



REPUBLIKA SLOVENIJA
MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE

Kazalniki kakovosti v zdravstvu

Letno poročilo 2011

Uredniki

Mircha Poldrugovac, Biserka Simčič, Brane Leskošek, Marjan Pajntar

Kazalniki kakovosti v zdravstvu

Letno poročilo 2011

Ljubljana, 2014

Uredniki:

Mircha Poldrugovac, Biserka Simčič, Brane Leskošek, Marjan Pajntar

Priprava podatkov:

Miloš Kravanja, Tina Zupanič, Irena Zupanc, Andreja Rudolf, Ana Zgaga, Metka Zaletel, Mircha Poldrugovac, Biserka Simčič in Brane Leskošek.

Naklada:

100 izvodov

Leto izdaje:

2014

Izdajatelj:

Ministrstvo za zdravje

Naslov dokumenta:

Kazalniki kakovosti v zdravstvu – Letno poročilo 2011

Tip dokumenta:

poročilo

Namen dokumenta:

predstavitev in interpretacija podatkov na področju kakovosti in varnosti

Ciljna populacija:

izvajalci zdravstvenih storitev

Publikacija je nastala kot partnersko sodelovanje Ministrstva za zdravje, Nacionalnega inštituta za javno zdravje, Zdravniške zbornice Slovenije ter Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

ISSN 2350-5800



Avtorji poglavij

Nalezljive bolezni

Marta Vitek

KK 3, 4, 5, 6 in 7 - Sprejemi v bolnišnico zaradi kroničnih bolezni

Mircha Poldrugovac

Sladkorna bolezen

Sonja Paulin, Mircha Poldrugovac, Polonca Truden Dobrin, Jelka Zaletel

Porodništvo

Barbara Mihevc Ponikvar

KK 44 in 58 - 30 dnevna smrtnost zaradi možganske kapi in akutnega miokardnega infarkta

Mircha Poldrugovac

KK 42 - Pacienti z AMI, ki jim je bil od odpustu predpisana acetilsalicilna kislina

Mircha Poldrugovac, Biserka Simčič

KK 64 - Nacionalno spremljanje bolnišnične porabe protimikrobnih zdravil

Milan Čížman za Nacionalno komisijo za smiselno rabo antibiotikov

KK 71 – MRSA

Mircha Poldrugovac, Viktorija Tomič

KK 67 - Padci pacientov

Zdenka Kramar, Nevenka Marinšek, Saša Kadivec, Mircha Poldrugovac, Biserka Simčič

KK 70 - Nenamerna punkcija ali laceracija bolnika

Mircha Poldrugovac, Biserka Simčič

KK 65 - Poškodbe z ostrimi predmeti (osebje)

Mircha Poldrugovac, Biserka Simčič

KK 21 - Razjede zaradi pritiska

Zdenka Kramar, Oti Mertelj, Vanja Viler, Mircha Poldrugovac, Biserka Simčič

KK 50, 51 – Abdominalna kirurgija – operacija žolčnih kamnov (q001)

Brane Leskošek, Marjan Pajntar

KK 38 – Ginekologija - ginekološke operacije (q004)

Brane Leskošek, Marjan Pajntar

KK 59, 60 in 61 – Okulistika - operacija katarakte (q019)

Brane Leskošek, Marjan Pajntar

KK 29, 30 in 31 – Pediatrija - diabetes (q024b)

Brane Leskošek, Marjan Pajntar

KK 39, 40 in 41 – Perinatologija (q028)

Brane Leskošek, Marjan Pajntar

KK 52, 53, 54 in 55 – Torakalna kirurgija - operacija karcinoma (q042)

Brane Leskošek, Marjan Pajntar

KK 32 in 33 – Psihiatrija - prvi zamah shizofrenije (q031)

Brane Leskošek, Marjan Pajntar



Vsebina

Recenzije (po abecednem redu).....	11
O izidu letnega poročila Kakovost v zdravstvu 2011.....	17
Spremna beseda urednikov.....	18
Uvod.....	19
Nalezljive bolezni.....	20
KK 8, 9 in 10 - Delež cepljenih (precepljenost) proti ošpicam, davici, tetanusu, oslovskemu kašlju in hepatitisu B.....	20
KK 11 - Delež cepljenih (precepljenost) proti gripi pri osebah starih 65 let in več.....	20
KK 12, 13 in 14 - Incidenčna stopnja ošpic, oslovskega kašlja in hepatitisa B.....	20
KK 3, 4, 5, 6 in 7 - Sprejemi v bolnišnico zaradi kroničnih bolezni.....	22
Sladkorna bolezen.....	26
KK 25, 26 in 28 - Delež sprejemov zaradi akutnih in kroničnih zapletov sladkorne bolezni ter delež amputacij spodnjih okončin zaradi sladkorne bolezni.....	26
Porodništvo.....	28
KK 2 - Izključno dojenje.....	28
KK 36 - Poškodbe porodne poti ob porodu.....	30
KK 37 - Delež carskih rezov.....	32
KK 44 in 58 - 30 dnevna smrtnost zaradi možganske kapi in akutnega miokardnega infarkta.....	34
KK 42 - Pacienti z AMI, ki jim je bil od odpustu predpisana acetilsalicilna kislina.....	36
KK 64 - Nacionalno spremljanje bolnišnične porabe protimikrobnih zdravil.....	38
KK 71 - MRSA.....	42
KK 67 - Padci pacientov.....	44
KK 70 - Nenamerna punkcija ali laceracija bolnika.....	46
KK 65 - Poškodbe z ostrimi predmeti (osebje).....	48
KK 21 - Razjede zaradi pritiska.....	50
KK 50, 51 – Abdominalna kirurgija – operacija žolčnih kamnov (q001).....	52
KK 38 – Ginekologija- ginekološke operacije (q004).....	56
KK 59, 60 in 61 – Okulistika - operacija katarakte (q019).....	60
KK 29, 30 in 31 – Pediatrija - diabetes(q024b).....	64
KK 39, 40 in 41 – Perinatologija (q028).....	66
KK 52, 53, 54 in 55 – Torakalna kirurgija - operacija karcinoma (q042).....	69
KK 32 in 33 – Psihiatrija - prvi zamah shizofrenije(q031).....	71
Zaključek.....	73

Kazalo slik

Slika 1: Incidenca oslovskega kašlja v Sloveniji v letih od 2005 do 2011	21
Slika 2: Delež sprejemov zaradi astme na 100.000 prebivalcev v Sloveniji v letih od 2005 do 2011	23
Slika 3: Delež sprejemov zaradi KOPBna 100.000 prebivalcev v Sloveniji v letih od 2005 do 2011	23
Slika 4: Delež sprejemov zaradi kroničnega srčnega popuščanja na 100.000 prebivalcev v Sloveniji v letih od 2005 do 2011	23
Slika 5: Delež sprejemov zaradi angine pectoris brez posega na 100.000 prebivalcev v Sloveniji v letih od 2005 do 2011	25
Slika 6: Delež sprejemov zaradi hipertenzije na 100.000 prebivalcev v Sloveniji v letih od 2005 do 2011	25
Slika 7: Starostno standardizirana stopnja sprejemov zaradi akutnih zapletov sladkorne bolezni v Sloveniji v letih od 2005 do 2010	27
Slika 8: Starostno standardizirana stopnja sprejemov zaradi kroničnih zapletov sladkorne bolezni v Sloveniji v letih od 2005 do 2010	27
Slika 9: Stopnja amputacij spodnjih okončin zaradi sladkorne bolezni v Sloveniji v letih od 2005 do 2010	27
Slika 10: Delež izključno dojenih zdravih* novorojenčkov, Slovenija, 2002 - 2011	29
Slika 11: Delež izključno dojenih zdravih* novorojenčkov po porodnišnicah, Slovenija 2011	29
Slika 12: Delež poškodb presredka III. in IV. stopnje pri vaginalnih porodih brez uporabe inštrumentov, po porodnišnicah, Slovenija 2007 - 2011	31
Slika 13: Delež otrok* rojenih s carskim rezom, Slovenija 2002 - 2011	33
Slika 14: Delež otrok* rojenih s carskim rezom, po porodnišnicah, Slovenija 2002 in 2011	33
Slika 15: 30 dnevna smrtnost zaradi akutnega miokardnega infarkta v slovenskih bolnišnicah v letu 2011	35
Slika 16: 30 dnevna smrtnost zaradi hemoragične možganske kapi v slovenskih bolnišnicah v letu 2011	35
Slika 17: 30 dnevna smrtnost zaradi ishemične možganske kapi v slovenskih bolnišnicah v letu 2011	35
Slika 18: Delež pacientov z AMI, ki jim je bil od odpustu predpisana acetilsalicilna kislina v letu 2011 (vsa četrletja skupaj) v posamezni bolnišnici	37
Slika 19: Delež pacientov z AMI, ki jim je bil od odpustu predpisana acetilsalicilna kislina v letu 2011 (vse bolnišnice skupaj) v posameznem četrletju	37
Slika 20: Poraba (DDD/100 BOD) antibiotikov (J01) za sistemsko zdravljenje v slovenskih bolnišnicah v letu 2011	39
Slika 21: Poraba (DDD/100 sprejemov) antibiotikov (J01) za sistemsko zdravljenje v slovenskih bolnišnicah v letu 2011	39
Slika 22: Poraba (DDD/100 BOD) protiglivičnih zdravil (J02) za sistemsko zdravljenje v slovenskih bolnišnicah v letu 2011	41
Slika 23: Poraba (DDD/100 BOD) protivirusnih zdravil za sistemsko zdravljenje (J05) v slovenskih bolnišnicah v letu 2011	41
Slika 24: Delež bolnikov, ki so MRSA pridobili v posamezni bolnišnici v letu 2011	43
Slika 25: Vsi padci pacientov v letu 2011 (vsa četrletja skupaj) v posamezni bolnišnici	45
Slika 26: Število poškodb osebja z ostrimi predmeti na 100 zaposlenih v letu 2011 (vsa četrletja skupaj) v posamezni bolnišnici	49
Slika 27: Utežena povprečna vrednost deleža RZP v slovenskih bolnišnicah od leta 2007 do januarja 2012	51
Slika 28: RZP pridobljene v bolnišnici v letu 2011 (vsa četrletja skupaj) v posamezni bolnišnici	51
Slika 29: q001 – delež poškodb žolčnega voda, žil ali sosednjih organov v slovenskih bolnišnicah	53
Slika 30: q001 – delež poškodb žolčnega voda, žil ali sosednjih organov v slovenskih bolnišnicah	53



Slika 31: q001 – delež krvavitev (potrebna transfuzija) v slovenskih bolnišnicah za obdobje od 2007 do 2011	55
Slika 32: q001 – delež krvavitev (potrebna transfuzija) v slovenskih bolnišnicah za obdobje od 2007 do 2011 po zdravnikih	55
Slika 33: q001 – delež operativnih reintervencij med hospitalizacijo v slovenskih bolnišnicah za obdobje od 2007 do 2011	55
Slika 34: q004 – delež primerov z izgubo krvi nad 500ml ali s transfuzijo med operacijo v Sloveniji za obdobje od 2007 do 2011	57
Slika 35: q004 – delež primerov z izgubo krvi nad 500ml ali s transfuzijo med operacijo v slovenskih bolnišnicah za obdobje od 2007 do 2011	57
Slika 36: q004 – delež transfuzij pri histerektomijah v slovenskih bolnišnicah za obdobje od 2007 do 2011 – težji primeri	59
Slika 37: q004 – delež transfuzij pri histerektomijah v slovenskih bolnišnicah za obdobje od 2007 do 2011 – lažji primeri	59
Slika 38: q019 – delež hospitaliziranih pri različnih izvajalcih v oktobru 2011	61
Slika 39: q019 – delež pooperativnih zapletov pri različnih izvajalcih v oktobru 2011	61
Slika 40: q019 – skupna ocena s 95% intervalom zaupanja po izvajalcih ločeno za lažje in težje primere v oktobru 2011	63
Slika 41: q024b – letno povprečje HbA1c za vsa leta skupaj in ločeno po letih za obdobje od 2007 do 2011	65
Slika 42: q024b – letno število meritev krvnega tlaka za vsa leta skupaj in ločeno po letih za obdobje od 2007 do 2011	65
Slika 43: q024b – delež primerov s Hashimoto testiranjem (odgovori da, ne in ni testiran)	65
Slika 44: Delež primerov s 5' oceno po Apgarjevi, od vključno 1 do vključno 6 med živorojenimi	67
Slika 45: q028 – delež primerov s 5' oceno po Apgarjevi, od vključno 1 do vključno 6 med živorojenimi	67
Slika 46: q028 – delež primerov s transfuzijo med porodom, v 3. porodni dobi in po porodu	68
Slika 47: q028 – delež primerov s transfuzijo med porodom, v 3. porodni dobi in po porodu	68
Slika 48: q042 – delež primerov s krvavitvijo pri slovenskih izvajalcih za obdobje od 2007 do 2011	70
Slika 49: q042 – delež reoperacij pri slovenskih izvajalcih za obdobje od 2007 do 2011	70
Slika 50: q042 – delež primerov z radikalnostjo operacije R0 – histološko pri slovenskih izvajalcih	70

Kazalo tabel

Tabela 1: Delež cepljenih proti nekaterim nalezljivim boleznim v Sloveniji v letu 2011	21
Tabela 2: Število prijavljenih primerov in incidenca nekaterih nalezljivih bolezni v Sloveniji v letih od 2005 do 2011	21
Tabela 3: Delež sprejemov zaradi astmena 100.000 prebivalcev v Sloveniji v letih od 2005 do 2011	24
Tabela 4: Delež sprejemov zaradi KOPBna 100.000 prebivalcev v Sloveniji v letih od 2005 do 2011	24
Tabela 5: Delež sprejemov zaradi kroničnega srčnega popuščanja na 100.000 prebivalcev v Sloveniji v letih od 2005 do 2011	24
Tabela 6: Delež sprejemov zaradi angine pectoris brez posega na 100.000 prebivalcev v Sloveniji v letih od 2005 do 2011	24
Tabela 7: Delež sprejemov zaradi hipertenzije na 100.000 prebivalcev v Sloveniji v letih od 2005 do 2011	24
Tabela 8: Vrednosti števca, imenovalca in kazalnika kolonizacije z MRSA v posameznih bolnišnicah, ki so bili predmet obdelave, v letu 2011	43
Tabela 9: Nenamerna punkcija ali laceracija bolnika na 1000 primerov, podatki bolnišnic*	47
Tabela 10: Nenamerna punkcija ali laceracija bolnika na 1000 primerov, nacionalna zbirka**	47
Tabela 11: q001 – število poslanih operacij po letih in oddelkih	52
Tabela 12: q004 – število poslanih operacij po letih in oddelkih	56
Tabela 13: q019 – število poslanih operacij po letih in oddelkih	60
Tabela 14: q024b – število primerov po letih in oddelkih	64
Tabela 15: q028 – število upoštevanih porodov po letih in oddelkih	66
Tabela 16: q042 – število operacij po letih in oddelkih	69
Tabela 17: q031 – število primerov po letih in oddelkih	71



Razlaga kratic

B Postojna - Bolnišnica za ženske bolezni in porodništvo Postojna
B Sežana – Bolnišnica Sežana
B Topolšica – Bolnišnica Topolšica
BGP Kranj – Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj
CZBO Šentvid pri Stični – Center za zdravljenje bolezni otrok Šentvid pri Stični
IVZ – Inštitut za varovanje zdravja
K Golnik – Klinika Golnik
KK – kazalnik kakovosti
KS Rožna dolina – Kirurški sanatorij Rožna Dolina
MKB – Mednarodna klasifikacija bolezni
MKZ Rakitna – Mladinsko klimatsko zdravilišče Rakitna
MRSA – na meticilin odporni *Staphylococcus aureus*
MZ – Ministrstvo za zdravje
OB Valdoltra – Ortopedska bolnišnica Valdoltra
OECD – Organizacija za gospodarsko sodelovanje in razvoj
Onkološki Inštitut - Onkološki inštitut Ljubljana
RSK – razširjeni strokovni kolegij
SB Brežice – Splošna bolnišnica Brežice
SB Celje – Splošna bolnišnica Celje
SB Izola – Splošna bolnišnica Izola
SB Jesenice – Splošna bolnišnica Jesenice
SB Murska Sobota – Splošna bolnišnica Murska Sobota
SB Nova Gorica – Splošna bolnišnica »Dr. Franca Derganca« Nova Gorica
SB Novo Mesto – Splošna bolnišnica Novo mesto
SB Ptuj – Splošna bolnišnica dr. Jožeta Potrča Ptuj
SB Slovenj Gradec – Splošna bolnišnica Slovenj Gradec
SB Trbovlje – Splošna bolnišnica Trbovlje
UKC Ljubljana – Univerzitetni klinični center Ljubljana
UKC Maribor – Univerzitetni klinični center Maribor
ZZS – Zdravniška zbornica Slovenije
ZZZS – Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije





Recenzije (po abecednem redu)

Kazalniki kakovosti v zdravstvu

Letno poročilo 2011

1.

Poročilo o kakovosti zdravstva v Sloveniji za leto 2011 obsega prikaz kazalnikov, ki so bili del Splošnega dogovora za omenjeno leto.

Gre za obsežno delo, ki vključuje širok nabor kazalnikov s področja javnega zdravja, ambulantnega vodenja bolnikov in dela bolnišnic.

Poročilo je pripravila skupina strokovnjakov za kakovost v zdravstvu na Ministrstvu za zdravje, posamezna poglavja pa so pregledali in uredili zunanji strokovnjaki za posamezna področja, ki so pripravili tudi komentarje in razlage.

Kazalniki, ki smo jih v Sloveniji pričeli zbirati leta 2011, vključujejo kazalnike, ki so bili del Splošnega dogovora že v preteklih letih in so se v slovenskih bolnišnicah že uveljavili. Del kazalnikov je razvila Zdravniška zbornica s pomočjo strokovnjakov za posamezna specialistična področja. Gre za kazalnike, ki se nanašajo na kakovost zdravniškega dela, ki imajo v Sloveniji prav tako že večletno tradicijo. Kazalniki ne pokrivajo vseh zdravniških specialnosti, saj je bilo njihovo zbiranje odvisno od zainteresiranosti posamezne stroke, na področjih, kjer so se razvili, pa je možno spremljati že večletno dinamiko. Poleg tega so med kazalnike vključeni tudi nekateri za Slovenijo novi kazalniki, ki jih je razvila OECD, oziroma kazalnikov, ki so jih razvili v različnih projektih, ki so se ukvarjali s kakovostjo v zdravstvu drugje po svetu.

Kazalniki in poročilo združujejo delo različnih skupin, ki se v Sloveniji ukvarjajo s kakovostjo v zdravstvu. Gre za delo Zdravniške zbornice, Ministrstva, izvajalcev. Vključene so različne zdravniške specialnosti in različne poklicne skupine.

Kazalniki, zajeti v poročilu, se razlikujejo po zajemu podatkov. V nekaterih primerih gre za podatke, ki so po svoji metodologiji bolj, drugi manj zanesljivi. Med bolj zanesljive podatke lahko štejemo različne dolgo delujoče podatkovne zbirke, kot so zbirke o prijavljenih nalezljivih boleznih, o celjenju. Nekateri kazalniki temeljijo na zajemu podatkov, ki je trden, kot na primer transfuzije ali bolniki, kolonizirani z MRSA, če seveda zaupamo poročevalcu. Nekateri kazalniki, kot je na primer število padcev bolnikov, zahtevajo drugačno razumevanje: pogosti padci lahko pomenijo veliko pozornost, ki jo bolnišnica namenja problemu in slabi kakovosti nege. Komentarji, ki prikaz kazalnikov spremljajo, so zato nujen del njihovega prikaza. V prihodnje bi bilo smiselno ob komentarjih še posebej poudariti, kako bi bilo treba zajem podatkov izboljšati. Poleg tega bi bil vsaj pri nekaterih kazalnikih zanimiv prikaz z mednarodno primerjavo.

Obsežno in s podatki bogato delo predstavlja mejnik v razvoju kakovosti v zdravstvu v Sloveniji. Predstavlja nadaljevanje naporov, ki so bili v področje kakovosti v zdravstvu vloženi v zadnjih 10 letih, in izhodišče za nadaljnje delo. Avtorji se zavedajo, da nekateri kazalniki še niso razviti do te mere, da bi bilo možno na njihovi podlagi bodisi upravljati slovensko zdravstvo bodisi predstavljati določene izvajalce kot bolj ali manj kakovostne slovenski javnosti. Poročilo je posnetek stanja v slovenskem zdravstvu, ki z nekaterimi dobro razvitimi kazalniki kaže na kakovost posameznega izvajalca, v veliki meri pa je odraz stanja vodenja kakovosti.

V Sloveniji se s kakovostjo v zdravstvu ukvarja majhno število strokovnjakov, zato je skupna predstavitev kazalnikov še posebej pomembna. Prav tako pa je pomembno, da se delo na področju kazalnikov nadaljuje na znanju in izkušnjah, ki jih izkazuje poročilo.

Prof. dr. Bojana Beović, dr. med.

Predsednica odbora za izobraževanje pri ZZS

2.

Pregledal sem poročilo o kazalnikih kakovosti v zdravstvu za leto 2011, ki ga je pripravila skupina avtorjev, uredili pa so ga M.Poldrugovac, B.Simčič, B.Leskošek in M.Pajntar.

Ugotavljam, da gre za zelo obširno delo, ki podrobno prikazuje vrednosti kazalnikov kakovosti po posameznih bolnišnicah v Sloveniji. To je prvo tako celovito poročilo, ki temelji na podatkih, ki jih posredujejo bolnišnice. Namen spremljanja kazalnikov kakovosti je seveda v prvi vrsti ta, da izvajalci zdravstvene dejavnosti lahko spremljajo učinkovitost ukrepov, ki so jih sprejeli z namenom stalnega izboljševanja kakovosti zdravstven obravnave. Kažejo tako na uspešnost sistemskih rešitev kot tudi na individualno delo zaposlenih v bolnišnicah.

Uredniška skupina in avtorji so opravili pomembno delo in velik korak v smeri vzpostavljanja pogojev za dober pregled nad pogostostjo nekaterih pojavov, ki omogočajo sklepanje o uspešnosti prizadevanja izvajalcev zdravstvene dejavnostjo za stalno izboljševanje kakovosti dela pri obravnavi pacientov ter v skrbi za njihovo večjo varnost. Menim, da so uporabili ustrezen pristop v okviru katerega pri vsakem kazalniku posebej najprej pojasnijo pomen posameznega kazalnika ter način pridobivanja podatkov za opredelitev vrednosti kazalnika. Ob tem dajo tudi pojasnila o možnih drugih vzrokih, ki prav tako lahko vplivajo na vrednost kazalnika, pa niso povezani s kakovostjo. Tak prikaz omogoči bralcem, da dobijo objektivni pogled na to področje. Avtorji, ki so očitno zelo dobri poznavalci strokovnega področja, ki so ga pripravili, oblikujejo tudi predloge, ki bi jih v bodoče kazalo upoštevati za povečanje zanesljivosti podatkov.

Moj predlog je, da bi kar se tiče samih prikazov, v bodoče in sicer tam, kjer je to smiselno, nekatere bolnišnice kar izpustili (na primer psihiatrične bolnišnice) ali pa prikazali vrednosti kazalnikov ločeno za posamezno skupino bolnišnic. Verjetnost za pojav posameznih dogodkov v nekaterih bolnišnicah lahko namreč bistveno različna, saj je odvisna od vrste dejavnosti.

Prim. Iizr.prof.dr. Ivan Eržen

Direktor Nacionalnega inštituta za javno zdravje

3.

Poročilo »Kazalniki kakovosti v zdravstvu, Letno poročilo 2011« nedvomno predstavlja pomemben korak v smeri spremljanja področja kakovosti v slovenskih bolnišnicah in ostalih organizacijah s področja zdravstva.

Vidim ga kot prvi korak v želji prikaza in analize po enotni metodologiji zbranih podatkov in spremljanja stanja s pomočjo kazalnikov kakovosti, tako na državnem nivoju, kakor tudi v posameznih organizacijah.

S tem naj bi pridobili vpogled v trenutno, realno stanje in omogočili prikaz dobrih dosežkov, ki so jih dosegli v posameznih organizacijah ter s tem pokazali dosegljive možnosti in pot izboljševanja kakovosti tudi ostalim.

V poročilu je primerna pozornost nedvomno posvečena prikazu zajemanja kakovosti podatkov. Tudi predstavljene usmeritve pri posameznih kazalcih in v zaključku poročila bodo pripomogle k dvigu kakovosti in izboljšani metodologiji zajema podatkov. Mogoče je nekoliko preveč opazna razlika med posameznimi timi, ki so obravnavali posamezne kazalce kakovosti. Nekaj dodatnih predlogov za izboljšave poročila pa bi upoštevali v poročilu za naslednje leto.

Seveda pa čestitam vsem sodelujočim za poročilo, ki bo nedvomno povzročilo premik in poglobljeno razmišljanje, kaj lahko storimo, da bodo naši kazalniki še boljši ...

Iizr.prof.dr. Boštjan Gomišček

Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede



4.

***Apel podobo na ogled postavi,
ker bolj resnico ljubi kakor hvalo,
zad skrit vse vprek posluša, kaj zijalo
neumno, kaj umetni od nje pravi. (F.Prešeren)***

Letnih poročil smo zdravstveni delavci vajeni. Z različnih zornih kotov nam osvetljujejo dosežke prehojenih poti, izpostavljajo uspehe, razgaljajo ali zakrivajo in nas več ali manj zavzete prepuščajo sedanjosti. Pričujoča publikacija bo morda za marsikoga le še eno letno poročilo. Kot taka bo ostala zamujena priložnost zdaj že s časovne distance uporabiti neprecenljiv nabor podatkov za lociranje položaja lastne barke, preusmeritev krmila in pod novim zagonom zgledov zapluti v želeno smer med opozorili nevarnih čeri.

Publikacija Kazalniki kakovosti v zdravstvu tokrat podnaslovljeni kot letno poročilo 2011, ob predstavitvi izjemnega truda pripravljalcev, v še večji meri osvetli pripravljenost in sposobnost posameznih izvajalcev zdravstvenih storitev, ki so med opravljanjem svojih obveznosti v letu 2011 znali in zmogli stopiti na novo pot spremljanja kazalnikov lastnega dela. Za vsako postavko v pričujočem izobilju podatkov so avtorji pustili sled vestnega izvajalca zdravstvenih storitev z vso specifikko njegovega pacienta, ki se z enkratnostjo vsake obravnave zlije v celoto posameznih ustanov in v poročilu v celoten zdravstveni sistem. Dodelan pristop prikazovanja kazalnikov s prav podanimi opisi in predstavitvami v poročilu daje publikaciji veliko večjo vrednost kot sami zbrani podatki kazalnikov. S tem postane prvo letno poročilo kazalnikov kakovosti v tej obliki veliko več kot ostala letna poročila, ki smo jih vajeni.

V dvome in vprašanja različnih deležnikov zdravstvenega sistema zakaj sploh vzeti publikacijo v roke in kako jo uporabiti, so avtorji že v spremni besedi urednikov nanizali osnovne iztočnice dilem tako izvajalcev kot oblikovalcev zdravstvenega sistema. Specifika časa v okvirih spremenjenih finančnih osnov in visokih pričakovanj koristnikov, daje paradigmi spremljanja kakovosti lastnega dela še konkretnjšo podobo s skoraj izpostavljeno dokončnostjo zahteve uskladitve pristopov in poenotenja metodologije tega zahtevnega področja.

Uvod v publikacijo nas iz konkretne zaskrbljujoče situacije sedanjosti usmeri v širši kontekst splošnega dojemanja ciljev lastnega dela. S strnjenim prikazom mejnikov predhodnosti oblikovanja kazalnikov kakovosti zagotovi osnovno razumevanje nedokončnosti, na mestih slabi primerljivosti in kdaj celo vprašljivosti posameznih kazalnikov, med njimi predvsem tistih, ki v publikaciji niti niso prikazani. S kronologijo nastajanja povezana interpretacija vsebine, metodologije in vrednosti kazalnikov na nek način izpostavi dejstvo, da je bilo potovanje nekje potrebno začeti, tudi če pot še ni povsem znana in predvidljiva.

Predstavljeni kazalniki na prvi pogled morda puščajo preveč pečata posameznih avtorjev, toda na tak način še več povedo o raznolikosti opisovanja kakovosti zdravstvenih storitev. Brez enoznačnosti z veliko specifikke je vendarle možno priti do nekih skupnih spoznanj, ki se na koncu v medsebojni povezanosti vseeno izkažejo kot dobro ogledalo lastnega dela. Najprej o zavesti in pripravljenosti posameznih izvajalcev postaviti na ogled svojo uspešnost, nato z možnostjo dejanskega primerjanja z drugimi ob kritični lastni interpretaciji rezultatov in na koncu v možnosti kontinuiranega spremljanja lastnih rezultatov skozi daljše časovno obdobje. Ta možnost bo marsikomu še jasnejše ogledalo, kot z izgovori in sklicevanjem na drugačnost pospremljeno primerjanje med različnimi izvajalci.

Zaključek poročila nas usmeri v iskanje lastnih odgovorov predvsem s predstavitvijo več iztočnic kaj pravzaprav s poročilom narediti. Vsa izhodišča so usmerjena v iskanje rešitev, kako izboljšati kakovost lastnega dela, od izvajalcev posameznikov, preko posameznih ustanov do sistema kot celote. S prav posebnim namenom na koncu puščeno odprto vprašanje nas pred dokončno odločitvijo o pohvali ali grajanju publikacije, postavi pred dejstvo na področju oblikovanja kakovosti lastnih storitev, soočiti se z lastno sposobnostjo. Odgovor terja prizadevanje po bolj kakovostnem delu, ki ga bomo znali opredeliti in prikazati. Z lastno sposobnostjo izrabi ponujeno, tokrat v obliki prvega poročila kazalnikov kakovosti, za izbiro prave smeri, ali se pa še naprej zadovoljiti z ostajanjem v ali pod povprečnostjo s podcenjevanjem prikazanega.

Kazalniki kakovosti letno poročilo 2011 ni publikacija, ki bi jo prelistali in odložili. Je zanimiv pregled prizadevanj v tipanje merjenja kakovosti zdravstvenih storitev, ki je od prvih poskusov zadnjega desetletja dobilo nadgradnjo s prikazanim sistematskim zbiranjem kazalnikom, ki so odlično izhodišče nadgrajevanju akreditacijskih prizadevanj zdravstvenih ustanov. Je delo, ki ga bo treba znova vzeti v roke in se zamisliti ob njem. Sprejeti svojstveno odločitev o lastnih premisah odnosa do spremljanja, vodenja in predvsem merjenja kakovosti. Kritika, pozitivna ali negativna, bo zagotovo več povedala o kritikah samih, kot o vrednosti letnega poročila. Iskren iskalec možnosti izboljšanja in tvoren oblikovalec kakovostnejših pristopov bo v publikaciji našel prave priložnosti in osnove za dvig kakovosti izvajanja zdravstvenih storitev. Zato avtorjem zahvala za vložen trud in pohvala za pogum v teh težkih časih izpostaviti primerjave in izzvati izvajalce k snovanju in prenašanju dobrih rešitev.

Prim.asist. Daniel Grabar, dr.med.,spec.

Strokovni direktor, Splošna bolnišnica Murska Sobota

5.

Publikacija Kazalniki kakovosti v zdravstvu (letno poročilo 2011) predstavlja pomemben dokument v našem zdravstvenem prostoru, kakor tudi v širšem prostoru Evrope. Publikacija predstavlja pomemben mejnik v večletnem prizadevanju v nadgrajevanju kakovosti in varnosti v zdravstvenem sistemu, zaključuje prvi krog desetletnega procesa vpeljevanja kazalnikov kakovosti v naš zdravstveni sistem, nadgrajuje Priročnik o kazalnikih kakovosti.

Partnersko sodelovanje Ministrstva za zdravje, Inštituta za varovanje zdravje, Zdravniške zbornice Slovenije ter Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije pri izdelavi publikacije verjetno odseva spoznanje nujnosti sodelovanja na večjo uspešnost na področju kakovosti, vodilna vloga Ministrstva za zdravje pa bi morala odsevati zavedanje o vodilni vlogi krmarja v zdravstvenem sistemu. Ambicioznost vseh sodelujočih v celotnem procesu izbora kazalnikov je praktično združila kazalnike, ki jih spremlja Zdravniška zbornica Slovenije v okviru projekta Kakovost v zdravstvu Slovenije, kazalnike projekta Svetovne zdravstvene organizacije imenovan PATH (Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals) ter kazalnike kakovosti OECD. Pohvalno!

V uvodnem delu so najprej koncizno predstavljeni osnovni pojmi kot so kazalnik, presoja in zgledovanje. Sledi predstavitev pričakovanj na področju kakovosti ter sistemskega procesa implementacije kazalnikov v naš sistem preko sistema dogovarjanja. S standardiziranimi kazalniki kakovosti lahko merimo, iz prostora kvalitete preidemo v dimenzijo kvantitete, primerljivosti, tekmovalnosti, skratka napredka! Z merjenjem določimo potencial kot promotor nadgrajevanja, odpravljanja slabosti in promoviranja uspešnosti.

Publikacija temelji na Priročniku o kazalnikih kakovosti in ponuja premišljen nabor izbranih kazalnikov kakovosti z vsebinskim opisom, prikazov trendov v času in prostoru ter argumentiranimi predlogi sprememb in izboljšav v bodoče. Zaupati moramo avtorjem, da jih je pri izboru predstavljenih kazalnikov vodila čista misel in so bili izločeni resnično zaradi slabe kakovosti, neprimerljivosti ali redkosti podatkov. Dejstvo je, da je spremljanje kakovosti s kazalniki dinamični proces. V tem delu bo potrebna v bodoče tankočutnost izbora, saj mora izločitev ali vključitev kazalnika zagotoviti tudi časovno in prostorsko primerljivost.

Prikaz kazalnikov večinoma omogoča sklepe o kakovosti zdravstvene oskrbe, nemalo primerov pa opisuje le kakovost podatkov. V prihodnje bi bilo smiselno vztrajati na izboru prve skupine, drugo pa uporabiti motivacijsko za dvig transparentnosti procesa in preskok iz obveznega zbiranja zaradi zunanje prisile v proces zbiranja podatkov iz notranje nuje! Morda bi v bodoče prikaz posameznega kazalnika zaključili s predlogi sistemskih ukrepov v prihodnje. Ta ideja pa se lahko realizira takoj po izdaji priročnika, to je racionalno pričakovati v prostorih kjer je sistem odgovorno upravljan, reguliran in krmiljen.

Publikacija se zaključuje s seznamom možnih izboljšav v prihodnje, kar obeta dolgoživost procesa. Delavnice usposabljanja, enotna informacijska podpora, zunanja presoja kakovosti podatkov, vključitev vseh izvajalcev... predstavljajo pravi nabor in dober izziv predanim izvajalcem.

Enostavnost prikaza kazalnikov omogoča njegovo široko uporabo v raziskovalnem, razvojnem in nenazadnje tudi upravljanju v zdravstvu. Izbor kazalnikov iz mednarodne ponudbe pa omogoča primerjavo z drugimi državami Evrope, kar izdelek umešča v širši mednarodni prostor. Publikacija uresničuje prizadevanja in priporočila Evropskega parlamenta in Sveta za kontinuirano dvigovanje ravni kakovosti in varnosti zdravstvenih sistemov.

Zato je lahko pričujoča publikacija prav v času največje finančne krize našega zdravstvenega sistema močno orodje za argumentirano razpravo o doseženi kakovosti! Publikacija je pomemben korak na dolgi poti, zanesljivo pravi korak. Ali bo tako uporabljena bo pokazal čas; upam da ne bo zlorabljen. Ne bi bilo prvič!

Publikacijo toplo priporočam kot dobro strukturirano in pomembno gradivo, vsem avtorjem pa iskreno čestitam za doseženo.

Dorjan Marušič, dr.med., spec.

Član visoke svetovalne skupine EU komisarja za zdravje



6.

In vendar se premika. Kazalniki kakovosti na nacionalnem nivoju so pred nami in naslednji velik korak je narejen. Vztrajnosti in odločenosti nam ne manjka in v prihodnje bo lahko vedno več sprememb na podlagi podatkov kazalnikov. Spreminjanje bo postalo objektivnejše, na podlagi dokazov. Prvo zadovoljstvo ob objavi potrebuje tudi opozorilo. Kazalniki so primarno namenjeni spremljanju in spreminjanju procesa samega in ne primerjavi med bolnišnicami ali ustanovami. K temu smo nagnjeni in hitro z veseljem pogledamo, kje so ostali na tej »top lestvici«. Za tako primerjavo so kazalniki še premalo natančno definirani in predvsem nimajo zadnje kontrolne zanke, ki bi potrjevala, da je vključitev popolna ali v skladu s pravili. Zato je pomembnejše kot mesto na lestvici, koliko se je kazalnik spremenil od prejšnjega leta v isti ustanovi. Verjetno bo povzročil veliko hude krvi na eni in veselja na drugi strani. Nekatere ustanove bodo presenečene kam so se uvrstile, tako navzgor kot navzdol. Za prvo objavo je to pričakovano. Lahko pričakujemo, da bo prihodnost bolj realna, posebej, če bodo prvi izdaji sledile še nadaljevanja, po možnosti vsako leto. Tudi v tem pričakovanem scenariju vidim pozitivno plat, saj bodo tisti, ki imajo kazalnik slabše v primerjavi z ostalimi vložili nekaj več napora za izboljšanje procesov. Nobeden ne želi biti zadnji, mar ne.

Da bodo poročilo nekoliko razburkali zdravstveno srenjo govorijo že razlage ob posameznih kazalnikih, kjer so že opisane težave z zbiranjem in vrednotenjem podatkov in slabšim sodelovanjem nekaterih ustanov. Vendar bo razburkano morje prineslo le nove energije v jadra kakovosti in verjamem, da bo sodelovanje, kljub pripombam v naslednjih letih boljše.

Kazalniki so dinamični in pokvarjena ura je najmanj dvakrat dnevno točna v nasprotju s tisto, ki zamuja le minuto na uro. Ta bo ponovna točna šele po več kot petih mesecih. Zato je bolje opustiti tisti kazalnik, ki ne kaže nič več in postaviti novega. Najbolje tam, kjer je bil proces spremenjen ali kjer čutimo, da bi lahko bila v procesu težava. Te aktivnosti se dogajajo in še poglobljajo razumevanje uporabe kazalnikov tudi na nacionalnem nivoju.

Nekatere analize so opremljene s povprečno vrednostjo in odkloni in dodajajo statistično informacijo. Mogoče bi bilo za premisliti, da bi ustanove poročale poleg vrednosti kazalnika tudi ciljno vrednost v tekočem letu, kar je običajna zahteva vodenja kakovosti in upravljanja s procesi. Kazalnik mora imeti definirano ciljno vrednost h kateri so usmerjene aktivnosti, lahko jim rečemo korektivni ukrepi za doseg le teh. S tako opremljeno analizo bi dodatno vzpodbujali uporabo kazalnikov kot orodja za menedžiranje, tako na nivoju hiše kot posameznega oddelka ali bolezni.

Prim. mag. Miran Rems, dr. med., spec.

Splošna bolnišnica Jesenice

7. »Presoja in merjenje lastnega dela sta nepogrešljivi prvini profesionalnosti«.

Izmerjena kakovost zdravstvene obravnave naj bi služila pacientom pri izbiri zdravstvene ustanove ali posameznega zdravnika, plačniku za pravičnejše plačilo boljše kakovosti in načrtovalcu za ustrezen razporeditev virov v programe, ki zahtevajo izboljšave. Težave pri oceni kakovosti zdravstvene obravnave, ki jih navaja literatura so: pomanjkljiva dokumentacija o zdravstveni obrnavi, pomanjkanje ocene izidov zdravljenja, pomanjkanje ocene virov za posamezne specifične bolezni, velika variabilnost obravnave pacientov med izvajalci pri enakih boleznih in premalo formalnih sistemov za spremljanje kakovosti in varnosti pacientov.

Pričujoča publikacija kaže uspešnost zdravstvene oskrbe v Sloveniji na tistih področjih, ki jih prikazujejo kazalniki. Merilo uspešnosti še zdaleč ni samo merjenje količine opravljenih storitev, ampak predvsem njihova kakovost. Brez merjenja o dobri ali slabi uspešnosti ne moremo govoriti in mnenja posameznika ali posameznih skupin ali ustanov, da so odlične ne vzdržijo, če niso podprta z merjenji. Razlogi za merjenje uspešnosti so predvsem staranje populacije, slaba kakovost, napake, pomanjkanje odgovornosti in neenakopravnost obravnave, kar vse zvišuje stroške v zdravstvu.

Merjenje kazalnikov na perinatalnem področju ima v Sloveniji že nekaj desetletno tradicijo. Začetki merjenja več kazalnikov kakovosti na nekaterih področjih v zdravstvu v Sloveniji segajo v devetdeseta leta prejšnjega stoletja, ko se je začel pod vodstvom profesorja Pajntarja projekt »Kakovost v zdravstvu«, ki je bil namenjen predvsem ugotavljanju kakovosti in variabilnosti dela zdravnikov. Prvih šest kazalnikov na nacionalni ravni je bilo v prakso uvedenih leta 2006. Sedaj smo dobili publikacijo, ki predstavlja delo več skupin strokovnjakov, ki so prispevale k nacionalnemu naboru kazalnikov uspešnosti zdravstvene obravnave. Prikaz kazalnikov predstavlja za načrtovalce zdravstvenega varstva, plačnike, vodstva zdravstvenih ustanov, posamezne poklicne skupine in posamezne zdravstvene strokovnjake in paciente neprecenljivo vrednost. Velika dodana vrednost v slovenskem okolju je tudi v tem, da se je enkrat le pokazalo, da lahko delamo skupaj, saj imamo skupni cilj – visoko kakovostna in zdravstveno obravnavo in čim boljšo varnost pacientov.

Ko boste pogledali kazalnike in iskali predvsem podatke za svojo ustanovo, nikar ne iščite izgovorov kot so, metodologija je bila taka, da nismo vedeli kaj naj merimo, druge bolnišnice prikazujejo hišne številke in ne resničnega stanja, podatki so

iz leta 2011 in so zastareli, podatkov sploh nismo poslali, ker nimamo časa meriti, nimamo nikogar, ki bi podatke zbiral, to je izguba časa, saj ne vemo kaj naj s temi kazalniki naredimo....

Avtorji navajajo, da to » prvo poročilo predstavlja pripomoček pri sprejemanju nadaljnjih odločitev na tem področju s strani vseh deležnikov«. Prav ta spodbuda avtorjev in mnogi pogovori z ljudmi, ki se ukvarjajo s kakovostjo v zdravstvu v Slovenji, kažejo na to, da je ugotavljanje stanja kakovosti na nekaterih področjih osnova za nadaljnje delo. Kaj storiti s temi kazalniki? Kaj če v naši ustanovi zaostajamo za najboljšimi, kaj storiti, če smo najboljši v državi in imamo verodostojne podatke?

Pomembno je, da kazalnikov ne gledamo ločeno, ker pomenijo le najosnovnejši del modela za izboljšave, katerega en del predstavlja NIPU krog (Načrtuj-Izvedi-Preveri-Ukrepaj). Kazalniki, ki so prikazani v tej publikaciji predstavljajo prva dva kora NIPU kroga, načrtovanje in merjenje. Sedaj je na vsaki zdravstveni ustanovi in vsakem posamezniku, da poveže kazalnik s procesom oziroma sistemom, kjer je kazalnik nastal. Kaj izmerjeni kazalnik pomeni glede na standarde in najboljše prakse na področju, ki ga kazalnik meri? Kako izboljšati proces, da se približamo najboljši praksi? Kako s statistično kontrolo procesov ugotoviti kakšne in kolikšne so variabilnosti naših procesov? Kakšne tehnike in orodja uporabiti, da se bo sprememba, ki je privedla do izboljšave vpeljala v vsakdanjo zdravstveno prakso? Kako razširiti izboljšavo na druge zdravstvene ustanove? Tega znanja je še vedno premalo, a ga ni težko pridobiti doma, če je za to volja. Ko smo pred več leti ustanovili Nacionalno komisijo za preprečevanje okužb povezanih z zdravstveno obravnavo je dr. Tomičeva izjavila: » Kdor noče priti na Triglav, bo našel tisoč izgovorov«. Enako velja za naša strokovna področja. Če nočemo meriti, se bomo skrivali za pavšalne ocene »prek palca« in do izboljšav ne bo prišlo. Kadar pa bo nekdo drug izmeril naše delo in kazalniki ne bodo tam, kjer smo si želeli, da bi bili, bomo prav tako našli tisoč izgovorov.

Pohvala za to publikacijo gre obema urednikoma, vsem koordinatorjem projekta in vsem, ki vidijo v tej publikaciji možnosti za izboljšanje svojega dela in s tem boljših izidov za svoje paciente. Kar urednika v zaključku posebej naštevata, so priložnosti za izboljšave. Ena izmed izboljšav bi lahko bil primernejši prikaz statističnih podatkov. Ponekod se uporablja beseda trend brez definicije kot jo razume statistična kontrola procesov, primerljivost med bolnišnicami je težko zagovarjati, če ne vemo ali bolnišnice uporabljajo enake procese v sistemu, kjer nek kazalnik nastaja. Lep primer za dober prikaz je lijakasti diagram. Prikaže nam tiste ustanove, ki padejo izven 3 standardnih odklonov in pomenijo specialne vzroke variabilnosti, kar praktično pomeni, da delajo drugače od ostalih (bolje ali slabše) in tako lahko predstavljajo najboljše ali najslabše prakse.

Kot vsako delo, posebej še tako obsežno, ne more biti perfektno in izboljšave ne nastanejo čez noč. Vztrajnost in nadaljevanje projekta bo sčasoma za gotovo obrodilo zaželenih sadov. S pridobivanjem znanja o izboljševanju vsakdanje prakse s tehnikami in metodami kakovosti prirejenih za zdravstvo, ki so relativno preproste, lahko pripeljemo slovensko zdravstvo na visoko kakovostno raven in izboljšamo tako varnost pacientov kot varnost zdravstvenih strokovnjakov.

Izr. prof. dr. Andrej Robida, dr.med., spec.

Center za izboljševanje kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave



O izidu letnega poročila Kakovost v zdravstvu 2011

Mineva 16 let kar se je v okviru ZZS ustanovila skupina, ki naj bi po vzoru razvitih zdravstvenih sistemov tudi v Sloveniji tlakovala pot celoviti kakovosti v zdravstvu. Kakovost je največja vrednota dela, to še posebej velja za medicino. Od nje je odvisno zadovoljstvo bolnika in zdravnika, v veliki meri tudi finančna vzdržnost zdravstvenega sistema. Kakovost in varnost bolnikov in ne samo količina, še manj hitrost je tisto, kar loči med dobrim in povprečnim zdravljenjem, med odličnim in manj dobrim zdravnikom, med uspešnim in slabim oddelkom. In ne nazadnje, v eri vse večje tekmovalnosti med bolnišnicami med željeno in varno bolnišnico na eni strani in na tisto, ki to po rezultatih ni.

Po vzoru slovenskega perinatološkega informacijskega sistema je bil izdelan informacijski sistem, ki na temelju različnih kazalnikov klinične kakovosti osvetljuje kakovost strokovnega dela bolnišničnega oddelka in tudi posameznih zdravnikov. Medmrežno zbiranje podatkov in njihova statistična obdelava omogočata strokovnim forumom in vsakemu posameznemu zdravniku globljo analizo vzrokov za posamezne ugotovitve. Tako zahtevnega sistema ni mogoče vzpostaviti čez noč, potrebno je veliko znanja, entuziazma in zaupanja kolegov iz strokovnih forumov in iz sleherne bolnišnice in ambulate. Zbornica je bila žal skozi leta promotor in realizator projekta kakovost v zdravstvu v delu kliničnih kazalnikov, ki ima vendarle otipljive rezultate. Bilo bi mnogo lažje, bolje in hitreje, če bi vsi deležniki regulatorji slovenskega zdravstva podpirali projekt, ki je večinoma slonel na starosti slovenske kakovosti v zdravstvu prof. Dr. Pajntarju, dr. Leskovšku in dr. Verdeniku in seveda številnih poznavalcev posameznih disciplin.

Tudi zaradi skromne pomoči s strani države se sistem ni vzpostavil na tisto raven, da bi že danes zagotavljal popolnost pri vnosu podatkov ter verodostojnost le teh. Od tod tudi bolj ali manj odkriti in vendarle redki odpori projektu kakovosti. Tudi pomisleki objave poročila gredo v tej smeri. In vendar gre za mejnik v razvoju kakovosti v zdravstvu v slovenskem merilu zavedajoč se trenutnega stanja, da smo vendarle na začetku poti. Nastavljamo si ogledalo samozavesti, primerljivosti in profesionalnosti a se hkrati zavedamo, da sistem še ni vzpostavljen do te mere ko bi se z zanesljivostjo delili na dobre in manj dobre. To tudi ni prvenstvena naloga. Slednje je naloga nacionalnih strokovnih forumov, da dokument proučijo in ga ustrezno interpretirajo. Kot pri vsaki novosti, bo tudi to pot zagotovo opazen glas nasprotnikov, ki naj gre predvsem v smeri izboljšanja in nadgradnje celovite kakovosti v slovenskem zdravstvu.

dr. Andrej Možina,

predsednik zdavniške zbornice Slovenije

Spremna beseda urednikov

Živimo v težkem obdobju mednarodne gospodarske krize, ki jo močno čutimo tudi v Sloveniji. Dogodki v zadnjem času so pokazali, da tudi zdravstvo ni odporno proti temu procesu in se mora neprestano prilagajati ne glede na dejstvo, da zdravje postavimo na prvo mesto.

V takih časih se morda zdi, da je razprava o kakovosti odvečna, skoraj nemoralna, če govorimo o potrebnosti zmanjševanja stroškov kar v največji meri. Kot je nekoč dejala strokovnjakinja iz Svetovne zdravstvene organizacije (SZO), kakovost in varnost pacientov ni razprava o tem, kaj vse bi lahko naredili, če bi za to imeli sredstva, temveč vprašanje o tem, kaj lahko naredimo s tem kar imamo. Vprašanje se res nanaša na bolnišnice in druge izvajalce zdravstvenih storitev, se pa nanaša tudi na vsakega izmed nas. Ali smo res naredili vse kar je v naši moči, da izboljšamo našo bolnišnico, zdravje našega pacienta ali zdravstveni sistem Slovenije?

V pričujočem Poročilu so prikazani nekateri rezultati, ki se nanašajo na spremljanje kazalnikov kakovosti v letu 2011. Izhodiščna predpostavka je, da kakovost lahko merimo. Z merjenjem ugotavljamo kako dobro delamo. Vsakdo izmed nas, tako kot vsaka bolnišnica, se nahaja v svojem, specifičnem spletu okoliščin. Tudi ob upoštevanju zapletenega sklopa dejavnikov, ki lahko vplivajo na kazalnik, tovrstne prilagoditve niso skoraj nikoli popolne. Ob zavedanju naših odgovornosti in naših možnosti, je tako presoja o kakovosti našega dela včasih zelo osebna, celo intimna presoja.

Zakaj so torej primerjave smiselne in čemu služi zbiranje podatkov na nacionalni ravni? Poglavitni namen primerjav je prepoznavanje morebitnih primerov dobrih praks, torej izkoriščanje sinergij družbenega sodelovanja kot katalizatorja za spremembe, ki bodo koristne za celotni sistem. S tega vidika je standardizirano zbiranje kazalnikov kakovosti namenjeno tistim, ki lahko na podlagi teh rezultatov stanje izboljšajo. Hkrati ne smemo pozabiti, da so Ministrstvo za zdravje in javni zdravstveni zavodi odgovorni širši javnosti. Vsi izvajalci zdravstvenih storitev so odgovorni svojim pacientom in izvajalci v javni zdravstveni mreži tudi plačniku. Kazalniki kakovosti so trenutek realizacije te odgovornosti skozi prikazovanje in vrednotenje rezultatov dela.

Spremljanje kakovosti torej služi dvema vrstama namenov, ki lahko vodstvo postavi v konfliktno situacijo. Na eni strani si želimo z namenom krepitve razvoja organizacije prepoznati šibkosti le-te, da bomo lahko v odnosu do njih ukrepali, na drugi strani pa želimo z namenom deležnikom prikazati uspešnost našega dela, predstaviti ustanovo v najboljši možni luči. Opisano nasprotje interesov pri spremljanju kakovosti za potrebe navzven in navznoter nima preproste rešitve.

Potrebno je podati jasna navodila glede spremljanja kazalnikov in neprestano iskati možnosti povečanja zanesljivosti le-teh. Pri vrednotenju rezultatov moramo biti zelo tenkočutni v smislu prepoznavanja ekstremnih primerov, ki zahtevajo takojšnje ukrepanje, in jih ločimo od pričakovanih variacij, ki predstavljajo priložnost, da se drug od drugega nečesa naučimo. Moramo se zavedati, da je koristnost zbiranja podatkov omejena z njihovo verodostojnostjo.

Pred nami so številni izzivi na področju kakovosti in varnosti v zdravstvu in bolj specifično na področju spremljanja kakovosti skozi kazalnike. Prvo letno poročilo je pomemben mejnik. Rezultati razkrijejo predvsem dejstvo, da nas na tem področju čaka še veliko dela. Ali bo to delo tudi koristno za zdravstvo v Sloveniji je odvisno predvsem od nas, vsakega izmed deležnikov v tem procesu.

Zahvaljujeva se Radetu Pribakoviču Brinovcu za dragocene pripombe. Zahvaljujeva se vsem, ki ste v preteklih letih vložili veliko truda in časa za postavitve sistema spremljanja KK na nacionalnem nivoju, pri tem posebna zahvala članom usmeritvenega odbora, ZZS, IVZ, ZS, in nenazadnje vsem izvajalcem, ki se trudite skupaj z nami sistem kakovosti in varnosti v zdravstvu kar najbolj implementirati v svoje delo.

Mircha Poldrugovac, Biserka Simčič



Uvod

Prvina zdravstvene oskrbe (pogoj, postopek, izid), ki jo lahko merimo je kazalnik kakovosti (angl. *quality indicator*). V zdravstvu se veliko uporabljajo kazalniki, glede na izhod, kot npr. smrt, bolezen, nelagodje in nezadovoljstvo (v angleščini so to štirje kazalci, ki se pričenjajo na črko d: *death* - smrt, *disease* - bolezen, *discomfort* – nelagodje in *dissatisfaction* – nezadovoljstvo).

V splošnem poznamo dve metodi ocenjevanja oz. izboljševanja kakovosti. Prvo imenujemo presoja (angl. *audit*). Pri presoji, zunanja (neodvisna) komisija oz. presojevalna organizacija, na podlagi nekkih (objektivnih) meril, oceni rezultate dela. Drugo metodo imenujemo zgledovanje (angl. *benchmarking*), ki je lahko notranje, tekmovalno ali splošno. Pri zgledovanju gre za samooceno rezultatov v primerjavi z rezultati dela drugih posameznikov, oddelkov ali organizacij.

Z rezultati programa Kakovost v zdravstvu Slovenije želimo:

- zagotavljati stalne podatke za določanje stanja ter ocenjevanje kakovosti od nivoja organizacije preko oddelka do individualnega nivoja dela vsakega zdravnika,
- izboljšati ugled izvajalcev zdravstvenih storitev pri zavarovancih,
- omogočiti relativno enake pogoje na celotnem področju države glede dostopnosti, dosegljivosti in primernosti storitev, ki jih izvajalci zdravstvenih storitev opravljajo za zavarovane osebe.

Decembra 2010 je bil sprejet Aneks 2 k Splošnemu dogovoru 2010 (Aneks 2), ki določa razširjen nabor kazalnikov kakovosti, ki je bil pripravljen v okviru delovne skupine pri Ministrstvu za zdravje. V omenjenem dokumentu je tudi določeno katere kazalnike spremljajo bolnišnice neposredno in katere je možno izračunati na podlagi podatkov, ki se ne glede na kazalnike kakovosti zbirajo v nacionalnih podatkovnih zbirkah. V istem mesecu je izšel tudi Priročnik o kazalnikih kakovosti, ki podrobneje opredeli metodologijo spremljanja kazalnikov kakovosti, kar je posebej pomembno za tiste kazalnike, ki jih zbirajo bolnišnice neposredno, saj Priročnik v tem primeru predstavlja osnovno orodje za doseganje enotne metodologije spremljanja kazalnikov na nacionalni ravni.

Aneks 2 predvideva, da izvajalci zdravstvenih storitev štirikrat letno objavijo kazalnike kakovosti na svojih spletnih straneh, letno poročilo pa prikazuje zbrane vrednosti za vse bolnišnice na letni osnovi.

Seznam obveznih kazalnikov iz Splošnega dogovora temelji na predhodnih izkušnjah pri spremljanju kazalnikov v Sloveniji ter v okviru mednarodnih organizacij. Podlaga za izbor kazalnikov so bili predhodno vzpostavljeni kazalniki, opredeljeni v Splošnem dogovoru, kazalniki, ki jih spremlja Zdravniška zbornica Slovenije v okviru projekta Kakovost v zdravstvu Slovenije, kazalniki projekta Svetovne zdravstvene organizacije imenovan PATH (Performance assessment tool for quality improvement in hospitals) ter kazalniki kakovosti OECD.

Ob izidu Priročnika o kazalnikih kakovosti je bilo takoj prepoznano dejstvo, da je spremljanje kakovosti skozi kazalnike, dinamična aktivnost. Izkušnje usmerjajo naše delo tako, da kažejo potrebe po izločitvi neustreznih kazalnikov, vključitev novih in prilagoditve metodologije spremljanja obstoječih. Prve spremembe v seznam kazalnikov kakovosti so bile uvedene že v Aneksu 1 k Splošnemu dogovoru 2012. Aprila 2013 so bila posredovana prenovljena navodila spremljanja nekaterih veljavnih kazalnikov. Poglavitni namen je čim bolj povečati zanesljivost in povednost prikazanih rezultatov.

Publikacija ne vključuje vseh kazalnikov kakovosti, katerih spremljanje je obvezno. Razlogi zato so različni: v nekaterih primerih so bile ugotovljene omejitve podatkov, zaradi katerih bi lahko njihov prikaz vodil do napačnih sklepanj; podatkov ni bilo mogoče pridobiti; v drugih primerih so bile posredovane vrednosti strani izvajalcev neprimerljive, bodisi zaradi nejasnih navodil na nacionalni ravni, ali zaradi napačnega razumevanja teh navodil; v nekaterih primerih se nismo odločili za objavo podatkov zato, ker redkost nekaterih dogodkov onemogoča kakršnokoli sklepanje na podlagi vrednosti kazalnika.

Obenem je pomembno izpostaviti, da zbrani podatki v kateremkoli velikem sistemu niso nikoli popolni. Odločitev o tem, katere kazalnike vključiti v publikacijo in katere ne, je bila izjemno težka. Bralce bo opazil, da komentarji pri posameznih kazalnikih pogosto izpostavljajo, da prikazane vrednosti povedo več o kakovosti samih podatkov, kot o kakovosti oskrbe, ki naj bi jo ponazorili. Tovrstnih omejitev se zavedajo vsi deležniki, vendar je kljub temu pomembno spodbuditi transparentnost in odprto razpravo o kazalnikih kakovosti in o kakovosti zdravstvene oskrbe. Poročilo predstavlja korak v tej smeri.

Prikazani rezultati seveda odražajo stanje zbranih podatkov in ne nujno stanja vseh primerov. Kljub temu, da je zbiranje podatkov obvezno, posamezne številke kažejo na to, da določeni izvajalci zdravstvene dejavnosti niso pošiljali vseh primerov. V prihodnje načrtujemo še dodatno preverjanje pošiljanja podatkov, tako na terenu, kot primerjalno s pomočjo drugih uradnih podatkovnih zbirk (ZZZS, SPP ...).

Definicije posameznih kazalnikov ter vključitvenih in izključitvenih kriterijev so v poročilu objavljeni le do te mere, ki omogoča razumevanje besedila in prikazov. Če bralce zanimajo bolj podrobne informacije ali ostali rezultati, naj se obrnejo na avtorje tega dela poročila.

OPOMBA:

V naslovih, v oklepaju se nahajajo šifre vprašalnikov, ki so v uporabi v okviru projekta ZZS »Kakovost v zdravstvu Slovenije«, ki so bili podlaga za izračun tako označenih kazalnikov. Kakovost strokovnega dela je v okviru navedenega projekta opredeljen na vseh področjih z večjim številom kazalnikov kakovosti kot so opredeljeni v Priročniku o kazalnikih kakovosti in predpisani v Splošnem dogovoru.

Nalezljive bolezni

KK 8, 9 in 10 - Delež cepljenih (precepljenost) proti ošpicam, davici, tetanusu, oslovskemu kašlju in hepatitisu B

Kazalnik kaže deleže cepljenih otrok, »obveznikov« za cepljenje (cepljenje proti tem boleznim je po Zakonu o nalezljivih boleznih obvezno):

- obvezniki za cepljenje proti ošpicam so bili v letu 2011 otroci, rojeni v letu 2010, od dopolnjenih 12 mesecev starosti do dopolnjenih 18 mesecev starosti
- obvezniki za cepljenje proti davici, tetanusu in oslovskemu kašlju so bili v letu 2011 otroci, rojeni v letu 2010, od dopolnjenih 3 mesecev starosti dalje in rojeni v 2011, ko so dopolnili 3 mesece starosti
- obvezniki za cepljenje proti hepatitisu B so bili v letu 2011 otroci, ki so v šolskem letu 2011/12 obiskovali 1. razred osnovne šole

Precepljenost za leto 2011 je bila ocenjena na podlagi agregiranih podatkov, ki so jih posredovali izvajalci cepljenja. Pri izračunu deleža cepljenih obveznikov proti določeni bolezni je v števcu število cepljenih obveznikov, v imenovalcu pa število vseh obveznikov za cepljenje proti tej bolezni. S primerjavo števila obveznikov za cepljenje, ki so jih poročali izvajalci in številom živorojenih otrok iz Centralnega registra prebivalstva rojenih v enakem časovnem obdobju smo ugotovili, da so bili v oceno precepljenosti zajeti skoraj vsi (98,3 %) obvezniki, kar zagotavlja natančnost ocene.

Precepljenost proti navedenim boleznim je visoka, okrog 95 %, kolikor je potrebno, da se vzdržuje/vzpostavi kolektivna zaščita, ki ščiti tudi tiste posameznike, ki zaradi različnih razlogov niso bili cepljeni ali se pri njih ni razvil odziv na cepljenje in onemogoča večje širjenje povzročitelja v populaciji.

KK 11 - Delež cepljenih (precepljenost) proti gripi pri osebah starih 65 let in več

Kazalnik kaže delež oseb starih 65 let in več, ki so bili v sezoni 2011/12 cepljeni proti gripi.

Tudi precepljenost proti gripi je bila ocenjena na podlagi agregiranih podatkov, ki so jih posredovali izvajalci cepljenja. Pri izračunu deleža cepljenih proti gripi je bilo v števcu poročano število oseb starih 65 let in več, ki so bili v sezoni 2011/12 cepljeni proti gripi, v imenovalcu pa število vseh oseb starih 65 let in več v Sloveniji. Ta delež je zelo nizek in ne dosega cilja, ki ga je že pred leti postavila Svetovna zdravstvena organizacija – vsaj 75 % precepljenost v skupinah z večjim tveganjem za težji potek bolezni in zaplete.

KK 12, 13 in 14 - Incidenčna stopnja ošpic, oslovskega kašlja in hepatitisa B

Kazalnik kaže obolevnost za ošpicami, oslovskim kašljem in hepatitisom B, ki je izračunana na osnovi prijavljenih primerov teh bolezni v letu 2011.

Pri izračunu incidenčne stopnje posamezne bolezni je v števcu število prijavljenih primerov te bolezni v letu 2011, 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. Ošpice se pojavljajo redko, če se pojavijo, gre za vnesene primere ob katerih se pojavi še kak posamezen primer, do večjega širjenja pa zaradi dobre precepljenosti ne prihaja.

V zadnjih letih opažamo višje incidenčne stopnje oslovskega kašlja, kljub zelo dobri precepljenosti proti bolezni, kar opažajo tudi v drugih državah z visoko precepljenostjo. Med možnimi vzroki navajajo relativno hiter upad imunosti po cepljenju, spreminjanje povzročitelja in manjšo uspešnost novejšega (acelularnega) cepiva proti oslovskemu kašlju. Zato so številne države že uvedle poživitvene odmerke v adolescenci, priporočajo pa tudi poživitvene odmerke vsaj enkrat v odrasli dobi.

Incidenčna stopnja hepatitisa B je nizka, bolezen v Sloveniji dobro obvladujemo. Z rutinskim cepljenjem vseh otrok proti hepatitisu B smo v Sloveniji začeli v letu 1998. Tako je bila prva generacija otrok, ki je bila cepljena proti hepatitisu B, v letu 2011 stara 20 let. Dobra precepljenost zagotavlja dobro zaščito mladim proti hepatitisu B, bolezen se pri njih ne pojavlja.

Tabela 1: Delež cepljenih proti nekaterim nalezljivim boleznim v Sloveniji v letu 2011

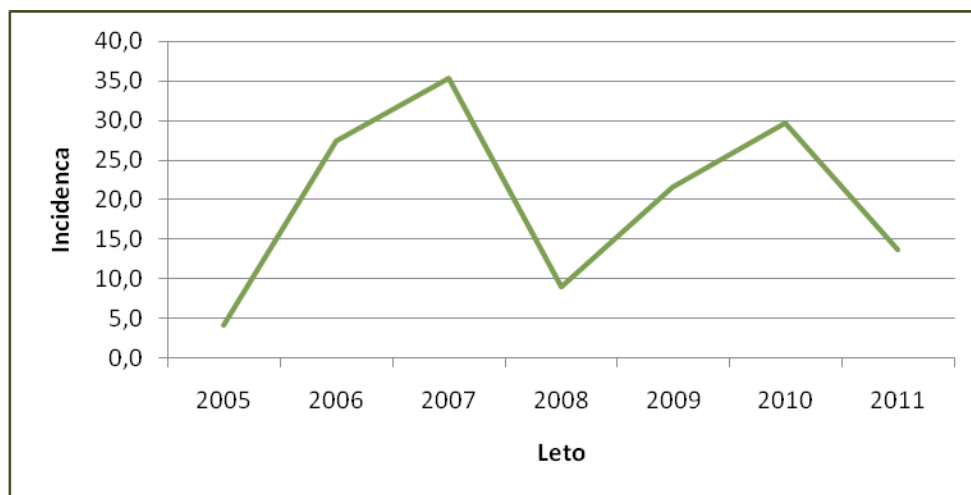
Bolezen	Odstotek cepljenih otrok, »obveznikov« za cepljenje
Ošpice	95,5
Davica, tetanus in oslovski kašelj	96,1
Hepatitis B	91,8

Bolezen	Odstotek cepljenih oseb, starih 65 let in več
Gripa	16,4

Tabela 2: Število prijavljenih primerov in incidenca nekaterih nalezljivih bolezni v Sloveniji v letih od 2005 do 2011

Leto	Oslovski kašelj		Ošpice		Hepatitis B	
	Št. primerov	Incidenca	Št. primerov	Incidenca	Št. primerov	Incidenca
2005	85	4,2	0	0,0	44	2,2
2006	551	27,5	0	0,0	31	1,5
2007	708	35,4	0	0,0	24	1,2
2008	181	9,0	0	0,0	37	1,8
2009	442	21,6	0	0,0	29	1,4
2010	611	29,8	2	0,09	35	1,7
2011	284	13,8	22	1,1	44	2,1

Slika 1: Incidenca oslovskega kašlja v Sloveniji v letih od 2005 do 2011



KK 3, 4, 5, 6 in 7 - Sprejemi v bolnišnico zaradi kroničnih bolezni

Deleži sprejemov zaradi kroničnih bolezni so izračunani na nacionalni ravni. Kazalniki, ki so bili oblikovani pri OECD, s prikazom sprejemov v bolnišnici kažejo na kakovost oskrbe v osnovnem zdravstvenem varstvu ter na ravni specialistične ambulantne obravnave.

Geografske primerjave so smiselne ob predpostavki o primerljivi stopnji prevalence teh stanj. Navedeno predstavlja omejitev tako pri primerjavah med državami, kot pri primerjavi med regijami znotraj držav. V tem poročilu podatke prikazujemo z celotno Slovenijo, in sicer za časovno obdobje od leta 2005 do leta 2011.

Dva pomembna dejavnika dodatno vplivata na izračunano število sprejemov, poleg zdravstvenega stanja pacienta v času odločitve o sprejemu: prvi dejavnik je praksa kodiranja diagnoz v administrativnih podatkovnih bazah v posamezni bolnišnici (glavne diagnoze, ki so služile kot vključitveni kriteriji so podrobneje opisane v Priročnik o kazalnikih kakovosti), drugi dejavnik so spremembe v praksi napotovanja in sprejemanja pacientov v bolnišnicah glede na zasedenost ambulant in bolnišnic. Slednji dejavnik se nanaša na širše vprašanje dostopnosti zdravstvenih storitev.

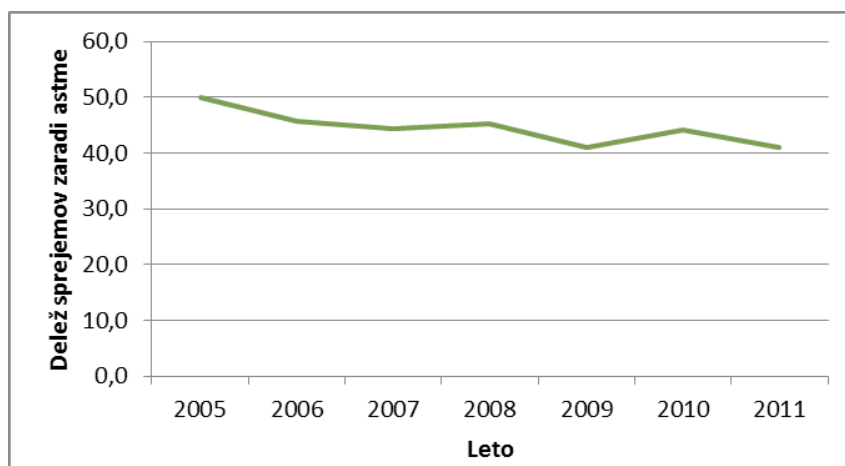
Časovni trendi se pri različnih zdravstvenih stanjih zelo razlikujejo. V primeru sprejemov zaradi astme in kronične obstruktivne pljučne bolezni (KOPB) opazimo trend stalnega zmernega zmanjševanja deleža sprejemov. Na drugi strani, v primeru angine pectoris, kroničnega srčnega popuščanja in hipertenzije, opazimo večje spremembe v vrednosti kazalnikov skozi čas, ki jih še ne znamo v celoti pojasniti.

V primeru hipertenzije opazimo velik padec v deležu sprejemov med leti 2005 in 2007, nato pa konstantno nizek delež sprejemov. Spremembe v obdobju med leti 2005 in 2007 pa težko razložimo s statističnega vidika ali kot posledico velike spremembe v zdravstvenem stanju pacientov s hipertenzijo. Bolj verjetna razlaga je sprememba v praksah kodiranja tovrstnih stanj, ki verjetno podcenjuje dejansko število sprejemov. V prid te hipoteze govori tudi mednarodna primerjava, saj v primerjavi z drugimi državami OECD izrazito izstopamo z nizkim deležem sprejemov zaradi hipertenzije.

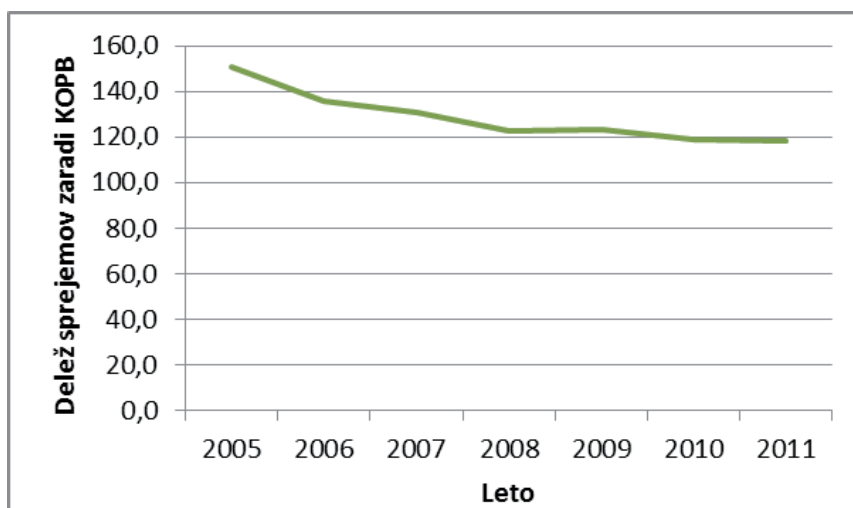
Pri interpretacij sprememb v deležu sprejetih zaradi angine pectoris je pomembno izpostaviti, da je izvedba posega izključitveni kriterij. To pomeni, da so primeri hospitalizacij, pri katerih je bila opravljena koronarografija izključeni. Slednja je pogost poseg v primeru pojava angine pectoris, ki zahteva hospitalizacijo. Obenem se je v zadnjih letih razširjenost koronarografije povečala. V prid takšne interpretacije govori absolutno nizko število sprejemov zaradi angine pectoris v proučenem obdobju, kar dodatno omeji možnost interpretacije časovnega trenda.

V bodoče je smiselno analizirati podatke o sprejemih po regijah, glede na kraj bivanja pacientov, in tako proučiti regionalne razlike v deležu sprejetih. Predpostavka je, da se delež sprejemov zaradi teh stanj razlikuje predvsem v kakovosti ambulantne oskrbe bolnikov na primarni in na sekundarni ravni.

Slika 2: Delež sprejemov zaradi astme na 100.000 prebivalcev v Sloveniji v letih od 2005 do 2011



Slika 3: Delež sprejemov zaradi KOPBna 100.000 prebivalcev v Sloveniji v letih od 2005 do 2011



Slika 4: Delež sprejemov zaradi kroničnega srčnega popuščanja na 100.000 prebivalcev v Sloveniji v letih od 2005 do 2011

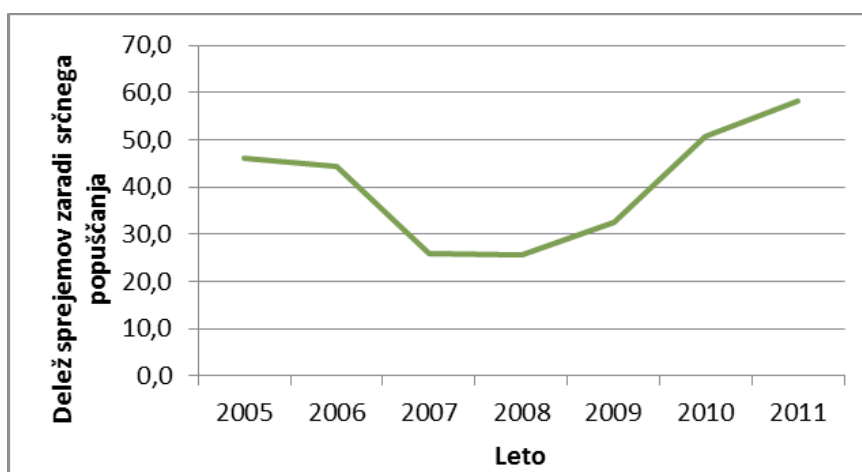


Tabela 3: Delež sprejemov zaradi astmena 100.000 prebivalcev v Sloveniji v letih od 2005 do 2011

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Delež	49,9	45,7	44,3	45,2	41,1	44,2	41,0
Število sprejemov	857	790	770	795	722	778	722
Imenovalec	1.716.238	1.727.055	1.738.354	1.757.088	1.756.826	1.760.220	1.759.336

Tabela 4: Delež sprejemov zaradi KOPBna 100.000 prebivalcev v Sloveniji v letih od 2005 do 2011

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Delež	150,8	135,5	130,7	122,6	123,1	118,8	118,4
Število sprejemov	2588	2341	2272	2154	2163	2092	2083
Imenovalec	1.716.238	1.727.055	1.738.354	1.757.088	1.756.826	1.760.220	1.759.336

Tabela 5: Delež sprejemov zaradi kroničnega srčnega popuščanja na 100.000 prebivalcev v Sloveniji v letih od 2005 do 2011

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Delež	46,1	44,4	26,1	25,6	32,6	50,7	58,3
Število sprejemov	791	766	453	450	572	893	1026
Imenovalec	1.716.238	1.727.055	1.738.354	1.757.088	1.756.826	1.760.220	1.759.336

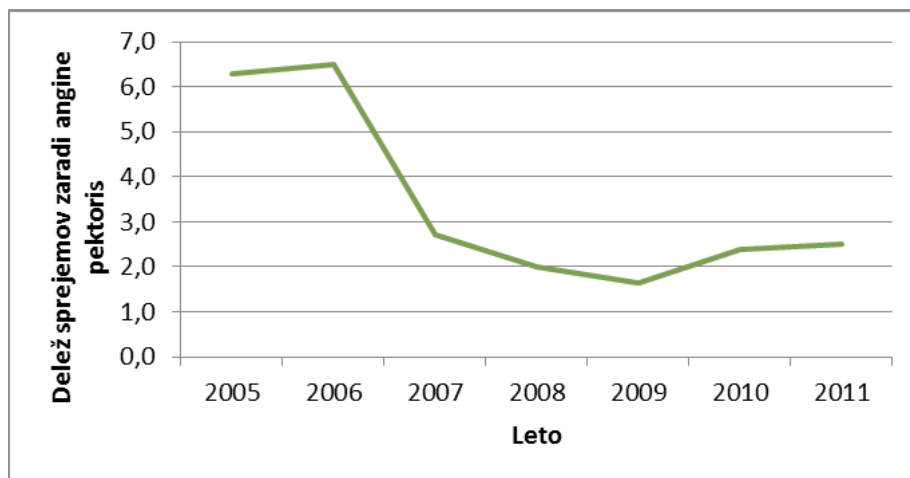
Tabela 6: Delež sprejemov zaradi angine pectoris brez posega na 100.000 prebivalcev v Sloveniji v letih od 2005 do 2011

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Delež	6,3	6,5	2,7	2,0	1,7	2,4	2,5
Število sprejemov	108	112	47	35	29	42	44
Imenovalec	1.716.238	1.727.055	1.738.354	1.757.088	1.756.826	1.760.220	1.759.336

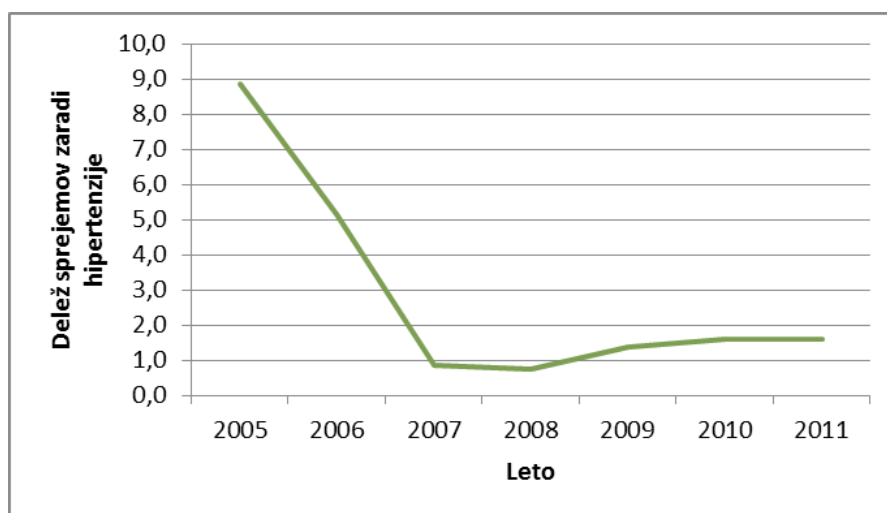
Tabela 7: Delež sprejemov zaradi hipertenzije na 100.000 prebivalcev v Sloveniji v letih od 2005 do 2011

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Delež	8,9	5,2	0,9	0,7	1,4	1,6	1,6
Število sprejemov	152	89	15	13	24	28	28
Imenovalec	1716238	1727055	1738354	1757088	1756826	1760220	1759336

Slika 5: Delež sprejemov zaradi angine pectoris brez posega na 100.000 prebivalcev v Sloveniji v letih od 2005 do 2011



Slika 6: Delež sprejemov zaradi hipertenzije na 100.000 prebivalcev v Sloveniji v letih od 2005 do 2011



Sladkorna bolezen

KK 25, 26 in 28 - Delež sprejemov zaradi akutnih in kroničnih zapletov sladkorne bolezni ter delež amputacij spodnjih okončin zaradi sladkorne bolezni

Skupina kazalnikov, ki se nanašajo na sladkorno bolezen, je bila razvita pri OECD. S kazalniki želimo oceniti uspešnost ambulantne obravnave pacientov na primarni in sekundarni ravni in sicer z analizo števila sprejemov v bolnišnico. Manjše število sprejemov, ob nespremenjenem kodiranju in metodologiji zbiranja podatkov, kaže na izboljšano izvenbolnišnično oskrbo bolnikov. Pomembno je izpostaviti, da so kazalniki preračunani na 100.000 prebivalcev in ne odražajo gibanja prevalence sladkorne bolezni (groba in starostno standardizirana stopnja), ki se povečujeta, kar je potrebno upoštevati pri interpretaciji teh kazalnikov.

Podrobnejše informacije o metodologiji spremljanja teh kazalnikov se nahajajo v Priročnik o kazalnikih kakovosti.

Trend znižanja vrednosti kazalnika je značilen pri vseh stopnjah sprejemov zaradi akutnih in kroničnih zapletov sladkorne bolezni, v primeru stopenj amputacij spodnjih okončin zaradi sladkorne bolezni pa ta trend ni statistično pomemben ($p > 0,05$). Izrazito zmanjšanje sprejemov v bolnišnico v opazovanem 6-letnem obdobju je presenetljivo ob upoštevanju povečanja števila bolnikov s sladkorno boleznijo v populaciji, na katerega kažejo druge študije in analize.

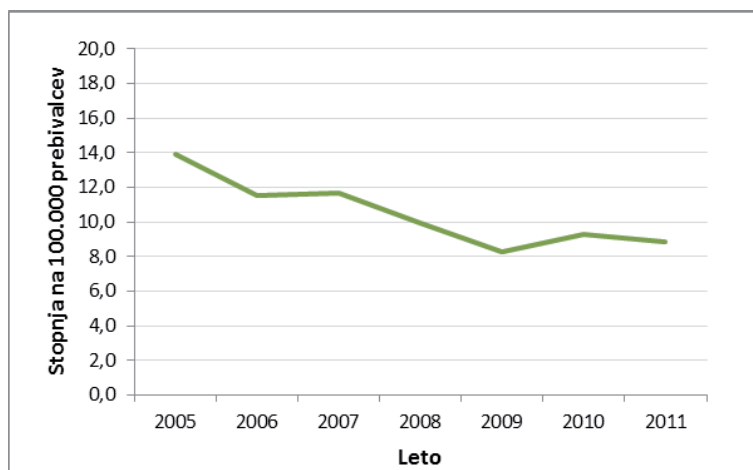
V obdobju od leta 2005 do leta 2010 ni bilo pomembnih sprememb v navodilih beleženja ali obračunavanja primerov hospitalizacij zaradi sladkorne bolezni, ki bi lahko obrazložili opaženi trend. V letu 2004 so bili uvedeni SPP in je s tem pričelo preizkušanje beleženja, ki bi dalo ugodne uteži. Uvedba DRG je tudi v drugih državah vplivala na kodiranje.

Možne razlage za spremembo vključujejo:

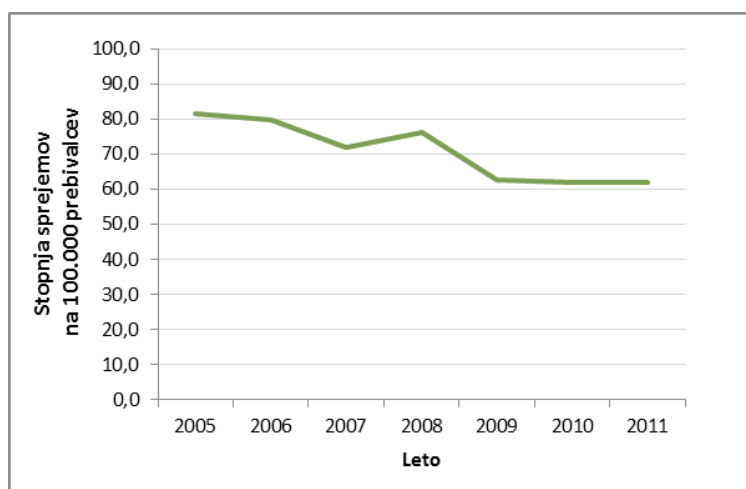
- Izboljšano kakovost ambulantne oskrbe (na primarni oziroma na sekundarni ravni), vendar bi tolikšno spremembo pričakovali skozi daljše časovno obdobje;
- Spremembe v praksah kodiranja stanj pri bolnikih, hospitaliziranih zaradi bolezni in stanj, ki so zapleti sladkorne bolezni.

V bodoče je priporočljivo proučiti podatke tudi ob upoštevanju razlik med slovenskimi regijami (prikaz sprejemov glede na regijo stalnega bivališča bolnikov). Priporočljivo je proučiti podatkovno zbirko primerov hospitalizacij zaradi zapletov sladkorne bolezni z vidika pogostnosti kodiranja sladkorne bolezni s primarno oziroma s sekundarno (dodatno) diagnozo.

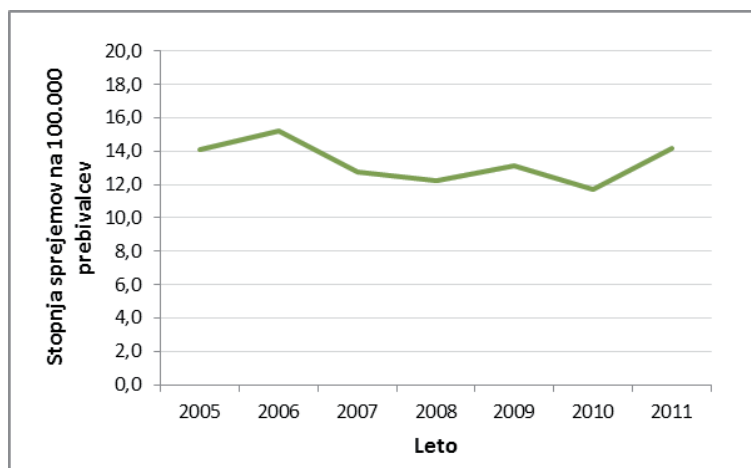
Slika 7: Starostno standardizirana stopnja sprejemov zaradi akutnih zapletov sladkorne bolezni v Sloveniji v letih od 2005 do 2010



Slika 8: Starostno standardizirana stopnja sprejemov zaradi kroničnih zapletov sladkorne bolezni v Sloveniji v letih od 2005 do 2010



Slika 9: Stopnja amputacij spodnjih okončin zaradi sladkorne bolezni v Sloveniji v letih od 2005 do 2010



Porodništvo

KK 2 - Izključno dojenje

Dojenje velja za najboljšo prehrano dojenčkov v prvih mesecih življenja in prinaša koristi tako za zdravje otrok kot tudi njihovih mater. Materino mleko dojenčkom zagotavlja vse potrebne hranilne snovi in jih ščiti pred okužbami. Nekatere raziskave kažejo tudi na boljši kognitivni razvoj dojenih otrok ter manjše zbolevanje za kroničnimi nenalezljivimi boleznimi v odrasli dobi. Matere pa dojenje ščiti pred rakom dojke (1-3).

Kazalnik prikazuje delež izključno dojenih »zdravih« novorojenčkov, ki se zabeleži v porodnišnici. Izključno dojenje je po projektu PATH definirano kot hranjenje izključno z materinim mlekom (lahko tudi izbrizganim), dodatno je dovoljeno le dajanje kapljic ali sirupov z vitamini, minerali ali zdravili. Podatki so prikazani za donošene enojčke s porodno težo najmanj 2000 gramov in petminutno oceno po Apgarjevi višjo ali enako 5 (»zdravi« novorojenčki). Ostalih predlaganih izključitvenih kriterijev, kot so nekatere novorojenčkove in materine bolezni, pri katerih je dojenje lahko kontraindicirano, v naši analizi nismo upoštevali, kar o teh stanjih nismo imeli na voljo zanesljivih podatkov. Vendar zaradi njihove redkosti predvidevamo, da nimajo pomembnejšega vpliva na rezultate.

Kot vir podatkov je bil uporabljen nacionalni medicinski register porodov in rojstev, tako imenovani Perinatalni informacijski sistem, ki vključuje podatke o vseh porodih in rojstvih v 14-ih slovenskih porodnišnicah. Podatki o dojenju se v Perinatalni informacijski sistem praviloma beležijo ob odpustu, v večini porodnišnic jih zabeležijo medicinske sestre oziroma babice, v nekaterih pa pediatri, kar ni v skladu s priporočili PATH projekta, saj teh podatkov v izogib informacijski pristranosti naj ne bi zbirale osebe, ki so direktno vključene v nego matere in novorojenčka. Možnosti, ki se lahko zabeležijo pri dojenju so DA, DELNO, NE. Kot izključno dojene smo upoštevali novorojenčke, ki so imeli zabeleženo vrednost DA.

Leta 2011 je bil delež izključno dojenih novorojenčkov v slovenskih porodnišnicah 86,1 % in je v zadnjem desetletju upadel za pet odstotnih točk. Med porodnišnicami se je delež leta 2011 gibal od 77,7 % do 96,8 %. Razlike so relativno velike glede na to, da so v obdobju 1998 do 2011 vse porodnišnice, razen ene, pridobile certifikat Novorojenčku prijazne porodnišnice, ki se podeljuje ustanovam, ki spodbujajo dojenje. Večina razlike med porodnišnicami gre na račun zabeleženega deleža delno dojenih novorojenčkov, ki se je leta 2011 gibal med 1,6 % in 20,3 %, medtem ko so razlike v deležu novorojenčkov, ki sploh niso dojeni, majhne; takšnih je bilo med 0,7 % in 3 %.

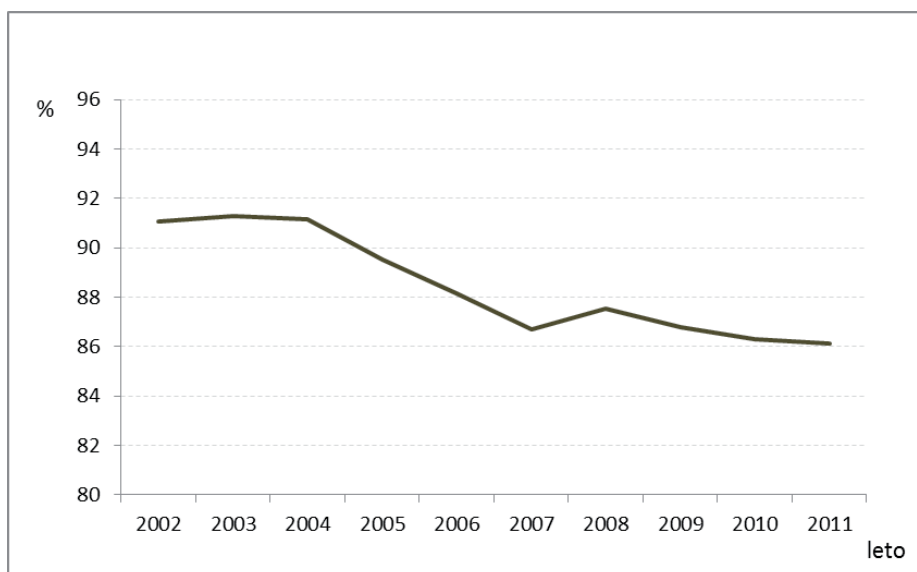
Zaradi teh razlik v podatkih smo posumili na razlike pri beleženju, ki bi lahko bile posledica različnega razumevanja pojma »izključno« in »delno« dojenje. Zato smo v postopku priprave analize stopili v stik z vsemištirinajstimi porodnišnicami in jih povprašali po njihovih praksah beleženja tega podatka. Izkazalo se je, da so pomembne razlike vsaj na dveh področjih in sicer v nekaterih porodnišnicah, ko ocenjujejo ali je otrok izključno ali delno dojen upoštevajo celoten čas bivanja od rojstva dalje (kot predlaga tudi projekt PATH) (4), v drugih pa ocenjujejo stanje v zadnjih 24-ih urah, oziroma ob odpustu iz porodnišnice in tako ne upoštevajo morebitnih dodatkov, ki jih je otrok prejel pred tem. Druga razlika je pri beleženju stanja otrok, ki so hranjeni z izbrizganim materinim mlekom. Te otroke nekatere porodnišnice pravilno zabeležijo kot dojene, nekatere pa kot delno dojene ali celo kot ne dojene.

Zaradi naštetih razlik v beleženju, je potrebno prikazane podatke po porodnišnicah za leto 2011 upoštevati zgolj informativno, saj ne odražajo realno različnih praks glede dojenja v slovenskih porodnišnicah. V kolikor bomo želeli v prihodnje ta kazalnik uporabljati kot merilo kakovosti dela slovenskih porodnišnic, je potrebno poenotiti definicijo izključnega dojenja in poskrbeti, da bodo z njo seznanjeni vsi izvajalci. Vsekakor je kazalnik smiselno spremljati še naprej, saj kaže neugoden trend upadanja izključnega dojenja v porodnišnicah. Morda bi bilo v prihodnje celo za razmisliti o prikazu podatkov ločeno glede na način poroda (vaginalni porod, carski rez), saj je delež izključno dojenih otrok praviloma nižji pri tistih, ki so rojeni s carskim rezom, delež carskih rezov pa v Sloveniji strmo raste.

Viri:

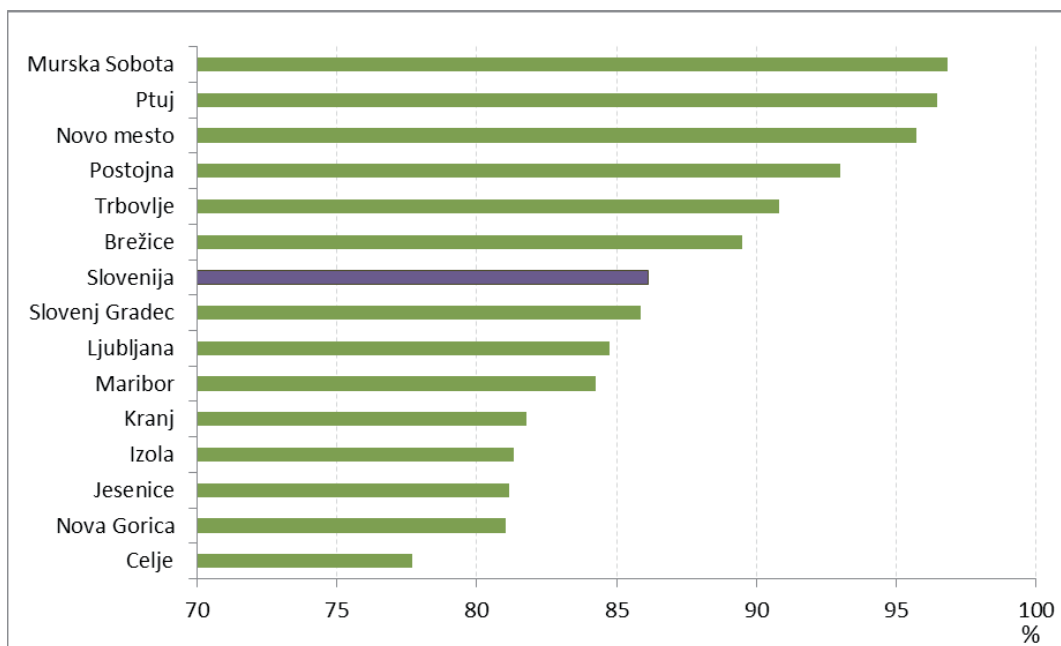
1. Ip S, Chung M, Raman G, Chew P, Magula N, DeVine D, et al. Breastfeeding and Maternal and Infant Health Outcomes in Developed Countries. Evidence Report/Technology. Report 153. Rockville, 2007.
2. Martens PJ. What do Kramer's Baby-Friendly Hospital Initiative PROBIT studies tell us? A review of a decade of research. *J Hum Lact.* 2012; 28:335-342.
3. Fleisher Michaelson K, Weaver L, Branca F. Feeding and Nutrition of Infants and Young Children. Copenhagen: WHO Regional Publications, European series; No. 87, 2000.
4. Pribaković Brinovec R, Masten Cuznar O, Ivanuša M, Leskošek B, Pajntar M, Poldrugovac, et al. Priročnik o kazalnikih kakovosti. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, 2010.

Slika 10: Delež izključno dojenih zdravih* novorojenčkov, Slovenija, 2002 - 2011



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

Slika 11: Delež izključno dojenih zdravih* novorojenčkov po porodnišnicah, Slovenija 2011



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

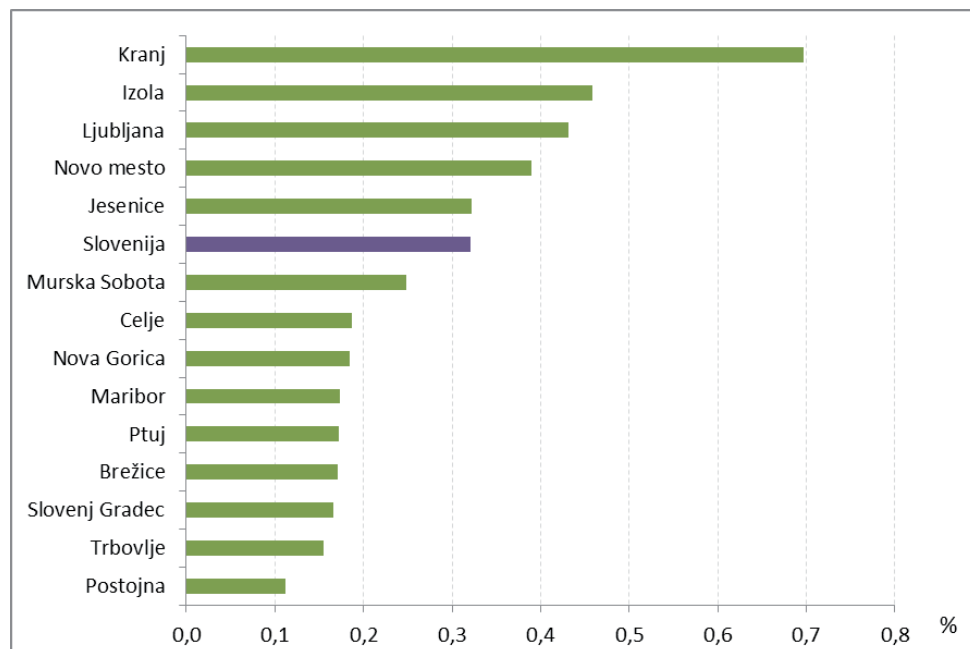
KK 36 - Poškodbe porodne poti ob porodu

Pri izračunu tega kazalnika je bila uporabljena metodologija OECD, ki zbira podatke o istoimenskem kazalniku v okviru projekta HCQI (HealthCareQualityIndicators). Kazalnik prikazuje delež poškodb presredka tretje in četrte stopnje (MKB 10 kodi O70.2 in O70.3) pri vaginalnih porodih porodnic starih 15 let in več. Kazalnik se podrobneje deli na vaginalni porod brez inštrumentov in vaginalni porod s pomočjo uporabe inštrumentov (vakuum, forceps...).

Kot vir podatkov je bil uporabljen nacionalni medicinski register porodov in rojstev, tako imenovani Perinatalni informacijski sistem, ki vključuje podatke o vseh porodih in rojstvih v 14-ih slovenskih porodnišnicah. Podatki o porodnih poškodbah se v Perinatalnem informacijskem sistemu beležijo pod rubriko »Poškodbe porodne poti«. Do leta 2012 je bil uporabljan nekoliko prirejen šifrant kod MKB 10, ki pa se v primeru poškodb presredka 3. in 4. stopnje, dobro ujema z originalno klasifikacijo. Od leta 2013 je šifrant povsem usklajen z novo MKB 10 AM klasifikacijo.

Zelo pomembna omejitev kazalnika je zelo nizko absolutno število primerov hujših poškodb. V letu 2011 smo tako na primer zabeležili le 10 primerov poškodb presredka tretje ali četrte stopnje pri vaginalnem porodu z inštrumenti. V večini bolnišnic je bilo število primerov 0 ali 1. Pri vaginalnem porodu brez inštrumentov pa je bilo število primerov poškodb za celotno Slovenijo nekoliko višje (59 primerov). Kljub temu je bilo v večini porodnišnic, razen dveh, primerov 5 ali manj. Zato smo se odločili, da delež poškodb presredka tretje in četrte stopnje prikažemo samo za vaginalne porode brez inštrumentov in da združimo podatke za petletno obdobje 2007 – 2011. Delež omenjenih poškodb se je v tem obdobju gibal po porodnišnicah med 0,1 % in 0,7 %, v povprečju pa je znašal 0,3 %.

Slika 12: Delež poškodb presredka III. in IV. stopnje pri vaginalnih porodih brez uporabe inštrumentov, po porodnišnicah, Slovenija 2007 - 2011



*Vključeni so porodi porodnic starih 15 let in več.

KK 37 - Delež carskih rezov

Delež carskih rezov v večini evropskih držav narašča. V Sloveniji je bil v zadnjem desetletju še relativno nizek, vendar beležimo zelo strm trend rasti, posebno v nekaterih porodnišnicah. Z večanjem deleža carskih rezov narašča tudi tveganje zapletov, kot so predležeha posteljica, ki je lahko tudi vraščena, tveganje za ponovni carski rez, večje je tudi tveganje za večjo krvavitev ob tem in naslednjem porodu (1,2).

Kazalnik 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 in nenormalna lega ploda).

Kot vir podatkov je bil uporabljen nacionalni medicinski register porodov in rojstev, tako imenovani Perinatalni informacijski sistem, ki vključuje podatke o vseh porodih in rojstvih v 14-ih slovenskih porodnišnicah. Podatki o carskem rezu se v Perinatalnem informacijskem sistemu beležijo pod rubriko »operativno dokončanje poroda«.

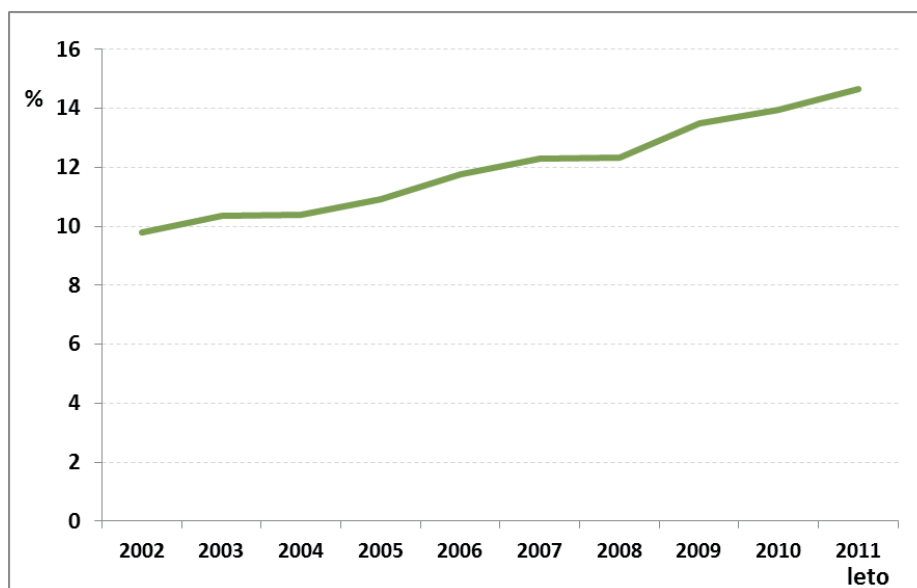
Leta 2011 je bil delež carskih rezov v opisani populaciji 14,7 % in se je med porodnišnicami gibal od 10,3 % do 20,1 %. V primerjavi z letom 2002 je porasel za 50 %, v primerjavi z 2006 pa za 25 %.

V prihodnje bi bilo morda smiselno delež carskih rezov spremljati ločeno za prvorodke in ostale porodnice, saj je ravno predhodni carski rez eden pomembnih dejavnikov, ki vpliva na ponovni carski rez. Prav tako bi lahko ločili tudi prikaz elektivnih in urgentnih carskih rezov, saj bi tako lažje identificirali populacijo porodnic pri katerih carski rez najhitreje raste in v zvezi s tem predlagali ustrezne ukrepe.

Viri:

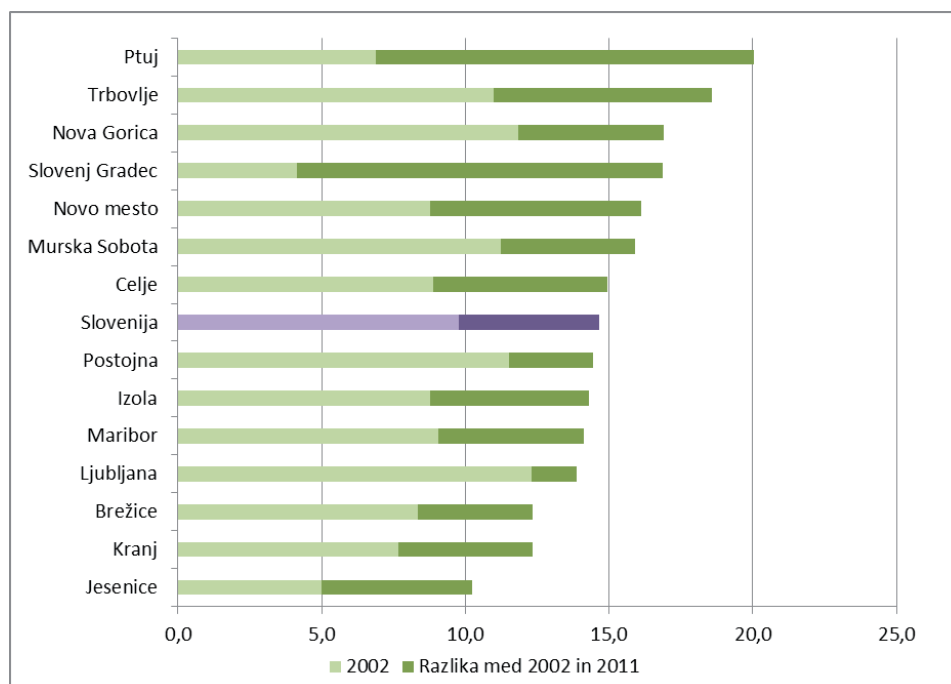
1. Betrán AP, Merialdi M, Lauer JA, Bing-Shun W, Thomas J, Van Look P, et al. Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 2007; 21: 98-113.
2. Fabjan Vodusek V, Kavsek G. Porod. In: Verdenik I, Novak Antolich Ž, Zupan J, eds. *Perinatologia Slovenica II*, pregled slovenskih perinatalnih rezultatov za obdobje 2002-11. Ljubljana: Združenje za perinatalno medicino SZD in Ginekološka klinika UKC Ljubljana; 2013. p.59

Slika 13: Delež otrok* rojenih s carskim rezom, Slovenija 2002 - 2011



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

Slika 14: Delež otrok* rojenih s carskim rezom, po porodnišnicah, Slovenija 2002 in 2011



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

KK 44 in 58 - 30 dnevna smrtnost zaradi možganske kapi in akutnega miokardnega infarkta

Kazalniki prikazujejo delež pacientov, hospitaliziranih zaradi akutnega miokardnega infarkta, ishemične ali hemoragične možganske kapi v slovenskih bolnišnicah, ki so umrli v 30 dneh od sprejema. Upoštevani so vsi primeri smrti, v bolnišnici in izven nje. Kazalniki so podrobneje opisani v Priročniku o kazalnikih kakovosti.

Pomembna omejitev teh kazalnikov je nizko število hospitalizacij posameznih bolnišnicah, z izjemo največjih treh bolnišnic, UKC Ljubljana, UKC Maribor in SB Celje. Prikazani podatki ne vključujejo bolnišnic pri katerih je imenovalec (število hospitalizacij zaradi opisanih stanj) deset ali manj. Preostale podatke prikazujemo v grafu v obliki lijaka, ki ponazarja večjo nezanesljivost majhnih vzorcev. Zgornja in spodnja meja lijaka sta postavljeni pri trikratniku standardne napake. Potrebno je tudi omeniti, da podatki niso starostno standardizirani.

Podatki o 30-dnevni smrtnosti zaradi akutnega miokardnega infarkta ter o 30-dnevni smrtnosti zaradi hemoragične možganske kapi kažejo na večjo smrtnost bolnikov, hospitaliziranih v manjših bolnišnicah v primerjavi z UKC Ljubljana, UKC Maribor in SB Celje. V vseh manjših bolnišnicah, razen v SB Brežice v primeru akutnega miokardnega infarkta in v SB Novo mesto v primeru akutne hemoragične kapi, je vrednost kazalnika nadpovprečna.

Poleg omenjene statistične omejitve nizkih števil je potrebno pri interpretaciji upoštevati tudi dejstvo, da podatki prikazujejo vse sprejeme, ne glede na to, ali je šlo v posameznem primeru za kratko hospitalizacijo, ki je zahtevala takojšnjo premestitev, za hospitalizacijo zaradi premestitve iz druge bolnišnice, ali za primer, kjer premestitve ni bilo.

Kljub vsem omenjenim omejitvam podatki nakazujejo na možnost, da različna razpoložljivost nekaterih storitev (npr. urgentna koronarografija) lahko vpliva na uspešnost zdravstvene oskrbe. Neposredna hospitalizacija urgentnih pacientov iz drugih območij v bolnišnicah, kjer so postopki, kot je urgentna koronarografija na voljo, predstavlja pomembna motnjo pri interpretaciji podatkov.

V bodoče je priporočljivo ločiti paciente glede na to, ali so bili premeščeni v, ali iz druge bolnišnice.

Razlaga kratic:

BTop – Bolnišnica Topolšica

KGol – Klinika Golnik

SBBre – Splošna bolnišnica Brežice

SBCe – Splošna bolnišnica Celje

SBI – Splošna bolnišnica Izola

SBJe – Splošna bolnišnica Jesenice

SBMS – Splošna bolnišnica Murska Sobota

SBNM – Splošna bolnišnica Novo mesto

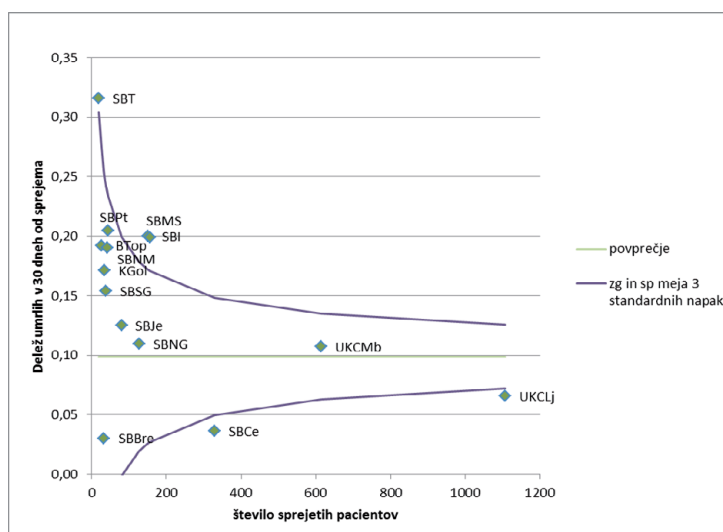
SBPt – Splošna bolnišnice Ptuj

SBT – Splošna bolnišnice Trbovlje

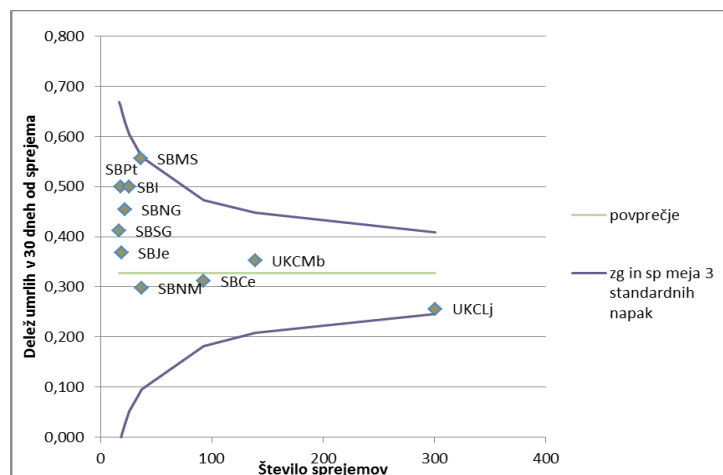
UKCLj – Univerzitetni klinični center Ljubljana

UKCMb – Univerzitetni klinični center Maribor

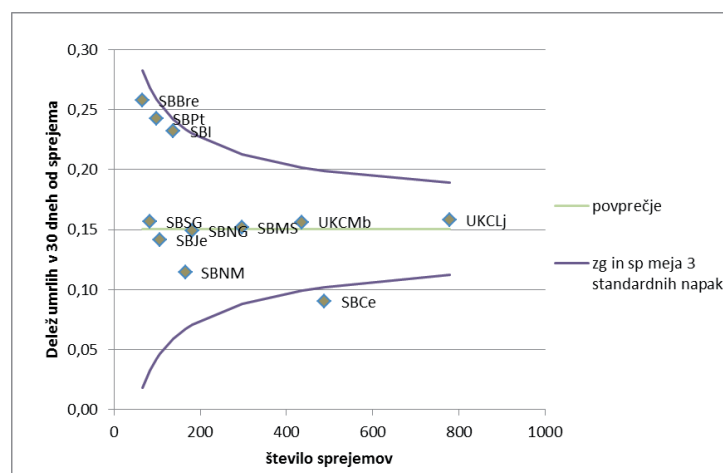
Slika 15: 30 dnevna smrtnost zaradi akutnega miokardnega infarkta v slovenskih bolnišnicah v letu 2011



Slika 16: 30 dnevna smrtnost zaradi hemoragične možganske kapi v slovenskih bolnišnicah v letu 2011



Slika 17: 30 dnevna smrtnost zaradi ishemične možganske kapi v slovenskih bolnišnicah v letu 2011



KK 42 - Pacienti z AMI, ki jim je bil od odpustu predpisana acetilsalicilna kislina

Kazalnik se nanaša na predpisovanje acetilsalicilne kisline (ASA) ob odpustu po akutnem miokardnem infarktu (AMI), v skladu s smernicami. Navodila za spremljanje kazalnika navajajo, da si je potrebno prizadevati za 100% skladnost s smernicami. Pomembno je izpostaviti, da v skladu z metodologijo, v imenovalcu štejemo zgolj paciente, pri katerih je predpisovanje ASA indicirano v skladu s smernicami in ne vseh pacientov z AMI.

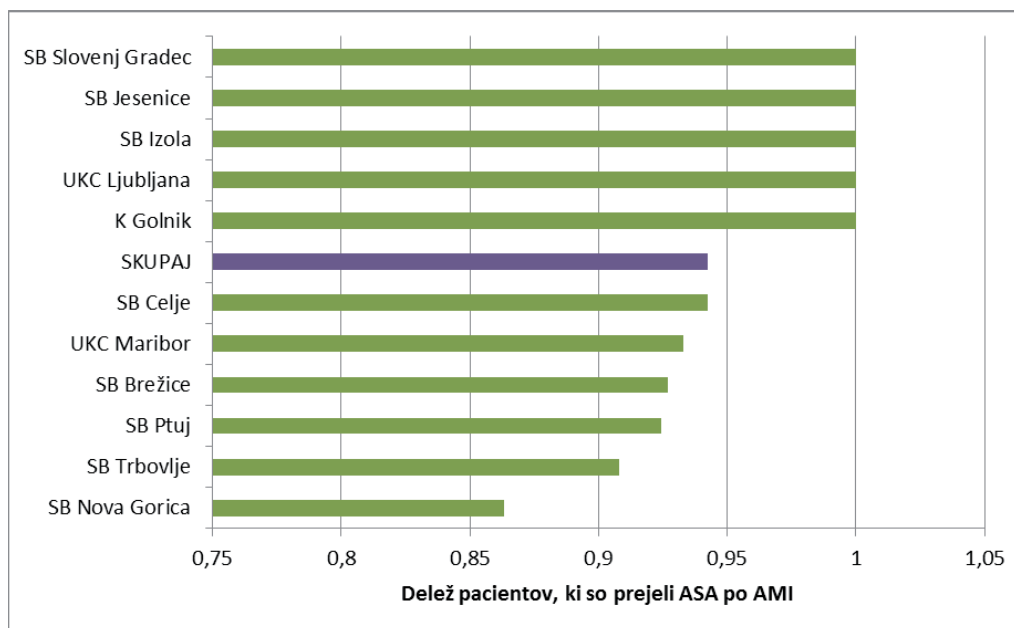
Podatke so bolnišnice posredovale za vsako četrletje posebej. Proučitev podatkov kaže, da je v Sloveniji 14 bolnišnic, v katerih se obravnavajo pacienti z AMI. Podatke za vsa četrletja leta 2011 so posredovale naslednje bolnišnice: Klinika Golnik, UKC Ljubljana, SB Brežice, SB Nova Gorica, SB Jesenice, UKC Maribor, SB Slovenj Gradec, SB Ptuj in SB Trbovlje. V nadaljnjo obdelavo smo vključili tudi podatke s SB Celje in SB Izola, čeprav so v teh primerih manjkali podatki o nekaterih četrletjih. Obdelava ne vključuje: SB Novo mesto, SB Murska Sobota ter B Topolšica, slednjih zaradi pomanjkljivosti pri posredovanih podatkih.

Nadaljnja obdelava podatkov torej vključuje 11 od skupno 14 bolnišnic, kar predstavlja 78% vseh poročevalskih enot. Skupaj je imenovalc šteje 1227 primerov AMI. Glede na skupno število primerov AMI (MKB-10 kode I21 ter I22) v letu 2010 (3478 primerov) tudi ob upoštevanju izključitvenih kriterijev, bi pričakovali bistveno več primerov za popolni zajem. Metodologija omogoča retrospektivno ali prospektivno občasno spremljanje, kar pomeni, da zajem vseh primerov tudi ni pričakovan. V nekaterih primerih so bolnišnice pojasnile, da podatkov niso posredovale, ker niso dosegle predvidenega števila minimalnih primerov (30).

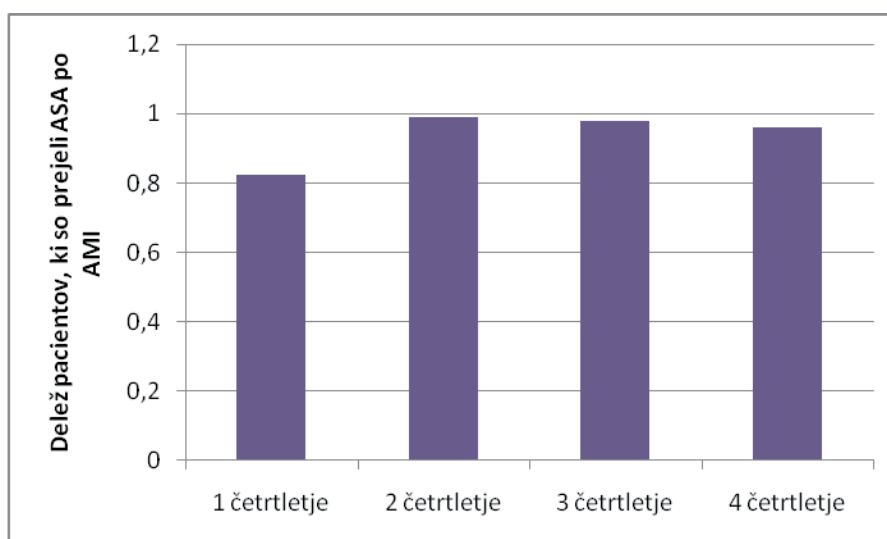
Dosežene vrednosti kazalnika so zelo spodbudne, saj naj bi bila ASA predpisana v 99% primerov v drugem tromesečju, 98% v tretjem tromesečju in 96% v četrtem tromesečju. Nekoliko drugačni so bili rezultati v prvem tromesečju, ko sta UKC Maribor in SB Nova Gorica dosegli bistveno nižje vrednosti. Izjemna izboljšava, dosežena v teh dveh ustanovah kaže na možnost, da so bila navodila o spremljanju kazalnika napačno razumljena, ali da so bili v omenjenih ustanovah izvedeni učinkoviti ukrepi za izboljšanje stanja.

V okviru Usmeritvenega odbora za kazalnike kakovosti se je oblikovalo stališče, da podatki odražajo dejansko stanje, kar pomeni, da je predpisovanje ASA po AMI standardna praksa v Sloveniji. Iz navedenega razloga je bilo priporočeno, da se prekine spremljanje tega kazalnika. Z aneksom 1 k Splošnemu dogovoru 2012 je bil ta kazalnik odstranjen s seznama obveznih kazalnikov kakovosti.

Slika 18: Delež pacientov z AMI, ki jim je bil od odpustu predpisana acetilsalicilna kislina v letu 2011 (vsa četrletja skupaj) v posamezni bolnišnici



Slika 19: Delež pacientov z AMI, ki jim je bil od odpustu predpisana acetilsalicilna kislina v letu 2011 (vse bolnišnice skupaj) v posameznem četrletju



KK 64 - Nacionalno spremljanje bolnišnične porabe protimikrobnih zdravil

Osnovni podatki o kazalniku

V letu 2010 smo uvedli nov kazalnik z naslovom: Nacionalno spremljanje protimikrobnih zdravil. Z uvedbo kazalnika smo želeli ugotoviti sposobnost vseh (29) slovenskih bolnišnic za spremljanje porabe antibiotikov (protibakterijske učinkovine), protiglivičnih in protivirusnih zdravil, ki se rabijo sistemsko, to je v obliki injekcij ali v per os obliki. Z kazalnikom želimo primerjati porabo protimikrobnih zdravil med istimi tipi bolnišnic oziroma oddelkov kjer spremljamo porabo in trende porabe. Podatke o rabi protimikrobnih zdravil so posredovali bolnišnični farmacevti ali druge osebe zaposlene v manjših bolnišničnih lekarnah (medicinske sestre). Podatke o številu bolnišnično oskrbnih dni in številu sprejetih bolnikov na nivoju države, bolnišnic in določenih oddelkov (enota intenzivne terapije, kirurgija, interna, ginekologija in pediatrija) je posredoval Inštitut za varovanje zdravja RS. Iz zbirke podatkov IVZ 8 (evidenca bolezni, ki zahtevajo zdravljenje v bolnišnici).

Podatke IVZ-ju so sporočile neposredno bolnišnice.

Kakovost podatkov:

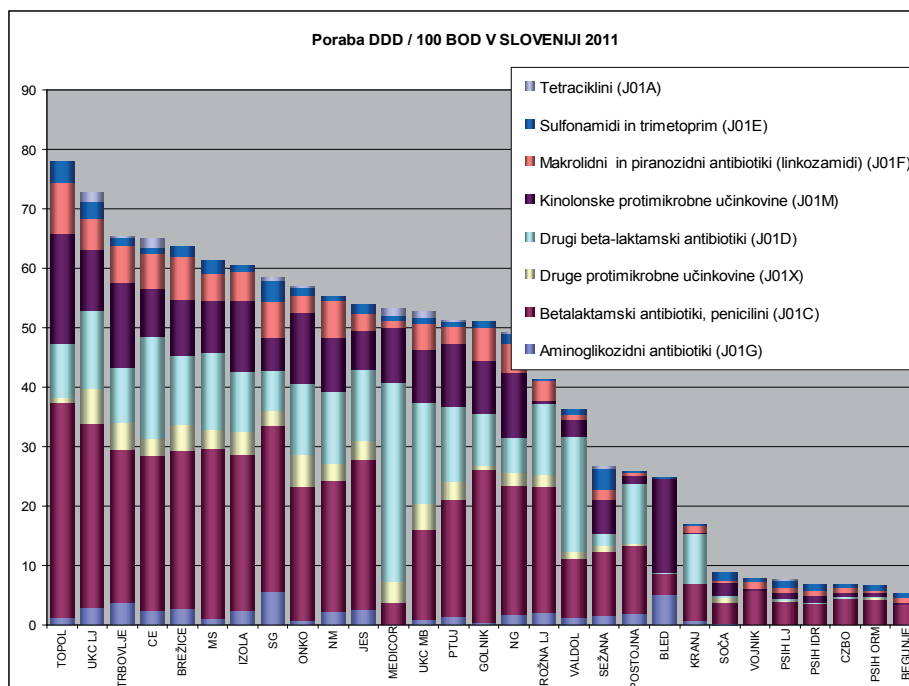
Bolnišnične lekarne spremljajo porabo tako, da spremljajo porabo zdravil, ki jih izdajo iz lekarne na oddelek.

V praksi pomeni, da ni nujno, da je bolnik prejel omenjeno zdravilo, ker se zdravilo lahko zadržuje v priročni lekarni na oddelku. Izboljšanje spremljanja porabe bi lahko dosegli, če bi elektronsko vodili porabo, ki jo prejme bolnik. To pomeni, da bi morale sestre ob dajanju zdravila bolniku, vnesti podatek v elektronsko bazo. V letu 2012 so v ZDA med 10 in 20% bolnišnic spremljali tovrstno porabo na omenjeni način. V naslednjih nekaj letih pričakujejo, da bo 50% bolnišnic spremljalo porabo na nivoju bolnika.

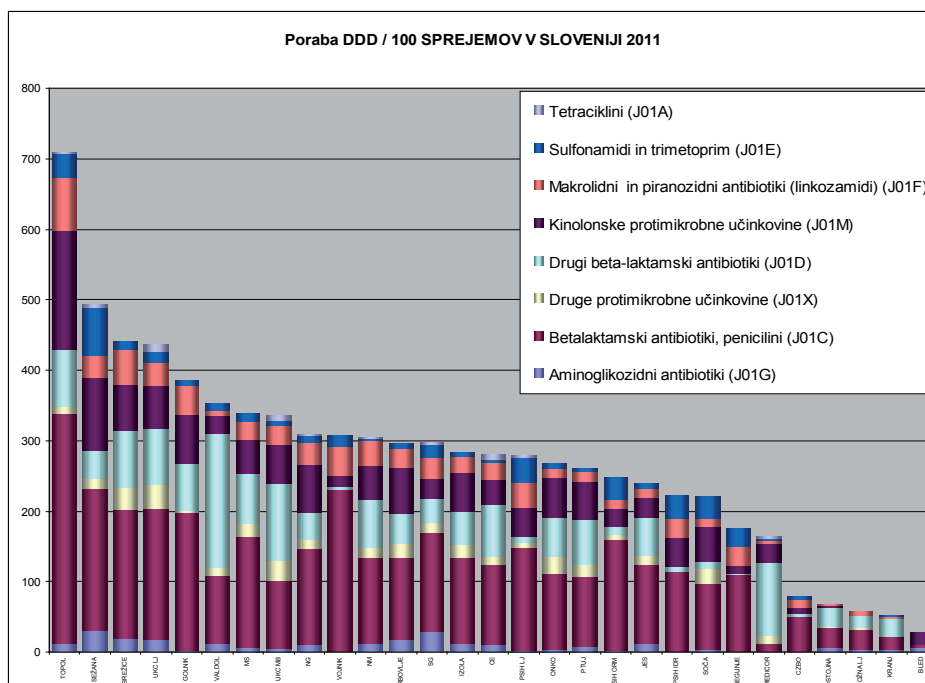
Bolnišnične lekarne izdajajo parenteralna zdravila ne samo bolnikom, ki so sprejeti v bolnišnico (preko noči) ampak tudi bolnikom, ki se zdravijo v enodnevni in dnevni bolnišnici in urgentni ambulantni. Na določenih oddelkih, kot na primer Kliniki za infektivne bolezni in vročinska stanja se veliko bolnikov zdravi ambulantno s parenteralnim antibiotikom (ambulantno zdravljenje lymfne borelioze s ceftriaksonom ali dajanje benzantipenicilina G za zdravljenje in preprečevanje streptokoknih okužb in sifilisa), ob tem pa niso sprejeti. Za doseg točnih podatkov bi morale bolnišnice ločeno voditi porabo parenteralnih antibiotikov za ležeče oz. sprejete bolnike od tistih, ki dobivajo antibiotik v dnevni, urgentni ali enodnevni bolnišnici.

V slikah 20 do 23 posredujemo podatke o porabi protimikrobnih zdravil izražene v definiranih dnevni dozah (DDD) na 100 bolnišnično oskrbnih dni (BOD) oziroma DDD/100 sprejemov.

Slika 20: Poraba (DDD/100 BOD) antibiotikov (J01) za sistemsko zdravljenje v slovenskih bolnišnicah v letu 2011.



Slika 21: Poraba (DDD/100 sprejemov) antibiotikov (J01) za sistemsko zdravljenje v slovenskih bolnišnicah v letu 2011



Interpretacija rezultatov

Največja poraba antibiotikov izražena v DDD/100 BOD je bila v bolnišnici Topolšica, sledi UKC Ljubljana in splošne bolnišnice. Razlika v porabi antibiotikov v splošnih bolnišnicah med največjo in najnižjo je bila 33%, za kar je potrebno pojasniti..

Največja poraba antibiotikov izražena v DDD/100 sprejemov je bila prav tako v bolnišnici Topolšica, sledi negovalna bolnišnica Sežana, splošna bolnišnica Brežice in druge bolnišnice. V kolikor ima bolnišnica dolgo ležalno dobo obstaja večja možnost za večjo porabo izraženo v DDD/100 sprejemov.

Tudi struktura porabe je različna, kar zahteva podrobno analizo. Poraba protimikrobnih zdravil v bolnišnici je odvisna od vrste bolnikov, kvalitete predpisovanja, pogostnosti pojavljanja bolnišničnih okužb, trajanja ležalne dobe in še drugih dejavnikov.

Poraba protiglivnih zdravil za sistemsko zdravljenje je bila najvišja na Onkološkem inštitutu, sledi UKC Ljubljana in presenetljivo Splošna bolnišnica Slovenj Gradec. V vseh treh bolnišnicah so predpisovali najpogostejše triazoleve derivate (flukonazol, itrakonazol, vorikonazol, posakonazol), manj pogosto druge antimikotike (5-flucitozin, kaspofungin, mikafungin, anidulafungin). V UKC Ljubljana je prisotno pogosto predpisovanje poliene (amfotericin B).

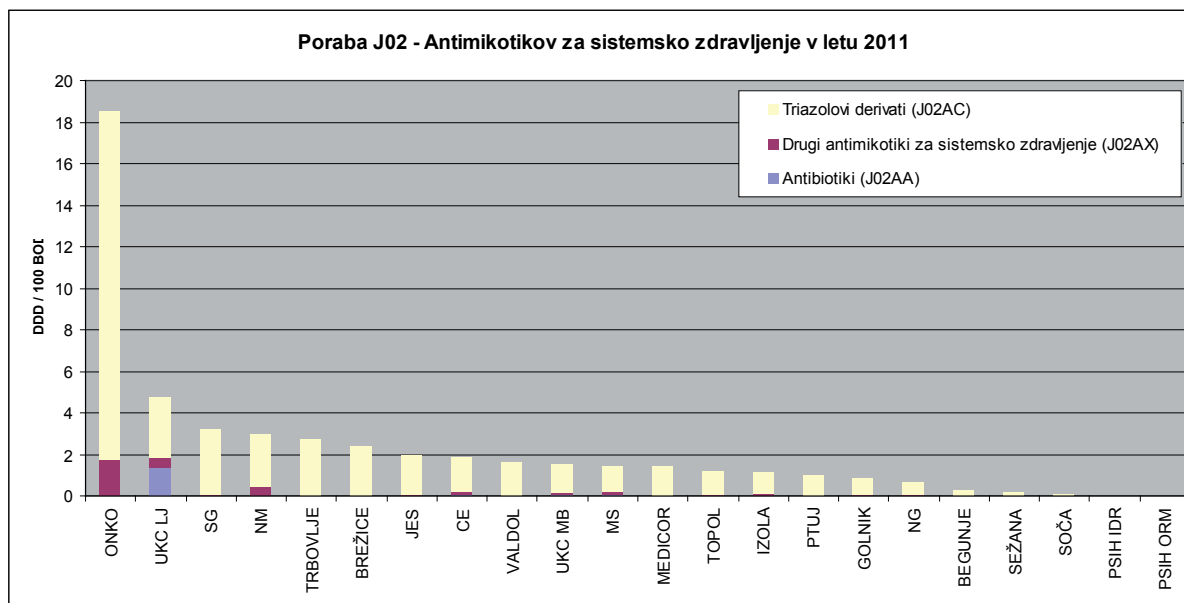
Protivirusne učinkovine so predpisovali najpogostejše v UKC Ljubljana in Onkološkem inštitutu in Splošni bolnišnici Slovenj Gradec. Med zdravili so predpisovali najpogostejše zdravila za zdravljenje herpetičnih okužb, sledijo zdravila za zdravljenje gripe, zdravila za zdravljenje HIV/AIDS in hepatitisa B in v UKC Ljubljana zdravila za zdravljenje hepatitisa C. Najvišja poraba zdravil za zdravljenje gripe je bila v Splošni bolnišnici Slovenj Gradec.

V Sloveniji smo v letu 2011 sprejeli dodatek k Pravilniku o strokovnem nadzoru izvajanja programa preprečevanja in obvladovanja bolnišničnih okužb v katerem so načrtovani strokovni nadzori o smotrni rabi protimikrobnih zdravil v slovenskih bolnišnicah (Uradni list RS št. 10/2011). Namen nadzorov je bila analiza raba antibiotikov v bolnišnici in svetovanje za izboljšanje predpisovanja. Nacionalna komisija za smotrno rabo protimikrobnih zdravil je v letu 2011 in 2012 predlagala obiske treh bolnišnic in določila člane, vendar Ministrstvo za zdravje ni potrdilo strokovnih nadzorov, tako da se svetovalno delo komisije še ne izvaja.

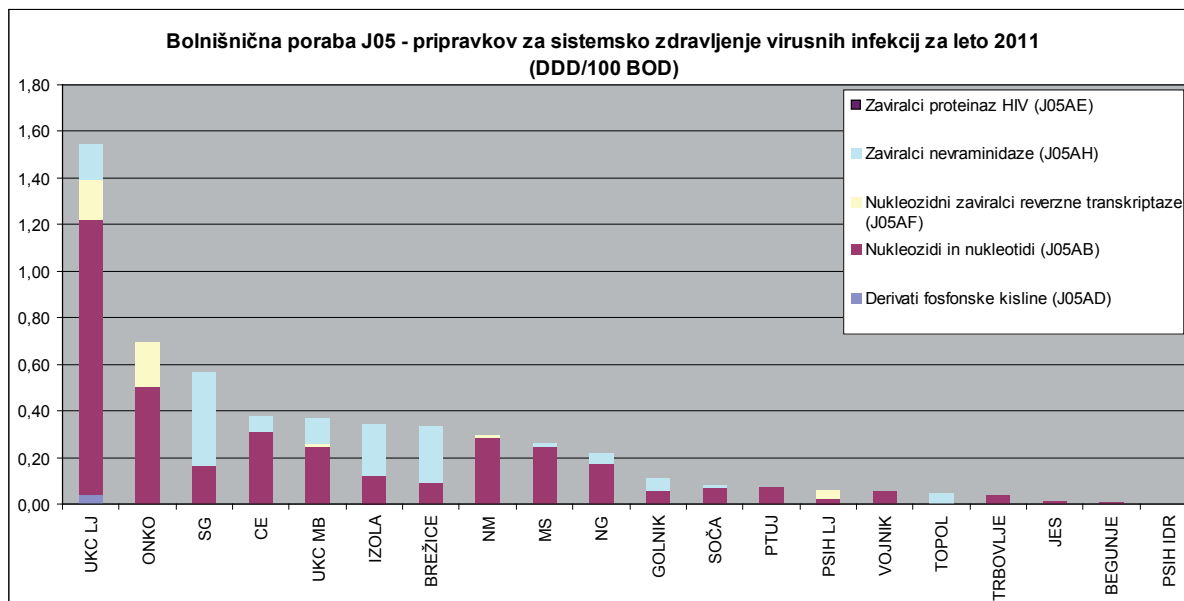
Ker je raba protimikrobnih zdravil (celotna kot struktura rabe) glavni vzrok nastanja odpornosti mikrobov in ker nimamo novih učinkovin moramo izboljšati njihovo predpisovanje, da bomo v prihodnosti še lahko uspešno zdravili bolnike z okužbami.

V Sloveniji moramo izboljšati kakovost spremljanja porabe tako, da bomo ločili v bolnišnicah porabo za ležeče od ambulantnih bolnikov in izboljšati kakovost podatkov o številu BOD in številu sprejemov na nivoju celotne bolnišnice in spremljajočih oddelkov.

Slika 22: Poraba (DDD/100 BOD) protiglivnih zdravil (J02) za sistemsko zdravljenje v slovenskih bolnišnicah v letu 2011



Slika 23: Poraba (DDD/100 BOD) protivirusnih zdravil za sistemsko zdravljenje (J05) v slovenskih bolnišnicah v letu 2011



KK 71 - MRSA

S kazalnikom želimo spremljati uspešnost obvladovanja širjenja MRSA v bolnišničnih okoljih. Pomembna sprememba v metodologiji spremljanja kazalnika je določitev deleža bolnikov, ki so pridobili MRSA v bolnišnici, glede na število bolnikov, pri katerih smo ugotovili kolonizacijo ali okužbo z MRSA. Podrobnejše informacije o metodologiji so dostopne v Priročniku o kazalnikih kakovosti.

Podatke so bolnišnice posredovale za vsako četrletje posebej. Podatki za vsa četrletja leta 2011 so bili na razpolago za naslednje bolnišnice: Klinika Golnik, B. Topolšica, BGP Kranj, B Sežana, Bolnišnica za ženske bolezni in porodništvo Postojna, URI Soča, UKC Ljubljana, OB Valdoltra, PB Begunje, Psihiatrična klinika Ljubljana, SB Brežice, SB Nova Gorica, SB Izola, UKC Maribor, SB Murska Sobota, SB Novo mesto, SB Slovenj Gradec, SB Trbovlje, MC Medicor in Onkološki inštitut. V nadaljnjo obdelavo smo tudi vključili bolnišnice, pri katerih so manjkali podatki za posamezna četrletna obdobja: PB Idrija, SB Celje in Kirurški Sanatorij Rožna dolina. Nekatere bolnišnice pa nismo mogli vključiti, ker podatke niso posredovali v zahtevani obliki: CZBO Šentvid pri Stični, MKZ Rakitna, SB Ptuj, PB Ormož, PB Vojnik ter SB Jesenice. Najpogostejša napaka pri posredovanju podatkov je navedba števila vseh sprejemov v imenovalcu.

Skupno število ugotovljenih nosilcev MRSA, ki predstavljajo imenovalce kazalnika, vključenih v obdelavo podatkov je bilo 1344. Skupno število nosilcev MRSA, ki so MRSA pridobili v bolnišnici, je bilo 430.

V primerih, ko je vrednost imenovalca enaka 0, o uspešnosti izvajanja programa obvladovanja MRSA ni mogoče sklepati. Primere dobrih praks bomo poiskali pri bolnišnicah, ki so dosegle nizke vrednosti kazalnika in so navedli vrednost imenovalca, ki ni enaka 0.

Kriterij za opredelitev MRSA, kot pridobljenega v bolnišnici, je čas odvzema kužnine, ki je večji od 48 ur.

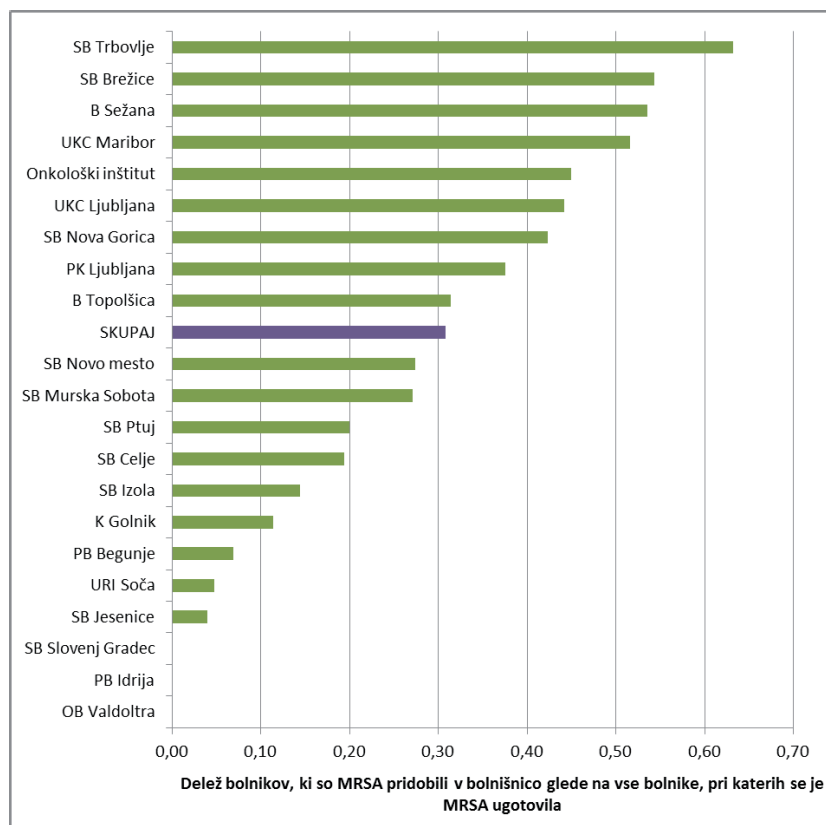
Med zbranimi podatki ni števila sprejemov in števila bolnikov, pregledanih za nosilstvo MRSA, kar onemogoča vrednotenje rezultata 0 (nobenega ugotovljenega nosilca MRSA) v imenovalcu nekaterih bolnišnic. Sicer je v navodilih zapisano, da bi morala vsaka bolnišnica pregledati 10 do 20% vseh sprejetih bolnikov. Za bolj celovito sliko o izvajanju programa preprečevanja širjenja MRSA, bi bilo potrebno poročati tudi števil sprejemov in število pregledanih za nosilstvo MRSA.

Tabela 8: Vrednosti števca, imenovalca in kazalnika kolonizacije z MRSA v posameznih bolnišnicah, ki so bili predmet obdelave, v letu 2011

	kolonizacija z MRSA		
	vrednost	števce	imenovalec
BGP Kranj	0,00	0	0
B Postojna	0,00	0	0
KS Rožna Dolina	0,00	0	0
MC Medicor	0,00	0	0
OB Valdoltra	0,00	0	4
PB Idrija	0,00	0	10
SB Slovenj Gradec	0,00	0	18
SB Jesenice	0,04	2	50
URI Soča	0,05	3	63
PB Begunje	0,07	2	29
K Golnik	0,11	5	44
SB Izola	0,14	21	146
SB Celje	0,19	18	93
SB Ptuj	0,20	4	20
SB Murska Sobota	0,27	23	85
SB Novo mesto	0,27	40	146
SKUPAJ	0,31	436	1414
B Topolšica	0,31	22	70
PK Ljubljana	0,38	3	8
SB Nova Gorica	0,42	36	85
UKC Ljubljana	0,44	152	344
Onkološki inštitut	0,45	9	20
UKC Maribor	0,52	50	97
B Sežana	0,54	15	28
SB Brežice	0,54	19	35
SB Trbovlje	0,63	12	19

Opomba: števec – št. bolnikov, ki so MRSA pridobili v posamezni bolnišnici, imenovalec – št. vseh ugotovljenih nosilcev MRSA

Slika 24: Delež bolnikov, ki so MRSA pridobili v posamezni bolnišnici v letu 2011



KK 67 - Padci pacientov

Osnovni podatki o kazalniku:

V primeru padcev pacientov smo pridobljene podatke proučili podobno kot podatke o RZP. Tudi v tem primeru smo upoštevali le pravilno posredovane podatke in nato primerjali posredovane podatke, ki se nanašajo na celo leto 2011.

Podatke so bolnišnice posredovale za vsako četrletje posebej. Podatki za vsa četrletja leta 2011 so bili na razpolago za naslednje bolnišnice: Klinika Golnik, B Topolšica, BGP Kranj, B Sežana, Bolnišnica za ženske bolezni in porodništvo Postojna, URI Soča, UKC Ljubljana, OB Valdoltra, PB Begunje, PB Ormož, PB Vojnik, PB Idrija, Psihiatrična klinika Ljubljana, SB Brežice, SB Nova Gorica, SB Izola, SB Jesenice, UKC Maribor, SB Murska Sobota, SB Novo mesto, SB Slovenj Gradec, SB Trbovlje, SB Ptuj in Onkološki inštitut.

V nadaljnjo obdelavo podatkov ni bilo mogoče vključiti nekaterih bolnišnic, ker niso posredovale vseh zahtevanih podatkov v vseh štirih poročevalskih obdobjih. Obdelava ne vključuje: CZBO Šentvid pri Stični, MKZ Rakitna, SB Celje, KS Rožna dolina in MC Medicorja.

Skupno število bolnišnično oskrbnih dni, ki predstavljajo imenovalce kazalnika, vključenih v obdelavo podatkov je 2.200.297. Skupno število padcev pri vseh pacientih je 2465. Absolutne vrednosti padcev pri posamezni bolnišnici na letni ravni so nihale med 2 in 674. Vrednosti so v dveh primerih nižje od 10.

Kakovost podatkov:

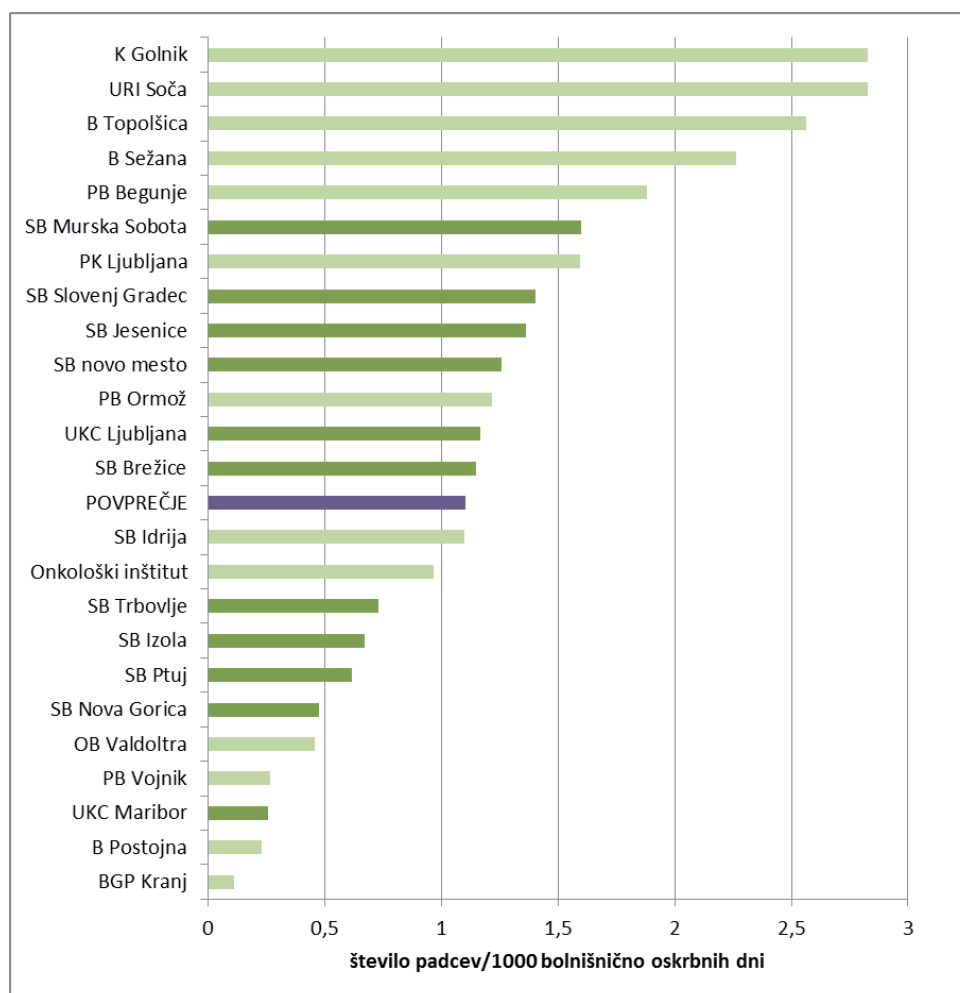
V primeru spremljanja padcev pacientov se postavi vprašanje, ali vrednosti odražajo dejansko stanje in posledično uspešnost bolnišnic pri obvladovanju problematike padcev pacientov, ali so vrednosti prej pokazatelj doslednost pri beleženju teh dogodkov.

Vrednotenje kazalnika

Bolnišnice lahko glede na prikazane podatke razdelimo v 3 skupine.

1. Bolnišnice imajo vzpostavljen sistem za prepoznavanje pacientov z dejavniki tveganja za padec, poročanje padcev in načrtovanje preventivnih aktivnosti. V teh bolnišnicah je incidenca v posameznih prikazanih obdobjih konstantna, oz. se počasi znižuje, dokler ne doseže števila dogodkov, ki jih ni mogoče preprečiti.
2. Bolnišnice imajo vzpostavljajo sistem za poročanje o padcih, zato jim število prijav konstantno narašča. Glede na veliko število padcev, pa je mogoče sklepati, da so še možnosti izboljšanja procesa za preprečevanje padcev. Poleg tega je mogoče sklepati, da se v teh ustanovah zdravijo pacienti, ki imajo zaradi narave bolezni veliko tveganje za padec in je zato število padcev večje.
3. V tretji skupini so bolnišnice, ki še nimajo v celoti vzpostavljenega sistema prepoznavanja pacientov z večjim tveganjem za padec, evidentiranje in sporočanje padcev. Sklepamo lahko, da nimajo vzpostavljenega sistema za izvajanje preprečevanja padcev. Pri teh ustanovah je prikazana zelo nizka incidenca, ki se v posameznih prikazanih obdobjih zelo spreminja. Vzpostavitev celotnega sistema bi, pričakovano, v začetku pripeljala do povečanja števila padcev. Tudi povprečna vrednost incidence vseh bolnišnic bi se v tem primeru povečala in bi predstavljala bolj realen podatek.

Slika 25: Vsi padci pacientov v letu 2011 (vsa četrtletja skupaj) v posamezni bolnišnici



KK 70 - Nenamerna punkcija ali laceracija bolnika

S kazalnik želimo spremljati pogostnost nenamernih poškodb, ki se zgodijo v okviru medicinskega posega. Metodologija, opisana v Priročniku o kazalnikih kakovosti, navaja, da se pri števcu upoštevajo neizgledne vreze, vbode, perforacije ali raztrganine, do katerih je prišlo med kirurškim ali nekirurškim postopkom. Imenovalci so prav tako opredeljeni s številom kirurških in nekirurških bolnikov.

Dogodke so posamezne bolnišnice zabeležile neposredno zaradi potrebe spremljanja kazalnikov kakovosti, obenem pa so bili podatki izračunani na podlagi administrativne podatkovne baze, ki se zbere na nacionalni ravni. Vključitveni kriterij za izračun v okviru nacionalne podatkovne zbirke so opisani v Priročniku o kazalnikih kakovosti.

Kljub temu, da se kazalnik jasno ne omeji zgolj na kirurške posege in zgolj na kirurške paciente, smo podatke pridobili neposredno zgolj s strani bolnišnic, ki opravljajo kirurško dejavnost. Tovrstnih poročevalskih enot je v Sloveniji 18.

Podatke so bolnišnice posredovale za vsako četrtoletje posebej. Podatke za vsa četrtoletja leta 2011 so posredovale za naslednje bolnišnice: BGP Kranj, SB Nova Gorica, SB Jesenice, UKC Maribor, SB Slovenj Gradec, SB Trbovlje, SB Ptuj, Onkološki inštitut in MC Medicor. Čeprav so bili podatki posredovani zgolj za nekatera tromesečja, smo v nadaljnji obdelavi vključili tudi prejete podatke s strani B Postojna, SB Brežice, SB Celje ter Kirurški Sanatorij Rožna dolina. V nadaljnji obdelavi podatkov ni bilo mogoče vključiti nekatere bolnišnice, ker podatke niso posredovale v ustrezni obliki, druge bolnišnice pa podatke niso posredovale. Tako, poleg bolnišnic, ki ne izvajajo kirurške dejavnosti, obdelava podatkov ni vključevala UKC Ljubljana in OB Valdoltra, SB Murska sobota in SB Novo mesto.

Kakovost podatkov

Pripravljalci Priročnika so predvideli, da se bo ta kazalnik izračunal na podlagi nacionalnih podatkovnih zbirk. Zato je opis kazalnika v Priročniku o kazalnikih kakovosti sorazmerno skop. Zapisano je verjetno pomemben dejavnik, ki je prispeval k nejasnostim pri izračunu.

Imenovalci so opisani kot »vsi kirurški in nekirurški bolniki«. Kazalnik torej zahteva, da se pri izračunu upoštevajo vsi sprejemi, glede na vključitvene in izključitvene kriterije. Prav tako nenamerne punkcije ali laceracije naj bi bile zabeležene ne glede na to, ali se dogajajo v okviru kirurškega ali druge vrste posega. Očitno so bolnišnice spremljale dogodke le v okviru kirurških posegov.

Ob upoštevanju števila sprejemov, ki so jih bolnišnice navedle pri drugih kazalnikih, lahko sklepamo, da so nekatere izmed njih v imenovalcu upoštevale zgolj »kirurške« paciente, med tem ko so drugi izvajalci upoštevali vse sprejete paciente v določenem obdobju.

Interpretacija

Publikacija »Health at a Glance 2011«, v katerem so opredeljene vrednosti tega kazalnika v nekaterih državah OECD, izpostavi, da je določen delež nenamernih punkcij ali laceracij neizbežen, če se opravljajo posegi z visokim tveganjem. Kljub temu, če v primerjavi med državami (ali v tem primeru med bolnišnicami) kakšna izmed enot posebej izstopa, je to lahko kazalnik sistemske težave, kot so lahko neprimerna usposobljenost ali velika utrujenost osebja.

Absolutno število dogodkov, ki so bili zabeleženi v posameznih bolnišnicah, je tako na podlagi posebnega spremljanja kot na podlagi nacionalne podatkovne zbirke, zelo nizko. Sklepanje o razlikah med bolnišnicami ni smiselno.

Zanimivo je, da se vrednosti znotraj posameznih bolnišnic pomembno razlikujejo glede na način zbiranja podatkov. Dejstvo kaže na potrebo izboljšave bodisi v praksah posebnega beleženja dogodkov, bodisi v praksah kodiranja, morda celo na obeh področjih.

Izvajalci so izpostavili, da definicija nenamerne punkcije ali laceracije ni jasno postavljena, ne glede na to, da se kazalnik sklicuje na Mednarodno klasifikacijo bolezni. Priporočljivo bi bilo izboljšati navodila v tem smislu.

Smiselno je nadaljevati z ozaveščanjem izvajalce zdravstvenih storitev o pomenu zabeleženja tovrstnih dogodkov, kar je bilo z uvedbo kazalnika namen in začetno.



Tabela 9: Nenamerna punkcija ali laceracija bolnika na 1000 primerov, podatki bolnišnic*

	vrednost	števec	imenovalec
B Postojna	0	0	579
KS Rožna dolina	0	0	744
MC Medicor	0	0	788
SB Brežice	0	0	2380
BGP Kranj	1,17	3	2555
SB Trbovlje	0	0	4015
SB Ptuj	0	0	5928
SB Jesenice	1,39	11	7931
SB Celje	0,21	2	9496
SB Slovenj Gradec	0,67	7	10433
Onkološki inštitut	0,32	4	12369
SB Nova Gorica	0,17	3	17816
UKC Maribor	0,31	11	35591
SKUPAJ	0,37	41	111621

*Podatke so posredovale bolnišnice neposredno

Tabela 10: Nenamerna punkcija ali laceracija bolnika na 1000 primerov, nacionalna zbirka**

	vrednost	števec	imenovalec
SB Brežice	0	0	4501
OB Valdoltra	0	0	5280
B Topolšica	0	0	3551
K Golnik	0	0	7457
KS Rožna dolina	0	0	2340
ZA Bitenc Marko	0	0	506
MC Medicor	0	0	1817
SB Trbovlje	0,24	1	4184
BSežana	1,77	1	564
SB Nova Gorica	0,14	2	13982
SB Ptuj	0,33	2	6123
B Postojna	2,49	2	802
SB Izola	0,27	3	11214
SB Murska Sobota	0,29	4	13848
BGP Kranj	4,61	5	1085
Onkološki Inštitut	0,57	7	12212
SB Jesenice	0,77	7	9054
SB Novo Mesto	0,68	10	14626
SB Celje	0,60	15	24852
UKC Maribor	0,74	25	33674
SB Slovenj Gradec	2,38	26	10939
UKC Ljubljana	0,46	29	62404
Skupaj	0,57	139	245016

**podatki so bili izračunani ob upoštevanju vključitvenih in izključitvenih kriterijev, opisani v Priročnik o kazalnikih kakovosti, na podlagi nacionalne podatkovne zbirke

KK 65 - Poškodbe z ostrimi predmeti (osebje)

S kazalnikom merimo število poškodb osebja z ostrimi predmeti. Podatke so bolnišnice posredovale za vsako četrtoletje posebej. Pri skupnem izračunu smo imenovalca izračunali kot aritmetično povprečje zaposlenih v vsakem četrtoletnem obdobju. Število poškodb, ki je navedeno v števcu, v vsakem četrtoletju pa smo sešteli. Ulomek števca in imenovalca smo pomnožili s 100 in na takšen način pridobili vrednost, ki predstavlja število poškodb za ostrimi predmeti, ki se vsako leto zgodi na vsakih 100 zaposlenih.

Podatke za vsa četrtoletja leta 2011 so posredovale naslednje bolnišnice: BGP Kranj, MC Medicor, UKC Maribor, PK Ljubljana, SB Novo mesto, PB Begunje, UKC Ljubljana, SB Trbovlje, SB Izola, Onkološki inštitut, URI Soča, SB Murska Sobota, OB Valdoltra, SB Nova Gorica, SB Brežice, Klinika Golnik, SB Slovenj Gradec, SB Ptuj, B Topolšica, SB Jesenice.

V nadaljnji obdelavi podatkov ni bilo mogoče vključiti nekatere bolnišnice, ker niso posredovale vse zahtevane podatke glede vseh štirih poročevalskih obdobjih. Obdelava ne vključuje: PB Ormož, PB Vojnik, PB Idrija, SB Celje ter Kirurški Sanatorij Rožna dolina.

V povprečju je bilo v imenovalcu upoštevanih 15926 zaposlenih, pri katerih je bilo zabeleženih skupaj 328 dogodkov. Število vseh zabeleženih poškodb v enem letu je bilo nižje od 10 v devetih od 19. poročevalskih enot.

Kakovost podatkov

Glede na nekaj vprašanj, ki so jih prejeli nosilci projekta na nacionalni ravni, kaže na možnost nedosledne uporabe koncepta ekvivalent zaposlenega s polnim delovnim časom (angl. *Full time equivalent*).

Priročnik navaja, da nekatere bolnišnice poročajo, da se vsako leto ena tretjina osebja, ki dela v zdravstveni negi in laboratorijih, poškoduje z ostrimi predmeti. Ob upoštevanju navedenega podatka lahko sklepamo, da je poročanje o teh primerih bistveno nižje od dejanskega števila dogodkov. To tudi pomeni, da bomo primere dobrih praks, ki se nanašajo na uspešnost spremljanja poškodb, poiskali med bolnišnicami, ki so dosegle najvišje vrednosti kazalnika.

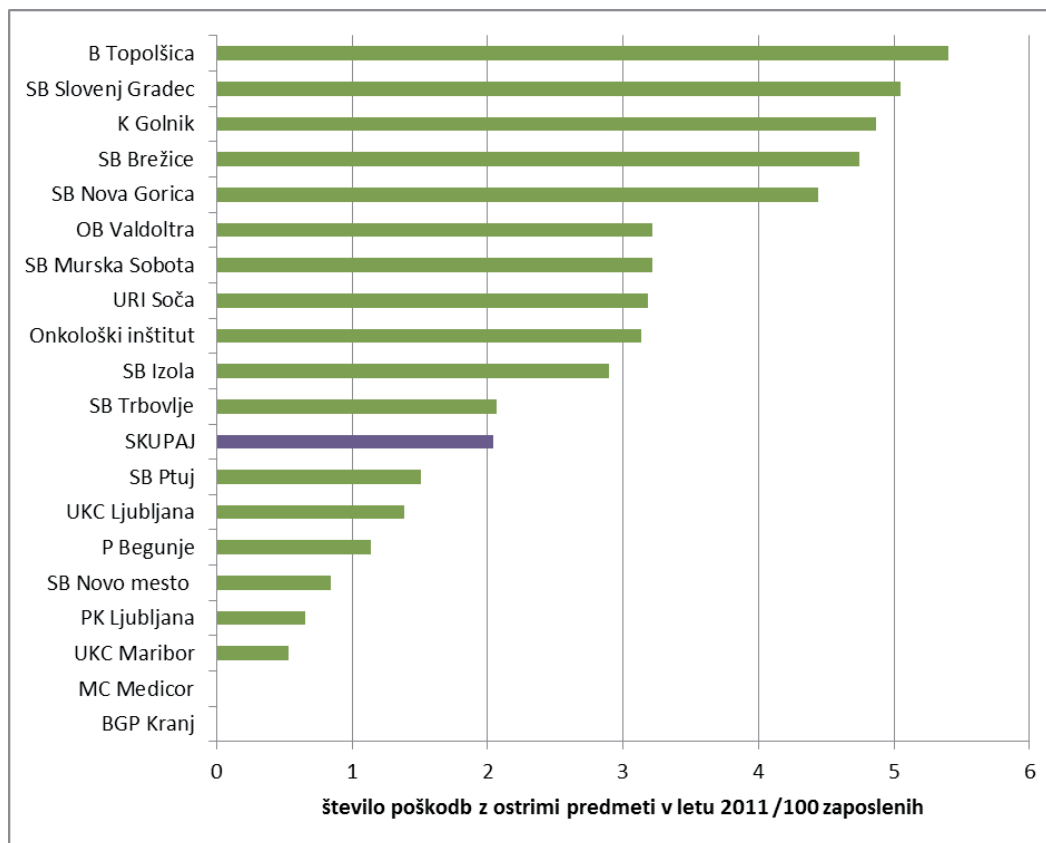
Pričakujemo, da je dejansko število dogodkov v povezavi s tveganjem za poškodbo z ostrimi predmeti. To tveganje, ki je vsekakor prisotno v vseh okoljih, kjer se izvaja zdravstvena dejavnost, pa se verjetno razlikuje v odvisnosti od konkretne dejavnosti posamezne bolnišnice. Glede na to je primerljivost med različnimi bolnišnicami zelo vprašljiva.

Interpretacija rezultatov

Glede na zgoraj opisane dvome o zanesljivosti prikazanih podatkov ter glede na slabšo primerljivost med bolnišnicami, ni mogoče sklepati o uspešnosti morebitnih programov ali ukrepov preprečevanja poškodb.

Vsekakor pa spremljanje kazalnika lahko prispeva k usmerjanju pozornosti vodstva in zaposlenih na področje varnosti na delovnem mestu ter spodbudi aktivnosti namenjene tako boljšemu beleženju pojava, kot tudi preprečevanju tovrstnih dogodkov.

Slika 26: Število poškodb osebja z ostrimi predmeti na 100 zaposlenih v letu 2011 (vsa četrtertletja skupaj) v posamezni bolnišnici



KK 21 - Razjede zaradi pritiska

Osnovni podatki o kazalniku

S kazalnikom merimo delež razjed zaradi pritiska na 1000 sprejetih pacientov. Ločimo razjede, ki so jih pacienti že imeli ob sprejemu ter tiste, ki so jih pacienti pridobili v bolnišnici. V števcu štejemo posamezne paciente in ne posameznih razjed. Podrobnejše informacije o metodologiji so dostopne v Priročniku o kazalnikih kakovosti.

Podatke so bolnišnice posredovale za vsako četrtoletje posebej. Podatki za vsa četrtoletja leta 2011 so bili na razpolago za naslednje bolnišnice: Klinika Golnik, B. Topolšica, B. Sežana, Bolnišnica za ženske bolezni in porodništvo Postojna, URI Soča, UKC Ljubljana, OB Valdoltra, PB Begunje, PB Ormož, PB Vojnik, PB Idrija, Psihiatrična klinika Ljubljana, SB Brežice, SB Nova Gorica, SB Izola, SB Jesenice, SB Murska Sobota, SB Novo mesto, SB Slovenj Gradec, SB Trbovlje, SB Ptuj, MC Medicor in Onkološki inštitut. V nadaljnjo obdelavo podatkov ni bilo mogoče vključiti nekaterih bolnišnic, ker niso posredovale vseh zahtevanih podatkov v vseh štirih poročevalskih obdobjih. Obdelava ne vključuje: BGP Kranj, B. Sežana, B. Postojna, CZBO Šentvid pri Stični, MKZ Rakitna, SB Celje, Kirurškega Sanatorija Rožna dolina in UKC Maribor.

Skupno število sprejemov, ki predstavljajo imenovalce kazalnika, vključenih v obdelavo podatkov, je 269.453. Vrednosti števca pri RZP, pridobljenih v bolnišnici, so nihale med 0 in 497, vrednosti nižje od 5 so bile zabeležene v 8 primerih.

Kakovost podatkov

Razjede zaradi pritiska spremljamo, v skladu z zahtevami splošnih dogovorov, že od leta 2006. V teh letih so bile opazne velike razlike med bolnišnicami. Izvajalci so jih pogosto pripisovali različnim praksam zbiranja podatkov, metodološkim pomanjkljivostim ali nespoštovanju predpisane metodologije. Z vzpostavitev natančnejše metodologije zbiranja podatkov, je bil del težav odpravljen. Kljub temu pa je potrebno nadaljevati razvoj kazalnika v sodelovanju z izvajalci.

Opazno je zelo nizko absolutno število razjed zaradi pritiska pri bolnišnicah, ki so dosegle najnižje vrednosti kazalnika. Obenem ugotavljamo, da večina bolnišnic, ki so akreditirane, beleži nadpovprečno število razjed. Iz navedenih razlogov ocenjujemo, da je večje število zabeleženih razjed zaradi pritiska predvsem posledica bolj doslednega spremljanja le-teh. Zato je v iskanju dobrih praks priporočljivo opraviti poizvedbo pri izvajalcih, ki so dosegli najvišje vrednosti pri tem kazalniku.

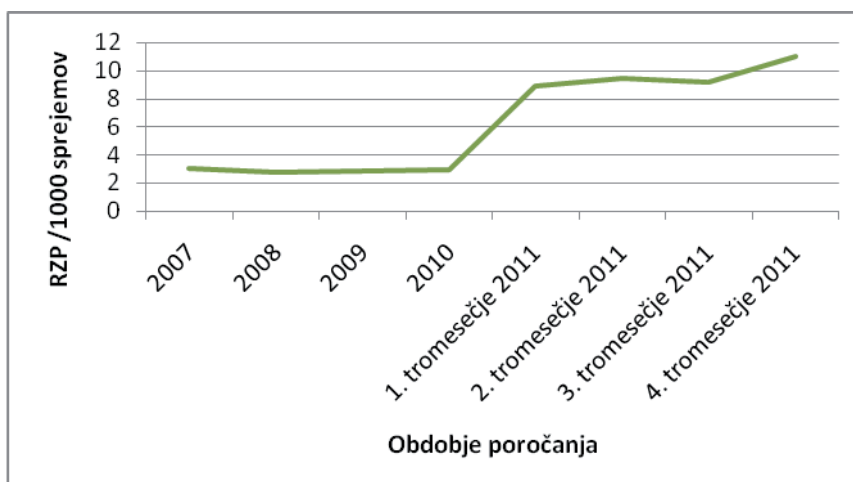
Pomembno je tudi izpostaviti, da ni smiselno primerjati bolnišnic, ki se bistveno razlikujejo po dejavnosti, ki jo opravljajo. Tako ni mogoče primerjati specialnih bolnišnic s splošnimi in celo splošnih bolnišnic med seboj, če se glede narave obravnavanih primerov pomembno razlikujejo.

Vrednotenje rezultatov

Vrednotenje prikazanih podatkov o pojavnosti RZP v bolnišnicah:

1. Incidenca RZP je v bolnišnicah zelo različna. Sklepamo lahko, da je to posledica tega, da nekatere bolnišnice še nimajo v celoti vzpostavljenega sistema evidentiranja in preprečevanja RZP. Če pri tem vključimo še podatke o kategorizaciji pacientov glede na potrebe po zdravstveni negi, bi pričakovali večje število pacientov z RZP. V nekaterih bolnišnicah podatkov o pojavnosti RZP sploh ne zbirajo in ne poročajo.
2. Po pregledu podatkov lahko sklepamo, da imajo v nekaterih bolnišnicah vzpostavljen sistem evidentiranja, poročanja in preprečevanja RZP. Te bolnišnice skozi vsa opazovana obdobja prikazujejo konstantno incidenco RZP. V bolnišnicah, kjer imajo vzpostavljen sistem stalnega spremljanja kakovosti in posledično tudi spremljanja kazalnikov ter so pridobile akreditacijo, v svojih poročilih navajajo višje število pacientov s pridobljeno RZP. Poleg tega imajo tudi vzpostavljen sistem preprečevanja nastanka RZP in na ta način vzdržujejo stalno incidenco z manjšimi odstopanji. Če analiziramo podatke prikazane na tej stopnji, lahko rečemo, da so veliko bolj realni podatki tistih bolnišnic, ki so poročale višje število RZP, kot tistih ki navajajo manjše število RZP.
3. V nekaterih bolnišnicah lahko pri pregledu podatkov ugotovimo, da nimajo vzpostavljenega sistema prepoznavanja pacientov s tveganjem za nastanek RZP, evidentiranja in poročanja. Iz podatkov je razvidno, da v določenih obdobjih niso posredovali popolnih podatkov. Sistem doslednega evidentiranja kazalnika RZP se ponekod šele vzpostavlja in zaradi nepopolnih podatkov je vrednotenje oteženo.

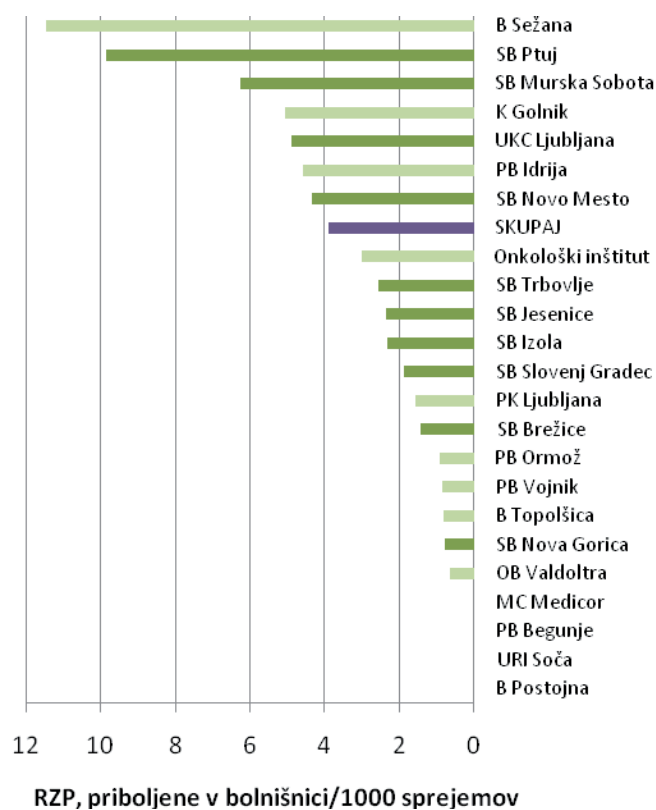
Slika 27: Utežena povprečna vrednost deleža RZP v slovenskih bolnišnicah od leta 2007 do januarja 2012



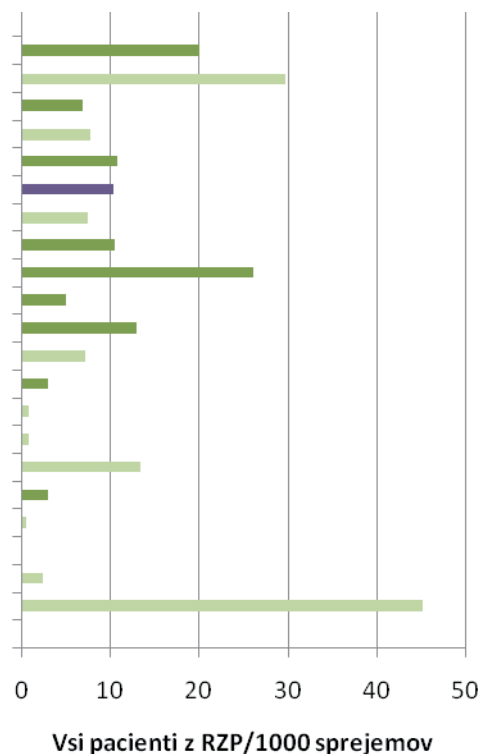
*Pri izračunu so bili upoštevani vsi podatki, prejeti v določenem obdobju. Vse bolnišnice niso posredovale podatkov v vseh obdobjih. Posledično izračun vključuje različne bolnišnice v posamezna obdobja.

** metodologija v obdobju 2007 do 2010 ni določala, ali se spremljajo zgolj RZP pridobljene v bolnišnici, ali vse ugotovljene RZP. Podatke smo primerjali s povprečno vrednostjo vseh ugotovljenih RZP v posameznem poročevalskem obdobju v letu 2011.

Slika 28: RZP pridobljene v bolnišnici v letu 2011 (vsa četrtletja skupaj) v posamezni bolnišnici



Delež vseh ugotovljenih RZP v letu 2011 (vsa četrtletja skupaj) v posamezni bolnišnici



*Stolpci, ki se nanašajo na splošne bolnišnice n UKC so obarvani temno zeleno.

KK 50, 51 – Abdominalna kirurgija – operacija žolčnih kamnov (q001)

Kazalnika navedena v Priročniku o kazalnikih kakovosti sta (št. 50 in 51): (1) delež poškodb žolčnega voda in/ali sosednjih organov pri vseh opravljenih operacijah ter (2) delež operacij pri katerih je bila potrebna transfuzija zaradi krvavitve. V Priročniku o kazalnikih kakovosti je tudi podrobneje razložena uporabljena metodologija.

Osnovni podatki

S prvim kazalnikom merimo delež poškodb žolčnega voda in/ali sosednjih organov pri vseh opravljenih operacijah zaradi žolčnih kamnov, pri drugem pa delež operacij pri katerih je bila potrebna transfuzija zaradi krvavitve glede na vse opravljene operacije zaradi žolčnih kamnov.

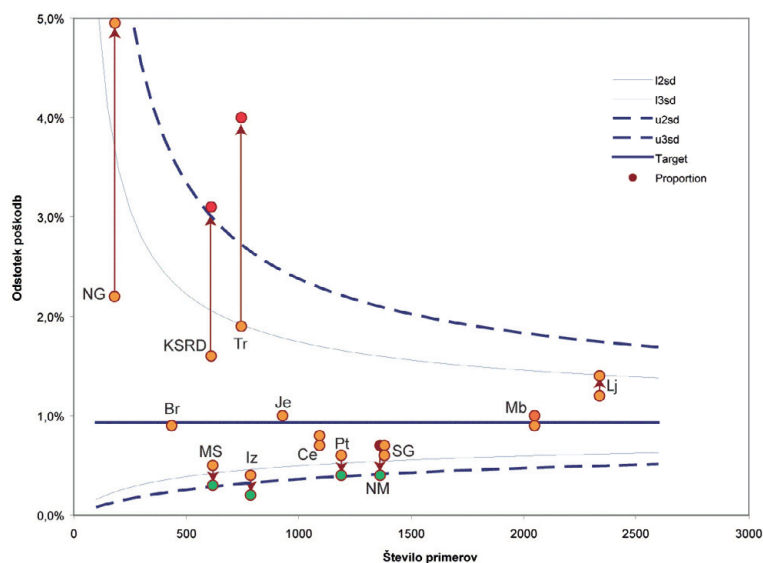
Sodelovanje posameznih oddelkov je prikazano v Tabeli 11. Podatke naj bi iz oddelkov posredovali sproti takoj po opravljenih posegih. Sodelovali so vsi oddelki v Sloveniji iz zavodov, kjer izvajajo operacije žolčnih kamnov. Z rdečo so označeni podatki za leta, kjer posamezni oddelek ni sodeloval ustrezno (poslanih nič ali premalo primerov), z rumeno pa tisti, kjer je očitno poslanih manj podatkov, kot je bilo opravljenih operacij.

Tabela 11: q001 – število poslanih operacij po letih in oddelkih

		leto operacije					skupaj
		2007	2008	2009	2010	2011	
ustanova	SB Brežice	91	75	47	7	2	222
	SB Celje	77	272	299	0	302	950
	SB Izola	243	257	241	75	118	934
	SB Jesenice	219	216	244	228	271	1178
	UKC Ljubljana	545	520	557	556	287	2465
	UKC Maribor	275	47	0	0	110	432
	SB Murska Sobota	29	0	0	0	0	29
	SB Nova Gorica	0	0	136	0	0	136
	SB Novo mesto	412	390	318	343	213	1676
	SB Ptuj	259	250	206	269	359	1343
	SB Slovenj Gradec	359	408	409	211	0	1387
	SB Trbovlje	105	208	213	196	144	866
	Kirurški sanatorij Rožna Dolina	97	487	543	466	485	2078
skupaj		2711	3130	3213	2351	2291	13696

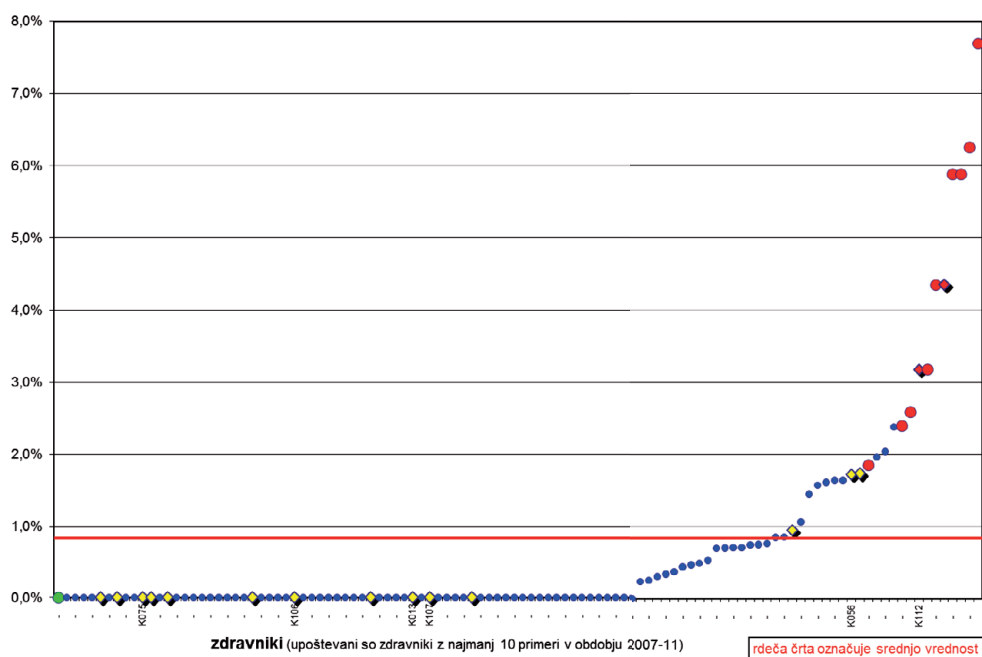
Skupno število upoštevanih/poslanih operacij, ki predstavljajo imenovalce kazalnikov, vključenih v obdelavo podatkov, je 13.696. Pri izračunu posameznega kazalnika kakovosti smo seveda upoštevali le tiste operacije, ki so imele izpolnjen zahtevan podatek. Posege z manjkajočimi podatki smo iz izračunov izključili.

Slika 29: q001 – delež poškodb žolčnega voda, žil ali sosednjih organov v slovenskih bolnišnicah



Polna modra črta označuje srednjo vrednost za vse podatke, sivi polni odmik dveh standardnih deviacij in črtkani modri odmik treh standardnih deviacij.

Slika 30: q001 – delež poškodb žolčnega voda, žil ali sosednjih organov v slovenskih bolnišnicah



Rdeča črta označuje srednjo vrednost, vsaka točka (krogec ali diamant) označuje rezultat, ki ga je dosegel posamezni zdravnik, zelene točke označujejo statistično značilno boljši rezultat od povprečja, rdeče točke statistično značilno slabši rezultat od povprečja, diamanti (rumeni, zeleni ali rdeči) označujejo zdravnike iz enega oddelka, krogi (modri, zeleni ali rdeči) pa zdravnike vseh ostalih oddelkov v Sloveniji.

Kakovost podatkov

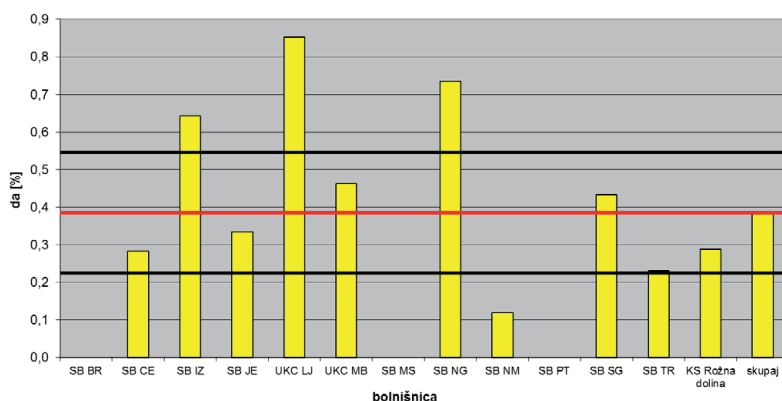
Podatke o operacijah žolčnih kamnov testno zbiramo od leta 1999, redno pa že od leta 2002. Od leta 2010 je zbiranje v skladu s splošnimi dogovori obvezno. V teh letih opazimo velike razlike med posameznimi oddelki/bolnišnicami, saj navkljub obvezi v splošnem dogovoru še ni predpisanega in še manj vzpostavljenega mehanizma nadzora nad obsegom poslanih podatkov. Izvajalci so razlike pogosto pripisovali različnim praksam zbiranja podatkov, metodološkim pomanjkljivostim ali nespoštovanju predpisane metodologije. Veliko je bilo tudi izgovorov vodstva, da za določeno zbiranje sploh ne vedo. V splošnem pa je opazen trend izboljševanja zbiranja, sploh v skladu s povečanim obveščanjem o obveznosti zbiranja in nujnosti dobrih podatkov kot osnovi za kakršnekoli izboljšave. Kljub temu pa je potrebno nadaljevati razvoj spremljanja kazalnikov v sodelovanju z izvajalci.

Opazno je veliko nihanje absolutnega števila poročenih podatkov o operacijah na posameznem oddelku, kar je pogosto povezano z zamenjavo predstojnika oddelka in verjetno z neustreznim prenosom odgovornosti v delu za spremljanje kakovosti. Hkrati ugotavljamo večjo aktivnost v bolnišnicah, ki so v postopku akreditacije. To je verjetno zato, ker sam postopek akreditacije zahteva redno in dokumentirano spremljanje kakovosti dela, kar pa informacijski sistem Kakovost v zdravstvu Slovenije že takoj omogoča, praktično brez dodatnih neposrednih stroškov za izvajalce.

Menimo, da je primerjava vseh kirurških oddelkov na primeru operacije žolčnih kamnov primerna, saj te operacije niso omejene le na specialne bolnišnice ali terciarne centre ampak jih uspešno opravljajo tudi v splošnih bolnišnicah. Zato je primerjava med vsemi oddelki mogoča. V primeru, da se pokažejo večja odstopanja v značilnostih opazovanih populacij na posameznem oddelku, pa je takšne razlike z ustreznimi statističnimi prijemi možno uspešno izenačiti.

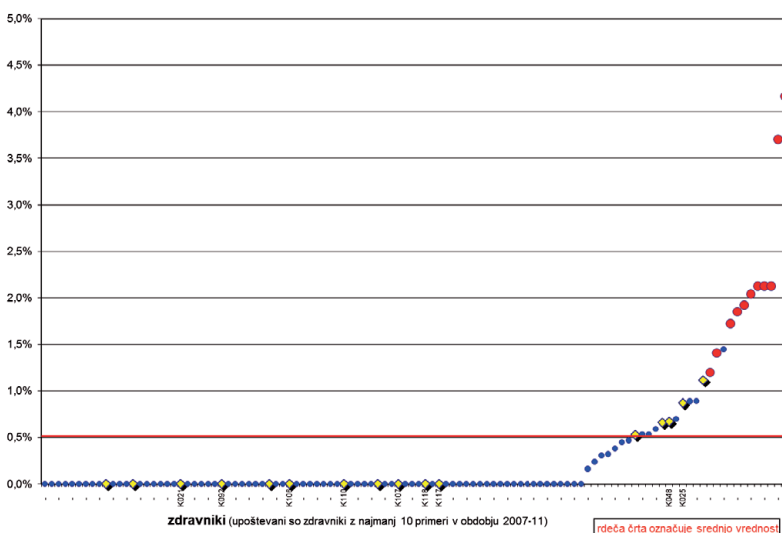
Na sliki 29 so prikazani rezultati v obliki lijakastega grafa in sicer (1) originalni rezultati so označeni z oranžnimi krogci ter (2) rezultati z upoštevanjem starosti bolnikov in njihovega začetnega zdravstvenega stanja (predoperativni dejavniki tveganja, diabetes, debelost ...). Prehod je označen z rdečo puščico, kjer rdeči krogci predstavljajo statistično pomembno slabše rezultate in zeleni statistično pomembno boljše rezultate.

Slika 31: q001 – delež krvavitev (potrebna transfuzija) v slovenskih bolnišnicah za obdobje od 2007 do 2011



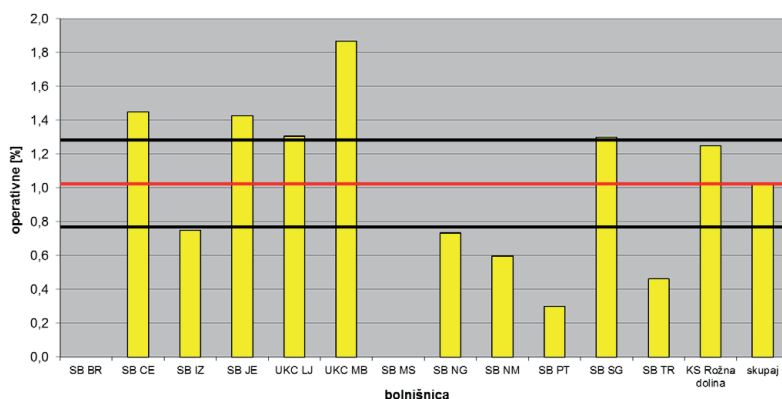
Rdeča črta označuje srednjo vrednost, črni pa odklik treh standardnih deviacij za vse podatke.

Slika 32: q001 – delež krvavitev (potrebna transfuzija) v slovenskih bolnišnicah za obdobje od 2007 do 2011 po zdravnikih



Rdeča črta označuje srednjo vrednost, vsaka točka (krogec ali diamant) označuje rezultat, ki ga je dosegel posamezni zdravnik, zelene točke označujejo statistično značilno boljši rezultat od povprečja, rdeče točke statistično značilno slabši rezultat od povprečja, diamanti (rumeni, zeleni ali rdeči) označujejo zdravnike iz enega oddelka, krogci (modri, zeleni ali rdeči) pa zdravnike vseh ostalih oddelkov v Sloveniji.

Slika 33: q001 – delež operativnih reintervencij med hospitalizacijo v slovenskih bolnišnicah za obdobje od 2007 do 2011



Rdeča črta označuje srednjo vrednost, črni pa odklik treh standardnih deviacij za vse podatke.

KK 38 – Ginekologija- ginekološke operacije (q004)

Kazalnik naveden v Priročniku o kazalnikih kakovosti je (št. 38): (1) delež transfuzij pri histerektomijah (ločeno pri težjih in pri lažjih primerih) ter (2) delež operacij z izgubo krvi nad 500ml ali transfuzijo med operacijo. V Priročniku o kazalnikih kakovosti je tudi podrobneje razložena uporabljena metodologija.

Osnovni podatki

S prvim kazalnikom merimo delež transfuzij pri vseh histerektomijah pri težjih primerih (starejša od 65 let, imajo dodatno bolezen: anemija, malignom ali diabetes, težja intraoperativna diagnoza) in pri lažjih primerih (ni težek primer). Z drugim kazalnikom merimo delež vseh operacij z izgubo krvi nad 500 ml ali s transfuzijo med operacijo. Za imenovalce upoštevamo vse pacientke z več kot enodnevno ginekološko operacijo.

Sodelovanje posameznih oddelkov je prikazano v Tabeli 12. Podatke naj bi iz oddelkov posredovali sproti takoj po opravljenih posegih. Sodelovali so vsi oddelki v Sloveniji iz bolnišnic, kjer izvajajo opazovane ginekološke operacije. Z rdečo so označeni podatki za leta, kjer posamezni oddelk ni sodeloval ustrezno (poslanih premalo ali nič primerov), z rumeno pa tisti, kjer je očitno poslanih manj podatkov, kot je bilo opravljenih operacij.

Tabela 12: q004 – število poslanih operacij po letih in oddelkih

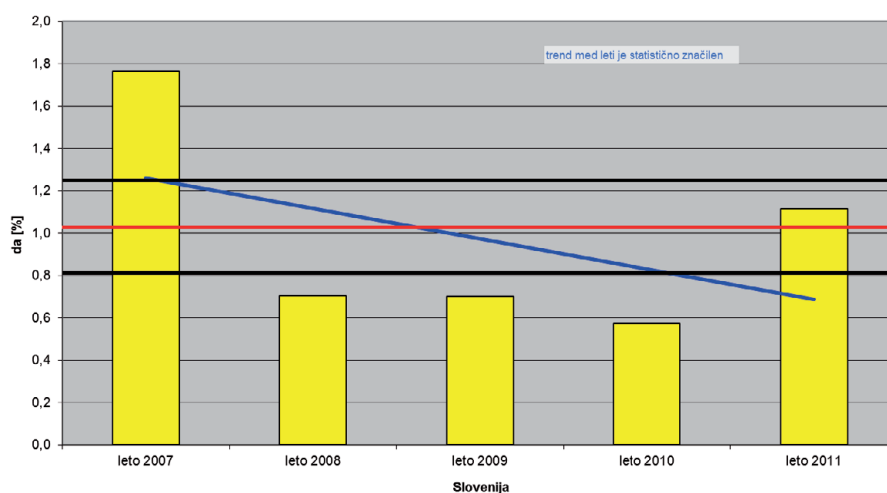
		leto operacije					skupaj
		2007	2008	2009	2010	2011	
ustanova	SB Brežice	157	155	123	122	77	634
	SB Celje	222	296	61	0	247	826
	SB Izola	147	2	0	25	2	176
	SB Jesenice	0	64	99	45	333	541
	BGP Kranj	528	496	623	719	432	2798
	UKC Ljubljana	891	142	0	0	495	1528
	UKC Maribor	773	865	513	28	855	3034
	SB Murska Sobota	431	394	472	398	501	2196
	SB Nova Gorica	20	82	55	63	87	307
	SB Novo mesto	255	502	417	375	425	1974
	Bolnišnica Postojna	406	319	421	282	508	1936
	SB Ptuj	312	287	356	312	377	1644
	SB Slovenj Gradec	380	455	422	392	261	1910
	SB Trbovlje	386	346	176	0	137	1045
skupaj		4908	4405	3738	2761	4737	20549

Skupno število upoštevanih/poslanih operacij, ki predstavljajo absolutni imenovalci kazalnikov, vključenih v obdelavo podatkov, je 20.549. Pri izračunu kazalnikov kakovosti smo seveda upoštevali le tiste operacije, ki so imele izpolnjen zahtevan podatek. Posege z manjkajočimi podatki smo iz izračunov izključili.

Kakovost podatkov

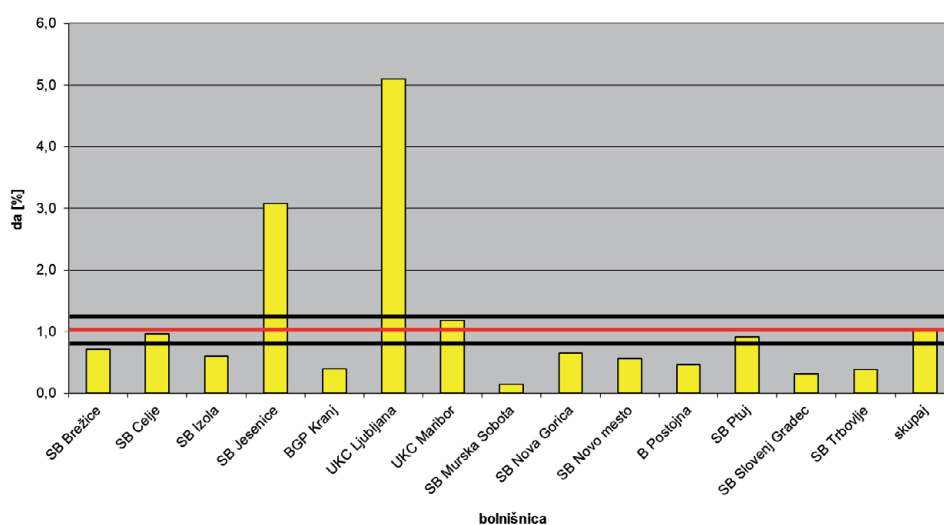
Podatke o ginekoloških operacijah testno zbiramo od leta 1999, redno pa že od leta 2002. V zadnjih letih je zbiranje tudi v skladu s splošnimi dogovori postalo obvezno. V vseh opazovanih letih so vidne velike razlike med posameznimi oddelki/bolnišnicami, saj navkljub obvezi v splošnem dogovoru še ni predpisanega in še manj vzpostavljenega mehanizma nadzora nad obsegom poslanih podatkov. Izvajalci razlike pogosto pripisujejo arbitrarnim vzrokom kot so npr. različne prakse zbiranja podatkov, metodološke pomanjkljivosti oz. nerazumevanje ali nespoštovanje predpisane metodologije. Veliko je tudi izgovorov vodstva, da za določeno zbiranje sploh ne vedo. V splošnem pa je opazen trend izboljševanja zbiranja, sploh v skladu s povečanim obveščanjem o obveznosti zbiranja in nujnosti dobrih podatkov kot osnovi za kakršnekoli izboljšave. Kljub temu je potrebno nadaljevati razvoj spremljanja kazalnikov v sodelovanju z izvajalci.

Slika 34: q004 – delež primerov z izgubo krvi nad 500ml ali s transfuzijo med operacijo v Sloveniji za obdobje od 2007 do 2011



Rdeča črta označuje srednjo vrednost, črni odmik dveh standardnih deviacij za vse podatke, modra pa statistično značilen trend.

Slika 35: q004 – delež primerov z izgubo krvi nad 500ml ali s transfuzijo med operacijo v slovenskih bolnišnicah za obdobje od 2007 do 2011



Rdeča črta označuje srednjo vrednost, črni pa odmik treh standardnih deviacij za vse podatke.



Opazno je veliko nihanje absolutnega števila poročenih podatkov o operacijah na posameznem oddelku, kar je pogosto povezano z zamenjavo predstojnika oddelka in verjetno z neustreznim prenosom odgovornosti v delu za spremljanje kakovosti. Hkrati ugotavljamo večjo aktivnost v bolnišnicah, ki so v postopku akreditacije. To je verjetno zato, ker sam postopek akreditacije zahteva redno in dokumentirano spremljanje kakovosti dela, kar pa informacijski sistem Kakovost v zdravstvu Slovenije že takoj omogoča praktično brez dodatnih neposrednih stroškov za izvajalce.

Menimo, da je primerjava vseh kirurških oddelkov na primeru več kot enodnevnih ginekoloških operacijah primerna, saj so te operacije dovolj pogoste in niso omejene le na specialne bolnišnice ali terciarne centre ampak jih uspešno opravljajo tudi v ostalih bolnišnicah. Zato je primerjava med vsemi oddelki mogoča. V primeru, da se pokažejo večja odstopanja v značilnostih opazovanih populacij na posameznem oddelku, lahko takšne razlike z ustreznimi statističnimi prijemi (kot je npr. razdelitev na težje in lažje primere) možno uspešno izenačiti.

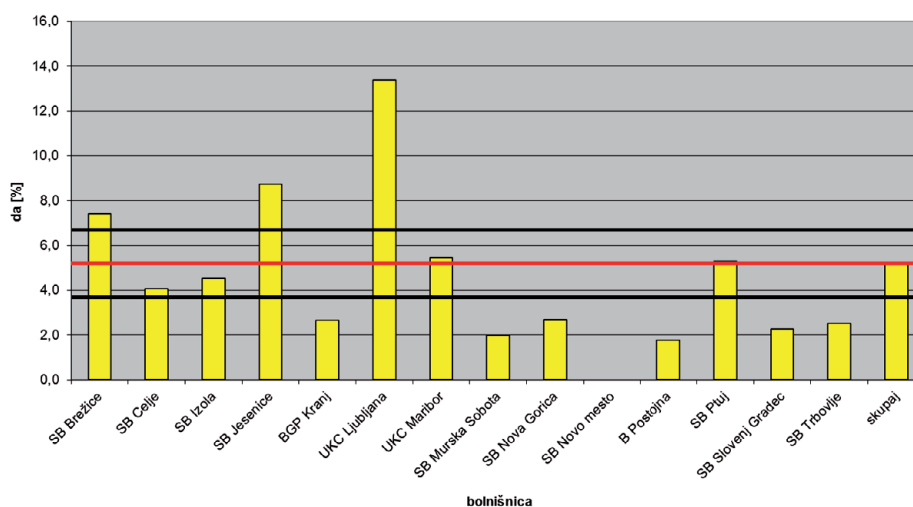
Rezultati

Razlogov za tako različne rezultate med leti (slika 34) in med posameznimi bolnišnicam (slike 35, 36 in 37) je lahko več, verjetno pa na rezultate vsaj delno vplivata tudi dva:

- različno poročanje bolnišnic po posameznih letih (npr. UKC LJ in SB NM – glej tabelo 12).
- tisti, ki poročajo (bolj) korektno imajo bolj realne rezultate in zato očitno odstopajo od ostalih.

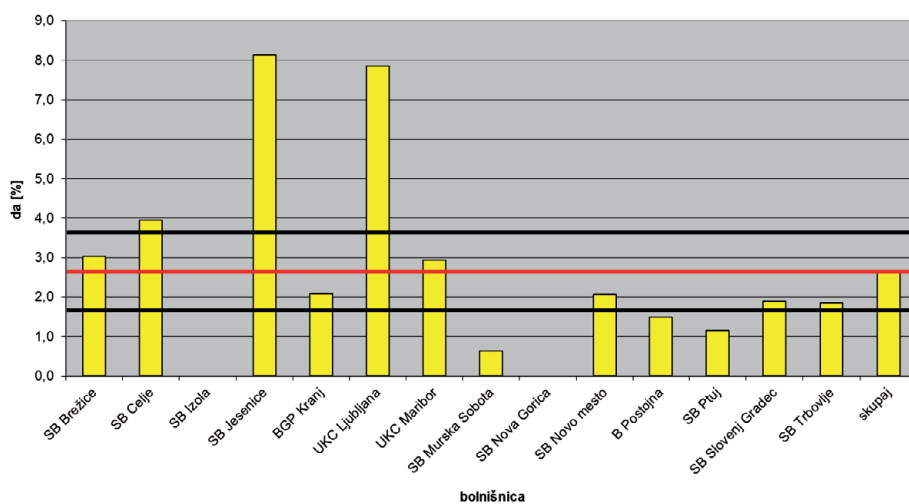
Kot že rečeno, bi bilo pravilnost in stopnjo vpliva takšnih interpretacij smiselno v prihodnje še dodatno preveriti na terenu. Prikazani rezultati so seveda odraz poslanih podatkov.

Slika 36: q004 – delež transfuzij pri histerektomijah v slovenskih bolnišnicah za obdobje od 2007 do 2011 – težji primeri



Rdeča črta označuje srednjo vrednost, črni pa odmik treh standardnih deviacij za vse podatke.

Slika 37: q004 – delež transfuzij pri histerektomijah v slovenskih bolnišnicah za obdobje od 2007 do 2011 – lažji primeri



Rdeča črta označuje srednjo vrednost, črni pa odmik treh standardnih deviacij za vse podatke.

KK 59, 60 in 61 – Okulistika - operacija katarakte (q019)

Kazalniki navedeni v Priročniku o kazalnikih kakovosti so (št. 59 – 61): (1) delež intraokularnih krvavitev po operaciji, (2) delež poškodb zadnje lečne ovojnice, (3) razmerje vidne ostrine s korekcijo – pred operacijo in po operaciji. V Priročniku o kazalnikih kakovosti je tudi podrobneje razložena uporabljena metodologija. Zaradi spremembe vprašalnika in kazalnikov v letu 2011 navajamo nove kazalnike (delež hospitaliziranih, pooperativni zapleti in skupna ocena).

Osnovni podatki

S prvim kazalnikom merimo delež hospitaliziranih po posegu glede na vse primere operacije katarakte, z drugim kazalnikom merimo delež pooperativnih zapletov pri vseh operacijah katarakte, s tretjim kazalnikom pa smo izračunali skupno oceno vseh sodelujočih zdravnikov.

Sodelovanje posameznih oddelkov je prikazano v Tabeli 13. Podatke naj bi iz oddelkov posredovali sproti v opazovanem mesecu (oktober vsako leto – mesec, ki je najmanj obremenjen z operacijami katarakte) takoj po opravljenih posegih. Sodelovala je le približno polovica oddelkov/zdravnikov v Sloveniji. V tabeli so navedeni vsi oddelki/zasebniki s koncesijo, ki so že kadarkoli sodelovali pri opredeljevanju kakovosti v okulistiki. Z rdečo so označeni podatki, kjer posamezni oddelek ni sodeloval ustrezno (poslanih premalo ali nič primerov), z rumeno tisti, kjer je očitno poslanih manj podatkov, kot je bilo opravljenih operacij, z zeleno pa tisti, ki so sodelovali dobro. Pri opredeljevanju pa nikoli do sedaj (sedaj, ko je obvezno in tudi prej, ko je bilo prostovoljno) niso sodelovali: Splošna bolnišnica Izola, Marko Hawlina, Marjan Irman in Mario Ragus.

Tabela 13: q019 – število poslanih operacij po letih in oddelkih

		2011
ustanova	UKC Ljubljana	212
	SB Murska Sobota	0
	SB Nova Gorica	76
	SB Ptuj	0
	Kirurški sanatorij Rožna dolina	0
	Boštjan Drev	0
	Helena Gerbec Potrč	118
	Primož Logar	0
	Boštjan Meh	0
	Vesna Morela	0
	Vladimir Pfeifer	0
	Peter Preskar	73
	Dušan Pušnik	42
	Franci Šalamun	22
	SB Celje	62
	UKC Maribor	112
	SB Novo mesto	41
	skupaj	406

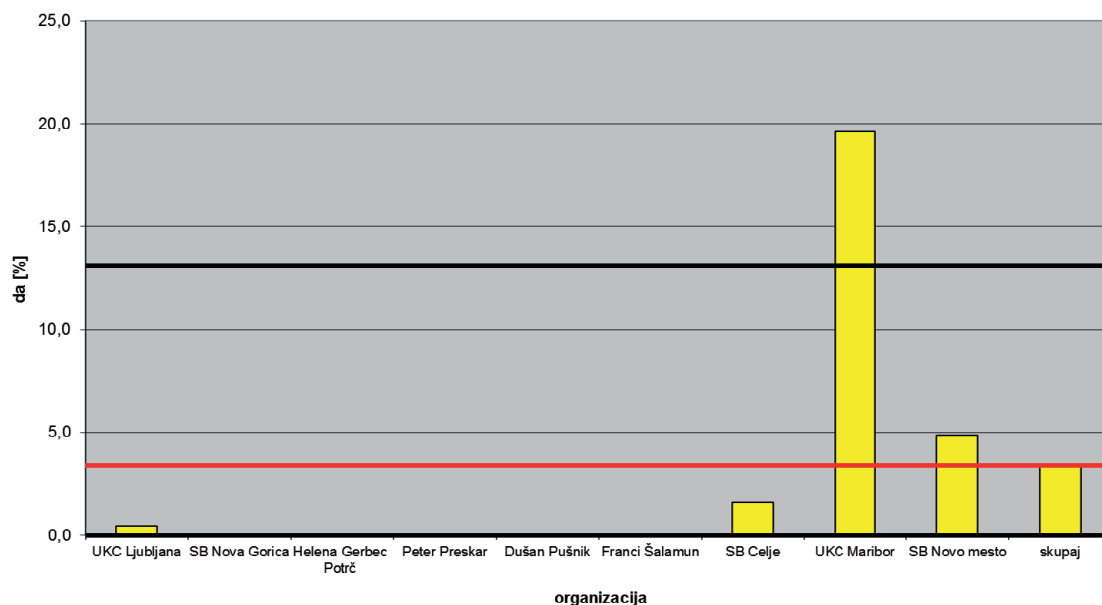
Skupno število upoštevanih/poslanih operacij, ki predstavljajo absolutni imenovalci kazalnikov, vključenih v obdelavo podatkov, je 406. Pri izračunu kazalnikov kakovosti smo seveda upoštevali le tiste operacije, ki so imele izpolnjen posamezen zahtevan podatek. Posegi z manjkajočimi podatki smo iz izračunov izključili.

Kakovost podatkov

Podatke o operacijah katarakte smo testno začeli zbirati že leta 2001, potem smo kazalnik zaradi zelo neusklajenih strokovnih mnenj večkrat zamenjali, tako smo leta 2011 podatke zbirali s čisto prenovljenem in posodobljenem dvostopenjskim vprašalnikom, ki omogoča zbiranje osnovnih podatkov in potem ločeno še kontrolnih podatkov. V skladu s splošnim dogovorom je zbiranje sedaj obvezno. Zaradi velikega števila primerov operacij katarakt smo se odločili, da bomo podatke zbirali vsako leto le oktobra meseca, ki je za izvajalce najmanj obremenjen mesec. Tudi ta omejitev v prvem letu (2011) še ni prinesla popolnih rezultatov, kar je verjetno tudi posledica prenovljenega vprašalnika. Vseeno je potrebno nadaljevati razvoj spremljanja kazalnikov v sodelovanju z izvajalci.

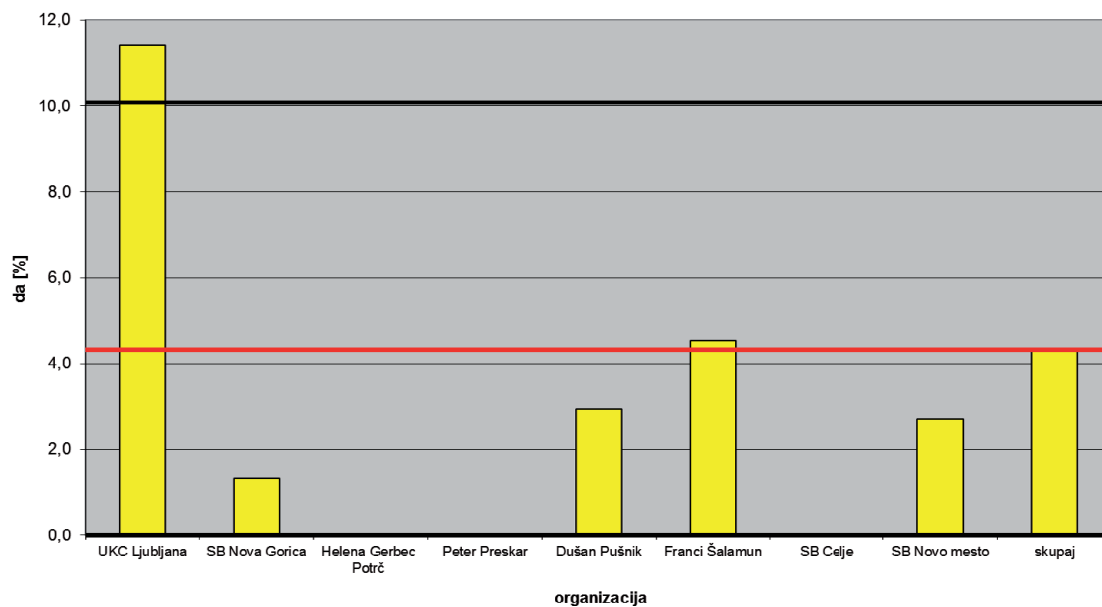


Slika 38: q019 – delež hospitaliziranih pri različnih izvajalcih v oktobru 2011



Rdeča črta označuje srednjo vrednost, črni pa odmik treh standardnih deviacij za vse podatke.

Slika 39: q019 – delež pooperativnih zapletov pri različnih izvajalcih v oktobru 2011



Rdeča črta označuje srednjo vrednost, črni pa odmik treh standardnih deviacij za vse podatke.



Menimo, da je primerjava vseh okulističnih oddelkov, ki izvajajo operacije katarakte ustrezna, saj so te operacije dovolj pogoste in niso omejene le na specialne bolnišnice ali terciarne centre ampak jih uspešno opravljajo tudi v ostalih bolnišnicah in zavodih. V primeru, da se bodo pokazala večja odstopanja v značilnostih opazovanih populacij na posameznem oddelku, bomo lahko takšne razlike z ustreznimi statističnimi prijemi uspešno izenačiti.

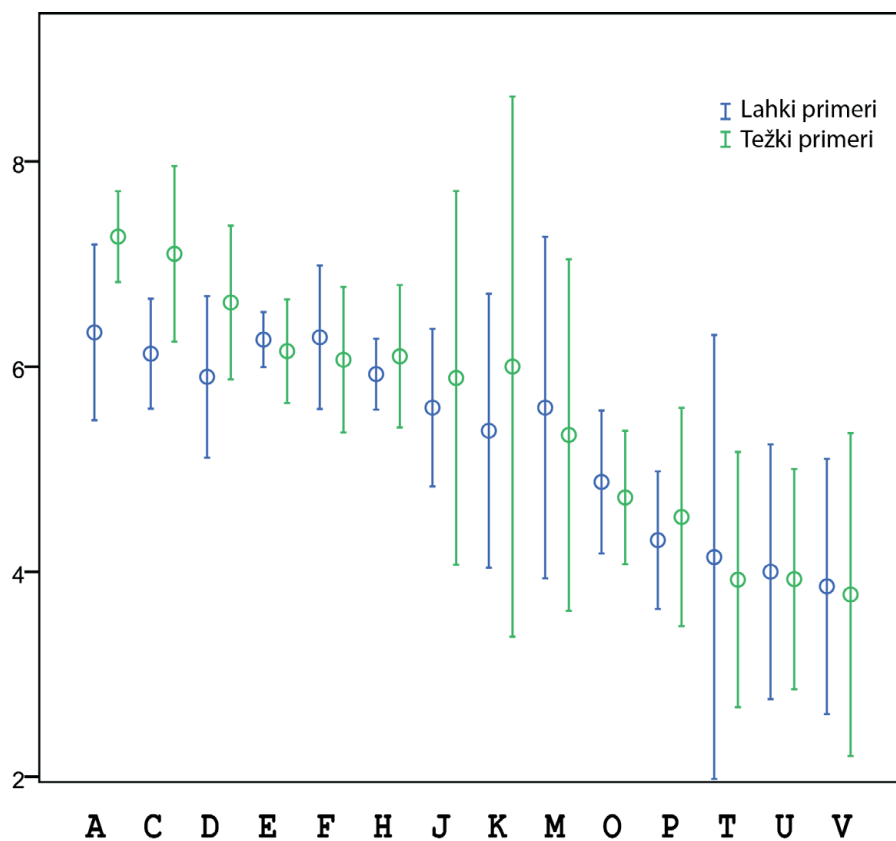
Rezultati

Eden izmed možnih razlogov za različne rezultate med posameznimi izvajalci zdravstvene dejavnosti (sliki 38 in 39) je zopet lahko ta, da tisti, ki poročajo (bolj) korektno imajo bolj realne rezultate in zato očitno odstopajo od ostalih. Pravilnost in stopnjo vpliva takšnih interpretacij bi bilo smiselno v prihodnje še dodatno preveriti na terenu. Posamezniki (koncesionarji) seveda nimajo možnosti za hospitalizacijo, vedo pa (morali bi) koliko jih je bilo potrebno hospitalizirati v bolnišnicah, zato so tudi prikazani na sliki. Prikazani rezultati so odraz poslanih podatkov.

V skupni oceni so upoštevani: komorbidnost, otežena operacija, kontrola, vidna ostrina, zapleti po operaciji in razlika med načrtovano in doseženo refrakcijo. Višja ocene pomeni boljši rezultat. Za težje primere smo vzeli tiste, ki so imeli komorbidnost ali oteženo operacijo, kot sta opredeljeni v vprašalniku. Ocenjevani posamezniki so anonimizirani in označeni s črkami. Izpuščeni so vsi tisti posamezniki, ki niso imeli vsaj 5 težkih in 5 lahkih primerov.

Pri pooperativnih zapletih so upoštevani vsi zapleti navedeni na vprašalniku (persistenten visok intraokularni pritisk, persistenten edem v centru roženice/strije, uveitis (ki potrebuje zdravljenje), endoftalmitis ...).

Slika 40: q019 – skupna ocena s 95% intervalom zaupanja po izvajalcih ločeno za lažje in težje primere v oktobru 2011



KK 29, 30 in 31 – Pediatrija - diabetes(q024b)

Kazalniki navedeni v Priročniku o kazalnikih kakovosti so (št. 29 – 31): (1) letno povprečje HbA1c, (2) letni povprečni krvni tlak, (3) delež pacientov pri katerih je bil opravljen Hashimoto. V Priročniku o kazalnikih kakovosti je tudi podrobneje razložena uporabljena metodologija.

Osnovni podatki

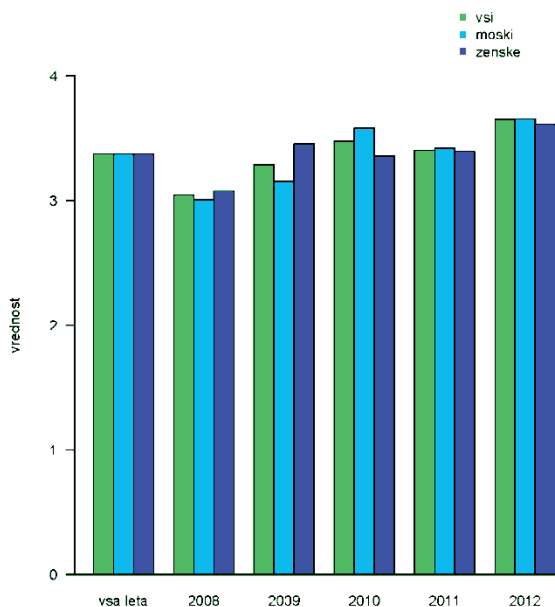
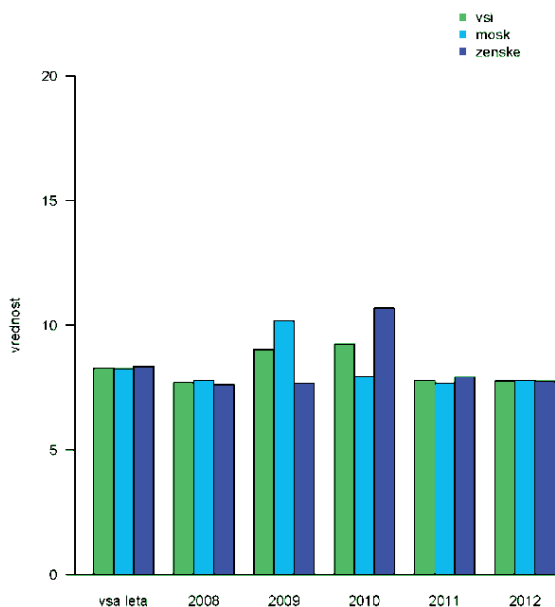
Pri zbiranju teh podatkov imamo v Sloveniji le en oddelek (pediatrična klinika UKC Ljubljana) s katerim odlično sodelujemo. Vsako leto zberejo vse primere (v tabeli 14 je prikazano zbiranje po letih) in dobijo ustrezno izdelano letno poročilo.

Tabela 14: q024b – število primerov po letih in oddelkih

	leto					skupaj
	2007	2008	2009	2010	2011	
UKC Ljubljana	420	459	415	452	469	2215

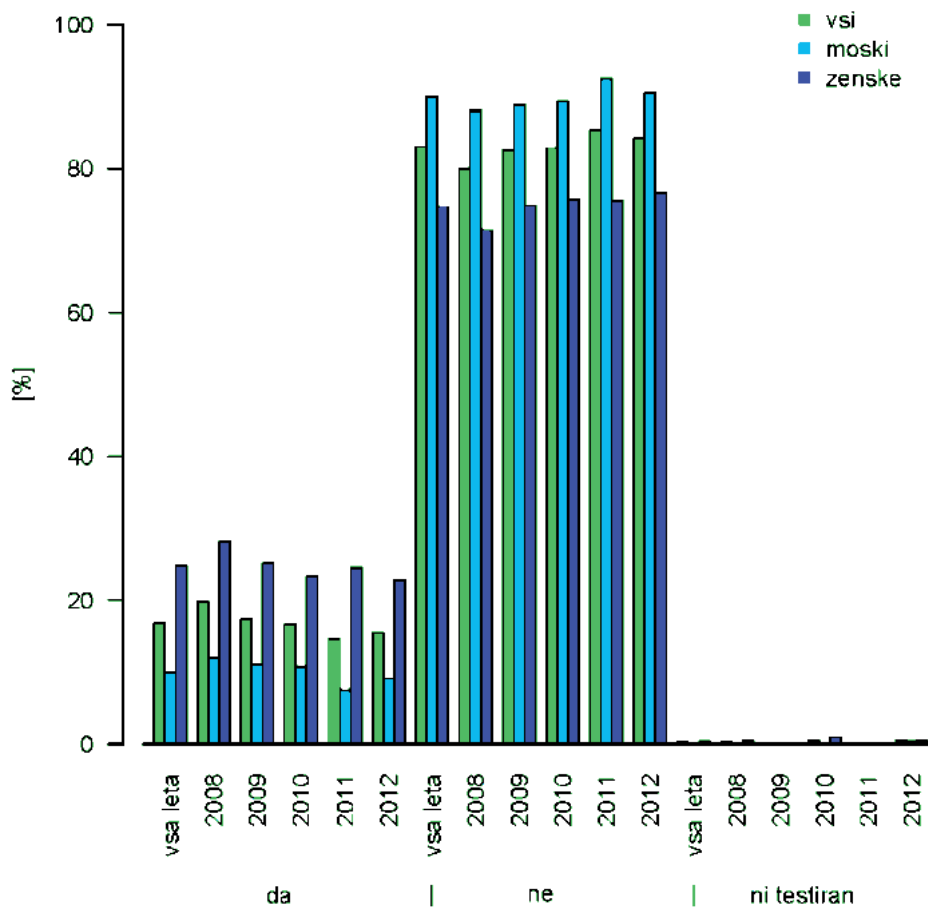
Skupno število upoštevanih primerov, ki predstavljajo absolutni imenovalci kazalnikov vključenih v obdelavo podatkov, je 2.215. Pri izračunu posameznih kazalnikov kakovosti smo seveda upoštevali le tiste primere, ki so imele izpolnjen zahtevan podatek. Posege z manjkajočimi podatki smo iz izračunov izključili.

Slika 41: q024b – letno povprečje HbA1c za vsa leta skupaj in ločeno po letih za obdobje od 2007 do 2011



Slika 42: q024b – letno število meritev krvnega tlaka za vsa leta skupaj in ločeno po letih za obdobje od 2007 do 2011

Slika 43: q024b – delež primerov s Hashimoto testiranjem (odgovori da, ne in ni testiran)



KK 39, 40 in 41 – Perinatologija (q028)

Kazalniki navedeni v Priročniku o kazalnikih kakovosti so (št. 36, 37 in 39 – 41): (1) delež raztrganin III. in IV. stopnje pri vaginalnih porodih, (2) delež carskih rezov, (3) delež otrok rojenih s 5' Apgarjem od 1 do 6, (4) delež transfuzij med in po porodu, (5) delež porodov brez intervencij. V Priročniku o kazalnikih kakovosti je tudi podrobneje razložena uporabljena metodologija. V trenutnih rezultatih prikazujemo le tri najbolj pomembne kazalnike, ki že ustrezno razvrstijo vse oddelke.

Osnovni podatki

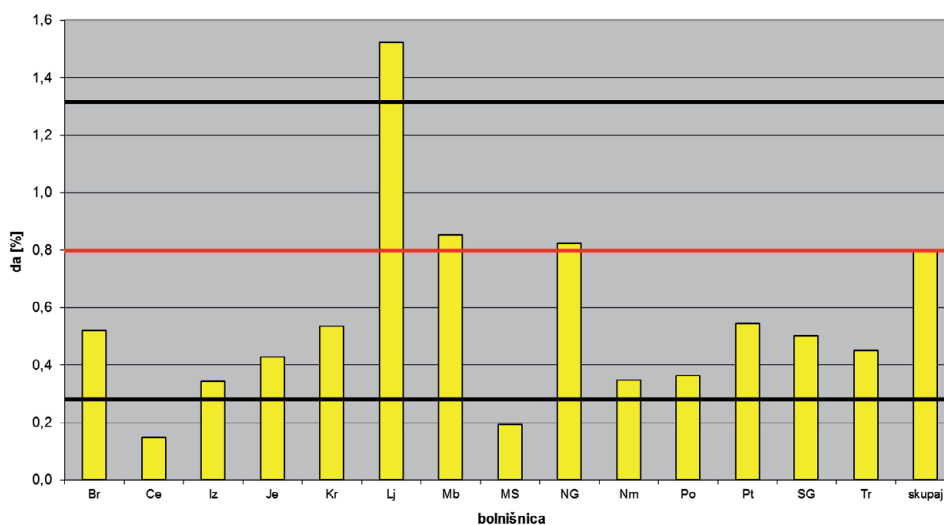
Sodelovanje posameznih oddelkov je prikazano v Tabeli 15. Podatke naj bi iz oddelkov posredovali sproti takoj po odpustu porodnic iz porodnišnice. Podatke zbiramo anonimizirano za vse primere. Sodelovale so vse porodnišnice v Sloveniji.

Tabela 15: q028 – število upoštevanih porodov po letih in oddelkih

		leto					skupaj
		2007	2008	2009	2010	2011	
ustanova	SB Brežice	402	490	430	502	486	2310
	SB Celje	2022	2242	2128	2200	2122	10714
	SB Izola	702	785	765	768	767	3787
	SB Jesenice	632	628	669	702	641	3272
	BGP Kranj	1325	1475	1514	1651	1685	7650
	UKC Ljubljana	6303	6886	6821	6915	6630	33555
	UKC Maribor	1918	2317	2251	2381	2248	11115
	SB Murska Sobota	856	944	996	937	936	4669
	SB Nova Gorica	829	931	875	882	847	4364
	SB Novo mesto	1150	1250	1265	1342	1332	6339
	B Postojna	1496	1520	1627	1754	1859	8256
	SB Ptuj	891	951	940	933	875	4590
	SB Slovenj Gradec	875	1006	1001	919	982	4783
	SB Trbovlje	542	520	549	527	529	2667
skupaj		19943	21945	21831	22413	21939	108071

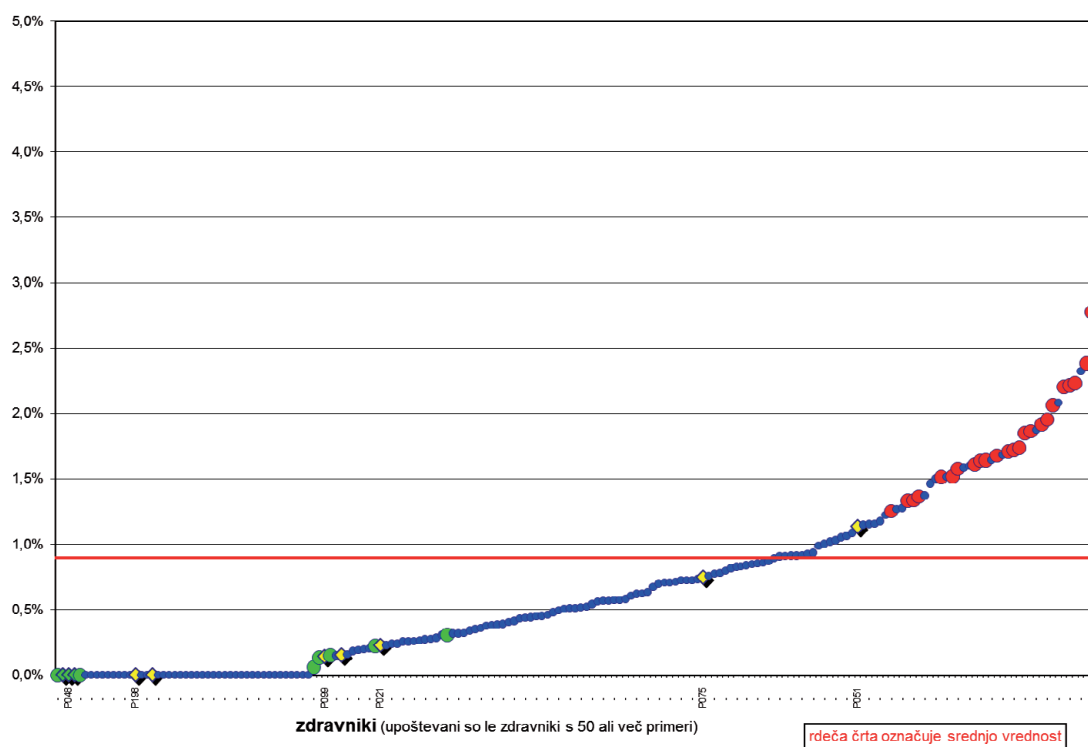
Skupno število upoštevanih porodov, ki predstavljajo absolutni imenovalac kazalnikov vključenih v obdelavo podatkov, je 108.071. Pri izračunu kazalnikov kakovosti smo seveda upoštevali le tiste operacije, ki so imele izpolnjen zahtevan podatek. Posege z manjkajočimi podatki smo iz izračunov izključili.

Slika 44: Delež primerov s 5' oceno po Apgarjevi, od vključno 1 do vključno 6 med živorojenimi



Rdeča črta označuje srednjo vrednost, črni pa odmik treh standardnih deviacij za vse podatke.

Slika 45: q028 – delež primerov s 5' oceno po Apgarjevi, od vključno 1 do vključno 6 med živorojenimi



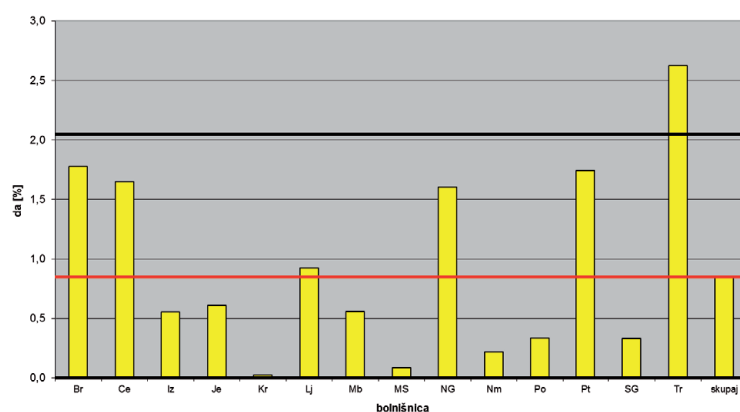
Rdeča črta označuje srednjo vrednost, vsaka točka (krogec ali diamant) označuje rezultat, ki ga je dosegel posamezni zdravnik, zelene točke označujejo statistično značilno boljši rezultat od povprečja, rdeče točke statistično značilno slabši rezultat od povprečja, diamanti (rumeni, zeleni ali rdeči) označujejo zdravnike iz enega oddelka, krogi (modri, zeleni ali rdeči) pa zdravnike vseh ostalih oddelkov v Sloveniji.

Kakovost podatkov

Podatki o vseh porodih v Sloveniji se redno zbirajo že od leta 1986, v zadnjih letih pa je zbiranje za namen spremljanja kakovosti tudi v skladu s splošnimi dogovori postalo obvezno. Podatki se za spremljanje kakovosti uporabljajo v anonimizirani obliki in se avtomatsko pošiljajo iz lokalnih elektronskih podatkovnih zbirk. Kakovost podatkov se postopoma izboljšuje tudi zaradi naših algoritmov preverjanja, ki bolj striktno sledijo metodološkim navodilom kot tisti sicer vgrajeni v lokalne informacijske sisteme. Seznam ugotovljenih napak redno pošiljamo izvajalcem. Kljub temu je potrebno nadaljevati razvoj spremljanja kazalnikov in opredeljevanja kakovosti v sodelovanju z izvajalci.

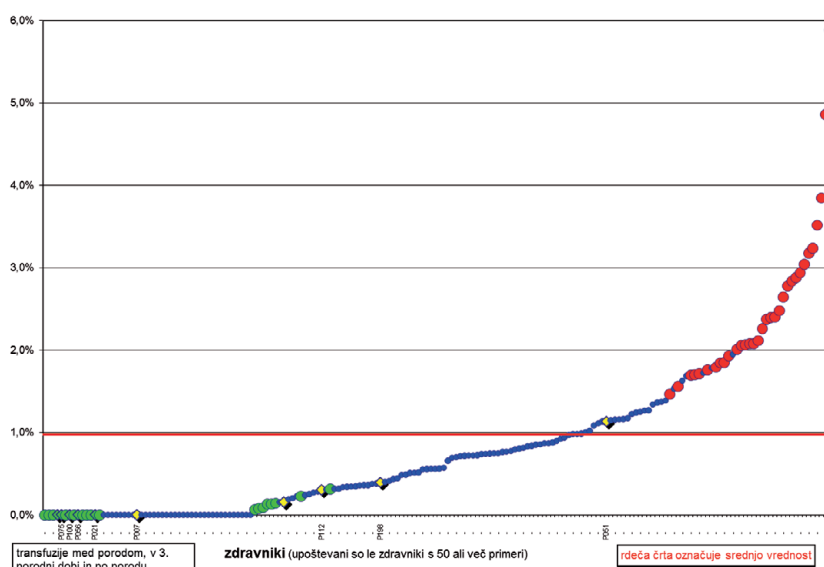
Menimo, da je primerjava vseh porodnišnic primerna, saj lahko posamezna odstopanja med populacijami v npr. terciarnih in sekundarnih oddelkih z ustreznimi statističnimi prijemi, kot je npr. upoštevanje standardnih primipar, uspešno izničimo. Standardna primipara je uveljavljen izraz na področju perinatologije in pomeni na kratko rečeno najbolj zdrave prvorodke (npr. starejše od 20 in mlajše od 35 let, z glavično vstavo, brez bolezni v nosečnosti, brez težavne ginekološke anamneze ...), ki pri nas rojevajo v vseh porodnišnicah in je zato njihova primerjava bolj objektivna. Za celovito definicijo standardne primipare se bralci lahko obrnejo na avtorje poročila.

Slika 46: q028 – delež primerov s transfuzijo med porodom, v 3. porodni dobi in po porodu



Rdeča črta označuje srednjo vrednost, črni pa odmik treh standardnih deviacij za vse podatke.

Slika 47: q028 – delež primerov s transfuzijo med porodom, v 3. porodni dobi in po porodu



Rdeča črta označuje srednjo vrednost, vsaka točka (krogec ali diamant) označuje rezultat, ki ga je dosegel posamezni zdravnik, zelene točke označujejo statistično značilno boljši rezultat od povprečja, rdeče točke statistično značilno slabši rezultat od povprečja, diamanti (rumeni, zeleni ali rdeči) označujejo zdravnike iz enega oddelka, krogi (modri, zeleni ali rdeči) pa zdravnike vseh ostalih oddelkov v Sloveniji.



KK 52, 53, 54 in 55 – Torakalna kirurgija - operacija karcinoma (q042)

Kazalniki navedeni v Priročniku o kazalnikih kakovosti so (št. 52 – 55): (1) delež operacij z radikalnostjo R0, R1 in R2, (2) delež zapletov s krvavitvami pri operacijah, (3) delež reoperacij in (4) delež zgodnjih pooperativnih smrti. V Priročniku o kazalnikih kakovosti je tudi podrobneje razložena uporabljena metodologija.

Osnovni podatki

S prvim kazalnikom merimo delež operacij z različno radikalnostjo. Z drugim kazalnikom merimo delež zapletov s krvavitvami. S tretjim kazalnikom merimo delež reoperacij in s četrtem delež zgodnjih pooperativnih smrti. Za imenovalec vedno upoštevamo vse operacije.

Sodelovanje posameznih oddelkov je dobro in je prikazano v Tabeli 16. Podatke naj bi iz oddelkov posredovali sproti takoj po opravljenih posegih. Sodelovali so vsi oddelki v Sloveniji iz bolnišnic, kjer izvajajo opazovane torakalne operacije in to že v celotnem opazovanem petletnem obdobju.

Tabela 16: q042 – število operacij po letih in oddelkih

	leto					skupaj
	2007	2008	2009	2010	2011	
UKC Ljubljana	145	112	105	140	128	630
UKC Maribor	40	31	23	25	38	157
Marko Bitenc	17	34	24	28	50	153
skupaj	202	177	152	193	216	940

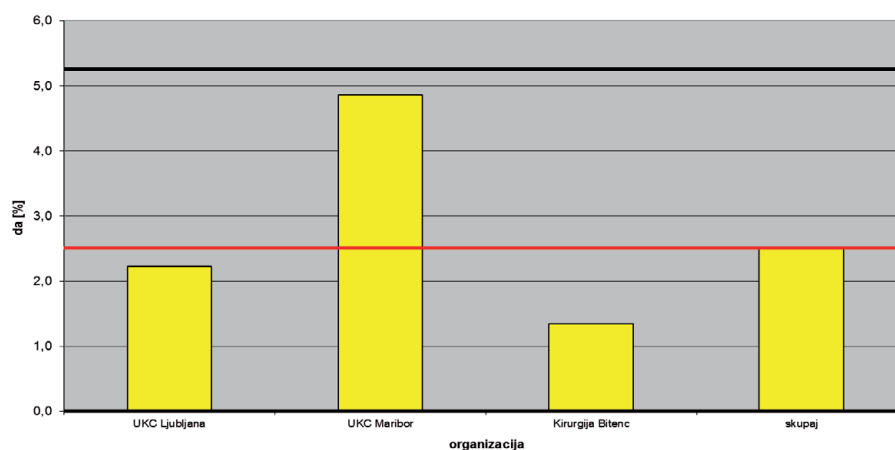
Skupno število upoštevanih/poslanih operacij, ki predstavljajo absolutni imenovalec kazalnikov, vključenih v obdelavo podatkov, je 940. Pri izračunu kazalnikov kakovosti smo seveda upoštevali le tiste operacije, ki so imele izpolnjen zahtevan podatek. Posege z manjkajočimi podatki smo iz izračunov izključili.

Kakovost podatkov

Podatke o torakalnih operacijah testno zbiramo od leta 1999, redno pa že od leta 2002. V zadnjih letih je zbiranje tudi v skladu s splošnimi dogovori postalo obvezno. V vseh opazovanih letih vse tri sodelujoče organizacije sodelujejo dobro. Kljub temu pa je potrebno nadaljevati razvoj spremljanja kazalnikov v sodelovanju z izvajalci.

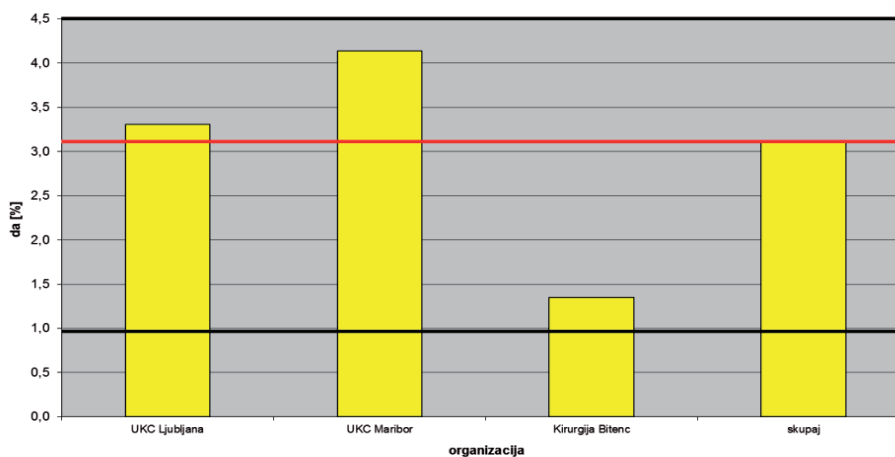
Menimo, da je primerjava vseh torakalnih kirurških oddelkov primerna, saj v vseh redno izvajajo opazovane operacije. Zato je primerjava med vsemi oddelki mogoča. V primeru, da se pokažejo večja odstopanja v značilnostih opazovanih populacij na posameznem oddelku, lahko takšne razlike z ustreznimi statističnimi prijemi (kot je npr. razdelitev na težje in lažje primere) možno uspešno izenačiti.

Slika 48: q042 – delež primerov s krvavitvijo pri slovenskih izvajalcih za obdobje od 2007 do 2011



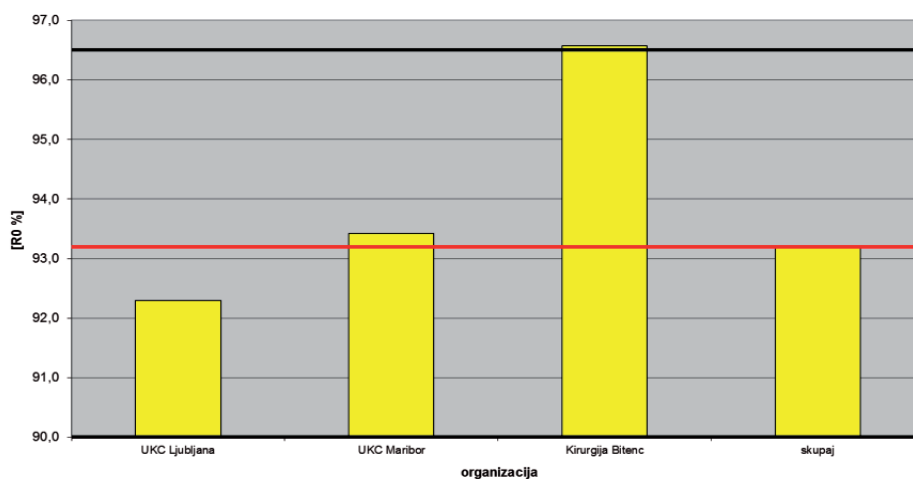
Rdeča črta označuje srednjo vrednost, črni pa odmik treh standardnih deviacij za vse podatke.

Slika 49: q042 – delež reoperacij pri slovenskih izvajalcih za obdobje od 2007 do 2011



Rdeča črta označuje srednjo vrednost, črni pa odmik treh standardnih deviacij za vse podatke.

Slika 50: q042 – delež primerov z radikalnostjo operacije R0 – histološko pri slovenskih izvajalcih



Rdeča črta označuje srednjo vrednost, črni pa odmik treh standardnih deviacij za vse podatke.



KK 32 in 33 – Psihatrija - prvi zamah shizofrenije(q031)

Kazalnika navedena v Priročniku o kazalnikih kakovosti sta (št. 32 in 33): (1) trajanje hospitalizacije, (2) število vseh zdravljenih ob odpustu. V Priročniku o kazalnikih kakovosti je tudi podrobneje razložena uporabljena metodologija.

Osnovni podatki

S prvim kazalnikom merimo povprečno trajanje hospitalizacije za vse primere prvega zamaha shizofrenije. Z drugim kazalnikom merimo delež vseh pacientov, ki so ob odpustu dobili 3 ali več zdravljenih. Za imenovalce upoštevamo vse primere prvega zamaha shizofrenije.

Sodelovanje posameznih oddelkov je prikazano v Tabeli 17. Podatke naj bi iz oddelkov posredovali sproti takoj po opravljenih posegih. Sodelovali so vsi oddelki v Sloveniji iz psihiatričnih bolnišnic. Z rdečo so označeni podatki za leta, kjer posamezni oddelek ni sodeloval ustrezno (poslanih premalo primerov), z rumeno pa tisti, kjer je očitno poslanih manj podatkov, kot je bilo primerov. Zaradi slabega zbiranja v vmesnih letih smo analize naredili skupaj le za leti 2010 in 2011.

Tabela 17: q031 – število primerov po letih in oddelkih

		leto					skupaj
		2007	2008	2009	2010	2011	
ustanova	BL001 - Psihiatrična bolnišnica Begunje	1	0	0	0	0	1
	BL005 - Psihiatrična bolnišnica Idrija	4			3	18	25
	BL010 - Univerzitetni klinični center Maribor	0	0	0	1	8	9
	BL013 - Splošna bolnišnica Novo mesto	0	0	0	0	0	0
	BL014 - Psihiatrična bolnišnica Ormož	0	0	0	0	5	5
	BL018 - Psihiatrična klinika Ljubljana	0	0	0	5	20	25
	BL022 - Psihiatrična bolnišnica Vojnik	0	0	0	1	2	3
skupaj		5	0	0	10	53	68

Skupno število primerov, ki predstavljajo absolutni imenovalce kazalnikov, vključenih v obdelavo podatkov, je 68. Pri izračunu kazalnikov kakovosti smo seveda upoštevali le tiste operacije, ki so imele izpolnjen zahtevan podatek. Posege z manjkajočimi podatki smo iz izračunov izključili.

Kakovost podatkov, ukrepi in rezultati

Zaradi slabega poročanja (glej tabelo 17) izvajalcev zdravstvene dejavnosti in tudi absolutno majhnega števila primerov prikaz rezultatov v tem poročilu v grafični obliki ni smiselno. Načrtujemo izvedbo ustreznih ukrepov za izboljšanje poročanja.





Zaključek

Poročilo je namenjeno predstavitvi in razlagi podatkov na področju kakovosti in varnosti. Kot prvo poročilo predstavlja pripomoček pri sprejemanju nadaljnjih odločitev na tem področju s strani vseh deležnikov, obenem pa kot prvi dokument v tem trenutku ni zadostna podlaga, ki bi lahko opredeljevala nadaljnjo zdravstveno politiko na področju kakovosti in varnosti.

Kljub zgoraj navedenim, so ob pripravi podatkov številni sogovorniki izpostavili nekaj pomembnih priložnosti za izboljšavo, ki se v večji ali manjši meri nanašajo na vse kazalnike kakovosti. Zato jih izpostavimo v zaključku kot možna izhodišča za nadaljnji razvoj spremljanja kakovosti skozi kazalnike.

(1) Zahtevnost metodologiji zbiranja nekaterih podatkov kaže na potrebo po izvedbi delavnic, namenjenih usposabljanju vseh oseb, ki se bodo s posameznim kazalnikom neposredno ukvarjale. Kljub trudu, da bi zbiranje kazalnikov čim manj obremenilo izvajalce zdravstvenih storitev z dodatnim delom, kompleksnost nekaterih metodologij in pogosto zbiranje podatkov v agregirani obliki zahtevajo dobro poznavanje metodologije spremljanja in njenega ozadja s strani neposredno vpletenih, kar lahko pomeni eno ali več oseb pri posameznem izvajalcu. Podatki so tudi pokazali na širše vprašanje pravilnega beleženja podatkov (zlasti diagnoz in postopkov) v obstoječi nacionalni podatkovni zbirki o bolnišničnih obravnavah. Z namenom izboljšanja možnosti interpretacije podatkov, pa bi bilo priporočljivo poglobiti znanje na področju statistične kontrole procesov.

(2) Z namenom razbremenitve izvajalcev ter povečanja zanesljivosti podatkov je smiselno strmeti k enotni informacijski podpori za celotni sistem zbiranja podatkov, ki bo v največji možni meri integriran v obstoječe računalniške programe izvajalcev. Razprave, ki so sledile uveljavitvi novega nabora kazalnikov, so večkrat izpostavile administrativne ovire za tovrstni ukrep. Potrebno je upoštevati tudi trenutno izjemno izrazito omejenost finančnih virov. Kljub navedenim izzivom ostane dejstvo, da bi bila z organizacijskega in strokovnega vidika tovrstna rešitev zelo dobrodošla.

(3) Potrebno je proučiti možnosti zunanje presoje kakovosti podatkov. Dvomi v natančnost nekaterih podatkov so bili izpostavljeni pri posameznih kazalnikih. Eden izmed načinov spodbujanja aktivnosti na tem področju je izvedba zunanjih presoj. Formalni proces presoje podatkov v posamezni bolnišnici za vsakega izmed več kot 70 kazalnikov kakovosti verjetno predstavlja nesmotrno porabo omejenih virov. Možno pa je nadzor podatkov integrirati v obstoječe aktivnosti, kot so strokovni nadzori ali primerjati različne podatkovne vire, kot so na primer vrednosti pri spremljanju kazalnikov in obračunane vrednosti plačniku. Ob tovrstnem ukrepanju je ključnega pomena zagotovitev, da je nadzor namenjen izboljšanju kakovosti podatkov in ne kaznovanju izvajalcev.

(4) Po vzpostavitvi sistema spremljanja kazalnikov postanejo najpomembnejši vir informacij izvajalci zdravstvenih storitev. Razprava med izvajalci, ob sodelovanju nosilcev programa, je najpomembnejša za medsebojno učenje, zagotavljanje enotnosti načinov spremljanja podatkov in prepoznavanje priložnosti za izboljšave. V ta namen je bil vzpostavljen spletni forum. Nekatere delavnice, osredotočene na posamezne kazalnike, so že bile izvedene v preteklosti. Aktivnosti je smiselno nadaljevati in okrepiti.

(5) Končni namen zbiranja podatkov je doseganje izboljšav v kakovosti in varnosti zdravstvene oskrbe. Razprava o posameznih kazalnikih je v nekaterih primerih izpostavila potencialno korist priprave slovenskih strokovnih smernic, ki bi bila podlaga za načrtovanje izboljšav.

Vse predlagane ukrepe ni mogoče izpeljati na kratek rok. Zanesljivost objavljenih podatkov se bo postopoma izboljšala, skupaj s povečanjem izkušenj in izvedbo popravljenih ukrepov. Spremljanje kakovosti skozi kazalnike ni kratkotrajni projekt. Postopoma bo postal sestavni del vsakodnevnih aktivnosti izvajalcev zdravstvenih storitev, v okoljih, kjer to še ni. Odprto ostane le vprašanje, ali bomo sposobni iz te aktivnosti pridobiti vse možne koristi.

