



REPUBLIKA SLOVENIJA
MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE

KAZALNIKI KAKOVOSTI V ZDRAVSTVU

LETNO POROČILO ZA LETO 2020

KAZALNIKI KAKOVOSTI V ZDRAVSTVU
LETNO POROČILO ZA LETO 2020

Urednika:

Denis Perko, Alenka Borovničar

Priprava in pošiljanje podatkov:

Andreja Rudolf, Irena Zupanc, Tina Zupanič, Irena Jeraj

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
KK44 in 58 – 30-DNEVNA SMRTNOST ZARADI MOŽGANSKE KAPI IN AKUTNEGA MIOKARDNEGA INFARKTA.....	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.....	x
DODATEK – HIGIENA ROK.....	x
UVOD	1
OSREDOTOČENOST NA BOLNIKA	2
KK2 – IZKLJUČNO DOJENJE	2
PROMOCIJA, PREVENTIVA IN PRIMARNO ZDRAVJE	8
BOLNIŠNIČNI SPREJEMI ZARADI KRONIČNIH BOLEZNI	8
KK3 – STOPNJA SPREJEMOV ZARADI ASTME.....	10
KK4 – STOPNJA SPREJEMOV ZARADI KOPB	12

KK5 – STOPNJA SPREJEMOV ZARADI KRONIČNEGA SRČNEGA POPUŠČANJA	14
KK7 – STOPNJA SPREJEMOV ZARADI HIPERTENZIJE	16
NALEZLJIVE BOLEZNI.....	19
KK8, 9 in 10 – DELEŽ CEPLJENIH PROTI OŠPICAM, DAVICI, TETANUSU, OSLOVSKEMU KAŠLJU IN HEPATITISU B.....	19
KK11 – DELEŽ CEPLJENIH PROTI GRIPI PRI OSEBAH, STARIH 65 LET IN VEČ.....	20
KK12, 13 in 14 – INCIDENCA OŠPIC, OSLOVSKEGA KAŠLJA IN HEPATITISA B	21
UČINKOVITOST ZDRAVSTVENE OSKRBE	22
KK21 – RAZJEDE ZARADI PRITISKA.....	22
KK22 – ČAKALNA DOBA ZA CT	23
KK23 – UČINKOVITOST DELA V OPERACIJSKEM BLOKU	24
KK24 – TRAJANJE BOLNIŠNIČNEGA BIVANJA	27
KK25 – STOPNJA SPREJEMOV ZARADI SLADKORNE BOLEZNI.....	40
KK28 – STOPNJA AMPUTACIJ SPODNJIH OKONČIN ZARADI SLADKORNE BOLEZNI	42
KK36 – POŠKODBE MED VAGINALNIM PORODOM	45
KK37 – DELEŽ CARSKIH REZOV	47
KK44 IN 58 – 30-DNEVNA SMRTNOST ZARADI MOŽGANSKE KAPI IN AKUTNEGA MIOKARDNEGA INFARKTA.....	52
KK45 – ČAKANJE NA OPERACIJO V BOLNIŠNICI PO ZLOMU KOLKA (OSEB, STARIH 65 LET ALI VEČ)	54
KK47 – POOPERACIJSKA GLOBOKA VENSKA TROMBOZA IN PLJUČNA EMBOLIJA	56
KK49 – DELEŽ ENODNEVNE KIRURGIJE.....	60
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 2020	3
Slika 2: Delež izključno dojenih »zdravih«* novorojenčkov po bolnišnicah s porodničnicami v Sloveniji v letih 2010 in 2020	4
Slika 3: Stopnja sprejemov zaradi astme na 100.000 prebivalcev med letoma 2009 in 2020 v Sloveniji, standardizirana po starosti in spolu	11
Slika 4: Groba stopnja sprejemov zaradi astme na 100.000 prebivalcev po regijah, povprečna vrednost treh let (2018–2020)	11
Slika 5: Groba stopnja sprejemov zaradi astme na 100.000 prebivalcev po regijah med letoma 2009 in 2020.....	11
Slika 6: Stopnja sprejemov zaradi KOPB na 100.000 prebivalcev v Sloveniji med letoma 2009 in 2020, standardizirana po starosti in spolu	13
Slika 7: Groba stopnja sprejemov zaradi KOPB na 100.000 prebivalcev po regijah, povprečna vrednost treh let (2017–2020)	13
Slika 8: Groba stopnja sprejemov zaradi KOPB na 100.000 prebivalcev po regijah med letoma 2009 in 2020.....	13
Slika 9: Stopnja sprejemov zaradi srčnega popuščanja na 100.000 prebivalcev med letoma 2009 in 2020 v Sloveniji, standardizirana po starosti in spolu	15
Slika 10: Groba stopnja sprejemov zaradi srčnega popuščanja na 100.000 prebivalcev po regijah, povprečna vrednost treh let (2018–2020)	15
Slika 11: Groba stopnja sprejemov zaradi srčnega popuščanja na 100.000 prebivalcev po regijah med letoma 2009 in 2020.....	15
Slika 12: Stopnja sprejemov zaradi hipertenzije na 100.000 prebivalcev med letoma 2009 in 2020 v Sloveniji, standardizirana po starosti in spolu.....	17
Slika 13: Groba stopnja sprejemov zaradi hipertenzije na 100.000 prebivalcev po regijah, povprečna vrednost treh let (2018–2020)	17
Slika 14: Groba stopnja sprejemov zaradi hipertenzije na 100.000 prebivalcev med letoma 2009 in 2020 po posameznih regijah	17
Slika 15: Stopnja RZP na 100 sprejemov po bolnišnicah v Sloveniji v letu 2020	22
Slika 16: Delež naročil CT-preiskav pri hospitaliziranih bolnikih, pri katerih je bila preiskava opravljena več kot 24 ur po naročilu, po nekaterih izvajalcih bolnišničnih storitev v Sloveniji v letu 2020	23
Slika 17: Delež izkoriščenosti operacijskih dvoran za bolnišnične posege po nekaterih slovenskih bolnišnicah v letu 2020.....	25
Slika 18: Delež izkoriščenosti operacijskih dvoran za ambulantne (dnevne) posege po nekaterih slovenskih bolnišnicah v letu 2020.....	25
Slika 19: Delež odpovedanih bolnišničnih operacij med vsemi načrtovanimi po nekaterih slovenskih bolnišnicah v letu 2020.....	26
Slika 20: Delež odpovedanih ambulantnih (dnevni) operacij med vsemi načrtovanimi po nekaterih slovenskih bolnišnicah v letu 2020.....	26
Slika 21: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja zaradi holecistektomije po posameznih bolnišnicah v Sloveniji v letu 2020	29
Slika 22: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja zaradi holecistektomije v Sloveniji med letoma 2007 in 2020.....	29
Slika 23: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja zaradi glavne diagnoze pljučnica domačega okolja po nekaterih bolnišnicah v Sloveniji v letu 2020.....	31

Slika 24: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja zaradi glavne diagnoze pljučnica domačega okolja v Sloveniji med letoma 2005 in 2020	31
Slika 25: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja ob izvedbi koronarne premostitvene operacije po izvajalcih zdravstvene storitve v Sloveniji v letu 2020	33
Slika 26: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja ob izvedbi koronarne premostitvene operacije po izvajalcih zdravstvene storitve v Sloveniji med letoma 2007 in 2020	33
Slika 27: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja ob glavni diagnozi zlom kolka po posameznih bolnišnicah v letu 2020	35
Slika 28: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja ob glavni diagnozi zlom kolka v Sloveniji med letoma 2005 in 2020	35
Slika 29: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja zaradi tonzilektomije ali adenoidektomije po nekaterih bolnišnicah v letu 2020	37
Slika 30: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja zaradi tonzilektomije ali adenoidektomije v Sloveniji med letoma 2005 in 2020	37
Slika 31: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja ob glavni diagnozi akutna možganska kap po posameznih bolnišnicah v letu 2020	39
Slika 32: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja ob glavni diagnozi akutna možganska kap v Sloveniji med letoma 2005 in 2020	39
Slika 33: Stopnja bolnišničnih sprejemov zaradi sladkorne bolezni na 100.000 prebivalcev, standardizirana po starosti in spolu, med letoma 2009 in 2020.....	41
Slika 34: Groba stopnja sprejemov zaradi sladkorne bolezni na 100.000 prebivalcev po regijah, povprečna vrednost treh let (2017–2020)	41
Slika 35: Groba stopnja sprejemov zaradi sladkorne bolezni na 100.000 prebivalcev po regijah med letoma 2009 in 2020.....	41
Slika 36: Starostno standardizirana stopnja amputacij spodnjih okončin zaradi sladkorne bolezni na 100.000 prebivalcev med letoma 2009 in 2020	43
Slika 37: Groba stopnja amputacij spodnjih okončin zaradi sladkorne bolezni na 100.000 prebivalcev po regijah, povprečna vrednost treh let (2018–2020)	43
Slika 38: Starostno standardizirana stopnja amputacij spodnjih okončin zaradi sladkorne bolezni na 100.000 prebivalcev med letoma 2009 in 2020 po posameznih regijah	44
Slika 39: Delež poškodb presredka III. in IV. stopnje pri vaginalnih porodih brez uporabe instrumentov po bolnišnicah s porodnišnicami v Sloveniji med leti 2006 in 2010, 2011 in 2015 ter 2016 in 2020 ...	46
Slika 40: Delež otrok*, rojenih s carskim rezom, v Sloveniji med letoma 2002 in 2020	47
Slika 41: Delež otrok *, rojenih s carskim rezom, po bolnišnicah s porodnišnicami v Sloveniji v letih 2010 in 2020.....	48
Slika 42: Skupine porodnic po Robsonovi klasifikaciji (Povzeto po 6).....	49
Slika 43: Delež porodov s carskim rezom po Robsonovih skupinah in bolnišnicah s porodnišnicami v Sloveniji v letu 2020	50
Slika 44: 30-dnevna smrtnost zaradi akutnega miokardnega infarkta pri bolnikih, starih 45 let in več, v Sloveniji, standardizirana po starosti in spolu med letoma 2009 in 2019	53
Slika 45: 30-dnevna smrtnost zaradi hemoragične možganske kapi pri bolnikih, starih 45 let in več, v Sloveniji, standardizirana po starosti in spolu med letoma 2009 in 2019	53
Slika 46: 30-dnevna smrtnost zaradi ishemične možganske kapi pri bolnikih, starih 45 let in več, v Sloveniji, standardizirana po starosti in spolu med letoma 2009 in 2019	53
Slika 47: 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 2020.....	54
Slika 48: Delež primerov zloma kolka pri osebah, starih 65 let ali več, ki so bile operirane v dveh koledarskih dneh od bolnišničnega sprejema, po nekaterih bolnišnicah med letoma 2012 in 2020...	55

Slika 49: Delež sprejemov ob zlomu kolka oseb, operiranih v dveh koledarskih dneh, povprečna vrednost treh let (2018–2020)	55
Slika 50: 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 2020	57
Slika 51: Stopnja primerov venske tromboze na 100.000 sprejemov zaradi vstavitve kolčne ali kolenske endoproteze, standardizirana po starosti in spolu, v Sloveniji med letoma 2012 in 2020	57
Slika 52: Stopnja primerov pljučne embolije na 100.000 sprejemov zaradi vstavitve kolčne ali kolenske endoproteze po posameznih bolnišnicah med letoma 2012 in 2020	58
Slika 53: Groba stopnja primerov pljučne embolije na 100.000 sprejemov zaradi vstavitve kolčne ali kolenske endoproteze po bolnišnicah, povprečna vrednost treh let (2018–2020)	58
Slika 54: Stopnja primerov globoke venske tromboze na 100.000 sprejemov zaradi vstavitve kolčne ali kolenske endoproteze po posameznih bolnišnicah med letoma 2012 in 2020	59
Slika 55: Groba stopnja primerov globoke venske tromboze na 100.000 sprejemov zaradi vstavitve kolčne ali kolenske endoproteze po bolnišnicah, povprečna vrednost treh let (2018–2020)	59
Slika 56: Delež enodnevni artroskopij kolena v Sloveniji med letoma 2009 in 2020	61
Slika 57: Delež enodnevni artroskopij kolena v Sloveniji po izvajalcih v letu 2020	61
Slika 58: Delež enodnevni artroskopij kolena po posameznih izvajalcih med letoma 2009 in 2020 ..	62
Slika 59: Delež enodnevni hernioplastik ingvinalne hernije v Sloveniji med letoma 2009 in 2020	63
Slika 60: Delež enodnevni hernioplastik ingvinalne hernije po izvajalcih v letu 2020	63
Slika 61: Delež enodnevni hernioplastik ingvinalne hernije v Sloveniji po izvajalcih med letoma 2009 in 2020	64
Slika 62: Delež enodnevni tonzilektomij in/ali adenoidektomij v Sloveniji med letoma 2009 in 2020	65
Slika 63: Delež enodnevni tonzilektomij in/ali adenoidektomij med posameznimi bolnišnicami med letoma 2009 in 2020	65
Slika 64: Delež enodnevni holecistektomij v Sloveniji med letoma 2009 in 2020	66
Slika 65: Delež enodnevni holecistektomij po nekaterih izvajalcih v letu 2020	66
Slika 66: Delež enodnevni operacij krčnih žil v Sloveniji med letoma 2009 in 2020	67
Slika 67: Delež enodnevni operacij krčnih žil po posameznih izvajalcih v letu 2020	67
Slika 68: Delež enodnevni operacij krčnih žil po posameznih izvajalcih med letoma 2009 in 2020 ...	68
Slika 69: Poraba antibiotikov (J01) v Sloveniji med letoma 2003 in 2020 (DDD na 100 sprejemov)	70
Slika 70: Poraba antibiotikov (J01) v Sloveniji med letoma 2003 in 2020 (DDD na 100 BOD)	70
Slika 71: Poraba antibiotikov (J01) v Sloveniji med letoma 2003 in 2020 (DDD na 1000 prebivalcev na dan)	71
Slika 72: Poraba protiglivičnih zdravil (J02) v Sloveniji med letoma 2010 in 2020 (DDD na 1000 prebivalcev na dan)	71
Slika 73: Poraba protivirusnih zdravil (J05) v Sloveniji med letoma 2010 in 2020 (DDD na 1000 prebivalcev na dan)	72
Slika 74: Poraba protivirusnih zdravil (J05) po posameznih zdravstvenih ustanovah v letu 2020 (DDD na 100 BOD)	73
Slika 75: Poraba protiglivičnih zdravil (J02) po posameznih zdravstvenih ustanovah v letu 2020 (DDD na 100 BOD)	73
Slika 76: Poraba antibiotikov (J01) po posameznih zdravstvenih ustanovah v letu 2020 (DDD na 100 BOD)	74
Slika 77: Povprečno število poškodb osebja z ostrimi predmeti na leto na 100 zaposlenih pri nekaterih izvajalcih bolnišničnega zdravljenja v Sloveniji v letu 2020	75
Slika 78: Stopnja padcev po posameznih slovenskih bolnišnicah na 1000 dni hospitalizacije v letu 2020	77

Slika 79: Delež padcev s poškodbami po posameznih slovenskih bolnišnicah v letu 2020.....	78
Slika 80: Stopnja tujkov v telesu po operacijskem posegu na 100.000 operacijskih posegov v Sloveniji med letoma 2012 in 2020	79
Slika 81: Groba stopnja tujkov v telesu po operacijskem posegu na 100.000 operacijskih posegov po bolnišnicah, povprečna vrednost treh let (2018–2020)	80
Slika 82: 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 2020	82
Slika 83: Groba stopnja primerov pooperacijske sepse zaradi kirurškega posega na 100.000 sprejemov, standardizirana po starosti in spolu, v Sloveniji med letoma 2012 in 2020.....	84
Slika 84: Groba stopnja primerov pooperacijske sepse zaradi kirurškega posega na 100.000 sprejemov, standardizirana po starosti in spolu, po posameznih bolnišnicah med letoma 2012 in 2020	84
Slika 85: Groba stopnja primerov pooperacijske sepse zaradi kirurškega posega na 100.000 sprejemov po posameznih bolnišnicah v Sloveniji, povprečna vrednost treh let (2018–2020)	85
Slika 86: Doslednost higijene rok v EIT in na DBO med letoma 2015 in 2020.....	89
Slika 87: Doslednost izvajanja higijene rok po izbranih bolnišnicah za DBO v letu 2020.....	89
Slika 88: Doslednost izvajanja higijene rok po izbranih bolnišnicah za EIT v letu 2020	90

KAZALO PREGLEDNIC

Preglednica 1: Groba stopnja sprejemov zaradi astme, KOPB, kroničnega srčnega popuščanja in hipertenzije na 100.000 prebivalcev po regijah v letu 2020	9
Preglednica 2: Delež cepljenih proti nekaterim nalezljivim boleznim v Sloveniji v letih od 2016 do vključno 2020	19
Preglednica 3: Delež cepljenih oseb, starih 65 let in več, proti gripi v sezonah 2015/2016, 2016/2017, 2017/18, 2018/19 in 2019/20	20
Preglednica 4: Število prijavljenih primerov in incidenčna stopnja nekaterih nalezljivih bolezni v Sloveniji v letih od 2011 do 2020	21
Preglednica 5: Specifikacije spremenljivk v posamezni Robsonovi skupini (Povzeto po 6)	49
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 2020	72
Preglednica 7: Higiena rok zdravstvenih delavcev in sodelavcev v EIT in na DBO za leto 2020	87
Preglednica 8: Higiena rok zdravstvenih delavcev in sodelavcev v EIT med letoma 2016 in 2020.....	87
Preglednica 9: Higiena rok na DBO med letoma 2016 in 2020	88

RAZLAGA KRATIC

ATC – anatomsko-terapevtska-kemična klasifikacija zdravil (Anatomical Therapeutic Chemical Classification System)

BOD – bolnišnični oskrbni dan

BGP – Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj

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 (European centre for disease prevention and control)

EIT – enota intenzivne terapije

EU – Evropska unija

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

GVT – globoka venska tromboza

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

KK – kazalnik kakovosti

KOPB – kronična obstruktivna pljučna bolezen

MC Medicor – Medicinski center Medicor

MKB – Mednarodna klasifikacija bolezni

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

MZ – Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije

NIJZ – Nacionalni inštitut za javno zdravje

OI – Onkološki inštitut Ljubljana

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

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

PE – pljučna embolija

PIS – Perinatalni informacijski sistem Republike Slovenije

RZP – razjede zaradi pritiska

SB – splošna bolnišnica

SRSS – Structural Reform Support Programme

SZO – Svetovna zdravstvena organizacija

UKC – Univerzitetni klinični center

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

KK44 in 58 – 30-DNEVNA SMRTNOST ZARADI MOŽGANSKE KAPI IN AKUTNEGA MIOKARDNEGA INFARKTA

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 osmo letno poročilo kazalnikov kakovosti v zdravstvu. Tokratno poročilo je nastalo v prelomnem obdobju slovenskega in svetovnega zdravstva. Spopasti smo se morali s pandemijo covid-19. Njen vpliv na delovanje sistema zdravstvenega varstva bo verjetno imel pozitivne in negativne dolgoročne posledice. Med drugim tudi na kakovost zdravstvenega varstva.

Kazalniki kakovosti so izredno pomembno orodje spremljanja delovanja sistema zdravstvenega varstva. V Sloveniji je ne glede na redna objavljana poročila zaznati premalo interesa za seznanitev z ugotovitvami poročil, zlasti izvajalcev zdravstvenih storitev. Ob tem je zastala prenova nabora in metodologije zbiranja podatkov. Še vedno niso jasno opredeljeni nosilci upravljanja kakovosti in varnosti na nacionalni ravni in na ravni posameznih organizacij (bolnišnic in drugih zdravstvenih zavodov) niti ni zagotovljeno financiranje ključnih aktivnosti sistema celovite kakovosti in varnosti. Leta 2019 je bila podana pobuda za projekt SRSS (»Structural Reform Support Programme«), ki med drugim zajema področje kakovosti v zdravstvu. Po začetku epidemije marca 2020, ko se je prvič sestala začasna delovna skupina, sestavljena iz članov, zaposlenih na Ministrstvu za zdravje Republike Slovenije in Nacionalnem inštitutu za javno zdravje, se je v letu 2021 postopoma vzpostavila delovna skupina z usmerjevalnim odborom z zunanjo tehnično pomočjo. Člani delovne skupine za usklajevanje dela na področju prenove kazalnikov kakovosti so uslužbenci Ministrstva za zdravje, Nacionalnega inštituta za javno zdravje, Zdravniške zbornice Slovenije, Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije in Združenja zdravstvenih zavodov Slovenije. Ob tem se postavlja nova Nacionalna strategija razvoja kakovosti zdravstva do leta 2032.

V pričujočem poročilu so podatki še vedno obdelani po zadnjih veljavnih metodologijah. Na rezultate določenih kazalnikov kakovosti je bil opazen vpliv pandemije covid-19, medtem ko se pri ostalih kazalnikih kakovosti vpliva to ni opazilo. Ponovno je bilo opaziti, da večina izvajalcev zdravstvenih storitev vestno zbira in pošilja podatke o kazalnikih kakovosti, medtem ko nekateri zbirajo podatke manj uspešno ali neustrezno sodelujejo v tem procesu.

Prenova kazalnikov kakovosti še vedno ostaja prednostna zadolžitev pri izboljšanju zbiranja in razlage podatkov kazalnikov kakovosti. Pri tem si je treba zadati tudi naslednje naloge, kot so pregled in ocena ustreznosti aktualnih kazalnikov kakovosti, izločitev neustreznih in predlagati nove kazalnike kakovosti, prenova in vzpostavitev ustrezne metodologije zbiranja podatkov, izobrazba kadrov zdravstvenih ustanov za pravilen nabor podatkov, vestno zbiranje in sporočanje podatkov NIJZ oziroma MZ in redna letna izvajanja poročil o kazalnikih kakovosti. Ob tem bi koristno vlogo lahko imela vzpostavitev neodvisnega nacionalnega telesa za kakovost.

Znova se lahko ugotovi, da le z ustreznimi kazalniki kakovosti in podatki primerno ocenimo delovanje celotnega bolnišničnega sistema in posameznih bolnišnic.

OSREDOTOČENOST NA BOLNIKA

KK2 – IZKLJUČNO DOJENJE

Materino mleko je idealna hrana za dojenčke. Je varna, čista in vsebuje protitelesa, ki otroka ščitijo proti mnogim pogostim otroškim boleznim. Otroku zagotavlja vso energijo in hranila, ki jih potrebuje v prvih mesecih življenja, pokrije pa 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 odrežejo na inteligenčnih testih, manj verjetno bodo imeli preveliko telesno težo ali bili debeli in so manj dovzetni za kronične bolezni (kot je recimo sladkorna bolezen) kasneje v življenju (3–5).

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

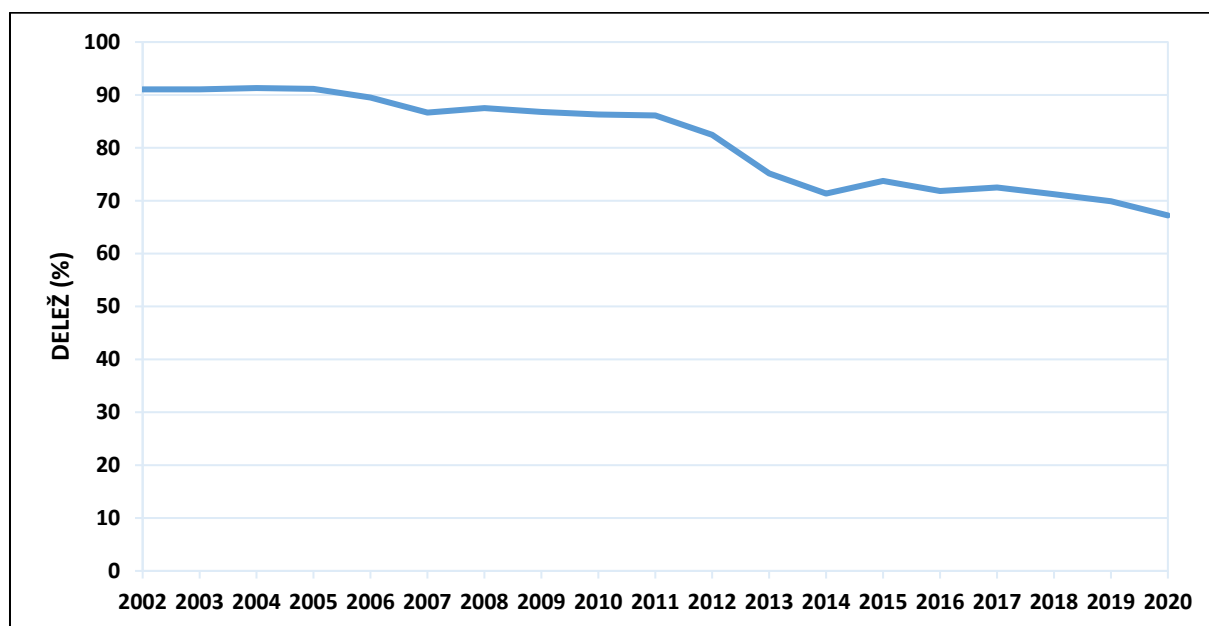
Študije so pokazale, da ima izključno dojenje v trajanju šest mesecev kar nekaj prednosti v primerjavi z izključnim dojenjem v trajanju treh ali štirih mesecev in nato delnim dojenjem. Izključno dojenje v trajanju šest mesecev znižuje pogostost gastrointestinalnih infekcij pri otroku in materi pomaga hitreje izgubiti odvečno težo, pridobljeno med nosečnostjo, ter jo ščiti pred ponovno nosečnostjo (kasnejši povratek menstrualnega ciklusa). Ne vpliva pa na pojav ostalih infekcijskih bolezni pri otroku, na pojav alergijskih bolezni, na rast, debelost, zobni karies, na kognitivne sposobnosti ali na obnašanje otroka. V državah v razvoju so opazili znižano vrednost železa pri otrocih, izključno dojenih šest mesecev (9,10). Vendar pa v svetu še vedno dva izmed treh otrok nista izključno dojena šest mesecev, kot je priporočeno, ta stopnja pa se že desetletja ni dvignila. Izključno dojenje je koristno tudi za mater, saj deluje kot naravna kontracepcijska metoda in s tem pripomore k večjim presledkom med rojstvi. Izključno dojenje tudi pomaga, da odvečna teža, ki so jo ženske pridobile v nosečnosti, hitreje in lažje izgine, znižuje tudi stopnje debelosti pri materah. Raziskave so pokazale, da bodo ženske, ki dojijo, manj pogosto zbolele za rakom dojke ali jajčnika, imajo manjše tveganje za osteoporozo in za koronarno srčno bolezen (7).

Pri podpori dojenju v porodnišnicah je ključno znanje osebja o dojenju. SZO še posebej poudarja vlogo osebja v porodnišnici, njihovega znanja, veščin in kompetenc o dojenju za svetovanje in podporo mladim mamam. 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 po 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. Upravljevec 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, kajti 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 zabeležijo pri dojenju, so DA, DELNO in NE. Kot izključno dojene smo upoštevali novorojenčke, pri katerih je bila zabeležena vrednost DA.

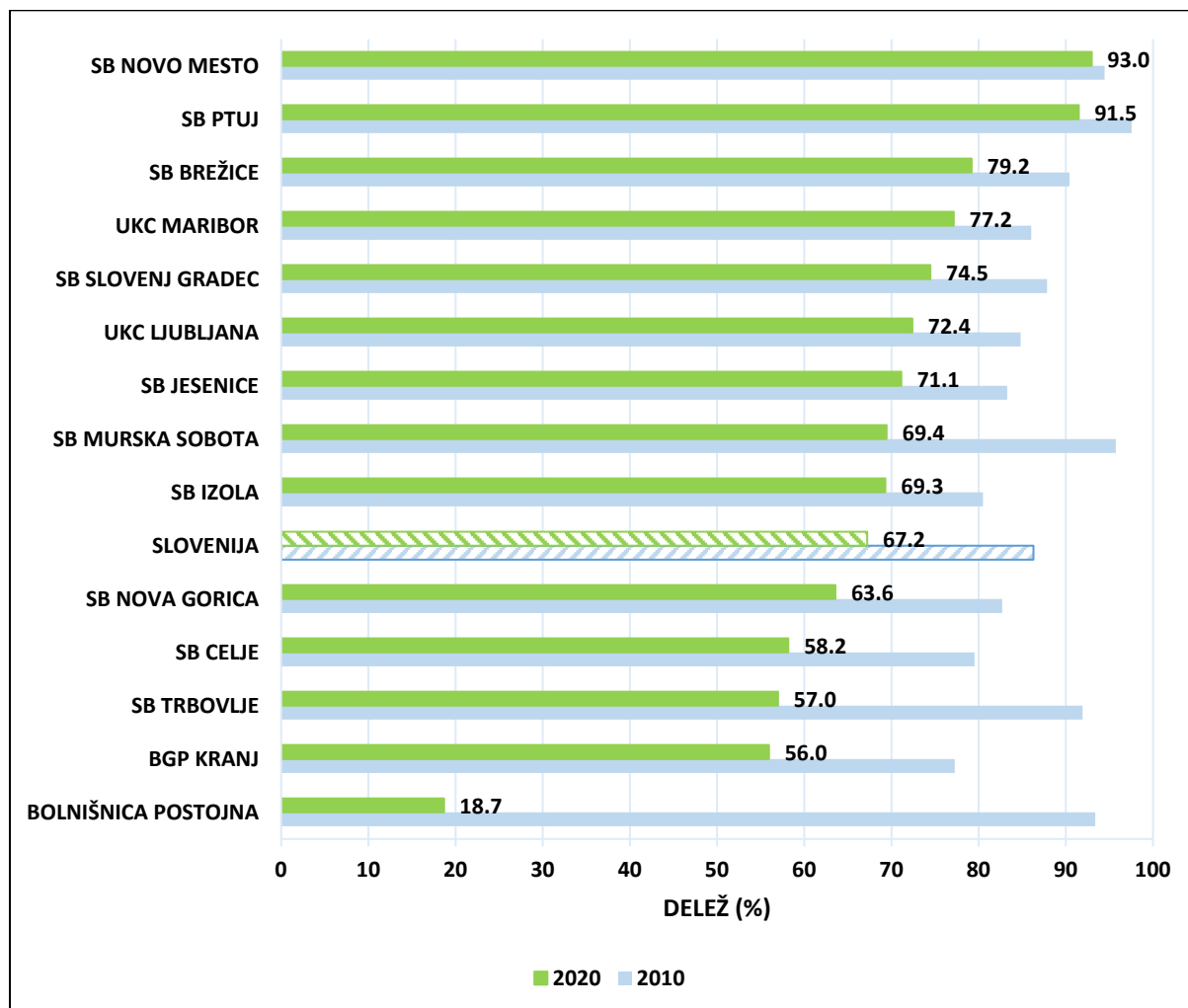
Slika 1: Delež izključno dojenih »zdravih«* novorojenčkov v Sloveniji med letoma 2002 in 2020



*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 zabeležene podatke v zadnjem desetletju precej zmanjšal in ta trend se je nadaljeval tudi v letu 2020 (slika 1). Na ravni države se je v desetih letih delež izključno dojenih novorojenčkov zmanjšal za 19 odstotnih točk, v primerjavi s predhodnim letom pa za skoraj tri odstotne točke. Leta 2020 je bil delež izključno dojenih »zdravih« novorojenčkov v slovenskih porodnišnicah tako le še 67,2-odstoten. Upad v primerjavi s preteklimi leti je večinoma posledica povečanega deleža novorojenčkov, pri katerih je bilo zabeleženo delno dojenje.

Slika 2: Delež izključno dojenih »zdravih«* novorojenčkov po bolnišnicah s porodnišnicami v Sloveniji v letih 2010 in 2020



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

Razlike med porodnišnicami so izjemno velike (**slika 2**). Delež izključno dojenih novorojenčkov se je leta 2020 gibal med 18,7 odstotka (Postojna) in 93 odstotki (Novo mesto), v večini porodnišnic pa je bil med 60 in 80 odstotki. V primerjavi z letom 2019 je dojenje narastlo za skoraj 3 odstotke v slovenski porodnišnici z najnižjim deležem izključno dojenih novorojenčkov (Postojna), za 4,5 odstotka pa je upadlo v porodnišnici, ki je imela v letu 2019 najvišji delež izključno dojenih novorojenčkov (Ptuj).

Velike razlike so presenetljive, ker 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 beleženja deleža delno dojenih novorojenčkov, ki se je leta 2020 gibal med 6 (Ptuj) in kar 79 odstotki (Postojna), medtem ko so bile razlike v deležu novorojenčkov, ki sploh niso bili dojeni, manjše. Takšnih novorojenčkov je bilo v preučevani skupini od 0,6 (Maribor) do 6 odstotkov (Trbovlje). Zabeležena gibanja so v zadnjih letih med porodnišnicami različna. Medtem ko nekatere porodnišnice še beležijo pomembno upadanje deleža izključnega dojenja, v drugih delež ostaja na podobni ravni ali raste. Tako se je delež izključno dojenih otrok med letoma 2019 in 2020 na primer v Izoli povečal za 5 odstotnih točk. Skrb vzbujajoč pa je 6-odstotni delež nedojenih otrok v porodnišnici Trbovlje.

Glede na velike razlike med deleži izključno dojenih novorojenčkov po porodnišnicah, ki jih zadnja leta opazamo, smo že pri pripravi predhodnih poročil pomislili na razlike pri beleženju, ki bi lahko nastale zaradi različnega razumevanja pojmov »izključno« in »delno« dojenje in različnih praks beleženja podatkov. To domnevo smo potrdili s telefonskima anketama, ki smo ju izvedli v letih 2013 in 2019. V letu 2021 smo izvedli pisno elektronsko anketo, pri čemer je Porodnišnica Ljubljana zaradi svoje velikosti prejela štiri ankete (za štiri poporodne oddelke), odgovorjene so bile vse ankete.

Leta 2019 so v šestih porodnišnicah (Izola, Kranj, Nova Gorica, Novo mesto, Ptuj, Trbovlje) navedli, da pri podaji ocene, ali je otrok izključno ali delno dojen, upoštevajo celotni čas bivanja od rojstva 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 zabeležijo, da je otrok izključno dojen, četudi je enkrat ali dvakrat prejel dodatek adaptiranega mleka.

V zadnji anketi, izvedeni leta 2021, so zaposleni v 12 porodnišnicah ocenili, da adaptirano mleko prejme manj kot četrtna novorojenčkov, v dveh porodnišnicah pa od četrtna do treh četrtn vseh novorojenčkov. V dveh porodnišnicah ne vprašajo vedno staršev za privolitev za do/dajanje adaptiranega mleka, potrebo po dajanju adaptiranega mleka pa v več kot polovici porodnišnic določi pediater v sodelovanju z medicinskimi sestrami/babicami in materjo otroka. V dveh porodnišnicah adaptirano mleko ponoči prejme med četrtno in tremi četrtnimi novorojenčkov, v preostalih pa manj kot četrtna. Če te podatke primerjamo s podatki, poročanimi iz posameznih porodnišnic v PIS, vidimo, da osebje v številnih primerih precenjuje število izključno dojenih novorojenčkov, po drugi strani pa iz nekaterih porodnišnic v PIS poročajo večje deleže izključno dojenih novorojenčkov, kot jih ocenjujejo njihovi zaposleni v anketi. Zaradi navedenih razlik pri beleženju in posledične nezanesljivosti podatkov so prikazani podatki o izključnem dojenju le informativni, ker le deloma odražajo različne prakse dojenja v slovenskih porodnišnicah.

Sodeč po odgovorih so praktično vsi novorojenčki po vaginalnem porodu prvič podojeni znotraj ene ure po rojstvu, po carskem rezu (CR) pa je večina novorojenčkov prvič dojenih znotraj ene ure v štirih porodnišnicah (oziroma oddelkih), v dveh porodnišnicah pa več kot tri ure po rojstvu, dve porodnišnici pa na vprašanje nista odgovorili. Znotraj ene ure po CR dobi večina mater svoje novorojenčke v kožni stik v šestih porodnišnicah. 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 s strani certificiranih svetovalk za dojenje. V 12 porodnišnicah ima več kot tri četrtnine strokovnega osebja na poporodnih oddelkih opravljen najmanj nekaj deseturni tečaj iz dojenja, v dveh porodnišnicah pa manj kot polovica strokovnega osebja. Deset porodnišnic ima zaposlenega vsaj enega certificiranega svetovalca za dojenje, štiri porodnišnice pa nobenega.

V vseh porodnišnicah dajejo zelo visok pomen vzpostavitvi izključnega dojenja še v porodnišnici, prav tako v vseh porodnišnicah ocenjujejo pomen uspešnega dojenja za otroka in mater ter njun odnos in kasnejše zdravje kot zelo visok (nad 9,5 na lestvici od 1 do 10). V 12 porodnišnicah ocenjujejo, da storijo dovolj za vzpostavitev uspešnega dojenja pri mladih mamicah. 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.

Kot razloge za upadanje izključnega dojenja v slovenskih porodnišnicah navajajo strah mater in sodobno materinstvo ter sodobni način življenja, drugačno vzgojo mladih, neznanje mater o dojenju, zahtevnost začetnega dojenja, prepričanost mater, da nimajo dovolj mleka, pomanjkanje spodbude,

preveč nestrokovnih informacij, nezainteresiranost nekaterih mater, promocijo mlečnih formul ter težave po odpustu iz porodnišnice in premalo časa, namenjenega dojenju, ob patronažnih obiskih.

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

Ob naslednji prenovi PIS načrtujemo spremenjeno spremljanje dojenja v porodnišnicah tako, da se bosta beležila dva različna kazalnika, in sicer izključno dojenje (ter delno dojenje oziroma dojenje) med celotno hospitalizacijo in izključno dojenje (in delno dojenje oziroma dojenje) ob odpustu iz porodnišnice. Vsekakor je smiselno nadaljnje spremljanje kazalnika ob tem, da bi se kar najbolj potrudili pridobiti od porodnišnic čim bolj točne in poenotene podatke, saj nas le ti lahko pripeljejo do verodostojnih ugotovitev.

Viri:

1. World Health Organization & United Nations Children's Fund (UNICEF). (2018). Implementation guidance: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised baby-friendly hospital initiative. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272943>.
2. Dadhich JP., Smoth J., Iellamo A., Suleiman A. Report on carbon footprints due to milk formula: a study from selected countries of the Asia- Pacific Region. Delhi: BPNI/IBFAN Asia; 2016 <http://ibfan.org/docs/CarbonFootprints-Due-to-Milk-Formula.pdf>.
3. Ip S., Chung M., Raman G., Chew P., Magula N., DeVine D. et al. Breastfeeding and Maternal and Infant Health Outcomes in Developed Countries. Evidence Report/Technology. Report 153. Rockville, 2007.
4. Martens PJ. What do Kramer's Baby-Friendly Hospital Initiative PROBIT studies tell us? A review of a decade of research. J Hum Lact. 2012; 28:335–342.
5. Fleisher Michaelson K., Weaver L., Branca F. Feeding and Nutrition of Infants and Young Children. København: WHO Regional Publications, European series; št. 87, 2000.
6. World Health Organization, United Nations Children's Fund. Global strategy for infant and young child feeding. Geneva: World Health Organization; 2003 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42590/1/9241562218.pdf>).
7. WHO Europe. Health topics. Infant and young child feeding. Pridobljeno 4. 10. 2021 s spletne strani: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/activities/technical-support-to-member-states/infant-and-young-child-feeding>
8. Webber E., Benedict J. Facilitating and Assessing Breastfeeding Initiation. Core Curriculum for Interdisciplinary Lactation Care. Jones and Barlett Learning, 2018. Str.: 197–213.
9. Dadhich JP, Smoth J, Iellamo A, Suleiman A. Report on carbon footprints due to milk formula: a study from selected countries of the Asia- Pacific Region. Delhi: BPNI/IBFAN Asia; 2016 (<http://ibfan.org/docs/CarbonFootprints-Due-to-Milk-Formula.pdf>).

10. Optimal duration of exclusive breastfeeding (Review), Kramer MS., Kakuma R. The Cochrane Library, 2009, Issue 4. (<https://www.matronascantabria.com/wp-content/uploads/2019/01/7.-optimal-duration-of-exclusive-breastfeeding-kramer-et-al.-2012-cochrane-database-of-systematic-reviews..pdf>).
11. 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 s spletne strani: 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 (Organisation for Economic Co-operation and Development – OECD) 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, navadah ali doktrinah napotitev ter 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 (»funnel plot«). V obliki lijakastega grafikona so prikazane triletno stopnje sprejemov med letoma 2017 in 2019 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 2020 (stopnja na 100.000 prebivalcev). Pokazalo se je, da so v letu 2020 najmanjšo stopnjo bolnišničnih sprejemov za astmo imeli v posavski (7,7/100.000) in najvišjo v gorenjski regiji (32,6/100.000), za KOPB najmanjšo v JV Sloveniji in primorsko-notranjski (46,7 in 46,8/100.000) in najvišjo v pomurski regiji (108,7/100.000), za srčno popuščanje najmanjšo v osrednjeslovenski (142,8/100.000) in najvišjo v pomurski regiji (425,9/100.000) ter za arterijsko hipertenzijo najmanjšo v zasavski (10,2/100.000) in najvišjo v goriški regiji (61,5/100.000). V primerjavi z letom 2019 je opazno zmanjšanje stopnje sprejemov, verjetno zaradi epidemije covid-19.

Preglednica 1: Groba stopnja sprejemov zaradi astme, KOPB, kroničnega srčnega popuščanja in hipertenzije na 100.000 prebivalcev po regijah v letu 2020

REGIJA	GROBA STOPNJA SPREJEMOV NA 100.000 PREBIVALCEV			
	ASTMA	KOPB	SRČNO POPUŠČANJE	ARTERIJSKA HIPERTENZIJA
POMURSKA	29,20	108,75	425,94	47,33
PODRAVSKA	28,09	77,16	207,65	49,42
KOROŠKA	19,80	90,74	295,32	61,04
SAVINJSKA	21,44	55,64	278,21	30,56
ZASAVSKA	12,28	67,56	280,47	10,24
POSAVSKA	7,73	67,98	363,09	47,90
JV SLOVENIJA	8,20	46,72	209,00	18,85
OSREDNJESLOVENSKA	10,08	55,53	142,80	16,51
GORENJSKA	32,60	86,93	261,36	28,60
PRIMORSKO-NOTRANJSKA	11,13	46,76	236,01	26,72
GORIŠKA	12,89	51,55	345,01	61,47
OBALNO-KRAŠKA	27,88	98,56	249,89	26,88
SLOVENIJA	19,18	68,63	239,42	32,52

KK3 – STOPNJA SPREJEMOV ZARADI ASTME

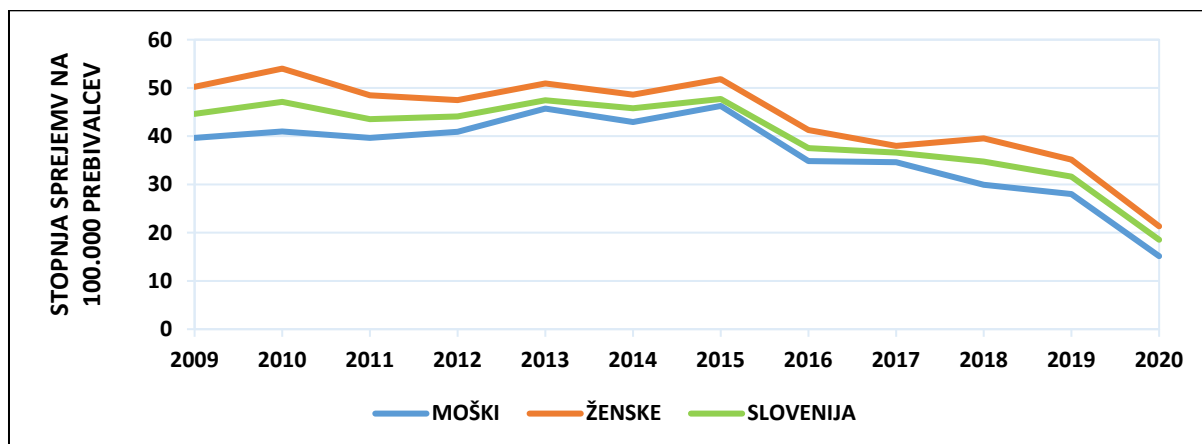
Po zadnjih določilih OECD za zbiranje podatkov za leti 2020 in 2021 je stopnja sprejemov zaradi astme opredeljena kot število vseh nematerinskih (neneonatalnih) bolnišničnih sprejemov z glavno diagnostično kodo astma (J45.0, J45.1, J45.8, J45.9, J46) v določenem letu glede na število vseh prebivalcev.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

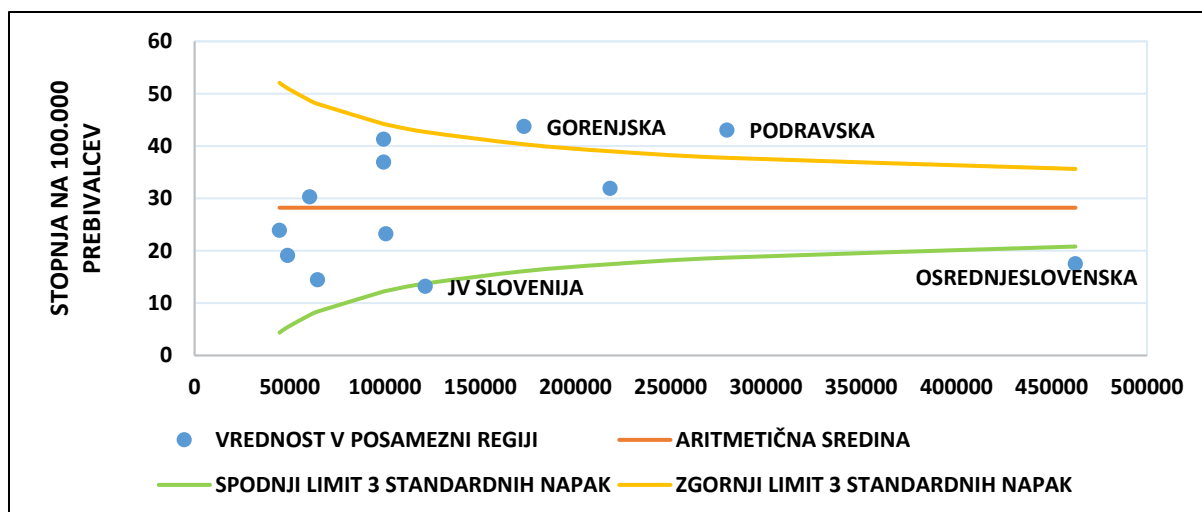
Iz pridobljenih podatkov je razvidno, da se stopnja sprejemov zaradi astme glede na blažje zviševanje v letih od 2009 do 2015 po letu 2016 zmanjšuje, kar kaže na učinkovito primarno zdravstveno raven (**slika 3**). Treba je poudariti, da znaten upad v letu 2020 korelira z zmanjšanim številom sprejemov 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 in JV Sloveniji, kar se je deloma pokazalo že v predhodnih poročilih s to razliko, da se je tokrat podravski regiji pridružila gorenjska in osrednjeslovenski JV Slovenija (**slika 4**). Podrobnejša analiza posameznih regij kaže na nihanja grobe stopnje sprejemov zaradi astme z zmanjševanjem v zadnjih letih ob upoštevanju vpliva pandemije covida-19 (**slika 5**).

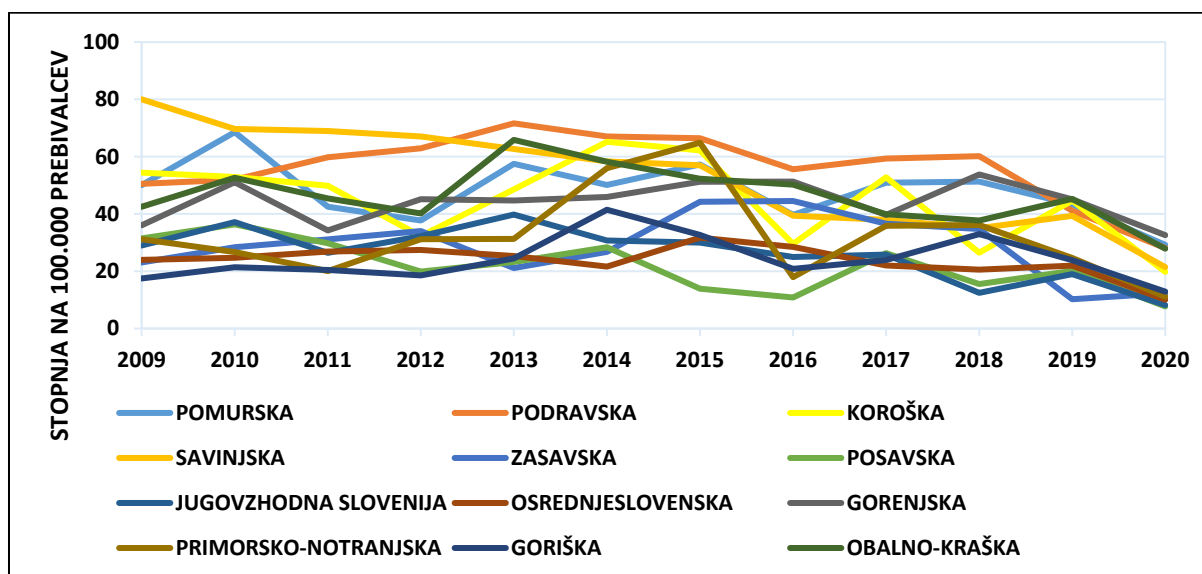
Slika 3. Stopnja sprejemov zaradi astme na 100.000 prebivalcev med letoma 2009 in 2020 v Sloveniji, standardizirana po starosti in spolu



Slika 4: Groba stopnja sprejemov zaradi astme na 100.000 prebivalcev po regijah, povprečna vrednost treh let (2018–2020)



Slika 5: Groba stopnja sprejemov zaradi astme na 100.000 prebivalcev po regijah med letoma 2009 in 2020



KK4 – STOPNJA SPREJEMOV ZARADI KOPB

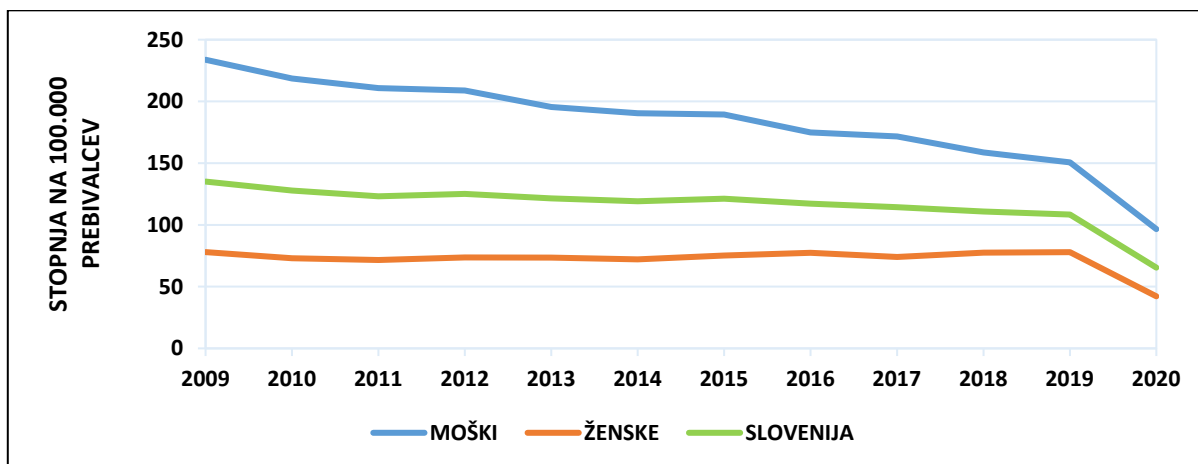
Po zadnjih določilih OECD za zbiranje podatkov za leti 2020 in 2021 se stopnja sprejemov zaradi KOPB določa kot število vseh nematerinskih (neneonatalnih) bolnišničnih sprejemov z glavno diagnostično kodo KOPB (J40 le v primeru dodatne sekundarne diagnoze J41, J43, J44 in J47; J41.0, J41.1, J41.8, J42, 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.

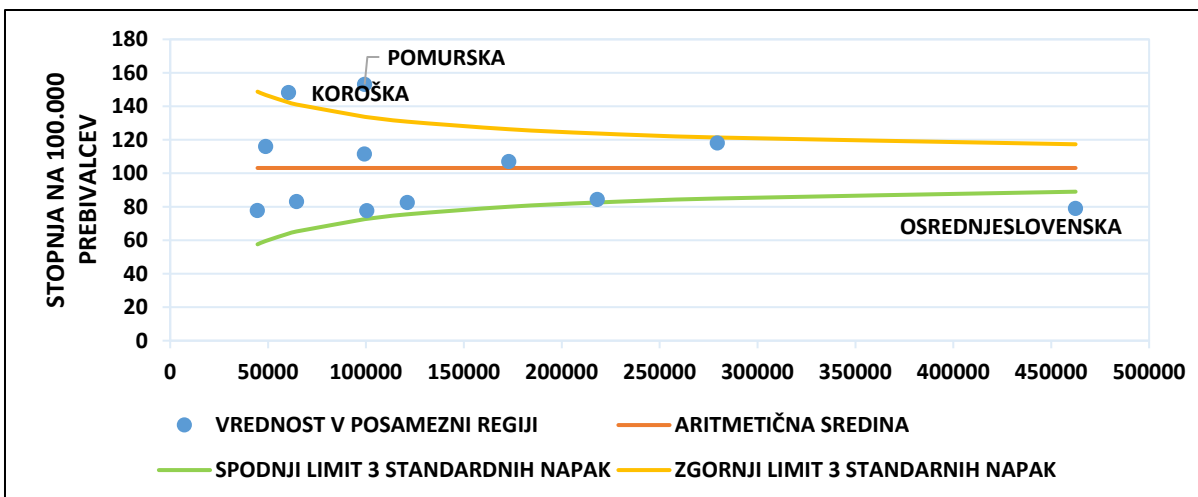
Iz pridobljenih podatkov je razvidno, da se stopnja sprejemov zaradi KOPB od leta 2009 postopoma znižuje, kar lahko kaže na dobro delovanje primarne zdravstvene ravni (**slika 6**). Treba je poudariti, da znaten upad v letu 2020 korelira z zmanjšanim številom sprejemov bolnikov s KOPB zaradi pandemije 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 ponovno najvišjo stopnjo sprejemov zaradi KOPB v pomurski regiji, nekoliko višjo v koroški ter ponovno najnižjo v osrednjeslovenski regiji (**slika 7**). Podrobnejša analiza posameznih regij kaže nihanja grobe stopnje sprejemov zaradi KOPB v zadnjih letih ob upoštevanju vpliva pandemije covida-19 (**slika 8**).

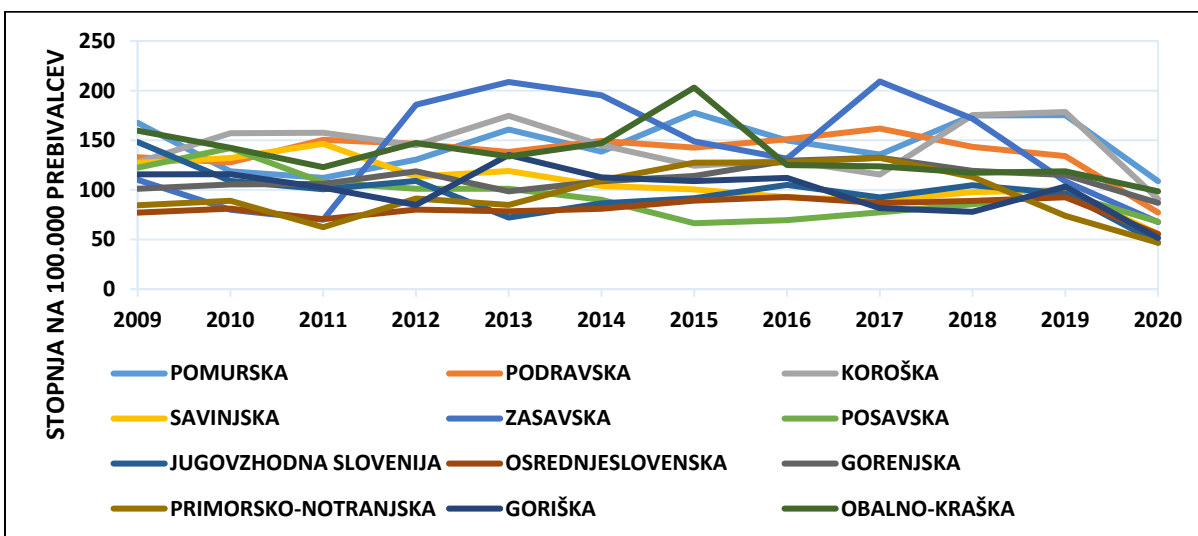
Slika 6: Stopnja sprejemov zaradi KOPB na 100.000 prebivalcev v Sloveniji med letoma 2009 in 2020, standardizirana po starosti in spolu



Slika 7: Groba stopnja sprejemov zaradi KOPB na 100.000 prebivalcev po regijah, povprečna vrednost treh let (2017–2020)



Slika 8: Groba stopnja sprejemov zaradi KOPB na 100.000 prebivalcev po regijah med letoma 2009 in 2020



KK5 – STOPNJA SPREJEMOV ZARADI KRONIČNEGA SRČNEGA POPUŠČANJA

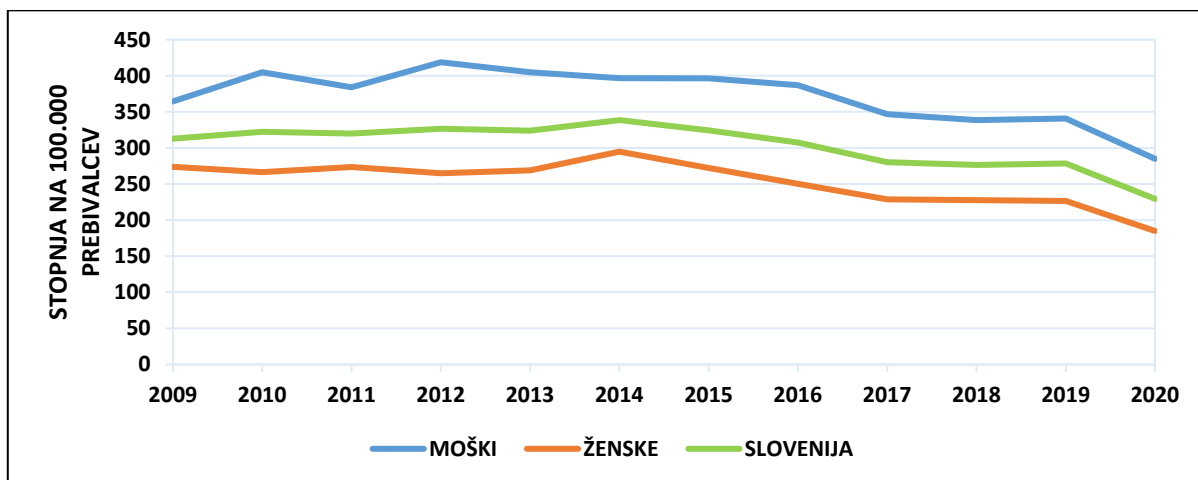
Po zadnjih določilih OECD za zbiranje podatkov za leti 2020 in 2021 se stopnja sprejemov zaradi kroničnega srčnega popuščanja določi kot število vseh nematerinskih (neneonatalnih) bolnišničnih sprejemov z glavno diagnostično kodo kronično srčno popuščanje (I11.0, I13.0, I13.2, I50.0, I50.1, I50.9) v 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.

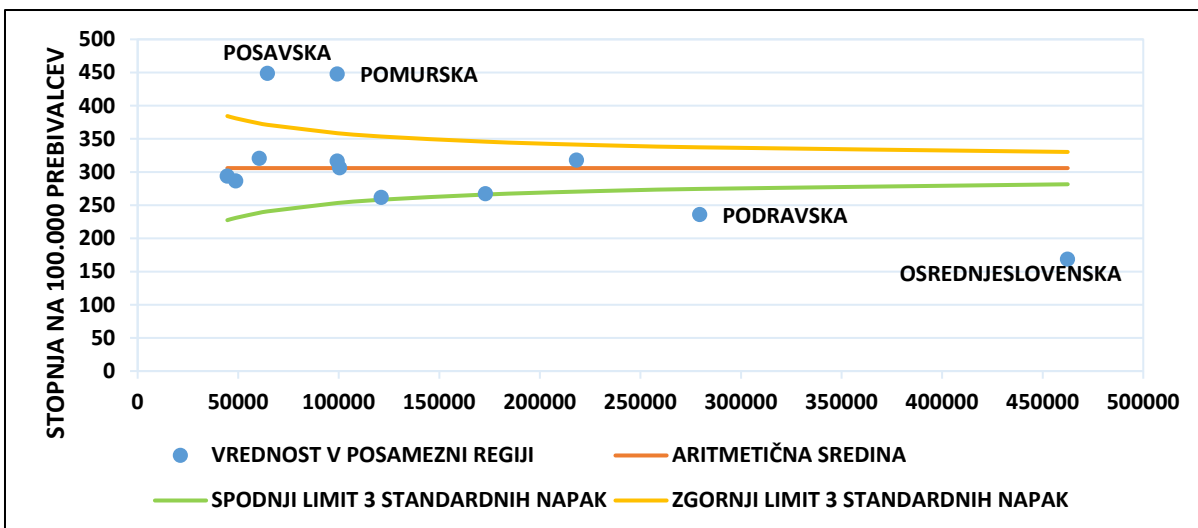
Iz pridobljenih podatkov je razvidno, da se je stopnja sprejemov zaradi kroničnega srčnega popuščanja po postopnem zviševanju v letih od 2009 do 2013 po letu 2014 postopoma zniževala s stagnacijo med letoma 2017 in 2019, kar lahko kaže na učinkovitejše delovanje primarne zdravstvene ravni (**slika 9**). Treba je poudariti, da znaten upad v letu 2020 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 večinoma postalo opazno že v prejšnjem poročilu (**slika 10**). Podrobnejša analiza posameznih regij kaže nihanje grobe stopnje sprejemov v zadnjih letih ob upoštevanju vpliva pandemije covida-19 (**slika 11**).

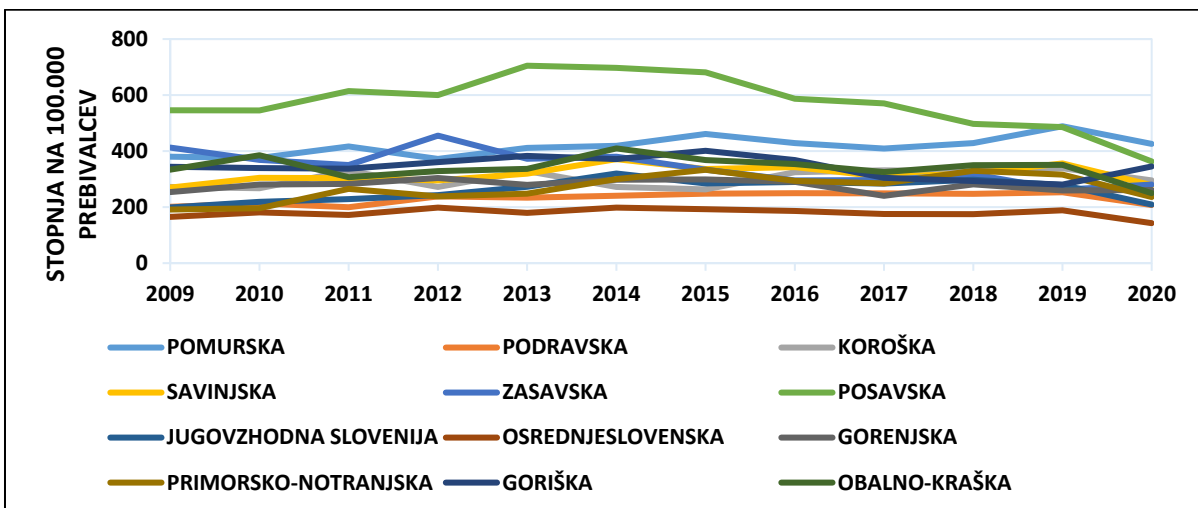
Slika 9: Stopnja sprejemov zaradi srčnega popuščanja na 100.000 prebivalcev med letoma 2009 in 2020 v Sloveniji, standardizirana po starosti in spolu



Slika 10: Groba stopnja sprejemov zaradi srčnega popuščanja na 100.000 prebivalcev po regijah, povprečna vrednost treh let (2018–2020)



Slika 11: Groba stopnja sprejemov zaradi srčnega popuščanja na 100.000 prebivalcev po regijah med letoma 2009 in 2020



KK7 – STOPNJA SPREJEMOV ZARADI HIPERTENZIJE

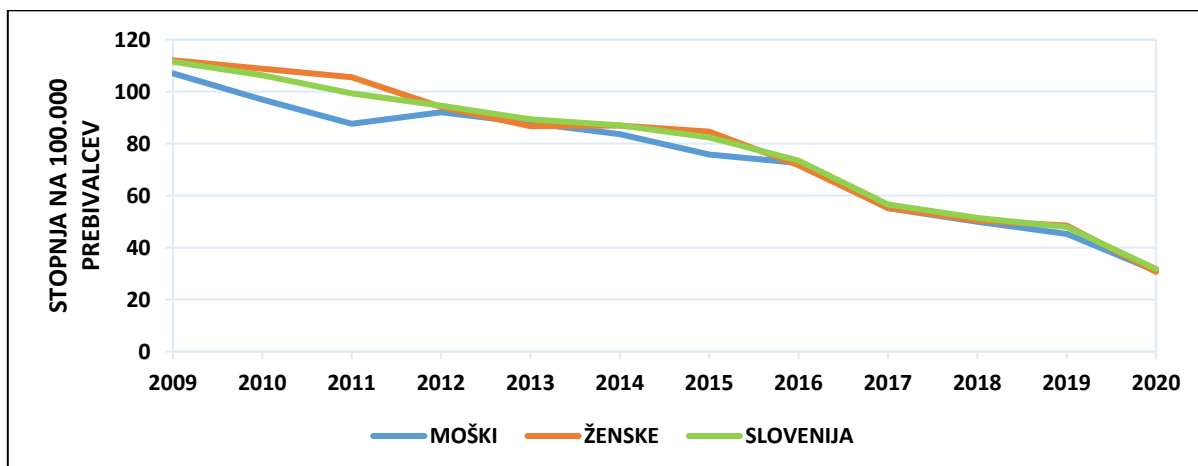
Po zadnjih določilih OECD za zbiranje podatkov za leti 2020 in 2021 se stopnja sprejemov zaradi hipertenzije določa kot število vseh nematerinskih (neneonatalnih) bolnišničnih sprejemov z glavno diagnostično kodo hipertenzija (I10, I11.9, I12.9, I13.9) v specifičnem letu glede na število vseh prebivalcev.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

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

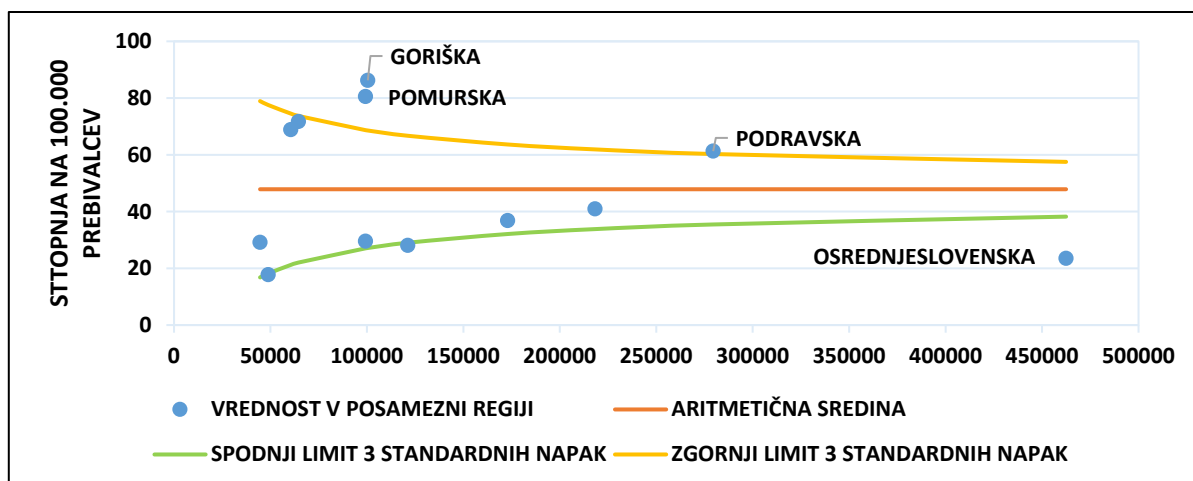
Iz pridobljenih podatkov je razvidno, da se ta stopnja od leta 2009 naprej močno znižuje, kar lahko kaže na učinkovito delovanje primarne zdravstvene ravni (**slika 12**). Treba je poudariti, da znaten upad v letu 2020 korelira z zmanjšanim številom sprejemov bolnikov s hipertenzijo zaradi pandemije covid-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 po posameznih regijah kaže na počasno upadanje sprejemov zaradi hipertenzije v vseh slovenskih regijah ob upoštevanju vpliva pandemije covid-19 v letu 2020 (**slika 14**).

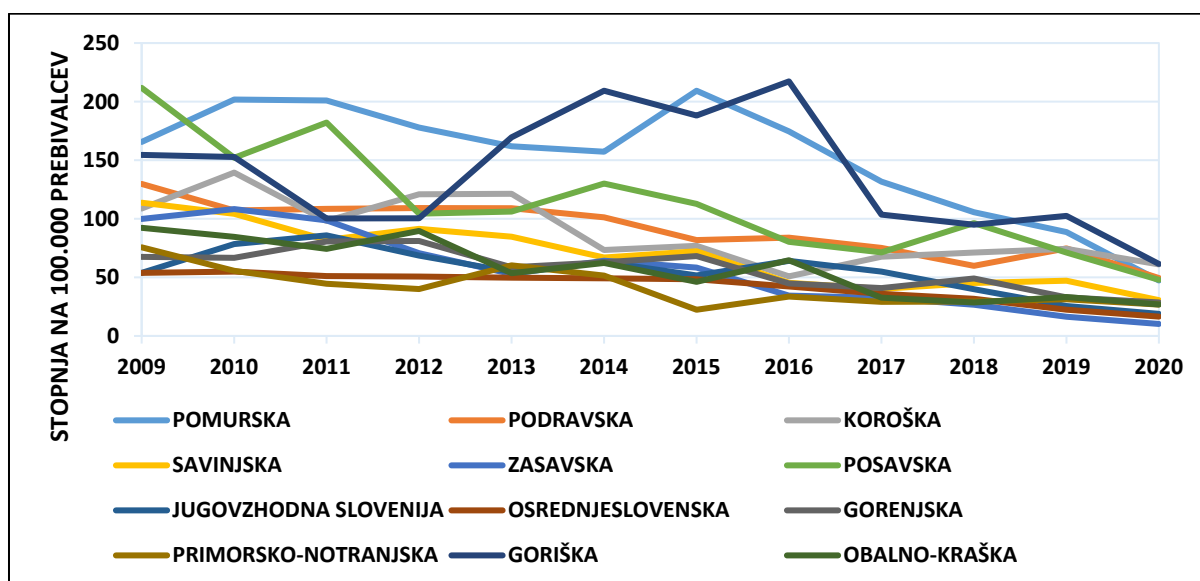
Slika 12: Stopnja sprejemov zaradi hipertenzije na 100.000 prebivalcev med letoma 2009 in 2020 v Sloveniji, standardizirana po starosti in spolu



Slika 13: Groba stopnja sprejemov zaradi hipertenzije na 100.000 prebivalcev po regijah, povprečna vrednost treh let (2018–2020)



Slika 14: Groba stopnja sprejemov zaradi hipertenzije na 100.000 prebivalcev med letoma 2009 in 2020 po posameznih regijah



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

Ob tem so opazne razlike po regijah v stopnji sprejemov zaradi kroničnih bolezni. Najvišje stopnje sprejemov zaradi kroničnih bolezni je v letu 2020 imela pomurska, najmanjšo pa osrednjeslovenska regija. Razlogi za to bi lahko bili manj zmogljiva primarna raven zdravstvenega varstva, težja dostopnost do specialističnih ambulant, večja zasedenost bolnišnic ali drugačna praksa kodiranja pomurske regije v primerjavi z osrednjeslovensko regijo.

NALEZLJIVE BOLEZNI

KK8, 9 in 10 – DELEŽ CEPLJENIH PROTI OŠPICAM, DAVICI, TETANUSU, OSLOVSKEMU KAŠLJU IN HEPATITISU B

Kazalniki prikazujejo deleže cepljenih otrok (precepljenost), obveznih za cepljenje proti ošpicam, davici, tetanusu, oslovskemu kašlju in hepatitisu B (Zakon o nalezljivih boleznih):

- obvezni za cepljenje proti ošpicam so bili v letu 2020 otroci, rojeni v letu 2019, od dopolnjenih 12 mesecev starosti do dopolnjenih 18 mesecev starosti,
- obvezni za cepljenje proti davici, tetanusu in oslovskemu kašlju so bili v letu 2020 otroci, rojeni v letu 2019, od dopolnjenih treh mesecev starosti dalje in rojeni v letu 2020, ko so dopolnili tri mesece starosti,
- obvezni za cepljenje proti hepatitisu B so bili v letu 2020 otroci, ki so v šolskem letu 2019/20 obiskovali 1. razred osnovne šole.

Precepljenost za leta 2016–2019 je bila ocenjena na podlagi agregiranih podatkov, ki so jih sporočili izvajalci cepljenja. Pri izračunu deleža cepljenih obveznikov proti določeni bolezni je v števcu število cepljenih obveznikov, v imenovalcu število vseh obveznikov za cepljenje proti tej bolezni. S primerjavo števila obveznikov za cepljenje, ki so jih poročali izvajalci, in številom živorojenih otrok iz Centralnega registra prebivalstva, rojenih v enakem časovnem obdobju, smo ugotovili, da je bila v oceno precepljenosti zajeta večina obveznikov, kar zagotavlja natančnost ocene. Za leto 2020 je bila narejena ocena precepljenosti predšolskih otrok na naključnem vzorcu približno 1000 obveznikov za cepljenje, ki smo ga pridobili iz Elektronskega registra cepljenih oseb in neželenih učinkov po cepljenju (eRCO) (preglednica 2).

Precepljenost proti navedenim boleznim je že nekaj let zapored na državni ravni relativno visoka, več kot 90-odstotna (razen za hepatitis B), večjih odstopanj ni. Za zdaj še zagotavlja dobro zaščito pred vnosom in širjenjem nekaterih od omenjenih nalezljivih boleznih v našo državo. Za vzpostavitev kolektivne imunosti proti ošpicam je zelo pomembna vsaj 95-odstotna precepljenost. Izbruhi nalezljivih boleznih, ki jih preprečujemo s cepljenjem (v zadnjem času predvsem ošpice), se pojavljajo v Evropi in drugod po svetu. Zelo pomembno je vzdrževanje visoke precepljenosti našega prebivalstva zaradi morebitnega vnosa v državo.

Preglednica 2: Delež cepljenih proti nekaterim nalezljivim boleznim v Sloveniji v letih od 2016 do vključno 2020

BOLEZEN	DELEŽ CEPLJENIH OTROK, OBVEZNIH ZA CEPLJENJE				
	2016	2017	2018	2019	2020
Ošpice, mumps in rdečke	92,3	93,2	93,1	93,6	94,3
Davica, tetanus in oslovski kašelj	94,1	94,2	93,4	94,7	95,2
Hepatitis B	87,8	88,7	87,2	87,5	79,9

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

Kazalnik kaže delež oseb, starih 65 let in več, ki so bili v sezonah 2015/16, 2016/2017, 2017/18, 2018/19 in 2019/20 cepljeni proti gripi.

Precepljenost proti gripi je bila ocenjena na podlagi agregiranih podatkov, ki so jih sporočili izvajalci cepljenja (**preglednica 3**). Pri izračunu deleža cepljenih proti gripi je bilo v števcu poročano število oseb, starih 65 let in več, ki so bili v sezonah 2015/16, 2016/2017, 2017/18, 2018/19 in 2019/20 cepljeni proti gripi, v imenovalcu pa število vseh oseb, starih 65 let in več.

Preglednica 3: Delež cepljenih oseb, starih 65 let in več, proti gripi v sezonah 2015/2016, 2016/2017, 2017/18, 2018/19 in 2019/20

BOLEZEN	DELEŽ CEPLJENIH OSEB, STARIH 65 LET IN VEČ				
	2015/16	2016/17	2017/18	2018/19	2019/20
Gripa	10,4	9,8	11,7	12,9	18,8

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

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

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

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

Incidenčna stopnja ošpic kaže na zelo dobro obvladovanje ošpic v zadnjih letih (**preglednica 4**). Ošpice se pojavljajo redko. Pri pojavu 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.

V zadnjih letih je bila opazna višja incidenčna stopnja oslovskega kašlja kljub zelo dobri precepljenosti proti bolezni, kar opažajo tudi v drugih državah z visoko precepljenostjo. Med možnimi vzroki navajajo sorazmerno hiter upad imunosti po cepljenju, spreminjanje povzročitelja in manjšo uspešnost novejšega (acelularnega) cepiva proti oslovskemu kašlju. Zato so številne države uvedle 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. Z rutinskim cepljenjem vseh otrok proti hepatitisu B smo v Sloveniji začeli v letu 1998. Visoka precepljenost zagotavlja dobro zaščito mladim proti hepatitisu B, bolezen se pri njih ne pojavlja.

Preglednica 4: Število prijavljenih primerov in incidenčna stopnja nekaterih nalezljivih bolezni v Sloveniji v letih od 2011 do 2020

LETO	OSLOVSKI KAŠELJ		OŠPICE		AKUTNI HEPATITIS B	
	Št. primerov	Inc. stopnja	Št. primerov	Inc. stopnja	Št. primerov	Inc. stopnja
2011	284	13,8	22	1,1	25	1,2
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	130	6,5	51	2,5	8	0,4
2020	42	2,0	6	0,3	2	0,1

UČINKOVITOST ZDRAVSTVENE OSKRBE

KK21 – RAZJEDE ZARADI PRITISKA

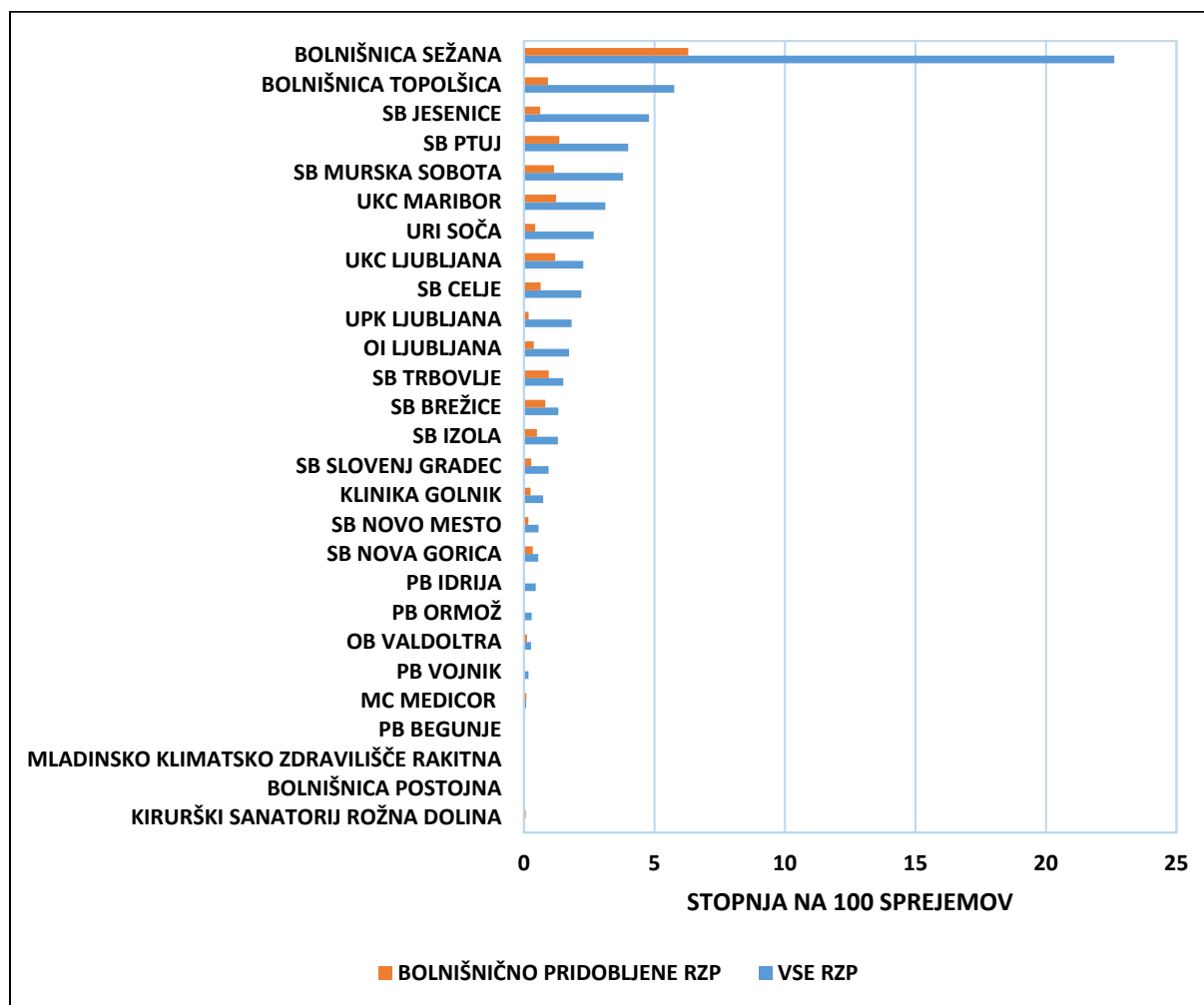
Kazalnik kakovosti razjede zaradi pritiska (RZP) prikazuje stopnjo razjed, nastalih v bolnišnicah. Izračuna se kot število bolnikov, ki so dobili RZP v bolnišnici, na sto sprejetih bolnikov v tekočem letu. Upošteva se ocena razjed glede na štiristopenjsko klasifikacijo po EUPAP (Evropski svetovni odbor za razjedo zaradi pritiska – 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 neznanih mestih, na primer predel za ušesi, nos, nosnica, lice, uho, čelo, penis, koren nosu, vhod v uretro in spodnja ustnica.

Podobno kot v zadnjih letih se je tudi v letu 2020 pokazalo, da ima Bolnišnica Sežana daleč najvišjo stopnjo bolnišnično pridobljenih in vseh RZP (slika 15).

Slika 15: Stopnja RZP na 100 sprejemov po bolnišnicah v Sloveniji v letu 2020

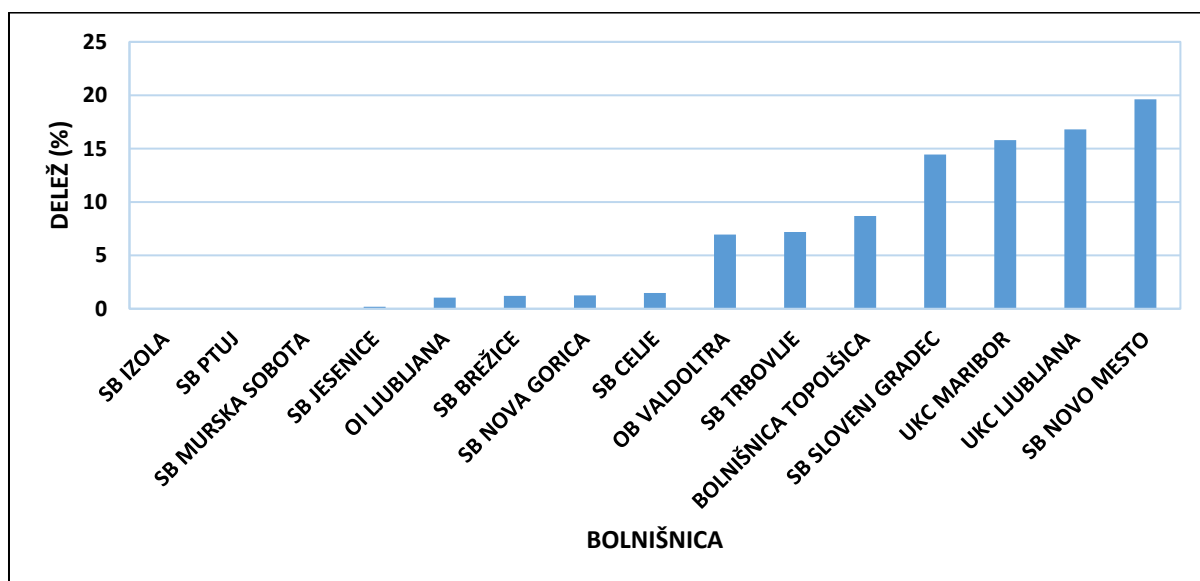


KK22 – ČAKALNA DOBA ZA CT

Kazalnik kakovosti čakalna doba za računalniško tomografijo (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 imeli primera, ko bi bilo na CT-preiskavo treba čakati več kot 24 ur od naročila. Tudi leta 2020 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**). Podobno velja tudi za bolnišnice, ki so že v preteklosti imele največji delež čakajočih (oba UKC, SB Novo mesto, SB Slovenj Gradec), vendar je pri SB Novo mesto in UKC Maribor opažen padec deleža čakajočih.

Slika 16: Delež naročil CT-preiskav pri hospitaliziranih bolnikih, pri katerih je bila preiskava opravljena več kot 24 ur po naročilu, po nekaterih izvajalcih bolnišničnih storitev v Sloveniji v letu 2020



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 stodontne izkoriščenosti.

Za leto 2020 so podatke za oceno učinkovitosti dela pri ambulantnih (dnevni) in bolnišničnih operacijskih posegih poslali le SB Celje, SB Izola, SB Jesenice, SB Murska Sobota, SB Nova Gorica, SB Novo mesto, SB Ptuj, SB Slovenj Gradec, SB Trbovlje in Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo (BGP) Kranj. Druge bolnišnice so poslale le delne podatke, nekatere podatkov celo niso poslale (Arbor Mea, Bolnišnica Postojna, UKC Ljubljana). Delni podatki so posledica nespremljanja, delnega spremljanja ali neizvajanja dnevnih operacijskih posegov. Realne ocene o učinkovitosti dela v operacijskem bloku ni mogoče podati, prav tako ne primerljivosti med bolnišnicami. Kljub temu je mogoče opaziti, da so med izvajalci velike razlike.

V letu 2020 so Medicinski center (MC) Medicor, Kirurški sanatorij Rožna dolina, SB Izola, SB Brežice in SB Ptuj imeli več kot 70-odstotno izkoriščenost operacijskih dvoran (**slika 17**). Po drugi strani je imelo več bolnišnic manj kot 60-odstotno izkoriščenost.

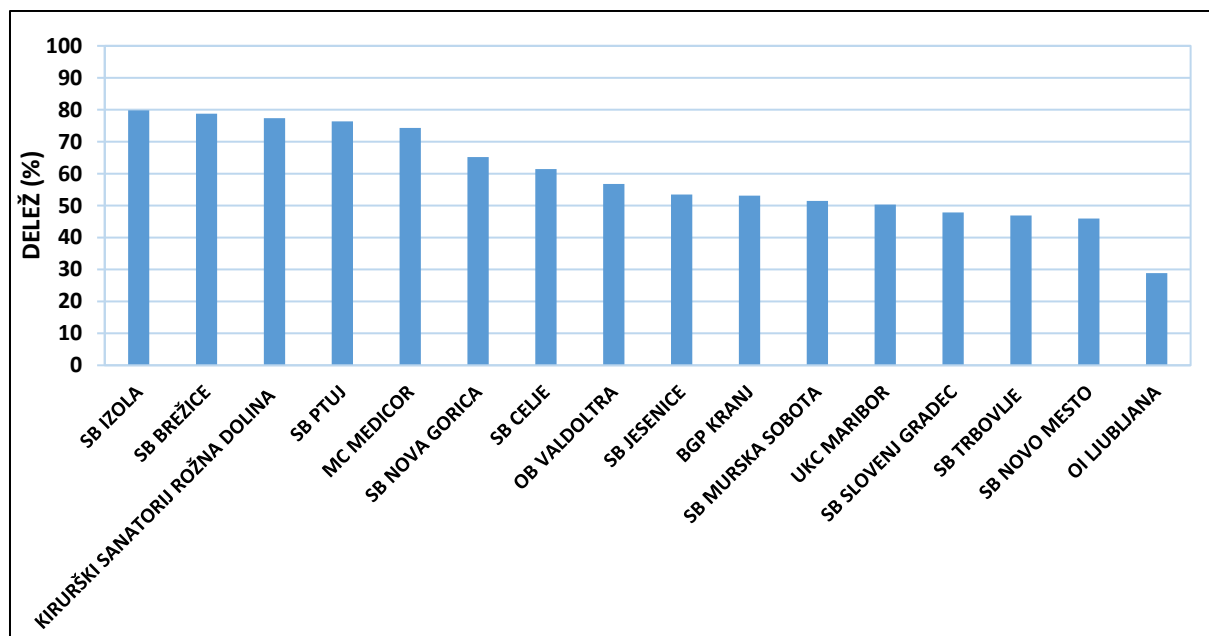
Podatkov o izkoriščenosti prostorov pri ambulantnih (dnevni) operacijskih posegih je še vedno premalo za natančnejšo analizo. Večina bolnišnic naj ne bi opravljala ambulantnih (dnevni) operacijskih posegov (Kirurški sanatorij Rožna dolina, MC Medicor, Ortopedska bolnišnica (OB) Valdoltra, SB Brežice, UKC Maribor). Ne glede na to je opazno, da je izkoriščenost operacijskih dvoran za dnevne operacijske posege še nekoliko manjša 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 2020 v nekaterih bolnišnicah. Vrednosti so bile od nič odstotkov v Kirurškem sanatoriju Rožna dolina in SB Murska Sobota do 18,2 odstotka odpovedanih operacij v UKC Maribor. Znova se je pokazalo, da so bile najnižje vrednosti dosežene v bolnišnicah, ki nimajo urgentnih oddelkov.

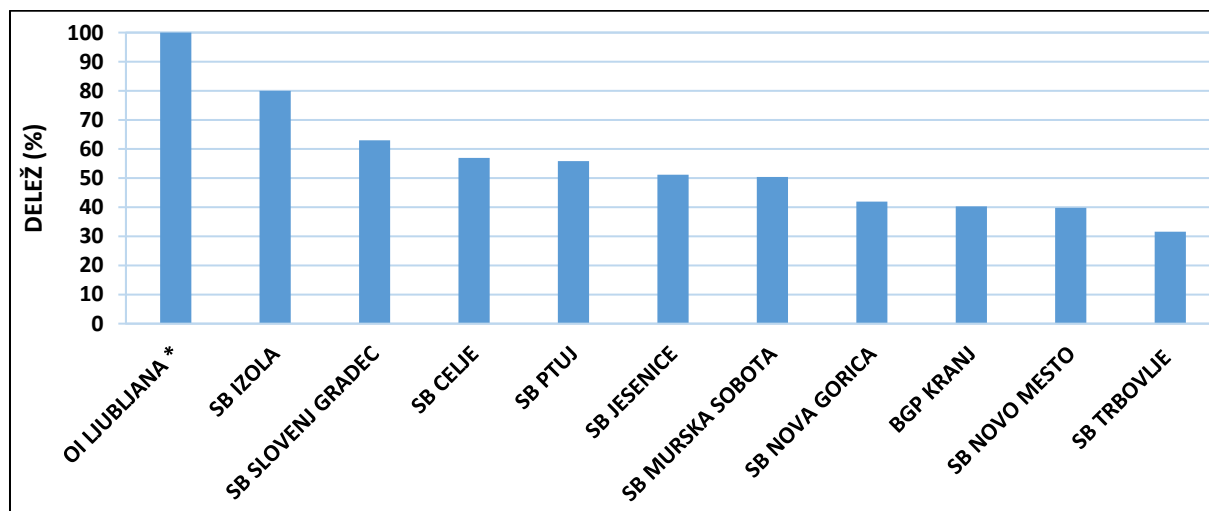
Podatkov o odstotku odpovedanih ambulantnih (dnevni) operacijskih posegov je premalo za natančnejšo analizo. Kljub temu je opazna precejšnja razlika med bolnišnicami, ki so poslale podatke,

od nič odstotkov v SB Izola, SB Murska Sobota in SB Trbovlje do 19,1 odstotka v SB Novo mesto (slika 20).

Slika 17: Delež izkoriščenosti operacijskih dvoran za bolnišnične posege po nekaterih slovenskih bolnišnicah v letu 2020

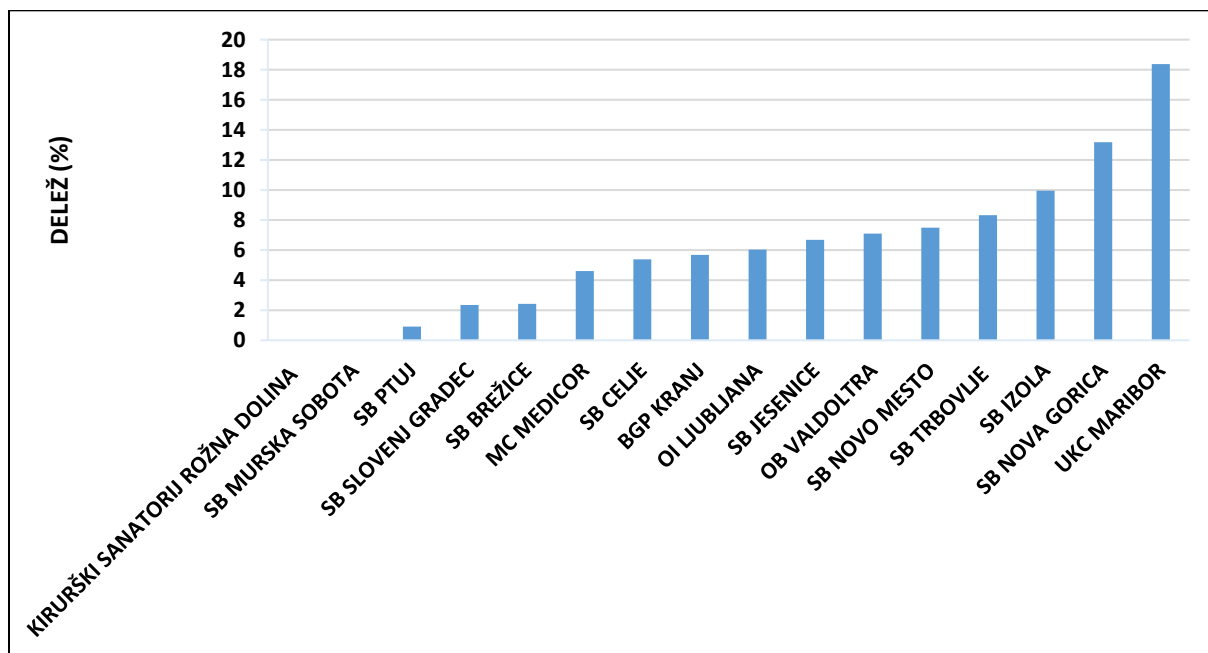


Slika 18: Delež izkoriščenosti operacijskih dvoran za ambulantne (dnevne) posege po nekaterih slovenskih bolnišnicah v letu 2020

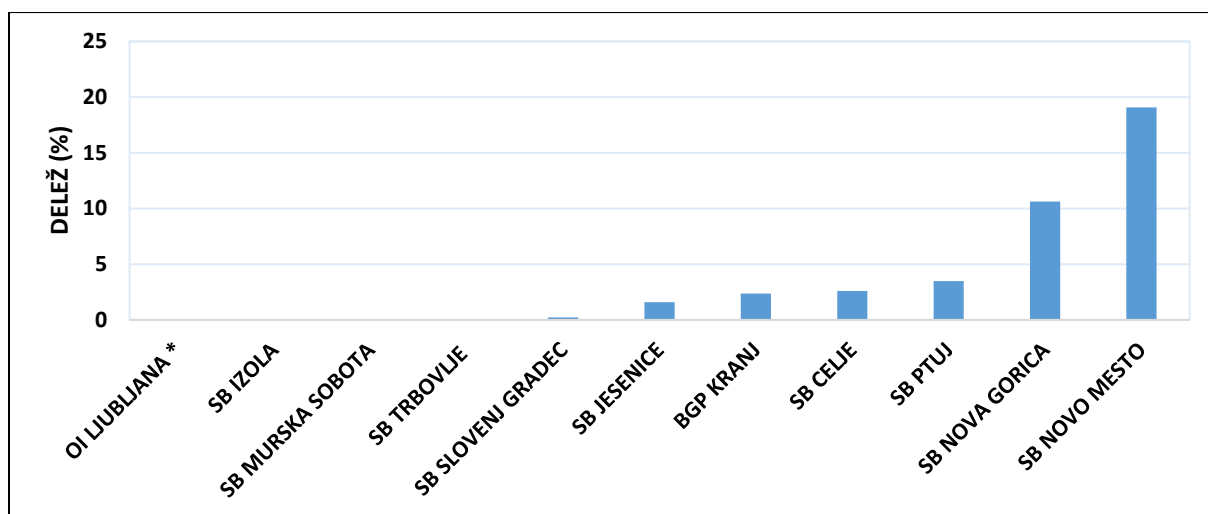


*OI Ljubljana je poslal podatke samo za dve trimesečji.

Slika 19: Delež odpovedanih bolnišničnih operacij med vsemi načrtovanimi po nekaterih slovenskih bolnišnicah v letu 2020



Slika 20: Delež odpovedanih ambulantnih (dnevni) operacij med vsemi načrtovanimi po nekaterih slovenskih bolnišnicah v letu 2020



*OI Ljubljana je poslal podatke samo za dve trimesečji.

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, razpoložljivosti prostora v domovih starejših občanov ali pričakovanju 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.

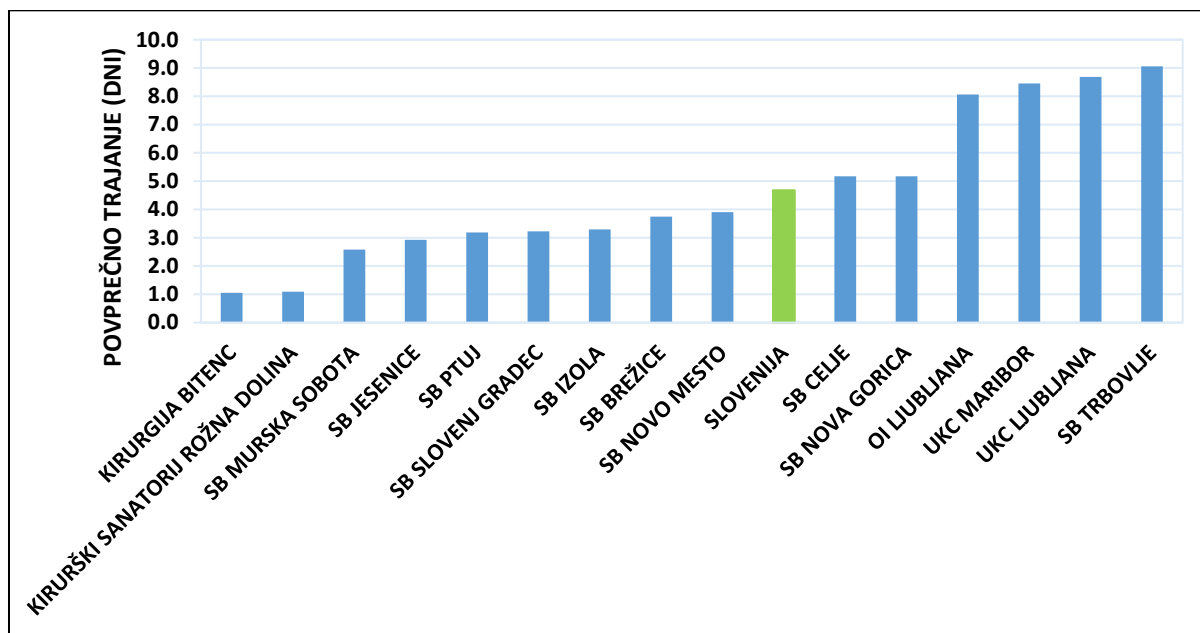
Holecistektomija

V analizi niso bili upoštevani izvajalci z manj kot 15 hospitalizacijami v letu 2020. Znova so se pokazale razlike med bolnišnicami v povprečnem trajanju akutnega bolnišničnega bivanja zaradi holecistektomije.

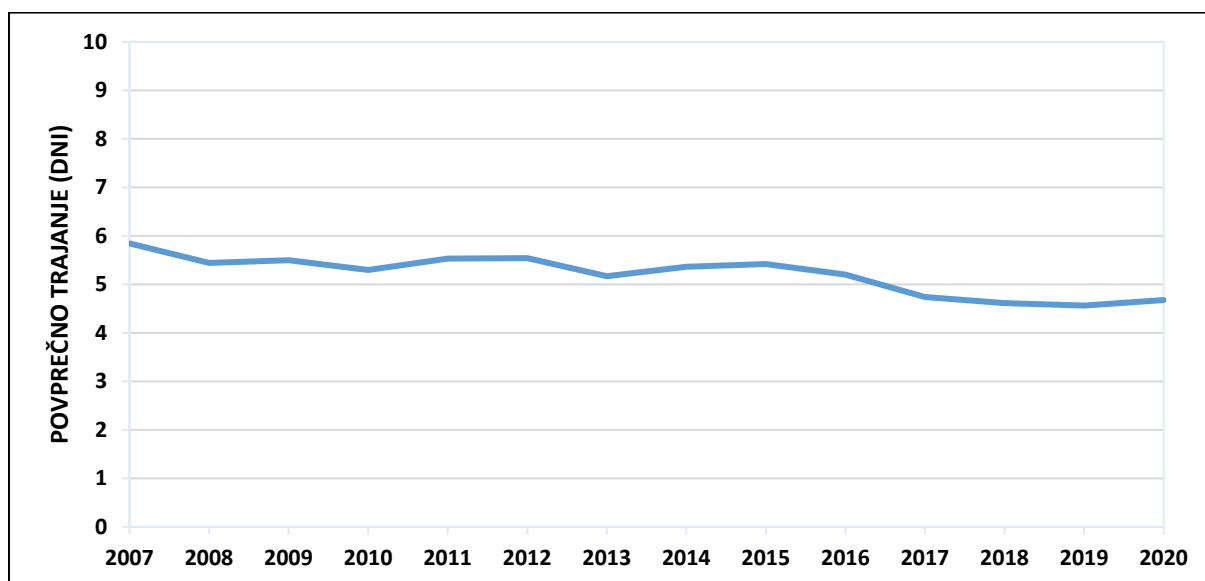
V letu 2020 je bila najdaljša ležalna doba zaradi holecistektomije v SB Trbovlje (9,1 dneva), najkrajša v Kirurgiji Bitenc (1,05 dneva). Povprečno je akutna bolnišnična obravnava v letu 2020 trajala 4,7 dneva (**slika 21**).

Ponovno se je pokazalo krajšanje povprečnega trajanja bolnišničnega bivanja med letoma 2007 in 2020 (**slika 22**).

Slika 21: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja zaradi holecistektomije po posameznih bolnišnicah v Sloveniji v letu 2020



Slika 22: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja zaradi holecistektomije v Sloveniji med letoma 2007 in 2020



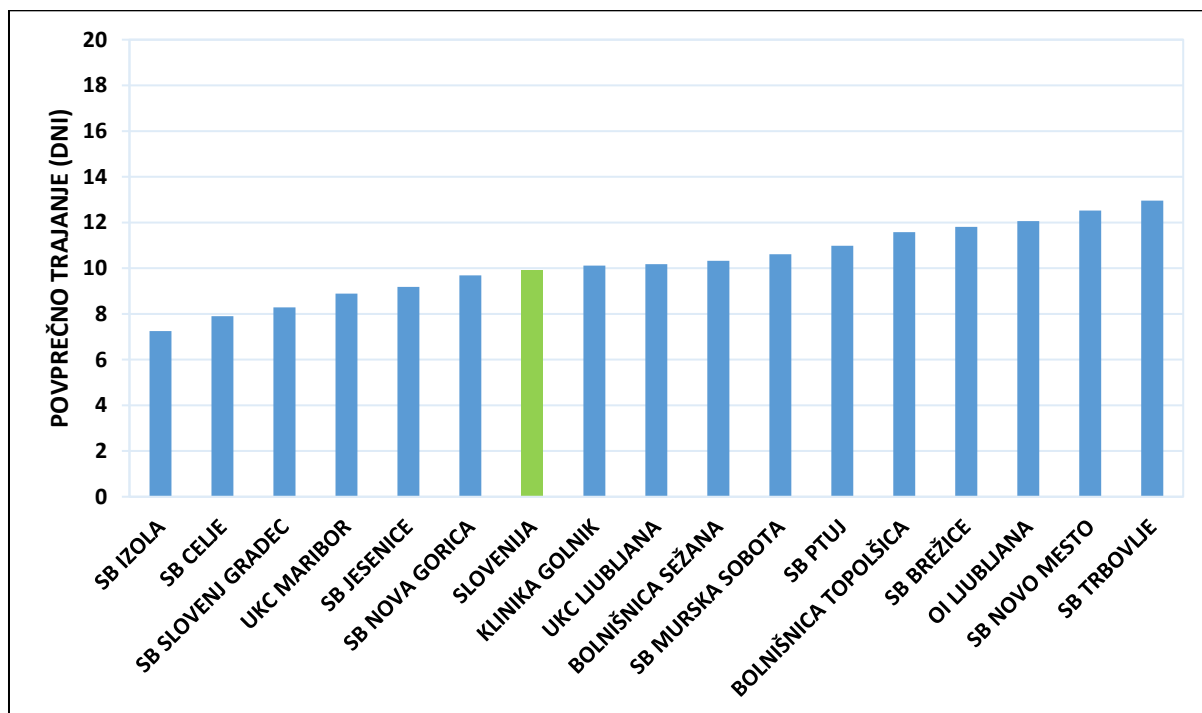
Pljučnica domačega okolja

V analizi niso bili upoštevani izvajalci z manj kot desetimi hospitalizacijami zaradi pljučnic v domačem okolju v letu 2020.

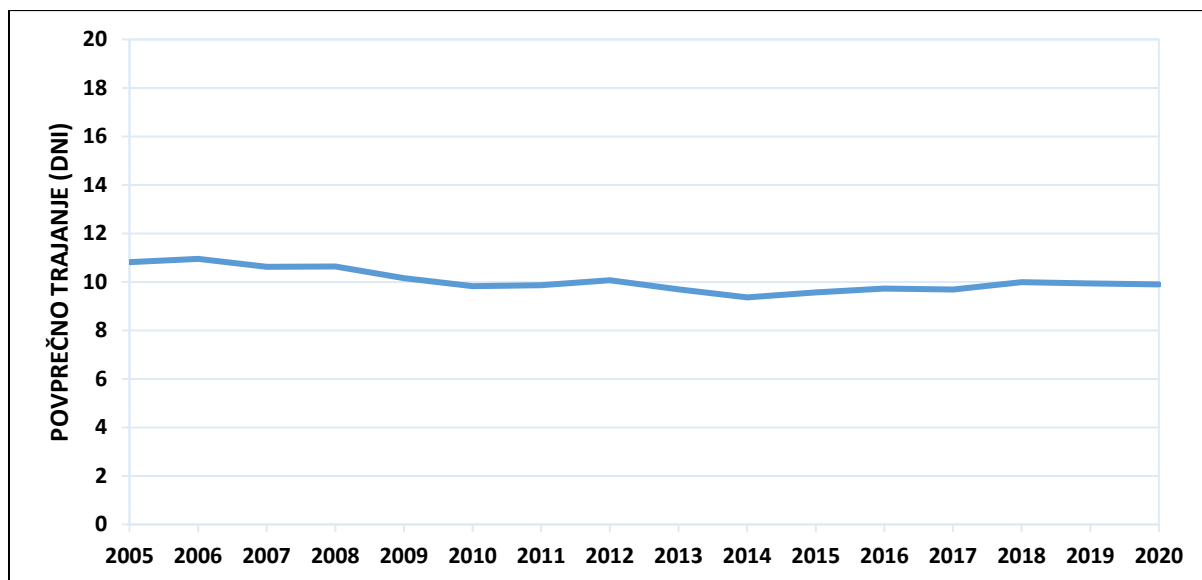
Najdaljše povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja je imela SB Trbovlje (13,0 dneva), najkrajše SB Izola (7,2 dneva). Povprečno je akutna bolnišnična obravnava v letu 2020 trajala 9,9 dneva (**slika 23**).

Opazno je skrajševanje povprečnega trajanja akutnega bolnišničnega bivanja med letoma 2005 in 2020 (**slika 24**).

Slika 23: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja zaradi glavne diagnoze pljučnica domačega okolja po nekaterih bolnišnicah v Sloveniji v letu 2020



Slika 24: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja zaradi glavne diagnoze pljučnica domačega okolja v Sloveniji med letoma 2005 in 2020

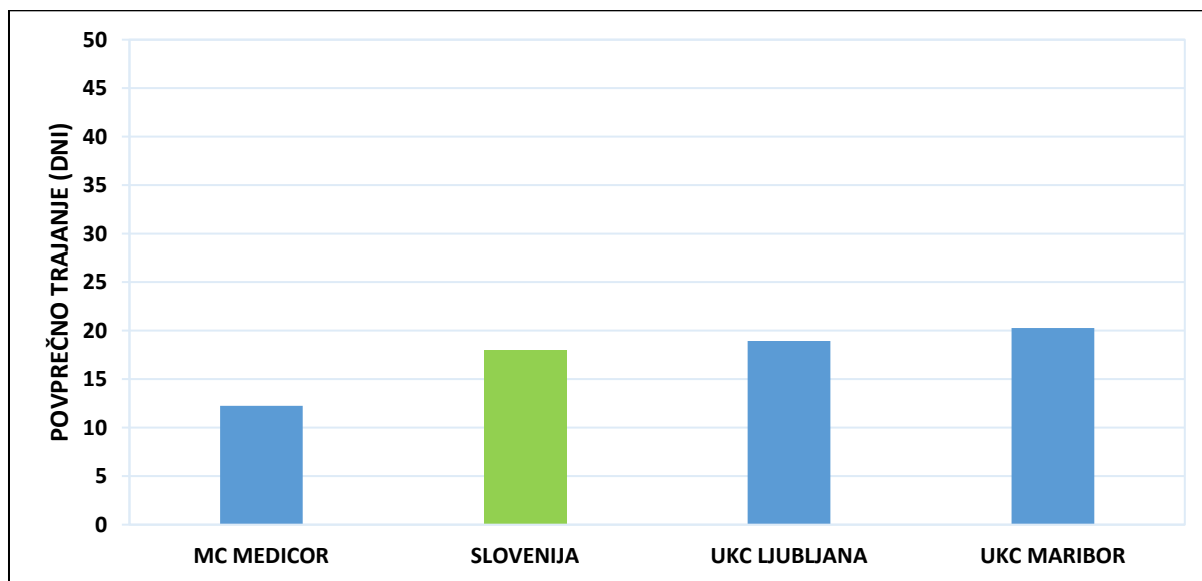


Koronarna premostitvena operacija

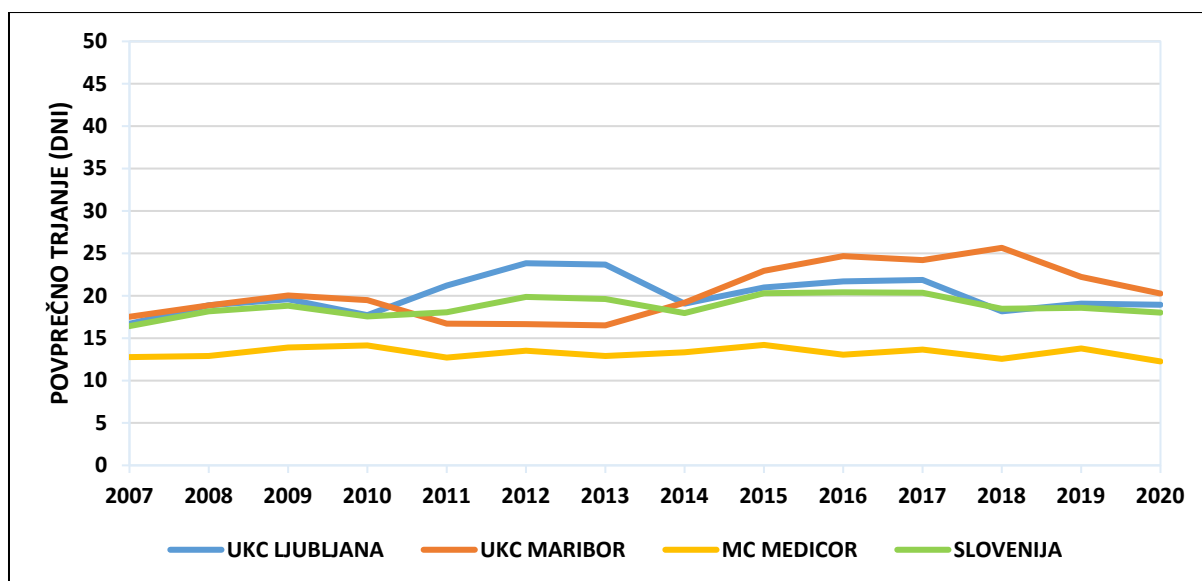
Koronarne premostitvene operacije v Sloveniji izvajajo trije centri, in sicer oba UKC ter MC Medicor. Med seboj se razlikujejo po povprečnem trajanju bolnišničnega bivanja in letnem številu primerov (**slika 25**). Razlika pri povprečnem trajanju bivanja lahko izhaja iz tega, da oba UKC izvajata nujne in elektivne premostitvene operacije, medtem ko ima MC Medicor le elektivne, zato je povprečno trajanje bolnišničnega bivanja v MC Medicor pričakovano krajše (v letu 12,3 dneva, UKC Ljubljana 18,9 dneva in UKC Maribor 20,3 dneva). Povprečno je akutna bolnišnična obravnava v letu 2020 trajala 18,0 dneva.

Medtem ko se je med letoma 2007 in 2018 povprečno trajanje bivanja v UKC Maribor in UKC Ljubljana 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 izmed treh centrov.

Slika 25: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja ob izvedbi koronarne premostitvene operacije po izvajalcih zdravstvene storitve v Sloveniji v letu 2020



Slika 26: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja ob izvedbi koronarne premostitvene operacije po izvajalcih zdravstvene storitve v Sloveniji med letoma 2007 in 2020



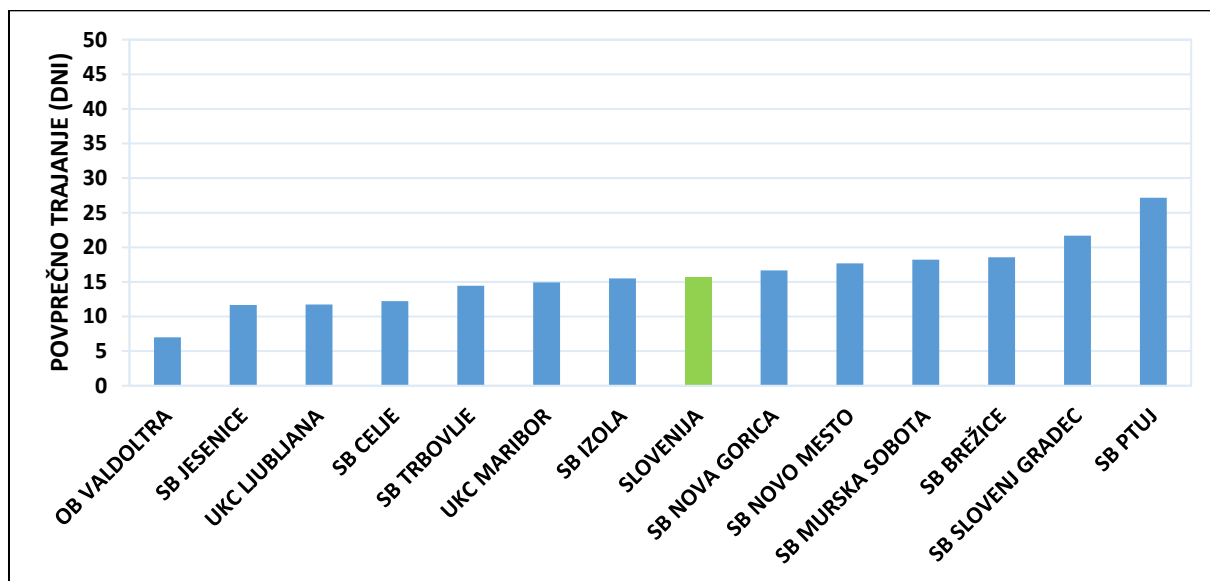
Zlom kolka

V analizi niso bili upoštevani izvajalci, ki so imeli v letu 2020 manj kot deset primerov zloma kolka.

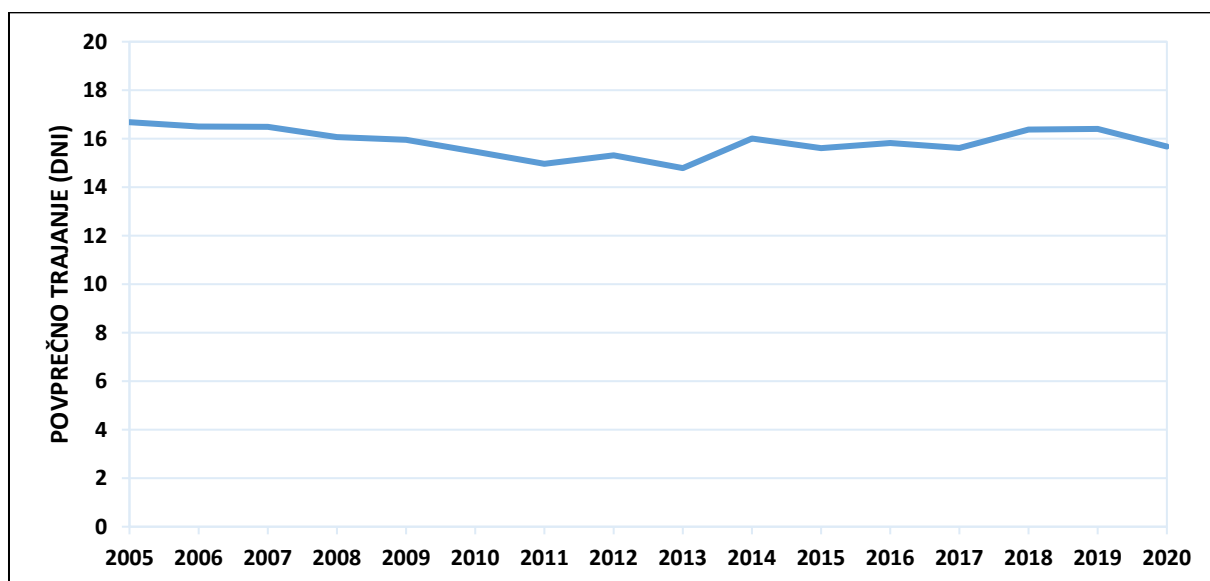
SB Ptuj ima glede na primerjavo s podatki iz prejšnjih poročil še vedno najdaljše povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja zaradi zloma kolka (27,2 dneva) (**slika 27**). Najkrajše povprečno trajanje so imeli v OB Valdoltra (7,0 dneva). Povprečno je akutna bolnišnična obravnava v letu 2020 trajala 15,7 dneva.

Povprečno akutno bolnišnično bivanje zaradi zloma kolka v Sloveniji med letoma 2005 in 2020 se ni bistveno spremenilo (**slika 28**).

Slika 27: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja ob glavni diagnozi zlom kolka po posameznih bolnišnicah v letu 2020



Slika 28: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja ob glavni diagnozi zlom kolka v Sloveniji med letoma 2005 in 2020



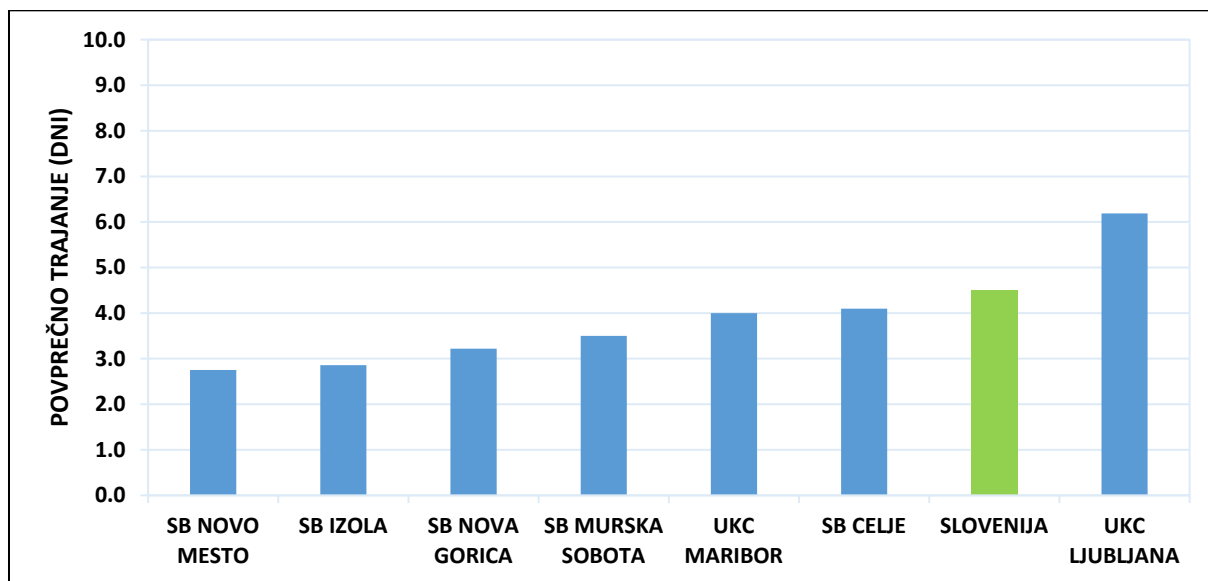
Tonzilektomija in adenoidektomija

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

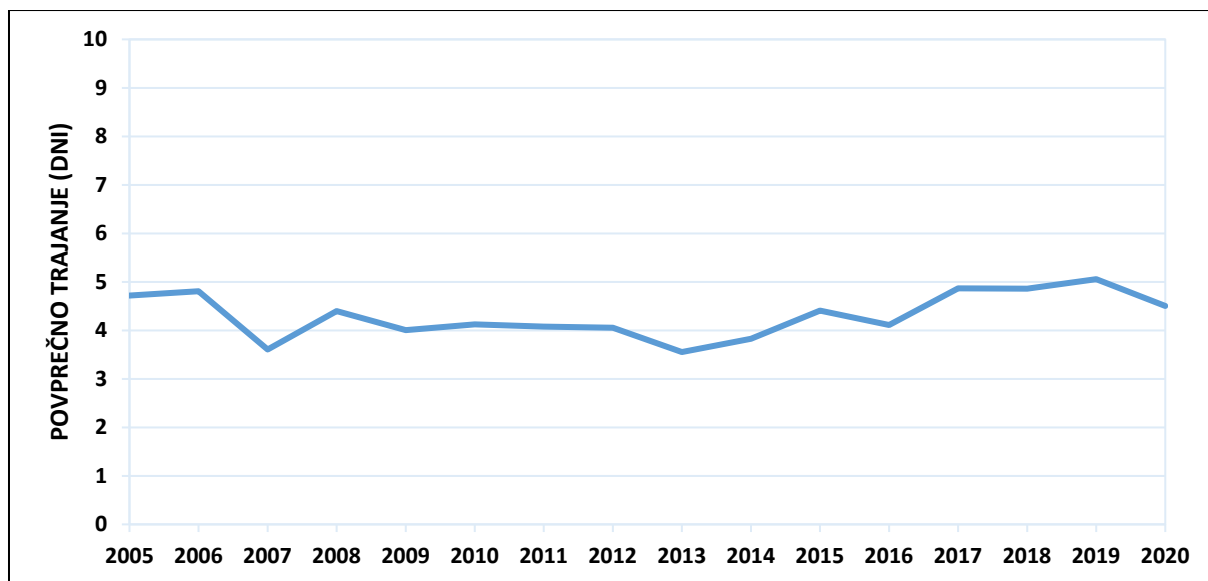
Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja zaradi tonzilektomije ali adenoidektomije se med izvajalci teh storitev precej razlikuje. V letu 2020 je bilo najdaljše v UKC Ljubljana (6,2 dneva), najkrajše v SB Novo mesto (2,8 dneva) (**slika 29**). Povprečno trajanje akutne bolnišnične obravnave je bilo v letu 2020 4,5 dneva.

Med letoma 2005 in 2020 ni opaziti večjih sprememb pri povprečnem trajanju akutnega bolnišničnega bivanja (**slika 30**).

Slika 29: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja zaradi tonzilektomije ali adenoidektomije po nekaterih bolnišnicah v letu 2020



Slika 30: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja zaradi tonzilektomije ali adenoidektomije v Sloveniji med letoma 2005 in 2020



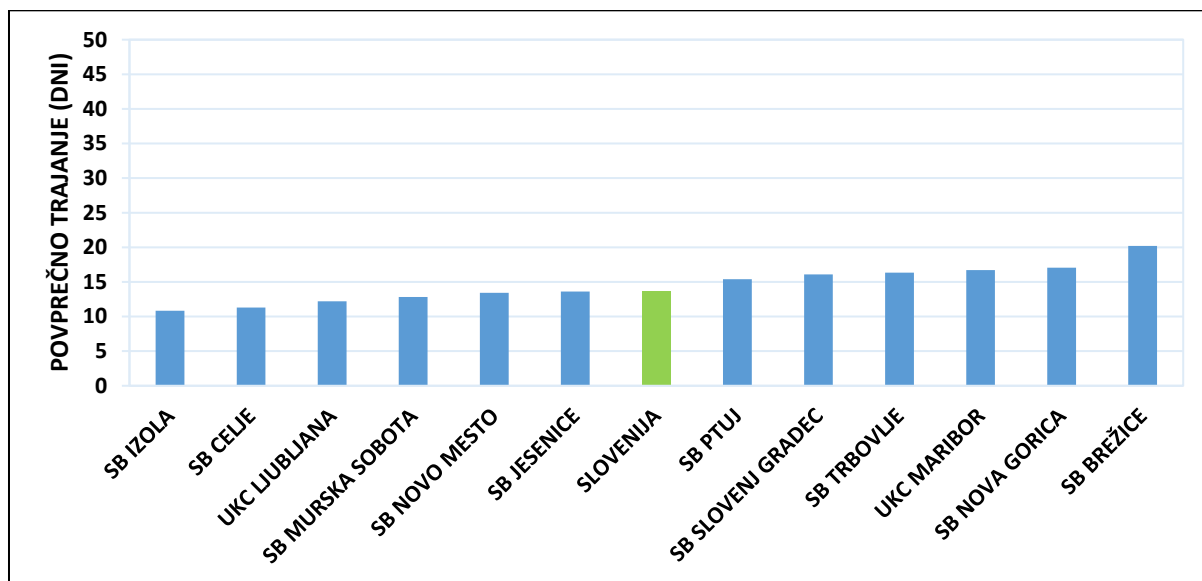
Možganska kap

Bolniki po onesposablajoči akutni možganski kapi potrebujejo takojšnjo rehabilitacijo. Začetna rehabilitacija se lahko začne izvajati v sprejemni bolnišnici, nadaljevalna v specializiranih ustanovah. Pri velikem letnem številu sprejemov bolnikov po akutni možganski kapi in zaradi tega ob potrebi po stalno razpoložljivih posteljah mora biti vzpostavljen primeren sistem obravnave takih bolnikov. V tej analizi niso bile obravnavane bolnišnice, ki so imele manj kot deset primerov možganske kapi v letu 2020.

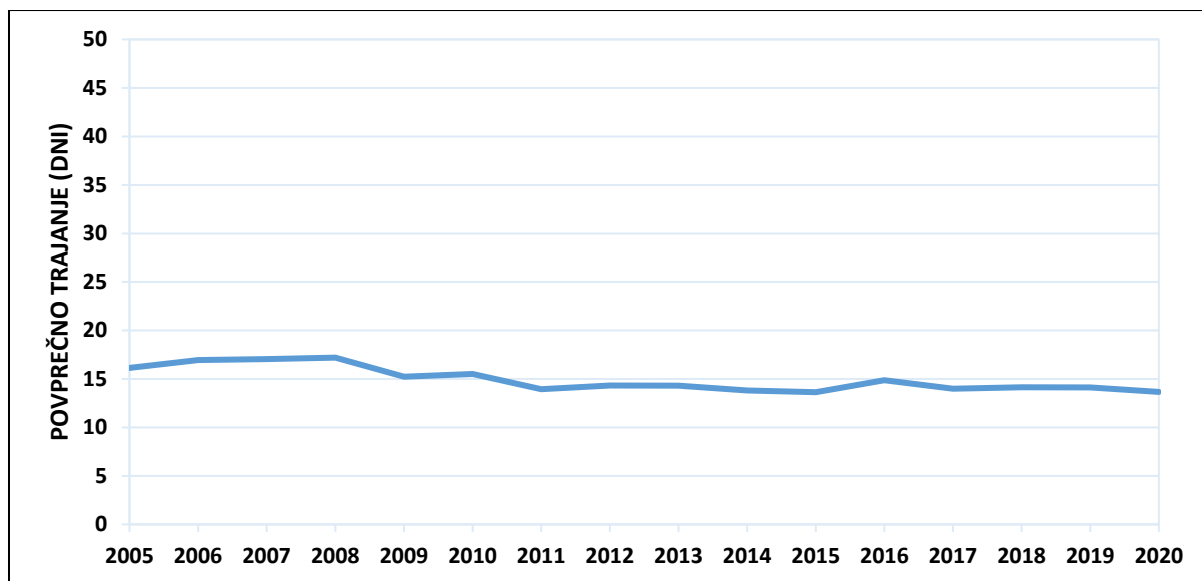
Najdaljše trajanje akutnega bolnišničnega bivanja je bilo v SB Brežice (20,2 dneva), najkrajše v SB Izola (10,8 dneva) (**slika 31**). Razlike v povprečni ležalni dobi so v primerjavi s prejšnjimi leti še vedno izrazite. Ob tem je treba upoštevati letna nihanja podatkov. Povprečno trajanje akutne bolnišnične obravnave je bilo v letu 2020 13,7 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 ponovno skrajšuje po letu 2018 (**slika 32**).

Slika 31: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja ob glavni diagnozi akutna možganska kap po posameznih bolnišnicah v letu 2020



Slika 32: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja ob glavni diagnozi akutna možganska kap v Sloveniji med letoma 2005 in 2020



KK25 – STOPNJA SPREJEMOV ZARADI SLADKORNE BOLEZNI

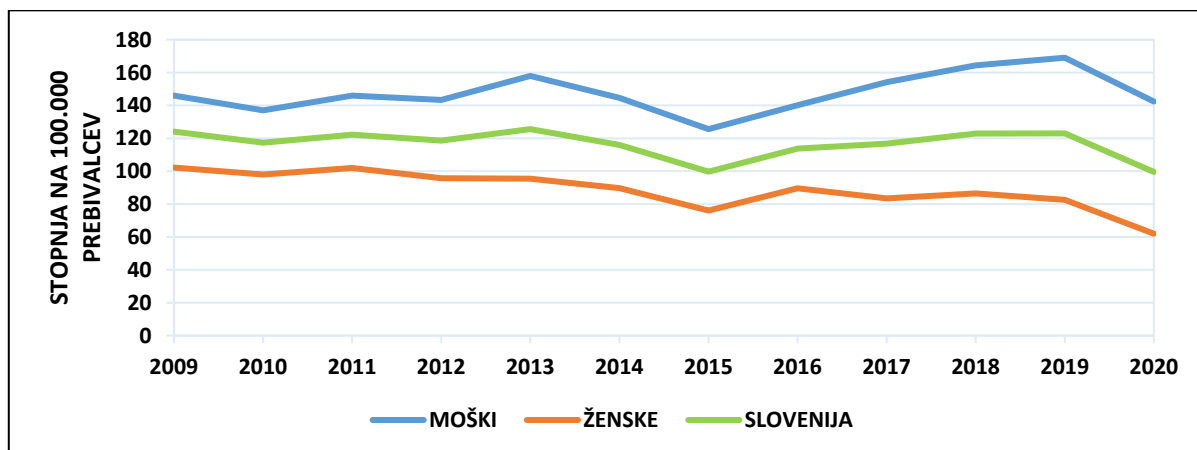
Po zadnjih določilih OECD za zbiranje podatkov za leti 2020 in 2021 se stopnja sprejemov zaradi sladkorne bolezni določi kot število vseh nematerinskih (neneonatalnih) bolnišničnih sprejemov z glavno diagnostično kodo sladkorna bolezen (E10.0–E10.9, E11.0–E11.9, E13.0–E13.9, E14.0–E14.9) v posameznem 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 kazalnika 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.

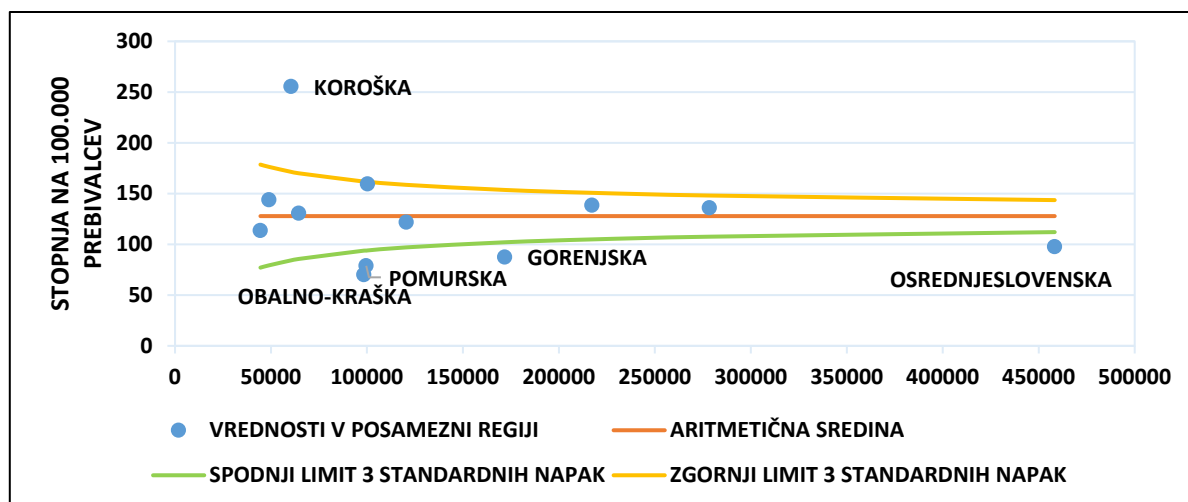
Stopnja sprejemov zaradi sladkorne bolezni je standardizirana po starosti in spolu na 100.000 prebivalcev. Iz pridobljenih podatkov je razvidno, da se je stopnja sprejemov zaradi sladkorne bolezni počasi zmanjševala med letoma 2009 in 2015 ter se postopoma začela povečevati po letu 2015, predvsem pri moških, kar lahko kaže na slabšo uspešnost ambulantnega vodenja bolnikov s sladkorno boleznijo (**slika 33**). Treba je poudariti, da znaten upad v letu 2020 korelira z zmanjšanim številom sprejemov bolnikov s sladkorno boleznijo med pandemijo covid-19, kar nerealno odraža predvideni trend upadanja prejšnjih let.

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 regiji ter manjšo v osrednjeslovenski, gorenjski, pomurski in obalno-kraški regiji (**slika 34**). Podrobnejša analiza posameznih regij kaže nihanja grobe stopnje sprejemov zaradi sladkorne bolezni z zviševanjem v zadnjih letih (**slika 35**).

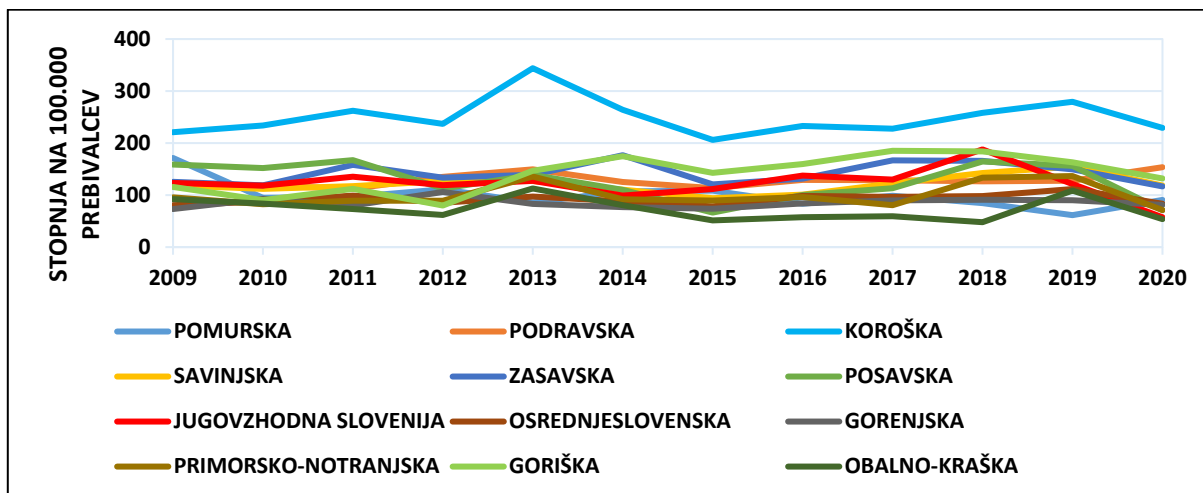
Slika 33: Stopnja bolnišničnih sprejemov zaradi sladkorne bolezni na 100.000 prebivalcev, standardizirana po starosti in spolu, med letoma 2009 in 2020



Slika 34: Groba stopnja sprejemov zaradi sladkorne bolezni na 100.000 prebivalcev po regijah, povprečna vrednost treh let (2017–2020)



Slika 35: Groba stopnja sprejemov zaradi sladkorne bolezni na 100.000 prebivalcev po regijah med letoma 2009 in 2020



KK28 – STOPNJA AMPUTACIJ SPODNJIH OKONČIN ZARADI SLADKORNE BOLEZNI

Kazalnik je opredeljen kot stopnja vseh nematerinskih in neneonatalnih sprejemov bolnikov, starejših od 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.

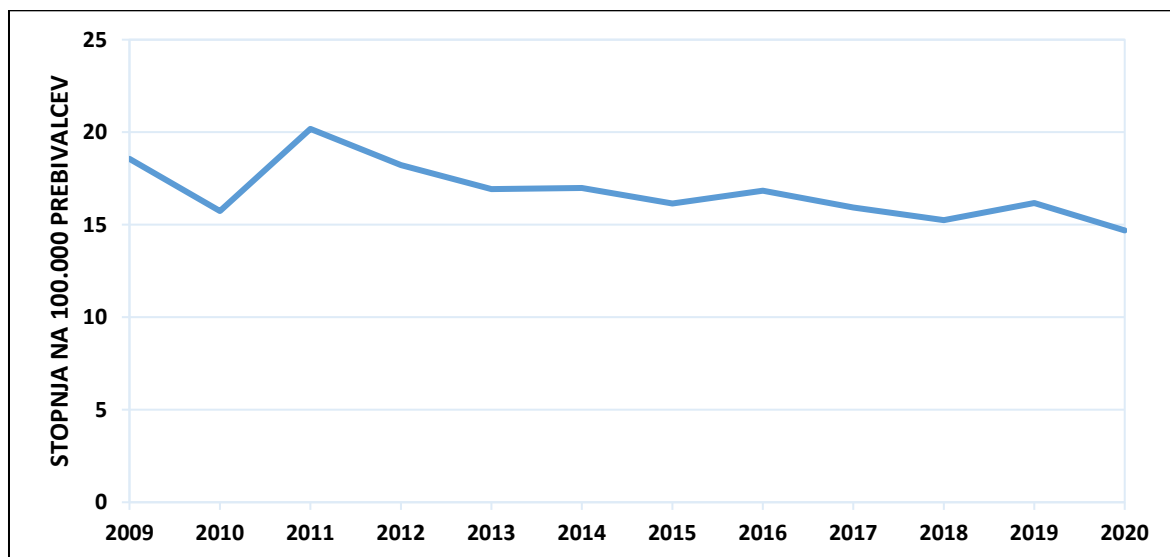
Določila OECD glede imenovalca temeljijo na različnih epidemioloških pristopih držav pri določanju prevalence sladkorne bolezni. Izvzeti so primeri premestitev iz drugih bolnišnic, nosečnost, porod ali poporodno obdobje, kakršna koli poškodba spodnje okončine, tumorsko povezane amputacije in enodnevne 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 2020 ponovno znižala, verjetno tudi zaradi učinka pandemije covida-19 na obravnavo drugih zdravstvenih stanj (**slika 36**).

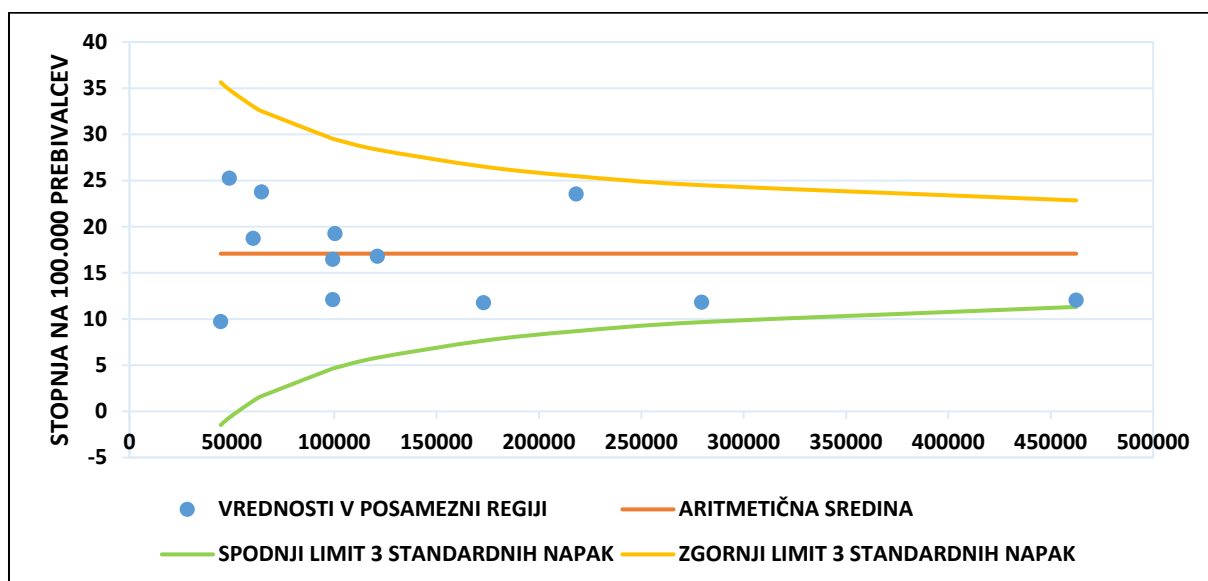
Groba stopnja amputacij spodnjih okončin zaradi sladkorne bolezni s povprečno vrednostjo treh let 2018–2020 ponovno ne kaže bistvenih razlik med posameznimi statističnimi regijami (**slika 37**).

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

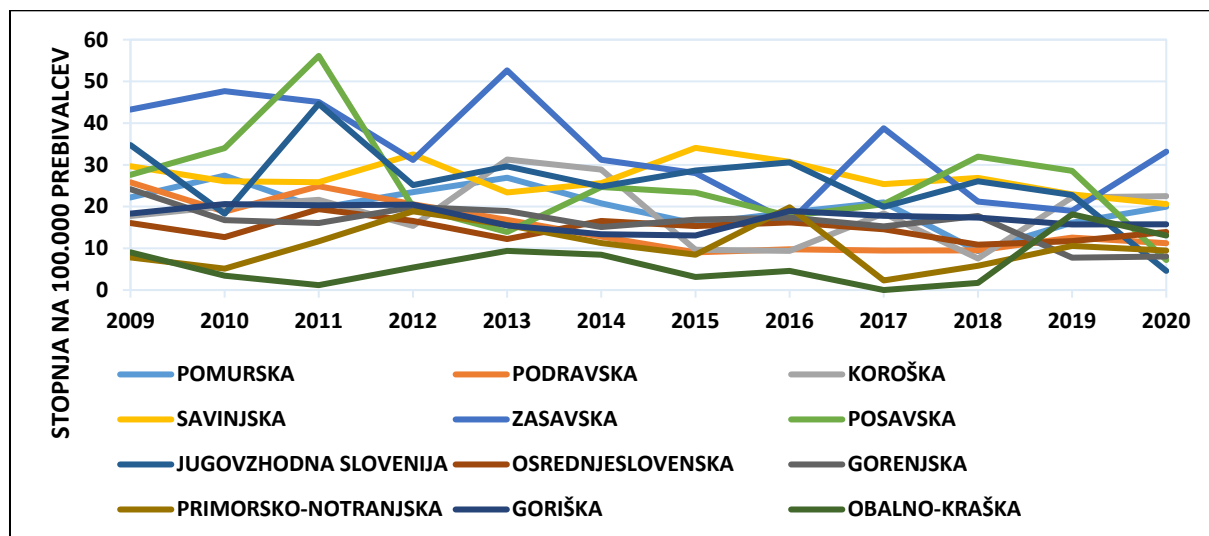
Slika 36: Starostno standardizirana stopnja amputacij spodnjih okončin zaradi sladkorne bolezni na 100.000 prebivalcev med letoma 2009 in 2020



Slika 37: Groba stopnja amputacij spodnjih okončin zaradi sladkorne bolezni na 100.000 prebivalcev po regijah, povprečna vrednost treh let (2018–2020)



Slika 38: Starostno standardizirana stopnja amputacij spodnjih okončin zaradi sladkorne bolezni na 100.000 prebivalcev med letoma 2009 in 2020 po posameznih regijah



Viri:

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

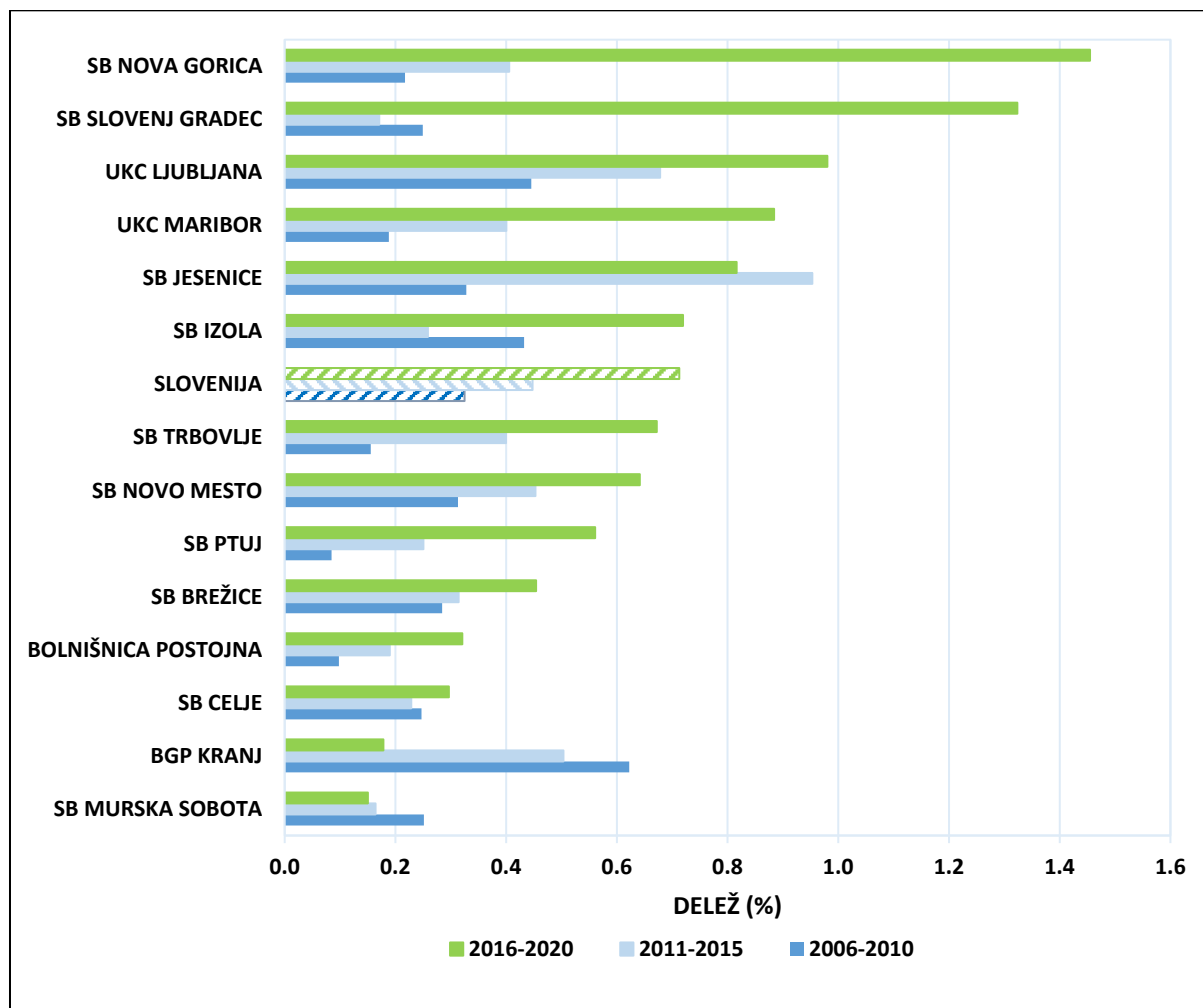
Delež poškodb presredka ob vaginalnem porodu je uporaben kazalnik kakovosti obporodnega varstva. Je dokaj zanesljiv in primerljiv med državami (3). Pri izračunu kazalnika je bila uporabljena metodologija OECD (3), ki zbira podatke o istoimenskem kazalniku v okviru projekta HCQI. Kazalnik prikazuje delež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

Vir podatkov za pripravo kazalnika je Perinatalni informacijski sistem (PIS), ki 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 prirejen šifrant kod MKB 10, ki pa se pri poškodbi 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 2020 je bilo skupno zabeleženih 26 primerov poškodb presredka tretje ali četrte stopnje pri vaginalnem porodu z instrumenti. Razen v obeh terciarnih centrih je bilo v vseh preostalih porodnišnicah manj kot pet primerov, od tega v šestih porodnišnicah sploh ni bilo nobenega takega primera. Pri vaginalnem porodu brez instrumentov je bilo število primerov hujših poškodb za celotno Slovenijo večje, in sicer 115. Kljub temu je bilo v večini porodnišnic (osmih od 14) zabeleženih manj kot pet primerov. Zato smo se odločili, da delež poškodb presredka tretje in četrte stopnje prikažemo samo za vaginalne porode brez instrumentov in da združimo podatke za petletno obdobje.

Razlike v deležu poškodb presredka tretje ali četrte stopnje 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 beleženju zapletov v PIS. Delež poškodb se je v obdobju 2016–2020 tako gibal od 0,15 odstotka v Murski Soboti do 1,45 odstotka v Novi Gorici, v povprečju je znašal 0,71 odstotka (slika 39). To je 1,6-krat več kot v predhodnem petletnem obdobju in kar 2,2-krat več kot v letih 2006–2010. Primerjava med porodnišnicami kaže, da se je delež poškodb porodne poti v zadnjih petih letih v primerjavi s predhodnim petletnim obdobjem povečal v večini porodnišnic, le v treh (Murska Sobota, Kranj in Jesenice) se je delež zmanjšal.

Slika 39: Delež poškodb presredka III. in IV. stopnje pri vaginalnih porodih brez uporabe instrumentov po bolnišnicah s porodničnicami v Sloveniji med leti 2006 in 2010, 2011 in 2015 ter 2016 in 2020



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

Literatura:

1. OECD. Health at a Glance 2017: OECD Indicators. Pariz: OECD Publishing, 2017. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en.
2. WHO Reproductive Health Library. WHO recommendation on techniques for preventing perineal trauma in second stage of labour (February 2018). The WHO Reproductive Health Library; Ženeva: Svetovna zdravstvena organizacija.
3. Carinci F., Van Gool K., Mainz J., Veillard J., Pichora EC, Januel JM, et al. Towards actionable international comparisons of health system performance: expert revision of the OECD framework and quality indicators. Int J Qual Health C 2015; 27 (2): 137–46.

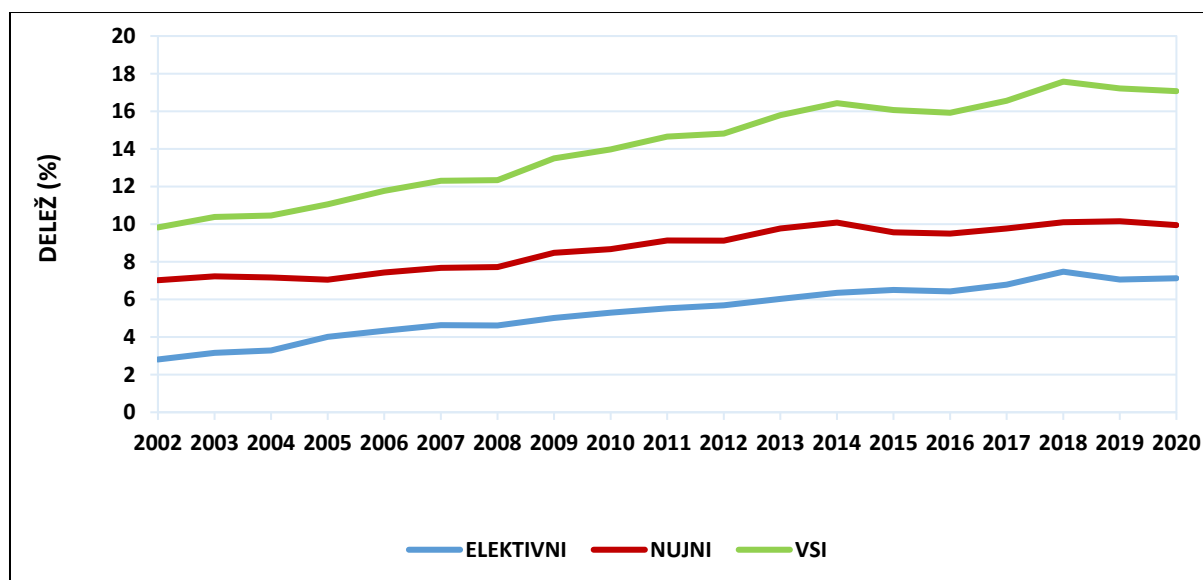
KK37 – DELEŽ CARSKIH REZOV

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 te vrednosti ne pripomore k zmanjševanju maternalne in neonatalne umrljivosti (2). Z večanjem deleža carskih rezov se povečuje tudi tveganje za zaplete, kot so predležeha posteljica v naslednji nosečnosti, ki je lahko tudi vraščena, večja krvavitev ob tem in naslednjem porodu ter ponovni carski rez (3, 4).

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

V Sloveniji je delež carskih rezov v zadnjem desetletju porasel za 22 odstotkov, ostaja pa sicer še pod povprečjem Evropske unije. V primerjavi z letom 2010 sta se povečala tako delež elektivnih (za 34 odstotkov) kot tudi nujnih carskih rezov (za 15 odstotkov). Zadnji dve leti kažeta na umirjanje trenda rasti (slika 40).

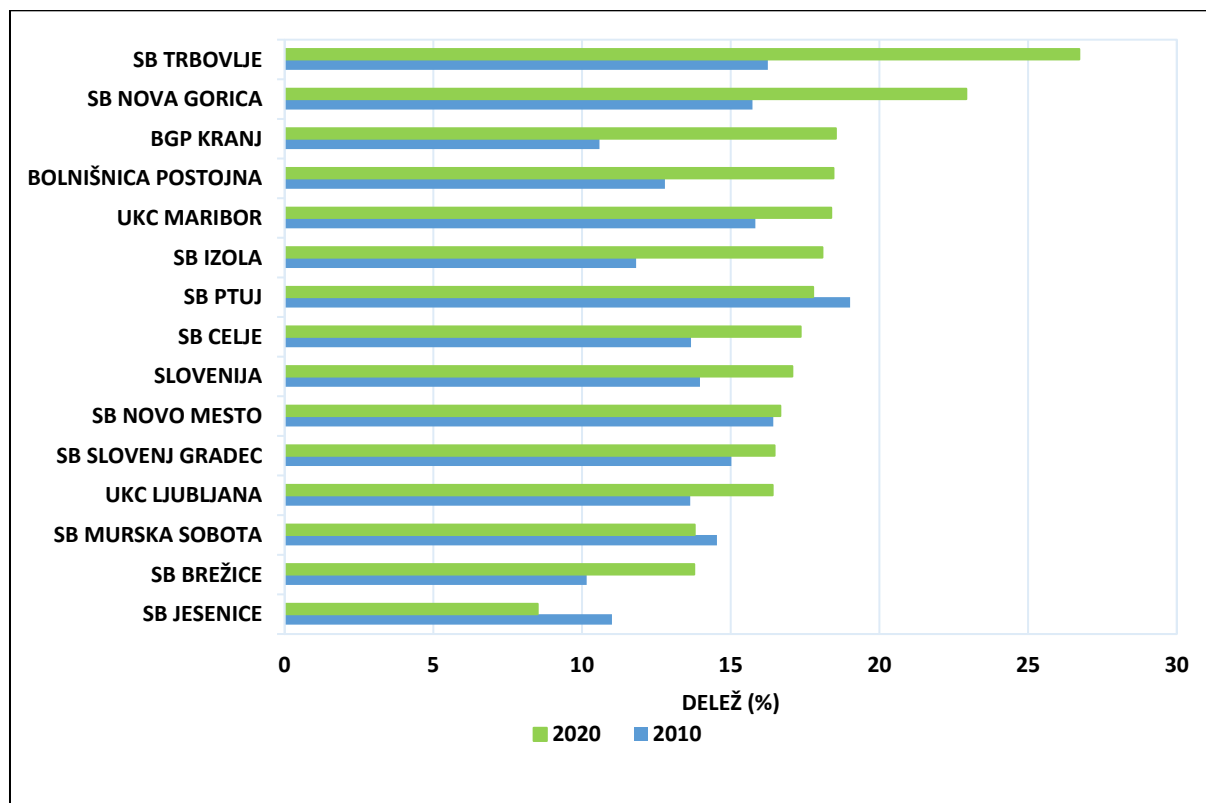
Slika 40: Delež otrok*, rojenih s carskim rezom, v Sloveniji med letoma 2002 in 2020



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

Leta 2020 je delež carskih rezov v opisani populaciji živorojenih enojčkov z gestacijsko starostjo 37 tednov in več ter glavično vstavo znašal 17,1 odstotka, kar je za 0,1 odstotne točke manj kot leto prej. Bolnišnice so zabeležile različne trende, v petih je delež carskih rezov porasel, v drugih pa upadel. Največji upad (več kot deset odstotkov oziroma okoli 3 odstotne točke) so zabeležili v Brežicah, Postojni, na Ptuju in v Trbovljah. Kljub temu so v Trbovljah še vedno imeli najvišji delež carskih rezov v državi, in sicer 26,7 odstotka. Najbolj, kar za 25 odstotkov (3,4 odstotne točke), pa se je delež carskih rezov v primerjavi z letom 2019 povečal v bolnišnici Novo mesto, sledila je bolnišnica v Novi Gorici, ki se je s tem povzpela na drugo mesto po deležu carskih rezov v državi (slika 41).

Slika 41: Delež otrok *, rojenih s carskim rezom, po bolnišnicah s porodnišnicami v Sloveniji v letih 2010 in 2020



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

V primerjavi z letom 2010 so v letu 2020 v treh porodnišnicah zabeležili nižje vrednosti deleža carskih rezov (Jesenice, Ptuj in Murska Sobota), v preostalih pa porast. Le-ta je bil v zadnjem desetletju najbolj izrazit v Kranju, Trbovljah in Izoli.

Za pomoč strokovnjakom v porodnišnicah pri interpretaciji razlik v deležih carskih rezov dodajamo nov grafični prikaz deleža carskih rezov po desetih Robsonovih skupinah (5) (slika 42). Opozarjamo, da ta prikaz vključuje vse porode, ne glede na stanje otroka, gestacijsko starost in vstavo, zato se vrednosti nekoliko razlikujejo od predhodno prikazanih. Svetovna zdravstvena organizacija je leta 2015 priporočila uporabo Robsonove klasifikacije, poznane tudi kot klasifikacija desetih skupin, pri spremljanju, vrednotenju in primerjavi stopnje carskega reza znotraj zdravstvenih ustanov in med njimi. Z uporabo omenjene klasifikacije razporedimo vse porodnice v eno izmed desetih kategorij, ki se medsebojno izključujejo, skupaj pa zajamejo vse porodnice. Razporeditev v kategorije temelji na šestih osnovnih porodniških karakteristikah, ki se rutinsko spremljajo v porodnišnicah pri vseh porodih, to so: pariteta (zaporedni porod), število plodov v aktualni nosečnosti, predhodni carski rez, začetek poroda, gestacijska starost in vstava ploda (6, 7) (preglednica 5).

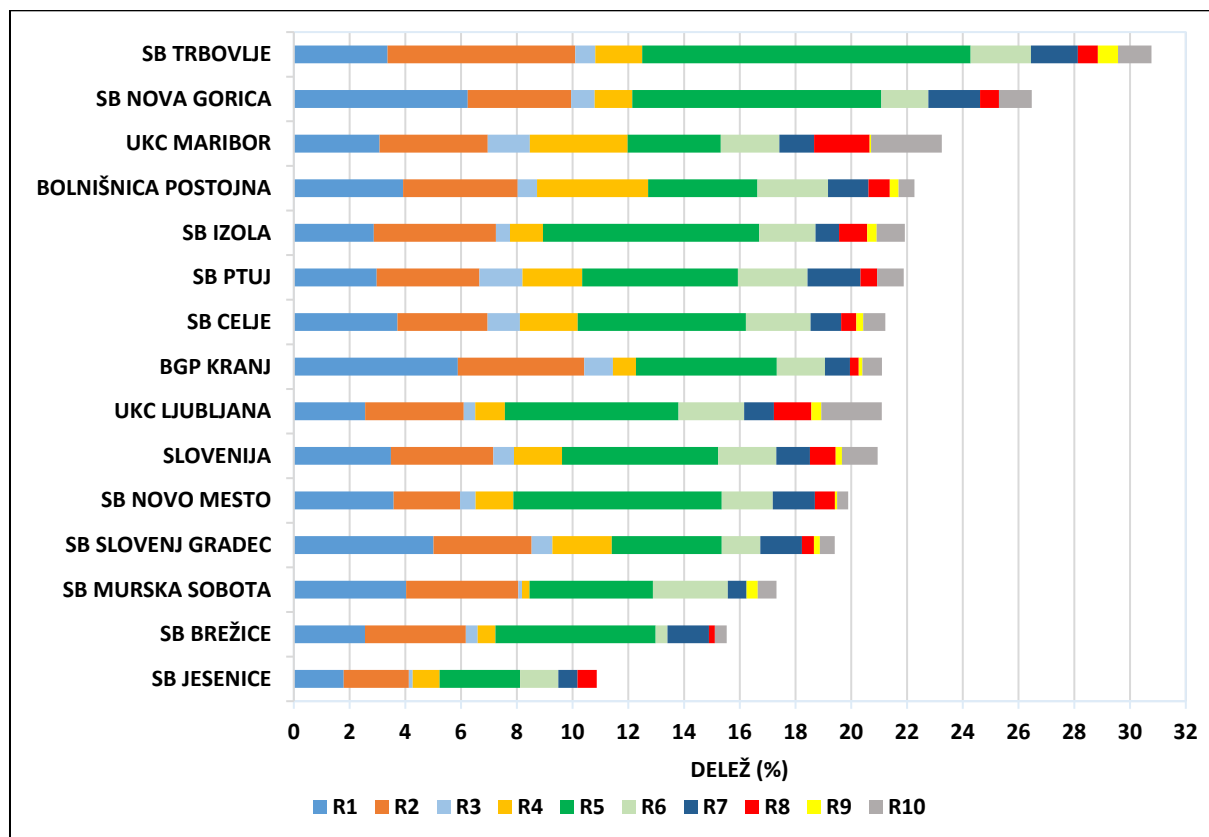
Slika 42: Skupine porodnic po Robsonovi klasifikaciji (Povzeto po 6)

1		Prvorodke z donošenim enojčkom v glavični vstavi in spontan pričetkom poroda
2		Prvorodke z donošenim enojčkom v glavični vstavi in induciranim porodom ali elektivnim CR
3		Mnogorodke brez predhodnega CR, z donošenim enojčkom v glavični vstavi in spontan pričetkom poroda
4		Mnogorodke brez predhodnega CR, z donošenim enojčkom v glavični vstavi in induciranim porodom ali elektivnim CR
5		Vse mnogorodke s predhodnim CR, z donošenim enojčkom v glavični vstavi
6		Vse prvorodke z enojčkom v medenični vstavi
7		Vse mnogorodke z enojčkom v medenični vstavi, vključno z ženskami s predhodnim CR
8		Vse ženske z večplodno nosečnostjo, vključno z ženskami s predhodnim CR
9		Vse ženske z enojčkom v prečni legi, vključno z ženskami s predhodnim CR
10		Vse ženske z nedonošenim enojčkom v glavični vstavi, vključno z ženskami s predhodnim CR

Preglednica 5: Specifikacije spremenljivk v posamezni Robsonovi skupini (Povzeto po 6)

SKUPINA	PARITETA	PREDHODNI CR	ŠTEVILO PLODOV	VSTAVA ALI LEGA	GESTACIJSKA STAROST	ZAČETEK PORODA
1	0	ne	1	glavična	37+	spontan
2	0	ne	1	glavična	37+	induciran ali elektivni CR
3	1+	ne	1	glavična	37+	spontan
4	1+	ne	1	glavična	37+	induciran ali elektivni CR
5	1+	da	1	glavična	37+	karkoli
6	0	ne	1	medenična	karkoli	karkoli
7	1+	karkoli	1	medenična	karkoli	karkoli
8	karkoli	karkoli	2+	karkoli	karkoli	karkoli
9	karkoli	karkoli	1	prečna lega	karkoli	karkoli
10	karkoli	karkoli	1	glavična	<37	karkoli

Slika 43: Delež porodov s carskim rezom po Robsonovih skupinah in bolnišnicah s porodnišnicami v Sloveniji v letu 2020



Iz slik 41 in slik 43 je razvidno, da v Sloveniji še vedno ni enotne doktrine glede indikacij za carski rez. V letu 2020 je razlika v 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 2020 se ljubljanska porodnišnica v izbrani populaciji porodov znova uvršča pod slovensko povprečje, upošteva vse porode, pa je tik nad njim. Največji deleži carskih rezov pa so v manjših, regijskih porodnišnicah. 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. Ženeva: Svetovna zdravstvena organizacija, 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., eds. Perinatologia Slovenica II, pregled slovenskih perinatalnih rezultatov za obdobje 2002–11. Ljubljana: Združenje za perinatalno medicino SZD in Ginekološka klinika UKC Ljubljana, 2013. str. 59–71.

5. Robson MS. Classification of caesarean sections. *Fetal and Maternal Medicine Review*. 2001;12(1):23–39.
6. Robson Classification: Implementation Manual. Geneva: World Health Organization; 2017.
7. Robson Classification: Example of Robson Report Table with Interpretation. Geneva: World Health Organization; 2017.
8. Premru Sršen, T., Mujezinović, F., Kavšek, G., eds. Carski rez; Pojasnilna dolžnost in pravni problemi v perinatologiji in neonatologiji: Zbornik 17. Novakovi dnevi. Postojna, 3. in 4. junij 2016. Ljubljana: Združenje za perinatalno medicino SZD, 2016.

KK44 IN 58 – 30-DNEVNA SMRTNOST ZARADI MOŽGANSKE KAPI IN AKUTNEGA MIOKARDNEGA INFARKTA

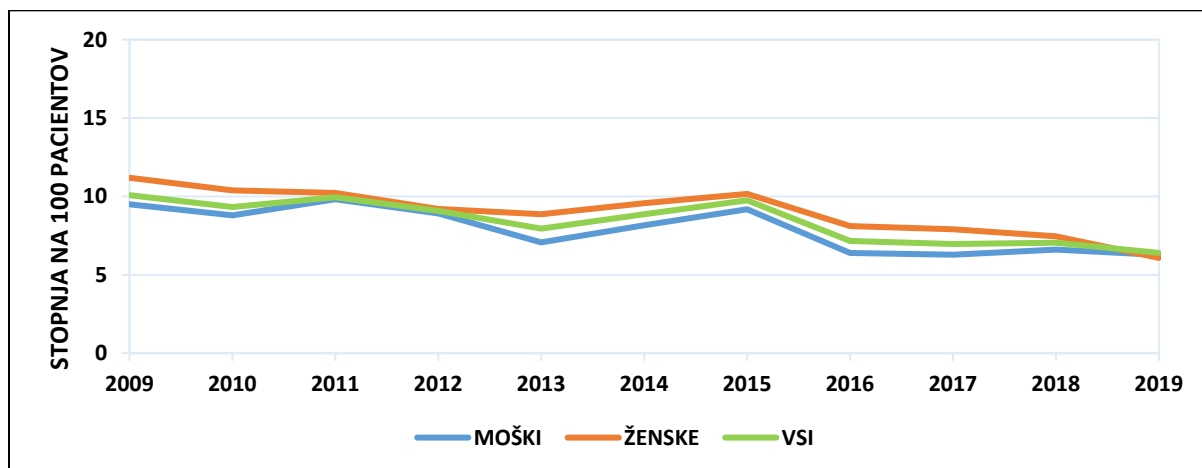
Kazalnika 30-dnevna smrtnost zaradi akutne možganske kapi in akutnega miokardnega infarkta prikazujeta stopnje smrtnosti bolnikov, hospitaliziranih zaradi akutnega miokardnega infarkta, ishemične in hemoragične možganske kapi v 30 dneh od bolnišničnega sprejema. Upoštevani so vsi primeri smrti, ki so se zgodili v bolnišnici ali po odpustu iz nje. Vrednosti so izračunane v skladu z metodologijo OECD. Vključeni so bolniki, stari 15 let in več, z diagnostičnimi kodami MKB-10 I21 in I22. Stopnje so izračunane le za bolnike, stare 45 let in več (po določilih OECD za zbiranje podatkov za leti 2020 in 2021). Podatki so za celotno Slovenijo standardizirani po starosti in spolu med letoma 2009 in 2019. Podatki za leto 2020 niso na voljo.

Smrt v 30 dneh od bolnišničnega sprejema se pripiše zadnjemu izvajalcu, ki je bolnika obravnaval, zaradi česar kazalnika lahko ne prikazeta dejanskega stanja bolnikove obravnave po posameznih izvajalcih. V tem letnem poročilu je prikazana le obravnava na nacionalni ravni.

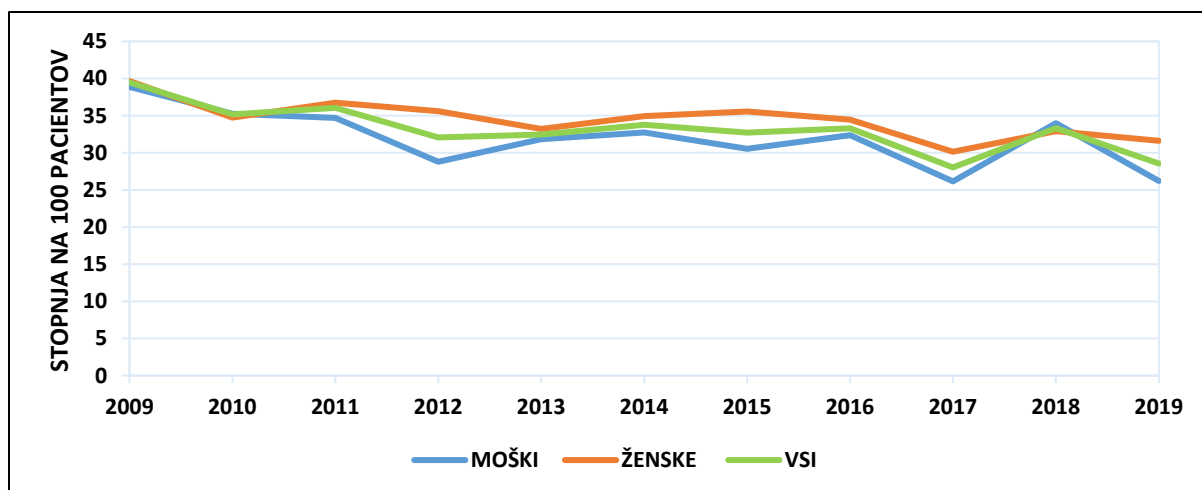
Pri akutnem miokardnem infarktu je v letih 2009–2019 opazno nihanje stopnje 30-dnevne smrtnosti (**slika 44**). Po porastu stopnje smrtnosti v letih 2014 in 2015 sta sledila padec v letu 2016 in stagnacija po letu 2017.

Pri hemoragični možganski kapi je opazen trend postopnega padanja 30-dnevne smrtnosti po letu 2009, z izrazitejšimi padci med letoma 2009 in 2010, 2011 in 2012 ter 2016 in 2017 ter v letu 2019 (**slika 45**), medtem ko je pri ishemični možganski kapi po padcu med letoma 2009 in 2013 prišlo do nihanj stopnje 30-dnevne smrtnosti (**slika 46**). Tako je stopnja 30-dnevne smrtnosti leta 2019 podobna tisti leta 2013.

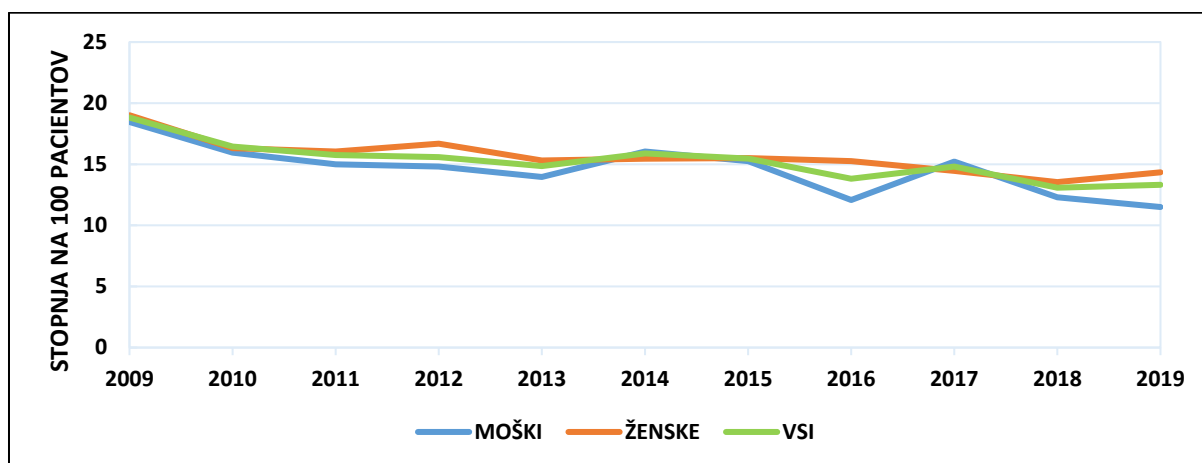
Slika 44: 30-dnevna smrtnost zaradi akutnega miokardnega infarkta pri bolnikih, starih 45 let in več, v Sloveniji, standardizirana po starosti in spolu med letoma 2009 in 2019



Slika 45: 30-dnevna smrtnost zaradi hemoragične možganske kapi pri bolnikih, starih 45 let in več, v Sloveniji, standardizirana po starosti in spolu med letoma 2009 in 2019



Slika 46: 30-dnevna smrtnost zaradi ishemične možganske kapi pri bolnikih, starih 45 let in več, v Sloveniji, standardizirana po starosti in spolu med letoma 2009 in 2019



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 stegenice in so imeli operacijski poseg v dveh koledarskih dneh po sprejemu.

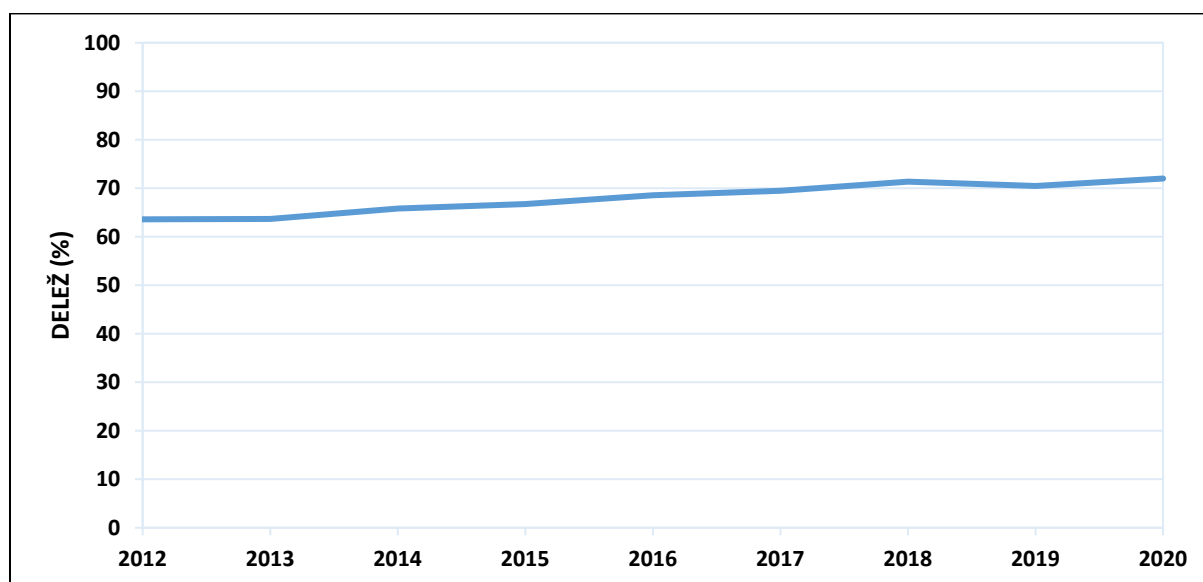
Po zadnjih določilih OECD o zbiranju podatkov za leti 2020 in 2021 se delež čakajočih na operacijo zloma kolka določi kot število vseh bolnikov z glavno diagnostično kodo zlom kolka (S72.0, S7.1, S72.2), starih 65 let ali več, ki so bili kirurško zdravljeni v dveh koledarskih dneh po sprejemu, v primerjavi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

Med letoma 2012 in 2019 se je delež čakajočih na operacijo po zlomu kolka postopoma povečeval do leta 2018, v letu 2019 se je nekoliko znižal in v letu 2020 ponovno povišal (72,0 odstotka; **slika 47**).

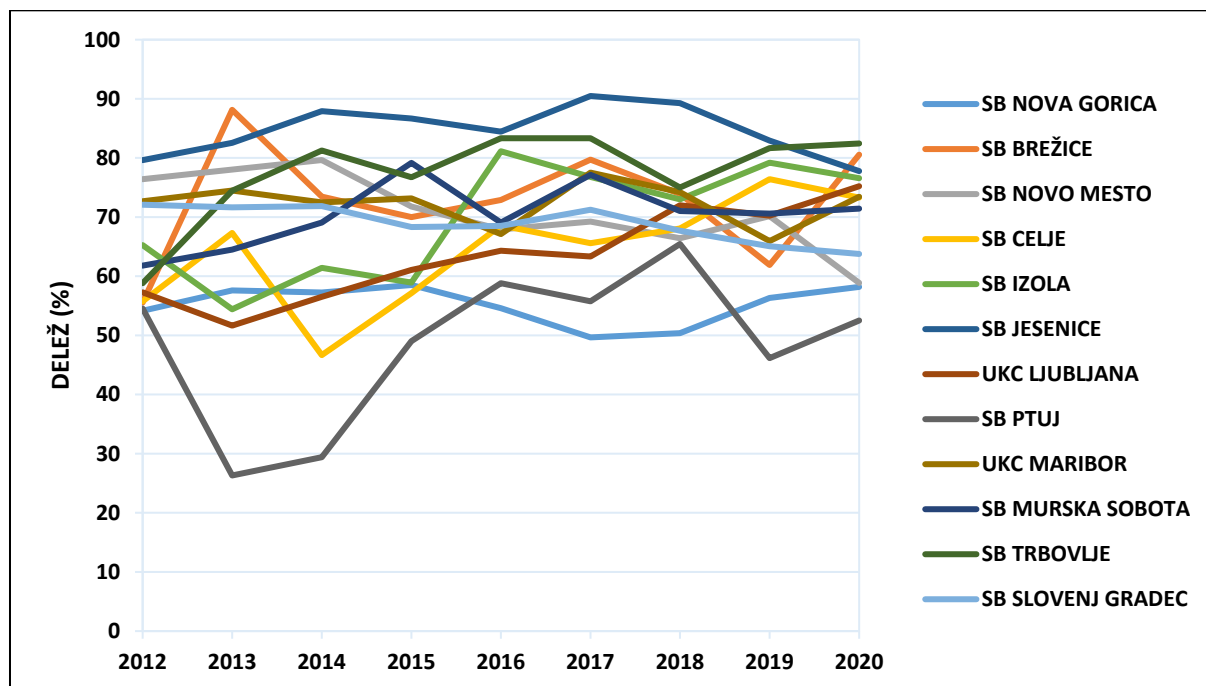
Slika 48 prikazuje velike medletne razlike pri nekaterih bolnišnicah. Letna nihanja vsaj delno nastajajo zaradi majhnega skupnega števila primerov. Izključili smo tiste izvajalce, ki so obravnavali manj kot deset primerov zloma kolka, med drugim tudi OB Valdoitra.

Zaradi pričakovanega vpliva števila primerov na vrednost, doseženo pri tem kazalniku, so podatki za leta od 2018 do 2020 prikazani v obliki lijakastega diagrama, kar omogoča prepoznavanje primerov, ki zelo odstopajo od pričakovanih vrednosti. Pri takem prikazu tudi izstopata SB Jesenice z velikim deležem operacij in SB Nova Gorica ter SB Ptuj z majhnim deležem operacij, opravljenih v dveh dneh od sprejema (**slika 49**).

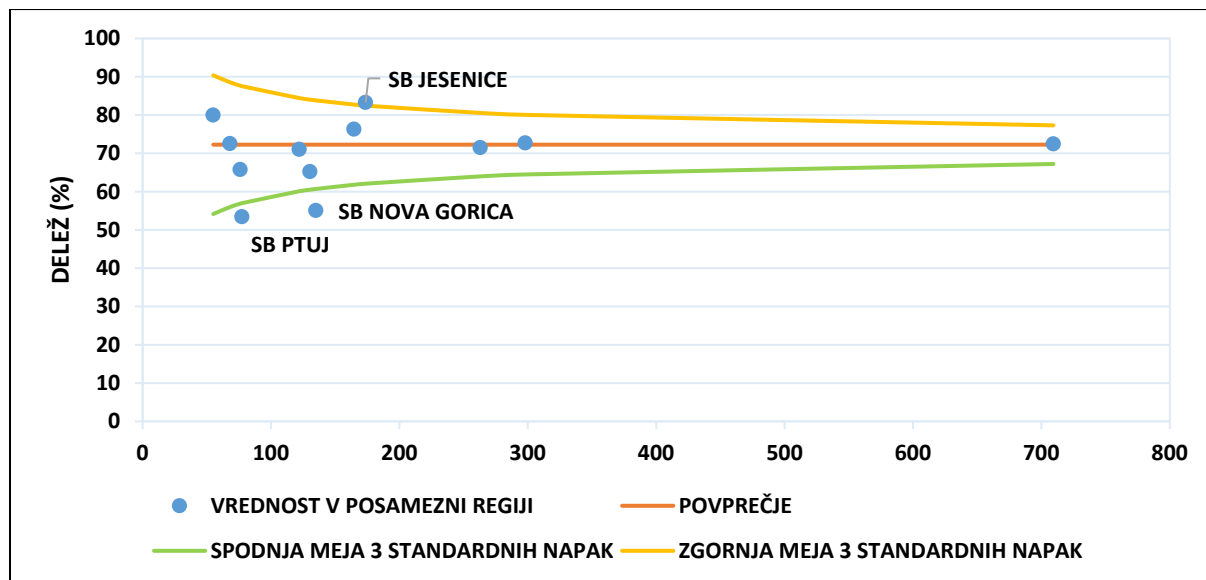
Slika 47: Delež primerov zloma kolka pri osebah, starih 65 let ali več, ki so bile operirane v dveh koledarskih dneh od bolnišničnega sprejema med letoma 2012 in 2020



Slika 48: Delež primerov zloma kolka pri osebah, starih 65 let ali več, ki so bile operirane v dveh koledarskih dneh od bolnišničnega sprejema, po nekaterih bolnišnicah med letoma 2012 in 2020



Slika 49: Delež sprejemov ob zlomu kolka oseb, operiranih v dveh koledarskih dneh, povprečna vrednost treh let (2018–2020)



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 vene cave pred operacijskim posegom ali na dan posega in ali gre samo za prekinitev vene cave 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 (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.

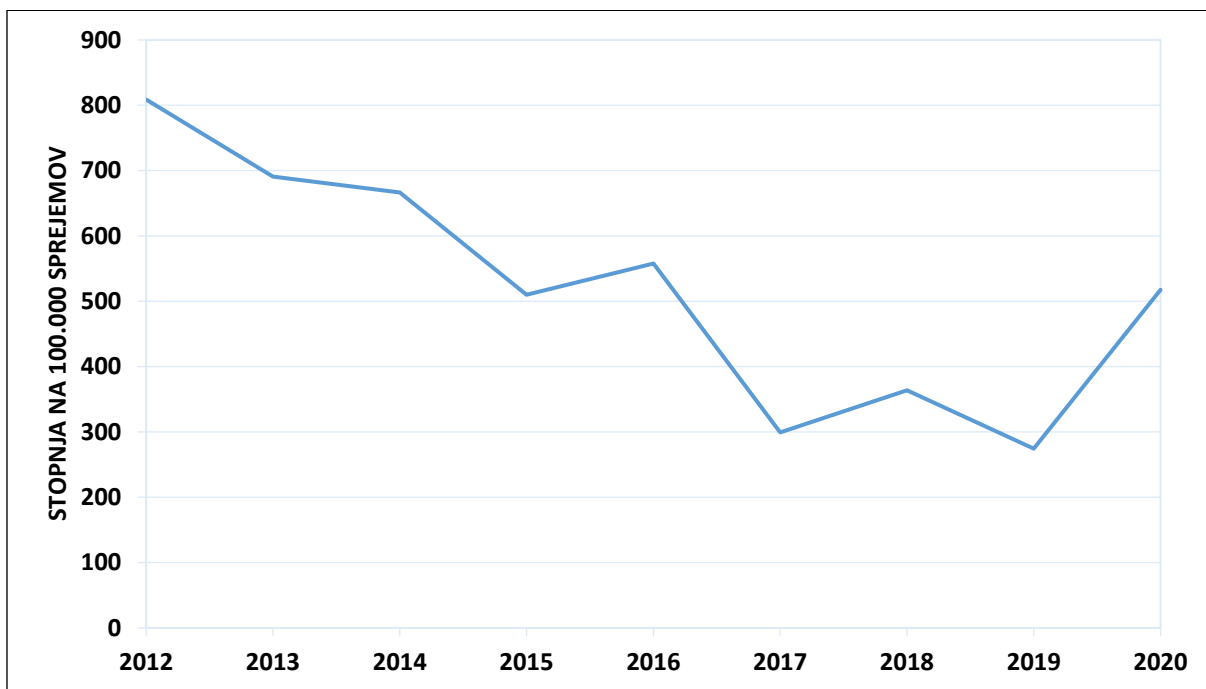
Pomembna omejitev pri razlagi podatkov je tudi nezmožnost ločitve diagnoz ob sprejemu in odpustu. Na podlagi izvedenih posegov in diagnoze GVT ali PE je mogoče le sklepati o pooperacijskem dogodku, zavedajoč se možnosti GVT ali PE ob sprejemu.

Opazno je zmanjševanje stopnje primerov PE ob vstavitvi kolčne ali kolenske endoproteze do leta 2019 s ponovnim dvigom v letu 2020, 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 2020, kar lahko vzbuja dvom o natančnosti spremljanja ali pošiljanja podatkov ali kaže na slabše pred- in pooperacijsko obvladovanje venskih trombemboličnih zapletov (**sliki 50 in 51**).

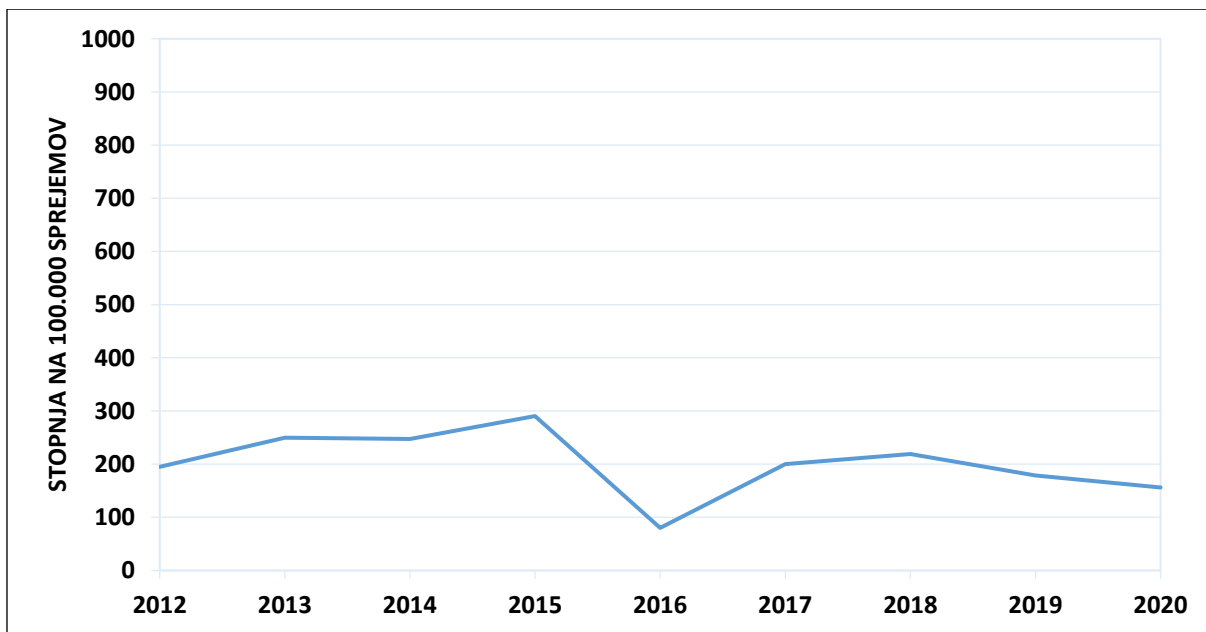
Analiza posameznih bolnišnic kaže nihanja glede števila primerov PE po posameznih slovenskih bolnišnicah med letoma 2012 in 2018 (**slika 52**). Izstopa SB Izola, kjer naj med letoma 2012 in 2017 ne bi imeli primera PE, v letu 2018 pa so ugotovili en primer PE pri 12 opravljenih artroplastikah, kar je približno letno število opravljenih artroplastik med letoma 2012 in 2018. Podrobnejša analiza ne razkrije večjih razlik med posameznimi bolnišnicami (**slika 53**).

Podobno je opaziti pri GVT, kjer po številu primerov GVT znova izstopa SB Izola (**slika 54**). Vendar je treba poudariti majhno število artroplastik, ki jih tam opravijo letno. Podrobnejša analiza zadnjih treh let ne kaže večjih razlik med posameznimi bolnišnicami (**slika 55**).

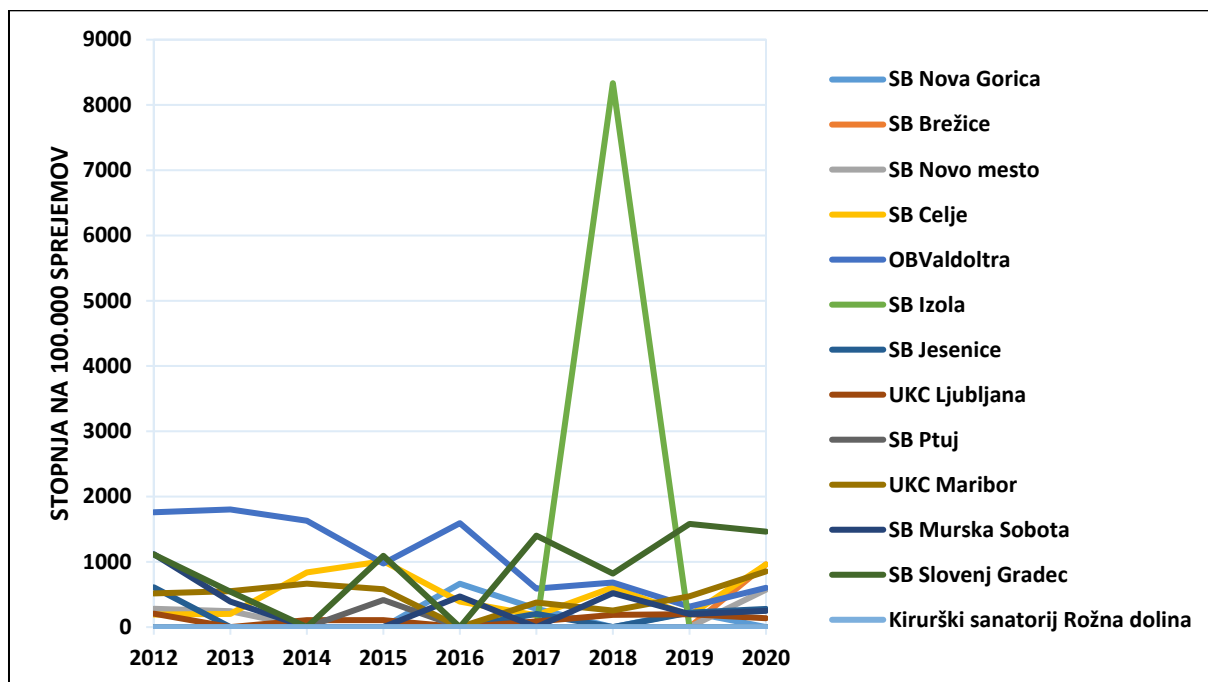
Slika 50: Stopnja primerov pljučne embolije na 100.000 sprejemov zaradi vstavitve kolčne ali kolenske endoproteze, standardizirana po starosti in spolu, v Sloveniji med letoma 2012 in 2020



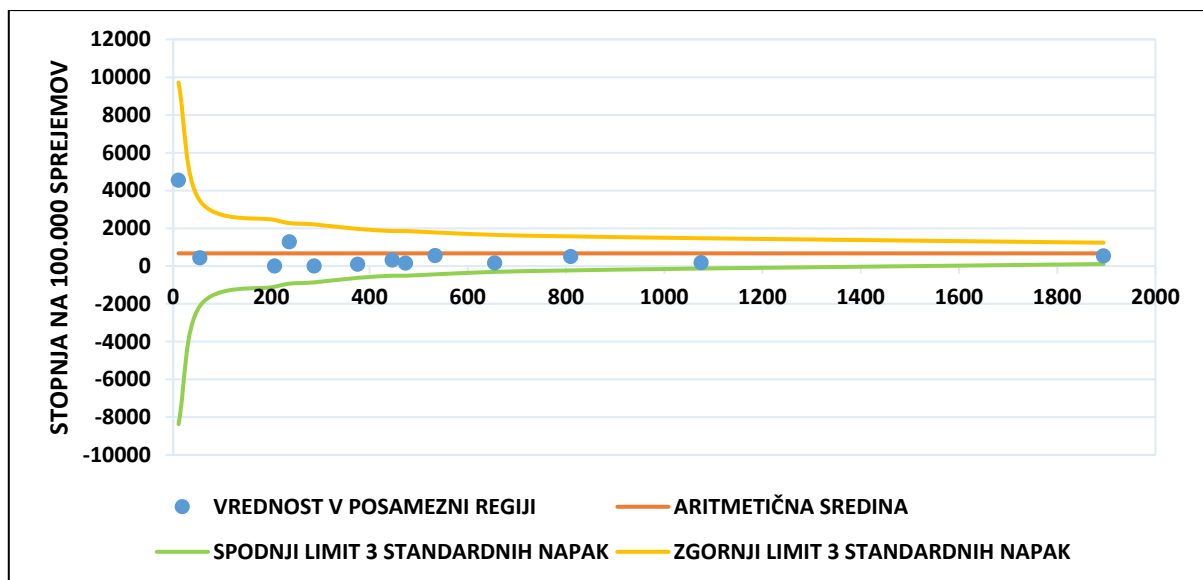
Slika 51: Stopnja primerov venske tromboze na 100.000 sprejemov zaradi vstavitve kolčne ali kolenske endoproteze, standardizirana po starosti in spolu, v Sloveniji med letoma 2012 in 2020



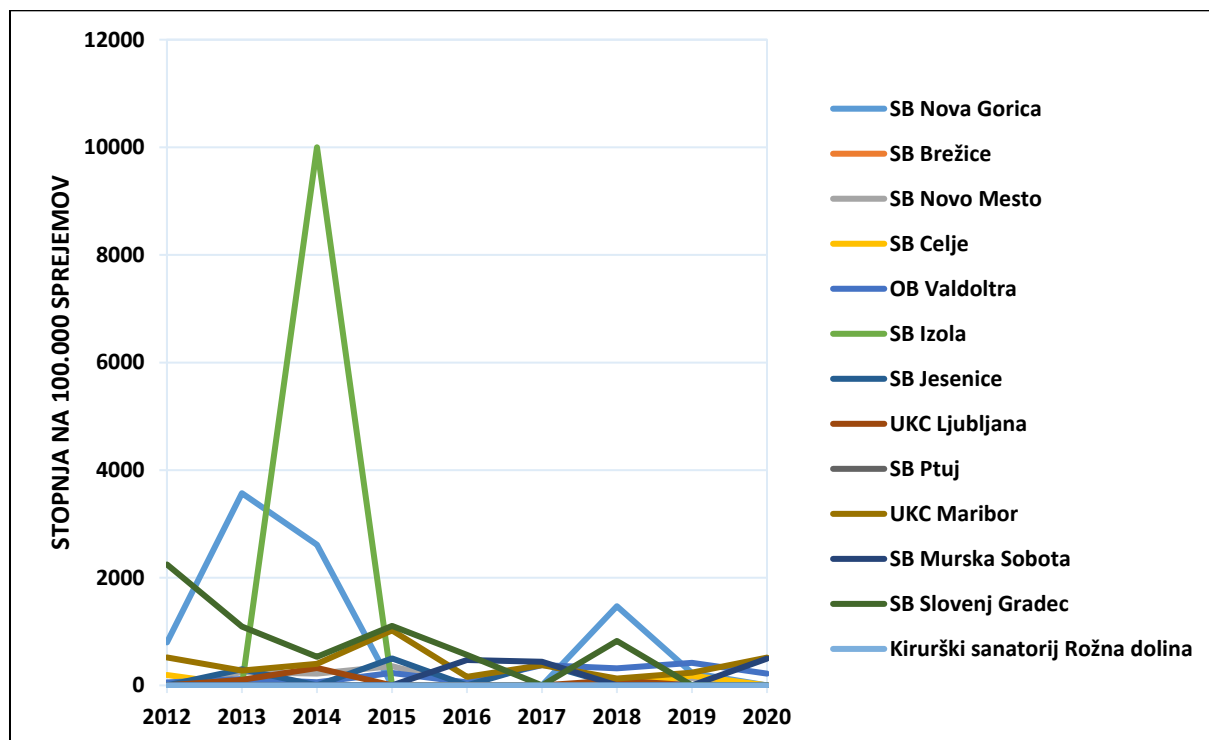
Slika 52: Stopnja primerov pljučne embolije na 100.000 sprejemov zaradi vstavitve kolčne ali kolenske endoproteze po posameznih bolnišnicah med letoma 2012 in 2020



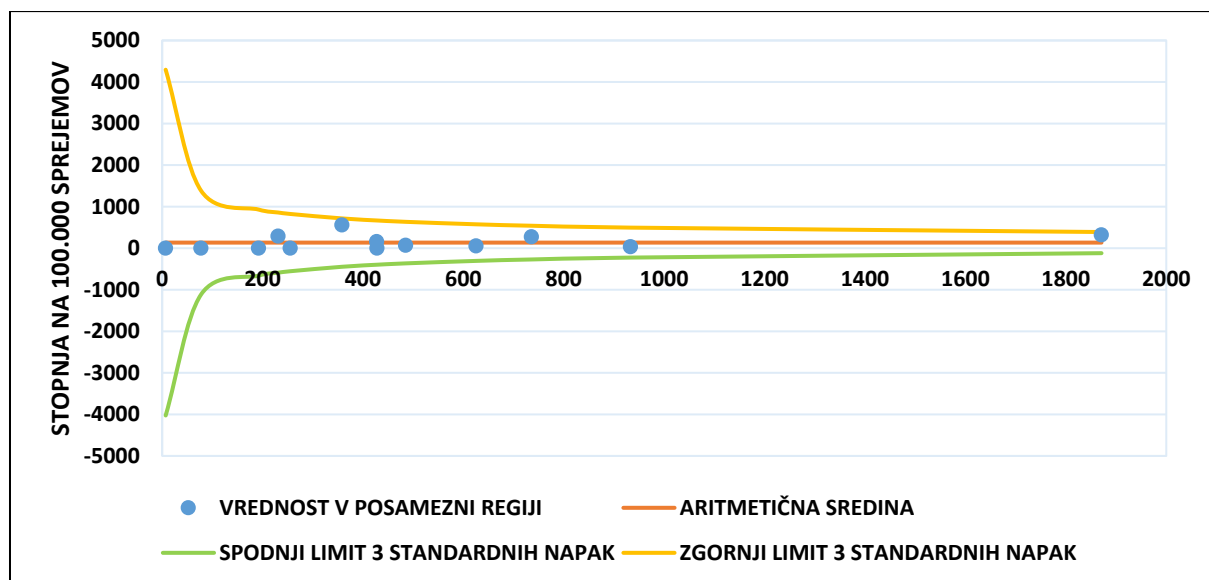
Slika 53: Groba stopnja primerov pljučne embolije na 100.000 sprejemov zaradi vstavitve kolčne ali kolenske endoproteze po bolnišnicah, povprečna vrednost treh let (2018–2020)



Slika 54: Stopnja primerov globoke venske tromboze na 100.000 sprejemov zaradi vstavitve kolčne ali kolenske endoproteze po posameznih bolnišnicah med letoma 2012 in 2020



Slika 55: Groba stopnja primerov globoke venske tromboze na 100.000 sprejemov zaradi vstavitve kolčne ali kolenske endoproteze po bolnišnicah, povprečna vrednost treh let (2018–2020)



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 hitrejšo okrevanje in vrnitev na delovno mesto ter nižji delež bolnišničnih okužb.

S kazalnikom se spremljajo stroškovna učinkovitost, optimalna izraba zmogljivosti, inovativnost, širjenje tehnologij in zadovoljstvo bolnikov. Večje število enodnevnih kirurških posegov brez hospitalizacije 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 enodnevnih kirurških posegov brez hospitalizacije. Z enodnevno kirurgijo se zmanjša tveganje za okužbe, pridobljene v bolnišnici. Ob tem večina bolnikov raje okreva doma, kot pa noč preživi v bolnišnici. Enodnevna kirurgija je priporočljiva za otroke, saj je bivanje prek noči 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 pa 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 nizka.

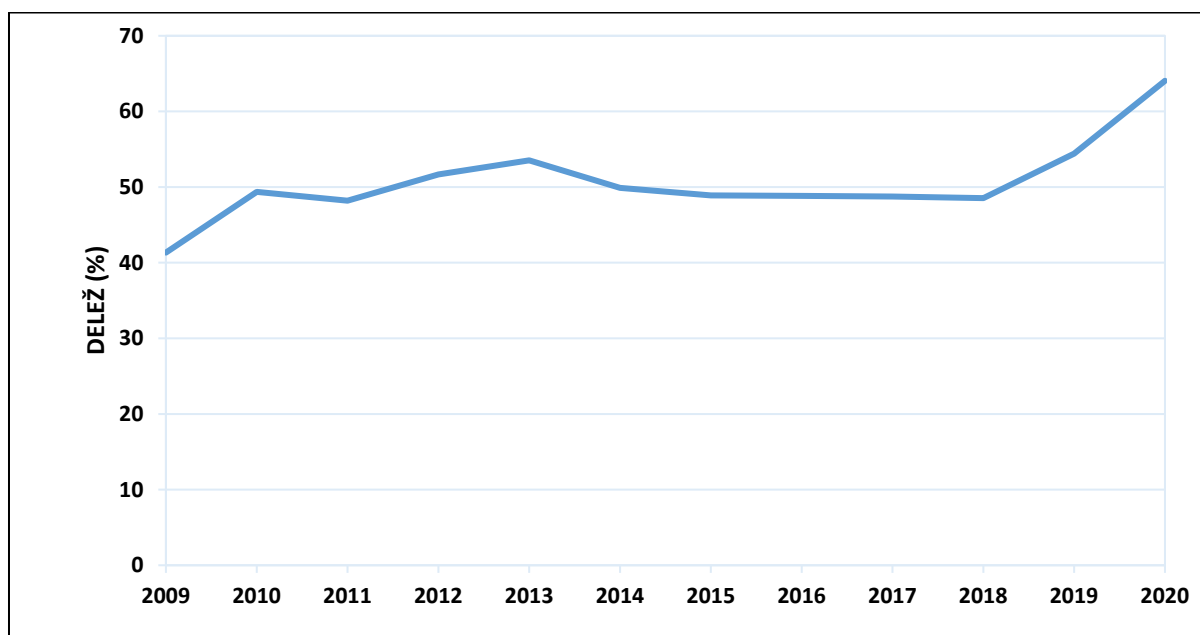
V Sloveniji opazujemo deleže enodnevnih kirurgij na področju artroskopije kolena, operacije ingvinalne hernije, tonzilektomije in/ali adenoidektomije, holecistektomije in operacije krčnih žil.

ARTROSKOPIJA KOLENA

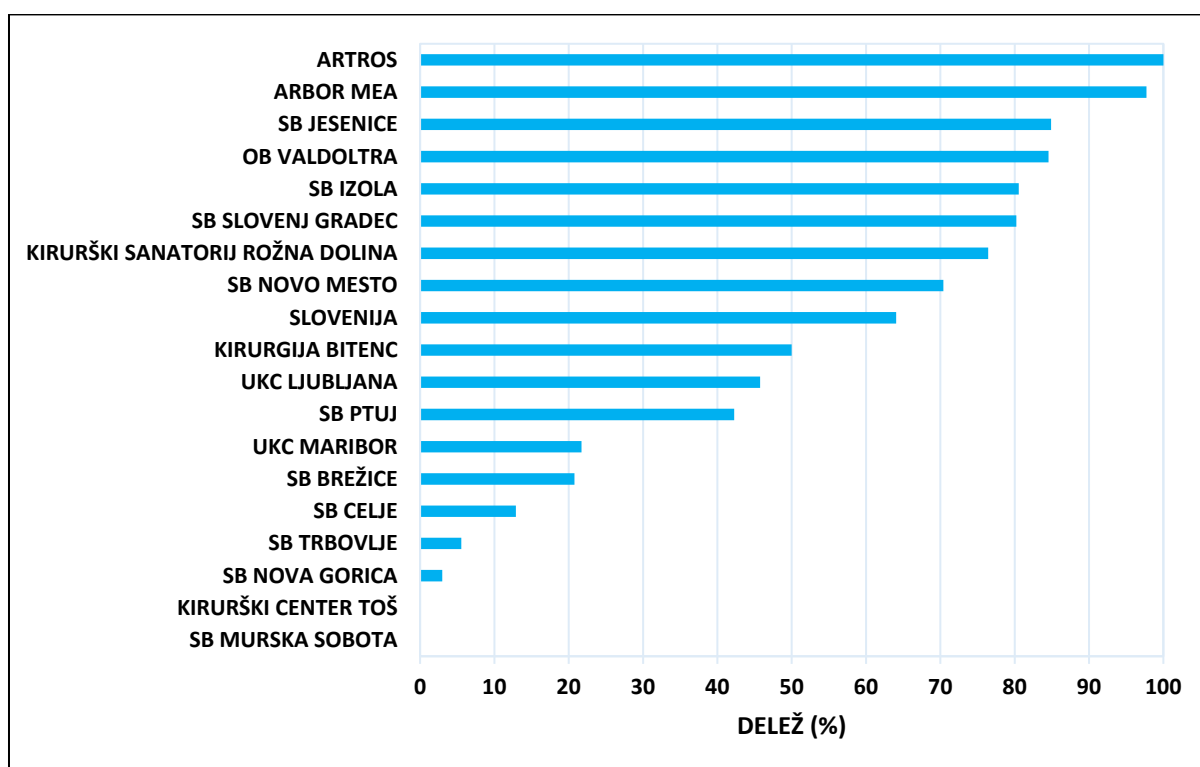
Analiza je upoštevala izvajalce zdravstvenih storitev z vsaj desetimi ali več primeri enodnevnih kirurških posegov v enem opazovanem letu. Pokazalo se je, da se je delež enodnevne kirurgije zaradi artroskopije kolena z 41,3 odstotka v letu 2009 postopoma povečeval do 64,1 odstotka v letu 2020 (**slika 56**). V letu 2020 so imeli največji delež enodnevne kirurgije zaradi artroskopije kolena ponovno v Artrosu in Arbor Mei, med javnimi zdravstvenimi zavodi pa spet v SB Jesenice (**slika 57**).

Primerjava izbranih izvajalcev zdravstvenih storitev med letoma 2009 in 2020 je v večini primerov prikazala večanje deleža enodnevne kirurgije zaradi artroskopije kolena (**slika 58**).

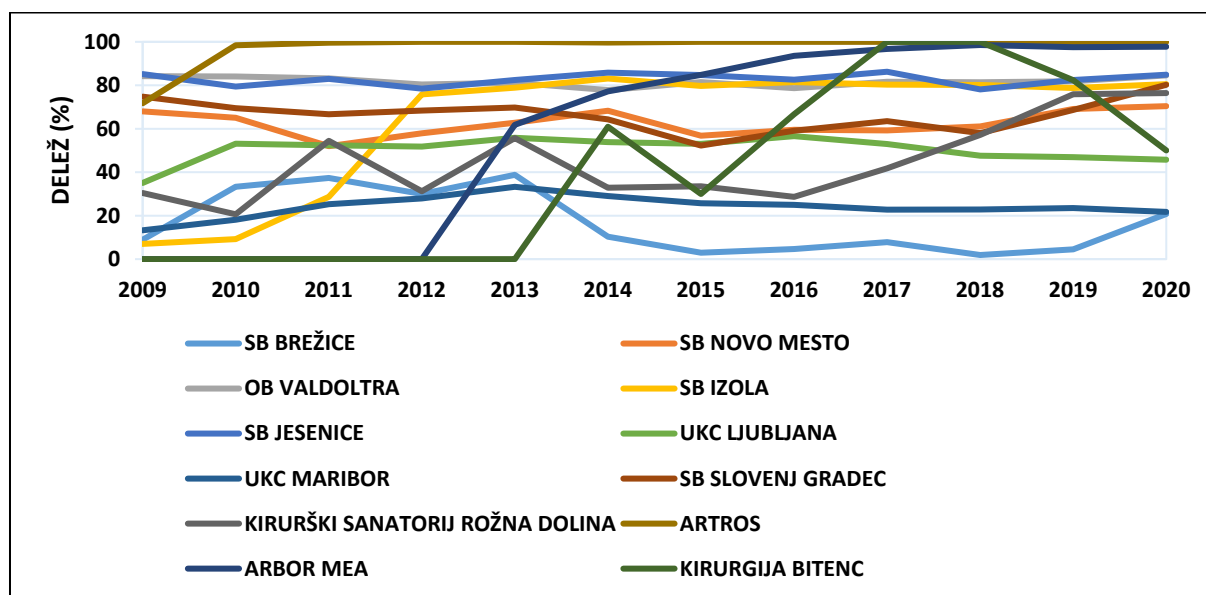
Slika 56: Delež enodnevnih artroskopij kolena v Sloveniji med letoma 2009 in 2020



Slika 57: Delež enodnevnih artroskopij kolena v Sloveniji po izvajalcih v letu 2020



Slika 58: Delež enodnevnih artroskopij kolena po posameznih izvajalcih med letoma 2009 in 2020

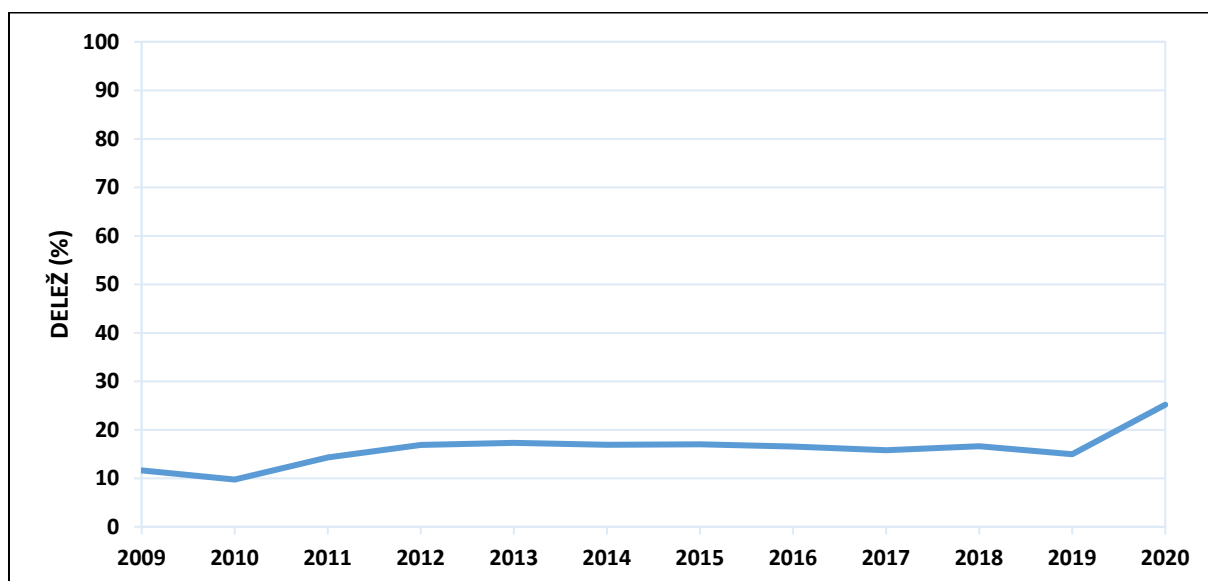


INGVINALNA HERNIJA

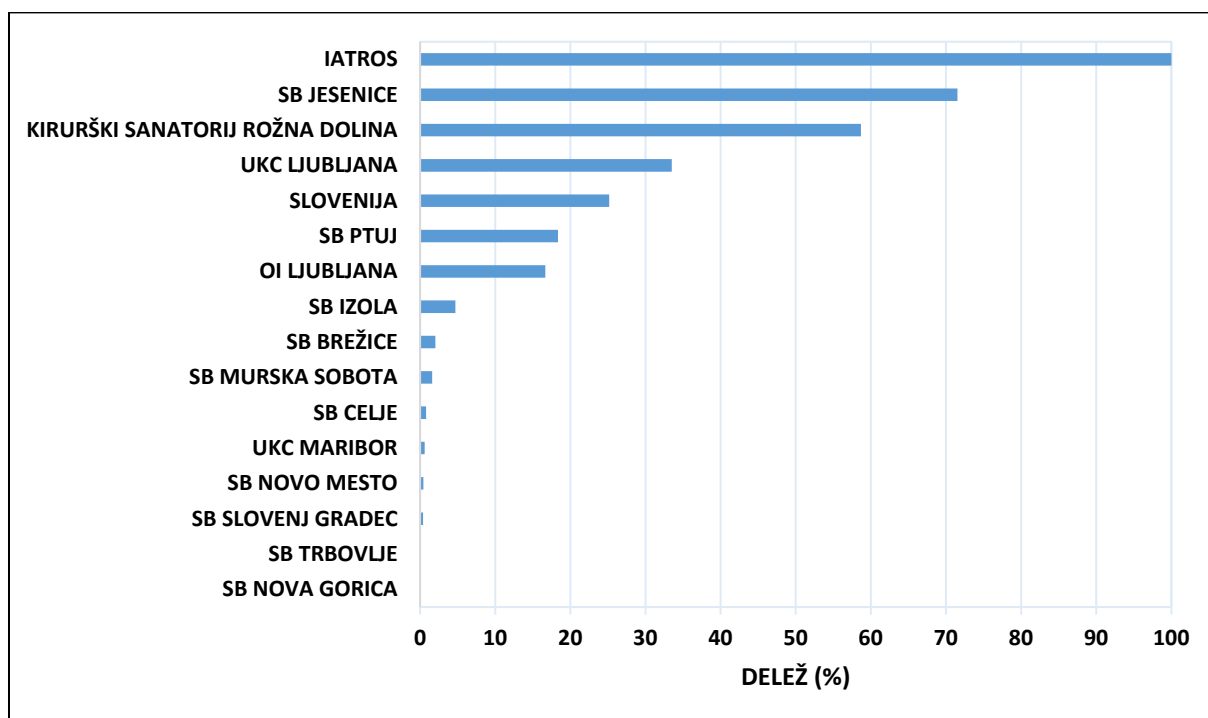
Analiza je upoštevala izvajalce zdravstvenih storitev z vsaj pet ali več primeri enodnevnih kirurških posegov v enem opazovanem letu. Pokazalo se je, da se je delež enodnevne kirurgije zaradi operacije ingvinalne hernije z 11,6 odstotka v letu 2009 povečeval na 25,2 odstotka v letu 2020 (**slika 59**). V letu 2020 so največji delež enodnevne kirurgije zaradi operacije ingvinalne hernije imeli ponovno v latrosu, med javnimi zdravstveni zavodi pa spet v SB Jesenice (**slika 60**).

Primerjava izbranih izvajalcev zdravstvenih storitev med letoma 2009 in 2020 v večini primerov ni prikazala večanja deleža enodnevne kirurgije zaradi operacije ingvinalne hernije (**slika 61**). V letu je bil opazen znaten porast deleža v Kirurškem sanatoriju Rožna dolina.

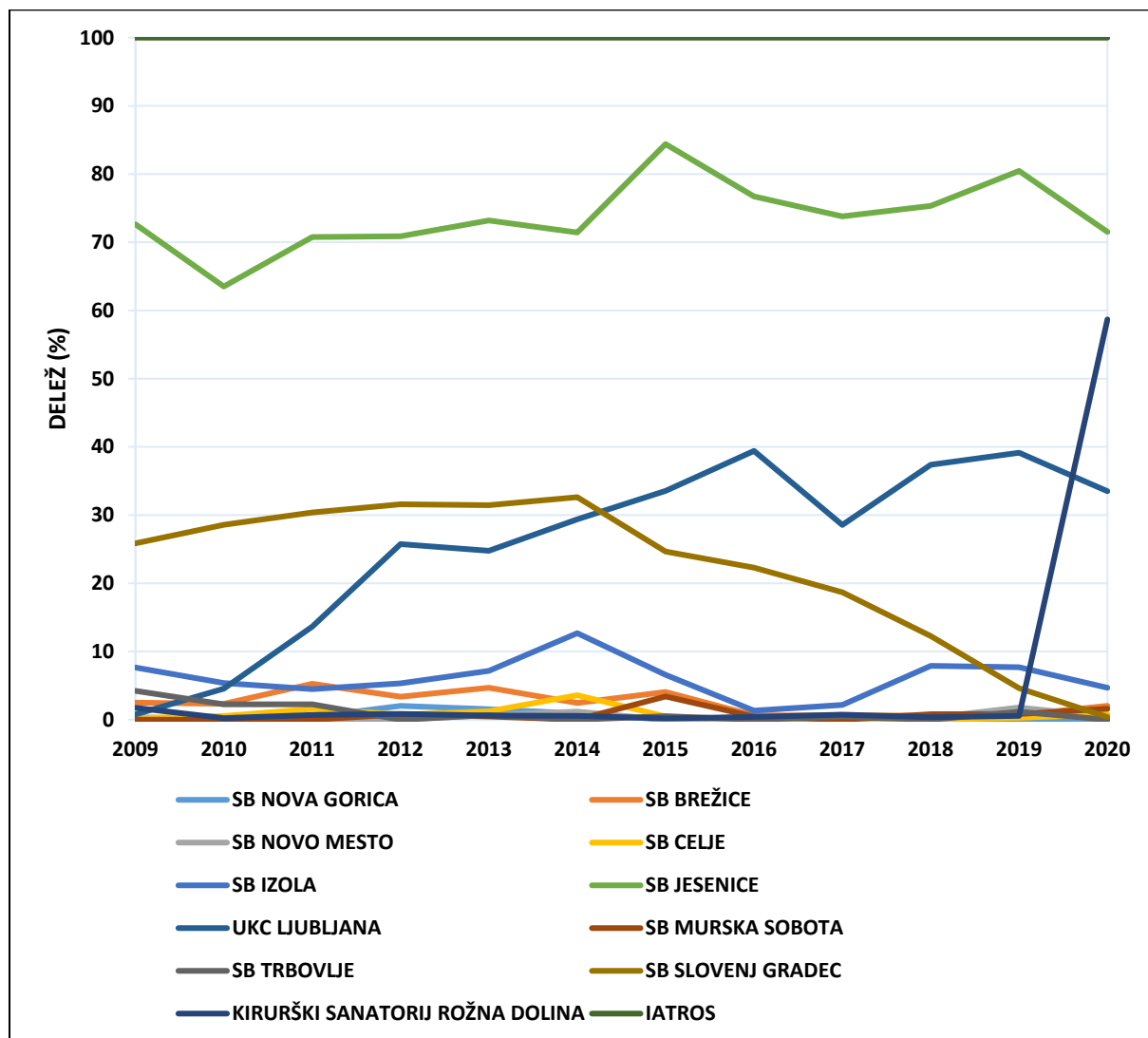
Slika 59: Delež enodnevnih hernioplastik ingvinalne hernije v Sloveniji med letoma 2009 in 2020



Slika 60: Delež enodnevnih hernioplastik ingvinalne hernije po izvajalcih v letu 2020



Slika 61: Delež enodnevnih hernioplastik ingvinalne hernije v Sloveniji po izvajalcih med letoma 2009 in 2020



TONZILEKTOMIJA IN/ALI ADENOIDEKTOMIJA

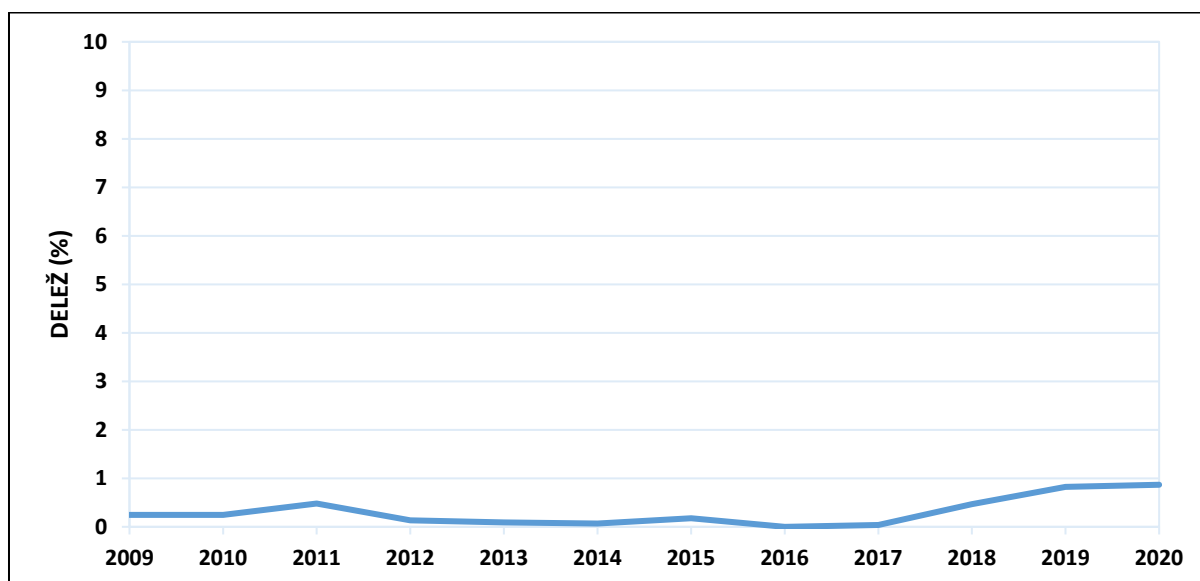
Analiza je glede na majhno število opravljenih enodnevnih kirurgij zaradi tonzilektomije in/ali adenoidektomije upoštevala izvajalce zdravstvenih storitev z vsaj enim ali več primeri enodnevnih kirurških posegov v enem opazovanem letu.

Pokazalo se je, da se je delež enodnevne kirurgije zaradi tonzilektomije in/ali adenoidektomije z 0,25 odstotka v letu 2009 povečal na 0,87 odstotka v letu 2020 (**slika 62**).

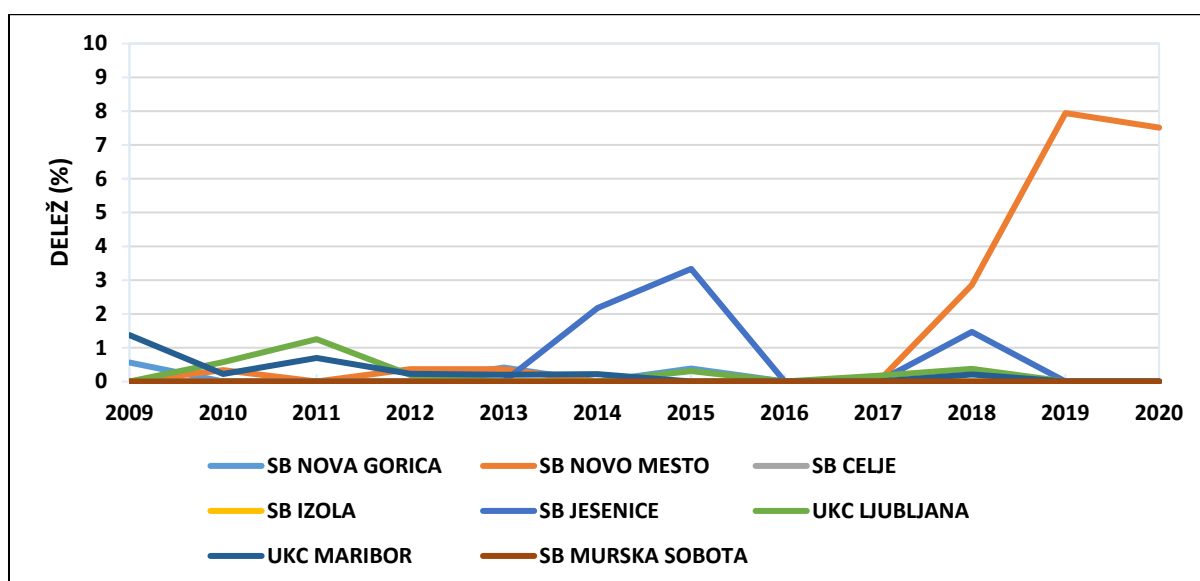
Primerjava izbranih izvajalcev zdravstvenih storitev ni prikazala bistvenega povečanje deleža enodnevne kirurgije zaradi tonzilektomije in/ali adeonidektomije, razen pri SB Novo mesto, kjer se je leta 2019 ta delež povečal na 7,94 odstotka (**slika 63**).

Delež enodnevne kirurgije zaradi tonzilektomije in/ali adenoidektomije ostaja zelo nizek.

Slika 62: Delež enodnevnih tonzilektomij in/ali adenoidektomij v Sloveniji med letoma 2009 in 2020



Slika 63: Delež enodnevnih tonzilektomij in/ali adenoidektomij med posameznimi bolnišnicami med letoma 2009 in 2020



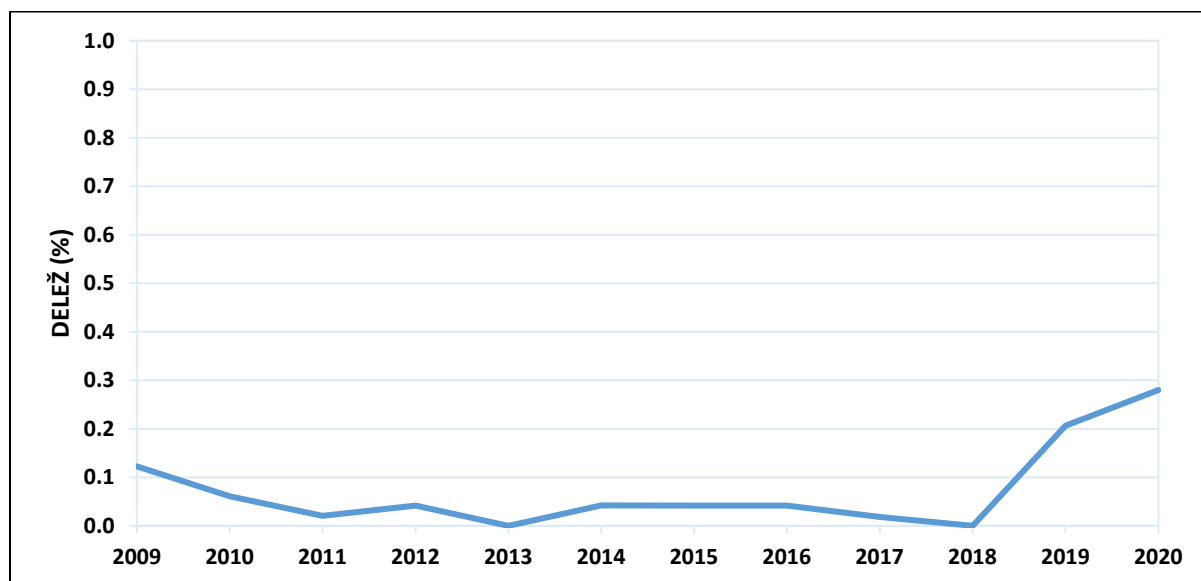
HOLECISTEKTOMIJA

Analiza je glede na majhno število enodnevnih kirurgij zaradi holecistektomije upoštevala izvajalce zdravstvenih storitev z vsaj enim ali več primeri v enem opazovanem letu.

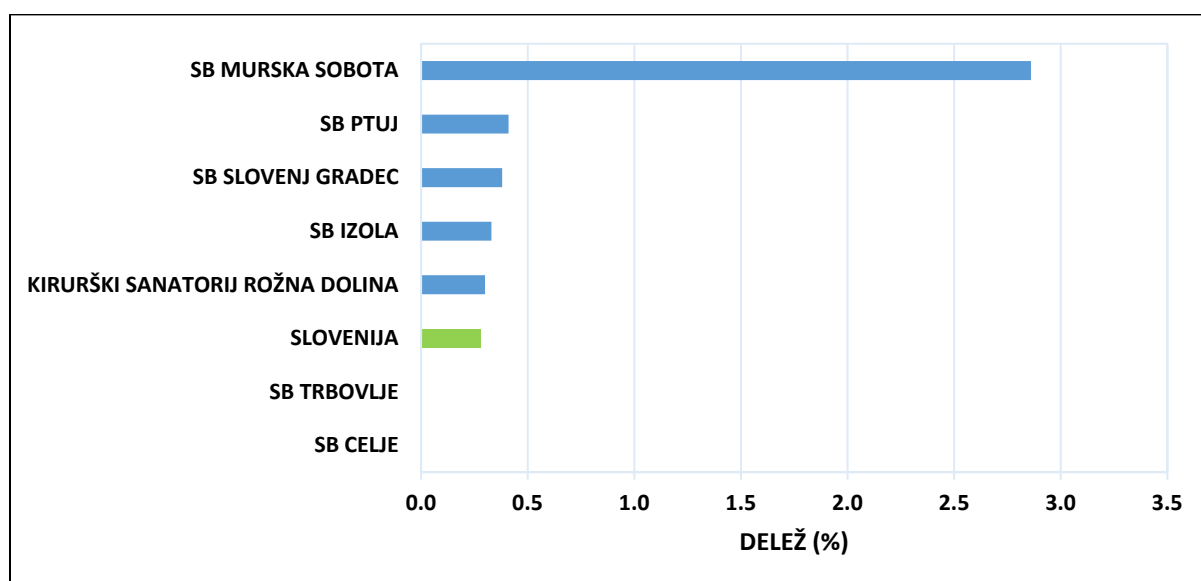
Pokazalo se je, da se je delež enodnevne kirurgije zaradi holecistektomije z 0,12 odstotka v letu 2009 povečeval le na 0,28 odstotka v letu 2020 (slika 64). V letu 2020 so imeli največji delež enodnevnih holecistektomij ponovno v SB Murska Sobota (slika 65).

Delež enodnevnih holecistektomij ostaja zelo nizek.

Slika 64: Delež enodnevnih holecistektomij v Sloveniji med letoma 2009 in 2020



Slika 65: Delež enodnevnih holecistektomij po nekaterih izvajalcih v letu 2020



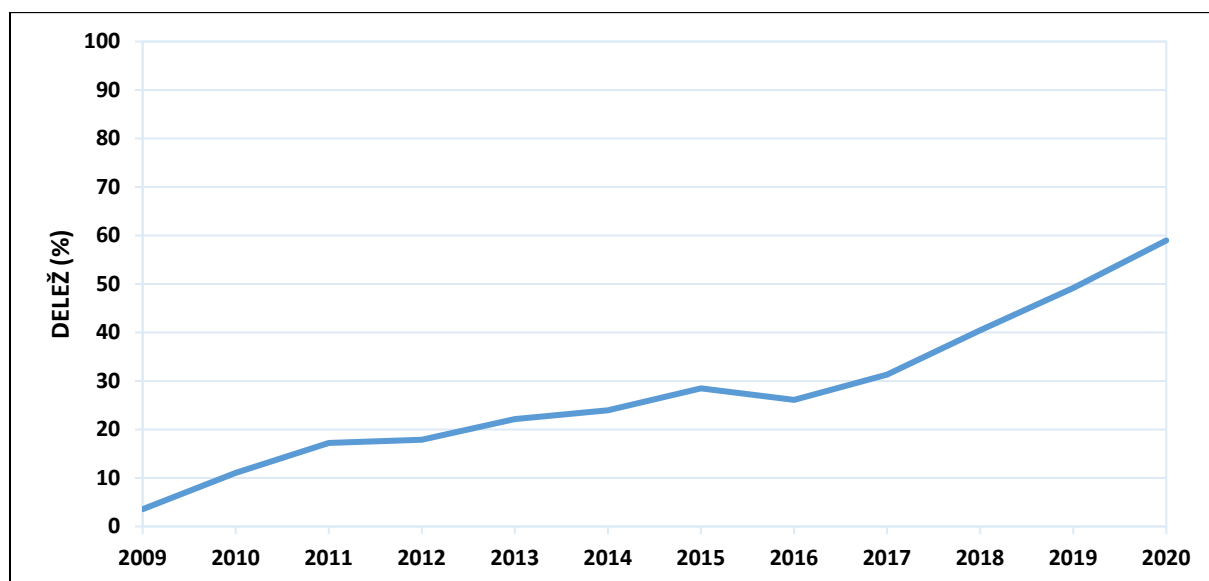
OPERACIJA KRČNIH ŽIL

Analiza je upoštevala izvajalce zdravstvenih storitev z vsaj štirimi ali več primeri enodnevnih kirurških posegov v enem opazovanem letu.

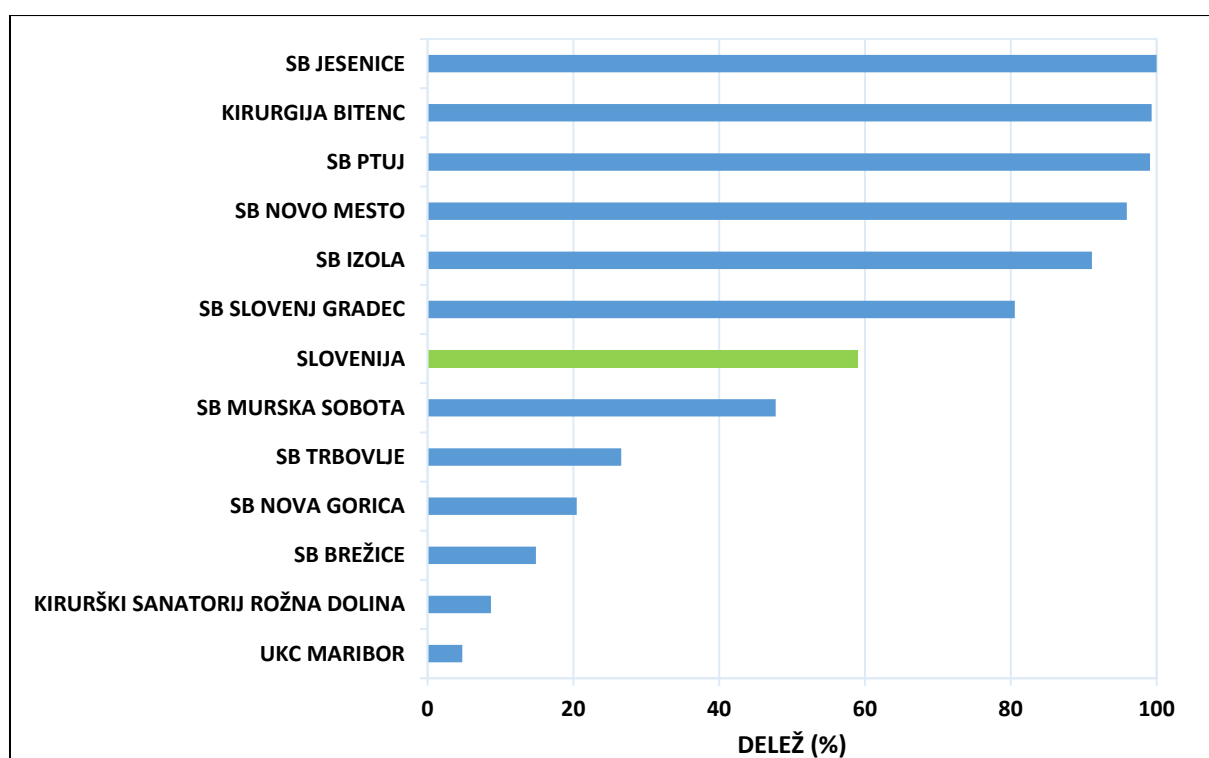
Pokazalo se je, da se je delež enodnevne kirurgije zaradi operacije krčnih žil s 3,6 odstotka v letu 2009 povečeval na 59,0 odstotka v letu 2020 (**slika 66**). V letu 2020 so imeli največji delež enodnevne kirurgije zaradi operacije krčnih žil v Kirurgiji Bitenc, SB Jesenice in SB Ptuj (**slika 67**).

Podrobna analiza posameznih izvajalcev zdravstvenih storitev je povečini prikazala postopno večanje deleža (slika 68).

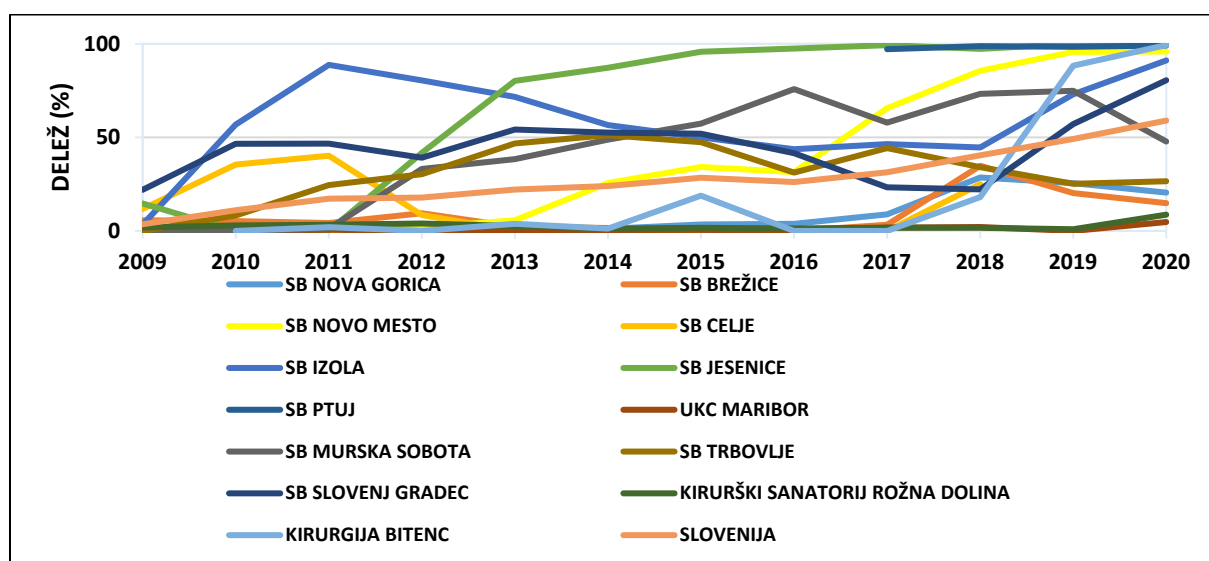
Slika 66: Delež enodnevnih operacij krčnih žil v Sloveniji med letoma 2009 in 2020



Slika 67: Delež enodnevnih operacij krčnih žil po posameznih izvajalcih v letu 2020



Slika 68: Delež enodnevnih operacij krčnih žil po posameznih izvajalcih med letoma 2009 in 2020



KK64 – SPREMLJANJE BOLNIŠNIČNE PORABE PROTIMIKROBNIH ZDRAVIL

Poročilo o spremljanju bolnišnične porabe protimikrobnih zdravil je povzeto iz poročila in podatkov v Porabi protimikrobnih zdravil v Sloveniji v letu 2020.

V letu 2020 je podatke o porabi sistemsko predpisanih protibakterijskih (antibiotikov), protiglivnih 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 Medicinski center Medicor). Poleg porabe 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, ostale). Nacionalna komisija za smotno rabo protimikrobnih zdravil spremlja rezultate porabe protimikrobnih zdravil za načrtovanje bolnišničnih nadzorov in bolnišnične komisije za zdravila ali antibiotike. 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 smotne 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 2020 je bila uporabljena SZO DDD/ATC, različica 2020. Izražena je v določenih dnevni 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 2019 se je poraba antibiotikov (J01) v letu 2020 povečala z 295,79 na 303,02 DDD na 100 sprejemov (2,4 odstotka, z 49,06 na 52,31 DDD na 100 BOD (6,6 odstotka), medtem ko se je DDD na 1000 prebivalcev na dan zmanjšala z 1,50 na 1,33 (–11 odstotkov) (**slike 69, 70 in 71**). Od leta 2003 do 2014 je bil opazen trend zmanjševanja poraba antibiotikov glede na DDD na 100 sprejemov, po letu 2014 je opazen trend naraščanja. Pri porabi glede na DDD na 100 BOD je opazen trend postopnega povečevanja, medtem ko poraba glede na DDD na 1000 prebivalcev na dan ostaja približno enaka oziroma je bilo v letu 2020 zaznано zmanjšanje.

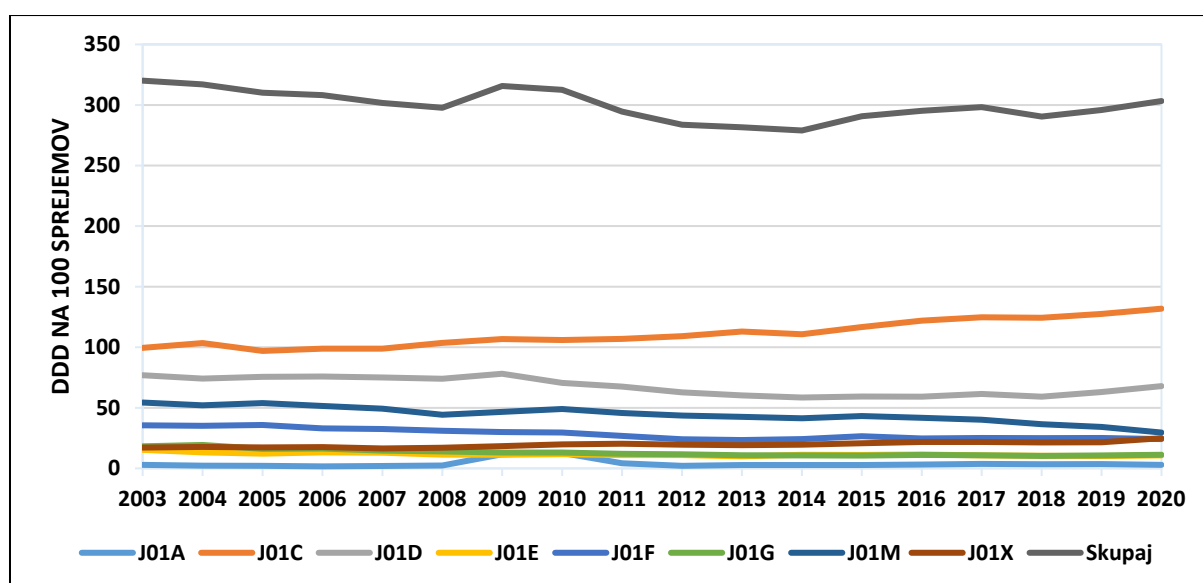
Poraba protiglivnih zdravil za sistemsko rabo (J02) se je v letu 2020 v primerjavi z letom 2019 povečala z 0,08 na 0,089 DDD na 1000 prebivalcev na dan (11,2 odstotka), raba protivirusnih zdravil (J05) pa se je z 0,04 povečala na 0,075 DDD na 1000 prebivalcev (87,5 odstotka), kar se lahko pripiše pandemiji covida-19 (**sliki 72 in 73**). Tako pri porabi protiglivnih kot protivirusnih zdravil je opazno povečevanje porabe glede na DDD na 1000 prebivalcev na dan.

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

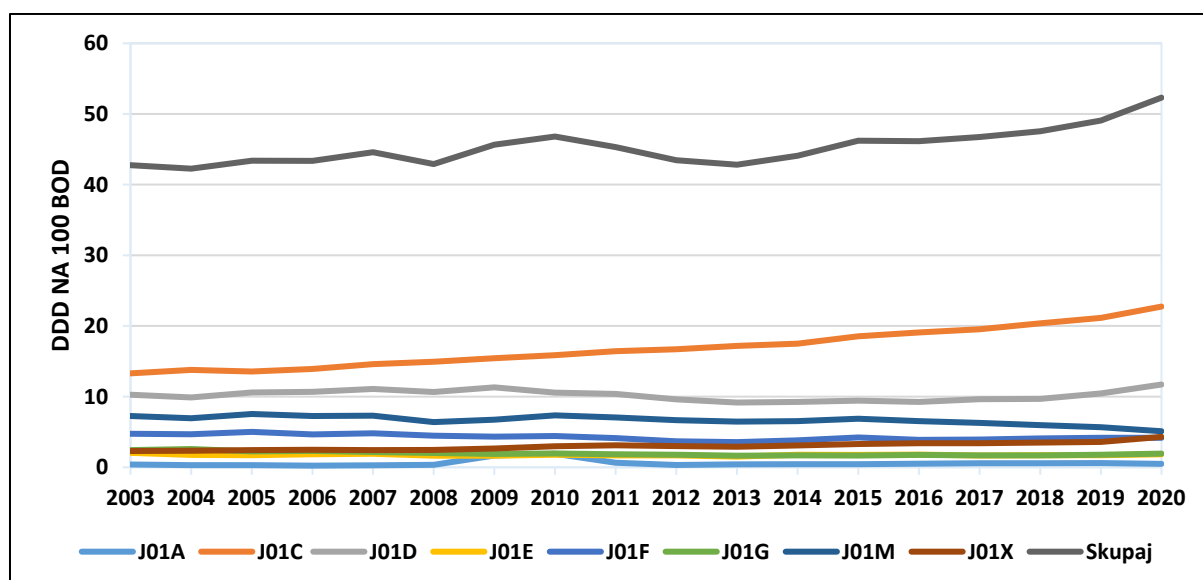
V letu 2020 so največ protivirusnih zdravil porabili v SB Murska Sobota (12,22 DDD na 100 BOD), protiglivnih na OI Ljubljana (11,08 DDD na 100 BOD) in antibiotikov v SB Celje (71,16 DDD na 100 BOD) (**slike 74, 75 in 76**).

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 2020 povprečna poraba cefalosporinov tretje generacije 2,80 DDD na 100 BOD, fluorokinolonov 5,10 DDD na 100 BOD in protipsevdomonasnih karbapenemov 2,41 DDD na 100 BOD. Brez manjše porabe ne moremo pričakovati zmanjšanja odpornosti bakterij.

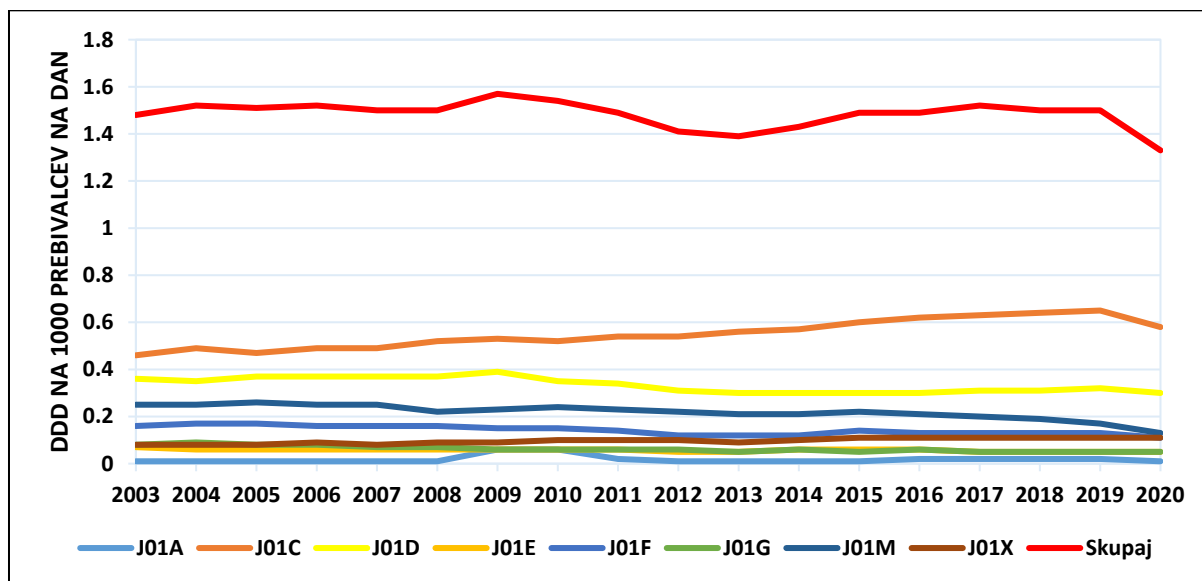
Slika 69: Poraba antibiotikov (J01) v Sloveniji med letoma 2003 in 2020 (DDD na 100 sprejemov)



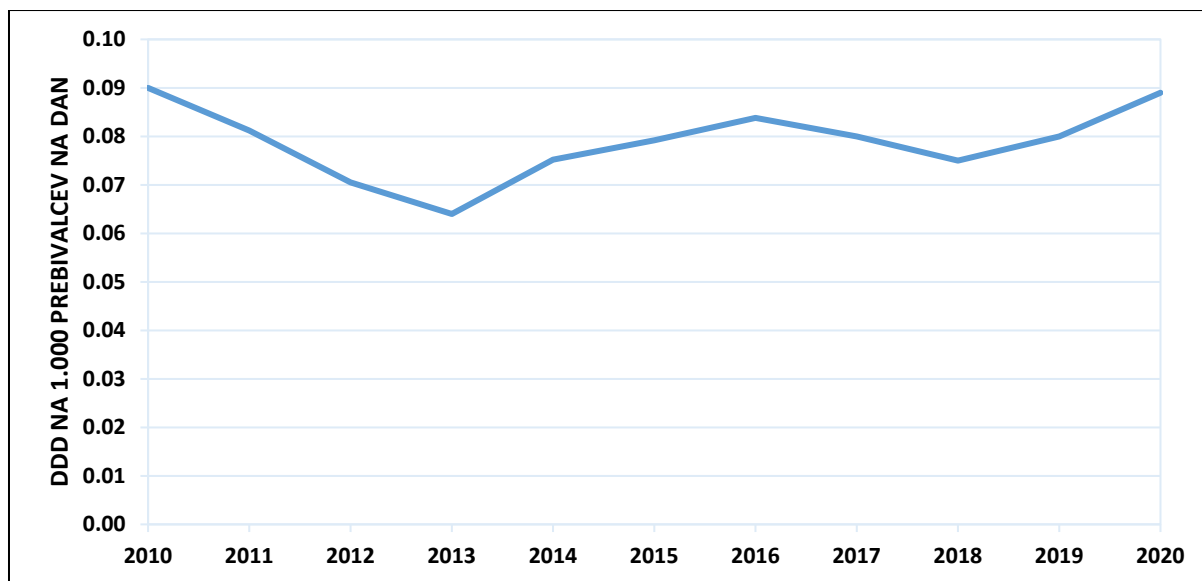
Slika 70: Poraba antibiotikov (J01) v Sloveniji med letoma 2003 in 2020 (DDD na 100 BOD)



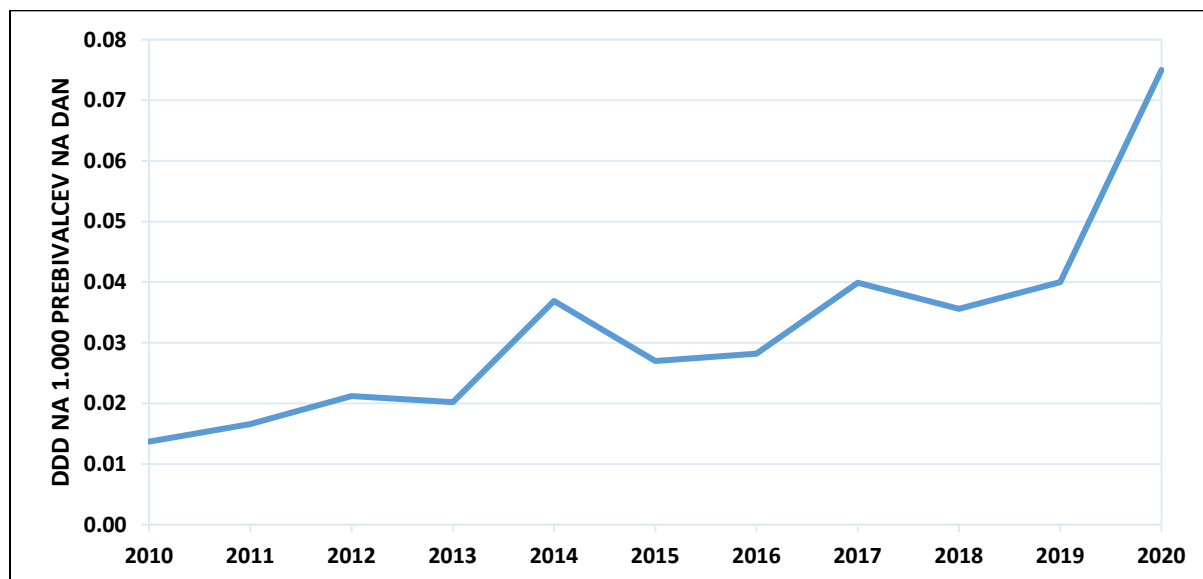
Slika 71: Poraba antibiotikov (J01) v Sloveniji med letoma 2003 in 2020 (DDD na 1000 prebivalcev na dan)



Slika 72: Poraba protiglivičnih zdravil (J02) v Sloveniji med letoma 2010 in 2020 (DDD na 1000 prebivalcev na dan)



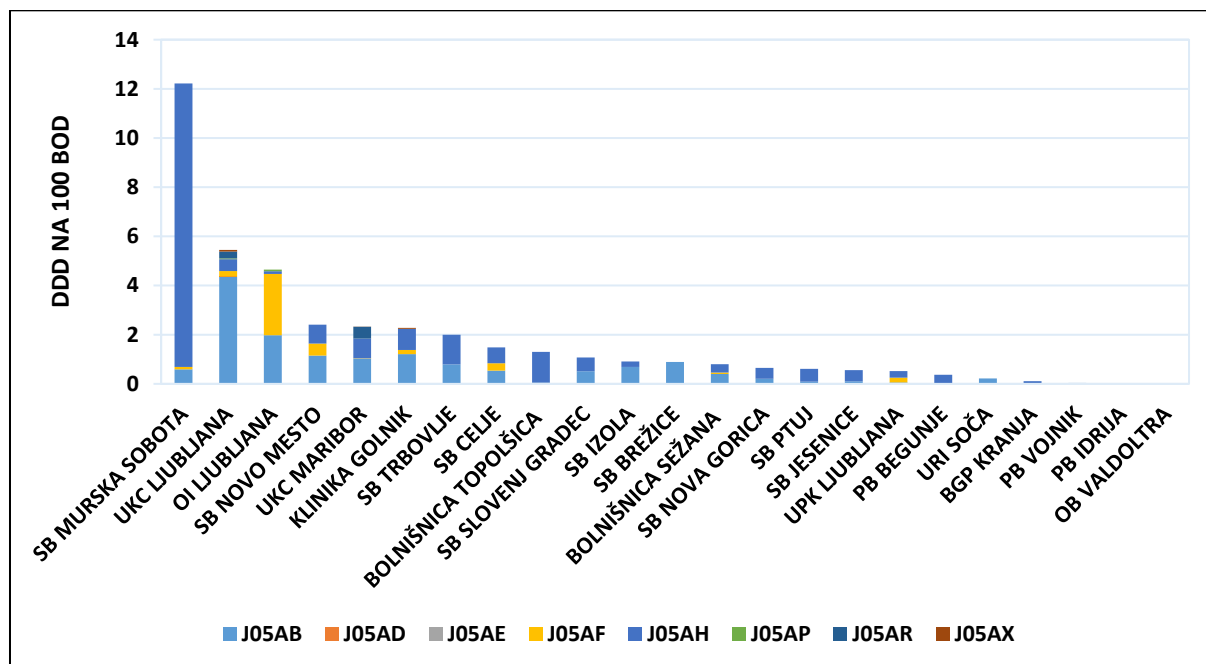
Slika 73: Poraba protivirusnih zdravil (J05) v Sloveniji med letoma 2010 in 2020 (DDD na 1000 prebivalcev na dan)



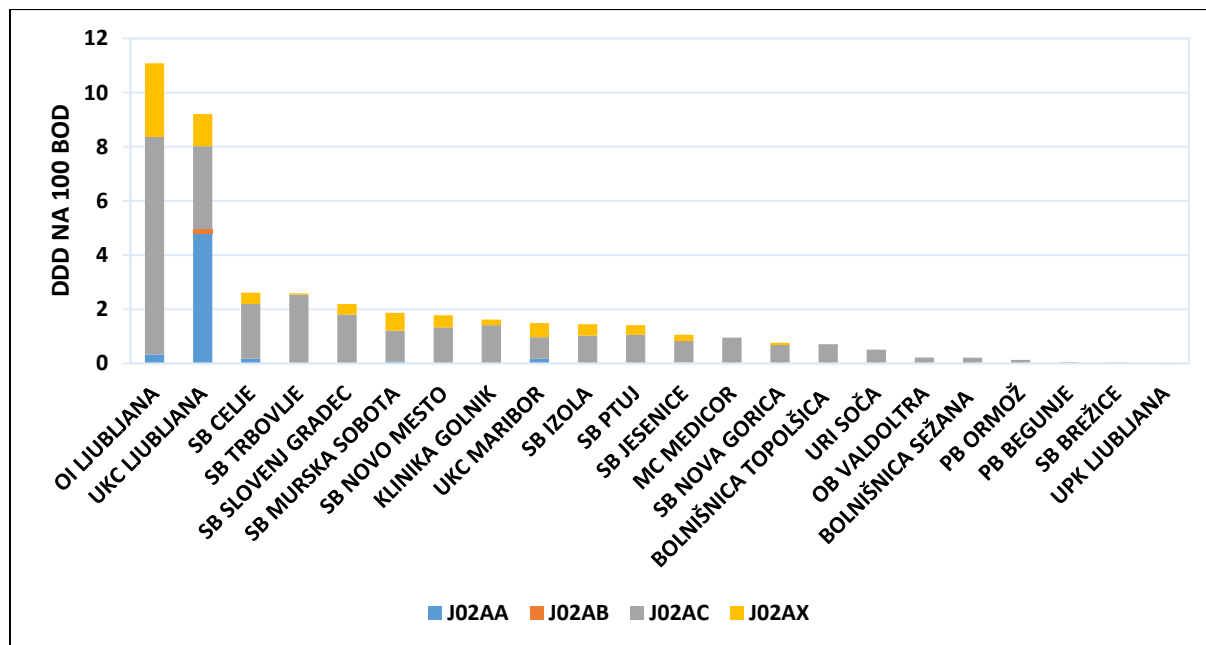
Preglednica 6: Poraba (DDD na 100 BOD) antibiotikov za sistemsko rabo (J01) na oddelkih splošnih bolnišnic (n = 10) in UKC (n = 2) med letoma 2016 in 2020

ODDELEK	POVPREČJE 2016	POVPREČJE 2017	POVPREČJE 2018	POVPREČJE 2019	POVPREČJE 2020	Najmanjša poraba 2020	Največja poraba 2020
INTERNA	57,77	60,13	61,67	62,44	64,77	35,10 (SB Trbovlje)	112,81 (UKC Ljubljana)
KIRURGIJA	63,52	63,31	54,59	67,46	61	34,23 (SB Slovenj Gradec)	77,75 (UKC Ljubljana)
GINEKOLOGIJA	30,09	32,33	30,84	32,57	30,7	12,46 (SB Novo mesto)	58,46 (UKC Maribor)
PEDIATRIJA	39,15	40,66	44,86	42,24	41,81	14,87 (SB Trbovlje)	93,41 (UKC Ljubljana)
INTERNISTIČNA INTENZIVNA TERAPIJA	123,22	128,47	132,98	124,54	130,18	50,93 (UKC Ljubljana)	305,42 (SB Celje)
KIRURŠKA INTENZIVNA TERAPIJA	181,76	173,75	175,49	178,5	150,49	94,03 (SB Slovenj Gradec)	192,31 (UKC Maribor)

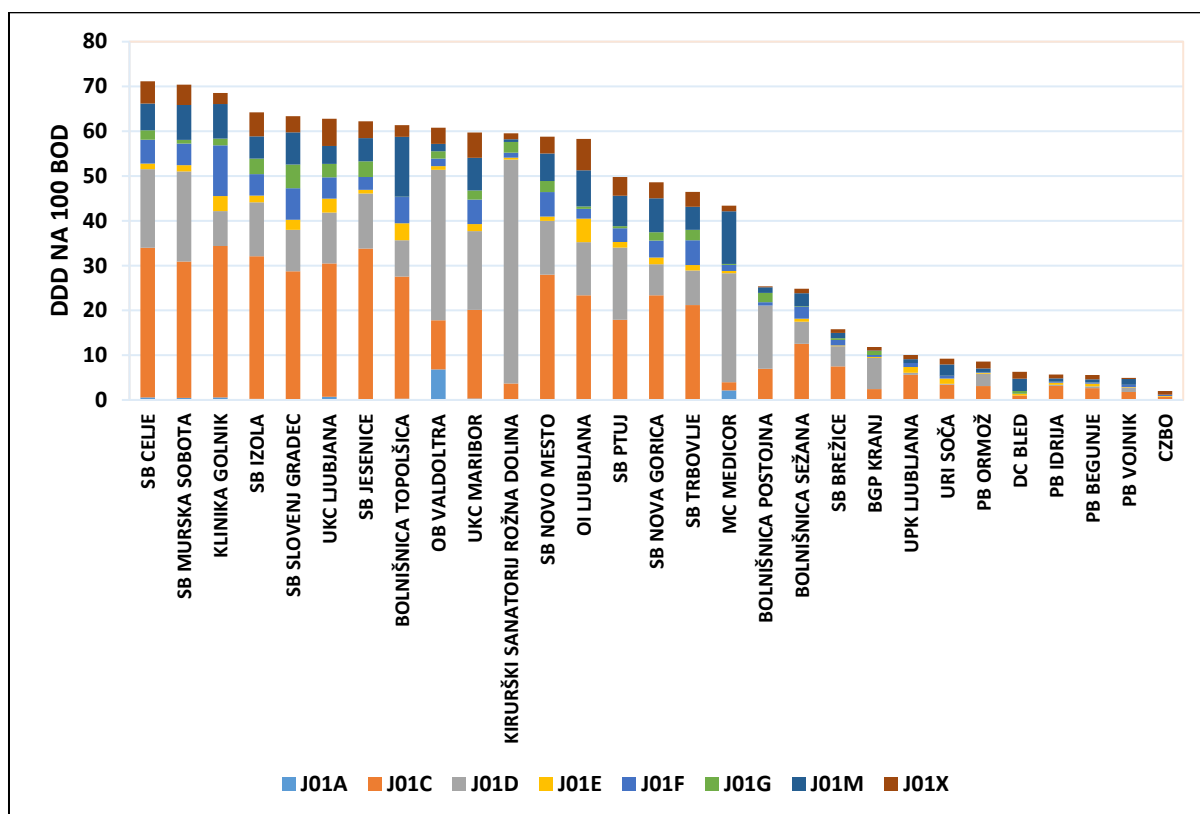
Slika 74: Poraba protivirusnih zdravil (J05) po posameznih zdravstvenih ustanovah v letu 2020 (DDD na 100 BOD)



Slika 75: Poraba protiglivnih zdravil (J02) po posameznih zdravstvenih ustanovah v letu 2020 (DDD na 100 BOD)



Slika 76: Poraba antibiotikov (J01) po posameznih zdravstvenih ustanovah v letu 2020 (DDD na 100 BOD)



VARNOST BOLNIKA IN OSEBJA

KK65 – POŠKODBE OSEBJA Z OSTRIMI PREDMETI

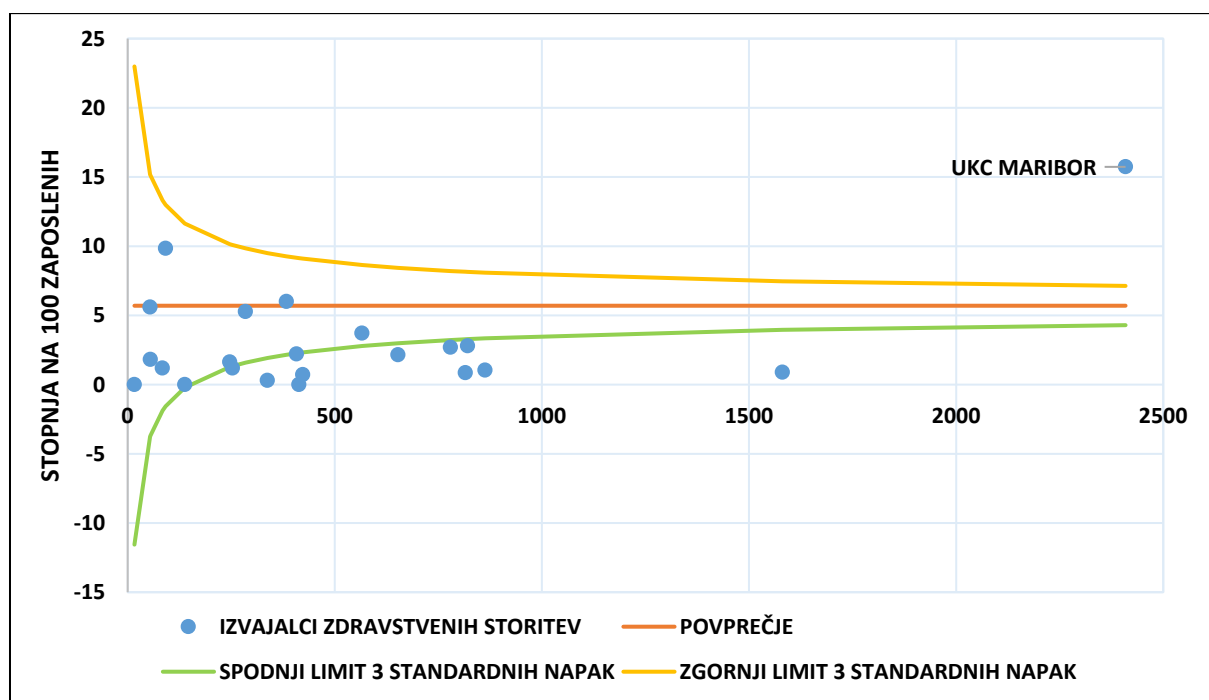
Kazalnik poškodbe osebja z ostrimi predmeti je določen kot število poročenih poškodb zdravstvenega osebja z ostrimi predmeti na zdravstvenega delavca, zaposlenega s polnim delovnim časom v koledarskem letu. Kazalnik izraža varnost zdravstvenega osebja.

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

Po poslanih podatkih za leto 2020 se znova kaže, da nekateri izvajalci zdravstvenih storitev podatkov ne zbirajo ustrezno ali jih sploh ne zbirajo (UKC Ljubljana, Arbor Mea, Bolnišnica Postojna, Bolnišnica Sežana), 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 2020 (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 77**). 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 77: Povprečno število poškodb osebja z ostrimi predmeti na leto na 100 zaposlenih pri nekaterih izvajalcih bolnišničnega zdravljenja v Sloveniji v letu 2020



KK67 – PADCI

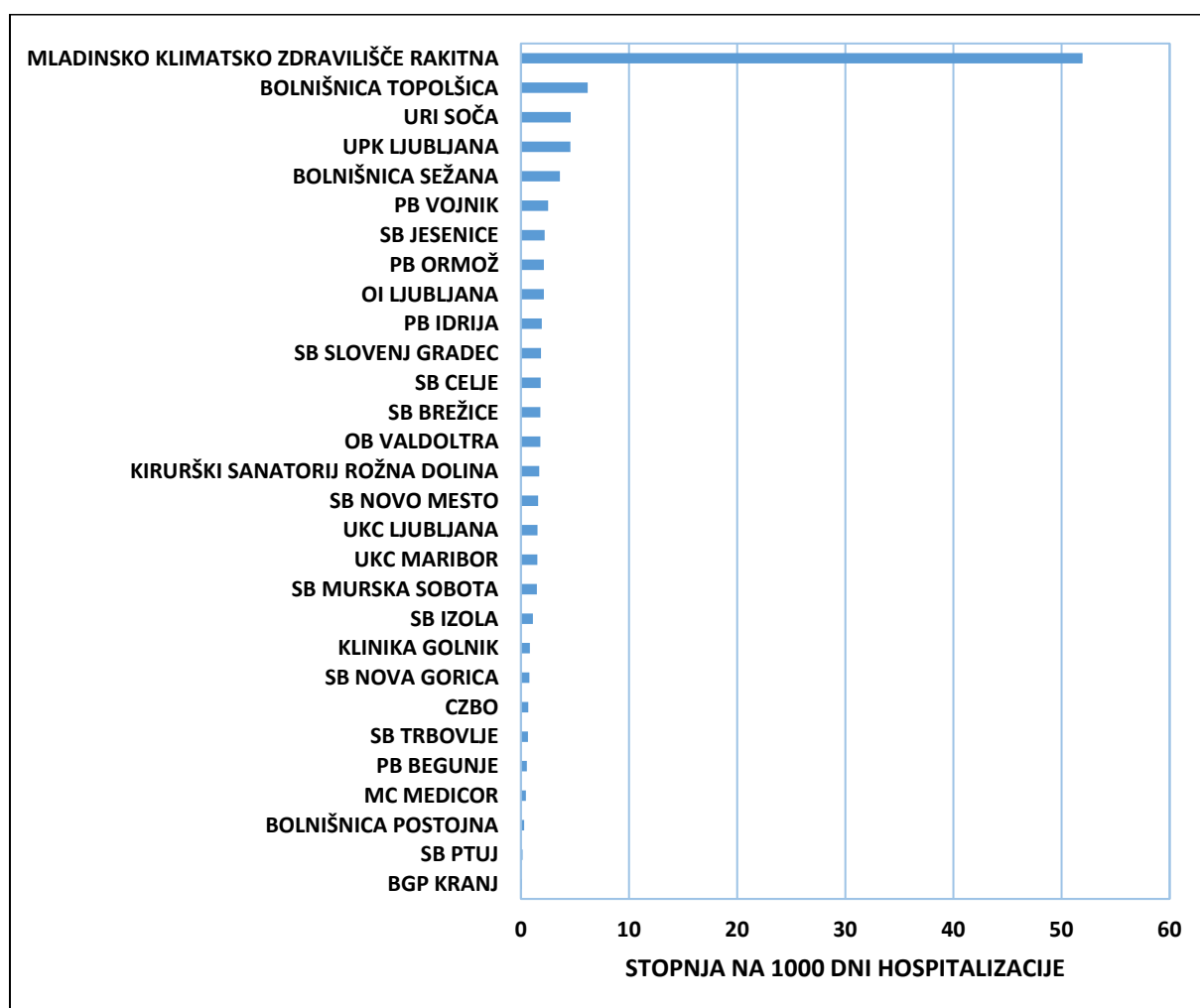
Število padcev med hospitalizacijo je kazalnik bolnikove varnosti. Njihovo število bi se lahko zmanjšalo s sprejetjem preprečevalnega programa. Preventivna strategija bi lahko zajemala redno ocenjevanje tveganja za padce z napovednimi lestvicami, zaznavo bolnikov z velikim tveganjem za padce, komunikacijo 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 niso bili zajeti izvajalci, ki podatkov niso poslali ali so poslali le delne in nepopolne podatke za leto 2020.

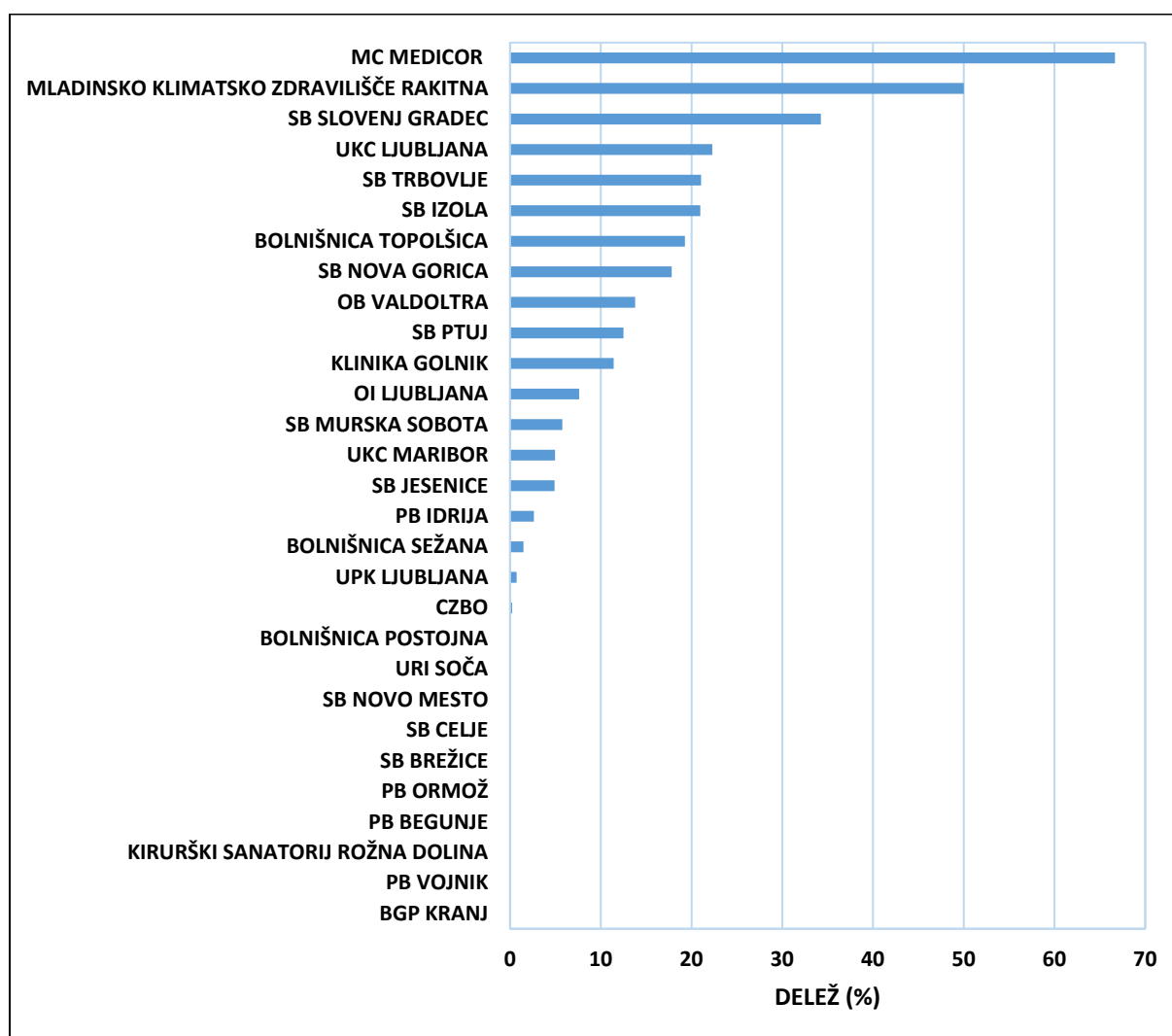
Razlike v načinih zbiranja podatkov še vedno so in onemogočajo boljše neposredne primerjave. Merjenje kazalnika stopnje padcev je zato koristno, saj ga bolnišnice prepoznajo kot orodje za ukrepanje in izboljševanje stanja na tem področju. Zaradi dolgoletnega sistematičnega zbiranja podatkov lahko bolnišnice same ugotavljajo, kako posamezni ukrepi vplivajo na število padcev v njihovi ustanovi. Znatnih razlik v stopnji padcev med posameznimi bolnišnicami v letu 2020 ni bilo, razen v Mladinskem klimatskem zdravilišču Rakitna (**slika 78**). Opaznejše so razlike v deležu poškodb zaradi padca (**slika 79**). Največji delež padcev s poškodbami so imeli v MC Medicor, najmanjšega pa v več različnih bolnišnicah.

Splošnih smernic za obravnavo bolnika s povečanim tveganjem za padce 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 78: Stopnja padcev po posameznih slovenskih bolnišnicah na 1000 dni hospitalizacije v letu 2020



Slika 79: Delež padcev s poškodbami po posameznih slovenskih bolnišnicah v letu 2020

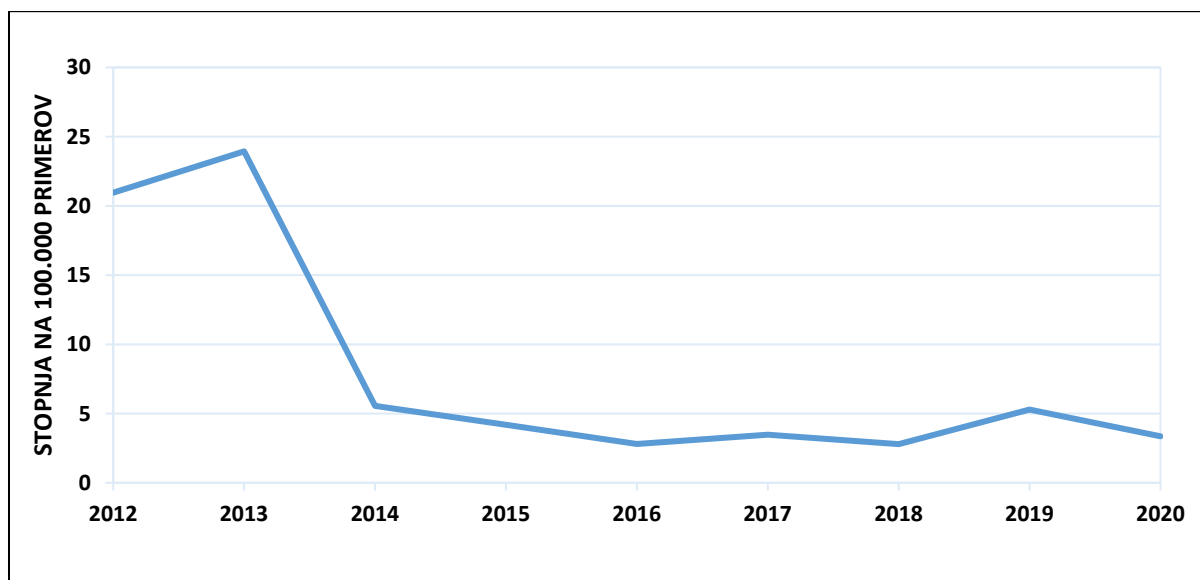


KK69 – TUJKI V TELESU PO OPERACIJSKEM POSEGU

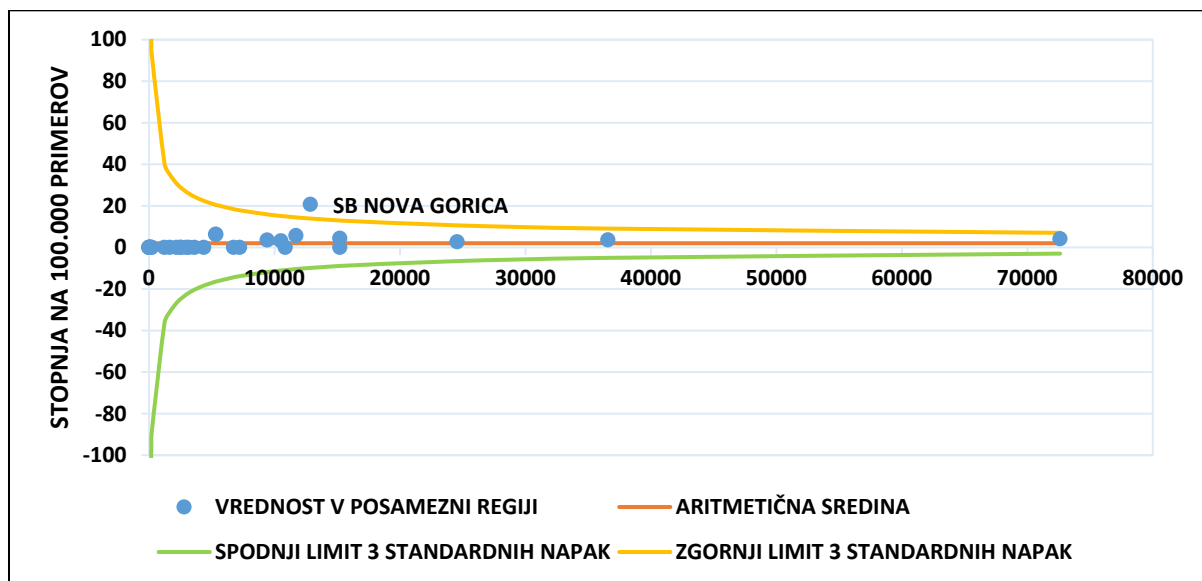
Kazalnik kakovosti tujki v telesu po operacijskem posegu je določen kot stopnja odpuščenih bolnikov, starih 15 let ali več, pri katerih je po operacijskem posegu ostal tujek v telesu (diagnostične kode T81.6, Y61.0–Y61.9). Tujki so v telesu lahko ostali zaradi kirurške operacije, infuzije ali transfuzije, 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 zmanjšala, vendar z manjšim upadanjem po letu 2014 in manjšim vnovičnim povišanjem v letu 2019 s ponovnim zmanjšanjem v letu 2020 (**slika 80**). Podrobnejša analiza izvajalcev ne kaže večjih razlik med njimi, ponovno le nekoliko izstopa SB Nova Gorica zaradi številnejših primerov v letu 2019 (**slika 81**).

Slika 80: Stopnja tujkov v telesu po operacijskem posegu na 100.000 operacijskih posegov v Sloveniji med letoma 2012 in 2020



Slika 81: Groba stopnja tujkov v telesu po operacijskem posegu na 100.000 operacijskih posegov po bolnišnicah, povprečna vrednost treh let (2018–2020)



KK71 – MRSA

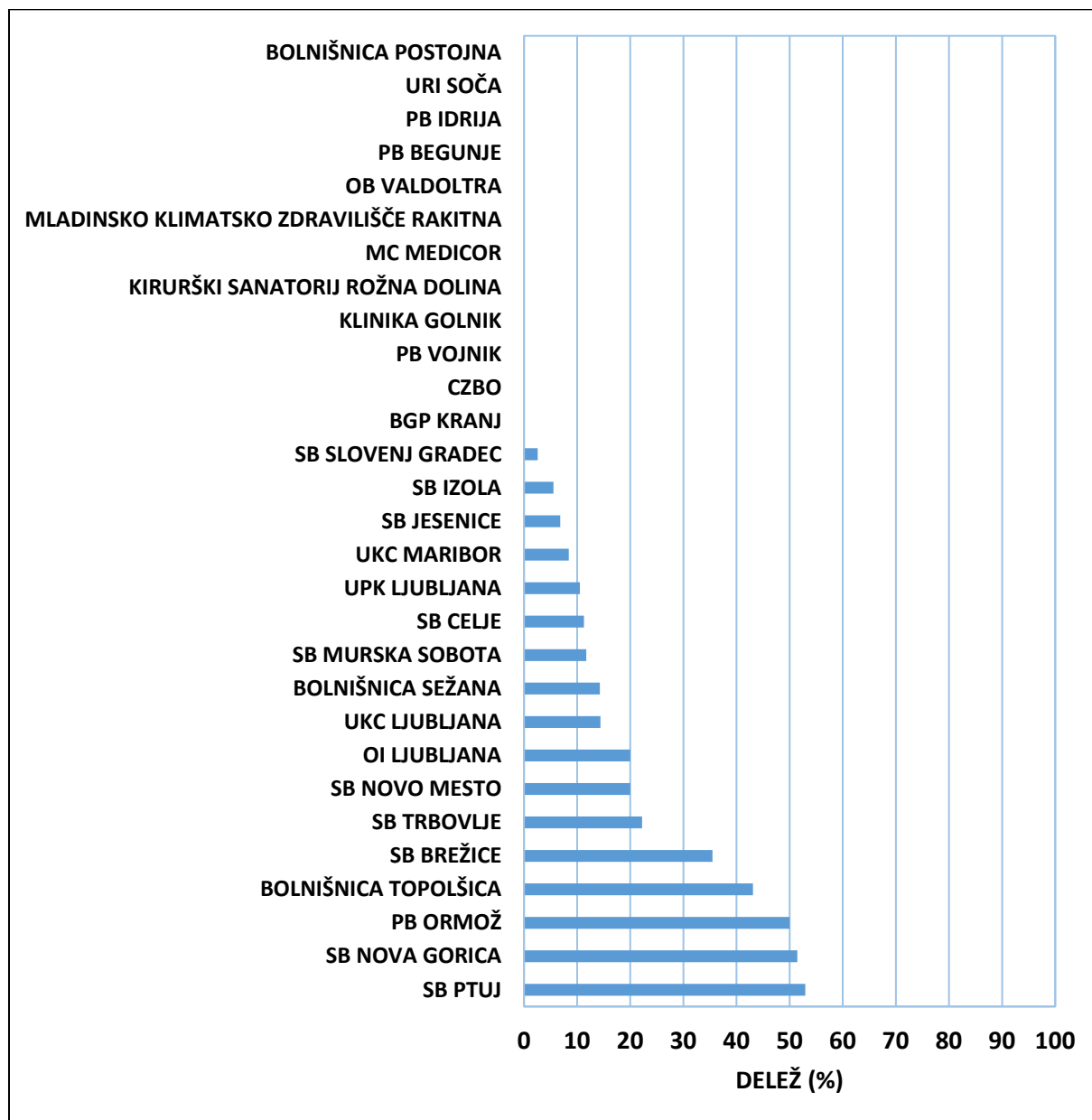
Kazalnik MRSA (proti metilicinu odporni *Staphylococcus aureus*) opredeli delež bolnikov z bolnišnično MRSA v posamezni bolnišnici glede na skupno število bolnikov, pri katerih je bila ugotovljena kolonizacija ali okužba z MRSA v tekočem letu.

V primerjavi s prejšnjimi leti je večina bolnišnic poslala zahtevane podatke. SB Novo mesto ni poslala podatkov za vsa četrletja.

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 MRSA v posamezni bolnišnici glede na skupno število bolnikov, pri katerih je bila ugotovljena prisotnost MRSA v letu 2020, prikazuje **slika 82**. 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 2020 je bilo opazno, da imajo nekatere bolnišnice še vedno velik delež bolnikov z bolnišnično pridobljeno MRSA. Več kot 30-odstoten delež so imeli v SB Brežice, Bolnišnici Topolšica, PB Ormož, SB Nova Gorica in SB Ptuj. Zlasti vzbuja skrb stanje v SB Nova Gorica in SB Ptuj, kjer je bil delež bolnikov z bolnišnično pridobljeno MRSA več kot 50-odstoten, česar se letu 2019 ni opazalo. In to v letu pandemije covida-19.

Slika 82: 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 2020



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.

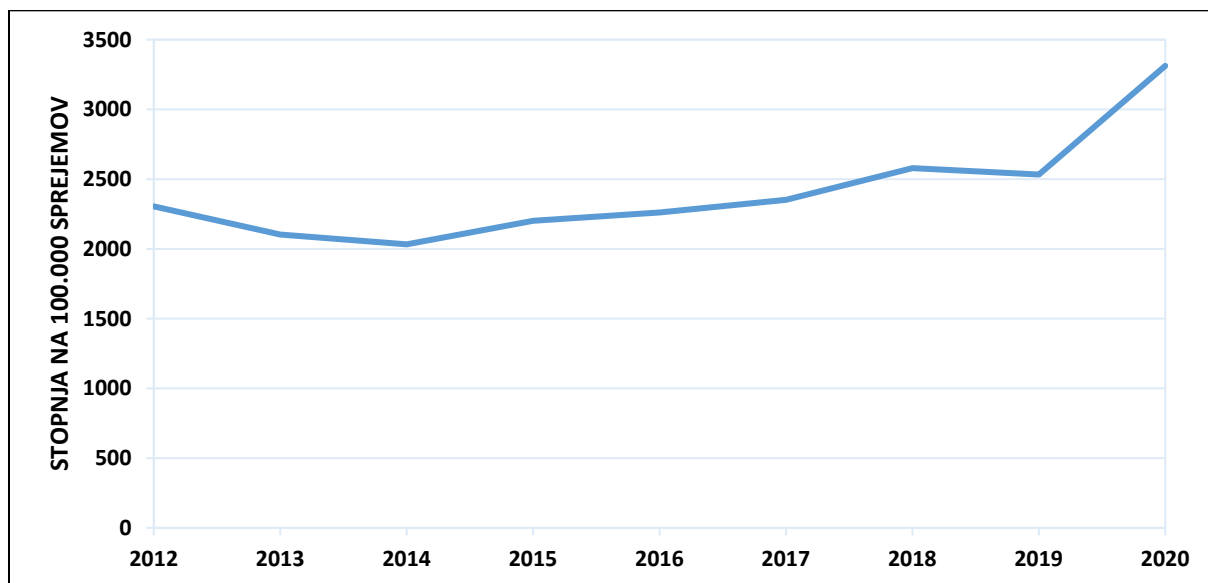
Glavna omejitev analize pooperacijske sepse v Sloveniji še vedno ostaja nezmožnost prepoznavanja sprejemnih diagnoz oziroma nepoznavanje opredelitve kazalnika. To pomeni, da se pri prikazu vrednosti kazalnika za pooperacijske sepse (ob upoštevanju izključitvenih meril) lahko upoštevajo vsi primeri hospitalizacije 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 in 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 (**slika 83**).

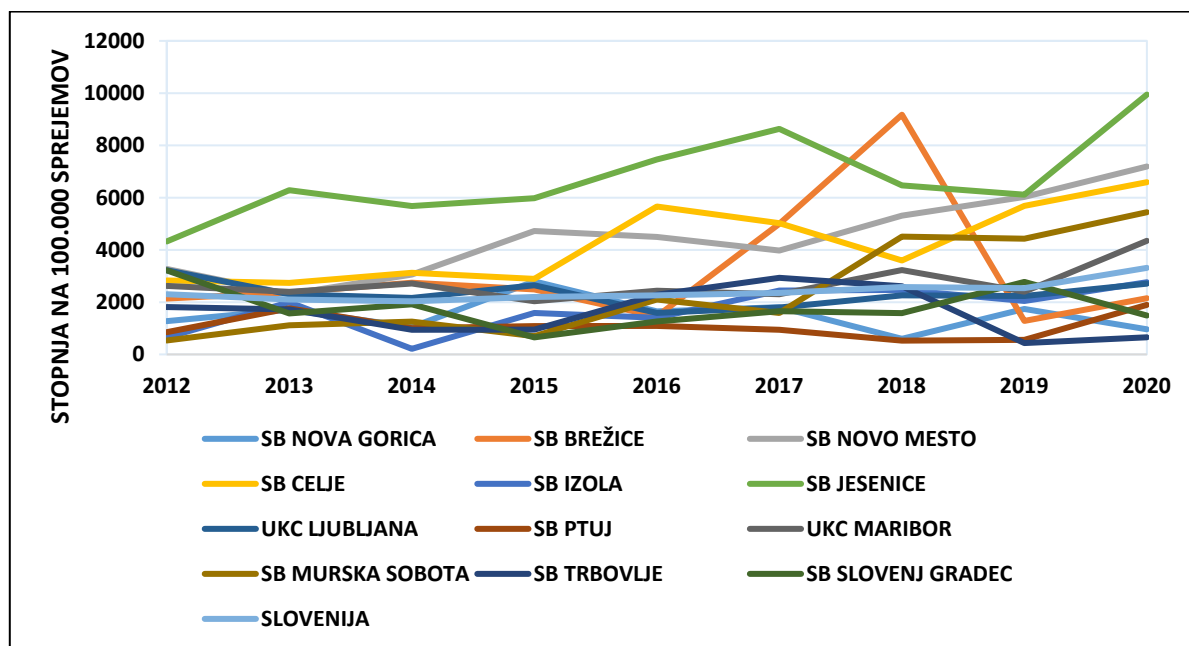
Medbolnišnična analiza prav tako kaže povečevanje stopnje pooperacijskih seps v zadnjih letih (**slika 84**). Podrobnejša analiza povprečij zadnjih treh let kaže nekoliko izstopajočo SB Jesenice, kjer so imeli najvišjo stopnjo pooperacijskih seps (**slika 85**).

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

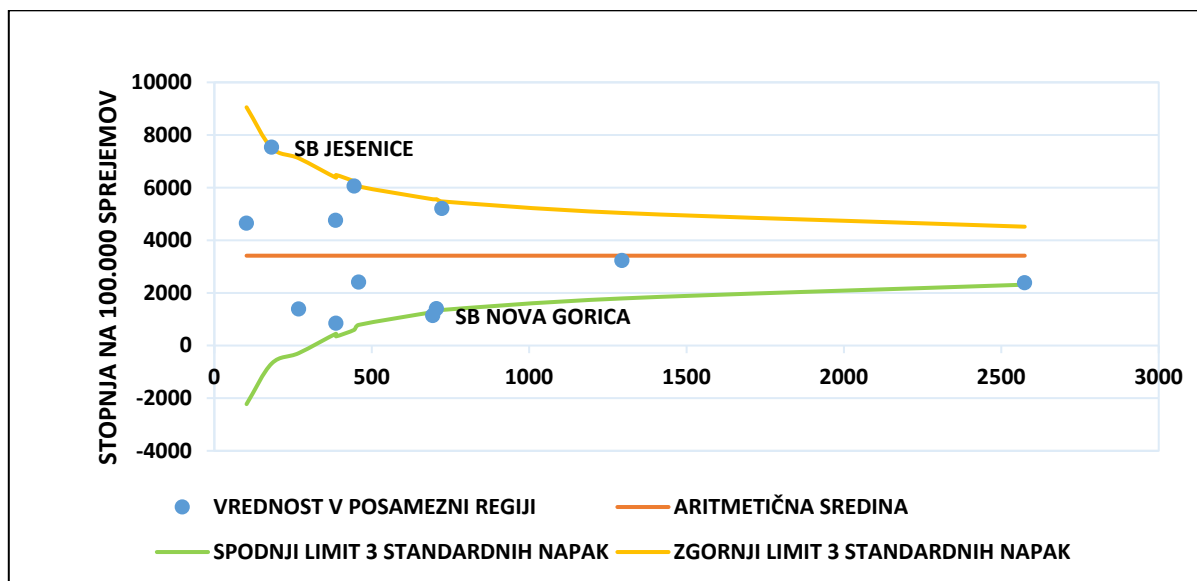
Slika 83: Groba stopnja primerov pooperacijske sepse zaradi kirurškega posega na 100.000 sprejemov, standardizirana po starosti in spolu, v Sloveniji med letoma 2012 in 2020



Slika 84: Groba stopnja primerov pooperacijske sepse zaradi kirurškega posega na 100.000 sprejemov, standardizirana po starosti in spolu, po posameznih bolnišnicah med letoma 2012 in 2020



Slika 85: Groba stopnja primerov pooperacijske sepse zaradi kirurškega posega na 100.000 sprejemov po posameznih bolnišnicah v Sloveniji, povprečna vrednost treh let (2018–2020)



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:

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

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 na 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 pandemičnem letu 2020 so bili podatki delno sporočeni ali v primeru nekaterih bolnišnic niso bili poslani, ker je bilo opazovanje izvajanja higiene rok delno ali ni bilo opazovano. Podatki so bili v celoti sporočeni za DBO iz Bolnišnice Sežana, Bolnišnice Topolšica, SB Brežice, SB Celje, SB Nova Gorica, SB Trbovlje, UKC Ljubljana, Klinike Golnik, Kirurškega sanatorija Rožna dolina, MC Medicor in Mladinskega klimatskega zdravilišča Rakitna, medtem ko so bili za EIT iz SB Brežice, SB Celje, SB Trbovlje, UKC Ljubljana, Bolnišnice Topolšica, Klinike Golnik in MC Medicor.

Iz SB Jesenice so podatke sporočili za celotno opazovano obdobje skupaj. Glede na okrnjeno poročanje konkretnjših ugotovitev o higieni rok v letu 2020 ni mogoče podati.

Podatki o higieni rok zdravstvenih delavcev in drugih zaposlenih v EIT in na DBO za leto 2020 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 2020

	EIT	DBO
število sporočevalcev	7	12
sporočeno število dejanj	od 59 do 928	od 11 do 3732
sporočeno število priložnosti	od 76 do 1125	od 12 do 4763
sporočena doslednost higiene rok	od 74,8 do 97,3 %	od 67,9 do 97,0 %
skupno število opazovanih dejanj	5182	16261
skupno število opazovanih priložnosti	6162	20515
skupna doslednost higiene rok	84,1 %	79,3 %

Stopnja doslednosti higiene rok v letu 2020 je za izbrane bolnišnice v EIT bila 84,1-odstotna in na DBO 79,3-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, ker 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 ko je skupno število opazovanih dejanj, bolj stvarna je ocena stopnje doslednosti. V primerjavi s prejšnjimi leti pandemija covid-19 s strožjim upoštevanjem higienskih normativov ni bistveno vplivala na doslednejše upoštevanje higiene rok (leta 2019 EIT 76,7 % in DBO 77,5 %).

V **preglednici 8** so podatki o higieni rok zdravstvenih delavcev in sodelavcev v EIT prikazani med letoma 2017 in 2020. Ponovno je treba poudariti, da so bili za leto 2020 upoštevani le podatki bolnišnic, ki so poslale podatke obeh opazovanih obdobj.

Preglednica 8: Higiena rok zdravstvenih delavcev in sodelavcev v EIT med letoma 2016 in 2020

	2016	2017	2018	2019	2020
število sporočevalcev	14	15	18	17	7
sporočeno število dejanj	od 27 do 1161	od 91 do 1419	od 21 do 2006	od 16 do 1592	od 59 do 928
sporočeno število priložnosti	od 50 do 1550	od 93 do 1773	od 44 do 2604	od 17 do 2052	od 76 do 1125
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 %
skupno število opazovanih dejanj	8308	8717	10753	9493	5182
skupno število opazovanih priložnosti	10897	10912	13919	12374	6162
skupna doslednost higiene rok	76,2 %	79,9 %	77,3 %	76,70 %	84,1 %

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 leto 2020 točnejše ocene ni mogoče podati. 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. V letu 2020 je opazno povišanje skupne doslednosti higiene rok.

Podatki o higieni rok na DBO med letoma 2017 in 2020 so prikazani v **preglednici 9**. Ponovno je treba poudariti, da so bili za leto 2020 upoštevani le podatki bolnišnic, ki so poslale podatke obeh opazovanih obdobj.

Preglednica 9: Higiena rok na DBO med letoma 2016 in 2020

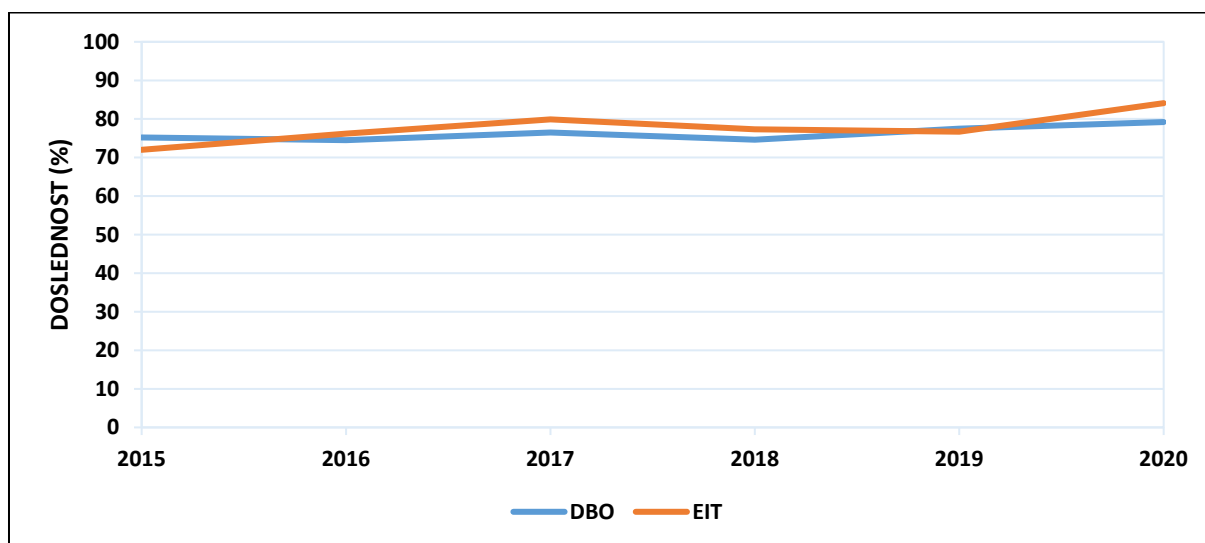
	2016	2017	2018	2019	2020
število sporočevalcev	18	17	23	23	12
sporočeno število dejanj	od 34 do 6157	od 238 do 8911	od 29 do 9141	od 18 do 8727	od 11 do 3732
sporočeno število priložnosti	od 59 do 8343	od 479 do 11392	od 35 do 11682	od 96 do 11238	od 12 do 4763
sporočena doslednost higiene rok	od 51,4 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 %
skupno število opazovanih dejanj	24946	21470	30504	32036	16261
skupno število opazovanih priložnosti	33491	28050	40918	41344	20515
skupna doslednost higiene rok	74,50 %	76,50 %	74,60 %	77,50 %	79,30 %

Pri DBO je bilo opazno, da se je število dejanj in priložnosti med letoma 2016 in 2019 povečevalo. Za leto 2020 točnejše ocene ni mogoče podati. Skupna doslednost higiene rok zdravstvenih delavcev in sodelavcev ter drugih zaposlenih na drugih oddelkih bolnišnic nekoliko niha, vendar je opazno naraščanje, kar se je nakazalo tudi v letu 2020.

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

Slika 86 prikazuje doslednost higiene rok v EIT in na DBO med letoma 2015 in 2020. V letu 2020 so upoštevani podatki izbranih bolnišnic.

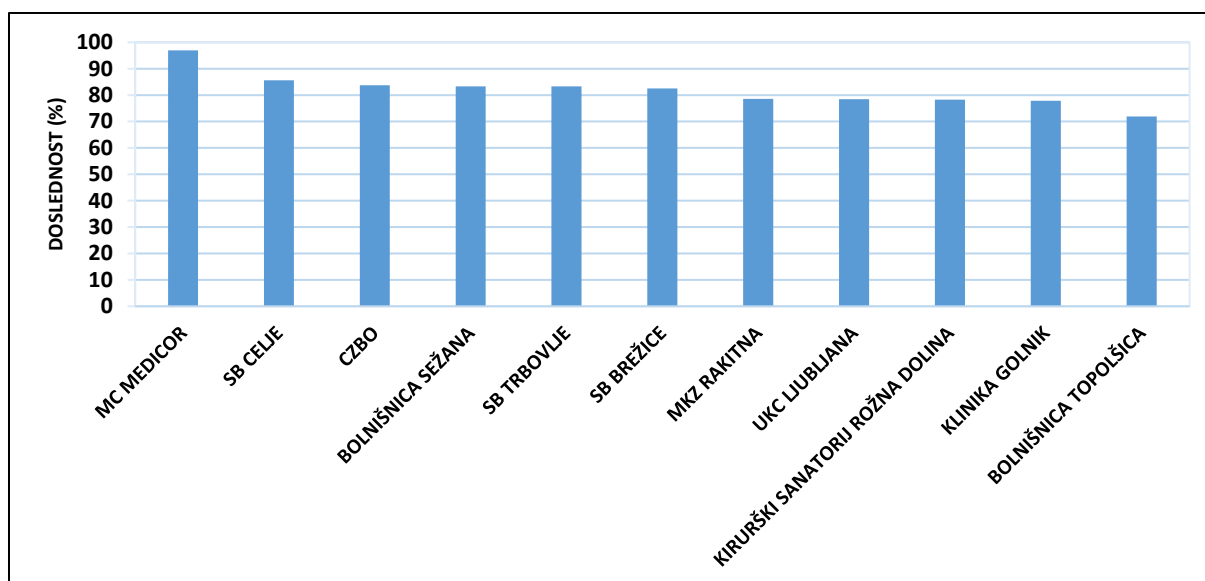
Slika 86: Doslednost higijene rok v EIT in na DBO med letoma 2015 in 2020



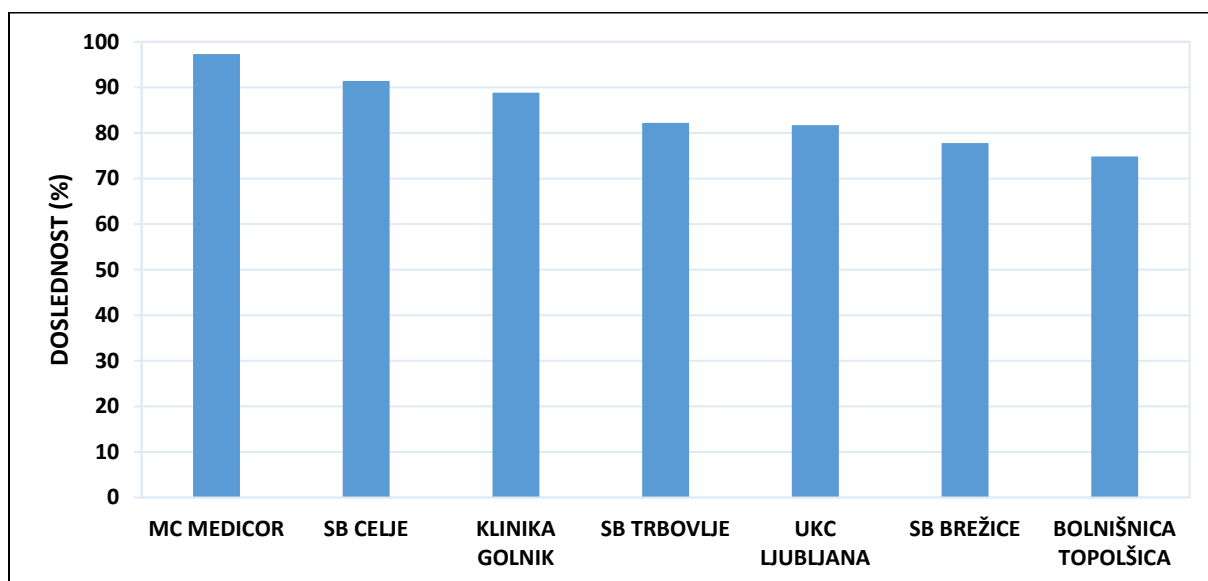
Pregled doslednosti higijene rok od uvedbe kazalnika kaže na ustalitev doslednosti med 70 in 80 odstotki. Doslednosti v EIT in na DBO sta na primerljivi ravni. V letu 2020 se je v izbranih bolnišnicah nakazala večja doslednost.

Sliki 87 in 88 prikazujeta doslednost izvajanja higijene rok po posameznih bolnišnicah za DBO in EIT.

Slika 87: Doslednost izvajanja higijene rok po izbranih bolnišnicah za DBO v letu 2020



Slika 88: Doslednost izvajanja higiene rok po izbranih bolnišnicah za EIT v letu 2020



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

Higiena rok je temeljni ukrep za zagotovitev varnosti bolnikov in zaposlenih, kar se je izkazalo tudi v času pandemije covid-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.

