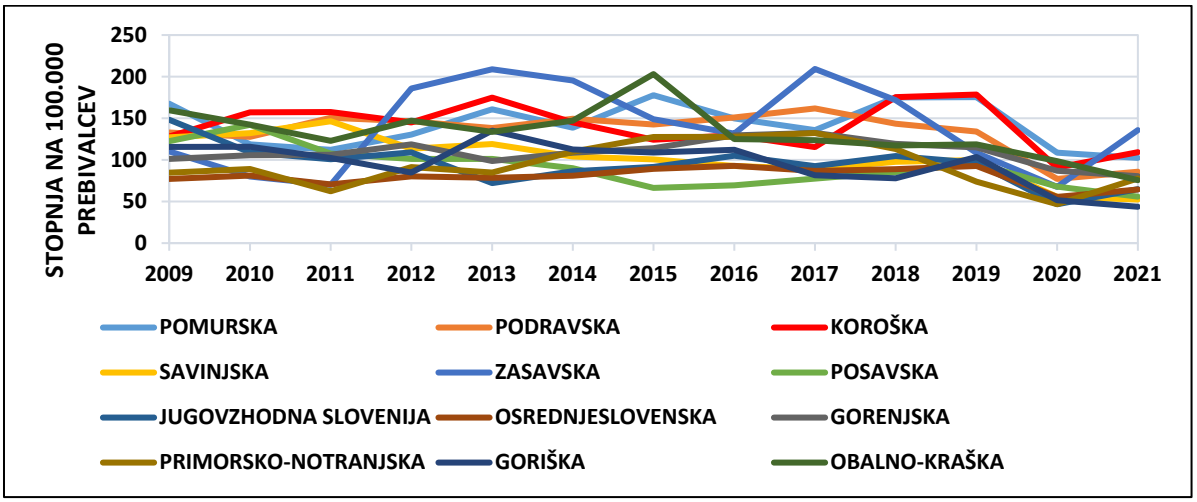
Slika 6: Stopnja sprejemov zaradi KOPB na 100.000 prebivalcev v Sloveniji med letoma 2009 in 2021, standardizirana po starosti in spolu



Slika 7: Groba stopnja sprejemov zaradi KOPB na 100.000 prebivalcev po regijah, povprečna vrednost treh let (2019–2021)



Slika 8: Groba stopnja sprejemov zaradi KOPB na 100.000 prebivalcev po regijah med letoma 2009 in 2021



KK5 – STOPNJA SPREJEMOV ZARADI KRONIČNEGA SRČNEGA POPUŠČANJA

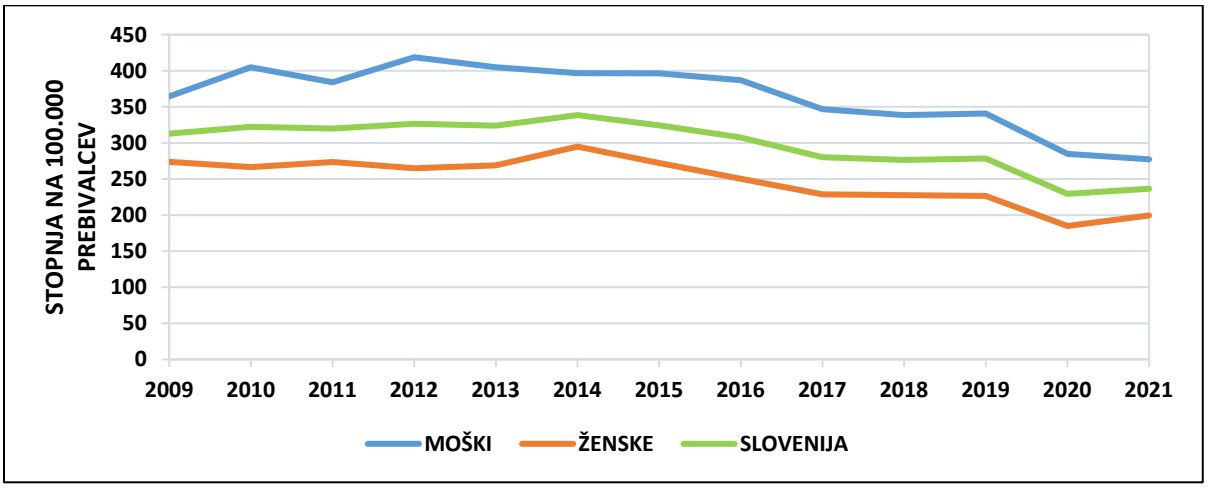
Po zadnjih določilih OECD za zbiranje podatkov za leti 2020 in 2021 se stopnja sprejemov zaradi kroničnega srčnega popuščanja določi kot število vseh nematerinskih (neneonatalnih) bolnišničnih sprejemov oseb, starih 15 let in več, z glavno diagnostično kodo kronično srčno popuščanje (I11.0, I13.0, I13.2, 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.

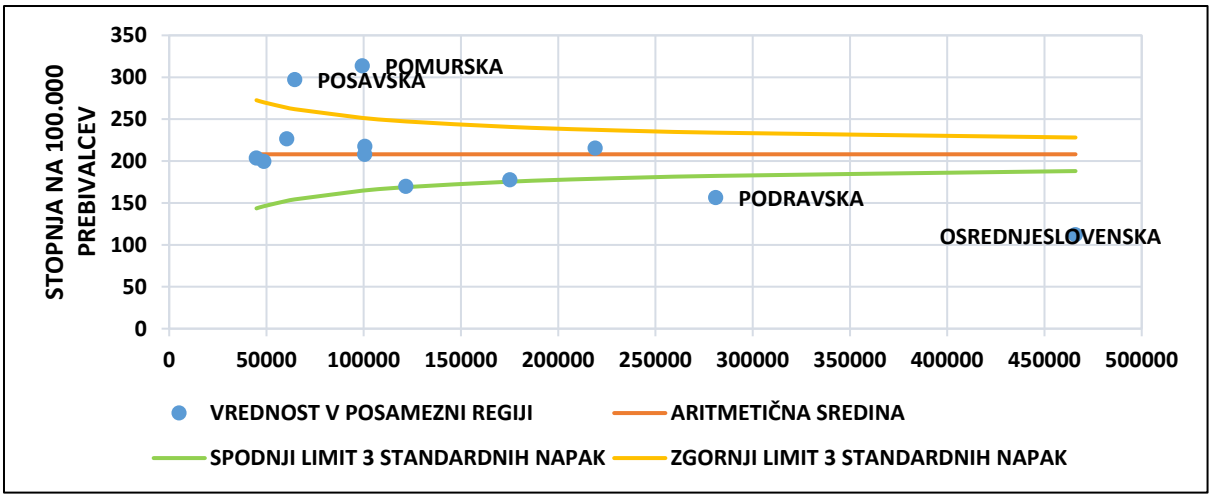
Iz pridobljenih podatkov je razvidno, da se je stopnja sprejemov zaradi kroničnega srčnega popuščanja po postopnem zviševanju v letih od 2009 do 2013 po letu 2014 postopoma zniževala s stagnacijo med letoma 2017 in 2019, ponovnim zniževanjem v letu 2020 in zvišanjem v letu 2021, kar vendarle lahko kaže na učinkovitejše delovanje primarne zdravstvene ravni (**slika 9**). Treba je poudariti, da znatni upad v letu 2020 lahko korelira z zmanjšanim številom sprejemov bolnikov s kroničnim srčnim popuščanjem zaradi pandemije covida-19, kar nerealno odraža predvideni trend upadanja prejšnjih let.

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 in pomurski regiji ter nižjo v osrednjeslovenski in podravski regiji, kar je postalo 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 (**slika 11**).

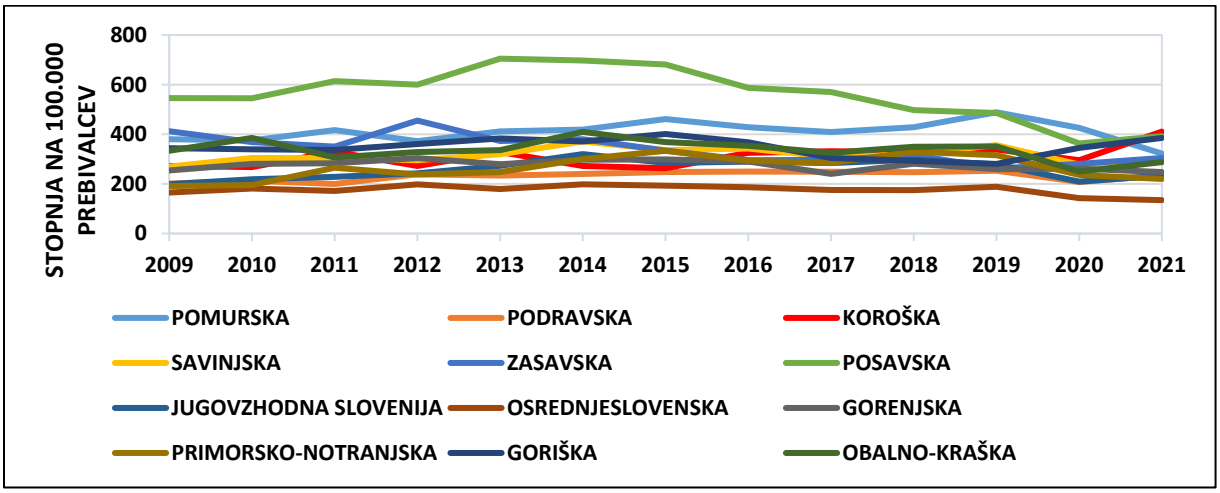
Slika 9: Stopnja sprejemov zaradi srčnega popuščanja na 100.000 prebivalcev med letoma 2009 in 2021 v Sloveniji, standardizirana po starosti in spolu



Slika 10: Groba stopnja sprejemov zaradi srčnega popuščanja na 100.000 prebivalcev po regijah, povprečna vrednost treh let (2019–2021)



Slika 11: Groba stopnja sprejemov zaradi srčnega popuščanja na 100.000 prebivalcev po regijah med letoma 2009 in 2021



KK7 – STOPNJA SPREJEMOV ZARADI HIPERTENZIJE

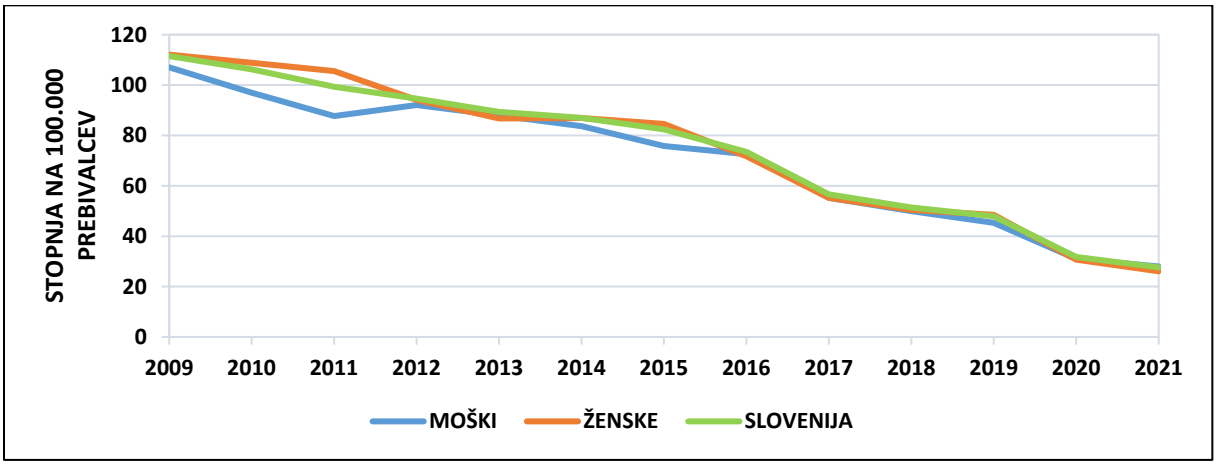
Po zadnjih določilih OECD za zbiranje podatkov za leti 2020 in 2021 se stopnja sprejemov zaradi hipertenzije določa kot število vseh nematerinskih (neneonatalnih) bolnišničnih sprejemov oseb, starih 15 let in več, z glavno diagnostično kodo hipertenzija (I10, I11.9, I12.9, I13.9) v specifičnem letu glede 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.

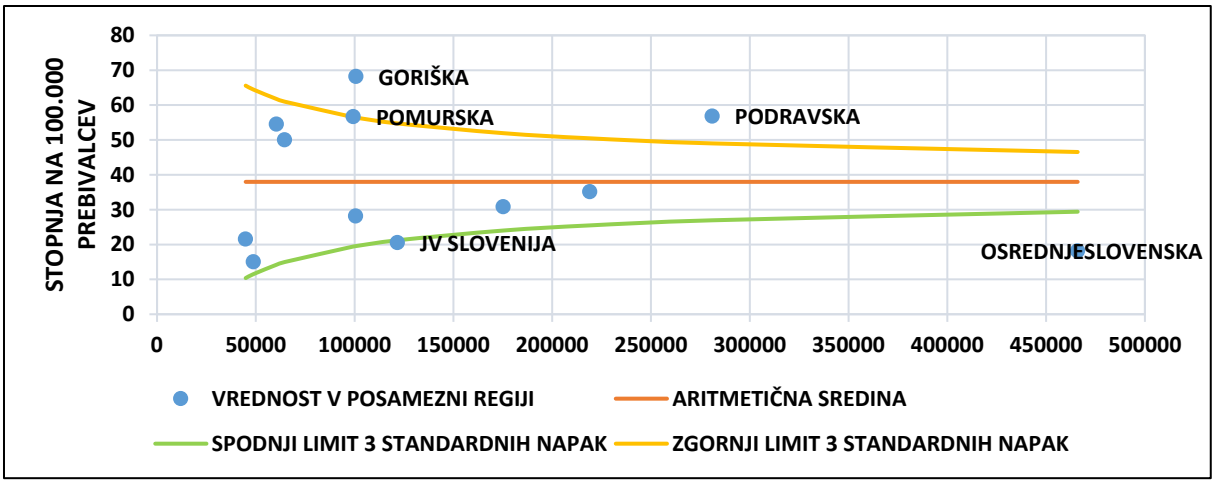
Iz pridobljenih podatkov je razvidno, da se ta stopnja od leta 2009 močno znižuje, kar lahko kaže na učinkovito delovanje primarne zdravstvene ravni (**slika 12**). Treba je poudariti, da znatni upad v letu 2020 in 2021 korelira z zmanjšanim številom sprejemov bolnikov s hipertenzijo zaradi pandemije covida-19, kar nerealno odraža predvideni trend upadanja prejšnjih let.

Groba stopnja sprejemov zaradi hipertenzije na 100.000 prebivalcev po regijah s povprečno vrednostjo treh let kaže višjo stopnjo sprejemov zaradi hipertenzije v pomurski in goriški regiji, kar se je pokazalo že v predhodnih poročilih, in podravski regiji ter nižjo v osrednjeslovenski regiji (**slika 13**). Vendar analiza grobih stopenj sprejemov v posameznih regijah kaže na počasno upadanje sprejemov zaradi hipertenzije v vseh slovenskih regijah ob upoštevanju vpliva pandemije covida-19 v letu 2021 (**slika 14**).

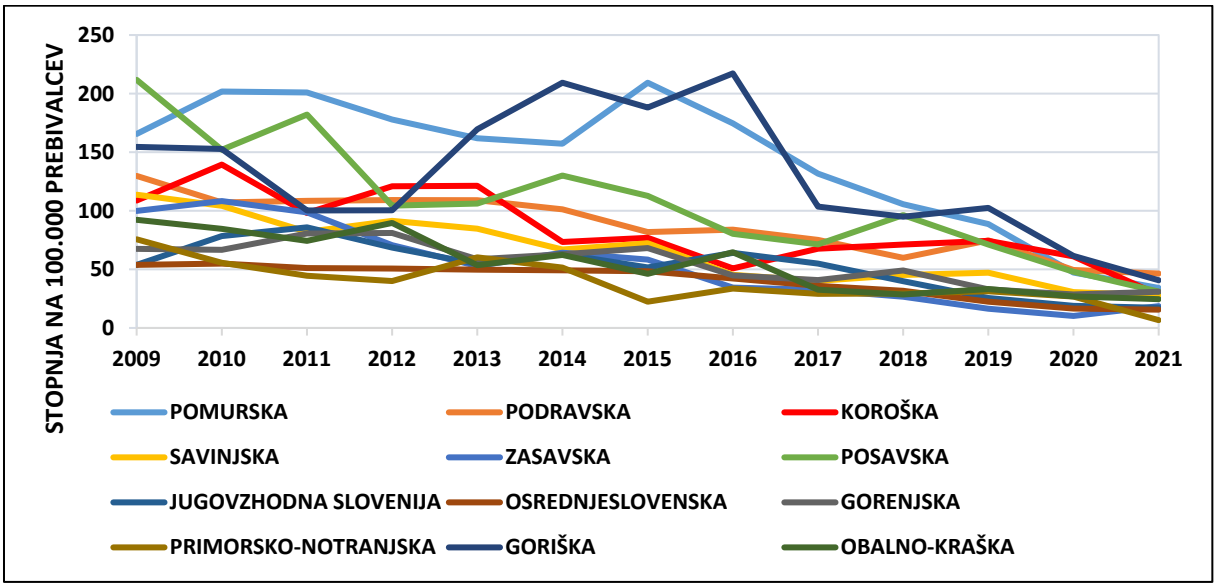
Slika 12: Stopnja sprejemov zaradi hipertenzije na 100.000 prebivalcev med letoma 2009 in 2021 v Sloveniji, standardizirana po starosti in spolu



Slika 13: Groba stopnja sprejemov zaradi hipertenzije na 100.000 prebivalcev po regijah, povprečna vrednost treh let (2019–2021)



Slika 14: Groba stopnja sprejemov zaradi hipertenzije na 100.000 prebivalcev med letoma 2009 in 2021 po posameznih regijah



V vseh obravnavanih primerih stopnje sprejemov zaradi kroničnih bolezni je mogoče opaziti njeno zniževanje, kar lahko kaže na učinkovitejše delovanje primarne zdravstvene ravni v Sloveniji.

Ob tem so opazne razlike po regijah. V letu 2021 je imela najvišjo stopnjo sprejemov zaradi kroničnih bolezni koroška, najnižjo pa osrednjeslovenska regija. Razlogi za višjo stopnjo sprejemov bi lahko bili manj zmogljiva primarna raven zdravstvenega varstva, slabša dostopnost specialističnih ambulant, večja zasedenost bolnišnic ali drugačna praksa kodiranj.

NALEZLJIVE BOLEZNI

KK8, KK9 in KK10 – DELEŽ CEPLJENIH PROTI OŠPICAM, DAVICI, TETANUSU, OSLOVSKEMU KAŠLJU IN HEPATITISU B

Kazalniki prikazujejo deleže cepljenih otrok (precepljenost), gre za obvezno cepljenje proti ošpicam, davici, tetanusu, oslovskemu kašlju in hepatitisu B po Zakonu o nalezljivih boleznih, in sicer:

- obvezni za cepljenje proti ošpicam so bili v letu 2021 otroci, rojeni v letu 2020, od dopolnjenih 11 mesecev starosti do dopolnjenih 18 mesecev starosti,
- obvezni za cepljenje proti davici, tetanusu in oslovskemu kašlju so bili v letu 2021 otroci, rojeni v letu 2020, potem ko so dopolnili 3 mesece starosti, in rojeni v letu 2021, potem ko so dopolnili 3 mesece starosti,
- obvezni za cepljenje proti hepatitisu B so bili v letu 2021 otroci, ki so v šolskem letu 2020/21 obiskovali 1. razred osnovne šole.

Precepljenost za leta 2017–2019 je bila ocenjena na podlagi agregiranih podatkov, ki so jih poslali izvajalci cepljenja. Pri izračunu deleža otrok, cepljenih (obvezno) proti določeni bolezni, je v števcu število cepljenih otrok, v imenovalcu pa število vseh otrok, za katere velja obvezno cepljenje proti tej bolezni. S primerjavo števila otrok, za katere velja obvezno cepljenje, ki so ga sporočali izvajalci, in številom živorojenih otrok iz Centralnega registra prebivalstva, rojenih v enakem časovnem obdobju, smo ugotovili, da je bila v oceno precepljenosti zajeta večina otrok, za katere velja obvezno cepljenje, kar zagotavlja natančnost ocene. Za leti 2020 in 2021 je bila narejena ocena precepljenosti predšolskih otrok na naključnem vzorcu približno 1000 otrok, za katere velja obvezno cepljenje, ki smo ga pridobili iz Elektronskega registra cepljenih oseb in neželenih učinkov po cepljenju (eRCO) (**preglednica 2)**.

Stopnja precepljenosti proti ošpicam, mumpsu in rdečkam je na državni ravni že nekaj let zapored relativno visoka, večjih odstopanj ni. Za zdaj še zagotavlja dobro zaščito pred vnosom nekaterih navedenih nalezljivih bolezni v našo državo in njihovim širjenjem. Za vzpostavitev kolektivne imunosti proti ošpicam je zelo pomembno, da je precepljenost vsaj 95-odstotna. Izbruhi nalezljivih bolezni, ki jih preprečujemo s cepljenjem, se pojavljajo v Evropi in drugje po svetu. Zelo pomembno je vzdrževanje visoke stopnje precepljenosti našega prebivalstva zaradi morebitnega vnosa bolezni v državo. Precepljenost proti davici, tetanusu, oslovskemu kašlju in hepatitisu B pa se je v zadnjih dveh letih nekoliko zmanjšala, kar je najverjetneje odraz vpliva epidemije covida-19 v Sloveniji na naš zdravstveni sistem.

Preglednica 2: Delež cepljenih proti nekaterim nalezljivim boleznim v Sloveniji v letih od 2017 do vključno 2021

BOLEZEN	DELEŽ CEPLJENIH OTROK, ZA KATERE VELJA OBVEZNO CEPLJENJE				
	2017	2018	2019	2020	**2021**
Ošpice, mumps in rdečke	93,2	93,1	93,6	94,3* (92,8–95,5)	**95,3* (93,4–96,4)**
Davica, tetanus in oslovski kašelj	94,2	93,4	94,7	95,2* (93,8–96,3)	**86,4* (83,9–88,6)**
Hepatitis B	88,7	87,2	87,5	79,9	**79,9**

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

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

Kazalnik kaže delež oseb, starih 65 let in več, ki so bile v sezonah 2016/17, 2017/18, 2018/19, 2019/20 in 2020/21 cepljene proti gripi.

Precepljenost proti gripi je bila ocenjena na podlagi agregiranih podatkov, ki so jih poslali izvajalci cepljenja (**preglednica 3**). Pri izračunu deleža cepljenih proti gripi je bilo v števcu sporočeno število oseb, starih 65 let in več, ki so bile v sezonah 2016/17, 2017/18, 2018/19, 2019/20 in 2020/21 cepljene proti gripi, v imenovalcu pa število vseh oseb, starih 65 let in več.

Preglednica 3: Delež oseb, starih 65 let in več, cepljenih proti gripi v sezonah 2016/17, 2017/18, 2018/19, 2019/20 in 2020/21

BOLEZEN	DELEŽ CEPLJENIH OSEB, STARIH 65 LET IN VEČ				
	2016/17	2017/18	2018/19	2019/20	**2020/21**
Gripa	9,8	11,7	12,9	18,8	**27,6**

Delež cepljenosti (precepljenost) je še vedno majhen in ne dosega cilja, ki ga je pred leti postavila Svetovna zdravstvena organizacija – vsaj 75-odstotna precepljenost v skupinah z večjim tveganjem za težji potek bolezni in zaplete. Na podlagi podatkov spadamo med evropske države z najmanjšim deležem starejših oseb, cepljenih proti gripi. Izrazito povečanje precepljenosti v sezoni 2020/21 je najverjetneje odraz vpliva pandemije covida-19. Ni še jasno, ali bo višja raven precepljenosti ohranjena tudi v naslednjih letih.

KK12, KK13 in KK14 – INCIDENCA OŠPIC, OSLOVSKEGA KAŠLJA IN HEPATITISA B

Kazalniki kažejo obolevnost za ošpicami, oslovskim kašljem in akutnim hepatitisom B. Izračunani so na podlagi 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 (izraženo 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 covida-19 v Sloveniji je bila opazna višja incidenčna stopnja oslovskega kašlja, in to kljub zelo dobri precepljenosti proti bolezni, kar opažajo tudi v drugih državah z visoko precepljenostjo. Med možnimi vzroki navajajo relativno hiter upad imunosti po cepljenju, spreminjanje povzročitelja in manjšo uspešnost novejšega (acelularnega) cepiva proti oslovskemu kašlju. Zato so številne države uvedle poživitvene odmerke v adolescenci, priporočeni so tudi poživitveni 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 izvajati v letu 1998. Visoka stopnja precepljenosti v preteklih obdobjih zagotavlja dobro zaščito mladih 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 2012 do 2021

	OSLOVSKI KAŠELJ		OŠPICE		AKUTNI HEPATITIS B	
LETO	Št. primerov	Inc. stopnja	Št. primerov	Inc. stopnja	Št. primerov	Inc. stopnja
2012	178	8,7	2	0,09	15	0,7
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

UČINKOVITOST ZDRAVSTVENE OSKRBE

KK21 – RAZJEDE ZARADI PRITISKA

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

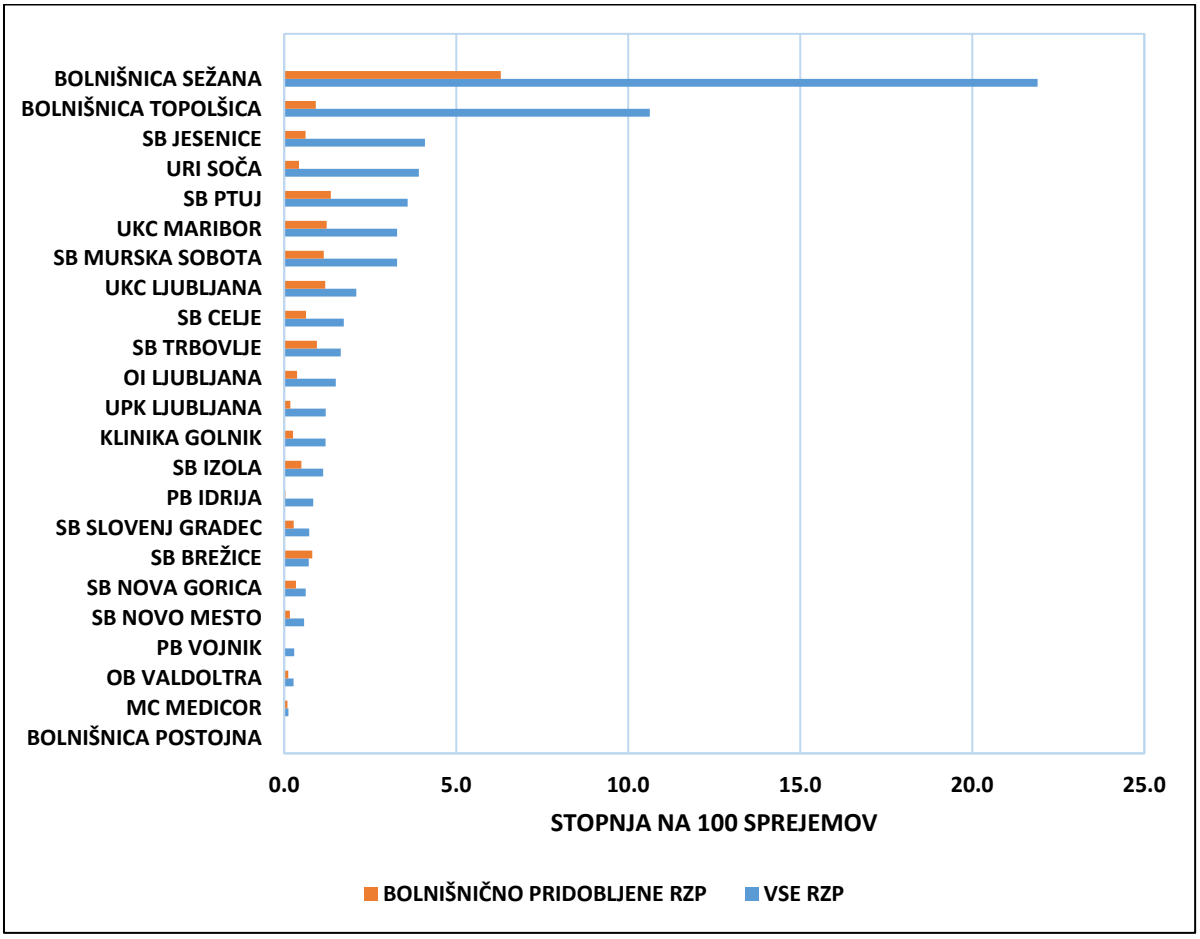
Poleg stopnje bolnišničnih RZP se izračuna tudi stopnja bolnikov, ki so imeli RZP že ob sprejemu.

Dozdajšnje zbiranje podatkov je pripomoglo k izboljšanju sporočilnosti podatkov in njihovi primerljivosti za značilna mesta nastanka RZP. Razlike in dileme ostajajo pri RZP na neznačilnih mestih, na primer predel za ušesi, nos, nosnica, lice, uho, čelo, penis, koren nosu, vhod v uretro in spodnja ustnica.

Kirurški sanatorij Rožna dolina, Mladinsko klimatsko zdravilišče (MKZ) Rakitna, PB Begunje in PB Ormož podatkov niso poslali v celoti, zaradi česar ti niso bili upoštevani pri analizi.

Podobno kot v zadnjih letih se je tudi v letu 2021 pokazalo, da ima Bolnišnica Sežana daleč najvišjo stopnjo bolnišnično dobljenih in vseh RZP (**slika 15**). Pri tem je treba upoštevati posebnosti te bolnišnice, kjer izstopata podaljšana bolnišnična dejavnost in rehabilitacija kroničnih bolnikov. Med splošnimi bolnišnicami ima SB Ptuj najvišjo stopnjo bolnišnično dobljenih RZP.

Slika 15: Stopnja RZP na 100 sprejemov v bolnišnicah v Sloveniji v letu 2021

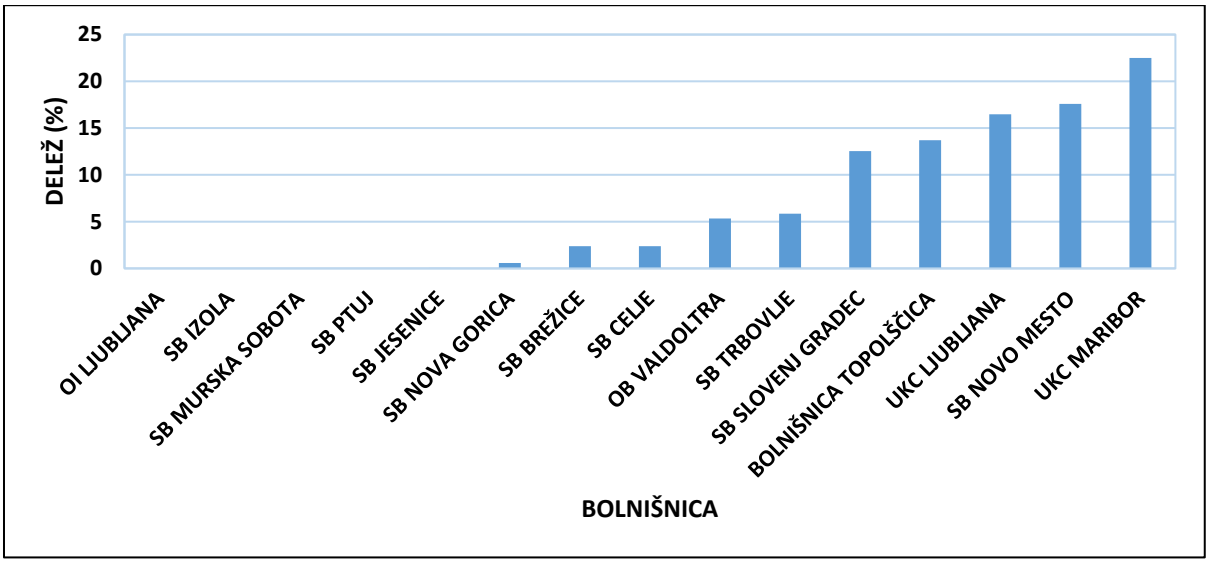


KK22 – ČAKALNA DOBA ZA CT

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

V preteklih letih se je pokazalo, da SB Izola, SB Ptuj in SB Murska Sobota niso imele primera, ko bi bilo na CT-preiskavo treba čakati več kot 24 ur od naročila. Tudi leta 2021 v SB Izola, SB Murska Sobota in SB Ptuj ni bilo primera, ko bi bilo treba na CT-preiskavo čakati več kot 24 ur od naročila (**slika 16**). V letu 2021 se je navedeni skupini bolnišnic pridružil Onkološki inštitut (OI) Ljubljana. Podobno je čakalna doba za CT pri hospitaliziranih bolnikih najdaljša v bolnišnicah, ki so že v preteklosti imele največji delež čakajočih (oba UKC, SB Novo mesto, SB Slovenj Gradec).

Slika 16: Delež naročil CT-preiskav za hospitalizirane bolnike, pri katerih je bila preiskava opravljena več kot 24 ur po naročilu, po nekaterih izvajalcih bolnišničnih storitev v Sloveniji v letu 2021



KK23 – UČINKOVITOST DELA V OPERACIJSKEM BLOKU

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

Zadnja sprememba pri spremljanju učinkovitosti dela v operacijskem bloku je bila sprejeta leta 2013. Spremljajoči podatki upoštevajo večfazno delo v operacijski dvorani. Trajanje operacije je opredeljeno kot čas od kirurškega reza do zadnjega kirurškega šiva. Ta čas je vedno krajši od perioperacijskega časa, ki teče od začetka kirurške priprave do konca operacije. Še daljši je anestezijski čas. Za zasedenost operacijske dvorane štejemo čas od vstopa bolnika v operacijsko dvorano do premestitve bolnika iz nje. Vse dejavnosti potekajo le v času, ko je operacijska dvorana v obratovanju. Čas obratovanja, ki ga imenujemo operacijska zmogljivost, upošteva dejstvo, da niso vse operacijske dvorane v uporabi vsak dan, običajno so na voljo le ob delavnikih v rednem delovnem času.

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

Za leto 2021 so podatke za oceno učinkovitosti dela pri ambulantnih (dnevnih) in bolnišničnih operacijskih posegih poslale SB Celje, SB Izola, SB Jesenice, SB Murska Sobota, SB Nova Gorica, SB Novo mesto, SB Ptuj, SB Slovenj Gradec, SB Trbovlje, Bolnišnica Postojna in Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo (BGP) Kranj. Druge bolnišnice so poslale le delne podatke, nekatere podatkov niso poslale (Arbor Mea, UKC Ljubljana), OI Ljubljana podatke pošilja ob koncu polletij. Delni podatki so posledica nespremljanja, delnega spremljanja ali neizvajanja dnevnih operacijskih posegov. Realne ocene o učinkovitosti dela v operacijskem bloku ni mogoče dati, prav tako ni mogoče opraviti primerjave na tem področju med bolnišnicami. Kljub temu je mogoče opaziti, da so med izvajalci velike razlike.

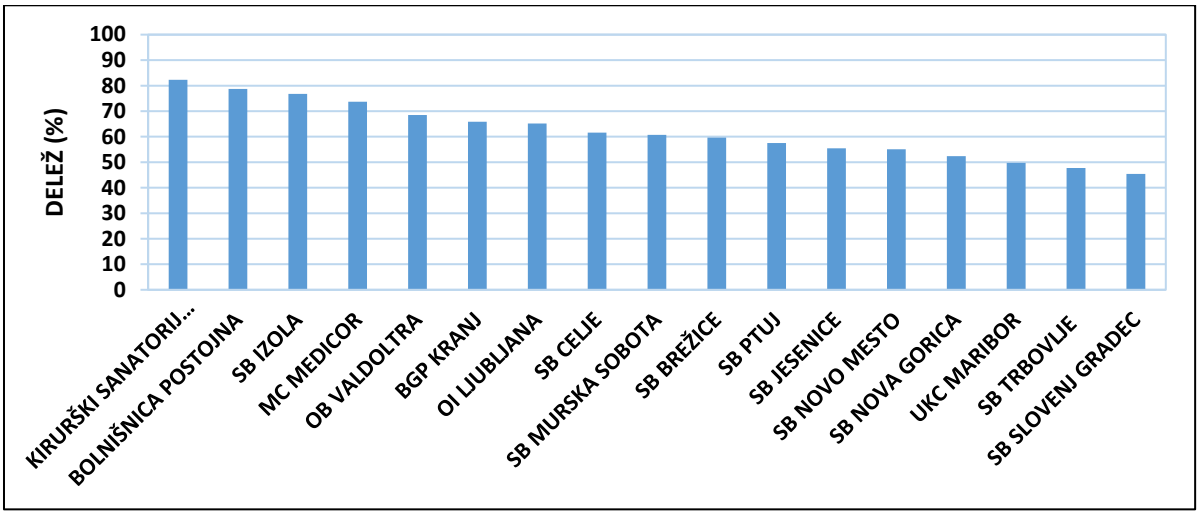
V letu 2021 so Medicinski center (MC) Medicor, Kirurški sanatorij Rožna dolina, SB Izola in Bolnišnica Postojna imeli več kot 70-odstotno izkoriščenost operacijskih dvoran (**slika 17**). Po drugi strani je imelo več bolnišnic manj kot 50-odstotno izkoriščenost (UKC Maribor, SB Trbovlje, SB Slovenj Gradec). Povprečna izkoriščenost je bila 62,1-odstotna.

Podatkov o izkoriščenosti prostorov pri ambulantnih (dnevnih) operacijskih posegih je še vedno premalo za natančnejšo analizo. Večina bolnišnic naj ne bi opravljala ambulantnih (dnevnih) operacijskih posegov (Kirurški sanatorij Rožna dolina, MC Medicor, Ortopedska bolnišnica (OB) Valdoltra, SB Brežice, UKC Maribor). Ne glede na to je opazno, da je izkoriščenost operacijskih dvoran za dnevne operacijske posege še vedno manjša (povprečno 49,8-odstotna) od izkoriščenosti operacijskih dvoran za bolnišnične operacijske posege (**slika 18**).

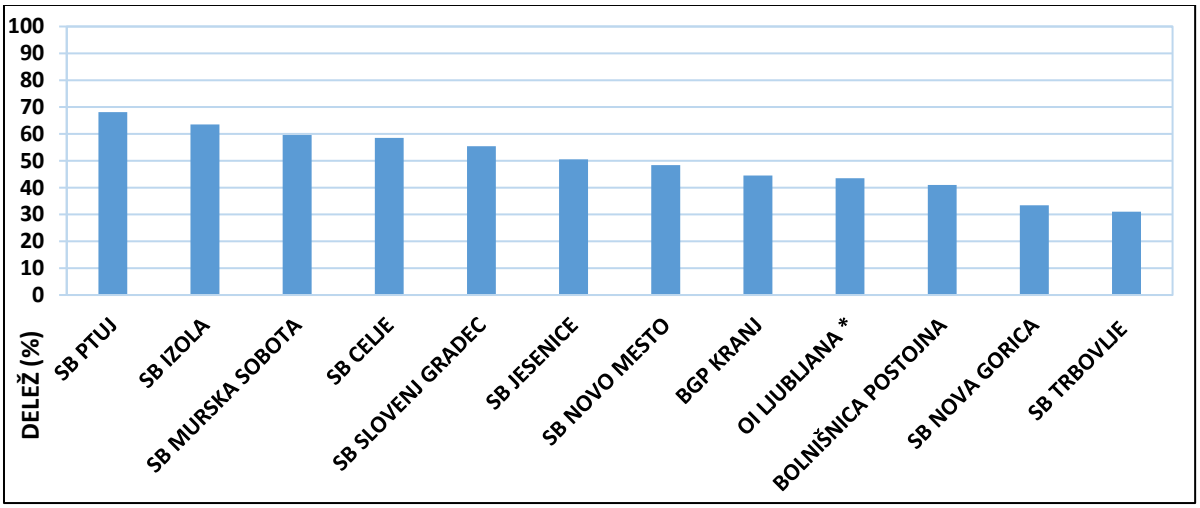
Odpoved načrtovane operacije lahko kaže na neučinkovito delovno organizacijo in ima neprijetne posledice za zaposlene in bolnike. **Slika 19** prikazuje odstotek odpovedanih bolnišničnih operacijskih posegov v letu 2021 v nekaterih bolnišnicah. Vrednosti so bile od 0 odstotkov v MC Medicor in Bolnišnici Postojna do 9,4 odstotka odpovedanih operacij v SB Novo mesto. Znova se je pokazalo, da so bile najnižje vrednosti dosežene v bolnišnicah, ki nimajo urgentnih oddelkov (MC Medicor, Bolnišnica Postojna, OB Valdoltra).

Podatkov o odstotku odpovedanih ambulantnih (dnevnih) operacijskih posegov je premalo za natančnejšo analizo. Kljub temu je opazna precejšnja razlika med bolnišnicami, ki so poslale podatke, od 0 odstotkov v Bolnišnici Postojna, BGP Kranj in SB Nova Gorica do 17,0 odstotka v SB Slovenj Gradec (**slika 20**).

Slika 17: Delež izkoriščenosti operacijskih dvoran za bolnišnične posege v nekaterih slovenskih bolnišnicah v letu 2021

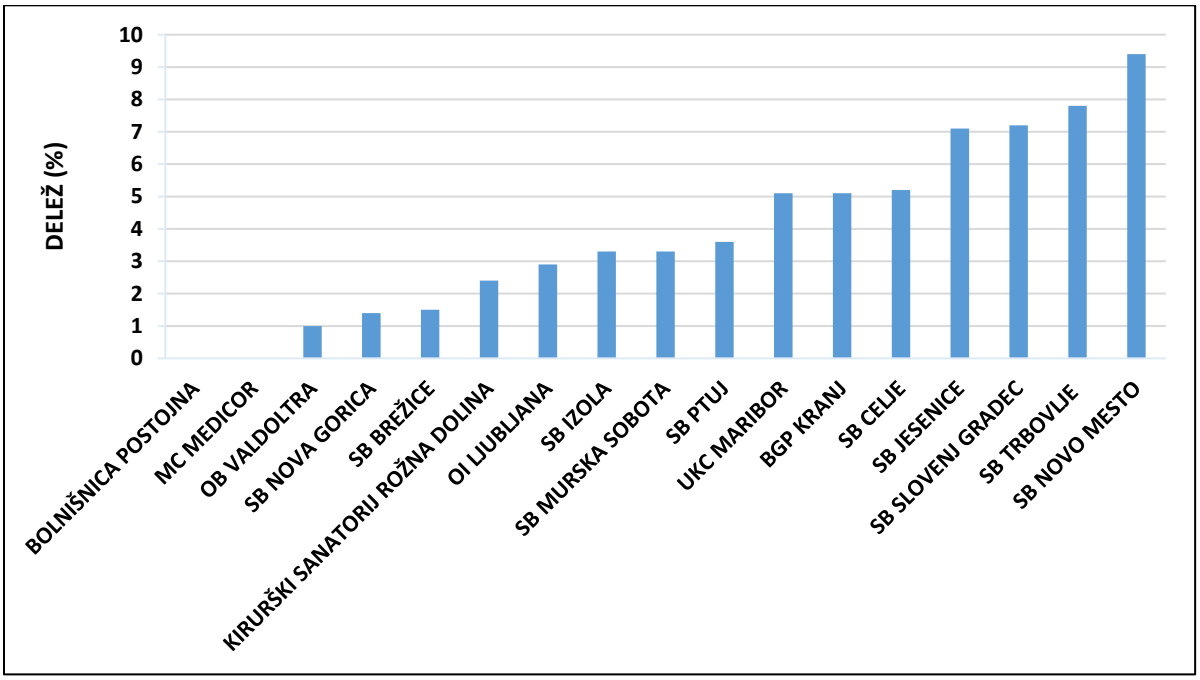


Slika 18: Delež izkoriščenosti operacijskih dvoran za ambulantne (dnevne) posege v nekaterih slovenskih bolnišnicah v letu 2021

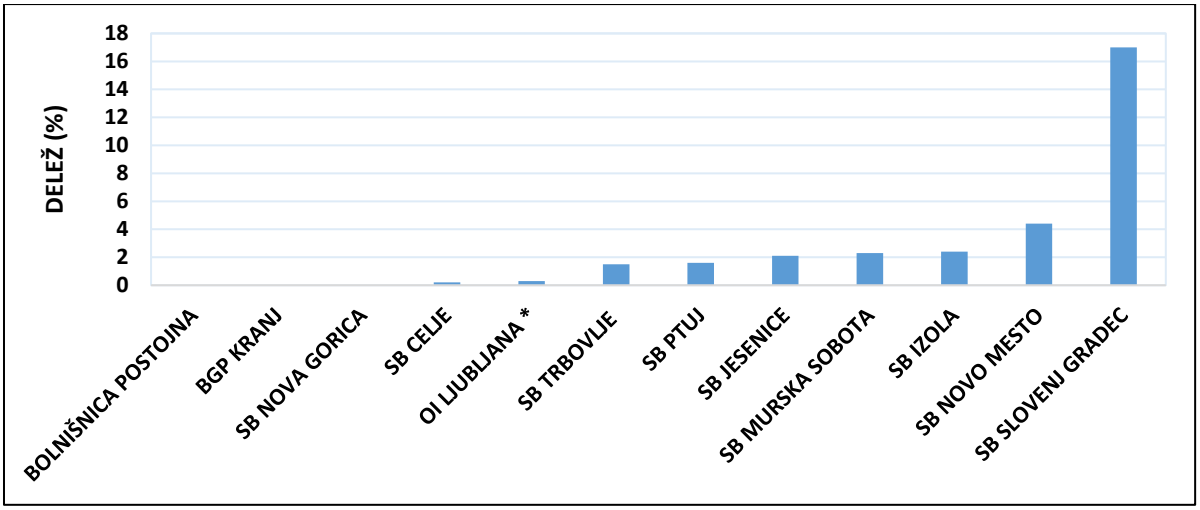


** OI Ljubljana poroča le v drugem in četrtem četrtletju.*

Slika 19: Delež odpovedanih bolnišničnih operacij med vsemi načrtovanimi v nekaterih slovenskih bolnišnicah v letu 2021



Slika 20: Delež odpovedanih ambulantnih (dnevnih) operacij med vsemi načrtovanimi v nekaterih slovenskih bolnišnicah v letu 2021



** OI Ljubljana poroča le v drugem in četrtem četrtletju.*

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. Lahko prikazuje 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. Zadnje je običajno pogojeno z lokalnimi običaji.

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.

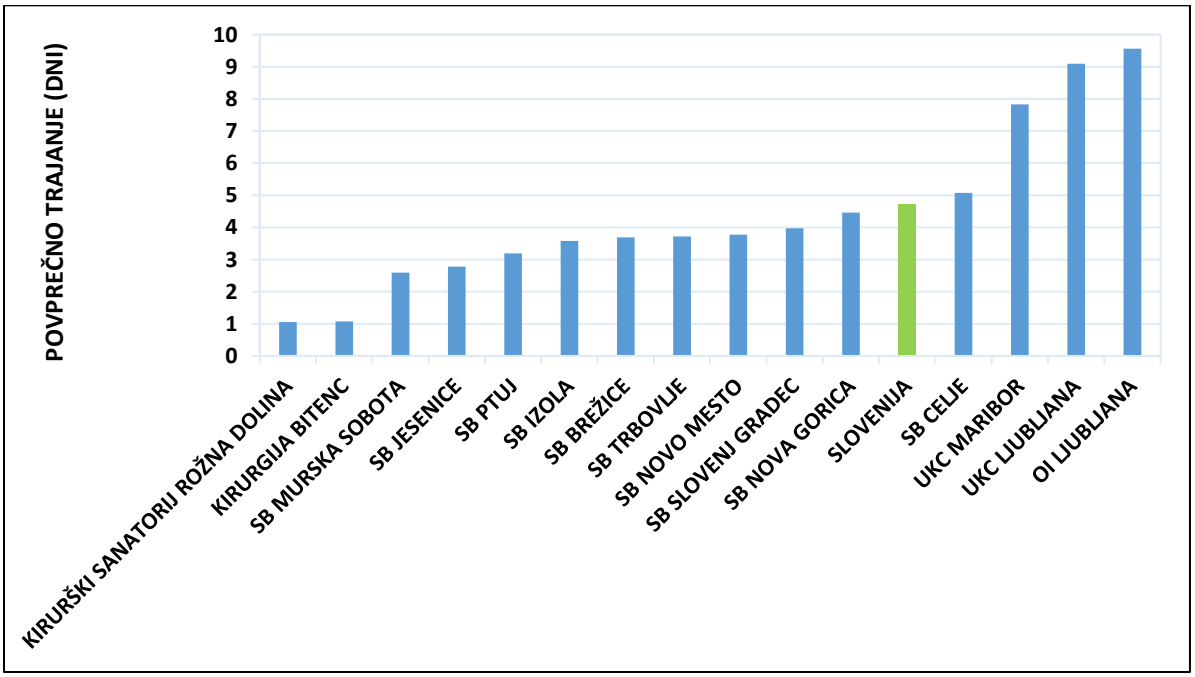
Holecistektomija

V analizi niso bili upoštevani izvajalci z manj kot petnajstimi hospitalizacijami v letu 2021. Znova so se pokazale razlike med bolnišnicami v povprečnem trajanju akutnega bolnišničnega bivanja zaradi holecistektomije.

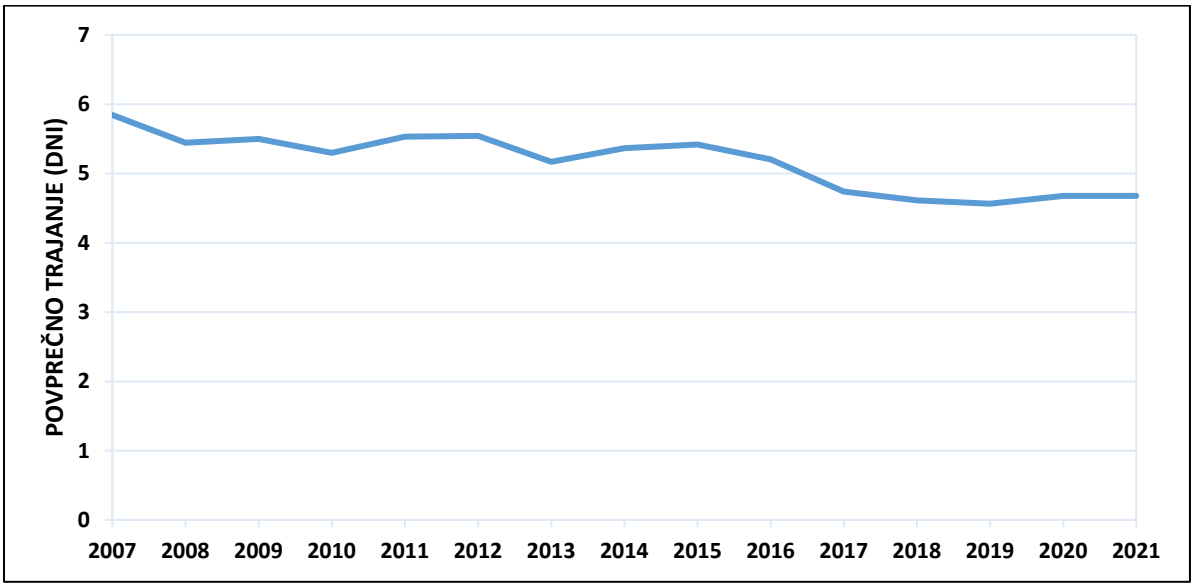
V letu 2021 je bila najdaljša ležalna doba zaradi holecistektomije na OI Ljubljana (9,6 dneva), najkrajša v Kirurgiji Bitenc in Kirurškem sanatoriju Rožna dolina (1,1 dneva). Povprečno je akutna bolnišnična obravnava v letu 2021 trajala 4,7 dneva (**slika 21**).

Znova se je pokazalo krajšanje povprečnega trajanja bolnišničnega bivanja med letoma 2007 in 2021 (**slika 22**).

Slika 21: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja zaradi holecistektomije v posameznih bolnišnicah v Sloveniji v letu 2021



Slika 22: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja zaradi holecistektomije v Sloveniji med letoma 2007 in 2021



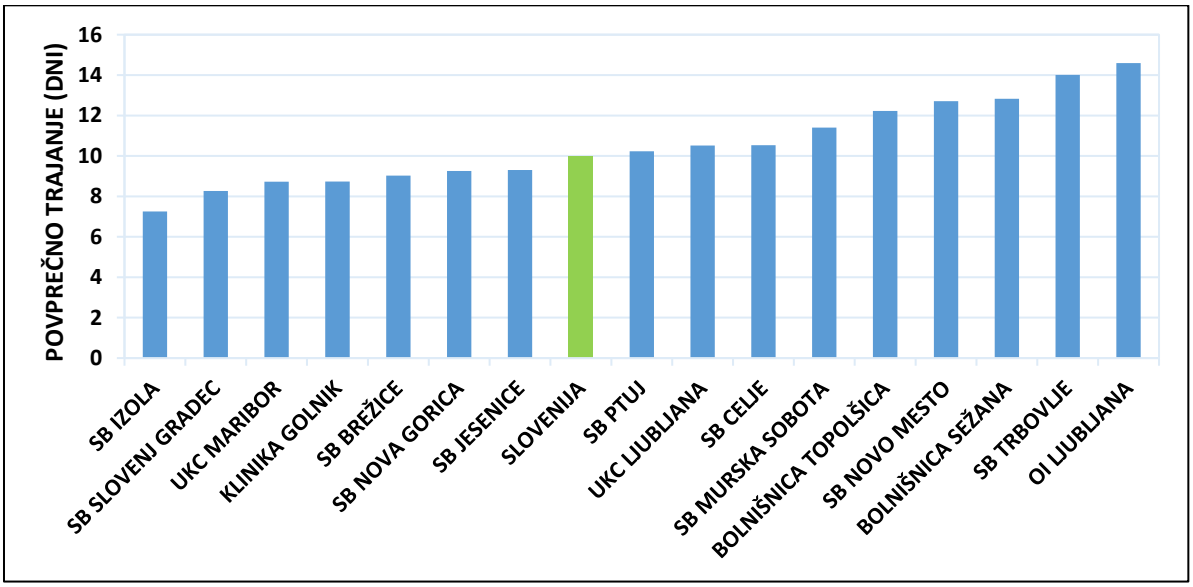
Pljučnica domačega okolja

V analizi niso bili upoštevani izvajalci z manj kot desetimi hospitalizacijami zaradi pljučnice v domačem okolju v letu 2021.

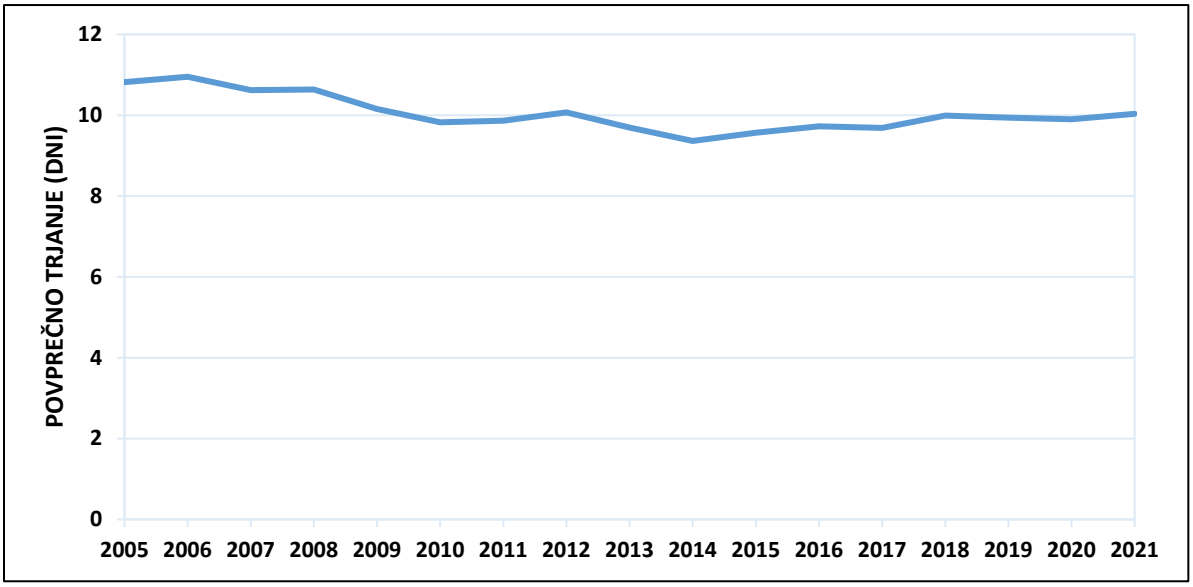
Najdaljše povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja je imel OI Ljubljana (14,6 dneva), najkrajše SB Izola (7,3 dneva). Povprečno je akutna bolnišnična obravnava v letu 2021 trajala 10,0 dneva (**slika 23**).

Opazno je bilo skrajševanje povprečnega trajanja akutnega bolnišničnega bivanja med letoma 2005 in 2017, po letu 2018 skrajševanja ni več opaziti (**slika 24**).

Slika 23: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja zaradi glavne diagnoze pljučnica domačega okolja v nekaterih bolnišnicah v Sloveniji v letu 2021



Slika 24: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja zaradi glavne diagnoze pljučnica domačega okolja v Sloveniji med letoma 2005 in 2021

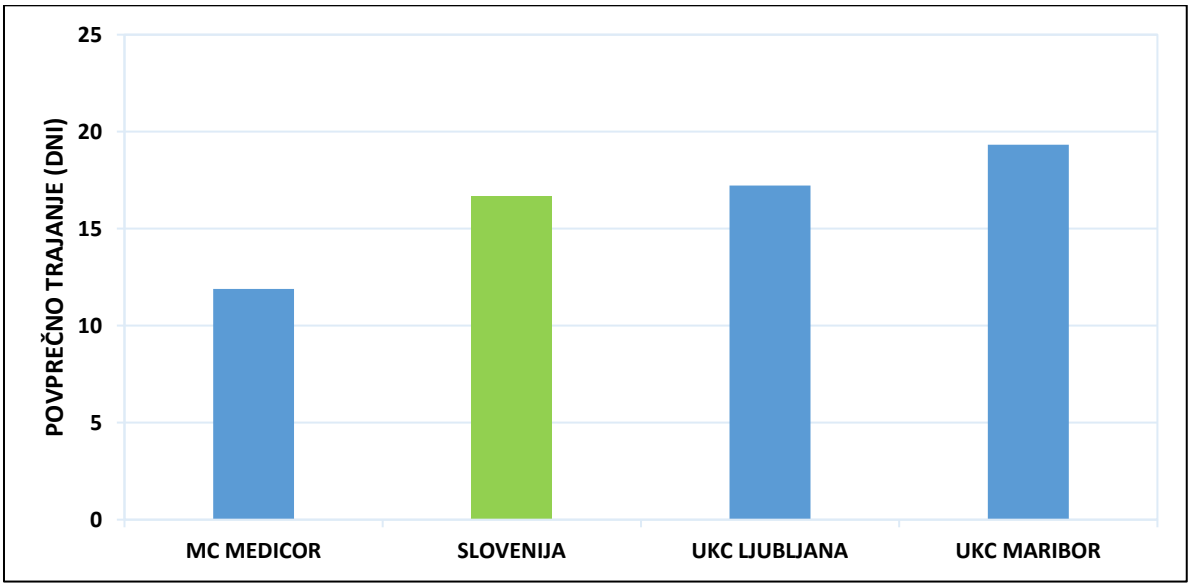


Koronarna premostitvena operacija

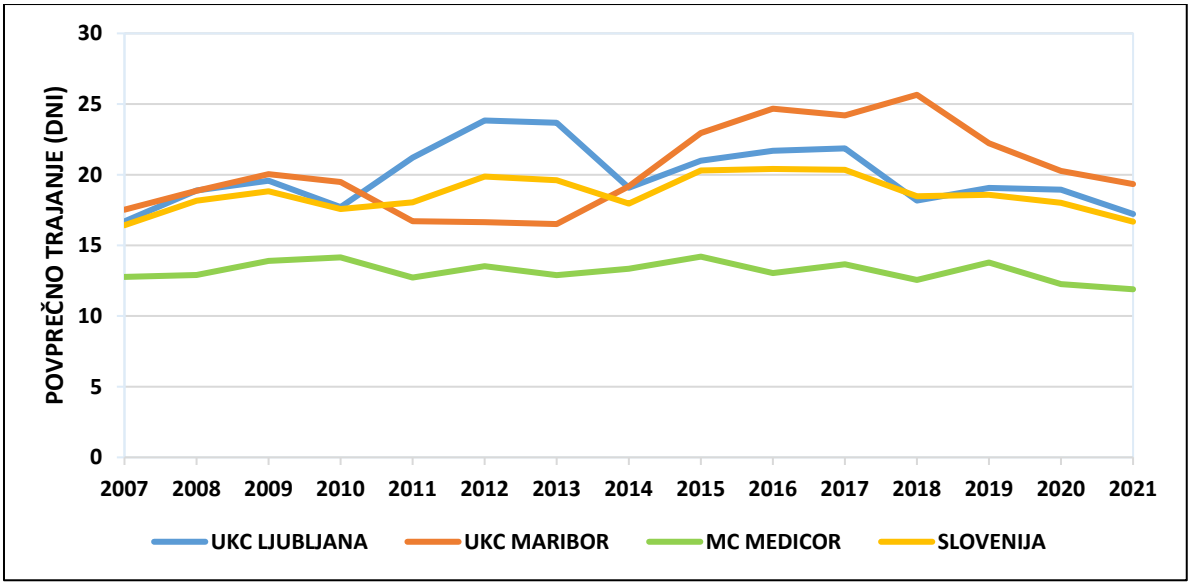
Koronarne premostitvene operacije v Sloveniji izvajajo trije centri, in sicer oba UKC ter MC Medicor. Med seboj se razlikujejo po povprečnem trajanju bolnišničnega bivanja in letnem številu primerov (**slika 25**). Razlika pri povprečnem trajanju bivanja lahko izhaja iz tega, da oba UKC izvajata nujne in elektivne premostitvene operacije, medtem ko ima MC Medicor le elektivne, zato je povprečno trajanje bolnišničnega bivanja v MC Medicor pričakovano krajše (v letu 2021 11,9 dneva, UKC Ljubljana 17,2 dneva in UKC Maribor 19,3 dneva). Povprečno je akutna bolnišnična obravnava v letu 2021 trajala 16,7 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 26**). Po letu 2019 podaljševanja povprečnega trajanja bivanja zaradi koronarne premostitvene operacije ni opaziti v nobenem od treh centrov, opazno je krajšanje.

Slika 25: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja ob izvedbi koronarne premostitvene operacije po izvajalcih zdravstvene storitve v Sloveniji v letu 2021



Slika 26: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja ob izvedbi koronarne premostitvene operacije po izvajalcih zdravstvene storitve v Sloveniji med letoma 2007 in 2021



Zlom kolka

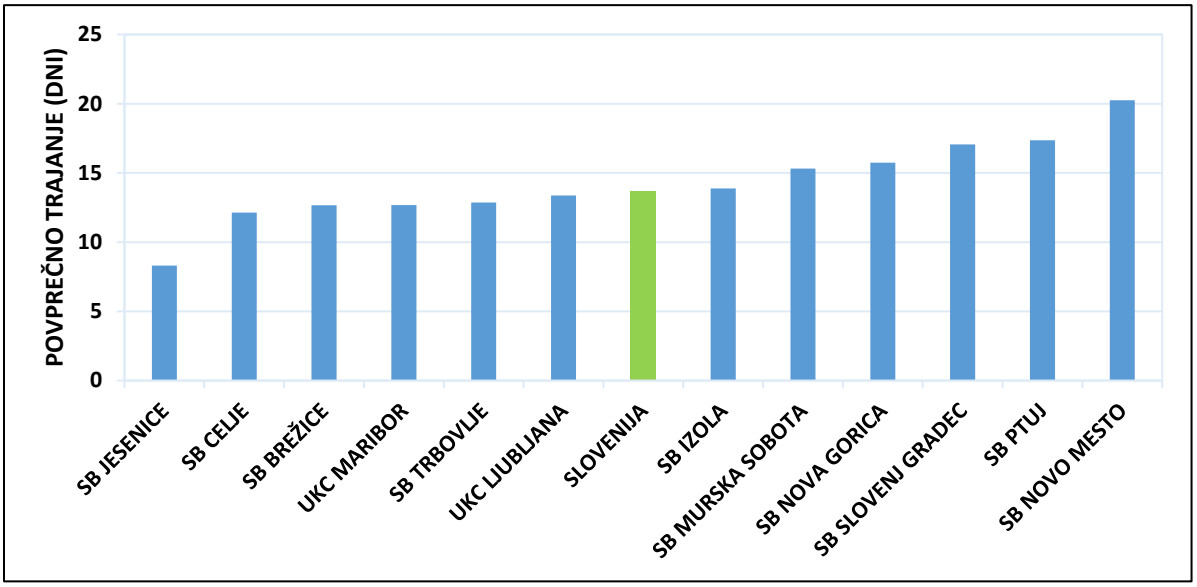
V analizi niso bili upoštevani izvajalci, ki so imeli v letu 2021 manj kot deset primerov zloma kolka.

SB Ptuj ima glede na primerjavo s podatki iz prejšnjih poročil še vedno eno od najdaljših povprečnih trajanj akutnega bolnišničnega bivanja zaradi zloma kolka (17,4 dneva), pri čemer je SB Novo mesto v letu 2021 imela najdaljše povprečno trajanje (20,3 dneva) (**slika 27**). Najkrajše povprečno trajanje so imeli v SB Jesenice (8,3 dneva). Povprečno je akutna bolnišnična obravnava v letu 2021 trajala 13,7 dneva.

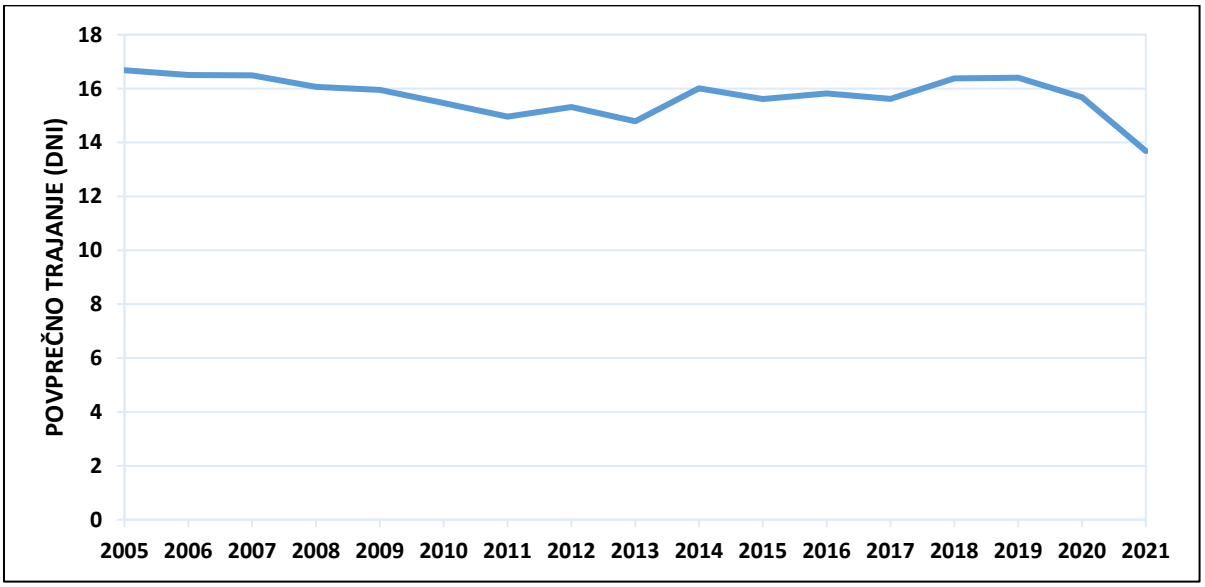
Povprečno akutno bolnišnično bivanje zaradi zloma kolka v Sloveniji med letoma 2005 in 2020 se ni bistveno spremenilo, v letu 2021 je bilo opazno skrajšanje (**slika 28**).

Slika 27: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja ob glavni diagnozi zlom kolka v posameznih bolnišnicah v letu 2021

.



Slika 28: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja ob glavni diagnozi zlom kolka v Sloveniji med letoma 2005 in 2021



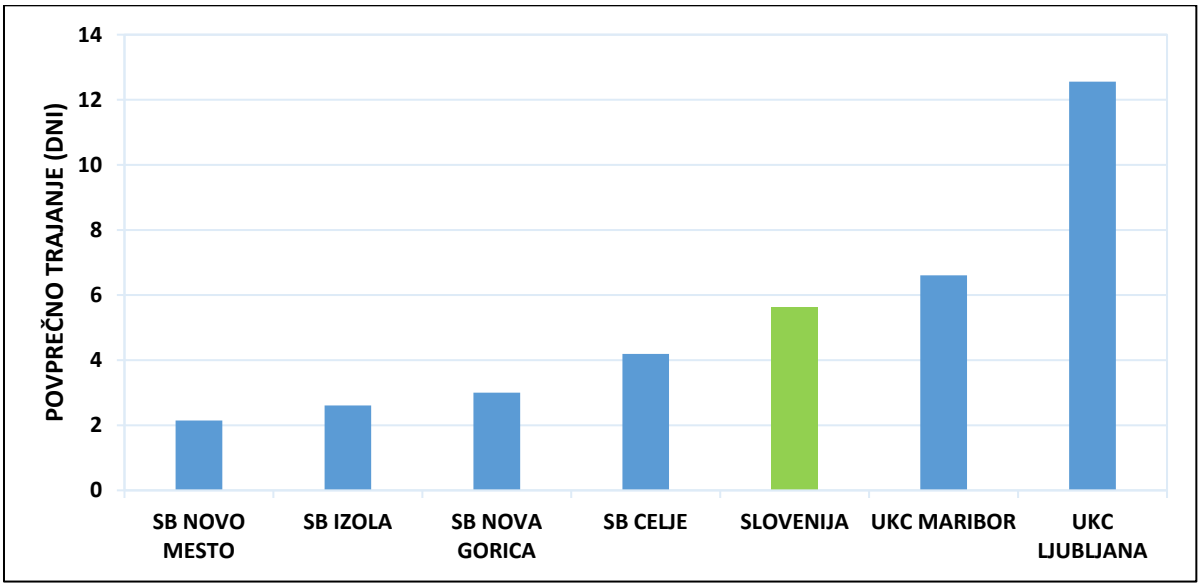
Tonzilektomija in adenoidektomija

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

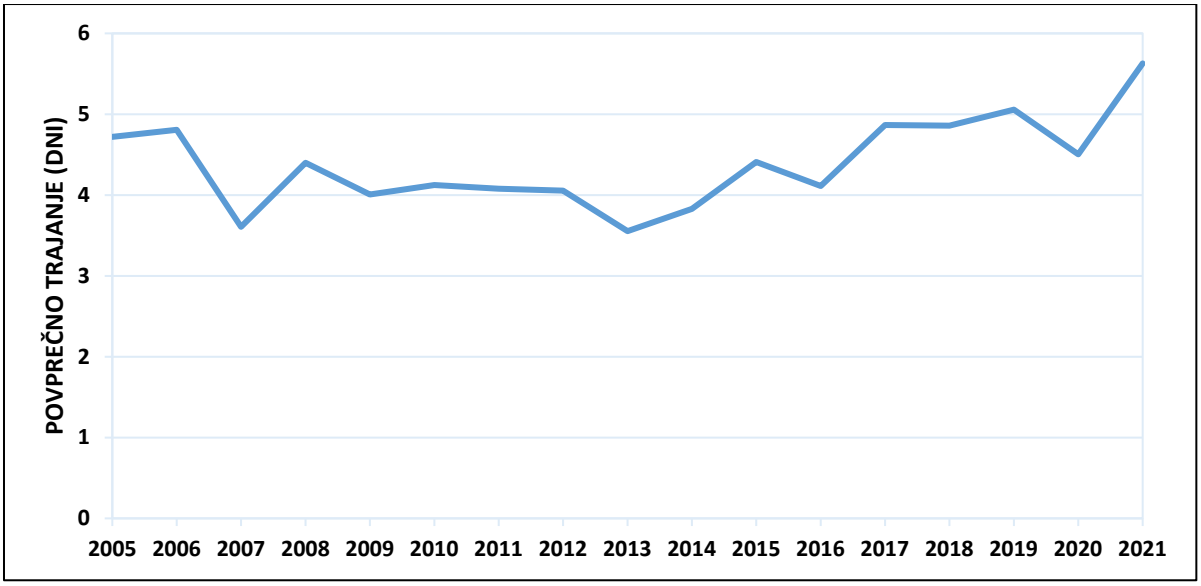
Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja zaradi tonzilektomije ali adenoidektomije se med izvajalci teh storitev precej razlikuje. V letu 2021 je bilo najdaljše v UKC Ljubljana (12,6 dneva), najkrajše v SB Novo mesto (2,1 dneva) (**slika 29**). Povprečno trajanje akutne bolnišnične obravnave je bilo v letu 2021 5,6 dneva.

Med letoma 2005 in 2020 ni opaziti večjih sprememb pri povprečnem trajanju akutnega bolnišničnega bivanja, v letu 2021 je bilo opazno blago podaljšanje trajanja (**slika 30**).

Slika 29: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja zaradi tonzilektomije ali adenoidektomije v nekaterih bolnišnicah v letu 2021



Slika 30: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja zaradi tonzilektomije ali adenoidektomije v Sloveniji med letoma 2005 in 2021



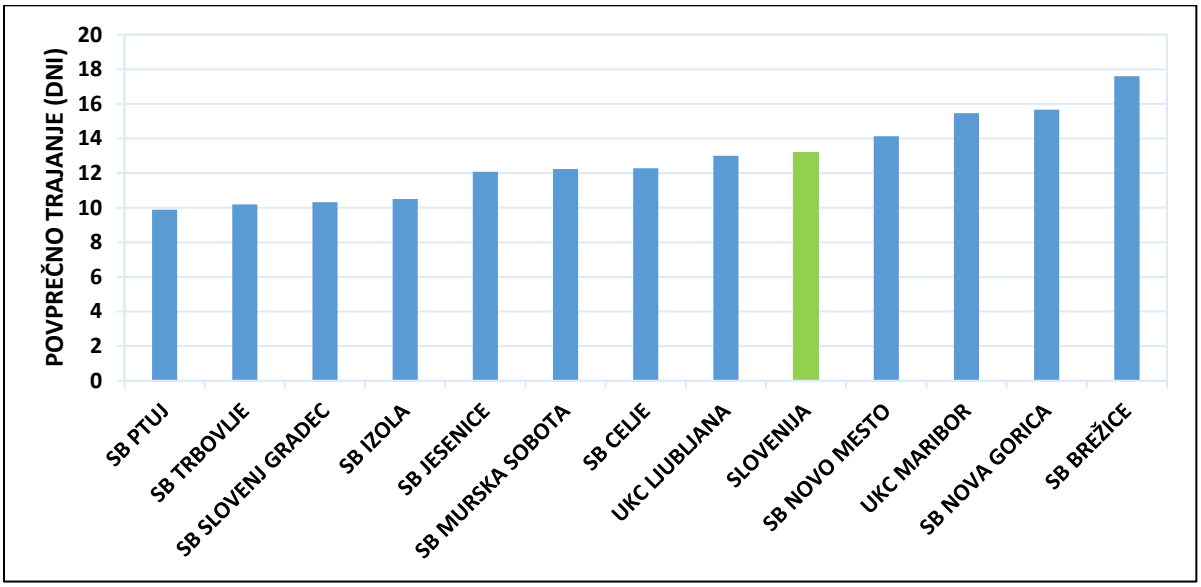
Možganska kap

Bolniki po onesposabljajoči 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 2021 obravnavale manj kot deset primerov možganske kapi.

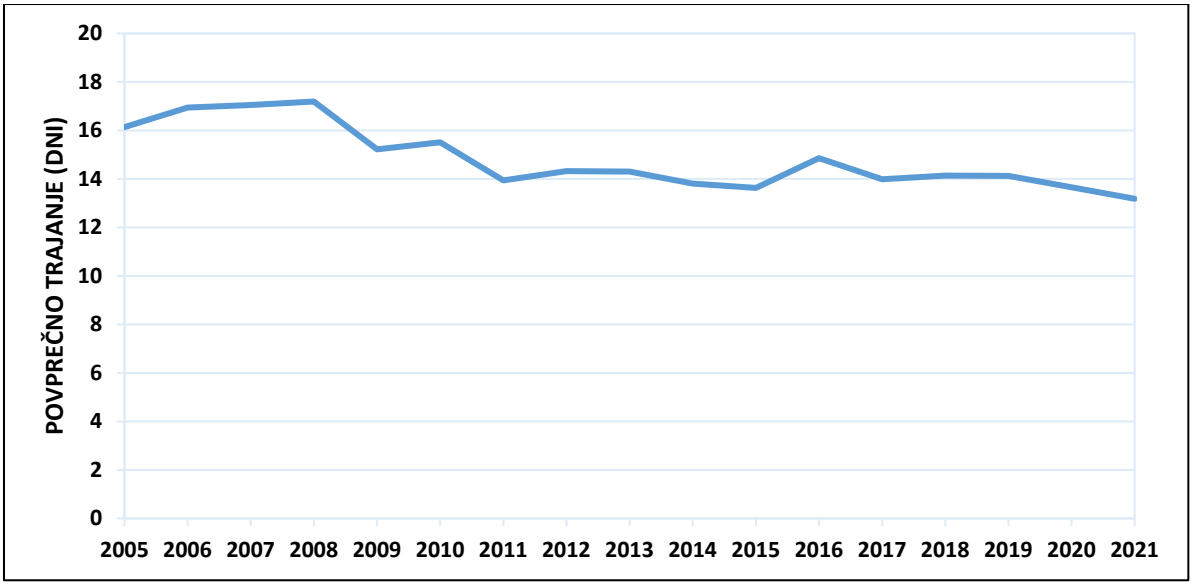
Najdaljše trajanje akutnega bolnišničnega bivanja je bilo v SB Brežice (17,6 dneva), najkrajše v SB Ptuj (9,9 dneva) (**slika 31**). Razlike v povprečni ležalni dobi so v primerjavi s prejšnjimi leti še vedno izrazite. Ob tem je treba upoštevati letna nihanja podatkov. Povprečno trajanje akutne bolnišnične obravnave je bilo v letu 2021 13,2 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 32**).

Slika 31: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja ob glavni diagnozi akutna možganska kap v posameznih bolnišnicah v letu 2021



Slika 32: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja ob glavni diagnozi akutna možganska kap v Sloveniji med letoma 2005 in 2021



KK25 – STOPNJA SPREJEMOV ZARADI SLADKORNE BOLEZNI

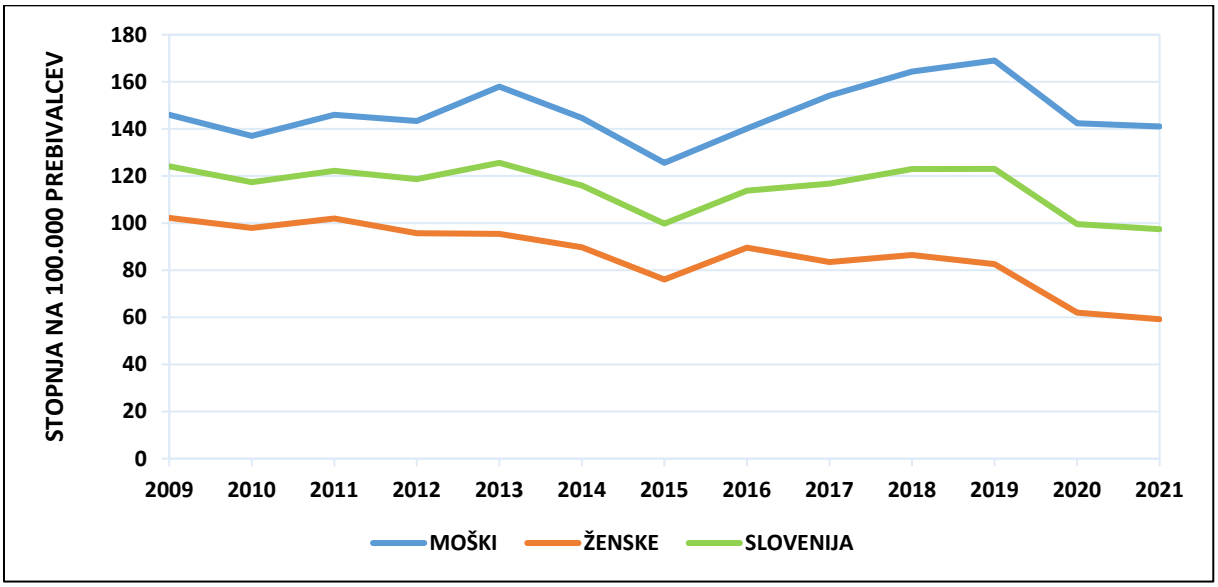
Po zadnjih določilih OECD za zbiranje podatkov za leti 2020 in 2021 se stopnja sprejemov zaradi sladkorne bolezni določi kot število vseh nematerinskih (neneonatalnih) bolnišničnih sprejemov oseb, starih 15 let in več, z glavno diagnostično kodo sladkorna bolezen (E10.0–E10.9, E11.0–E11.9, E13.0–E13.9, 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, starimi 15 let ali več, na 100.000 prebivalcev.

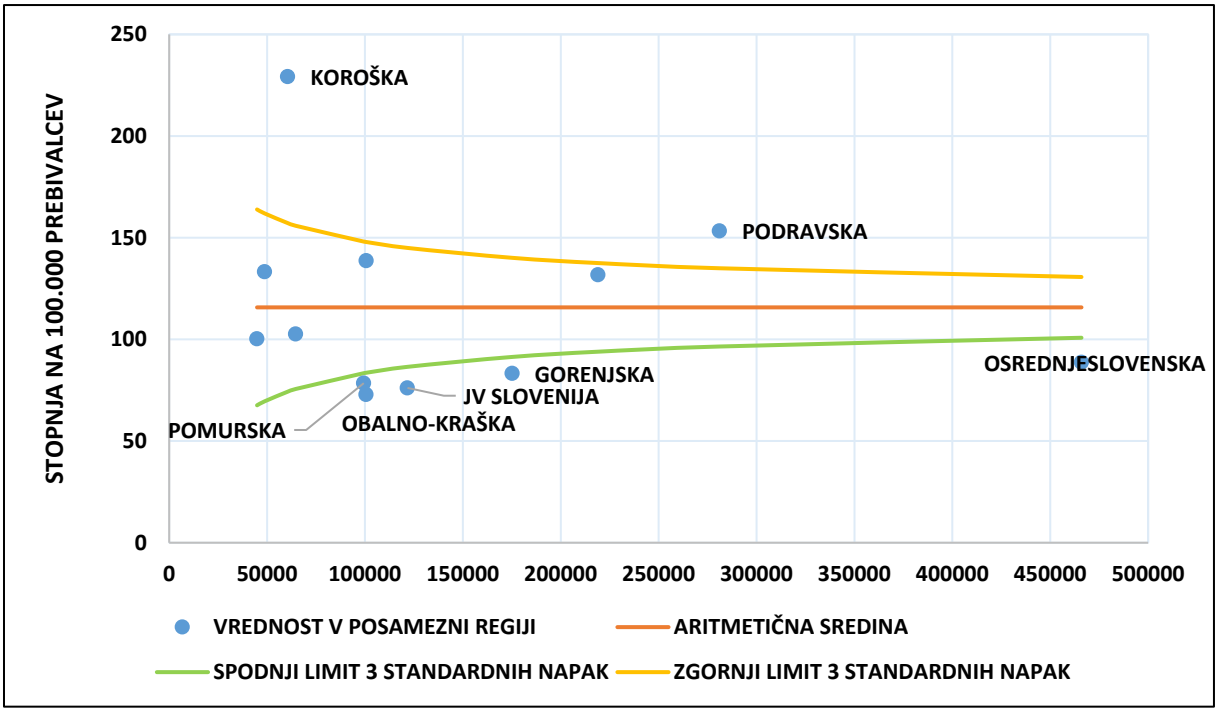
Stopnja sprejemov zaradi sladkorne bolezni je standardizirana po starosti in spolu na 100.000 prebivalcev. Iz pridobljenih podatkov je razvidno, da se je stopnja sprejemov zaradi sladkorne bolezni počasi zmanjševala med letoma 2009 in 2015 ter se postopoma začela povečevati po letu 2015, predvsem pri moških, kar je lahko kazalo na slabšo uspešnost ambulantnega vodenja bolnikov s sladkorno boleznijo (**slika 33**). Po letu 2019 se je stopnja sprejemov nekoliko zmanjšala, morebiti zaradi vpliva pandemije covida-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 regiji ter manjšo v JV Sloveniji, osrednjeslovenski, gorenjski, pomurski in obalno-kraški regiji (**slika 34**). 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 35**). V primerjavi z drugimi regijami v podravski regiji ni bilo opaziti vpliva pandemije covida-19, tam se namreč stopnja sprejemov dokaj linearno zvišuje od leta 2018.

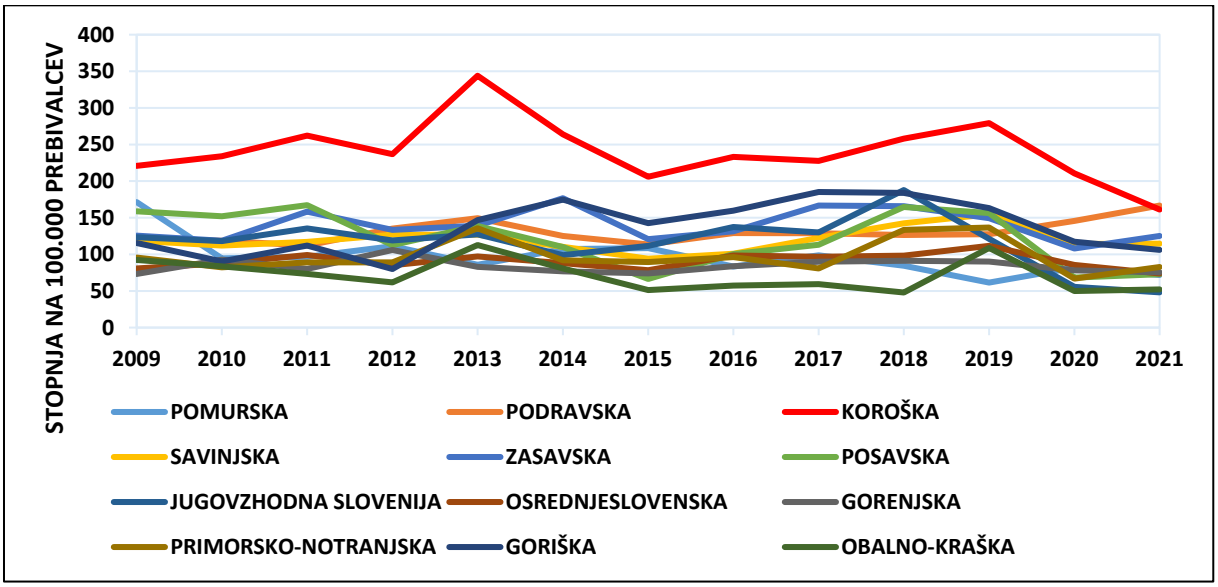
Slika 33: Stopnja bolnišničnih sprejemov zaradi sladkorne bolezni na 100.000 prebivalcev, standardizirana po starosti in spolu, med letoma 2009 in 2021



Slika 34: Groba stopnja sprejemov zaradi sladkorne bolezni na 100.000 prebivalcev po regijah, povprečna vrednost treh let (2019–2021)



Slika 35: Groba stopnja sprejemov zaradi sladkorne bolezni na 100.000 prebivalcev po regijah med letoma 2009 in 2021



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.

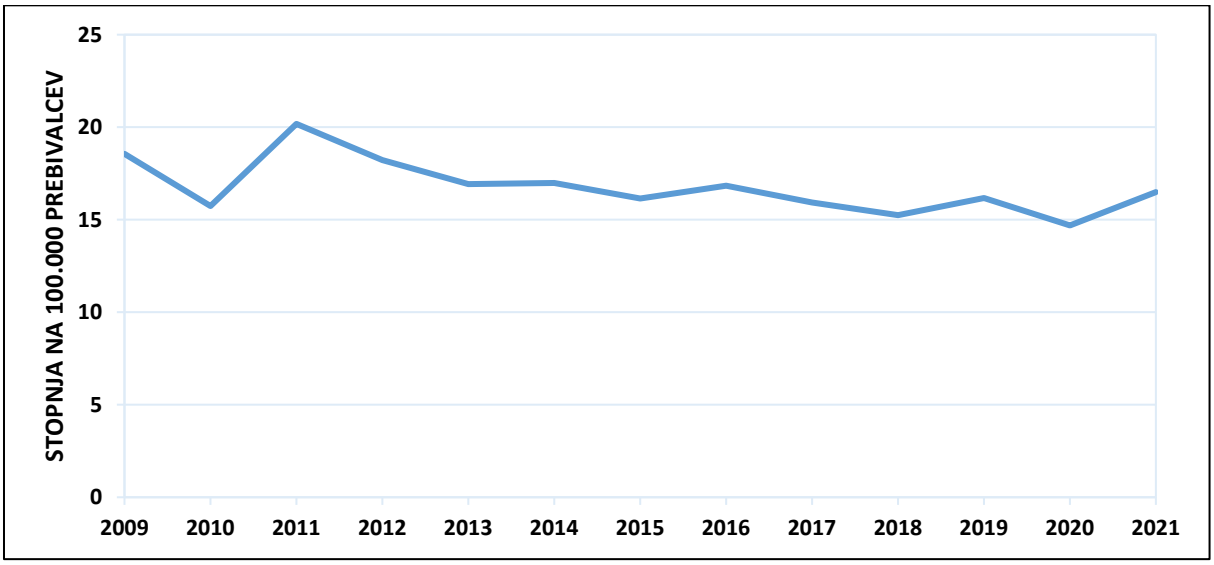
Določila OECD glede imenovalca temeljijo na različnih epidemioloških metodah držav pri določanju prevalence sladkorne bolezni. Izvzeti so primeri premestitev iz drugih bolnišnic, nosečnost, porod ali poporodno obdobje, kakršna koli poškodba spodnje okončine, tumorsko povezane amputacije in enodnevne 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 se je namreč 2021 znova dvignila (**slika 36**).

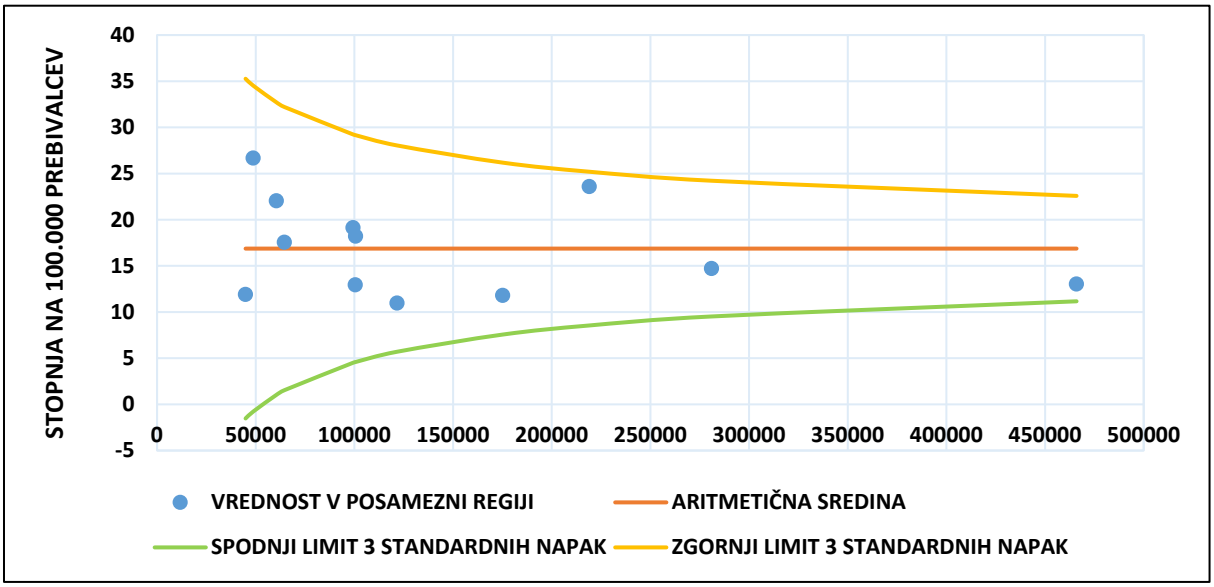
Groba stopnja amputacij spodnjih okončin zaradi sladkorne bolezni s povprečno vrednostjo treh let 2019–2021 ne kaže bistvenih razlik med posameznimi statističnimi regijami (**slika 37**).

Podrobnejša analiza stanja v posameznih regijah kaže letna nihanja stopnje amputacij s splošnim zniževanjem (**slika 38**).

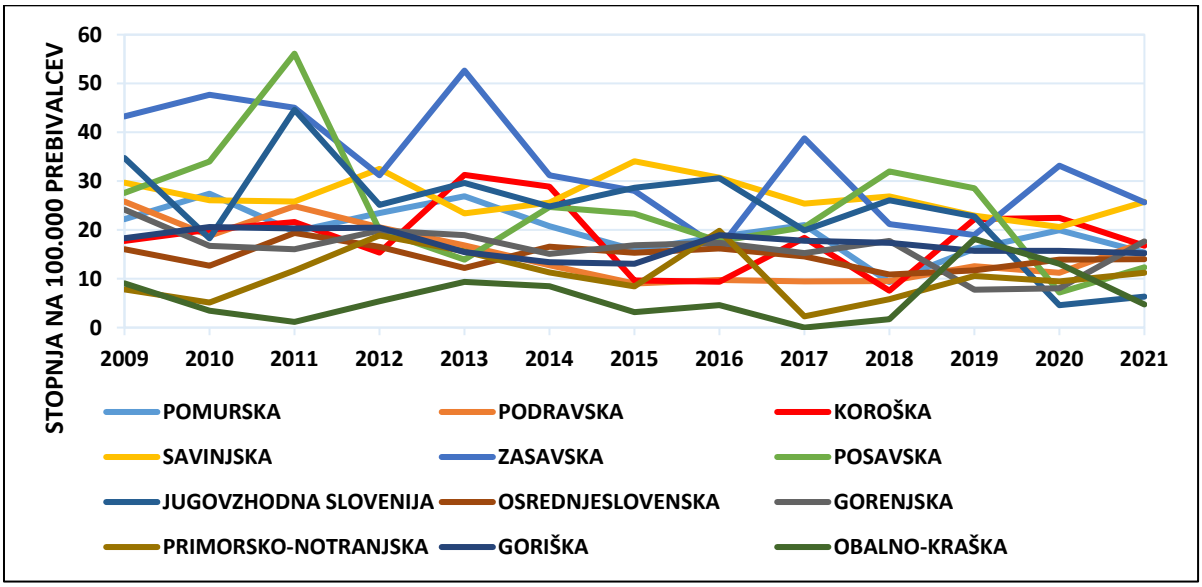
Slika 36: Starostno standardizirana stopnja amputacij spodnjih okončin zaradi sladkorne bolezni na 100.000 prebivalcev med letoma 2009 in 2021



Slika 37: Groba stopnja amputacij spodnjih okončin zaradi sladkorne bolezni na 100.000 prebivalcev po regijah, povprečna vrednost treh let (2019–2021)



Slika 38: Starostno standardizirana stopnja amputacij spodnjih okončin zaradi sladkorne bolezni na 100.000 prebivalcev med letoma 2009 in 2021 po posameznih regijah



Vir: OECD/EU (2018), Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris; https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en.

KK36 – POŠKODBE MED VAGINALNIM PORODOM

Med porodom lahko nastanejo sicer preprečljive raztrganine presredka (**1**). Pogosteje 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**).

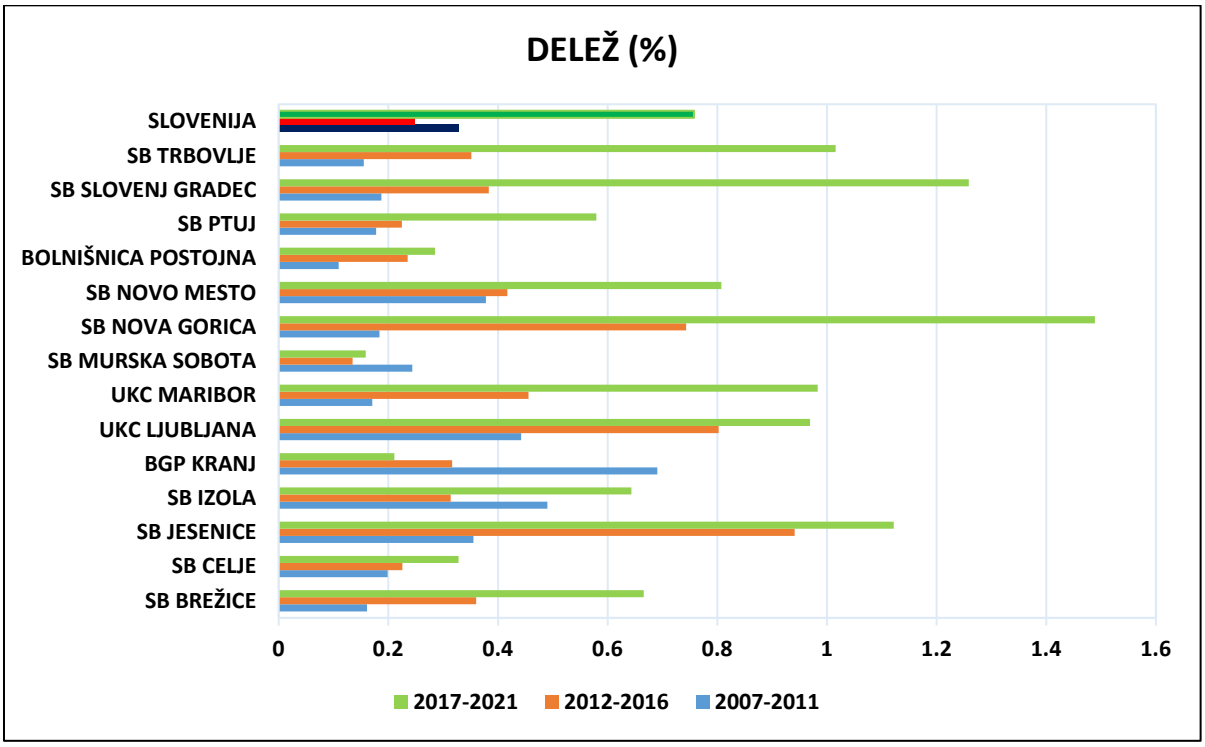
Delež poškodb presredka ob vaginalnem porodu je uporaben kazalnik kakovosti obporodnega varstva. Je dokaj zanesljiv in primerljiv med državami (**3**). Pri izračunu kazalnika je bila uporabljena metodologija OECD (3), ki zbira podatke o istoimenskem kazalniku v okviru projekta HCQI. Kazalnik prikazuje 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 PIS, ki vključuje 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 prirejeni 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, različica 6.

Zelo pomembna omejitev kazalnika je majhno absolutno število primerov hujših poškodb. Leta 2021 je bilo skupno zapisanih 30 primerov (5,1 %) poškodb presredka tretje ali četrte stopnje pri vaginalnem porodu z instrumenti, največ v največjem terciarnem centru, v preostalih porodnišnicah do 5 primerov, od tega v petih 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 112 (0,8 %). Kljub temu je bilo v večini porodnišnic (8 od 14) zapisanih do 5 primerov. Zato smo se odločili, da delež poškodb presredka tretje in četrte stopnje prikažemo samo za vaginalne porode brez instrumentov ter da združimo podatke za petletno obdobje.

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 relativno nizkega absolutnega števila primerov v manjših porodnišnicah, možne pa so tudi razlike v doslednosti pri zapisovanju zapletov v PIS. Delež poškodb se je v obdobju 2017–2021 tako gibal od 0,15 odstotka v Murski Soboti do 1,47 odstotka v Novi Gorici, v povprečju je znašal 0,76 odstotka (**slika 39**). To je 1,5-krat več kot v predhodnem petletnem obdobju in kar 2,3-krat več kot v letih 2007–2011. Primerjava med porodnišnicami kaže, da se je delež poškodb presredka 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 Kranju se je delež zmanjšal.

Slika 39: Delež poškodb presredka III. in IV. stopnje pri vaginalnih porodih brez uporabe instrumentov v bolnišnicah s porodnišnicami v Sloveniji v letih 2007–2011, 2012–2016 in 2017–2021



** Vključeni so porodi porodnic, starih 15 let ali več.*

Viri:

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; Geneva: World Health Organization.
3. Carinci F., Van Gool K., Mainz J., Veillard J., Pichora E. C., Januel J. M., et al. Towards actionable international comparisons of health system performance: expert revision of the OECD framework and quality indicators. Int J Qual Health C 2015; 27 (2): 137–46.

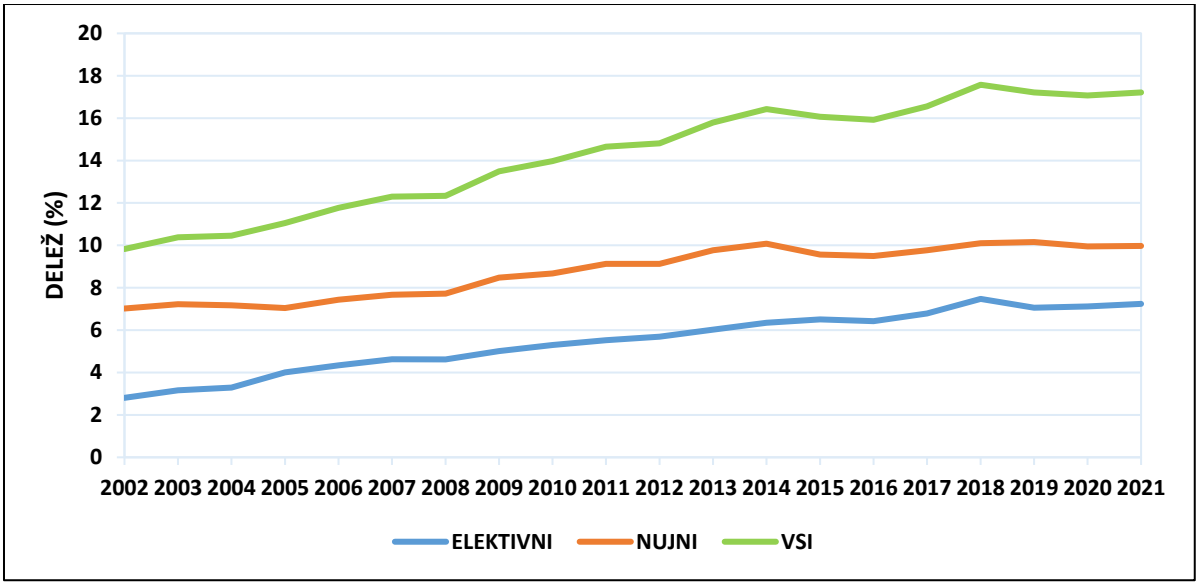
KK37 – DELEŽ CARSKIH REZOV

Delež carskih rezov se v večini evropskih držav še vedno povečuje (**1**). Svetovna zdravstvena organizacija od leta 1985 priporoča od 10- do 15-odstotni delež carskih rezov in tudi v reviziji priporočil iz leta 2015 ugotavlja, da povečevanje deleža carskih rezov nad to vrednostjo ne pripomore k zmanjševanju maternalne in neonatalne umrljivosti (**2**). S povečevanjem 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 PIS, v katerem se podatki o carskem rezu vpisujejo v rubriko Operativno dokončanje poroda.

V Sloveniji je delež carskih rezov v zadnjem desetletju porasel za 17 %, še vedno pa ostaja pod povprečjem Evropske unije. V primerjavi z letom 2011 se je v večji meri povečal delež elektivnih (za 31 %) kot nujnih carskih rezov (za 9 %). Zadnja tri leta kažejo na umirjanje rasti deleža carskih rezov (**slika 40**).

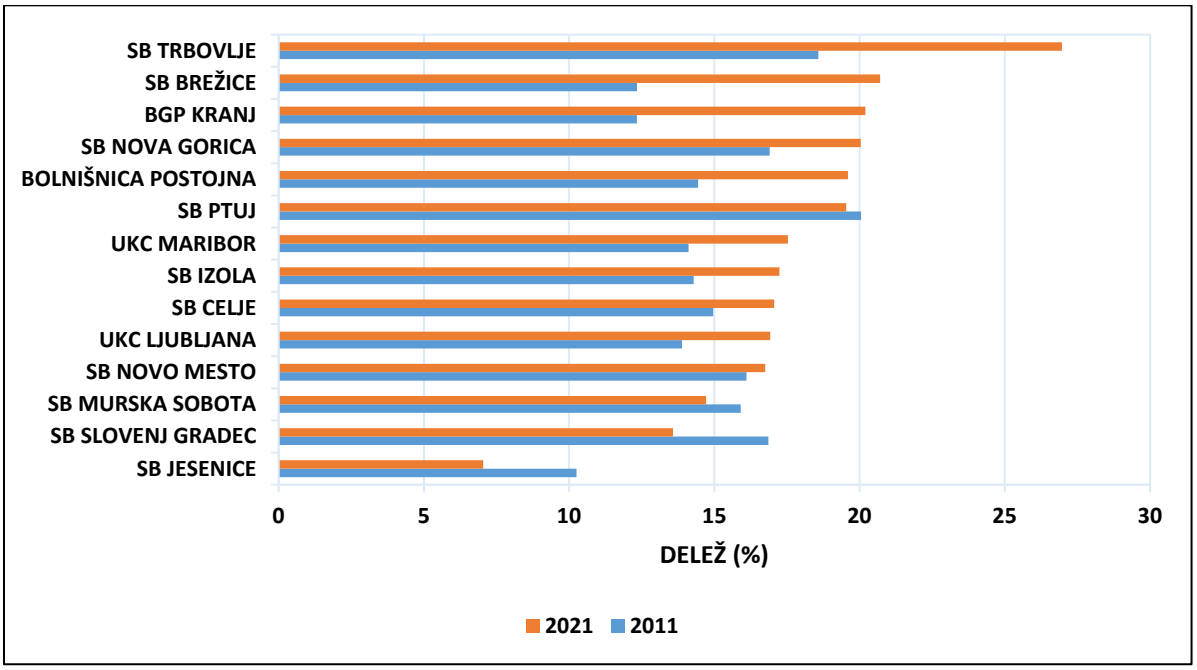
Slika 40: Delež otrok*, rojenih s carskim rezom, v Sloveniji med letoma 2002 in 2021



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

Leta 2021 je delež carskih rezov v opredeljeni populaciji živorojenih enojčkov z gestacijsko starostjo 37 tednov in več ter glavično vstavo v povprečju znašal 17,2 odstotka, kar je za 0,1 odstotne točke več kot leto prej in enako kot leta 2019. Bolnišnice so zapisale od 7- do 27-odstotni delež carskih rezov in različne trende glede na prejšnje leto. V osmih bolnišnicah se je delež carskih rezov povečal, v preostalih pa upadel. Največji upad (skoraj 18-odstotni oziroma okoli 3 odstotne točke) so zapisali v Slovenj Gradcu, sledile so Jesenice, kjer je delež carskih rezov že tako najmanjši v Sloveniji, in Nova Gorica. Najbolj, kar za 50 odstotkov (6,9 odstotne točke), pa se je delež carskih rezov v primerjavi z letom 2020 povečal v bolnišnici Brežice, sledila je bolnišnica na Ptuju s skoraj 10-odstotnim povečanjem deleža. V drugih bolnišnicah se je delež carskih rezov spremenil za manj kot 10 odstotkov v pozitivno ali negativno smer v primerjavi z letom prej.

Slika 41: Delež otrok*, rojenih s carskim rezom, v bolnišnicah s porodnišnicami v Sloveniji v letih 2010 in 2021

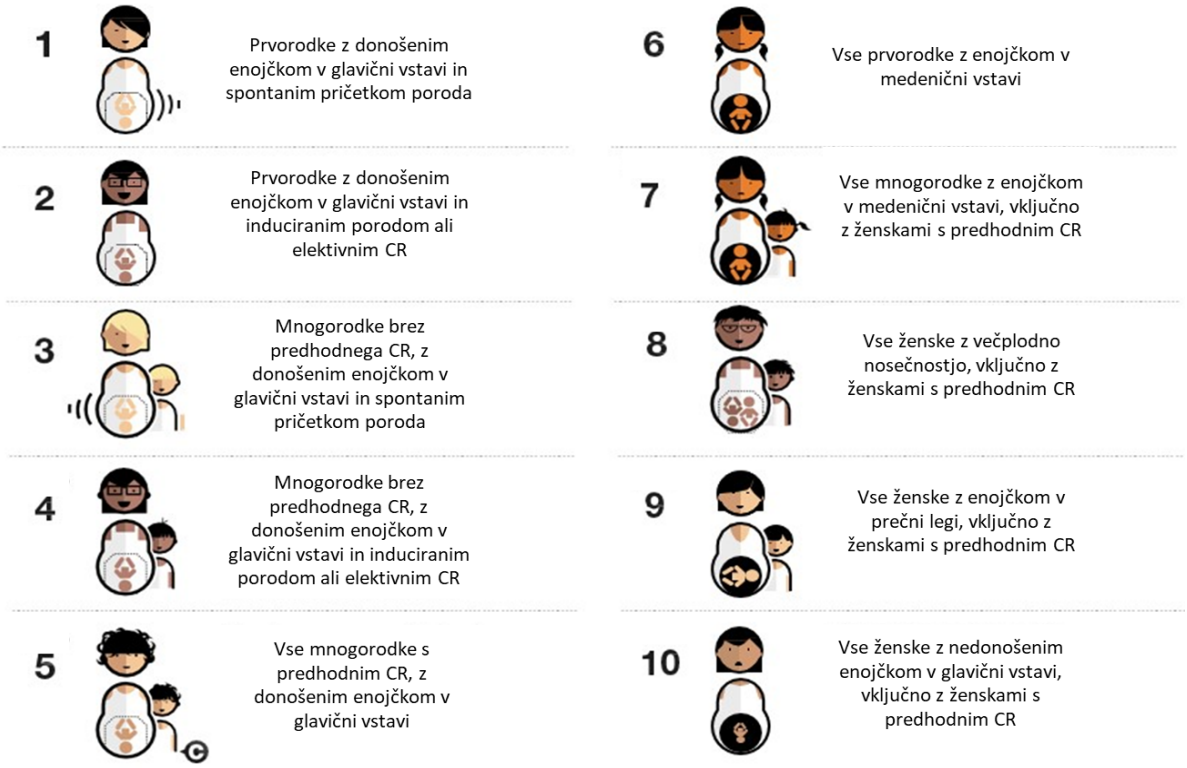


** Vključeni so živorojeni enojčki z gestacijsko starostjo 37 tednov in več v zatilni ali temenski glavični vstavi.*

V primerjavi z letom 2011 so v letu 2021 v štirih porodnišnicah zapisali nižje vrednosti deleža carskih rezov (Jesenice, Slovenj Gradec, Ptuj in Murska Sobota), v preostalih pa porast. Le-ta je bil v zadnjem desetletju najbolj izrazit v Brežicah, Kranju in Trbovljah (**slika 41**).

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 42**). Opozarjamo, da ta prikaz (**slika 43**) vključuje vse porode, ne glede na stanje otroka, gestacijsko starost in vstavo, zato so vrednosti nekoliko višje od predhodno prikazanih. Svetovna zdravstvena organizacija 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 te klasifikacije razporedimo vse porodnice v eno od desetih skupin, ki se medsebojno izključujejo, skupaj pa zajamejo vse porodnice. Razporeditev v skupine temelji na šestih osnovnih porodniških značilnostih, ki se rutinsko spremljajo v porodnišnicah pri vseh porodih, to so: pariteta (zaporedni porod), število plodov v aktualni nosečnosti, predhodni carski rez, začetek poroda, gestacijska starost in vstava ploda (**preglednica 5**) (**6, 7**).

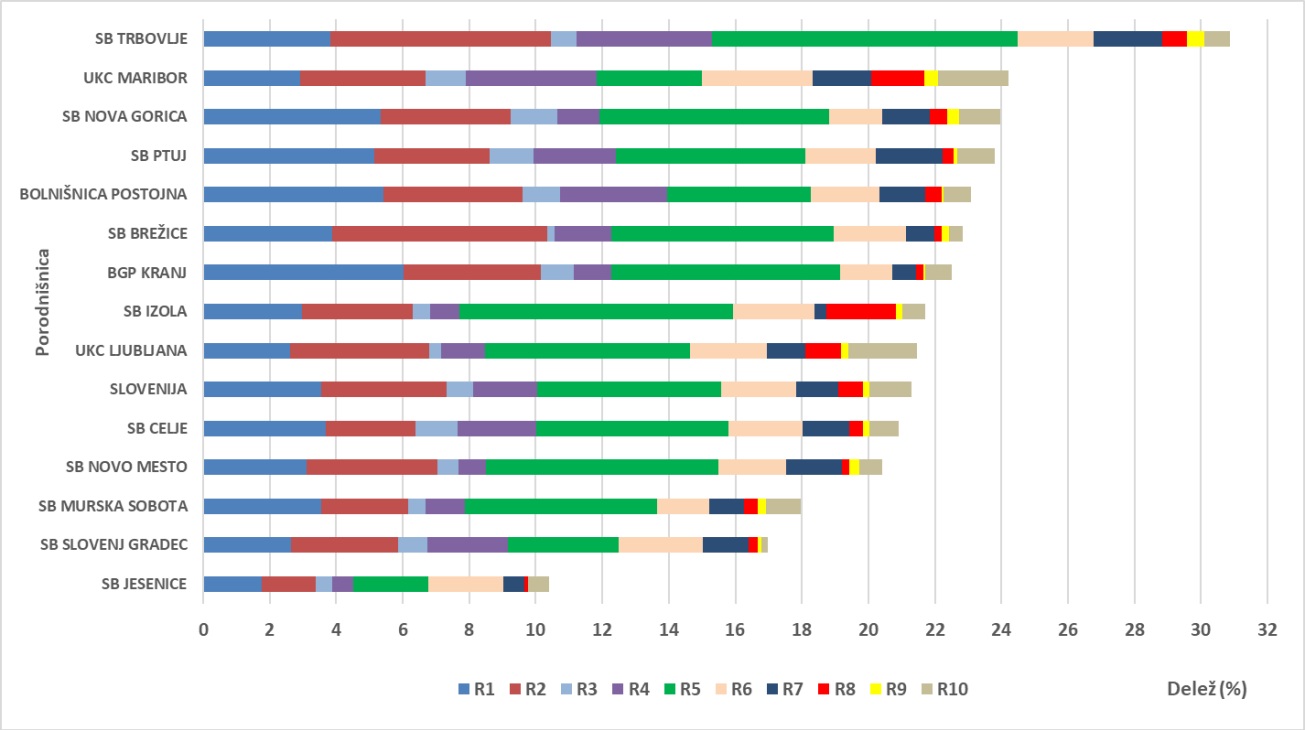
Slika 42: Skupine porodnic po Robsonovi klasifikaciji



Preglednica 5: Specifikacije spremenljivk v posamezni Robsonovi skupini

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

Slika 43: Delež porodov s carskim rezom, po Robsonovih skupinah in v bolnišnicah s porodnišnicami v Sloveniji, 2021



Iz podatkov je razvidno, da v Sloveniji še vedno ni enotne doktrine glede indikacij za carski rez, razlike v deležih carskega reza pa so v večini Robsonovih skupin. V letu 2021 je razlika v celokupnem deležu carskih rezov med dvema primerljivima regijskima bolnišnicama (Trbovlje in Jesenice) trikratna. Leta 2002 je bilo zadnjič 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 2021 se ljubljanska porodnišnica, v izbrani populaciji porodov, znova uvršča pod slovensko povprečje, upoštevaje 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 odrazilo v ugodnem trendu, vendar pa razlike med porodnišnicami še vedno 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. Geneva: World Health Organization, 2015.
3. Betrán, A. P., Merialdi, M., Lauer, J. A., Bing-Shun, W., Thomas, J., Van Look, P., et al. 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., ur. 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 M. S. 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., ur. 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, ki so bili sprejeti v določenem letu z diagnozo zloma zgornjega dela stegnenice in so imeli operacijski poseg v dveh koledarskih dneh po sprejemu.

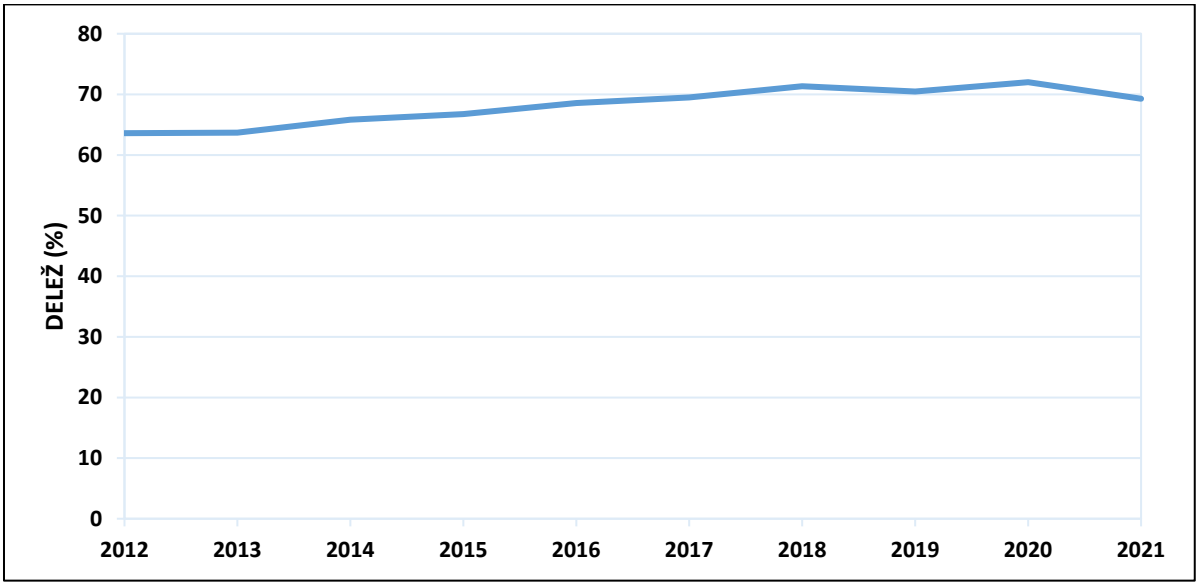
Po zadnjih določilih OECD o zbiranju podatkov za leti 2020 in 2021 se delež bolnikov, starih 65 let ali več, sprejetih v bolnišnico zaradi zloma kolka in operiranih znotraj dveh koledarskih dni po sprejemu, določi kot število vseh bolnikov z glavno diagnostično kodo zlom kolka (S72.0, S7.1, S72.2), starih 65 let ali več, ki so bili kirurško zdravljeni v dveh koledarskih dneh po sprejemu, v primerjavi z vsemi bolniki, starimi 65 let ali več, ki so bili sprejeti zaradi akutne in neelektivne nege zloma zgornjega dela stegnenice 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 znotraj dveh koledarskih dni po sprejemu, povečeval do leta 2018, v letu 2019 se je nekoliko zmanjšal, nato v letu 2020 znova povečal ter v letu 2021 znova zmanjšal na vrednost, primerljivo z letom 2017 (69,3 odstotka; **slika 44**).

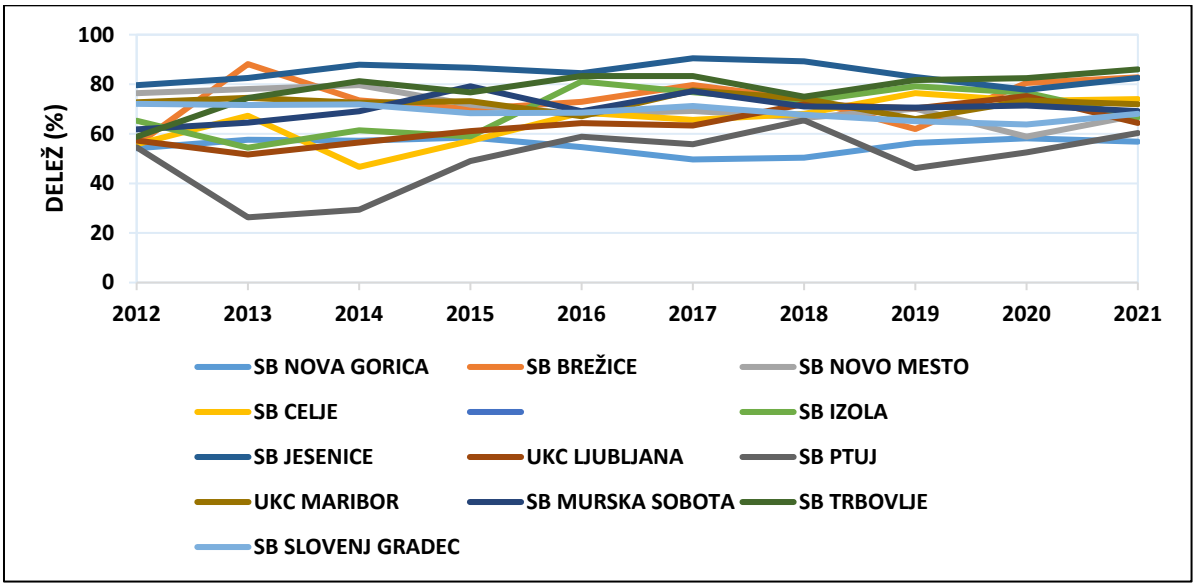
Slika 45 prikazuje velike medletne razlike v nekaterih bolnišnicah. Letna nihanja vsaj delno nastajajo zaradi majhnega skupnega števila primerov. Izključili smo tiste izvajalce, ki so obravnavali manj kot deset primerov zloma kolka, med drugim tudi OB Valdoltra. V letu 2021 so največji delež opravljenih operacij v dveh koledarskih dneh imeli v SB Trbovlje (86,0 %), najmanjšega v SB Nova Gorica (56,8 %).

Zaradi pričakovanega vpliva števila primerov na vrednost, doseženo pri tem kazalniku, so podatki za leta od 2019 do 2021 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 in SB Ptuj z majhnim deležem operacij (**slika 46**).

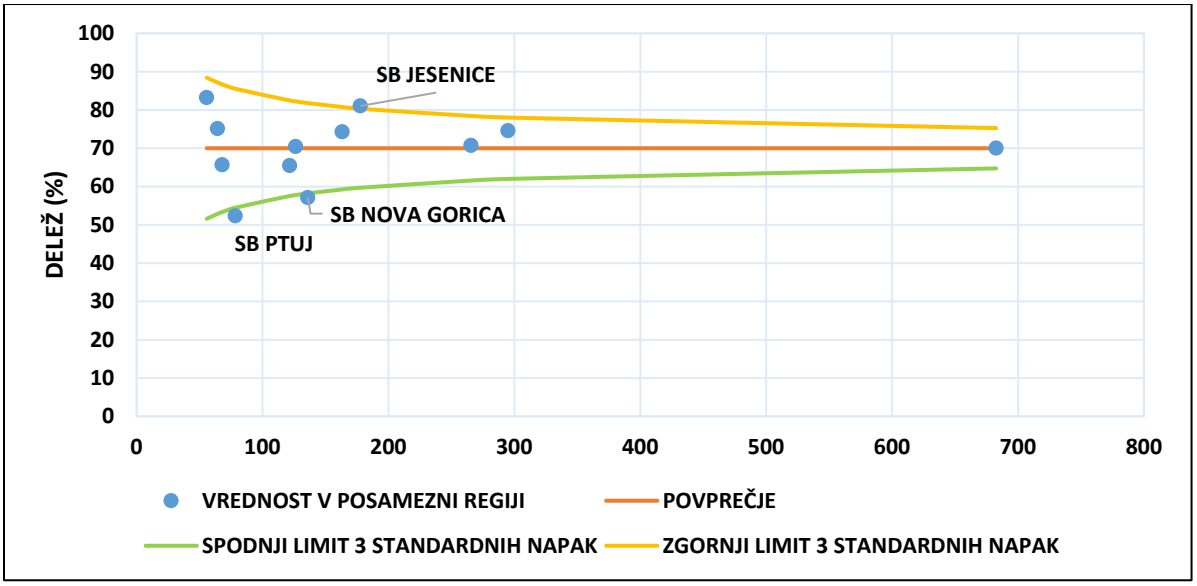
Slika 44: Delež primerov zloma kolka pri osebah, starih 65 let ali več, ki so bile operirane v dveh koledarskih dneh od bolnišničnega sprejema, med letoma 2012 in 2021



Slika 45: 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 2021



Slika 46: Delež sprejemov oseb z zlomom kolka in nato operiranih v dveh koledarskih dneh, povprečna vrednost treh let (2019–2021)



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).

Bolnišnice pooperacijske GVT in PE spremljajo posamično in o tem poročajo MZ. 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. Znova 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.

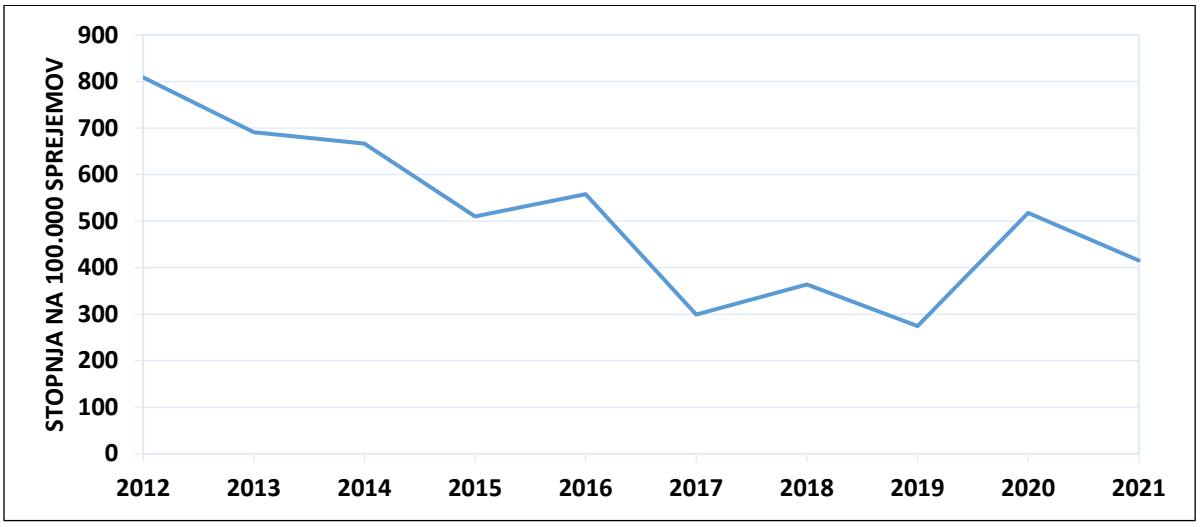
Pomembna omejitev pri razlagi podatkov je tudi nezmožnost ločitve diagnoz ob sprejemu in odpustu. Na podlagi izvedenih posegov in diagnoze GVT ali PE je mogoče le sklepati o pooperacijskem dogodku, zavedajoč se možnosti GVT ali PE ob sprejemu.

Opazno je zniževanje stopnje primerov PE ob vstavitvi kolčne ali kolenske endoproteze do leta 2019 s ponovnim dvigom v letu 2020 in ponovnim padcem 2021, 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, kar lahko vzbuja dvom o natančnosti spremljanja ali pošiljanja podatkov ali kaže na slabše pred- in pooperacijsko obvladovanje venskih trombemboličnih zapletov (**sliki 47 in 48**).

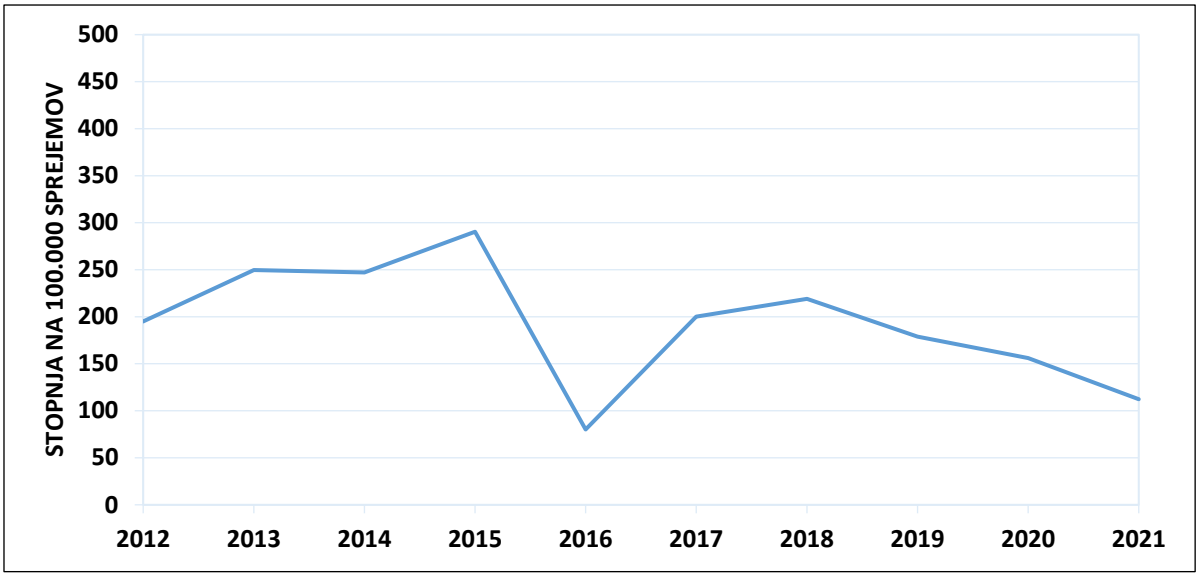
Analiza posameznih bolnišnic kaže nihanja glede števila primerov PE v posameznih slovenskih bolnišnicah med letoma 2012 in 2021 (**slika 49**). Izstopa SB Izola, kjer naj med letoma 2012 in 2017 ne bi imeli primera PE, v letu 2018 pa so ugotovili en primer PE pri 12 opravljenih artroplastikah, kar je približno letno število opravljenih artroplastik med letoma 2012 in 2018. Podrobnejša analiza ne razkrije večjih razlik med posameznimi bolnišnicami (**slika 50**).

Podobno je opaziti pri GVT, kjer po številu primerov GVT znova izstopa SB Izola (**slika 51**). Vendar 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 52**).

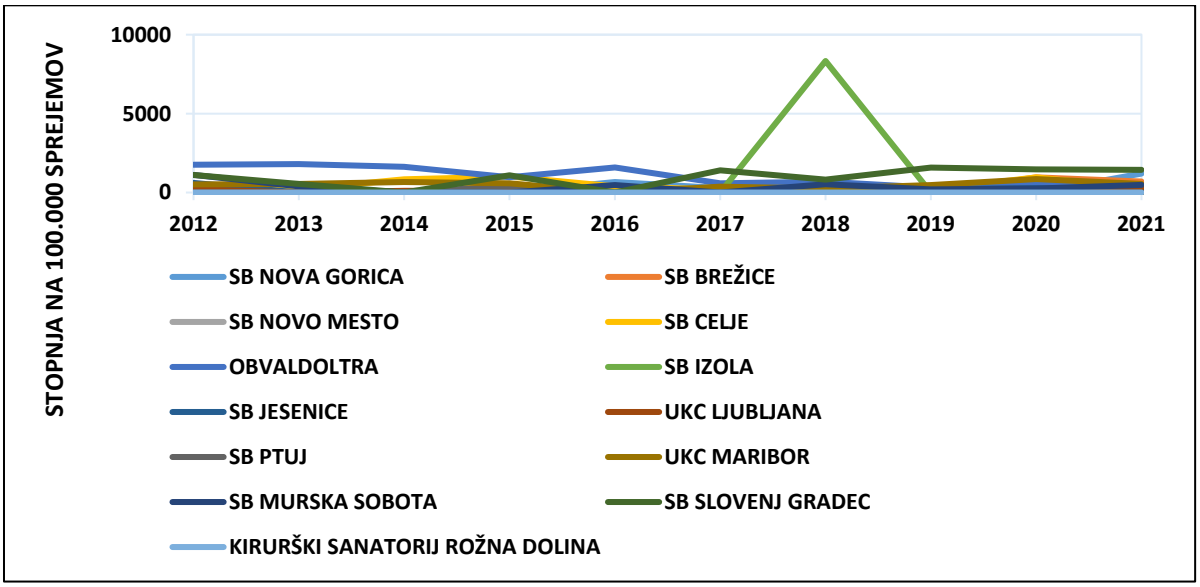
Slika 47: Stopnja primerov pljučne embolije na 100.000 sprejemov zaradi vstavitve kolčne ali kolenske endoproteze, standardizirana po starosti in spolu, v Sloveniji med letoma 2012 in 2021



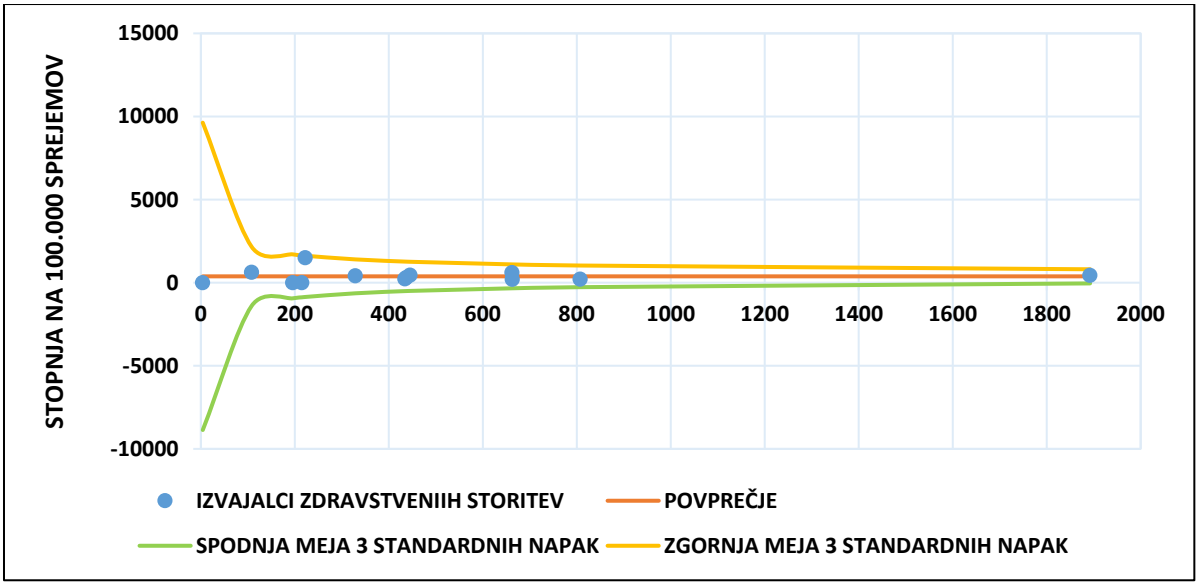
Slika 48: Stopnja primerov globoke venske tromboze na 100.000 sprejemov zaradi vstavitve kolčne ali kolenske endoproteze, standardizirana po starosti in spolu, v Sloveniji med letoma 2012 in 2021



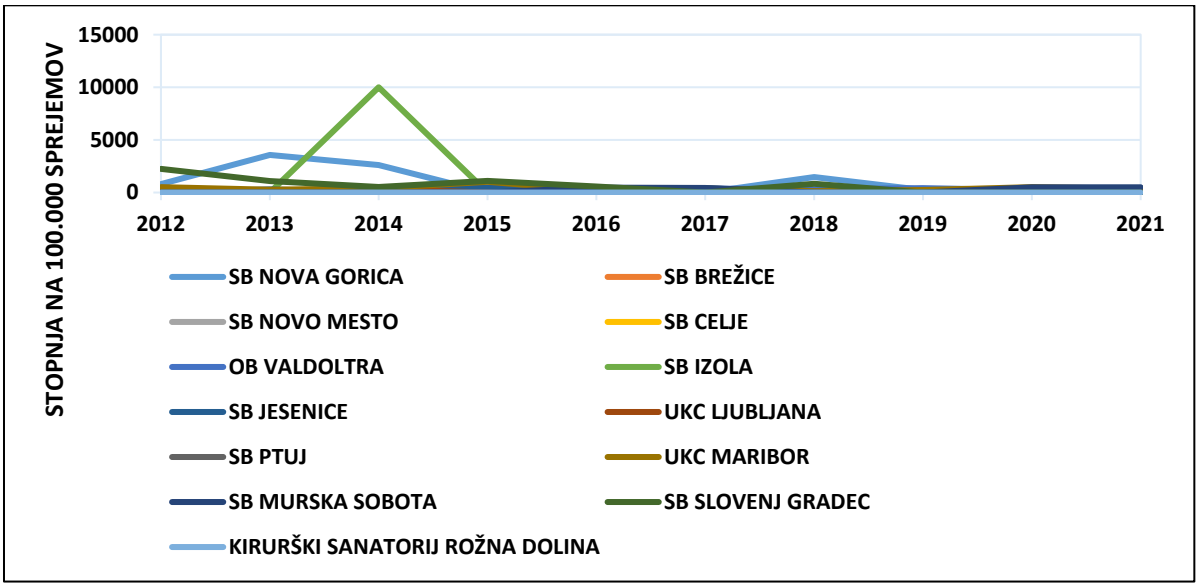
Slika 49: Stopnja primerov pljučne embolije na 100.000 sprejemov zaradi vstavitve kolčne ali kolenske endoproteze v posameznih bolnišnicah med letoma 2012 in 2021



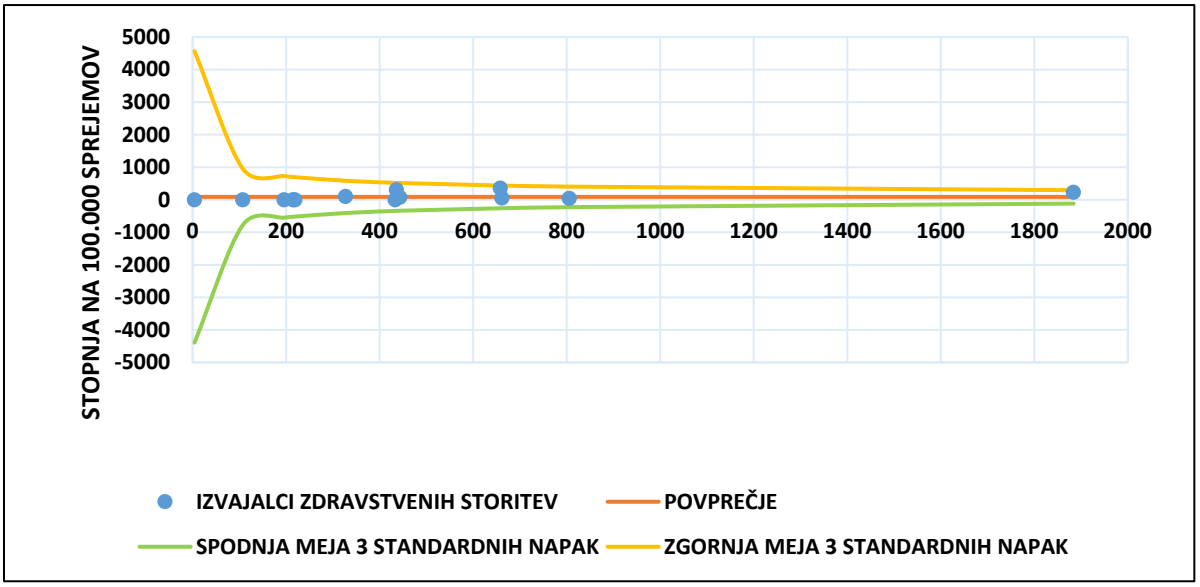
Slika 50: Groba stopnja primerov pljučne embolije na 100.000 sprejemov zaradi vstavitve kolčne ali kolenske endoproteze v bolnišnicah, povprečna vrednost treh let (2019–2021)



Slika 51: Stopnja primerov globoke venske tromboze na 100.000 sprejemov zaradi vstavitve kolčne ali kolenske endoproteze v posameznih bolnišnicah med letoma 2012 in 2021



Slika 52: Groba stopnja primerov globoke venske tromboze na 100.000 sprejemov zaradi vstavitve kolčne ali kolenske endoproteze v bolnišnicah, povprečna vrednost treh let (2019–2021)



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 izraba 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 tudi 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.

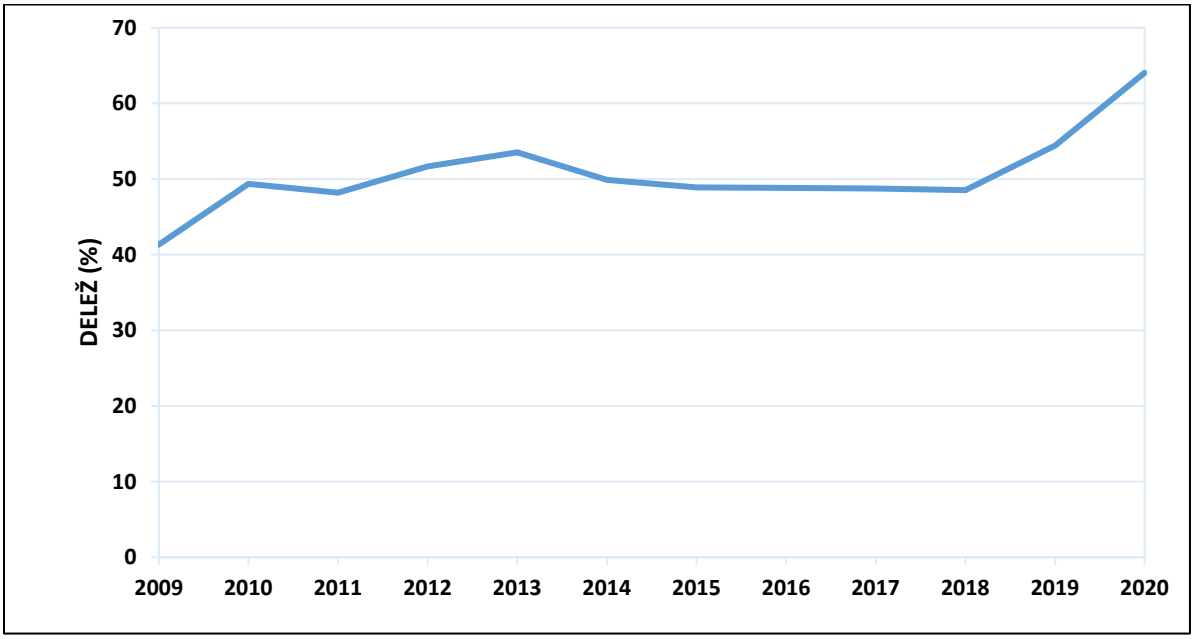
V Sloveniji opazujemo deleže enodnevne kirurgije na področju artroskopije kolena, operacije ingvinalne hernije, tonzilektomije in/ali adenoidektomije, holecistektomije in operacije krčnih žil.

ARTROSKOPIJA KOLENA

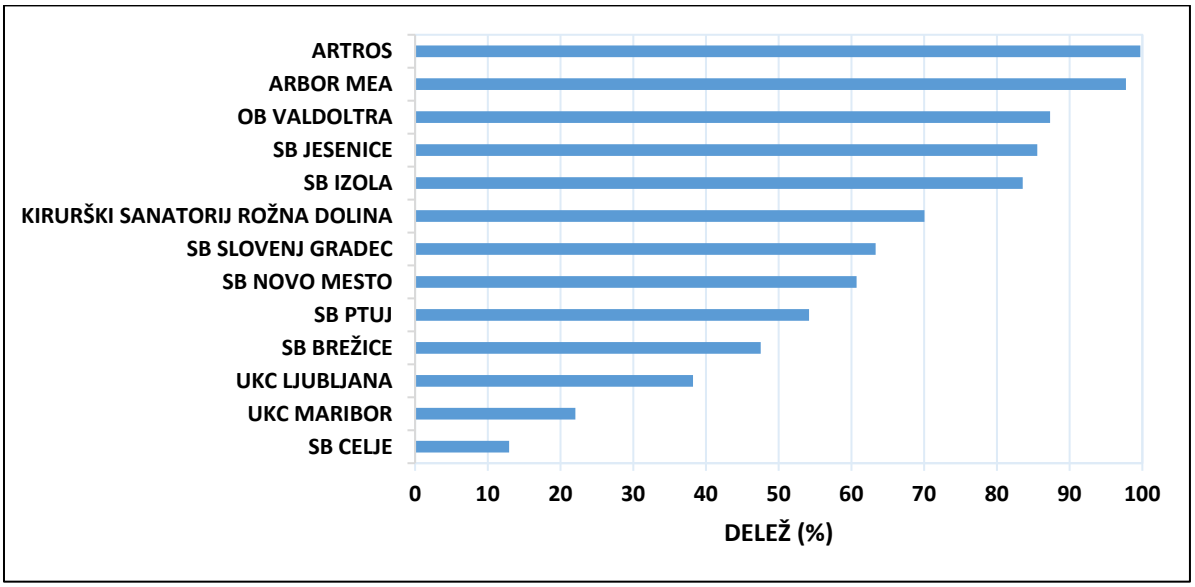
V analizi so se upoštevali izvajalci zdravstvenih storitev z vsaj desetimi primeri enodnevne kirurgije v enem opazovanem letu. Pokazalo se je, da se je delež enodnevne kirurgije zaradi artroskopije kolena z 41,3 odstotka v letu 2009 postopoma povečeval do 65,9 odstotka v letu 2021 (**slika 53**). V letu 2021 so imeli največji delež enodnevne kirurgije zaradi artroskopije kolena znova v ustanovah Artros in Arbor Mea, med javnimi zdravstvenimi zavodi pa v OB Valdoltra (**slika 54**).

Primerjava izbranih izvajalcev zdravstvenih storitev med letoma 2009 in 2021 je v večini primerov prikazala povečevanje deleža enodnevne kirurgije zaradi artroskopije kolena (**slika 55**).

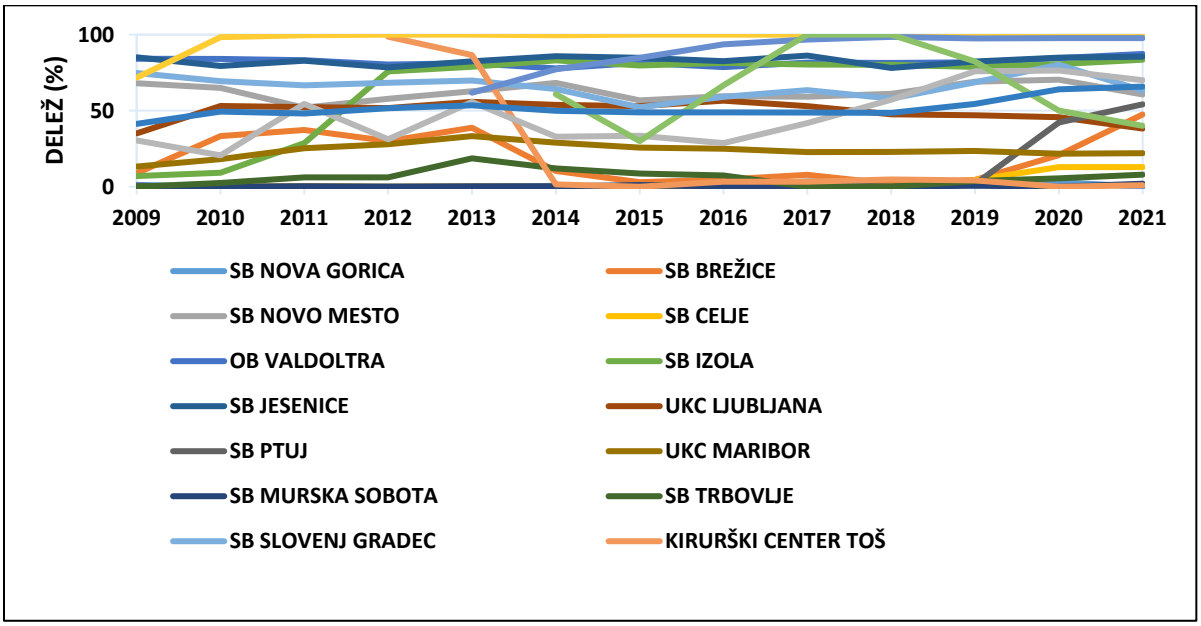
Slika 53: Delež enodnevne kirurgije zaradi artroskopije kolena v Sloveniji med letoma 2009 in 2021



Slika 54: Delež enodnevne kirurgije zaradi artroskopije kolena v Sloveniji po izvajalcih v letu 2021



Slika 55: Delež enodnevne kirurgije zaradi artroskopije kolena po posameznih izvajalcih med letoma 2009 in 2021

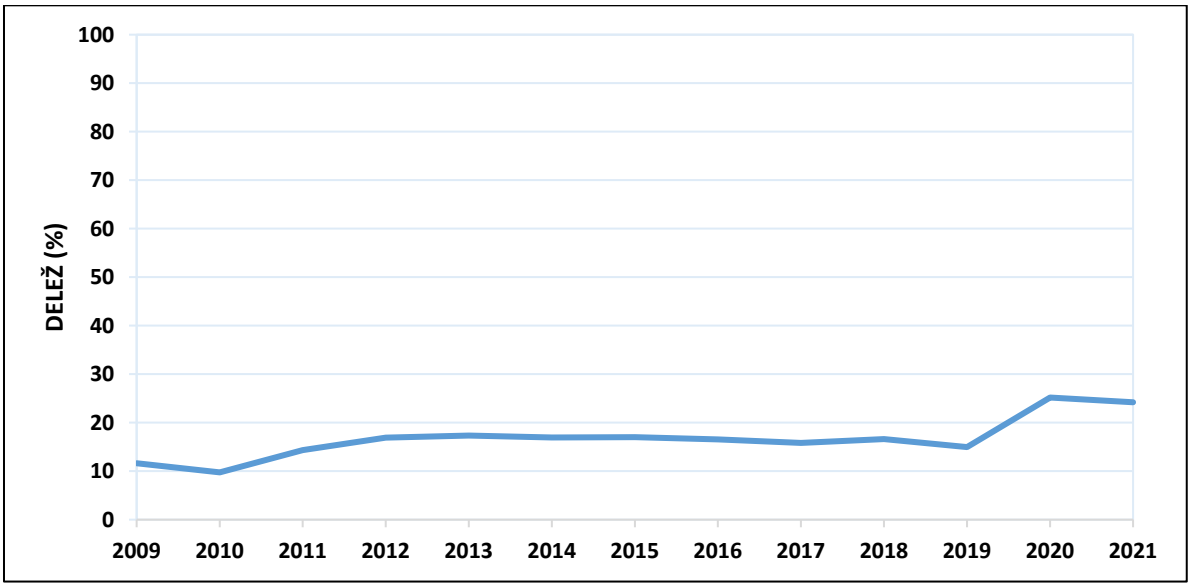


INGVINALNA HERNIJA

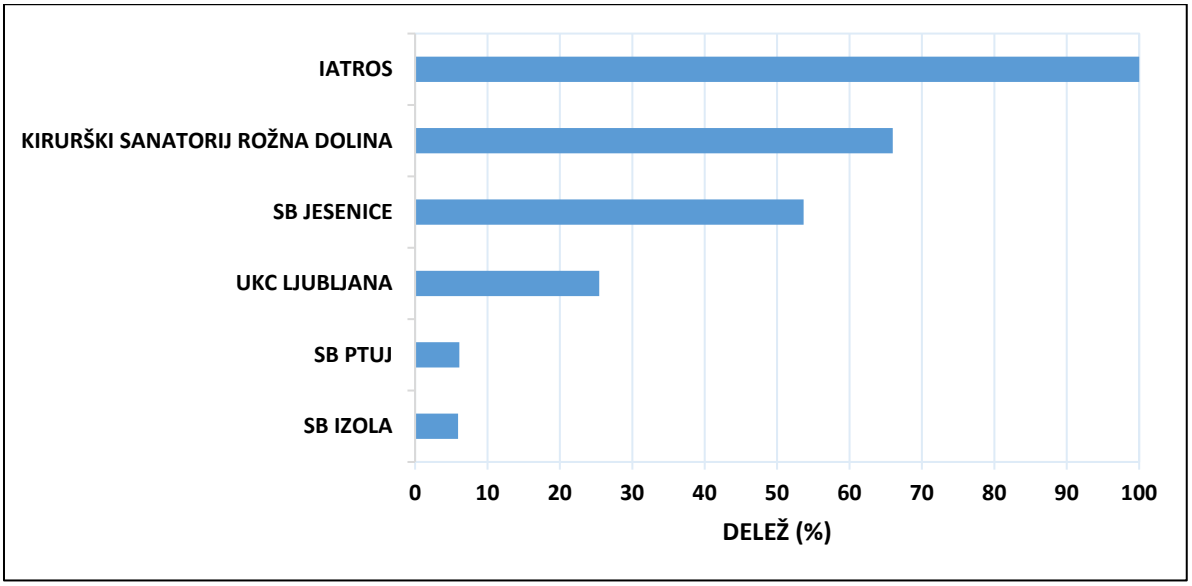
V analizi so se upoštevali izvajalci zdravstvenih storitev z vsaj petimi primeri enodnevne kirurgije v enem opazovanem letu. Pokazalo se je, da se je delež enodnevne kirurgije zaradi operacije ingvinalne hernije z 11,6 odstotka v letu 2009 povečeval na 25,2 odstotka v letu 2020 in nato zmanjšal na 24,2 odstotka v letu 2021 (**slika 56**). V letu 2021 so največji delež enodnevne kirurgije zaradi operacije ingvinalne hernije znova imeli v ustanovi Iatros (100 %), med javnimi zdravstvenimi zavodi pa spet v SB Jesenice (53,7 %) (**slika 57**).

Primerjava izbranih izvajalcev zdravstvenih storitev med letoma 2009 in 2021 v večini primerov ni prikazala povečevanja deleža enodnevne kirurgije zaradi operacije ingvinalne hernije (**slika 58**). Tudi v letu 2021 je bil opazen porast deleža v Kirurškem sanatoriju Rožna dolina.

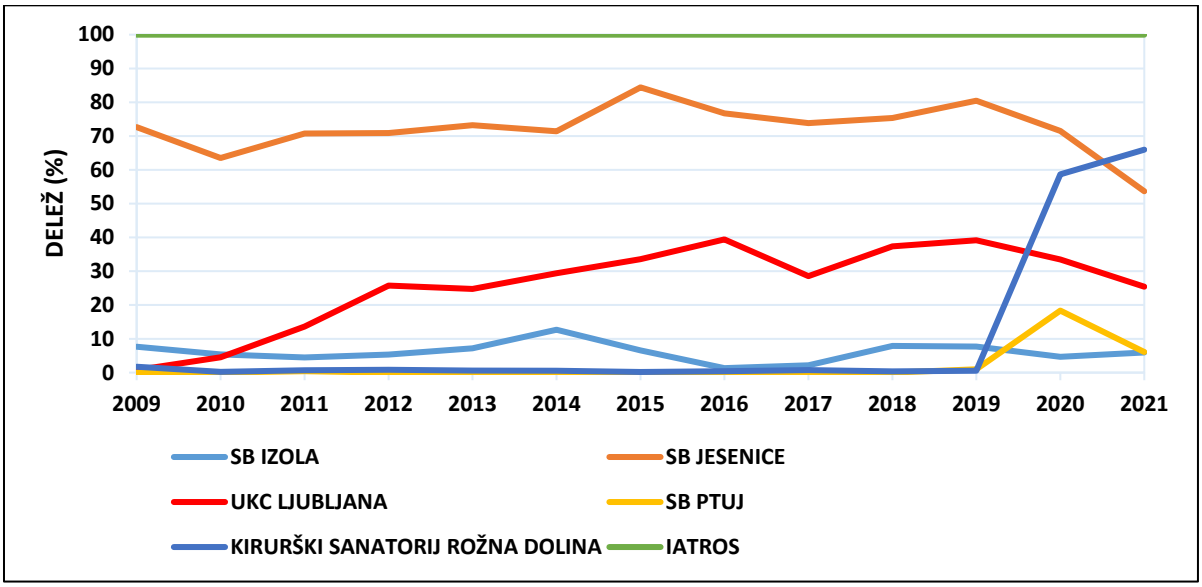
Slika 56: Delež enodnevne kirurgije zaradi operacije ingvinalne hernije v Sloveniji med letoma 2009 in 2021



Slika 57: Delež enodnevne kirurgije zaradi operacije ingvinalne hernije po izvajalcih v letu 2021



Slika 58: Delež enodnevne kirurgije zaradi operacije ingvinalne hernije v Sloveniji po izvajalcih med letoma 2009 in 2021



TONZILEKTOMIJA IN/ALI ADENOIDEKTOMIJA

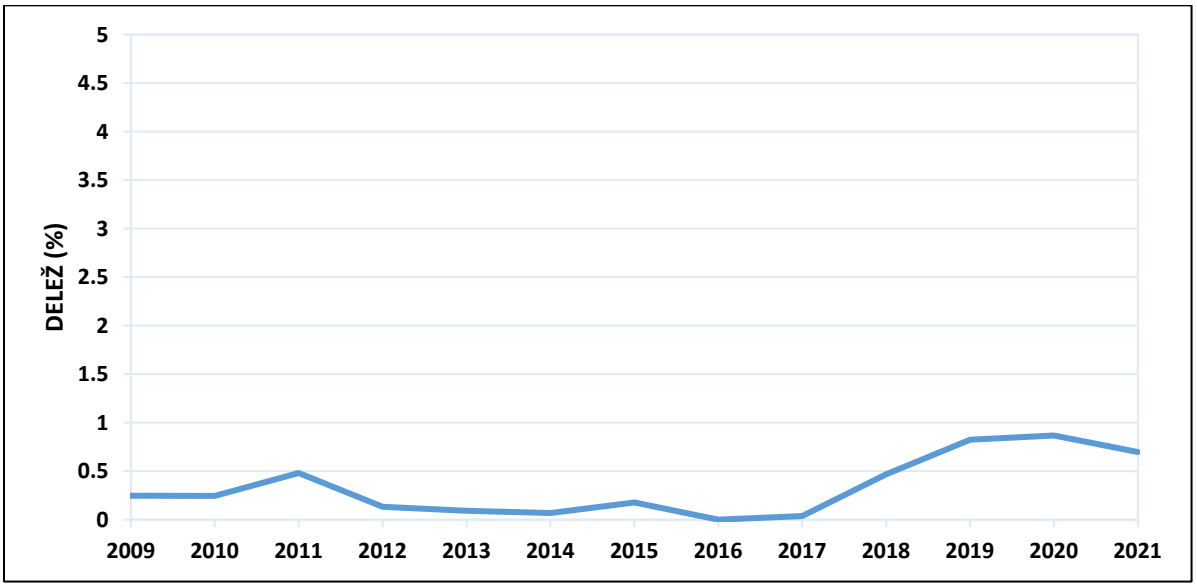
V analizi so se glede na majhno število opravljenih posegov v okviru enodnevne kirurgije zaradi tonzilektomije in/ali adenoidektomije upoštevali izvajalci zdravstvenih storitev z vsaj enim primerom enodnevne kirurgije v enem opazovanem letu.

Pokazalo se je, da se delež enodnevne kirurgije zaradi tonzilektomije in/ali adenoidektomije med letoma 2009 in 2021 ni bistveno povečal in ostaja zelo majhen, manj kot enoodstoten (**slika 59**).

Primerjava izbranih izvajalcev zdravstvenih storitev ni mogoča zaradi nerednega pošiljanja podatkov. V letu 2021 sta podatke poslali le SB Novo mesto in SB Izola.

Lahko ugotovimo, da nadaljnje spremljanje kazalnika ni smiselno.

Slika 59: Delež enodnevne kirurgije zaradi tonzilektomije in/ali adenoidektomije v Sloveniji med letoma 2009 in 2021



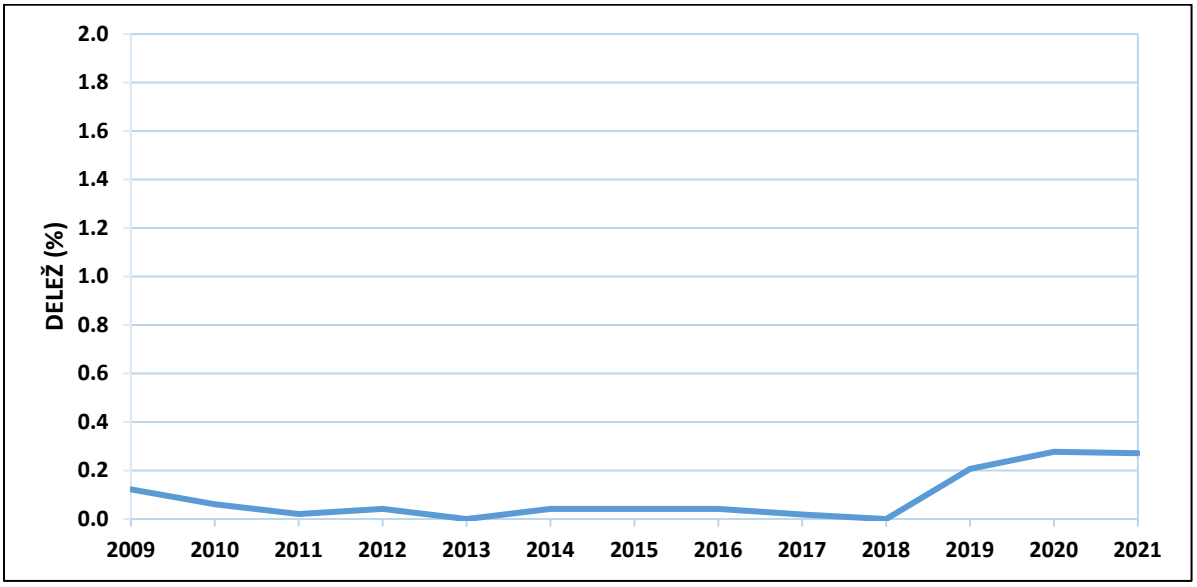
HOLECISTEKTOMIJA

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 2021 ni bistveno povečal in ostaja zelo majhen (**slika 60**). Primerjava izbranih izvajalcev zdravstvenih storitev ni mogoča zaradi nerednega pošiljanja podatkov. V letu 2021 so podatke poslali le SB Izola, UKC Ljubljana, SB Murska Sobota, SB Ptuj in Kirurški sanatorij Rožna dolina.

Lahko ugotovimo, da nadaljnje spremljanje kazalnika ni smiselno.

Slika 60: Delež enodnevne kirurgije zaradi holecistektomije v Sloveniji med letoma 2009 in 2021



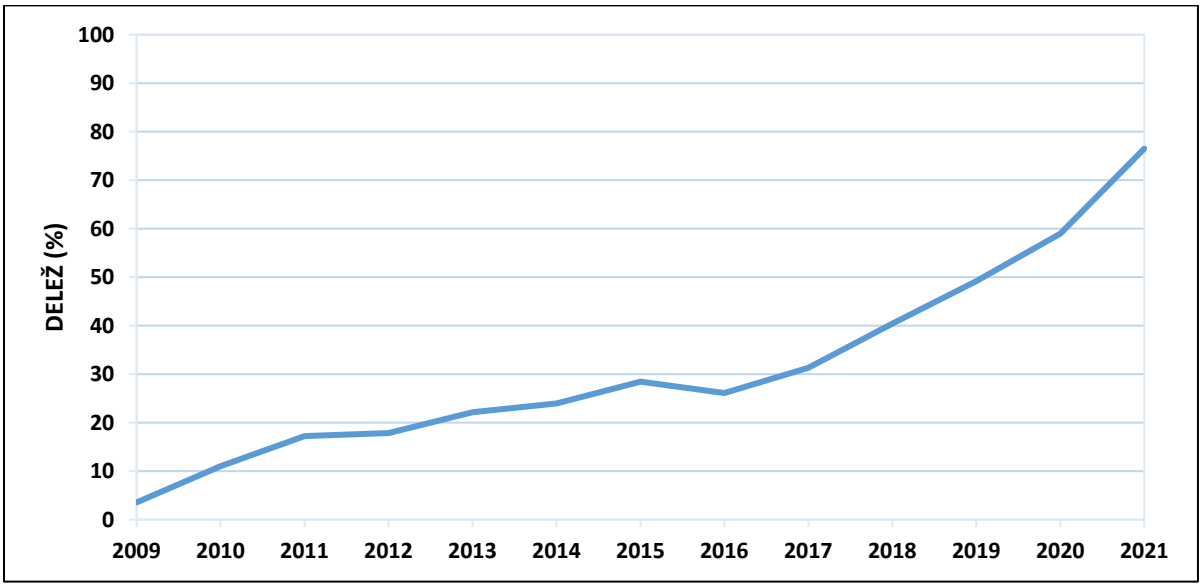
OPERACIJA KRČNIH ŽIL

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

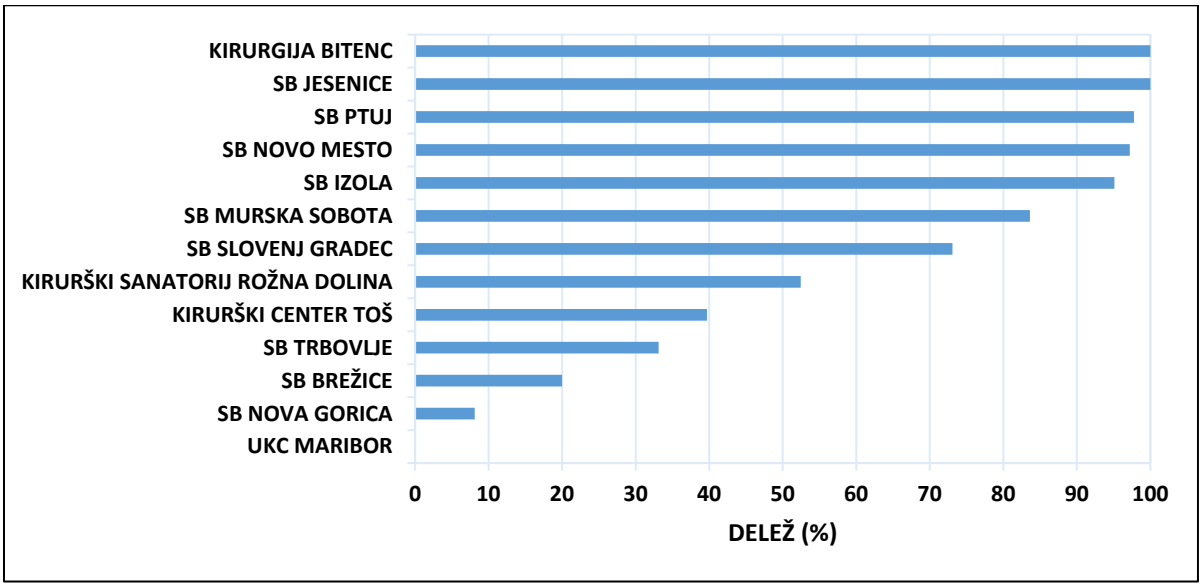
Pokazalo se je, da se je delež enodnevne kirurgije zaradi operacije krčnih žil s 3,6 odstotka v letu 2009 povečeval na 76,5 odstotka v letu 2021 (**slika 61**). V letu 2021 so imeli največji delež enodnevne kirurgije zaradi operacije krčnih žil v Kirurgiji Bitenc (100 %) in SB Jesenice (100 %) (**slika 62**).

Podrobna analiza po posameznih izvajalcih zdravstvenih storitev je po večini prikazala postopno povečevanje deleža (**slika 63**).

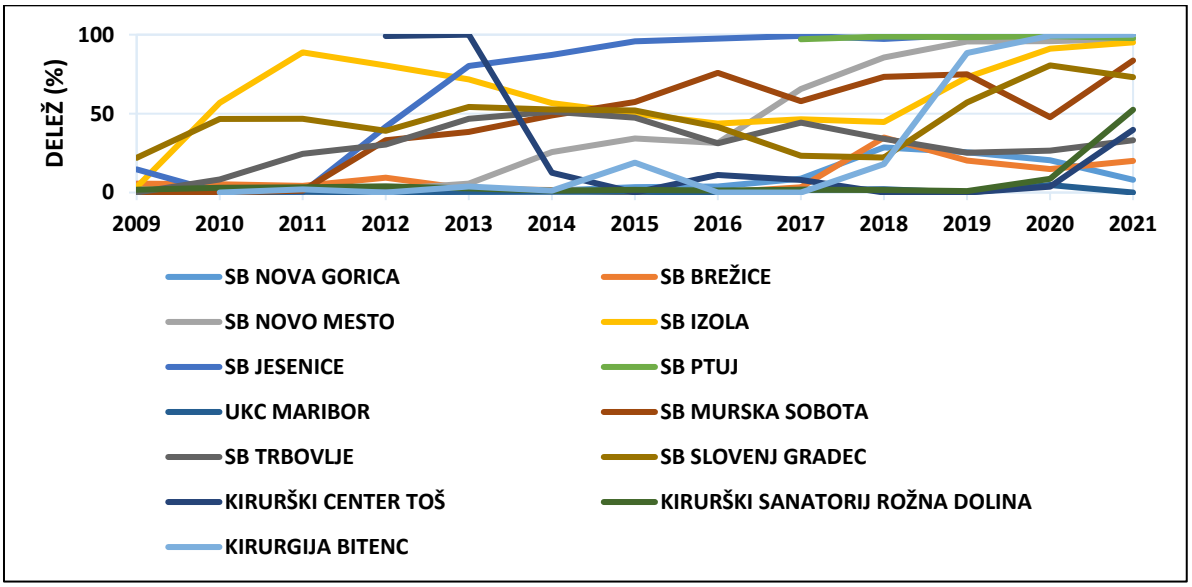
Slika 61: Delež enodnevne kirurgije zaradi operacije krčnih žil v Sloveniji med letoma 2009 in 2021



Slika 62: Delež enodnevne kirurgije zaradi operacije krčnih žil po posameznih izvajalcih v letu 2021



Slika 63: Delež enodnevne kirurgije zaradi operacije krčnih žil po posameznih izvajalcih med letoma 2009 in 2021



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 2021.

V letu 2021 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 2021 je bila uporabljena SZO DDD/ATC, različica 2021. Izražena je v določenih dnevnih dozah (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 sprejemov 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 2020 se je poraba antibiotikov (J01) v letu 2021 zmanjšala s 303,02 na 302,58 DDD na 100 sprejemov (0,15 odstotka), medtem ko se je povečala z 52,31 na 55,65 DDD na 100 BOD (6,2 odstotka) in z 1,33 na 1,43 DDD na 1000 prebivalcev na dan (7,0 odstotka) (**slike 64, 65 in 66**). 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.

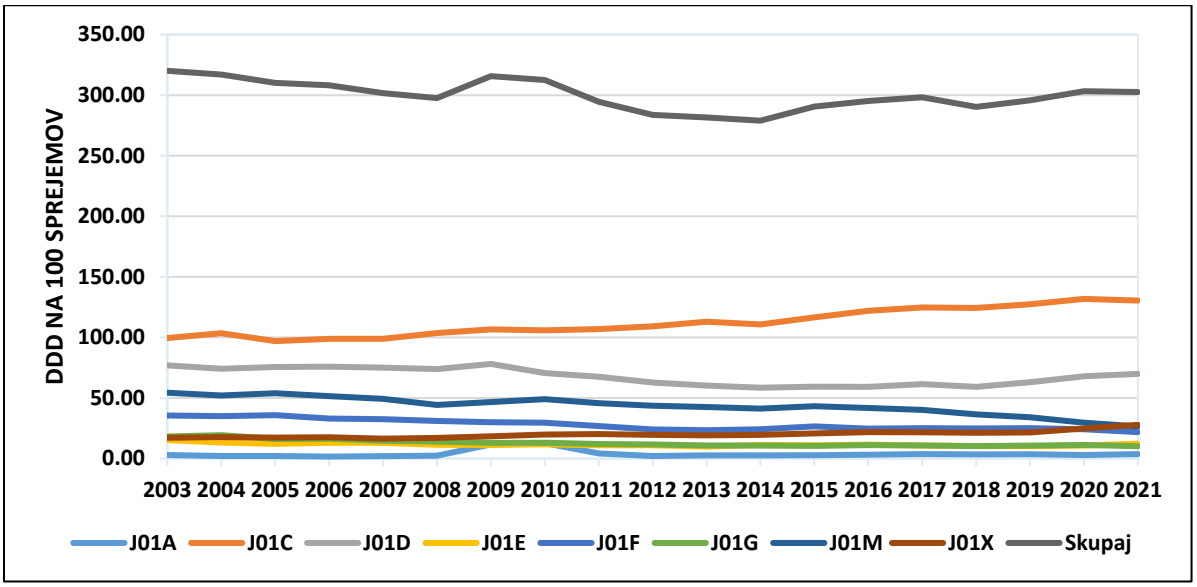
Poraba protiglivičnih zdravil za sistemsko rabo (J02) se je v letu 2021 v primerjavi z letom 2020 povečala z 0,089 na 0,107 DDD na 1000 prebivalcev na dan (20,2 odstotka), poraba protivirusnih zdravil (J05) pa se je zmanjšala z 0,075 na 0,068 DDD na 1000 prebivalcev (9,3 odstotka) (**sliki 67 in 68**).

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

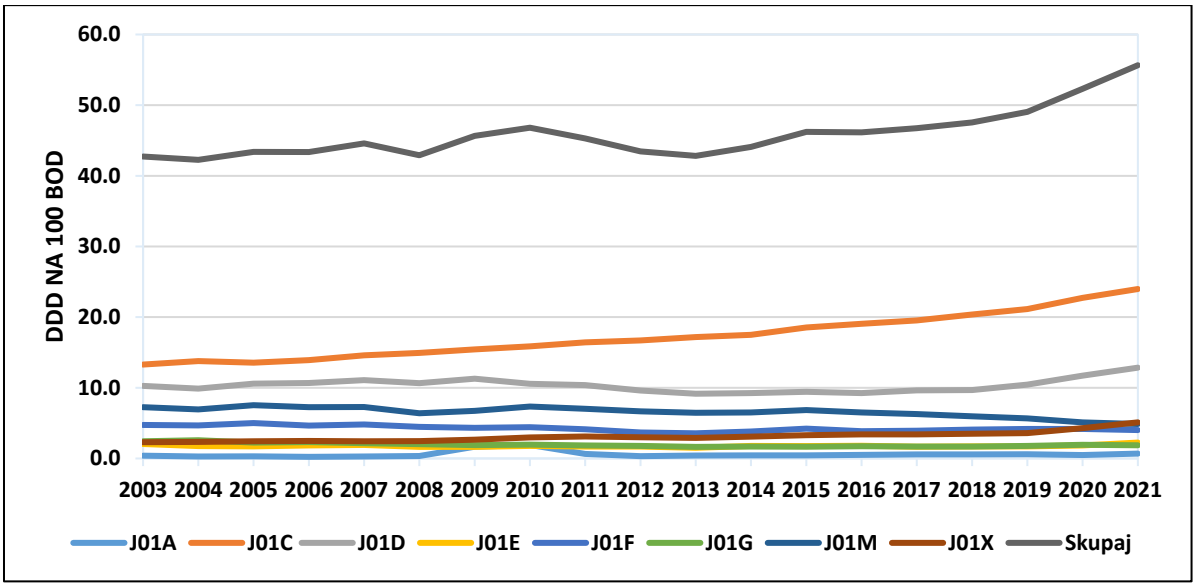
V letu 2021 so največ protivirusnih zdravil porabili v UKC Ljubljana (7,10 DDD na 100 BOD), protiglivičnih na OI Ljubljana (11,10 DDD na 100 BOD) in antibiotikov v SB Murska Sobota (77,83 DDD na 100 BOD) (**slike 69, 70 in 71**).

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 2021 povprečna poraba cefalosporinov tretje generacije 2,89 DD na 100 BOD, fluorokinolonov 4,88 DDD na 100 BOD in protipsevdomonasnih karbapenemov 2,77 DDD na 100 BOD. Brez manjše porabe ne moremo pričakovati zmanjšanja odpornosti bakterij.

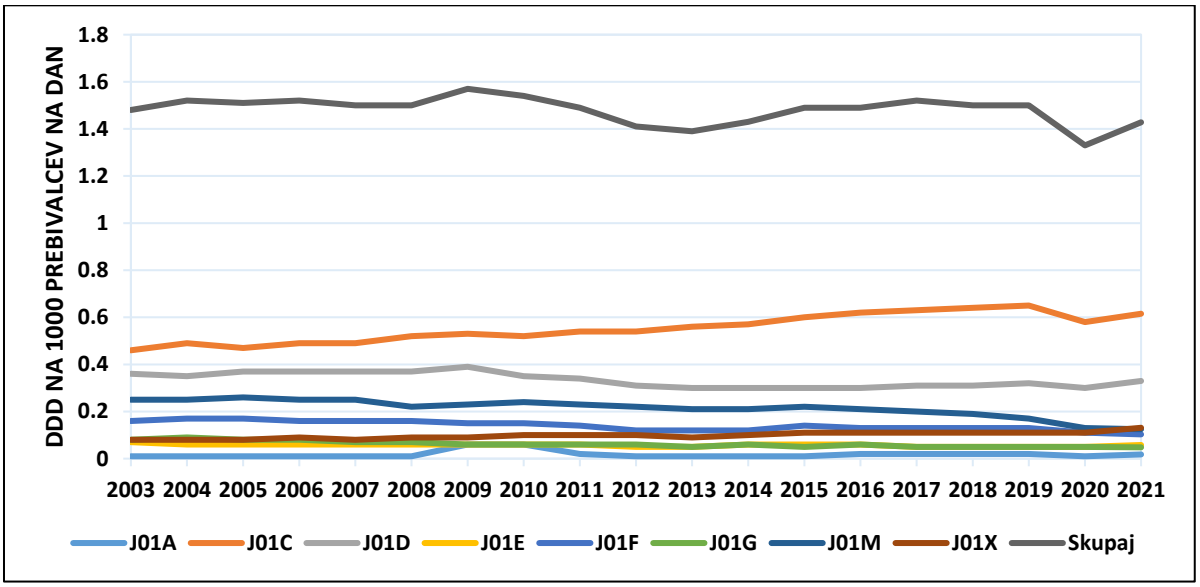
Slika 64: Poraba antibiotikov (J01) v Sloveniji med letoma 2003 in 2021 (DDD na 100 sprejemov)



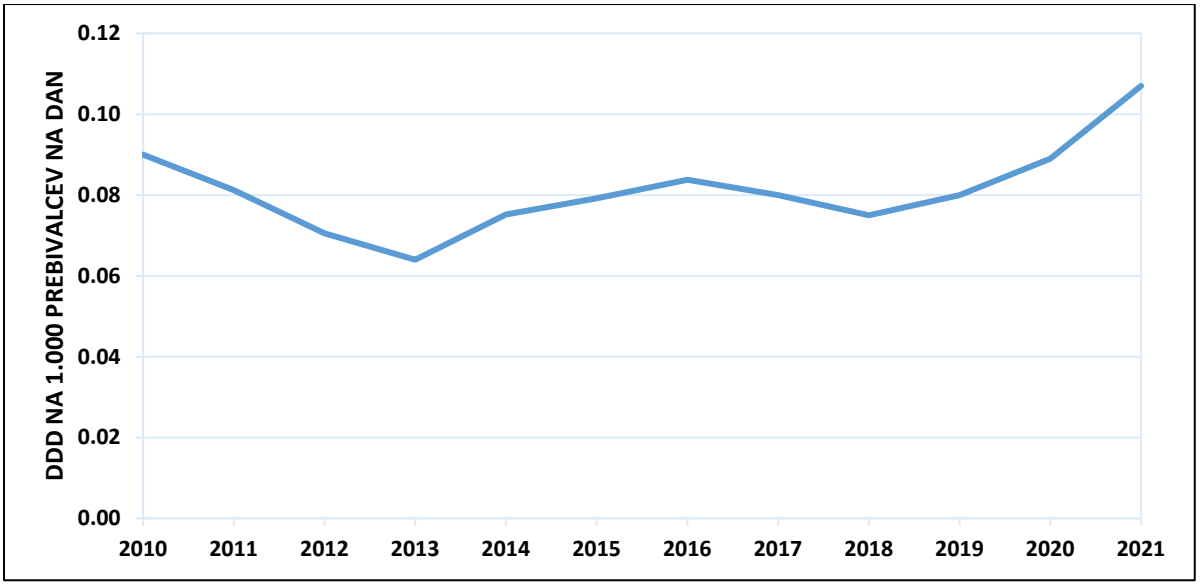
Slika 65: Poraba antibiotikov (J01) v Sloveniji med letoma 2003 in 2021 (DDD na 100 BOD)



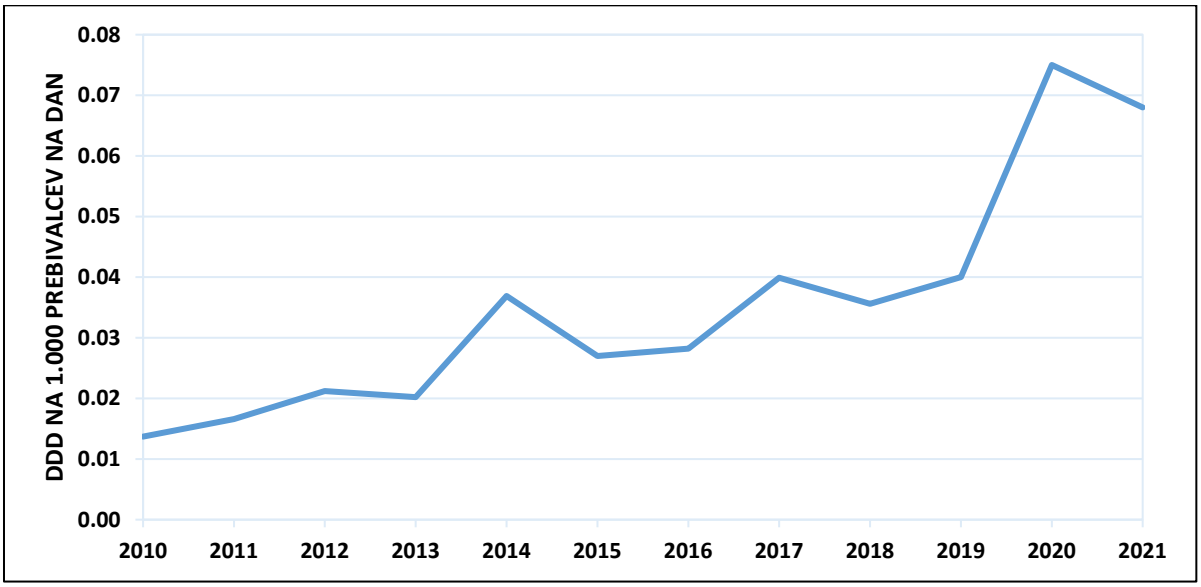
Slika 66: Poraba antibiotikov (J01) v Sloveniji med letoma 2003 in 2021 (DDD na 1000 prebivalcev na dan)



Slika 67: Poraba protiglivičnih zdravil (J02) v Sloveniji med letoma 2010 in 2021 (DDD na 1000 prebivalcev na dan)



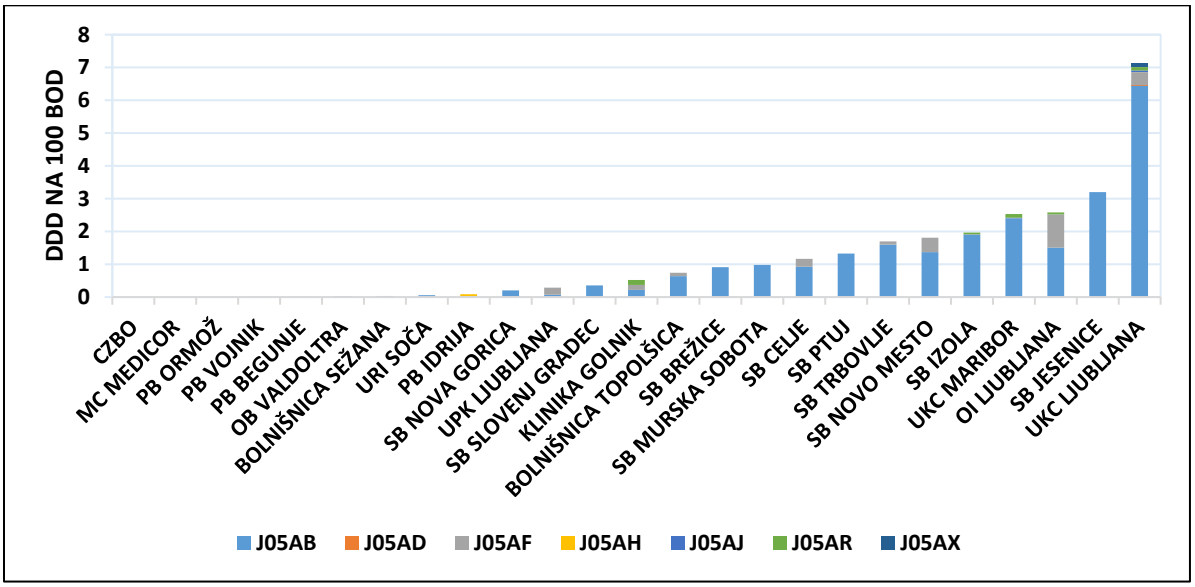
Slika 68: Poraba protivirusnih zdravil (J05) v Sloveniji med letoma 2010 in 2021 (DDD na 1000 prebivalcev na dan)



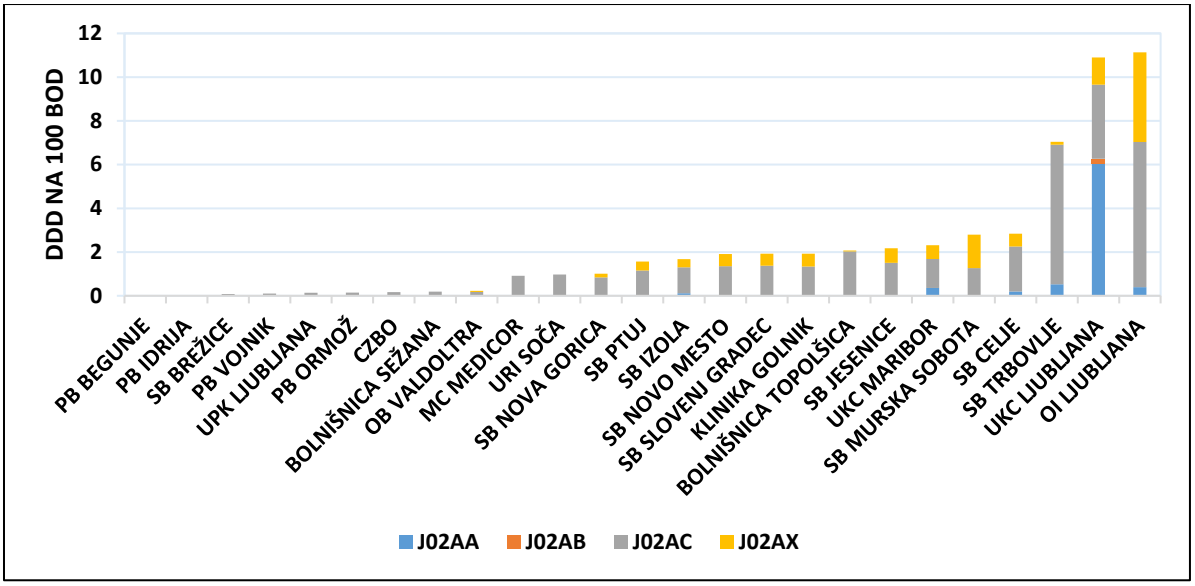
Preglednica 6: Poraba (DDD na 100 BOD) antibiotikov za sistemsko rabo (J01) na oddelkih splošnih bolnišnic (n = 10) in UKC (n = 2) med letoma 2016 in 2021

ODDELEK	POVPREČJE 2016	POVPREČJE 2017	POVPREČJE 2018	POVPREČJE 2019	POVPREČJE 2020	POVPREČJE 2021	Najmanjša poraba 2021	Največja poraba 2021
INTERNA	57,77	60,13	61,67	62,44	64,77	60,65	36,94 (SB Trbovlje)	88,30 (SB Celje)
KIRURGIJA	63,52	63,31	54,59	67,46	61	64,04	34,18 (SB Jesenice)	99,19 (UKC Maribor)
GINEKOLOGIJA	30,09	32,33	30,84	32,57	30,7	29,53	5,98 (SB Jesenice)	58,83 (UKC Maribor)
PEDIATRIJA	39,15	40,66	44,86	42,24	41,81	36,52	9,47 (SB Jesenice)	93,12 (SB Celje)
INTERNISTIČNA INTENZIVNA TERAPIJA	123,22	128,47	132,98	124,54	130,18	166,35	25,98 (SB Slovenj Gradec)	426,63 (SB Murska Sobota)
KIRURŠKA INTENZIVNA TERAPIJA	181,76	173,75	175,49	178,5	150,49	166,27	142,97 (SB Nova Gorica)	182,62 (UKC Maribor)

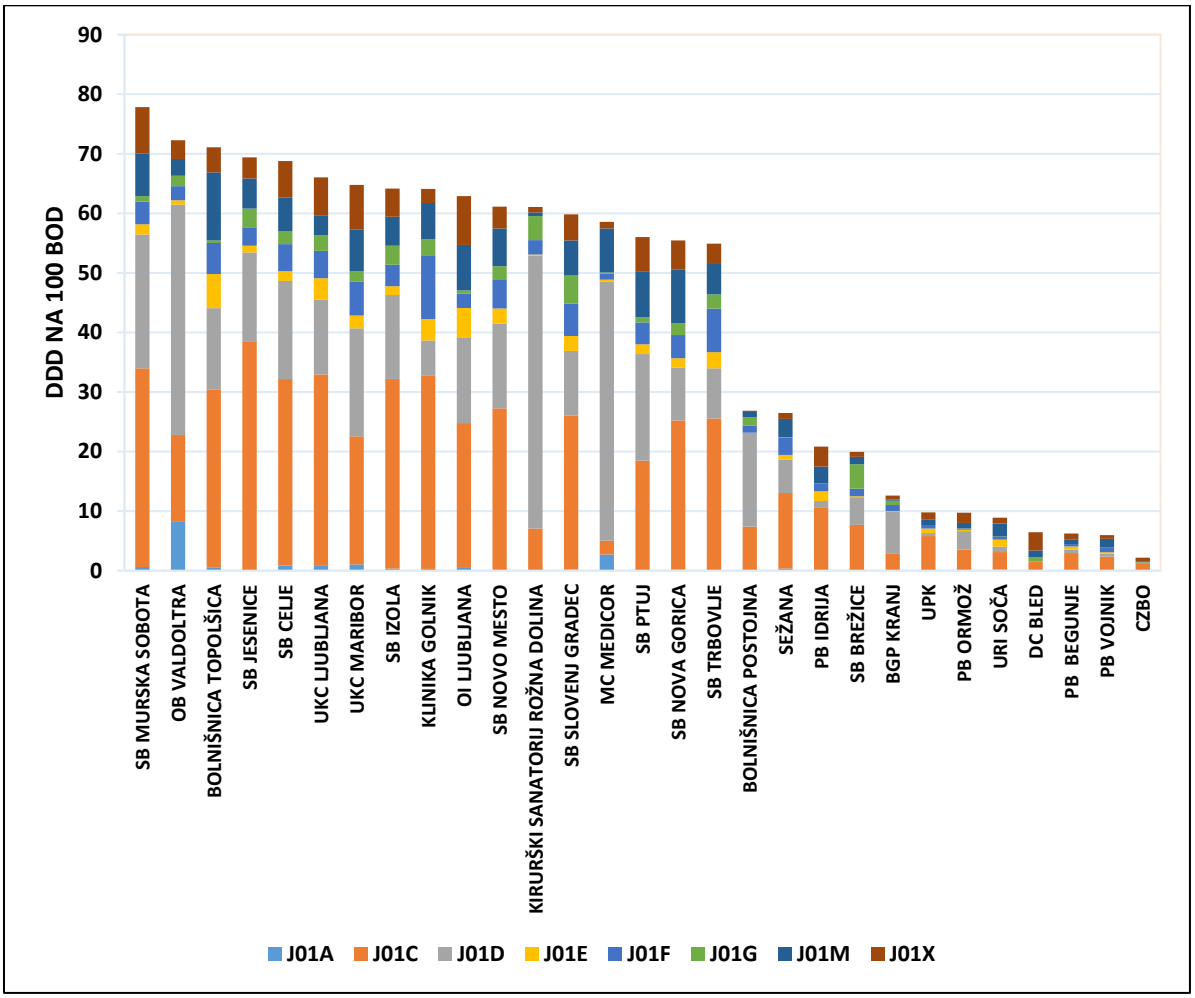
Slika 69: Poraba protivirusnih zdravil (J05) v posameznih zdravstvenih ustanovah v letu 2021 (DDD na 100 BOD)



Slika 70: Poraba protiglivičnih zdravil (J02) v posameznih zdravstvenih ustanovah v letu 2021 (DDD na 100 BOD)



Slika 71: Poraba antibiotikov (J01) v posameznih zdravstvenih ustanovah v letu 2021 (DDD na 100 BOD)



VARNOST BOLNIKA IN OSEBJA

KK65 – POŠKODBE OSEBJA Z OSTRIMI PREDMETI

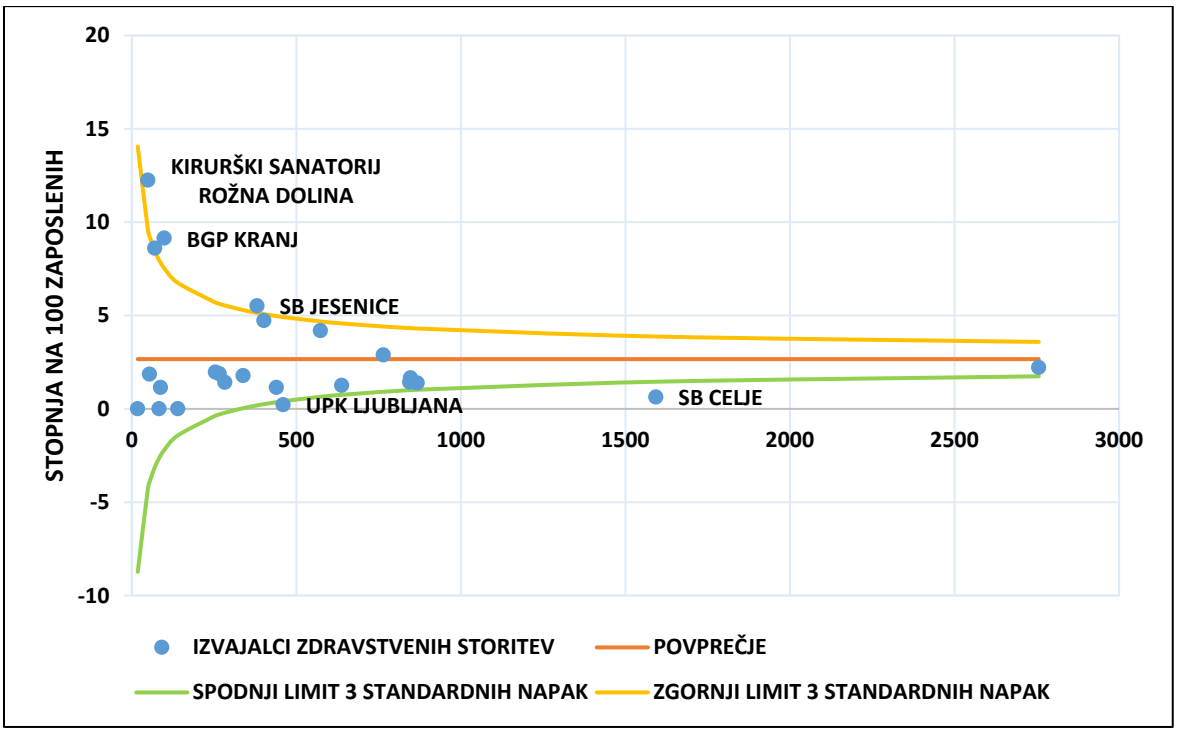
Kazalnik poškodbe osebja z ostrimi predmeti je določen kot število poročanih poškodb zdravstvenega osebja z ostrimi predmeti na zdravstvenega delavca, zaposlenega s polnim delovnim časom, v koledarskem letu. Kazalnik izraža varnost zdravstvenega osebja.

Bolnišnice o številu poškodb osebja z ostrimi predmeti četrtletno poročajo MZ. Zanesljivost podatkov je odvisna od tega, kako natančno izvajalci zdravstvenih storitev spremljajo poškodbe. Pogoj za uspešno spremljanje poškodb je vzpostavitev sistema za poročanje o teh dogodkih in njihovo zapisovanje ter kulture poročanja poškodovanega zdravstvenega osebja.

Po poslanih podatkih za leto 2021 se znova kaže, da nekateri izvajalci zdravstvenih storitev podatkov ne zbirajo ustrezno ali jih le delno zbirajo (MKZ Rakitna, PB Begunje) ali jih sploh ne zbirajo (UKC Ljubljana), zato podatki za te bolnišnice niso prikazani. Podatki so zaradi majhnega števila poškodb z ostrimi predmeti prikazani v obliki lijakastega diagrama, pri čemer je upoštevano povprečno število zaposlenih v letu 2021 (četrtletno poročanje).

Opazno je, da imajo izvajalci z manjšim številom zaposlenih še vedno več poškodb osebja z ostrimi predmeti kot izvajalci z večjim številom zaposlenih (**slika 72**). Iz primerjave vrednosti med bolnišnicami tudi še vedno ni mogoče ugotoviti, ali je število poškodb osebja z ostrimi predmeti pri izvajalcih z manjšim številom zaposlenih odraz boljšega načina spremljanja dogodkov ali njihove dejanske večje pogostnosti in, nasprotno, ali je manjša pogostnost poškodb osebja z ostrimi predmeti pri izvajalcih z večjim številom zaposlenih odraz slabšega načina spremljanja dogodkov ali njihove dejanske manjše pogostnosti.

Slika 72: Povprečno število poškodb osebja z ostrimi predmeti na leto na 100 zaposlenih pri nekaterih izvajalcih bolnišničnega zdravljenja v Sloveniji v letu 2021



KK67 – PADCI

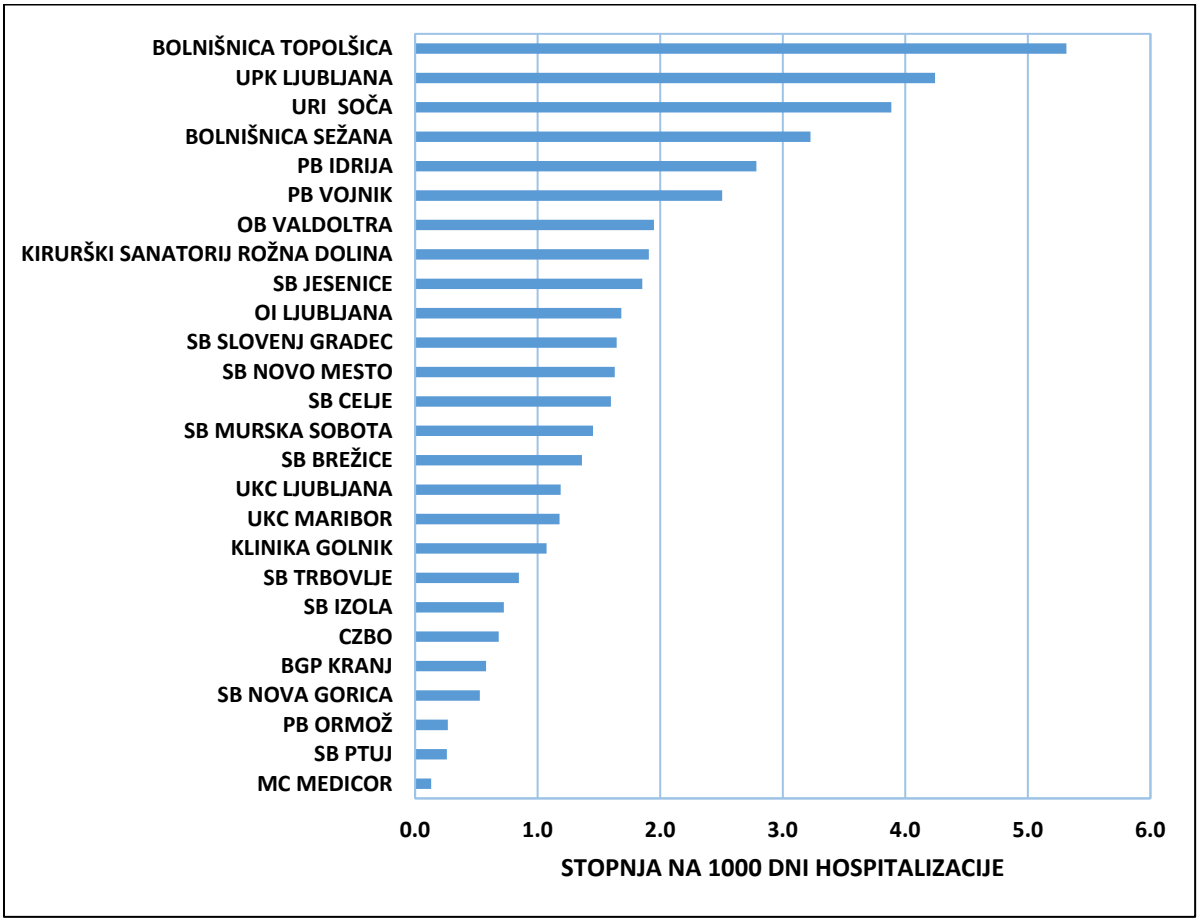
Število padcev med hospitalizacijo je kazalnik bolnikove varnosti. Njihovo število bi se lahko zmanjšalo s sprejetjem preprečevalnega programa. Preventivna strategija bi lahko zajemala redno ocenjevanje tveganja padcev z napovednimi lestvicami, zaznavo bolnikov z velikim tveganjem padca, komuniciranje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

Večina bolnišnic podatke o padcih dosledno sporoča, kar omogoča primerjavo postopkov zbiranja in vrednotenja podatkov. V analizo stopnje padcev niso bili zajeti izvajalci, ki so poslali le delne in nepopolne podatke za leto 2021 (PB Begunje, Bolnišnica Postojna in MKZ Rakitna), medtem ko zaradi istih razlogov v analizi deleža padcev s poškodbami ni bila zajeta PB Begunje.

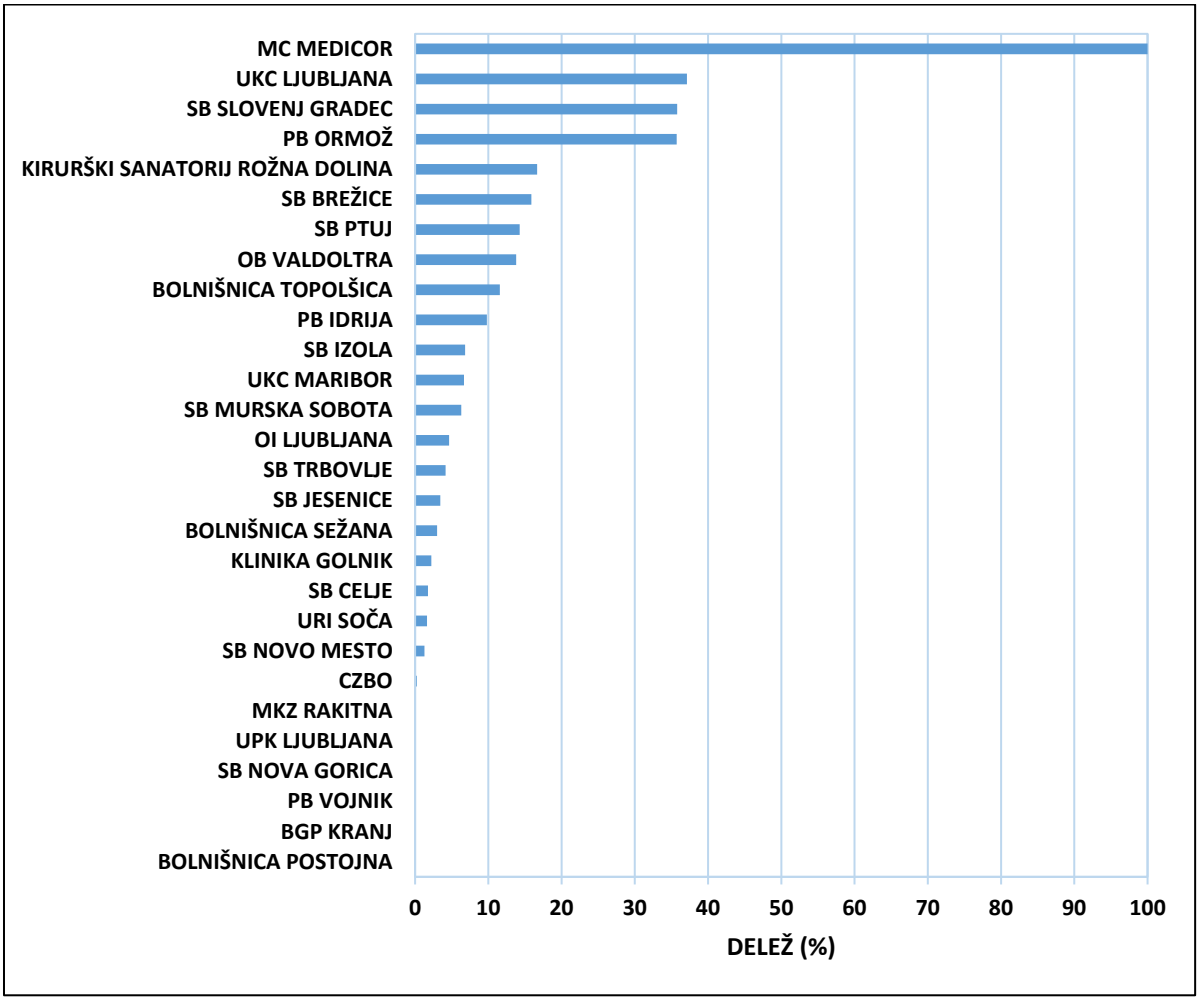
Razlike v načinih zbiranja podatkov še vedno so in onemogočajo boljšo neposredno primerjavo. Merjenje kazalnika stopnje padcev je zato koristno, saj ga bolnišnice prepoznajo kot orodje za ukrepanje in izboljševanje stanja na tem področju. Zaradi dolgoletnega sistematičnega zbiranja podatkov lahko bolnišnice same ugotavljajo, kako posamezni ukrepi vplivajo na število padcev v njihovi ustanovi. Znatnih razlik v stopnji padcev med posameznimi bolnišnicami v letu 2021 ni bilo, še najbolj je izstopala Bolnišnica Topolšica (**slika 73**). Opaznejše so razlike v deležu poškodb zaradi padca (**slika 74**). Največji delež padcev s poškodbami so imeli v UKC Ljubljana, SB Slovenj Gradec in PB Ormož, najmanjšega pa v več različnih bolnišnicah. Delež MC Medicor ni primerljiv, saj so imeli le en primer padca s poškodbo pri skupno enem padcu.

Splošnih smernic za obravnavo bolnika s povečanim tveganjem padca v bolnišnici ni. Znova je treba poudariti, da so potrebne jasne strokovne smernice na tem področju, ki bi lahko prispevale k zmanjšanju števila padcev med hospitalizacijo, zlasti takih z resnimi poškodbami.

Slika 73: Stopnja padcev v posameznih slovenskih bolnišnicah na 1000 dni hospitalizacije v letu 2021



Slika 74: Delež padcev s poškodbami v posameznih slovenskih bolnišnicah v letu 2021

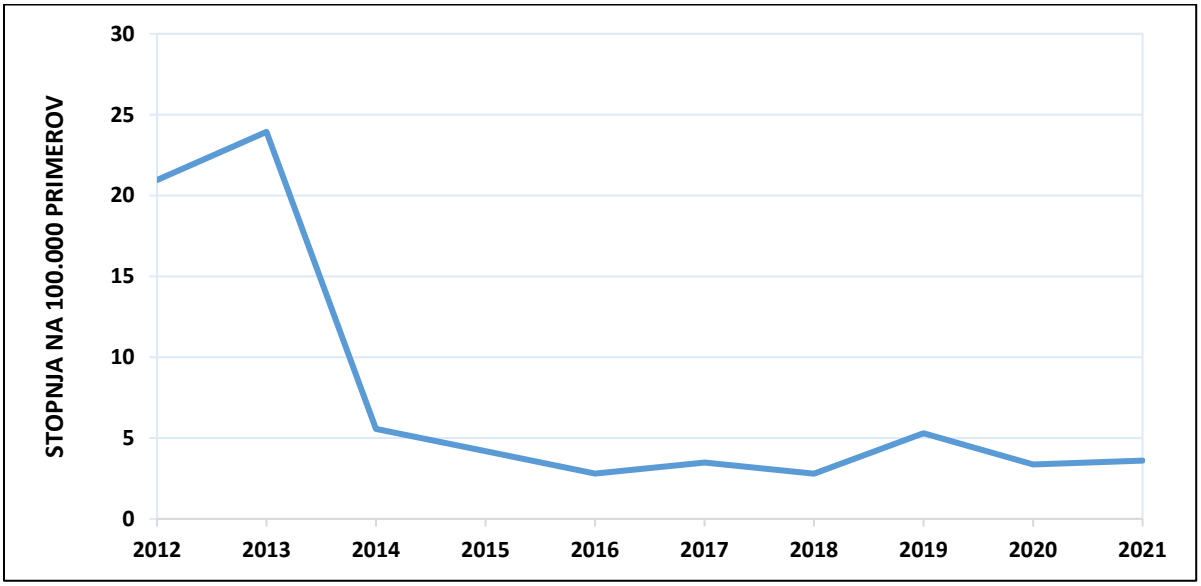


KK69 – TUJKI V TELESU PO OPERACIJSKEM POSEGU

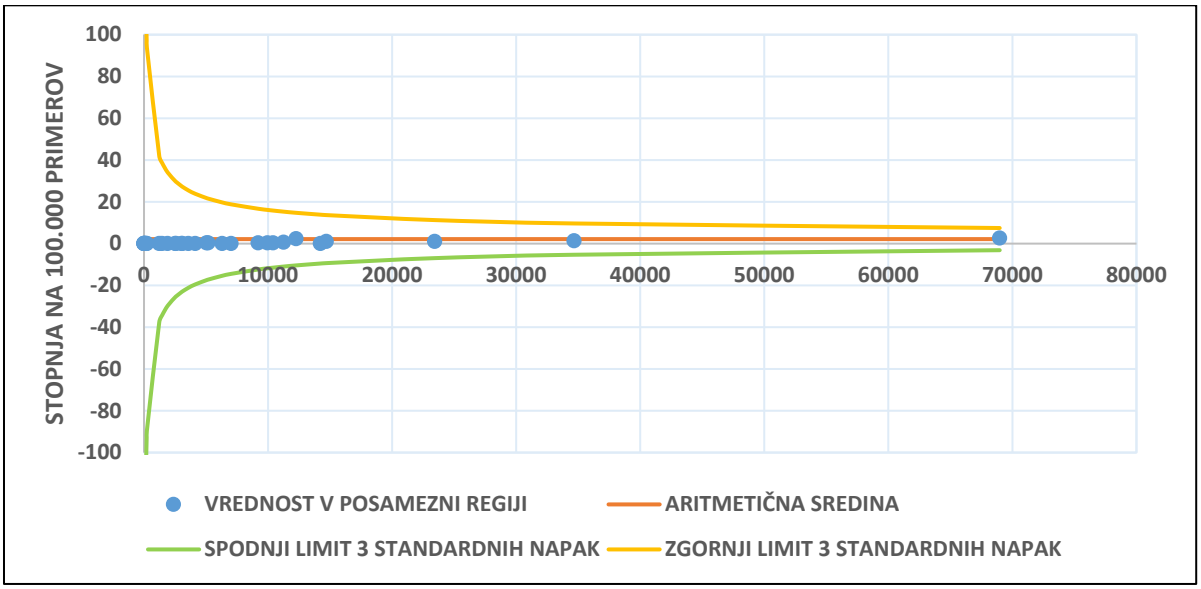
Kazalnik kakovosti tujki v telesu po operacijskem posegu je določen kot stopnja odpuščenih bolnikov, starih 15 let ali več, pri katerih je po operacijskem posegu ostal tujek v telesu (diagnostične kode T81.6, Y61.0–Y61.9). Tujki so v telesu lahko ostali zaradi kirurške operacije, infuzije ali transfuzije, dialize ali druge perfuzije, injekcije ali vakcinacije, endoskopske preiskave, aspiracije tekočine ali punktata, katetrizacije, odstranitve katetra ali vrečke ter drugih specifičnih in nespecifičnih postopkov. Primeri, ko je tujek v telesu že ob sprejemu in je obravnava daljša od 24 ur, niso upoštevani. Določila OECD za leti 2020 in 2021 so enaka kot za leti 2018 in 2019.

Analiza pridobljenih podatkov kaže, da se je stopnja tujkov v telesu po operacijskem posegu po letu 2013 znatno znižala, vendar z manjšim upadanjem po letu 2014 in stagnacijo v zadnjih letih (**slika 75**). Podrobnejša analiza po posameznih izvajalcih ne kaže večjih razlik med zdravstvenimi ustanovami (**slika 76**).

Slika 75: Stopnja tujkov v telesu po operacijskem posegu na 100.000 operacijskih posegov v Sloveniji med letoma 2012 in 2021



Slika 76: Groba stopnja tujkov v telesu po operacijskem posegu na 100.000 operacijskih posegov po bolnišnicah, povprečna vrednost treh let (2019–2021)



KK71 – MRSA

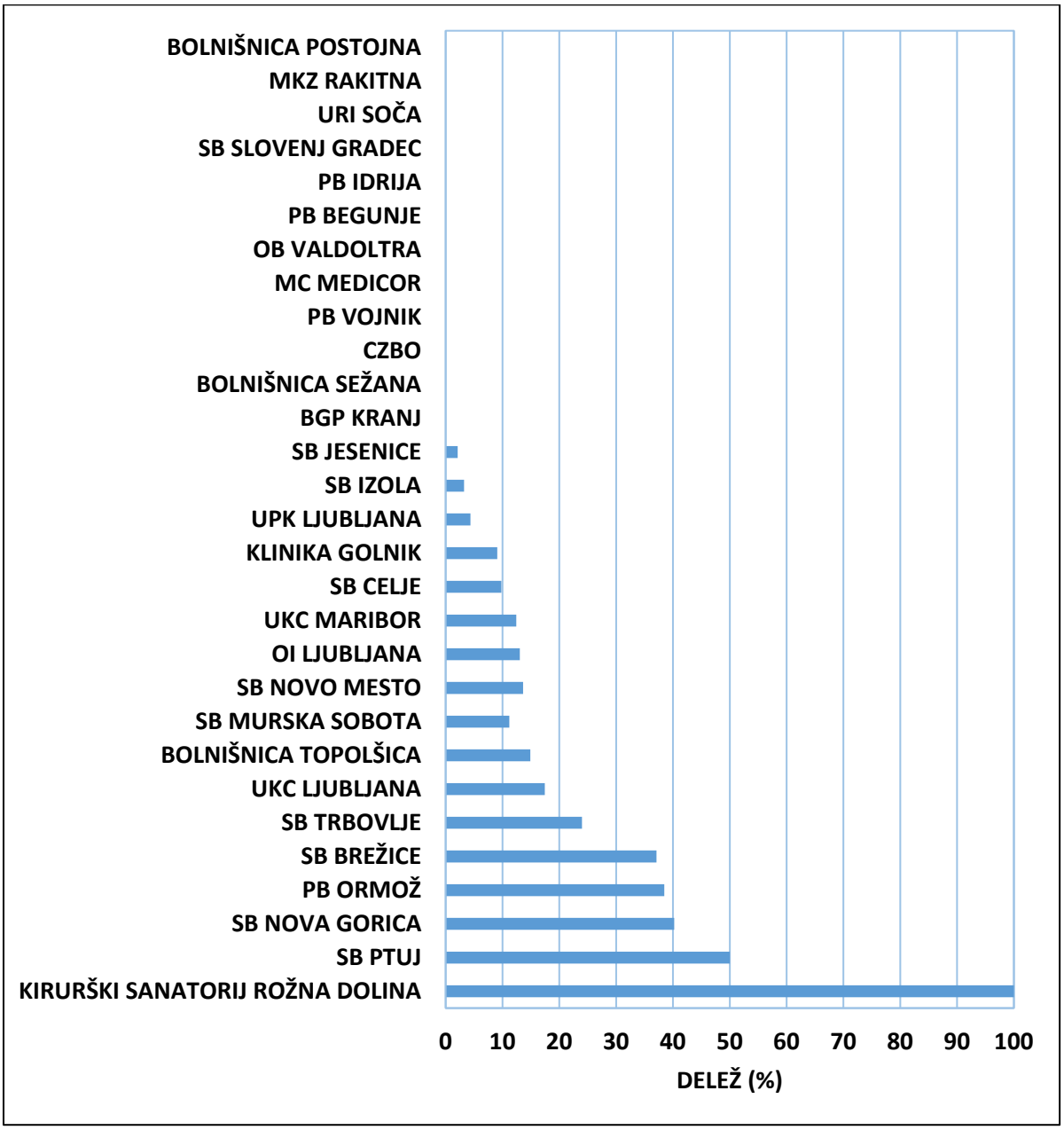
Kazalnik MRSA (proti meticilinu odporni *Staphylococcus aureus*) opredeli delež bolnikov z bolnišnično okužbo z MRSA v posamezni bolnišnici glede na skupno število bolnikov, pri katerih je bila ugotovljena kolonizacija ali okužba z MRSA, v tekočem letu.

V primerjavi s prejšnjimi leti je velika večina bolnišnic poslala zahtevane podatke. PB Begunje je poslala podatke le za prvi četrtletji.

V nekaterih bolnišnicah je bilo bolnikov, pri katerih so bili izvedeni presejalni testi za ugotavljanje kolonizacije z MRSA, zelo malo, kar je lahko vzrok za majhno število ugotovljenih bolnikov, koloniziranih z MRSA. Delež bolnikov z bolnišnično okužbo z MRSA v posamezni bolnišnici glede na skupno število bolnikov, pri katerih je bila ugotovljena prisotnost MRSA v letu 2021, prikazuje **slika 77**. Število pregledanih bolnikov in ugotovljenih nosilcev MRSA se med bolnišnicami zelo razlikuje zaradi zelo velikih razlik v številu sprejetih bolnikov. Zato je v zvezi z MRSA različna tudi obremenjenost posameznih bolnišnic.

Tudi v letu 2021 je bilo opazno, da imajo nekatere bolnišnice še vedno velik delež bolnikov z bolnišnično dobljeno MRSA. Več kot 30-odstotni delež so imeli v SB Brežice, PB Ormož, SB Nova Gorica in SB Ptuj. Zlasti vzbuja skrb stanje v SB Nova Gorica in SB Ptuj, kjer je delež bolnikov z bolnišnično dobljeno MRSA že nekaj let nad 30 odstotkov. Delež Kirurškega sanatorija Rožna dolina ni primerljiv, ker so imeli le en primer bolnišnično dobljene MRSA pri skupno enem bolniku z MRSA.

Slika 77: Delež bolnikov, pri katerih je ugotovljena kolonizacija ali okužba z MRSA, v posamezni bolnišnici, glede na skupno število bolnikov, pri katerih je bila ugotovljena MRSA, v letu 2021



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 oslabelost, 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.

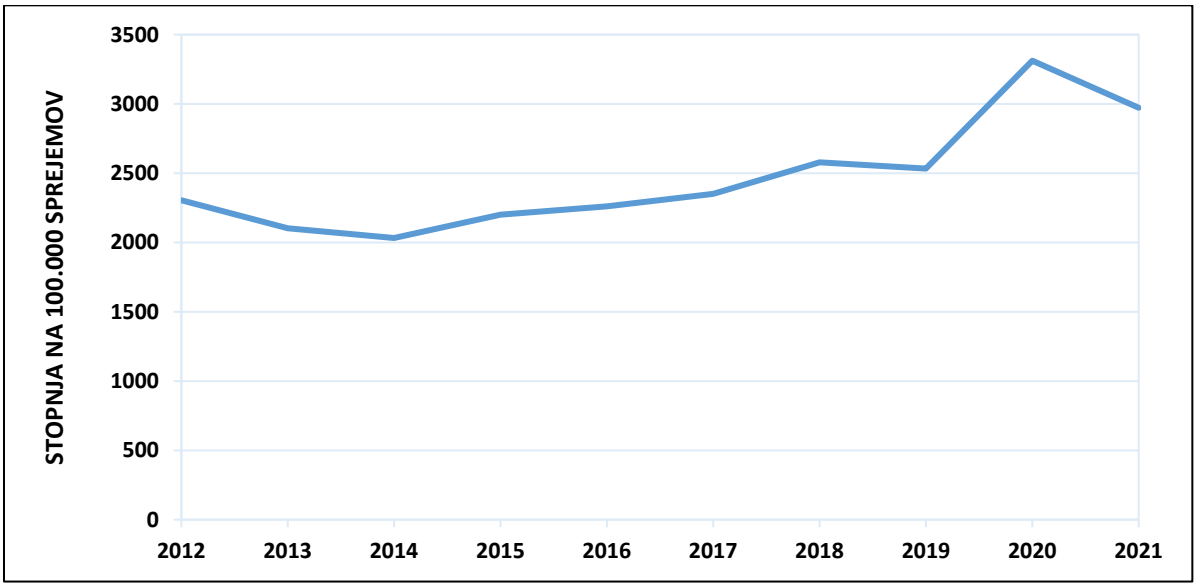
Glavna omejitev analize pooperacijske sepse v Sloveniji še vedno ostaja nezmožnost prepoznavanja sprejemnih diagnoz oziroma nepoznavanje opredelitve kazalnika. To pomeni, da se pri prikazu vrednosti kazalnika za pooperacijske sepse (ob upoštevanju izključitvenih meril) lahko upoštevajo vsi primeri hospitalizacije 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 s ponovnim znatnim porastom v letu 2020 in padcem v letu 2021 (**slika 78**).

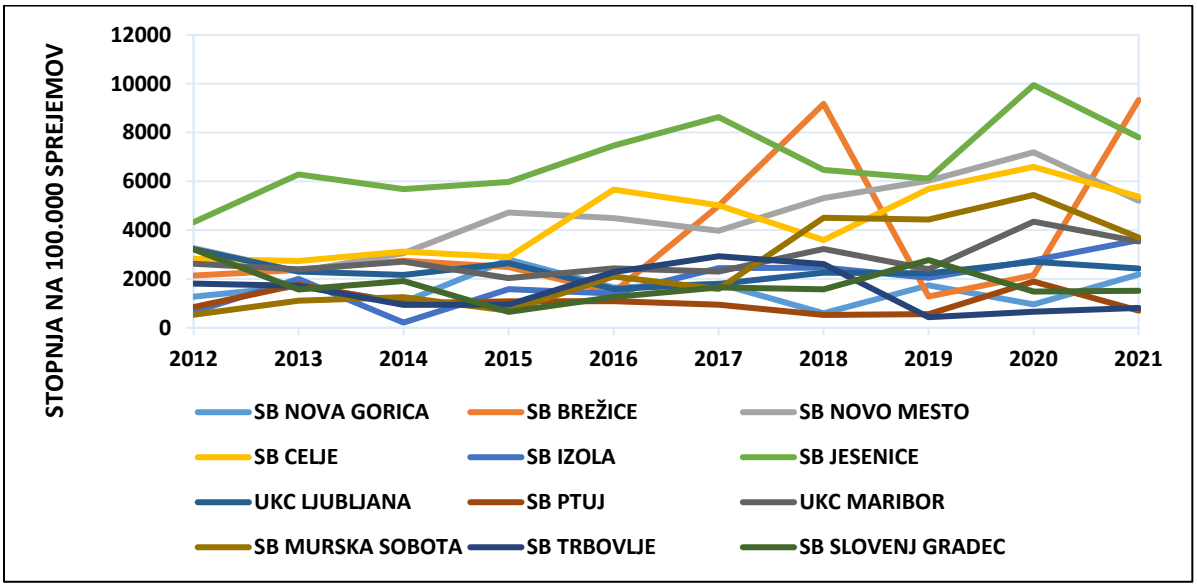
Medbolnišnična analiza prav tako kaže povečevanje stopnje pooperacijskih seps v zadnjih letih razen velikega povečanja stopnje v SB Brežice v letu 2021 (**slika 79**). Podrobnejša analiza povprečij zadnjih treh let kaže nekoliko izstopajočo SB Jesenice, kjer so imeli najvišjo stopnjo pooperacijskih seps, in SB Celje (**slika 80**).

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

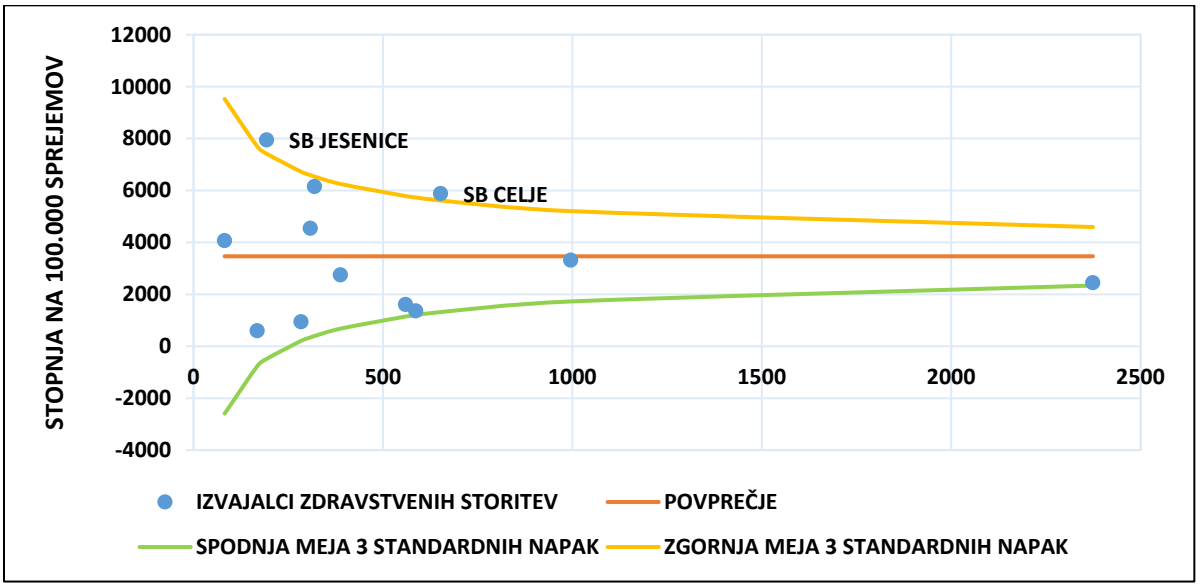
Slika 78: Groba stopnja primerov pooperacijske sepse zaradi kirurškega posega na 100.000 sprejemov, standardizirana po starosti in spolu, v Sloveniji med letoma 2012 in 2021



Slika 79: Groba stopnja primerov pooperacijske sepse zaradi kirurškega posega na 100.000 sprejemov, standardizirana po starosti in spolu, v posameznih bolnišnicah med letoma 2012 in 2021



Slika 80: Groba stopnja primerov pooperacijske sepse zaradi kirurškega posega na 100.000 sprejemov po posameznih bolnišnicah v Sloveniji, povprečna vrednost treh let (2019–2021)



DODATEK

HIGIENA ROK

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

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

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

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

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

V letu 2021 so bili podatki nekaterih bolnišnic delno sporočeni, ker opazovanje izvajanja higiene rok v določenem obdobju ni bilo izvajano zaradi težav zaradi pandemije covida-19. Delne podatke so sporočili iz SB Celje, SB Novo mesto, SB Ptuj, SB Slovenj Gradec in UKC Maribor. Glede na okrnjeno poročanje konkretnejših ugotovitev o higieni rok v letu 2021 ni mogoče dati.

Podatki o higieni rok zdravstvenih delavcev in drugih zaposlenih v EIT in na DBO za leto 2021 so prikazani le za bolnišnice, ki so poslale podatke za obe polletji (**preglednica 7**).

Preglednica 7: Higiena rok zdravstvenih delavcev in sodelavcev v EIT in na DBO za leto 2021

	EIT	DBO
število sporočevalcev	17	19
sporočeno število dejanj	od 6 do 790	od 3 do 4480
sporočeno število priložnosti	od 10 do 990	od 3 do 5637
sporočena doslednost higiene rok	od 57,7 do 96,6 %	od 55,4 do 96,4 %
skupno število opazovanih dejanj	4950	20250
skupno število opazovanih priložnosti	6133	25660
skupna doslednost higiene rok	**80,7 %**	**78,9 %**

Stopnja doslednosti glede higiene rok v letu 2021 je bila za izbrane bolnišnice v EIT 80,7-odstotna in na DBO 78,9-odstotna, vendar so bile med bolnišnicami večje razlike. Število opazovanih dejanj in opazovanih priložnosti je bilo višje na DBO kakor v EIT, kar je razumljivo, saj je več bolnišničnega kadra zaposlenega na DBO kot v EIT. Zbrani podatki kažejo razlike v številu opazovanj po bolnišnicah, kar je lahko povezano z velikostjo bolnišnice in ob tem s številom postelj. Vendar, večje je skupno število opazovanih dejanj, bolj stvarna je ocena stopnje doslednosti. V primerjavi s prejšnjimi leti pandemija covida-19 s strožjim upoštevanjem higienskih normativov znova ni bistveno vplivala na doslednejše upoštevanje higiene rok v DBO (leta 2020 79,3 %), medtem ko se za EIT kaže, da se je stanje celo poslabšalo (leta 2020 84,1 %).

V **preglednici 8** so podatki o higieni rok zdravstvenih delavcev in sodelavcev v EIT prikazani za leta od 2016 do 2021.

Preglednica 8: Higiena rok zdravstvenih delavcev in sodelavcev v EIT med letoma 2016 in 2021

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

Število opazovanih dejanj in priložnosti se je med letoma 2016 in 2018 povečevalo. V letu 2019 je prišlo do zmanjšanja števila opazovanih dejanj in priložnosti. Za leti 2020 in 2021 točnejše ocene ni mogoče dati zaradi delnih podatkov. Skupna doslednost higiene rok zdravstvenih delavcev in sodelavcev ter drugih zaposlenih v EIT po letu 2017 je nekoliko upadala, vendar je bila v dovoljenih okvirih, po letu 2019 pa je mogoče opaziti povečanje doslednosti, verjetno zaradi pandemije covida-19.

Podatki o higieni rok na DBO za leta od 2016 do 2021 so prikazani v **preglednici 9**.

Preglednica 9: Higiena rok na DBO med letoma 2016 in 2021

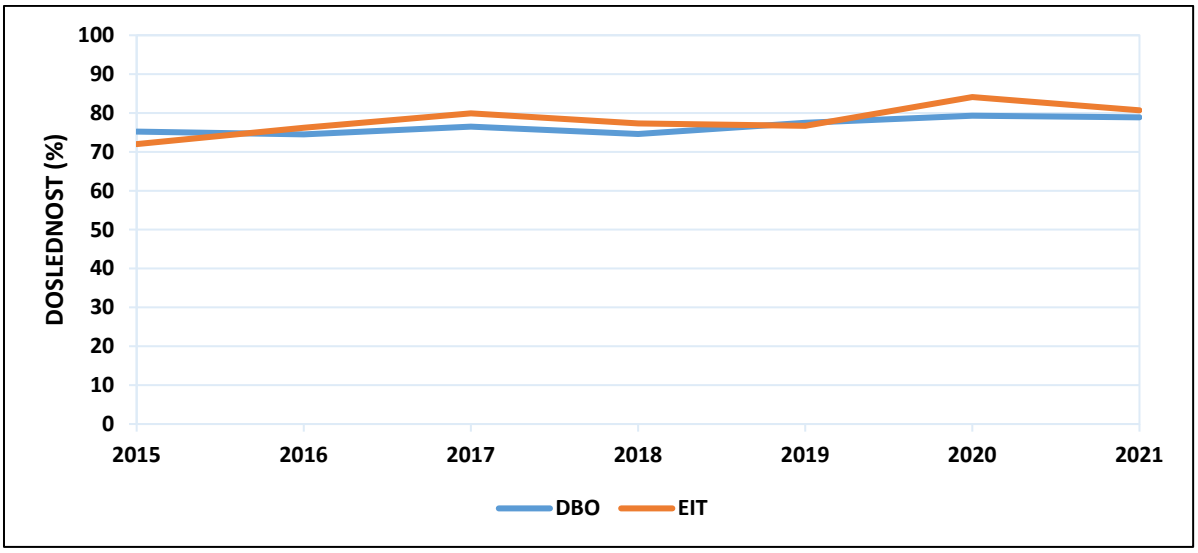
	2016	2017	2018	2019	2020	2021
število sporočevalcev	18	17	23	23	12	19
sporočeno število dejanj	od 34 do 6157	od 238 do 8911	od 29 do 9141	od 18 do 8727	od 11 do 3732	od 3 do 4480
sporočeno število priložnosti	od 59 do 8343	od 479 do 11392	od 35 do 11682	od 96 do 11238	od 12 do 4763	od 3 do 5637
sporočena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

Pri DBO je bilo opazno, da se je število dejanj in priložnosti med letoma 2016 in 2019 povečevalo. Za leti 2020 in 2021 točnejše ocene ni mogoče dati. Skupna doslednost higiene rok zdravstvenih delavcev in sodelavcev ter drugih zaposlenih na drugih oddelkih bolnišnic nekoliko niha, vendar je po letu 2018 opazno naraščanje, kar je v letih 2020 in 2021 lahko posledica pandemije covida-19.

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

Slika 81 prikazuje doslednost higiene rok v EIT in na DBO v letih od 2015 do 2021. V letu 2021 so upoštevani podatki iz izbranih bolnišnic.

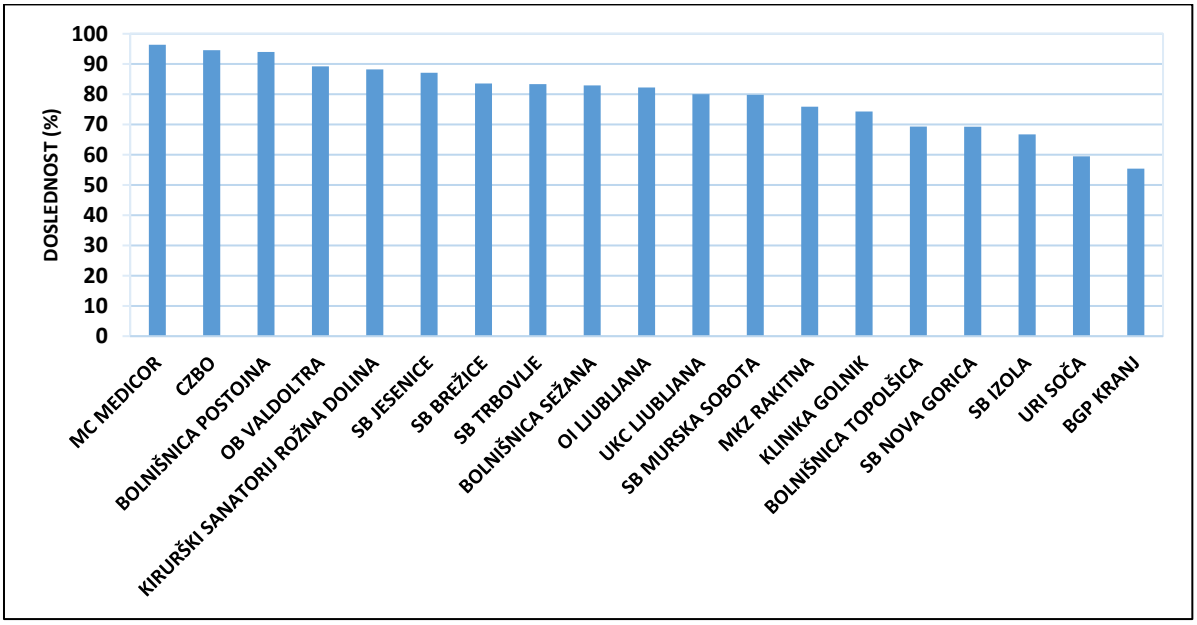
Slika 81: Doslednost higiene rok v EIT in na DBO med letoma 2015 in 2021



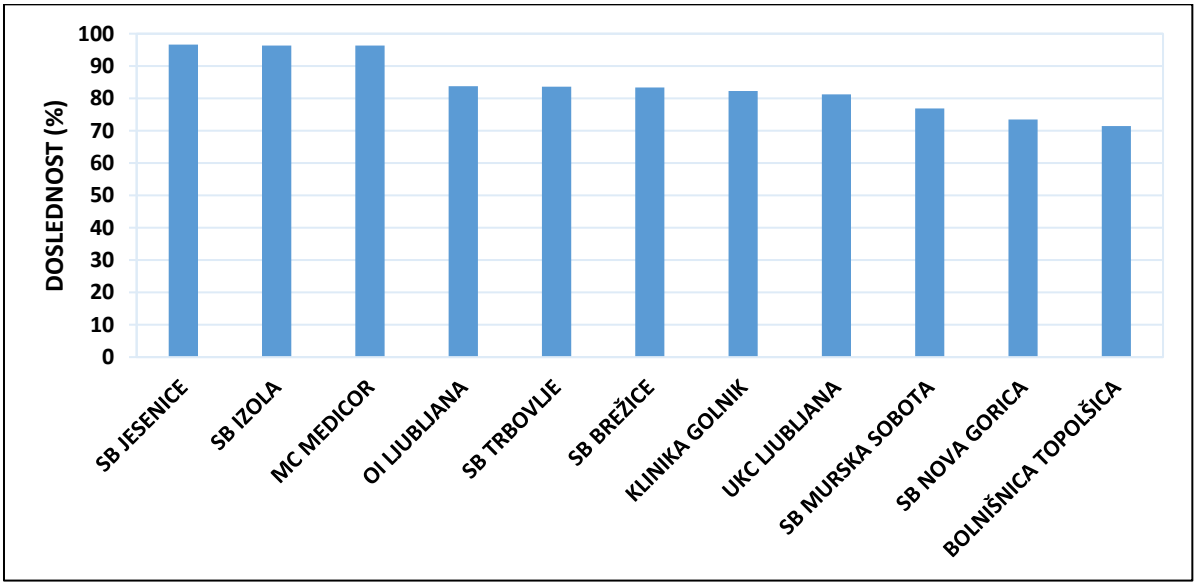
Pregled doslednosti higiene rok od uvedbe kazalnika kaže na ustalitev doslednosti na vrednosti od 70 do 80 odstotkov. Doslednost glede higiene rok v EIT in na DBO je na primerljivi ravni. V letu 2021 se je v izbranih bolnišnicah pokazala podobna doslednost kot v letu 2020.

Sliki 82 in 83 prikazujeta doslednost izvajanja higiene rok v posameznih bolnišnicah za DBO in EIT.

Slika 82: Doslednost izvajanja higiene rok v izbranih bolnišnicah za DBO v letu 2021



Slika 83: Doslednost izvajanja higiene rok v izbranih bolnišnicah za EIT v letu 2021



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

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