



REPUBLIKA SLOVENIJA
MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE

Kazalniki kakovosti v zdravstvu

Letno poročilo 2012-2013

Urednika

Biserka Simčič, Mircha Poldrugovac

Kazalniki kakovosti v zdravstvu

Letno poročilo 2012 in 2013

Ljubljana, 2015

Urednika:
Biserka Simčič, Mircha Poldrugovac

Priprava podatkov:
Miloš Kravanja, Irena Zupanc, Andreja Rudolf, Ana Zgaga, Metka Zaletel, Mircha Poldrugovac,
Biserka Simčič, Milan Čížman, Viktorija Tomič, Saša Kadivec, Marjan Pajntar in Brane Leskošek.

Naklada:
100 izvodov

Leto izdaje:
2015

Izdajatelj:
Ministrstvo za zdravje

Naslov dokumenta:
Kazalniki kakovosti v zdravstvu – Letno poročilo 2012 in 2013

Tip dokumenta:
Poročilo

Namen dokumenta:
Predstavitev in interpretacija podatkov na področju kazalnikov kakovosti in varnosti v slovenskih bolnišnicah

Ciljna populacija:
Izvajalci zdravstvenih storitev

Publikacija je nastala kot rezultat partnerskega sodelovanja Ministrstva za zdravje, Nacionalnega inštituta za javno zdravje, Zdravniške zbornice Slovenije ter Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

ISSN 2350-580X



Nalezljive bolezni

Veronika Učakar

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

Mircha Poldrugovac

KK 25, 26 in 28 - Starostno standardizirana stopnja sprejemov zaradi akutnih in kroničnih zapletov sladkorne bolezni ter stopnja amputacij spodnjih okončin zaradi sladkorne bolezni

Mircha Poldrugovac, Jelka Zaletel

Porodništvo

Barbara Mihevc Ponikvar

KK23 - Učinkovitost dela v operacijskem bloku

Mircha Poldrugovac

KK24 Trajanje bivanja v bolnišnici

Mircha Poldrugovac

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

Mircha Poldrugovac

KK 64 - Nacionalno spremljanje bolnišnične porabe protimikrobnih zdravil

Milan Čižman za Nacionalno komisijo za smiselno rabo antibiotikov

KK 71 – MRSA

Mircha Poldrugovac, Viktorija Tomič

KK 67 - Padci pacientov

Saša Kadivec, Mircha Poldrugovac, Biserka Simčič

KK 65 - Poškodbe z ostrimi predmeti (osebje)

Mircha Poldrugovac, Biserka Simčič

KK 21 - Razjede zaradi pritiska

Saša Kadivec, 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

Razlaga kratic	9
Uvod	12
Nalezljive bolezni	14
KK 8, 9 in 10 - Delež cepljenih (precepljenost) proti ošpicam, davici, tetanusu, oslovskemu kašlju in hepatitisu B	14
KK 11 - Delež cepljenih (precepljenost) proti gripi pri osebah starih 65 let in več	14
KK 12, 13 in 14 - Incidenčna stopnja ošpic, oslovskega kašlja in hepatitisa B	15
KK 3, 4, 5, 6 in 7 - Delež sprejemov zaradi kroničnih bolezni	16
KK 25, 26 in 28 - Starostno standardizirana stopnja sprejemov zaradi akutnih in kroničnih zapletov sladkorne bolezni ter stopnja amputacij spodnjih okončin zaradi sladkorne bolezni	19
Porodništvo	21
KK 2 - Izključno dojenje	21
KK 36 - Poškodbe porodne poti ob porodu	23
KK 37 - Delež carskih rezov	23
KK 23 - Učinkovitost dela v operacijskem bloku	25
KK 24 - Trajanje bivanja v bolnišnici	27
KK 44 in 58 – 30 dnevna smrtnost zaradi možganske kapi in akutnega miokardnega infarkta	29
KK 64 - Nacionalno spremljanje bolnišnične porabe protimikrobnih zdravil (2012)	31
KK 71 - MRSA	34
KK 67 - Padci pacientov	37
KK 65 - Poškodbe z ostrimi predmeti (osebje)	41
KK 21 - Razjede zaradi pritiska	43
KK 50, 51 – Abdominalna kirurgija – operacija žolčnih kamnov (q001)	46
KK 38 – Ginekologija - ginekološke operacije (q004)	50
KK 59, 60 in 61 – Okulistika - operacija katarakte (q019)	54
KK 29, 30 in 31 – Pediatrija - diabetes (q024b)	57
KK 39, 40 in 41 – Perinatologija (q028)	59
KK 52, 53, 54 in 55 – Torakalna kirurgija - operacija karcinoma (q042)	63
KK 32 in 33 – Psihiatrija - prvi zamah shizofrenije (q031)	65

Kazalo slik

Slika 1: Stopnja sprejemov zaradi astme na 100.000 prebivalcev v letih od 2005 do 2013	16
Slika 2: Stopnja sprejemov zaradi KOPB na 100.000 prebivalcev v letih od 2005 do 2013	16
Slika 3: Stopnja sprejemov zaradi srčnega popuščanja na 100.000 prebivalcev v letih od 2005 do 2013	17
Slika 4: Stopnja sprejemov zaradi angine pectoris na 100.000 prebivalcev v letih od 2005 do 2013	17
Slika 5: Stopnja sprejemov zaradi hipertenzije na 100.000 prebivalcev v letih od 2005 do 2013	17
Slika 6: Stopnja sprejemov zaradi astme na 100.000 prebivalcev v Slovenskih regijah v letih od 2009 do 2013	18
Slika 7: Stopnja sprejemov zaradi srčnega popuščanja na 100.000 prebivalcev v Slovenskih regijah od 2009 do 2013	18
Slika 8: Starostno standardizirana stopnja sprejemov kroničnih zapletov sladkorne bolezni v letih od 2005 do 2013	19
Slika 9: Starostno standardizirana stopnja sprejemov zaradi akutnih zapletov sladkorne bolezni v letih od 2005 do 2013	20
Slika 10: Starostno standardizirana stopnja amputacij spodnjih okončin zaradi sladkorne bolezni v letih od 2005 do 2013	20
Slika 11: Delež izključno dojenih zdravih* novorojenčkov v Sloveniji v letih od 2002 do 2012	21
Slika 12: Delež izključno dojenih zdravih* novorojenčkov po porodnišnicah v Sloveniji v letu 2012	22
Slika 13: Delež poškodb presredka III. in IV. stopnje pri vaginalnih porodih brez uporabe inštrumentov, po porodnišnicah v Sloveniji v letih 2007 do 2012	23
Slika 14: Delež otrok*, rojenih s carskim rezom v Sloveniji v letih 2002 do 2012	24
Slika 15: Delež otrok*, rojenih s carskim rezom, po porodnišnicah v Sloveniji leta 2002 in 2012	24
Slika 16: Odstotek odpadlih operaciji, med vsemi načrtovanimi, v letu 2013	25
Slika 17: Odstotek urgentnih operaciji, med vsemi opravljenimi, v letu 2013	26
Slika 18: Odstotek časa skupne operativne kapacitete v okviru katerega so se izvajali posegi, od prvega reza do zadnjega šiva v letu 2013	26
Slika 19: Povprečno trajanje operacije v letu 2013 (izključene so operacijske dvorane namenjene zgolj urgentnim posegom in ambulantnim posegom)	26
Slika 20: Povprečno trajanje bivanja v bolnišnici zaradi možganske kapi v letih 2009-2013	27
Slika 21: Odnos med povprečnim trajanjem hospitalizacije in povprečno vrednost SPP uteži na primer možganske kapi v slovenskih bolnišnicah v letu 2013	28
Slika 22: Povprečno trajanje bivanja v bolnišnici zaradi zloma kolka v letih 2009-2013	28
Slika 23: Odnos med povprečnim trajanjem hospitalizacije in povprečno vrednost SPP uteži na primer zloma kolka v slovenskih bolnišnicah v letu 2013	28
Slika 24: 30 dnevna smrtnost zaradi akutnega miokardnega infarkta pri bolnikih starih 45 let in več v Sloveniji, standardizirana po starosti in spolu med leti 2009 in 2013	29
Slika 25: 30 dnevna smrtnost zaradi hemoragične možganske kapi pri bolnikih starih 45 let in več v Sloveniji, standardizirana po starosti in spolu med leti 2009 in 2013	29
Slika 26: 30 dnevna smrtnost zaradi ishemične možganske kapi pri bolnikih starih 45 let in več v Sloveniji, standardizirana po starosti in spolu med leti 2009 in 2013	30
Slika 27: Poraba antibiotikov (J01) slovenskih bolnišnic v letu 2013 (DDD/100BOD)	32
Slika 29: Poraba protiglivnih zdravil (J02) v slovenskih bolnišnicah v letu 2013 (DDD/100BOD)	33
Slika 31: Delež bolnikov, ki so pridobili MRSA v posamezni bolnišnici, glede na skupno število bolnikov, pri katerih je bila ugotovljena MRSA v letu 2012	36



Slika 32: Delež bolnikov, ki so pridobili MRSA v posamezni bolnišnici, glede na skupno število bolnikov, pri katerih je bila ugotovljena MRSA v letu 2013.....	36
Slika 33: Stopnja padcev po splošnih bolnišnicah v Sloveniji v letu 2012 na 1000 dni hospitalizacije.....	38
Slika 34: Stopnja padcev po splošnih bolnišnicah v Sloveniji v letu 2013 na 1000 dni hospitalizacije.....	38
Slika 35: Stopnja padcev po specializiranih bolnišnicah v Sloveniji v letu 2012 na 1000 dni hospitalizacije.....	39
Slika 36: Stopnja padcev po specializiranih bolnišnicah v Sloveniji v letu 2013 na 1000 dni hospitalizacije.....	39
Slika 37: Prikaz odstotek padcev s poškodbami po bolnišnicah v letu 2013 v obliki „funnel plot“	40
Slika 38: Relativna letna pogostost poškodb oseba z ostrimi predmeti na 100 FTE	42
Slika 39: Stopnja razjed zaradi pritiska v splošnih bolnišnicah v Sloveniji v letu 2012 na 100 sprejemov.....	44
Slika 40: Stopnja razjed zaradi pritiska v splošnih bolnišnicah v Sloveniji v letu 2013 na 100 sprejemov.....	44
Slika 41: Stopnja razjed zaradi pritiska v specializiranih bolnišnicah v Sloveniji v letu 2012 na 100 sprejemov.....	45
Slika 42: Stopnja razjed zaradi pritiska v specializiranih bolnišnicah v Sloveniji v letu 2013 na 100 sprejemov.....	45
Slika 43: q001 – delež poškodb žolčnega voda, žil ali sosednjih organov v slovenskih bolnišnicah za obdobje od 2007 do 2013,	48
Slika 44: q001 – delež poškodb žolčnega voda, žil ali sosednjih organov v slovenskih bolnišnicah za obdobje od 2007 do 2013 po zdravnikih,	48
Slika 45: q001 – delež krvavitev (potrebna transfuzija) v slovenskih bolnišnicah za obdobje od 2007 do 2013,	49
Slika 46: q001 – delež krvavitev (potrebna transfuzija) v slovenskih bolnišnicah za obdobje od 2007 do 2013 po zdravnikih,	49
Slika 47: q004 – delež primerov z izgubo krvi nad 500ml ali s transfuzijo med operacijo v Sloveniji po letih za obdobje od 2007 do 2013,.....	52
Slika 48: q004 – delež primerov z izgubo krvi nad 500ml ali s transfuzijo med operacijo v slovenskih bolnišnicah za obdobje od 2007 do 2013,	52
Slika 49: q004 – delež transfuzij pri histerektomijah v slovenskih bolnišnicah za obdobje od 2007 do 2013 – težji primeri,.....	53
Slika 50: q004 – delež transfuzij pri histerektomijah v slovenskih bolnišnicah za obdobje od 2007 do 2013 – lažji primeri,.....	53
Slika 51: q019 – delež hospitaliziranih po letih in spolu v opazovanem obdobju.....	55
Slika 52: q019 – delež hospitaliziranih po izvajalcih v celotnem opazovanem obdobju,	55
Slika 53: q019 – delež pooperativnih zapletov po letih in spolu v opazovanem obdobju	56
Slika 54: q019 – delež pooperativnih zapletov po izvajalcih v celotnem opazovanem obdobju,.....	56
Slika 55: q024b – letno povprečje HbA1c za vsa leta skupaj in ločeno po letih za obdobje od 2007 do 2013	57
Slika 56: q024b – letno število meritev krvnega tlaka za vsa leta skupaj in ločeno po letih za obdobje od 2007 do 2013	58
Slika 57: q024b – delež primerov s Hashimoto testiranjem (odgovori da, ne in ni testiran) za vsa leta skupaj in ločeno po letih za obdobje od 2007 do 2013.....	58
Slika 58: q028 – delež primerov s 5' oceno po Apgarjevi, od vključno 1 do vključno 6 med živorojenimi v slovenskih bolnišnicah za obdobje od 2008 do 2012,.....	60
Slika 59: q028 – delež primerov s 5' oceno po Apgarjevi, od vključno 1 do vključno 6 med živorojenimi v slovenskih bolnišnicah za obdobje od 2008 do 2012 po zdravnikih,.....	60
Slika 60: q028 – delež primerov s transfuzijo med porodom, v 3. porodni dobi in po porodu v slovenskih bolnišnicah za obdobje od 2008 do 2012,.....	61
Slika 61: q028 – delež primerov s transfuzijo med porodom, v 3. porodni dobi in po porodu v slovenskih bolnišnicah za obdobje od 2008 do 2012 po zdravnikih,.....	61

Slika 62: q028 – delež Carskih rezov pri vseh porodih – brez elektivnih carskih rezov v slovenskih bolnišnicah za obdobje od 2008 do 2012,.....	62
Slika 63: q028 – delež Carskih rezov pri vseh porodih – brez elektivnih carskih rezov po zdravnikih v slovenskih bolnišnicah za obdobje od 2008 do 2012 po zdravnikih,.....	62
Slika 64: q042 – delež primerov s krvavitvijo pri slovenskih izvajalcih za obdobje od 2007 do 2013,.....	63
Slika 65: q042 – delež reoperacij pri slovenskih izvajalcih za obdobje od 2007 do 2013,.....	64
Slika 66: q042 – delež primerov z radikalnostjo operacije R0 – histološko pri slovenskih izvajalcih za obdobje od 2007 do 2013,	64
Slika 67: q031 – trajanje hospitalizacije za obdobje od 2010 do 2013.....	66
Slika 68: q031 – število vseh zdravljenj ob odpustu za obdobje od 2010 do 2013.....	66

Kazalo tabel

Tabela 1: Delež cepljenih proti nekaterim nalezljivim boleznim v Sloveniji v letu 2012 in 2013.....	14
Tabela 2: Število prijavljenih primerov in incidenčna stopnja na (100.000) prebivalcev nekaterih nalezljivih bolezni v Sloveniji v letih od 2009 do 2013.....	15
Tabela 1: Delež bolnikov, ki so pridobili MRSA v posamezni bolnišnici, glede na skupno število bolnikov, pri katerih je bila ugotovljena MRSA v letu 2012	34
Tabela 4: Delež bolnikov, ki so pridobili MRSA v posamezni bolnišnici, glede na skupno število bolnikov, pri katerih je bila ugotovljena MRSA v letu 2013	35
Tabela 6: Število poškodb z ostrimi predmeti osebja in število zaposlenih v letih 2013 in 2012	41
Tabela 7: q001 – število poslanih operacij po letih in oddelkih.....	46
Tabela 8: q004 – število poslanih operacij po letih in oddelkih.....	50
Tabela 9: q019 – število poslanih operacij po letih in oddelkih.....	54
Tabela 10: q024b – število primerov po letih in oddelkih.....	57
Tabela 11: q028 – število upoštevanih porodov po letih in oddelkih.....	59
Tabela 12: q042 – število operacij po letih in oddelkih.....	63
Tabela 13: q031 – število primerov po letih in oddelkih	65



Razlaga kratic

KK – kazalnik kakovosti

MKB – Mednarodna klasifikacija bolezni

MRSA – na meticilin odporni *Staphylococcus aureus*

MZ – Ministrstvo za zdravje

OECD – Organizacija za gospodarsko sodelovanje in razvoj

Onkološki Inštitut - Onkološki inštitut Ljubljana

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

SPP – Skupine primerljivih primerov

UKC Ljubljana – Univerzitetni klinični center Ljubljana

UKC Maribor – Univerzitetni klinični center Maribor

ZZS – Zdravniška zbornica Slovenije

ZZZS – Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije



Uvod

Mircha Poldrugovac, Biserka Simčič

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 nekih (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 uporabnikih,
- omogočiti relativno enake pogoje na celotnem področju države glede dostopnosti, dosegljivosti in primernosti storitev, ki jih izvajalci zdravstvenih storitev opravljajo za uporabnike.

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 nekatereh 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 sklepov ali 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.

Poročilo za leti 2012 in 2013 ne vključuje kazalnika 42 »pacienti z AMI, ki jim je bil ob odpustu predpisana acetilsalicilna kislina«. Rezultati spremljanja tega kazalnika so bili v bolnišnicah, ki so podatke posredovali, izjemno dobri. Usmeritveni odbor za kazalnike kakovosti je pri tem ocenil, da verjetno podatki odražajo dejansko stanje. Iz navedenih razlogov se ni zdelo smiselno nadaljevati s spremljanjem tega kazalnika, zato je bil odstranjen iz seznama kazalnikov v Aneksu 1 k splošnemu dogovoru 2012.

V primerjavi s poročilom za leto 2011, pričujoči dokument prav tako ne vključuje kazalnika 70 »Nenamerna punkcija ali laceracija bolnika«. Podatki so se v tem obdobju zbrali, vendar so absolutne številke izjemno nizke in jih ni smiselno ponovno prikazati po posameznih bolnišnicah. V nacionalnih podatkovnih zbirkah je bilo prepoznanih 57 primerov nenamerne punkcije ali laceracije bolnikov v celi Sloveniji. Vse bolnišnice v Sloveniji so v okviru posebnega poročanja o takih primerih beležile 47 primerov v letu 2012 in 53 primerov v letu 2013. Potreba po usklajevanju teh dveh sistemov spremljanja je bila



že prepoznana v poročilu za leto 2011. Enaki razlogi botrujejo tudi objavi kazalnikov 44 in 58 »30 dnevna smrtnost zaradi možganske kapi in akutnega miokardnega infarkta« zgolj z nacionalnim povprečjem. Tudi v tem primeru je namreč absolutno število smrti v posamezni bolnišnici tako nizko, da je njihov statistični pomen vprašljiv.

Podatki na področju porodništva se nanašajo zgolj na leto 2012, ker podatki za leto 2013 do pred kratkim niso bili na razpolago in ni bilo mogoče pravočasno izvesti ustrezne analize.

Poročilo vključuje tudi dva kazalnika, ki nista bila objavljena v poročilu za leto 2011, in sicer kazalnik 24 »Trajanje bivanja v bolnišnici« ter kazalnik 23 »Učinkovitost dela v operacijskem bloku«. Zlasti poročanje o slednjem je bilo v letu 2013 temeljito prenovljeno ob nepogrešljivi pomoči in podpori dr. Dominike Oroszy iz Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana.

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. Bralec 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 ...).

Načrte o izboljšavah v prihodnje smo objavili že v predhodnem poročilu, za leto 2011. Namere se niso spremenile, nekaj dela je bilo opravljenega, vendar verjetno premalo. Dosedanji rezultati dela so dokaz, da je mogoče veliko doseči v sorazmerno kratkem času, a tudi, da dobri rezultati neizbežno zahtevajo veliko dela. Morda smo si vsi vpleteni predstavljali, da bomo lahko aktivnosti povezane s spremljanje kakovosti skozi kazalnike obvladali brez velikega vložka časa, kadra ali sredstev. Čas je, da preverimo, ali je bil naš vložek (in naše zmožnosti) ustrezen.

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 (oz. odstotke) 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 2012 (2013) otroci, rojeni v letu 2011 (2012), od dopolnjenih 12 mesecev starosti do dopolnjenih 18 mesecev starosti
- obvezniki za cepljenje proti davici, tetanusu in oslovskemu kašlju so bili v letu 2012 (2013) otroci, rojeni v letu 2011 (2012), od dopolnjenih 3 mesecev starosti dalje in rojeni v 2012 (2013), ko so dopolnili 3 mesece starosti
- obvezniki za cepljenje proti hepatitisu B so bili v letu 2012 (2013) otroci, ki so v šolskem letu 2012/13 (2013/14) obiskovali 1. razred osnovne šole

Precepljenost za leti 2012 in 2013 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 (97,6 %) obvezniki, kar zagotavlja natančnost ocene.

Precepljenost proti navedenim boleznim je visoka, okrog 95 % (razen za hepatitis B), 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.

Tabela 1: Delež cepljenih proti nekaterim nalezljivim boleznim v Sloveniji v letu 2012 in 2013

Bolezen	Delež cepljenih otrok, »obveznikov« za cepljenje	
	V letu 2012	V letu 2013
Ošpice	95,3	93,9
Davica, tetanus in oslovski kašelj	96,4	95,3
Hepatitis B	90,4	88,6

Bolezen	Delež cepljenih oseb, starih 65 let in več	
	V sezoni 2012/2013	V sezoni 2013/2014
Gripa	15,2	12,9

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 sezonah 2012/13 in 2013/14 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 sezonah 2012/13 in 2013/14 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 odstotno 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 akutnim hepatitisom B, ki je izračunana na osnovi prijavljenih primerov teh bolezni v posameznih letih.

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

Incidenčna stopnja ošpic kaže na zelo dobro obvladovanje ošpic v zadnjih letih. Ošpice se pojavljajo redko, če se pojavijo, gre za vnesene primere ob katerih se pojavi še kak posamezen primer, medtem ko do večjega širjenja zaradi dobre precepljenosti ne prihaja.

V zadnjih letih opažamo višje incidenčne stopnje oslovskega kašlja, kljub zelo dobri precepljenosti proti tej 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 akutnega hepatitisa B je nizka, bolezen v Sloveniji dobro obvladujemo. Z rutinskim cepljenjem vseh otrok proti hepatitisu B smo v Sloveniji začeli v letu 1998. Tako je bila prva generacija otrok, ki je bila cepljena proti hepatitisu B, v letu 2012 stara 21 let in v letu 2013, 22 let. Visoka precepljenost zagotavlja dobro zaščito mladim proti hepatitisu B, bolezen se pri njih ne pojavlja.

Tabela 2: Število prijavljenih primerov in incidenčna stopnja na (100.000) prebivalcev nekaterih nalezljivih bolezni v Sloveniji v letih od 2009 do 2013

Leto	Oslovski kašelj		Ošpice		akutni Hepatitis B	
	Št. primerov	Inc. stopnja	Št. primerov	Inc. stopnja	Št. primerov	Inc. stopnja
2009	442	21,6	0	0	14	0,7
2010	611	29,8	2	0,09	7	0,3
2011	284	13,8	22	1,1	25	1,2
2012	178	8,7	2	0,09	15	0,7
2013	169	8,2	1	0,05	20	1,0

KK 3, 4, 5, 6 in 7 - Delež sprejemov zaradi kroničnih bolezni

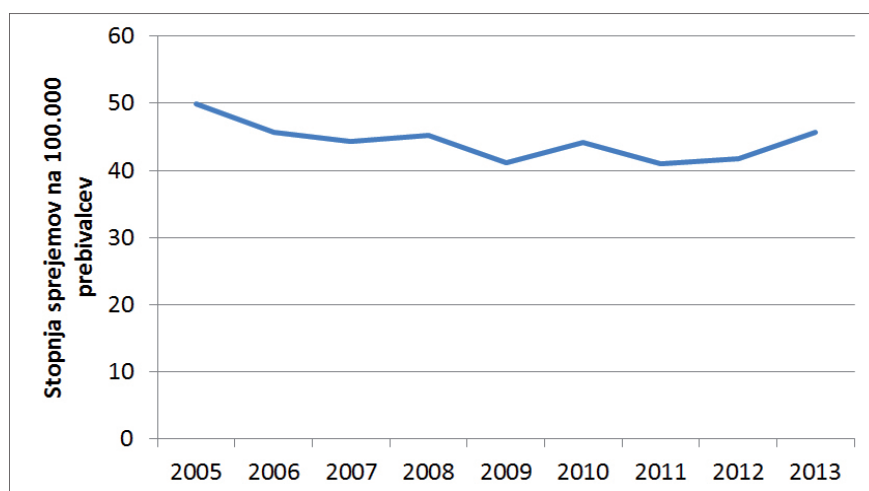
Delež sprejemov zaradi kroničnih stanj je kazalnik, ki se pri OECD uporablja za oceno kakovosti ambulantne oskrbe, kajti bolezni, ki so ambulantno dobro obvladovane, naj bi zahtevale manj hospitalizacij.

Na podlagi podatkov za leto 2012 ne ugotavljamo večjih sprememb glede na trende v preteklem letu. Potrebno je poudariti, da ni jasno ali lahko spremembe pripišemo kakovosti ambulantne oskrbe ali so posledica sprememb v praksah kodiranja stanj v podatkovnih bazah ter navad ali doktrine napotovanja in hospitalizacije pacientov.

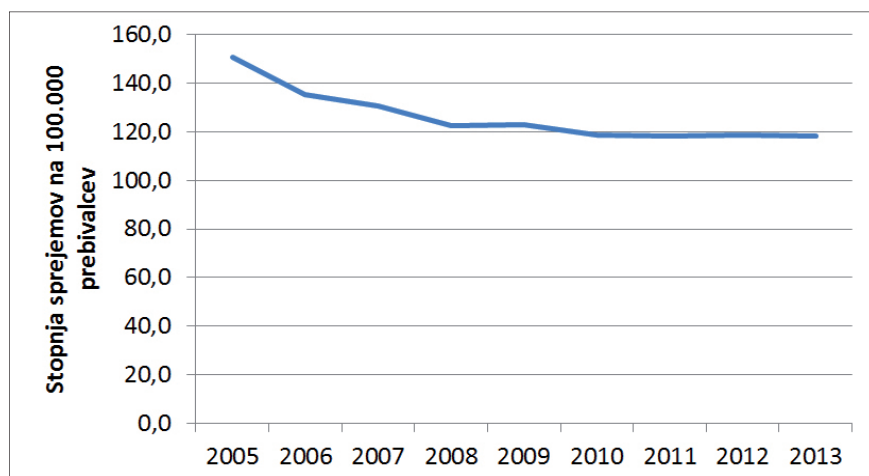
V primerjavi s podatki, ki so bili objavljeni v prejšnji izdaji poročila o kazalnikih kakovosti ugotavljamo, da se vrednosti pomembno razlikujejo. Razlike so posledica nekaterih ugotovljenih napak, ki so bile sedaj odpravljene. Popravljeni izračuni kažejo na še večjo stabilnost podatkov.

Prikazujemo tudi stopnjo sprejemov zaradi astme in srčnega popuščanja po statističnih regijah, glede na regijo stalnega bivališča pacientov. Razlike med regijami z najnižjo in najvišjo stopnjo hospitalizacije so več kot dvakratne. Medletne razlike znotraj posamezne regije so pomembne. Pri interpretaciji teh podatkov je poleg zgoraj navedenih omejitev potrebno upoštevati tudi možnost različnih stopenj obolevnosti v različnih regijah.

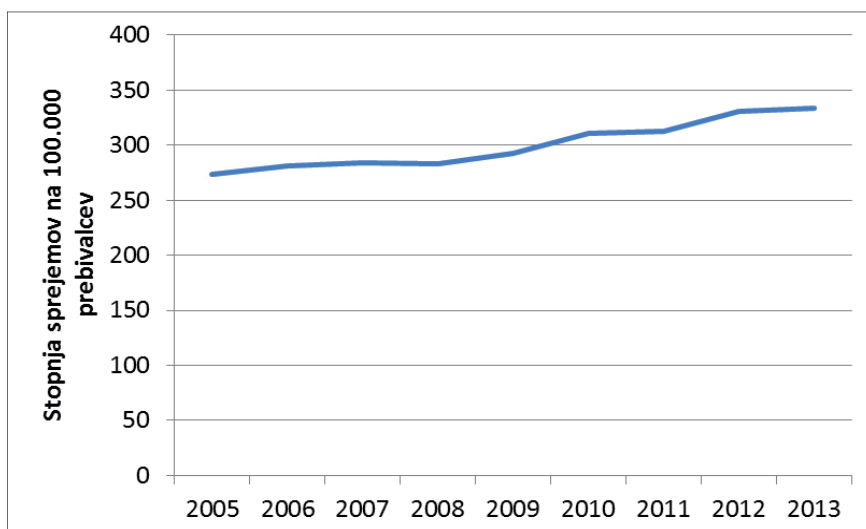
Slika 1: Stopnja sprejemov zaradi astme na 100.000 prebivalcev v letih od 2005 do 2013



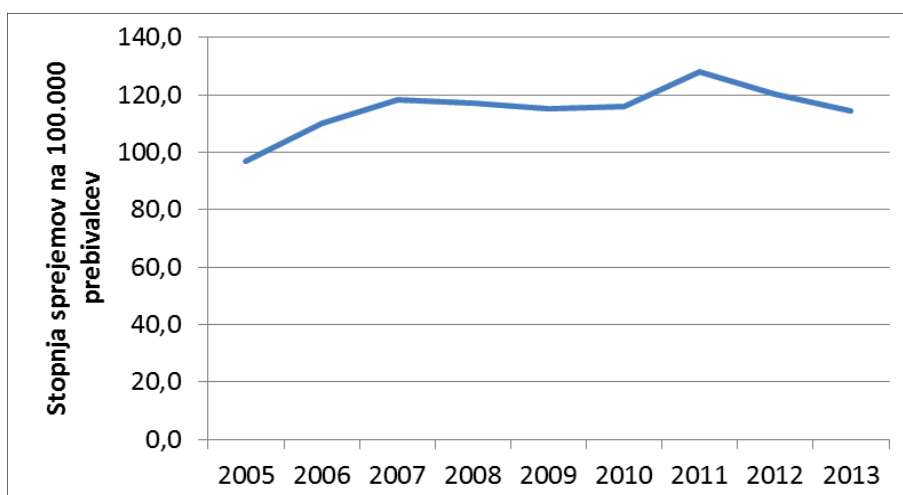
Slika 2: Stopnja sprejemov zaradi KOPB na 100.000 prebivalcev v letih od 2005 do 2013



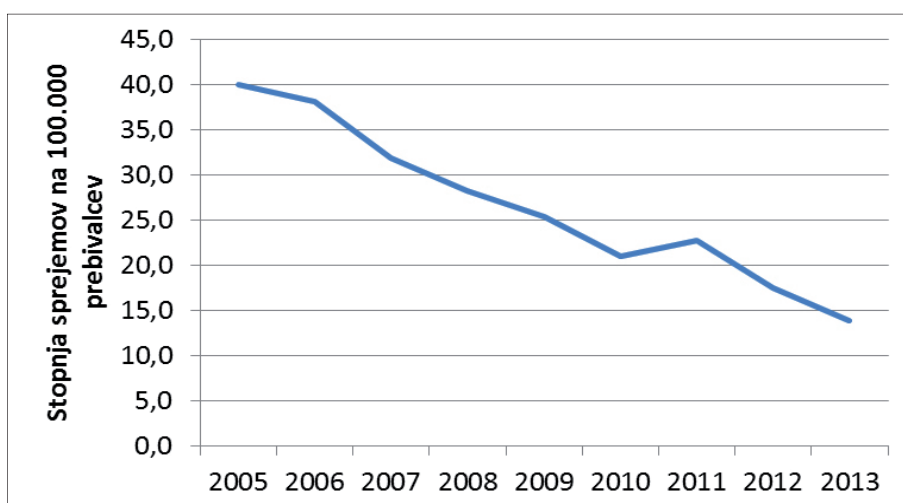
Slika 3: Stopnja sprejemov zaradi srčnega popuščanja na 100.000 prebivalcev v letih od 2005 do 2013



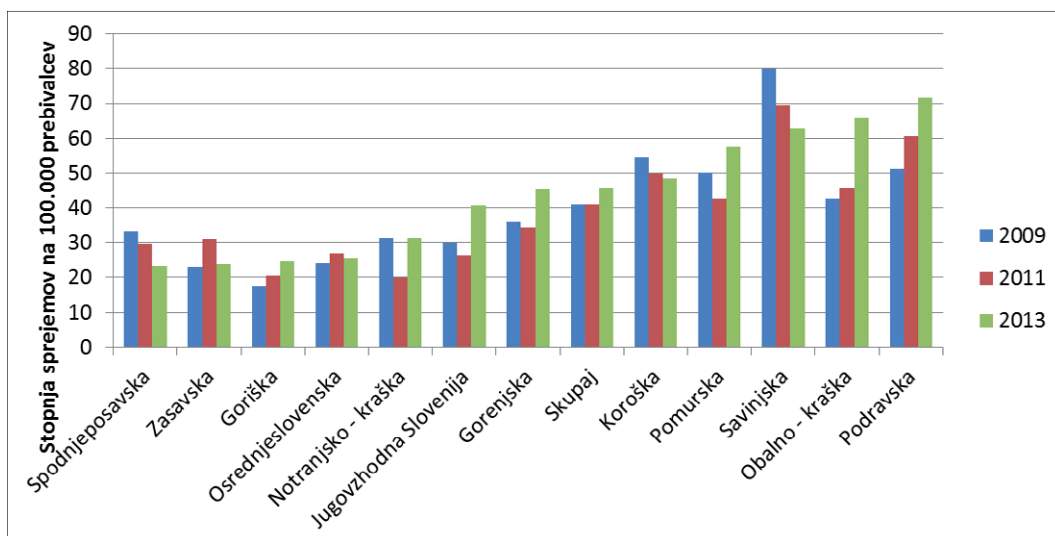
Slika 4: Stopnja sprejemov zaradi angine pectoris na 100.000 prebivalcev v letih od 2005 do 2013



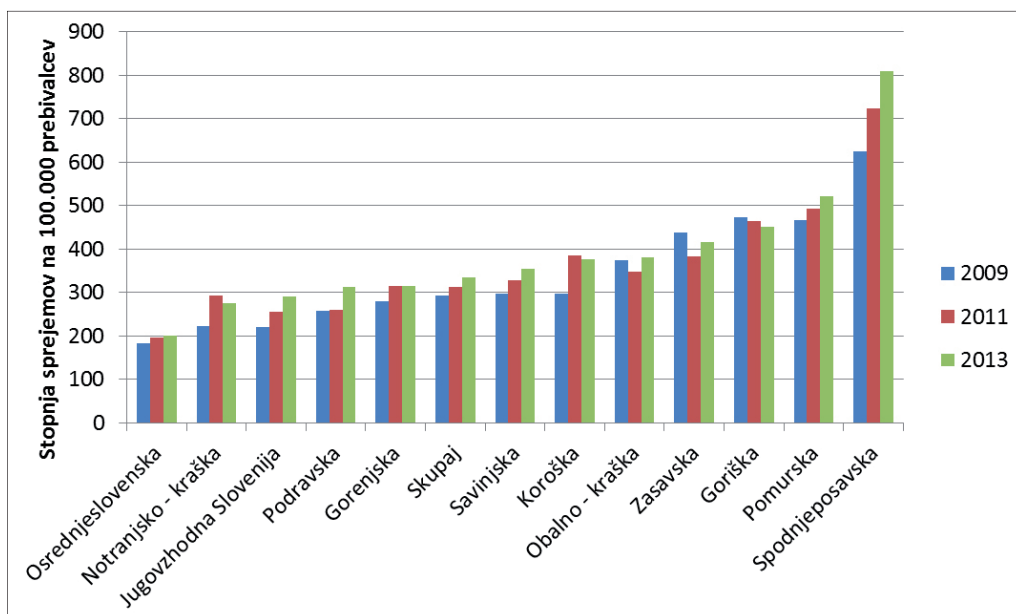
Slika 5: Stopnja sprejemov zaradi hipertenzije na 100.000 prebivalcev v letih od 2005 do 2013



Slika 6: Stopnja sprejemov zaradi astme na 100.000 prebivalcev v Slovenskih regijah v letih od 2009 do 2013



Slika 7: Stopnja sprejemov zaradi srčnega popuščanja na 100.000 prebivalcev v Slovenskih regijah od 2009 do 2013





KK 25, 26 in 28 - Starostno standardizirana stopnja sprejemov zaradi akutnih in kroničnih zapletov sladkorne bolezni ter stopnja amputacij spodnjih okončin zaradi sladkorne bolezni

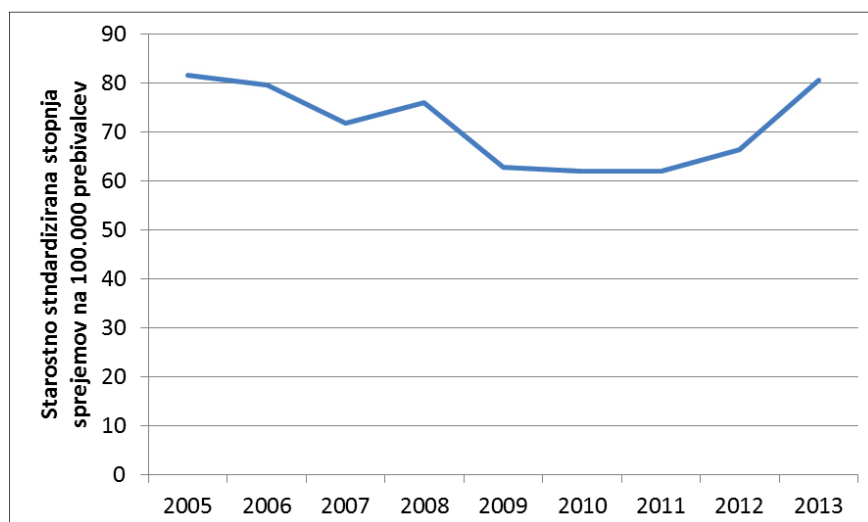
Kazalniki, ki se nanašajo na sladkorno bolezen, so uvrščeni med kazalnike kakovosti OECD. S kazalniki želimo oceniti uspešnost ambulantne obravnave pacientov na primarni in sekundarni ravni, in sicer z analizo števila sprejemov v bolnišnico. Manjše število sprejemov ob nespremenjenem kodiranju in metodologiji zbiranja podatkov kaže na izboljšano izvenbolnišnično oskrbo bolnikov. Kazalniki upoštevajo paciente, starejše od 15 let in so starostno standardizirani. Stopnje amputacij spodnjih okončin upoštevajo celotno populacijo in ne zgolj starejše od 15 let.

Ugotovitve, do katerih nas lahko vodijo podatki, so enake ugotovitvam v predhodnem poročilu za leto 2011. Slikovni prikazi podatkov nakazujejo spremembo trenda pri stopnji sprejemov zaradi akutnih in kroničnih zapletov sladkorne bolezni po letu 2009, kar je bilo v preteklem poročilu manj opazno. Razlaga tega pojava je podvržena enakim omejitvam, ki so bile izpostavljene v poročilu za leto 2011.

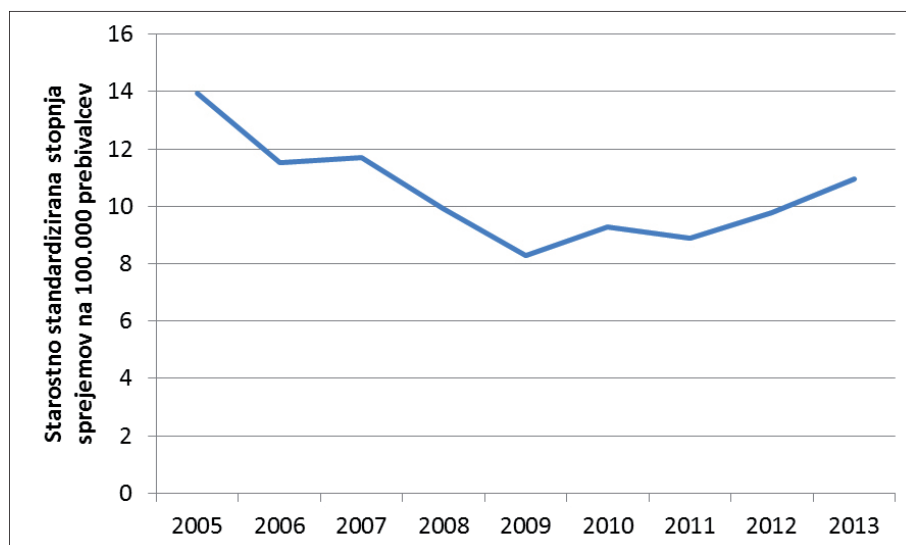
Možne razlage za opažene spremembe, ki so bile izpostavljene že v preteklosti:

- spremembe v ambulantni oskrbi (na primarni oziroma na sekundarni ravni), čeprav bi tolikšno spremembo pričakovali v daljšem časovnem obdobju;
- spremembe v praksah kodiranja stanj pri bolnikih, hospitaliziranih zaradi bolezni in stanj, ki so posledice zapletov sladkorne bolezni.

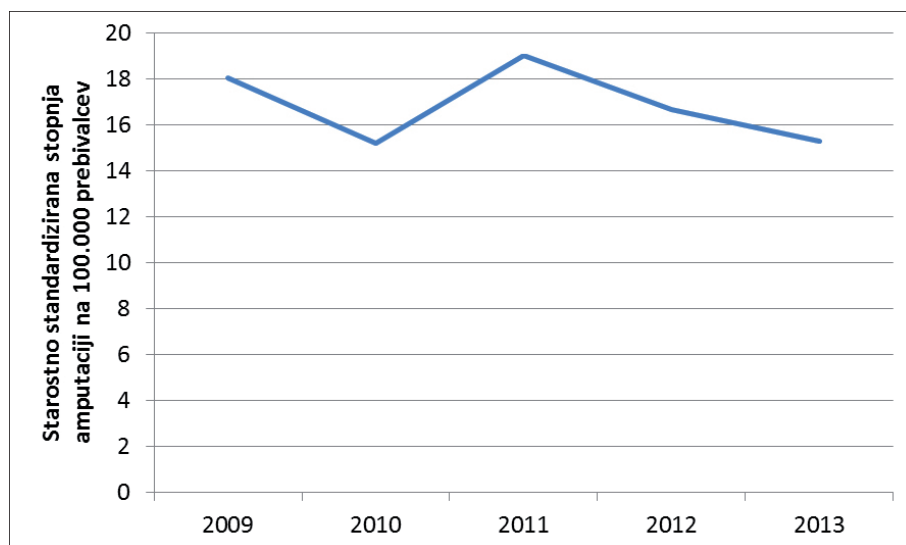
Slika 8: Starostno standardizirana stopnja sprejemov kroničnih zapletov sladkorne bolezni v letih od 2005 do 2013



Slika 9: Starostno standardizirana stopnja sprejemov zaradi akutnih zapletov sladkorne bolezni v letih od 2005 do 2013



Slika 10: Starostno standardizirana stopnja amputacij spodnjih okončin zaradi sladkorne bolezni v letih od 2005 do 2013





Porodništvo

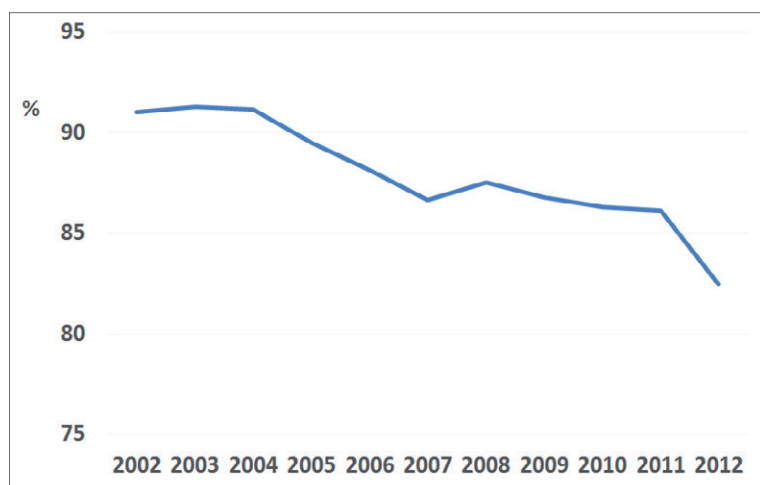
KK 2 - Izključno dojenje

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, ker o teh stanjih nismo imeli na voljo zanesljivih podatkov. 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.

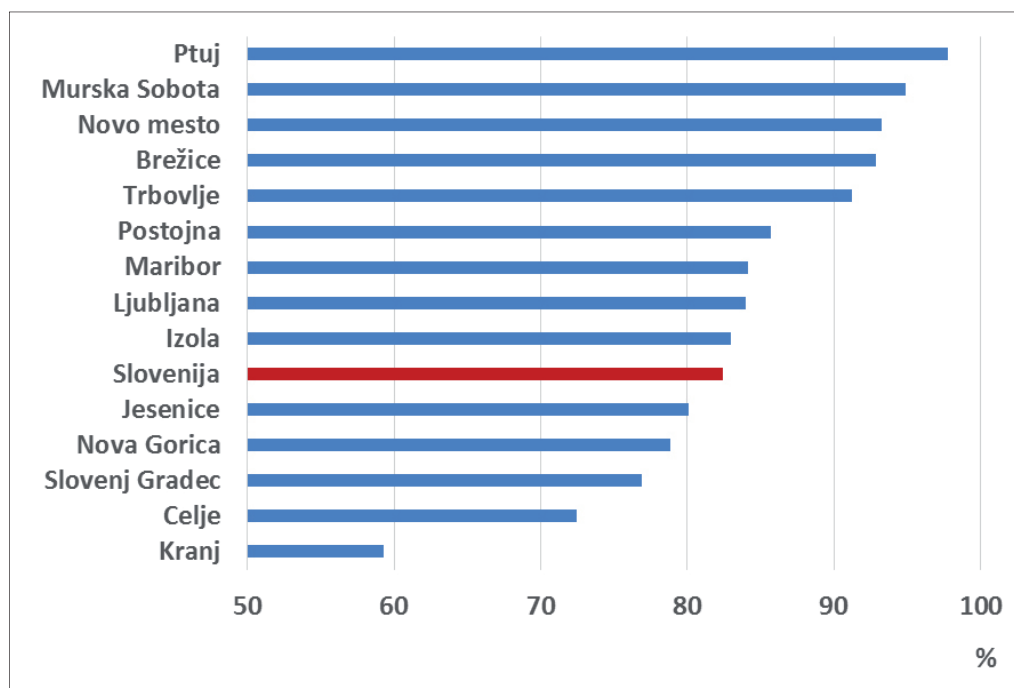
Slika 11: Delež izključno dojenih zdravih* novorojenčkov v Sloveniji v letih od 2002 do 2012



*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.

Leta 2012 je bil delež izključno dojenih novorojenčkov v slovenskih porodnišnicah 82,5 % in je v zadnjem desetletju upadel za skoraj devet odstotnih točk. Med porodnišnicami se je delež leta 2012 gibal od 59,3 % do 97,7 %. Razlike so zelo velike, glede na to, da so v zadnjih petnajstih letih vse porodnišnice, razen ene, pridobile certifikat Novorojenčku prijazne porodnišnice. Certifikat se podeljuje ustanovam, ki spodbujajo dojenje. Večji del razlike med porodnišnicami gre na račun zabeleženega deleža delno dojenih novorojenčkov, ki se je leta 2012 gibal med 0,8 % in 38,5 %, medtem ko so razlike v deležu novorojenčkov, ki sploh niso dojeni, majhne; takšnih je bilo med 1 % in 3 %. V primerjavi s predhodnim letom je največja sprememba zabeležena v porodnišnici Kranj, kjer je delež izključno dojenih novorojenčkov upadel kar za 22,5 odstotnih točk.

Slika 12: Delež izključno dojenih zdravih* novorojenčkov po porodnišnicah v Sloveniji v letu 2012



*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.

Zaradi velikih razlik v podatkih smo že pri pripravi predhodnega poročila pomislili na razlike pri beleženju, ki bi lahko bile posledica različnega razumevanja pojma »izključno« in »delno« dojenje. Zato smo že v letu 2013 vzpostavili stik z vsemi štirinajstimi 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 je bilo predlagano tudi v projektu 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. Primerljivost še dodatno otežuje dejstvo, da so med porodnišnicami precejšnje razlike v ležalni dobi po porodu. Druga neenotnost 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 2012 jemati 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, kot smo predlagali že predhodnem poročilu. Vsekakor je kazalnik smiselno spremljati še naprej, saj kaže neugoden trend upadanja izključnega dojenja v porodnišnicah. V prihodnje bi bilo smiselno podatke prikazati 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 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. PATH Indicators descriptive sheets,09/10 dostopno na spletni strani http://pathqualityproject.eu/upload/file/path_20092010_indicators_descriptive_sheets.pdf



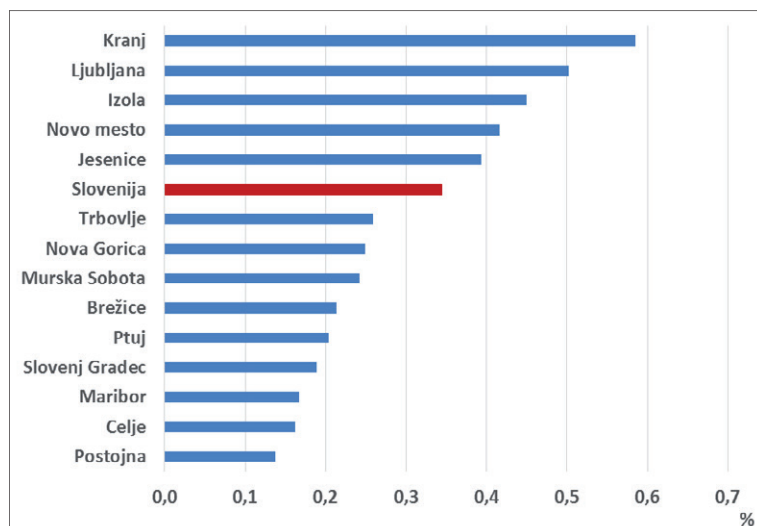
KK 36 - Poškodbe porodne poti ob porodu

Pri izračunu tega kazalnika je bila uporabljena metodologija OECD, ki zbira podatke o istoimenskem kazalniku v okviru projekta HCQI (Health Care Quality Indicators). Kazalnik prikazuje delež poškodb presredka tretje in četrte stopnje (MKB 10 kodi O70.2 in O 70.3) 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 2012 smo tako na primer zabeležili le 6 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 je bilo število primerov poškodb za celotno Slovenijo nekoliko višje (50 primerov). Kljub temu je bilo v večini porodnišnic, razen eni, primerov manj kot 5. 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 2008 – 2012. Delež omenjenih poškodb se je v tem obdobju gibal po porodnišnicah med 0,1 % in 0,6 %, v povprečju je znašal 0,3 %.

Slika 13: Delež poškodb presredka III. in IV. stopnje pri vaginalnih porodih brez uporabe inštrumentov, po porodnišnicah v Sloveniji v letih 2007 do 2012



*Vključeni so porodi porodnic starih 15 let in več.

KK 37 - Delež carskih rezov

Delež carskih rezov narašča v večini evropskih držav. V Sloveniji je bil v zadnjem desetletju še pod EU povprečjem, vendar smo beležili 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 krvavitve ob tem in naslednjem porodu (1,2).

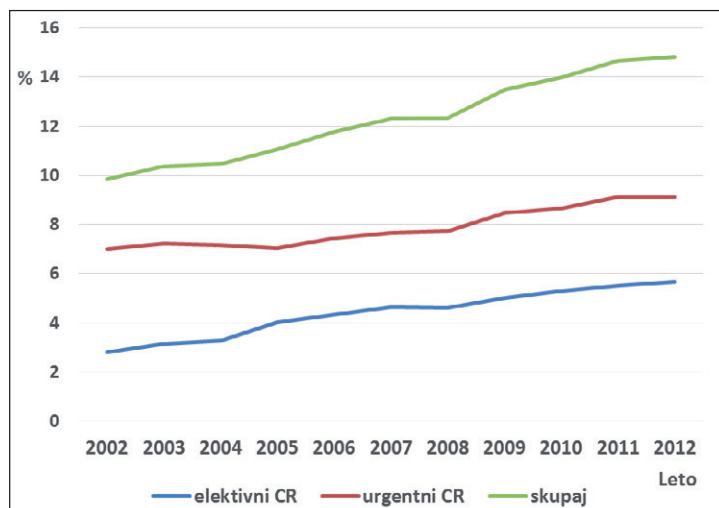
Kazalnik prikazuje delež živorojenih otrok, rojenih s carskim rezom, pri čemer so izključeni porodi z večjim tveganjem za carski rez (prezgodnji porod, smrt ploda, večplodna nosečnost, medenična vstava in nenormalna lega ploda).

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 2012 je bil delež carskih rezov v opisani populaciji 14,8 % in se je med porodnišnicami gibal od 10,9 % do 18,8 %. V primerjavi z letom 2002 je porasel za 51 %, v primerjavi z 2007 pa za 20 %. Večji porast je bil zabeležen pri elektivnih carskih rezih, ki so porasli za več kot sto odstotkov (iz 2,8 na 5,7 %), kot pri urgentnih carskih rezih, ki so porasli za 30 % (iz 7,0 na 9,1 %).

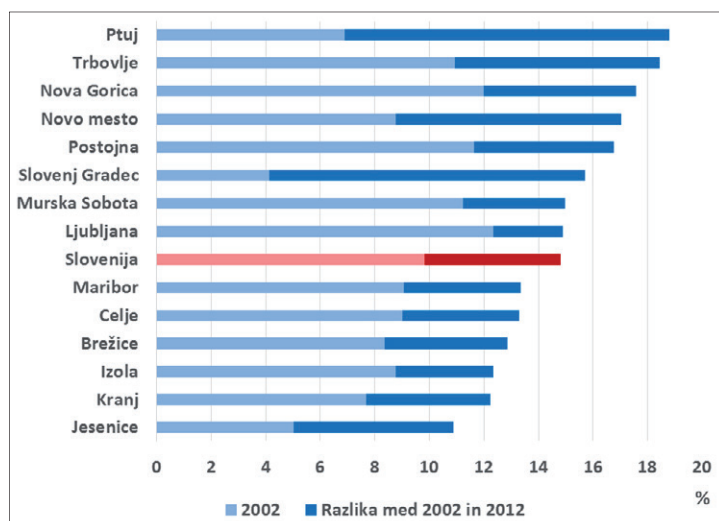
Iz podatkov je razvidno, da v Sloveniji ni jasne doktrine glede indikacij za carski rez, saj so odstopanja med primerljivimi porodnišnicami prevelika. Leta 2002 smo največ carskih rezov še zabeležili v Porodnišnici Ljubljana, kar je pričakovano, saj gre za terciarni center v katerem obravnavajo največ bolnih in ogroženih nosečnic ter novorojenčkov. V letu 2012 pa se Porodnišnica Ljubljana po deležu carskih rezov uvršča v povprečje, najvišji deleži pa so zabeleženi v dveh manjših porodnišnicah (Ptuj in Trbovlje).

Slika 14: Delež otrok*, rojenih s carskim rezom v Sloveniji v letih 2002 do 2012



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

Slika 15: Delež otrok*, rojenih s carskim rezom, po porodnišnicah v Sloveniji leta 2002 in 2012



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

V prihodnje bi bilo 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. Tako bi 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 Vodušek V, Kavšek G. Porod. In: Verdenik I, Novak Antolič Ž, Zupan J, eds. *Perinatologia Slovenica II, pregled slovenskih perinatalnih rezultatov za obdobje 2002-11*. Ljubljana: Združenje za perinatalno medicino SZD in Ginekološka klinika UKC Ljubljana; 2013. p.59-71.



KK 23 - Učinkovitost dela v operacijskem bloku

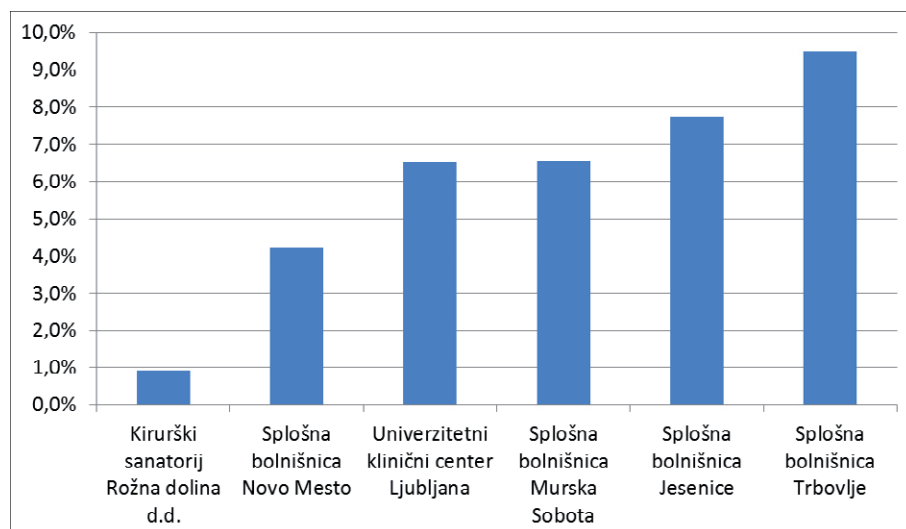
Metodologija spremljanja kazalnika je bila radikalno spremenjena v prvi polovici leta 2013. Po tehnični delavnici z osebami, odgovornimi za spremljanje teh podatkov v bolnišnicah, so bila aprila 2013 izdana pisna metodološka navodila. Nekateri izvajalci tekom leta 2013 niso uspeli vzpostaviti sistema spremljanja podatkov, ki jih zahteva nova metodologija. Drugi izvajalci pa so, presenetljivo, posredovali podatke tudi za prvo tromesečje leta 2013, kar nakazuje na predhodno vzpostavljen sistem spremljanja učinkovitosti dela v operacijskih dvoranih.

Odstotek odpadlih operacij, ki je bil preračuna na letni ravni, je v letu 2013 nihal med 0,9% v Kirurškem sanatoriju Rožna dolina in 9,5% v Splošni bolnišnici Trbovlje. Pomembno je izpostaviti, da Kirurški sanatorij nima urgentne službe, SB Trbovlje pa, kot številne druge bolnišnice, nima posebnih operacijskih dvoran, namenjenih zgolj urgencam. Podatki se namreč nanašajo na operacijske dvorane, ki niso namenjene izključno urgencam ali dnevnim hospitalizacijam. Ob upoštevanju teh dejavnikov, izstopa SB Novo mesto z zgolj 4,2% odpadlih načrtovanih operacijah.

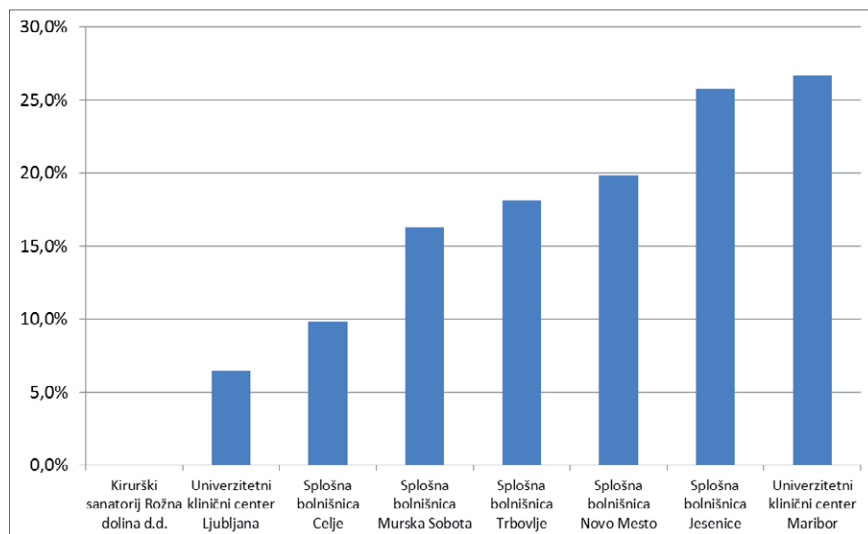
Obremenjenost operacijskih dvoran z urgentnimi primeri, ki niso namenjene izključno le tem, je bila med bolnišnicami različna. SB Jesenice nameni eno dvorano izključno ambulantnim posegom, kar je lahko razlog za večjo obremenitev drugih dvoran z urgentnimi primeri. Verjetno podatki odražajo tudi prisotnost posebnih operacijskih dvoran, namenjenih urgencam, ki preostale operacijske dvorane, ki so v grafu upoštevane, vsaj delno razbremenijo urgentnih primerov.

Izkoriščenost operacijske dvorane in povprečno trajanje operacije sta kazalnika, ki temeljita na podatku o skupnem operativnem času. Slednji podatek zahteva upoštevanje in seštevanje časov trajanja vsake operacije od začetnega reza do zadnjega šiva. Glede na to, da se podatki spremljajo na nacionalni ravni prvič in glede na zahtevnost zbiranja teh podatkov, presenečajo sorazmerno nizke razlike v vrednostih kazalnikov med bolnišnicami. Povprečno trajanje operacije je bilo v petih bolnišnicah med 50 in 60 min, navzgor izstopata oba klinična centra, z bistveno daljšimi operacijami. Preseneča dolgo trajanje operacije v Murski Soboti. Smiselno bi bilo preveriti način spremljanja skupnega operativnega časa, kar bi lahko vplivalo tudi na kazalnik o izkoriščenosti operacijskih dvoran.

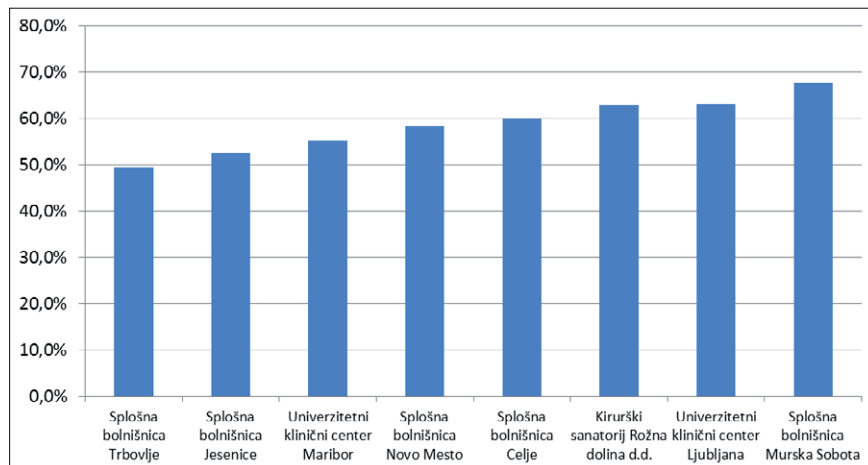
Slika 16: Odstotek odpadlih operacij, med vsemi načrtovanimi, v letu 2013



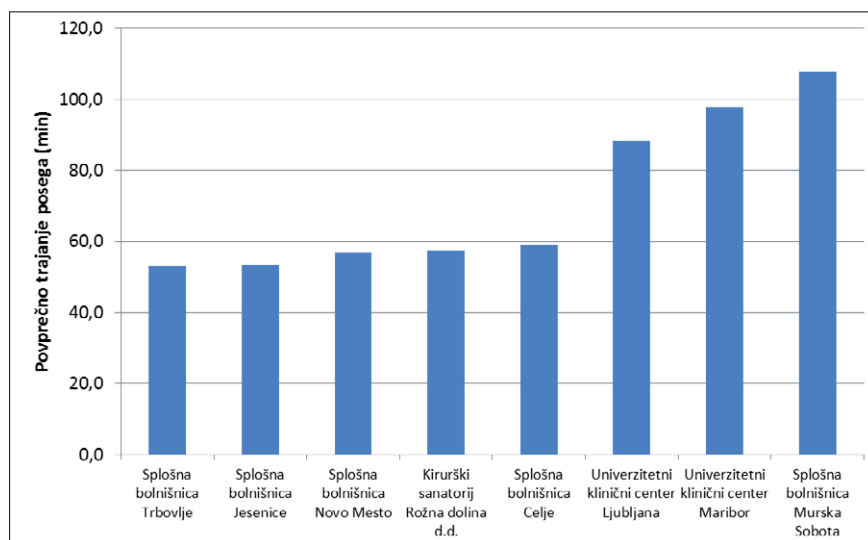
Slika 17: Odstotek urgentnih operaciji, med vsemi opravljenimi, v letu 2013



Slika 18: Odstotek časa skupne operativne kapacitete v okviru katerega so se izvajali posegi, od prvega reza do zadnjega šiva v letu 2013



Slika 19: Povprečno trajanje operacije v letu 2013 (izključene so operacijske dvorane namenjene zgolj urgentnim posegom in ambulantnim posegom)





KK 24 - Trajanje bivanja v bolnišnici

Podatek o povprečni ležalni dobi v bolnišnici je pomemben, vendar ga je hkrati težko tolmačiti. Prenizka ležalna doba vzbuja dvome o morebitnih negativnih vplivih na izide zdravljenja. Neprimerno dolga ležalna doba pa je lahko pokazatelj nizke učinkovitosti oziroma potrate omejenih virov.

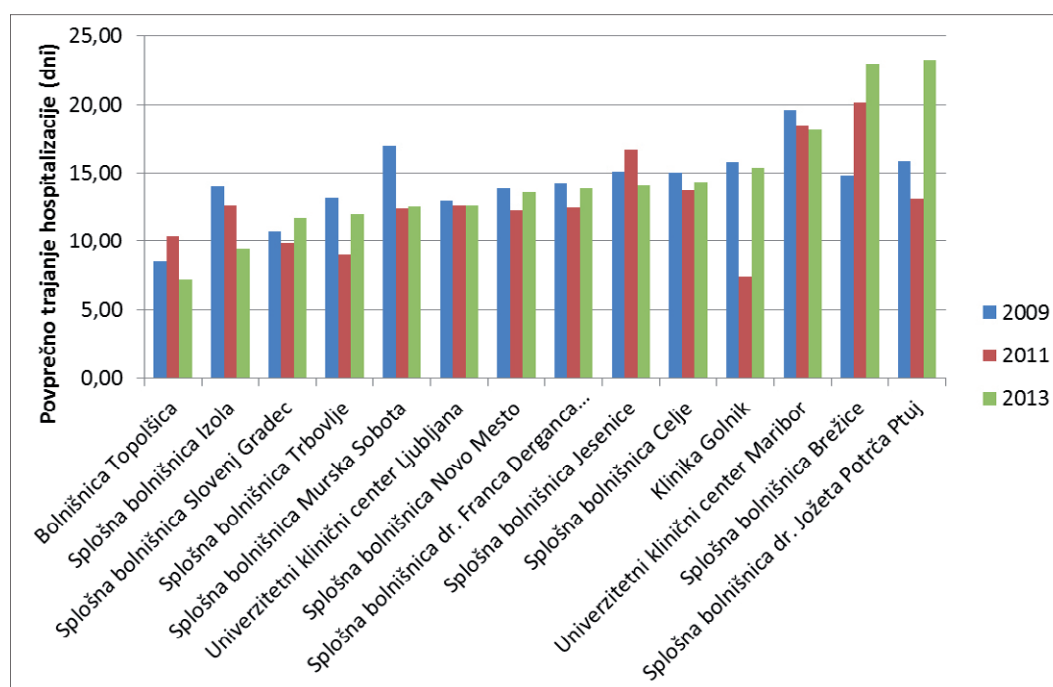
Ocena primernosti ležalne dobe oziroma trajanja hospitalizacije v konkretnih primerih, prikazanih v tabelah, dodatno otežuje neupoštevanje starostne strukture in siceršnje zdravstveno stanje pacientov. Opisane težave lahko predstavljajo motnje, katerim je potrebno prišteti dvom o enotnosti kodiranja posameznih zdravstvenih stanj različnih ustanov.

Tudi pri nekaterih drugih kazalnikih smo predpostavili zanemarljive razlike v obolevnosti in v starostni strukturi med regijami. Dodatna motnja pri tem kazalniku so morebitne razlike v resnosti bolezni, ki jih upoštevamo v imenovalcu. Proti temu argumentu govori dejstvo, da UKC Ljubljana v 4 od 5 proučenih primerov ne izstopa s trajanjem hospitalizacije navzgor ali navzdol, čeprav bi to pričakovali od terciarnega centra, kjer se obravnavajo najzahtevnejši primeri, hkrati pa gre za daleč največjo bolnišnico v Sloveniji.

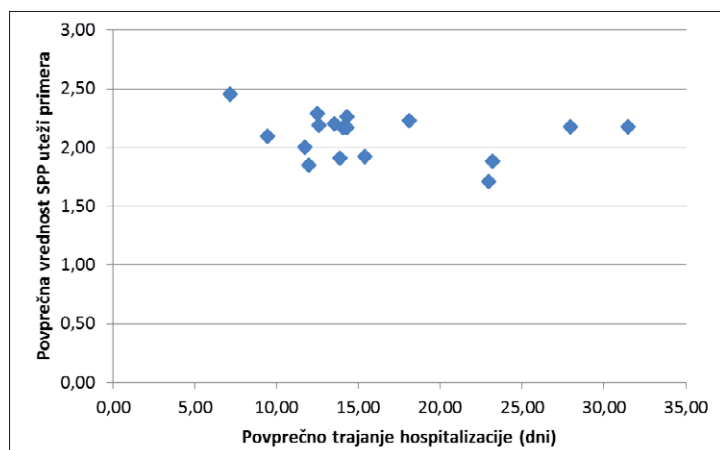
V tabelah prikazujemo povprečno trajanje bivanja v bolnišnici za primere možganske kapi in zloma kolka. Prikazujemo podatke za 3 obdobja, in sicer za leto 2009, 2011 in 2013. Namen je preveriti stabilnost podatkov skozi čas, saj je v nekaterih bolnišnicah število primerov spremljanih diagnoz zelo nizko. Opazna je na primer zelo nizka spremenljivost vrednost med leti v obeh kliničnih centrih, kjer je absolutno število obravnavanih primerov največje.

Zanimalo nas je tudi, ali bo morda opazna povezava med povprečno vrednostjo SPP uteži, ki naj bi odražala zahtevnost primera in povprečnim trajanjem hospitalizacije. Povezava grafično ni opazna, kar nakazuje dve možnosti: bodisi trajanje hospitalizacije ni v neposredni povezavi z zahtevnostjo primerov, bodisi SPP utež ni dober pokazatelj te zahtevnosti.

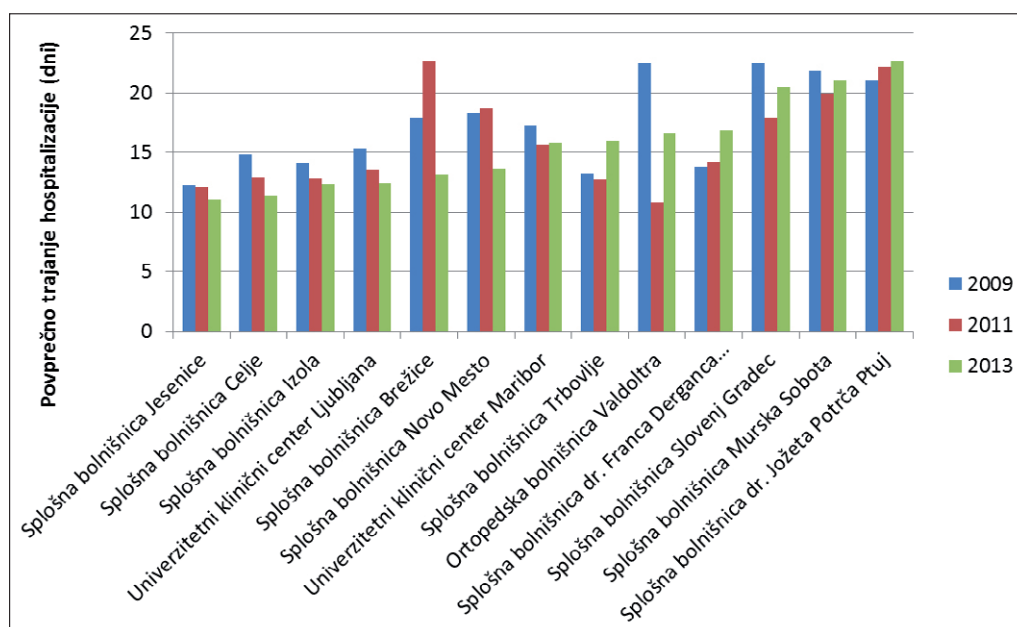
Slika 20: Povprečno trajanje bivanja v bolnišnici zaradi možganske kapi v letih 2009-2013



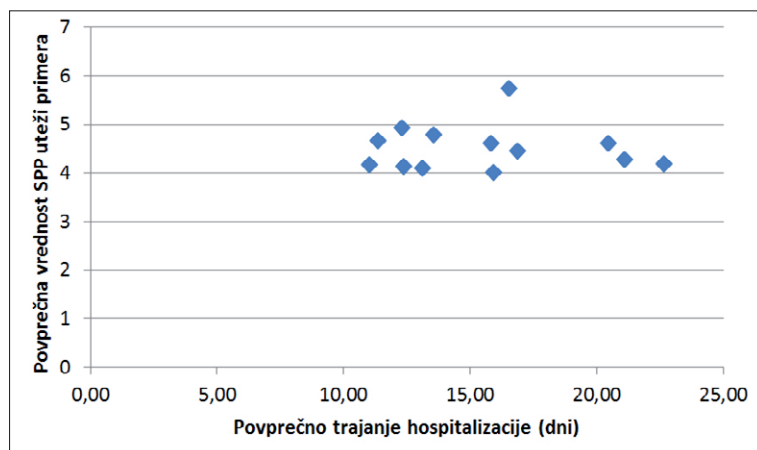
Slika 21: Odnos med povprečnim trajanjem hospitalizacije in povprečno vrednost SPP uteži na primer možganske kapi v slovenskih bolnišnicah v letu 2013



Slika 22: Povprečno trajanje bivanja v bolnišnici zaradi zloma kolka v letih 2009-2013



Slika 23: Odnos med povprečnim trajanjem hospitalizacije in povprečno vrednost SPP uteži na primer zloma kolka v slovenskih bolnišnicah v letu 2013





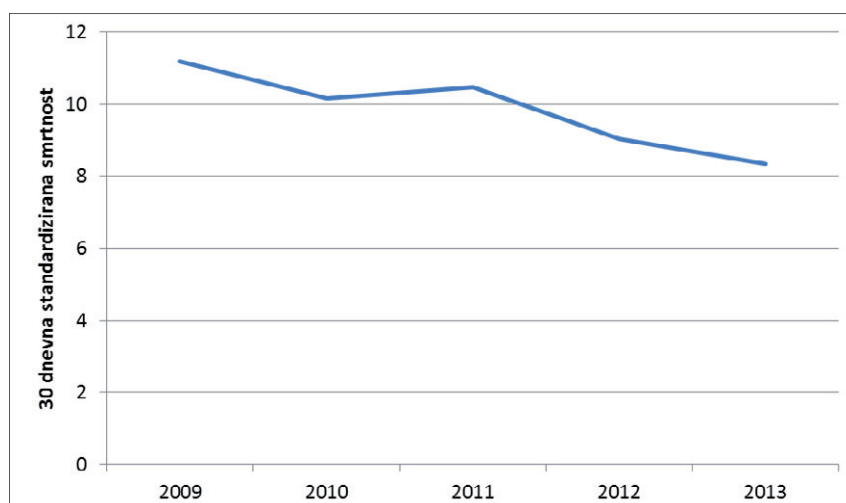
KK 44 in 58 – 30 dnevna smrtnost zaradi možganske kapi in akutnega miokardnega infarkta

Kazalniki prikazujejo smrtnost 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. Vrednosti so izračunane v skladu z metodologijo OECD in torej vključujejo zgolj paciente, stare 45 let ali več. Podatki so standardizirani po starosti in spolu.

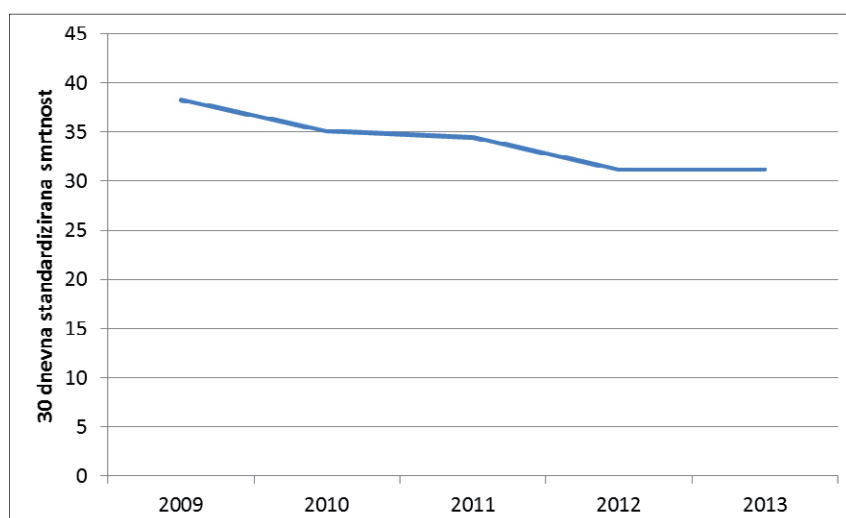
Kot je bilo ugotovljeno že ob objavi teh podatkov za leto 2011, je glavna pomanjkljivost kazalnika ta, da se v primeru posamezne bolnišnice nanaša na sorazmerno nizko število hospitalizacij in smrti, kar omejuje možnost sklepanja na podlagi podatkov.

Prikazujemo vrednosti kazalnika za celotno Slovenijo med leti 2009 in 2013. Opazno je stalno zmanjšanje standardizirane smrtnosti v proučenem obdobju, kar je spodbudno.

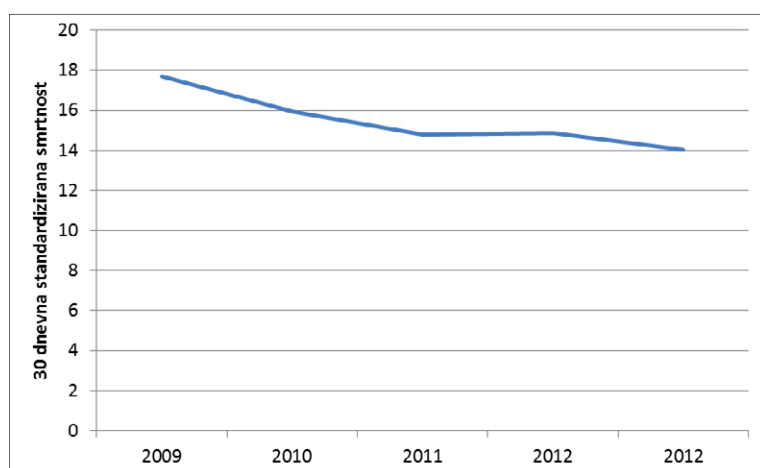
Slika 24: 30 dnevna smrtnost zaradi akutnega miokardnega infarkta pri bolnikih starih 45 let in več v Sloveniji, standardizirana po starosti in spolu med leti 2009 in 2013



Slika 25: 30 dnevna smrtnost zaradi hemoragične možganske kapi pri bolnikih starih 45 let in več v Sloveniji, standardizirana po starosti in spolu med leti 2009 in 2013



Slika 26: 30 dnevna smrtnost zaradi ishemične možganske kapi pri bolnikih starih 45 let in več v Sloveniji, standardizirana po starosti in spolu med leti 2009 in 2013





KK 64 - Nacionalno spremljanje bolnišnične porabe protimikrobnih zdravil (2012)

Osnovni podatki o kazalniku

V letu 2012 smo zbrali podatke o porabi protibakterijskih (antibiotikov), protiglivičnih in protivirusnih učinkovin ki se predpisujejo sistemsko v vseh 29 bolnišnicah. Poleg porabe v obeh Univerzitetnih kliničnih centrih, splošnih in specialnih bolnišnicah smo zbrali podatke tudi na petih oddelkih splošnih bolnišnic in sicer v intenzivnih enotah, internih, kirurških, ginekoloških in pediatričnih oddelkih. Za izračun porabe smo uporabljali anatomsko terapevtsko kemično (ATC) klasifikacijo in porabo smo izrazili v definiranih dnevni dozi (DDD) na 100 bolnišnično oskrbnih dni (BOD) in DDD/100 sprejemov. Nacionalne podatke posredujemo vsako leto v ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control). Poleg porabe spremljamo tudi način dajanja (parenteralno, per os, inhalacije) in stroške. Stroške nam ne posredujejo vse bolnišnice.

V primerjavi z letom 2011 se je poraba v letu 2012 znižala od 50,5 na 47,86 DDD/100 BOD, od 327,8 na 312,5 DDD/100 sprejemov oziroma od 1,86 na 1,56 DDD/1000 prebivalcev/dan. Poraba izražena v DDD/1000 prebivalcev/dan nas uvršča po podatkih ECDC na 15 mesto med 20 državami Evropske unije (EU). Povprečna poraba v 20 državah EU ki so posredovale podatke je bila 2,01 z razponom od 0,96 do 2,79 DDD/1000 prebivalcev/dan. Najvišja poraba je bila na Finskem, ki pa vključuje med bolnišnično porabo tudi domove za ostarele. Poraba antimikotikov (J02) grizeofulvina in terbinafina je bila bistveno nižja (0,073 DDD/1000 prebivalcev/dan) kot antibiotikov. Poraba je bila nižja kot je bilo povprečje v EU (0,139 z razponom od 0,029 do 0,218 DDD/1000 prebivalcev/dan). Bili smo na 10 mestu med 17 državami. Tudi poraba protivirusnih učinkovin je bila v Sloveniji nižja od povprečja v 24 državah EU. V Sloveniji je bila 0,58 DDD/1000 preb/dan v EU povprečje 2,25 (od 0,14-4,65 DDD/1000 preb/dan).

Poraba na nacionalnem nivoju v letu 2013 je bila podobna kot v letu 2012, se je pa v primerjavi z letom 2008 znižala za 8,5% izražena v DDD/100 sprejemov oziroma za 8,3% izražena v DDD/1000 prebivalcev /dan. Poraba izražena v DDD/100 BOD(bolnišnično oskrbni dni) se je znižala manj le za 1,3% kar deloma pripisujemo skrajšanju ležalne dobe. Ležalna doba se je znižala za 4,4% od 6,9 na 6,6 dni. Krajša ležalna doba je povezana z intenzivnejšo terapijo in s tem višjo porabo izraženo v DDD/100 BOD. Po podatkih ECDC nas poraba uvršča na 17 mesto med 20 državami Evropske unije (le 3 države imajo nižjo porabo). Stroški za antibiotike so se v primerjavi z letom 2008 v 25 bolnišnicah od katerih smo prejeli podatke znižali za 43,4%.

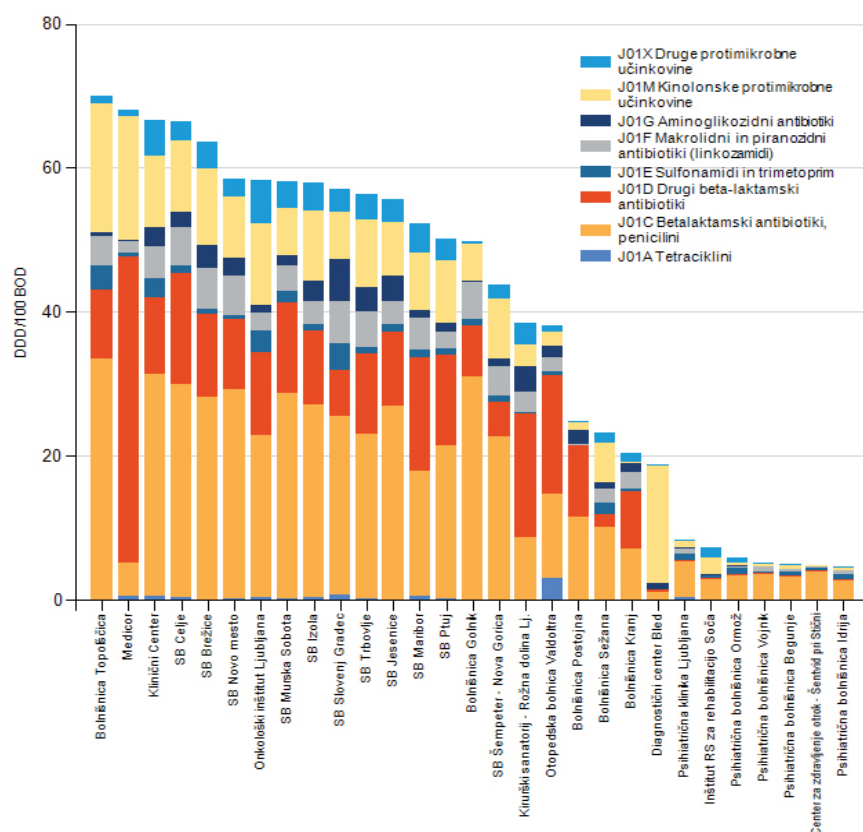
Kakovost podatkov

Podatke o porabi nam posredujejo bolnišnični farmacevti ali drugo osebje ki je zaposleno v lekarni manjših bolnišnic. Število BOD in število sprejemov nam posreduje Nacionalni Inštitut za javno zdravje. Podatki o številu BOD ali številu sprejemov na oddelke večkrat niso povsem točni, ker se vedno ne upoštevajo premestitve med posameznimi oddelki. Bolnišnice tudi ne ločujejo porabe protimikrobnih zdravil pri sprejetih bolnikih od porabe v enodnevni bolnišnici oziroma ambulantno. Prihodnost spremljanja porabe je v elektronskem spremljanju.

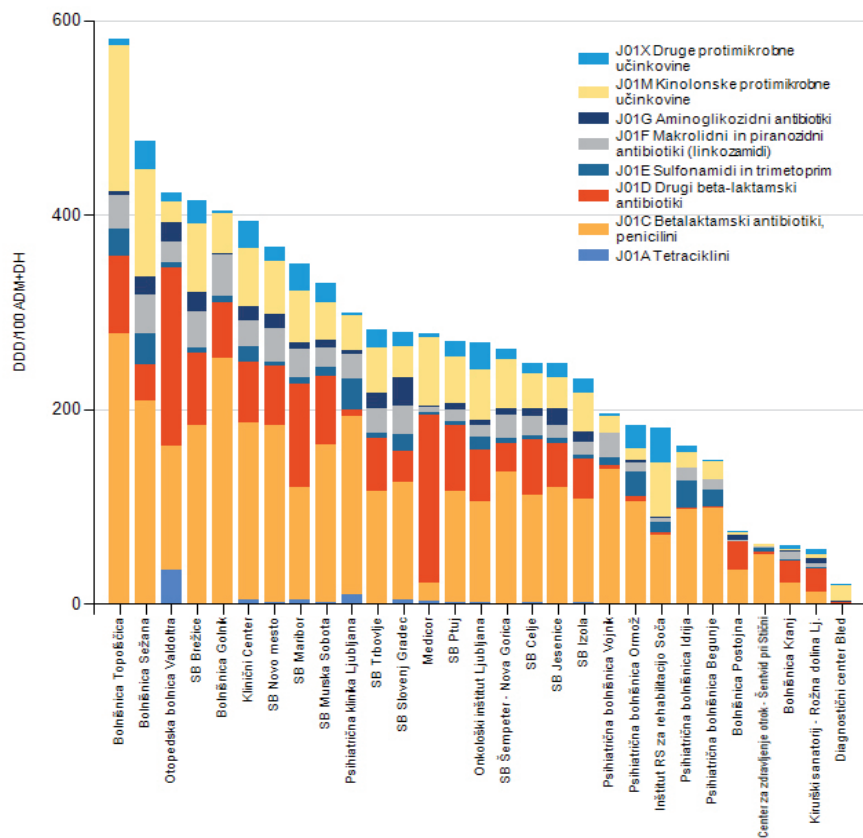
Komentar

Slovenija ima dobro vzpostavljeno mrežo spremljanja porabe protimikrobnih zdravil v bolnišnicah. Spremljamo porabo v vseh 29 bolnišnicah in na 5 oddelkih splošnih in Univerzitetnih bolnišnic. Slabost spremljanja je da povsem ne ločujemo porabe pri sprejetih bolnikih od nesprejetih ki jih obravnavamo ambulantno. Rezultate spremljanja uporablja Nacionalna komisija za smotno rabo protimikrobnih zdravil za načrtovanje bolnišničnih nadzorov in bolnišnične Komisije za zdravila ali antibiotike. Bolnišnice prejmejo obdelane podatke po enotni metodologiji in jih lahko primerjajo z bolnišnicami in oddelki istega tipa. V letu 2013 smo začeli izvajati strokovne nadzore bolnišnic o smotni rabi protimikrobnih zdravil v skladu s Pravilnikom o strokovnem nadzoru izvajanja programa preprečevanja in obvladovanja bolnišničnih okužb (UL,RS 10/11). Strokovne nadzore smo začeli izvajati najprej v bolnišnicah z najvišjo porabo protimikrobnih zdravil. Čeprav bolnišnice porabijo le 10 do 20% celotne porabe antibiotikov v državi so zaradi narave bolnikov bolnišnice epicenter za nastajanje odpornosti bakterij proti antibiotikom. Na slikah 1 do 4 so prikazani rezultati porabe antibiotikov, protiglivičnih in protivirusnih zdravil v letu 2013 v slovenskih bolnišnicah.

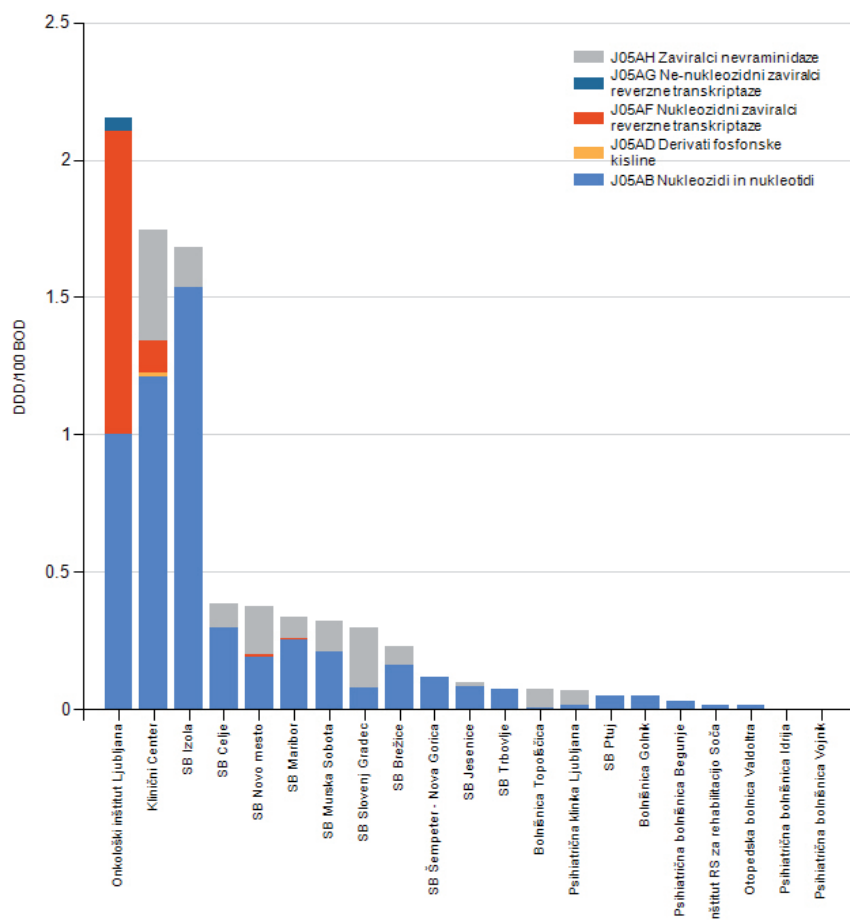
Slika 27: Poraba antibiotikov (J01) slovenskih bolnišnicah v letu 2013 (DDD/100BOD)



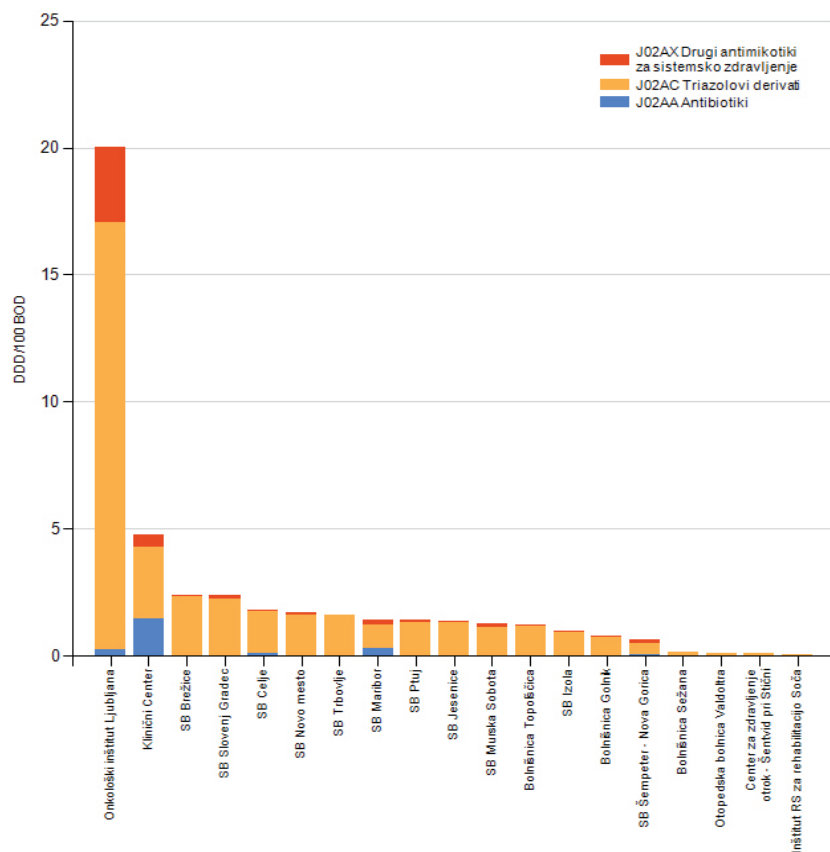
Slika 28: Poraba antibiotikov (J01) v slovenskih bolnišnicah v letu 2013 (DDD/100 sprejemov)



Slika 29: Poraba protiglivnih zdravil (J02) v slovenskih bolnišnicah v letu 2013 (DDD/100BOD)



Slika 30: Poraba protivirusnih (J05) zdravil v slovenskih bolnišnicah v letu 2013 (DDD/100BOD)



KK 71 - MRSA

Kazalnik opredeli delež bolnikov, ki so MRSA pridobili ob hospitalizaciji v posamezni bolnišnici glede na skupno število bolnikov, pri katerih je bila kolonizacija/okužba z MRSA ugotovljena v tekočem letu.

Podatki za leto 2012 v zvezi s tem kazalnikom niso bili dostopni ali so bili za posamezna četrtletja pomanjkljivi pri Bolnišnici za ženske bolezni in porodništvo Postojna, Centru za zdravljenje bolezni otrok Šentvid pri Stični, Mladinskemu klimatskem zdravilišču Rakitna, Psihiatrične bolnišnice Begunje, Ormož in Vojnik, Splošni bolnišnici Brežice in Ptuj ter Kirurški sanatorij Rožna dolina. Podatki za leto 2013 niso bili dostopni ali so bili pomanjkljivi pri Bolnišnici za ženske bolezni in porodništvo Postojna, Ortopedski bolnišnici Valdoltra, Psihiatrični bolnišnici Vojnik in Mladinskemu klimatskem zdravilišču Rakitna. V obdelavo so bile vključene le ustanove, ki so posredovale podatke za vsa četrtletja 2013.

Navodila spremljanja kazalnika so bila v letu 2013 spremenjena, zato podatke prikazujemo ločeno za leti 2012 in 2013. V nekaterih ustanovah je bilo število bolnikov, pri katerih so bili izvedeni presejalni testi za ugotavljanje kolonizacije z MRSA, zelo nizko, kar je lahko vzrok za nizko število ugotovljenih bolnikov, koloniziranih z MRSA.

V letu 2012 zelo visoke vrednosti imenovalca pri nekaterih izvajalcih nakazujejo možnost napačnega razumevanja metodologije spremljanja kazalnika in navedbo števila bolnikov, pregledanih na nosilstvo za MRSA, na mesto števila bolnikov, pri katerih je bila kolonizacija ali okužba ugotovljena.

Delež bolnikov, ki so pridobili MRSA v posamezni bolnišnici, glede na skupno število bolnikov, pri katerih je bila ugotovljena MRSA v letu 2013, prikazuje Slika 2. Ker je razpon števila sprejetih bolnikov zelo velik (1835 – 100.600 bolnikov), se število pregledanih bolnikov in ugotovljenih nosilcev MRSA med bolnišnicami zelo razlikuje in s tem se zelo razlikuje tudi breme, ki ga nosi posamezna bolnišnica.

Tabela 1: Delež bolnikov, ki so pridobili MRSA v posamezni bolnišnici, glede na skupno število bolnikov, pri katerih je bila ugotovljena MRSA v letu 2012

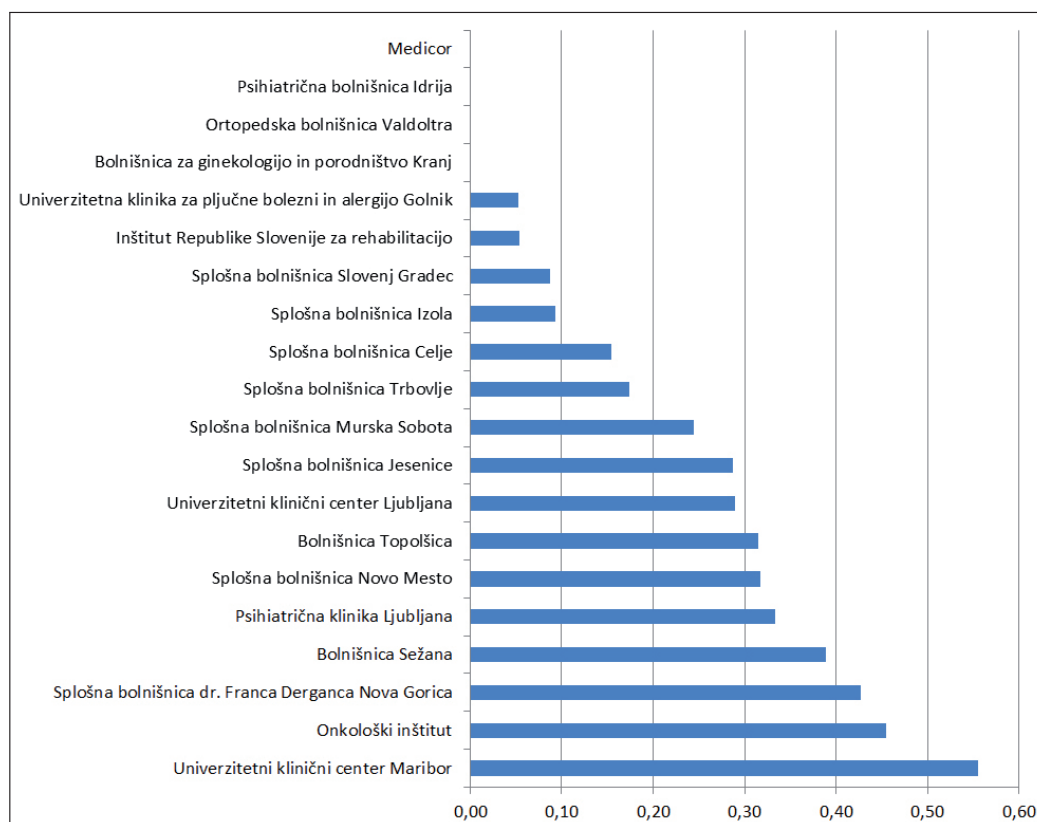
Izvajalec	Število bolnikov, pri katerih je bila ugotovljena MRSA	Delež bolnikov, ki so pridobili MRSA v posamezni bolnišnici
Univerzitetni klinični center Maribor	153	0,56
Onkološki inštitut	22	0,45
Splošna bolnišnica dr. Franca Derganca Nova Gorica	75	0,43
Bolnišnica Sežana	36	0,39
Psihiatrična klinika Ljubljana	18	0,33
Splošna bolnišnica Novo mesto	186	0,32
Bolnišnica Topolšica	89	0,31
Univerzitetni klinični center Ljubljana	462	0,29
Splošna bolnišnica Jesenice	80	0,29
Splošna bolnišnica Murska Sobota	90	0,24
Splošna bolnišnica Trbovlje	115	0,17
Splošna bolnišnica Celje	136	0,15
Splošna bolnišnica Izola	334	0,09
Splošna bolnišnica Slovenj Gradec	23	0,09
Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo	56	0,05
Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik	38	0,05
Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj	0	0,00
Ortopedska bolnišnica Valdoltra	9	0,00
Psihiatrična bolnišnica Idrija	8	0,00
Medicor	0	0,00



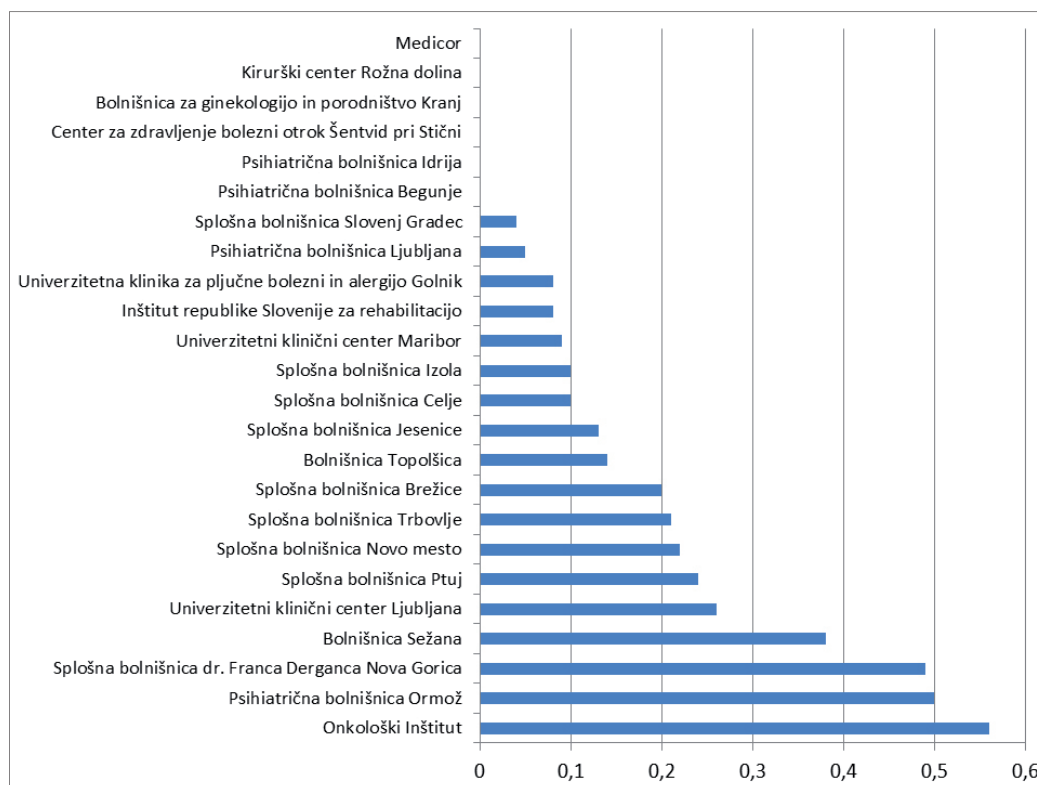
Tabela 4: Delež bolnikov, ki so pridobili MRSA v posamezni bolnišnici, glede na skupno število bolnikov, pri katerih je bila ugotovljena MRSA v letu 2013

Izvajalec	Število bolnikov, pri katerih je bila ugotovljena MRSA	Delež bolnikov, ki so pridobili MRSA v posamezni bolnišnici
Onkološki Inštitut	16	0,56
Psihiatrična bolnišnica Ormož	2	0,5
Splošna bolnišnica dr. Franca Derganca Nova Gorica	100	0,49
Bolnišnica Sežana	81	0,38
Univerzitetni klinični center Ljubljana	390	0,26
Splošna bolnišnica Ptuj	21	0,24
Splošna bolnišnica Novo mesto	95	0,22
Splošna bolnišnica Trbovlje	24	0,21
Splošna bolnišnica Brežice	15	0,2
Bolnišnica Topolšica	85	0,14
Splošna bolnišnica Jesenice	128	0,13
Splošna bolnišnica Celje	145	0,1
Splošna bolnišnica Izola	115	0,1
Univerzitetni klinični center Maribor	105	0,09
Inštitut republike Slovenije za rehabilitacijo	53	0,08
Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik	38	0,08
Psihiatrična bolnišnica Ljubljana	20	0,05
Splošna bolnišnica Slovenj Gradec	26	0,04
Psihiatrična bolnišnica Begunje	5	0
Psihiatrična bolnišnica Idrija	4	0
Center za zdravljenje bolezni otrok Šentvid pri Stični	0	0
Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj	0	0
Kirurški center Rožna dolina	1	0
Medicor	3	0

Slika 31: Delež bolnikov, ki so pridobili MRSA v posamezni bolnišnici, glede na skupno število bolnikov, pri katerih je bila ugotovljena MRSA v letu 2012



Slika 32: Delež bolnikov, ki so pridobili MRSA v posamezni bolnišnici, glede na skupno število bolnikov, pri katerih je bila ugotovljena MRSA v letu 2013





KK 67 - Padci pacientov

Kazalnik kakovosti o padcih pacientov za imenovalca opredeljuje število oskrbnih dni. S kazalnikom merimo delež padcev na 1000 dni hospitalizacije.

V obdelavo podatkov nista vključena Center za zdravljenje bolezni otrok Šentvid pri Stični in Mladinsko klimatsko zdravilišče Rakitna. Ta dva izvajalca sta podatke o kazalnikih posredovali, vendar brez jasne navedbe števca in imenovalca. Zato jih ni bilo mogoče vključiti v nadaljnjo statistično obdelavo. V obdelavo pa so vključeni izvajalci, pri katerih so bili odsotni podatki v zvezi s posameznim tromesečjem ali pri katerih so bile dostopne zgolj letne vrednosti. V nadaljevanju prikazujemo tabele z vrednosti po četrletjih ter grafični prikaz dosežene vrednosti kazalnika na letni ravni pri posameznem izvajalcu.

Poleg tega prikazujemo tudi skupna sprememba povprečne vrednosti kazalnika vseh, ki so podatke ustrezno sporočili, v štirih poročevalskih obdobjih leta 2012.

Kakovost podatkov:

Pri spremljanju kazalnika padcev je realnost podatkov povezana s stopnjo vzpostavljenega sistema preventive in obravnave padcev v slovenskih bolnišnicah. Bolnišnice na različni način prepoznajo paciente s tveganjem, da padejo, tveganja različno beležijo in o njih poročajo. Nekatere bolnišnice uporabljajo sheme tveganja, na podlagi katerih načrtujejo ukrepe za preventivo, da do padca sploh ne pride.

Vrednosti, ki jih bolnišnice pošljejo, je odvisna od doslednosti pri beleženju teh dogodkov. Odvisna je od kulture varnosti in od stopnje zaupanja pri poročanju padcev in vzpostavljenega sistema kakovosti in zagotavljanja varnosti v zavodu.

Vrednotenje kazalnika

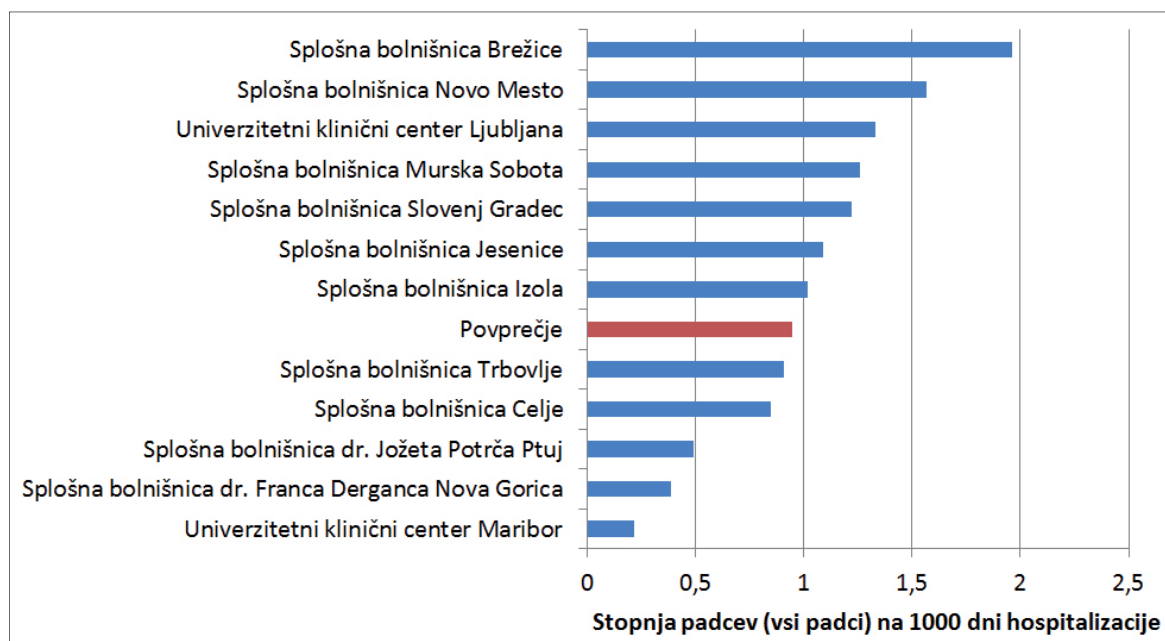
Bolnišnice pri vrednotenju podatkov delimo v 2 skupini:

- tiste, ki imajo vzpostavljen sistem ugotavljanja tveganja za padec in posledično poročanja in načrtovanja ukrepov za preprečevanje padcev,
- tiste, ki nimajo vzpostavljenega sistema ugotavljanja tveganja za padce.

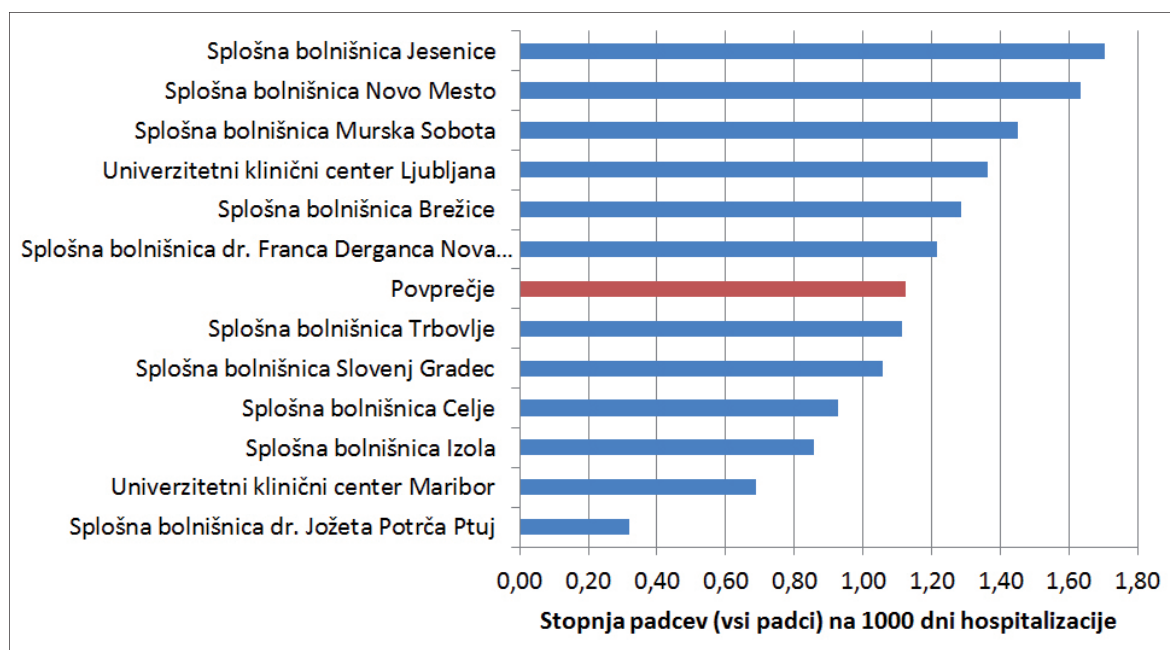
Podatki o večjem številu padcev ne pomenijo nujno slabega dela. Pomenijo lahko da v bolnišnici zelo dosledno beležijo pojav vseh padcev, in da obravnavajo paciente z večjo verjetnostjo nastanka padca. V tej fazi vzpostavljenosti sistemov vodenja kakovosti in kulture varnosti je pomembnejša primerjava znotraj vsake posamezne bolnišnice. Pri tem pa je potrebno upoštevati, da povečanje pojavnosti padcev lahko pomeni, da je bolnišnica začela dosledneje beležiti pojav padcev. Zato je na področju preprečevanja padcev potrebno:

1. Vzpostaviti kulturo varnosti, ki zagotovi zavedanje posameznika/ posamezne delovne enote - oddelka- ambulate o pomembnosti beleženja podatkov, kar je osnova za izboljšanje kakovosti.
2. Izdelati je potrebno slovenske smernice za to področje.
3. Uporabljati ocenjevalne lestvice za prepoznavo ogroženosti pacienta za pojav padca.
4. Merjenje kazalnika kot orodja za ukrepanje in za uvajanje izboljšav.

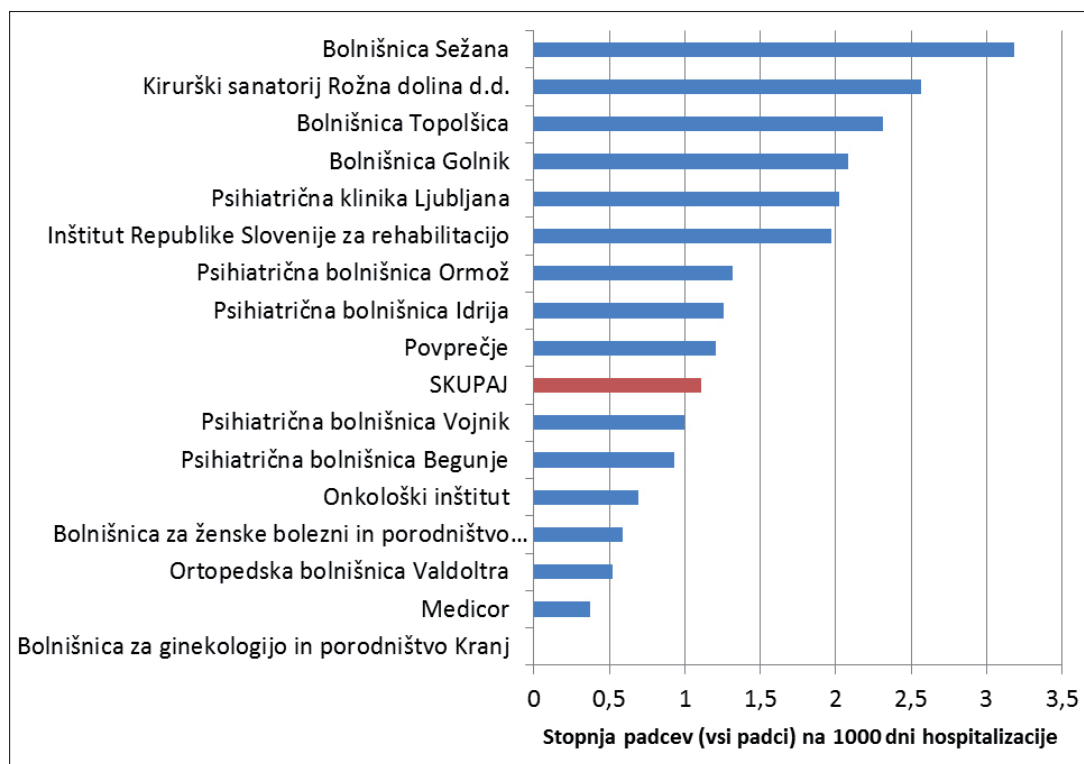
Slika 33: Stopnja padcev po splošnih bolnišnicah v Sloveniji v letu 2012 na 1000 dni hospitalizacije



Slika 34: Stopnja padcev po splošnih bolnišnicah v Sloveniji v letu 2013 na 1000 dni hospitalizacije



Slika 35: Stopnja padcev po specializiranih bolnišnicah v Sloveniji v letu 2012 na 1000 dni hospitalizacije



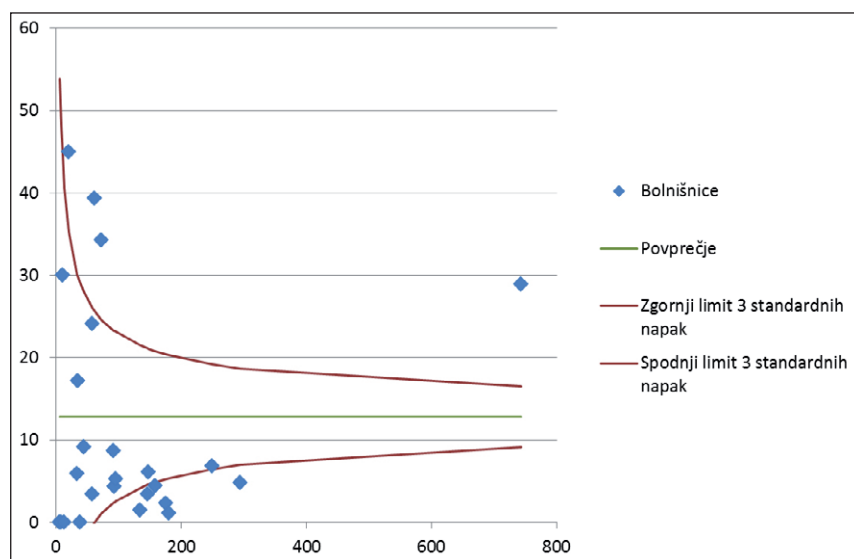
Slika 36: Stopnja padcev po specializiranih bolnišnicah v Sloveniji v letu 2013 na 1000 dni hospitalizacije



Tabela 5: Odstotek poškodb ob padcu (podatek smo začeli spremljati v letu 2013)

Ime izvajalca	Poškodbe pri padcih		
	Padci s poškodbami	Padci skupaj	Odstotek padcev s poškodbami
Bolnišnica Sežana	4	93	4,30
Bolnišnica Topolšica	2	180	1,11
Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj	3	10	30,00
Center za zdravljenje bolezni otrok Šentvid pri Stični	0	6	0,00
Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo	9	148	6,08
Kirurški sanatorij Rožna dolina d.d.	0	8	0,00
Medicor	0	0	
Mladinsko klimatsko zdravilišče Rakitna	0	13	0,00
Onkološki inštitut	24	61	39,34
Psihiatrična bolnišnica Begunje	0	38	0,00
Psihiatrična bolnišnica Idrija	8	92	8,70
Psihiatrična bolnišnica Ormož	2	58	3,45
Psihiatrična bolnišnica Vojnik	4	44	9,09
Psihiatrična klinika Ljubljana	14	295	4,75
Splošna bolnišnica Brežice	2	34	5,88
Splošna bolnišnica Celje	5	147	3,40
Splošna bolnišnica dr. Franca Derganca Nova Gorica	2	134	1,49
Splošna bolnišnica dr. Jožeta Potrča Ptuj	9	20	45,00
Splošna bolnišnica Izola	14	58	24,14
Splošna bolnišnica Jesenice	5	95	5,26
Splošna bolnišnica Murska Sobota	7	159	4,40
Splošna bolnišnica Novo Mesto	4	175	2,29
Splošna bolnišnica Slovenj Gradec	25	73	34,25
Splošna bolnišnica Trbovlje	6	35	17,14
Univerzitetni klinični center Ljubljana	215	743	28,94
Univerzitetni klinični center Maribor	17	249	6,83

Slika 37: Prikaz odstotek padcev s poškodbami po bolnišnicah v letu 2013 v obliki „funnel plot“





KK 65 - Poškodbe z ostrimi predmeti (osebje)

Kazalnik opredeli relativno število sporočenih poškodb osebja z ostrimi predmeti, glede na število zaposlenih zdravstvenih delavcev. Število zaposlenih opredelimo glede na število ur zaposlitve posameznega delavca in vrednost izražamo kot enakovredne enote polnega delovnega časa (angl. Full time equivalent).

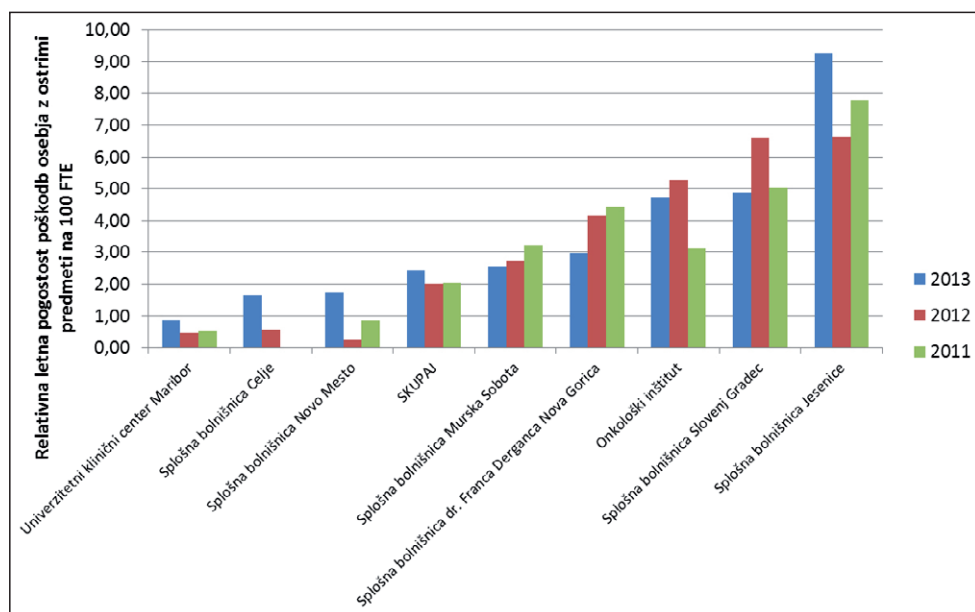
Podatki so bili sporočeni za vsako četrtletje. Pri izračunu letnih vrednosti smo števca (število sporočenih poškodb) sešteli, pri imenovalcu (število zaposlenih) pa smo izračunali letno povprečje. Števca smo pomnožili s 100, da bi dobili število dogodkov na 100 zaposlenih.

Absolutne vrednosti števca so zelo nizke, zato prikazujemo zgolj le-te pri posameznem izvajalcu v letih 2013 in 2012. Statistično sklepanje na podlagi tako nizkih vrednosti ni mogoče. Kljub temu smo pri izvajalcih, ki so poročali o več kot 10 poškodb zaposlenih v letu 2013, primerjali vrednosti kazalnika v letih 2013, 2012 in 2011. Zanimivo je, da trije izvajalci, katere vrednosti so pod povprečjem, so v letu 2013 poročali o večjem številu dogodkov kot v preteklih letih, medtem ko velja obratno za večino izvajalcev s nadpovprečno pogostost poročenih poškodb osebja.

Tabela 6: Število poškodb z ostrimi predmeti osebja in število zaposlenih v letih 2013 in 2012

Izvajalec	2013		2012	
	število poškodb	število zaposlenih po FTE	število poškodb	število zaposlenih po FTE
Mladinsko klimatsko zdravilišče Rakitna	0	8,25		
Medicor	0	45	0	44
Bolnišnica Topolšica	1	147,25	2	138
Psihiatrična bolnišnica Begunje	2	79	0	82
Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo	3	258,75	9	256,8
Splošna bolnišnica dr. Jožeta Potrča Ptuj	5	337,25	6	335
Splošna bolnišnica Trbovlje	5	205,625	0	203,6
Kirurški sanatorij Rožna dolina d.d.	5	59	7	39
Splošna bolnišnica Brežice	6	215	8	217
Psihiatrična klinika Ljubljana	6	338,75	5	382
Splošna bolnišnica Izola	8	414	15	523
Splošna bolnišnica Novo mesto	13	749,75	2	780,8
Splošna bolnišnica dr. Franca Derganca Nova Gorica	17	571	25	602
Splošna bolnišnica Murska Sobota	17	669,25	18	661,2
Univerzitetni klinični center Maribor	19	2147,5	10	2135,3
Splošna bolnišnica Slovenj Gradec	23	472,25	32	484,1
Splošna bolnišnica Celje	29	1736	10	1763,5
Onkološki inštitut	32	677,5	36	681,8
Splošna bolnišnica Jesenice	45	486	33	497,5
Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj			1	84
Bolnišnica Golnik			21	381
Univerzitetni klinični center Ljubljana			124	7800
Ortopedska bolnišnica Valdoltra			2	187,3
SKUPAJ	236	9617,125	366	18278,6

Slika 38: Relativna letna pogostost poškodb osebj z ostrimi predmeti na 100 FTE





KK 21 - Razjede zaradi pritiska

Ministrstvo za zdravje zbira podatke o razjedah zaradi pritiska glede na število sprejetih pacientov. Izvajalci bolnišnične dejavnosti jim posredujejo tri ločene kazalnike in sicer **število pacientov, ki so imeli RZP že ob sprejemu v bolnišnico**, število pacientov, ki so RZP pridobili v bolnišnici ter skupno število vseh RZP. Vključene so vse razjede od I. do IV. stopnje po razvrstitvi EPUAP na 100 sprejetih pacientov, odštejemo pa:

- paciente mlajše od 18 let,
- ženske po porodu,
- spremljevalce, doječe matere,
- paciente v dnevni in enodnevni obravnavi,
- ambulantno obravnavane paciente,
- paciente, ki se zdravijo na oddelkih okulistike.

V obdelavo podatkov niso vključeni Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj, Center za zdravljenje bolezni otrok Šentvid pri Stični in Mladinsko klimatsko zdravilišče Rakitna. Vsi trije izvajalci so podatke o kazalnikih posredovali, vendar brez jasne navedbe števca in imenovalca. Zato jih ni bilo mogoče vključiti v nadaljnjo statistično obdelavo. V obdelavo pa so vključeni izvajalci, pri katerih so bili odsotni podatki za posamezno tromesečje ali pri katerih so bile dostopne zgolj letne vrednosti. V nadaljevanju prikazujemo tabele z vrednosti po četrtletjih ter grafični prikaz dosežene vrednosti kazalnika na letni ravni.

Kakovost podatkov

Razjede zaradi pritiska spremljamo, v skladu z zahtevami splošnih dogovorov že od leta 2006. Tudi za leto 2013 so opazne razlike med bolnišnicami. Pri vrednotenju rezultatov je treba upoštevati, da je stopnja vzpostavljenega sistema kakovosti in zagotavljanja varnosti v bolnišnicah različna. Nekatere bolnišnice so že pred leti pristopile k postopkom certificiranja in akreditacije in imajo na tem področju že dolgoletno prakso. Posledično te bolnišnice uporabljajo strokovne nadzore in spremljanje kazalnikov kakovosti kot orodje za izboljševanje kakovosti. Tudi na področju preprečevanja razjed zaradi pritiska je zato med njimi razlika, saj na različen način prepoznavajo paciente s tveganjem za nastanek RZP, tveganja različno evidentirajo in poročajo. Problem je predvsem v odkrivanju in obravnavi RZP prve stopnje. Realnost rezultatov je potrebno vrednotiti prav v luči vzpostavljenega sistema kakovosti. Nesmiselno je primerjati bolnišnice, ki opravljajo različno dejavnost, ker je stopnja tveganja bolnikov za nastanek RZP različna. Je pa smiselno primerjati posamezne bolnišnice v različnih časovnih obdobjih.

Priložnosti za izboljšanje prakse na področju zbiranja podatkov in posledično uvajanju ukrepov na tem področju so:

1. Vzpostaviti kulturo varnosti, kajti še vedno v nekaterih okoljih medicinske sestre niso povsem prepričane v pomembnosti beleženja podatkov, ki ponudi možnosti za izboljšanje kakovosti.
2. Poenotenje sistema za preventivo RZP, ker le tako lahko kazalnik postane orodje za primerljivost in vključitev v strategijo dela vsake bolnišnice.
3. Izdelati je potrebno slovenske smernice za to področje.
4. Prenos dobrih praks na področju preventive RZP in upoštevanje smernic EPUAP v slovenskem prostoru
5. Merjenje kazalnika kot orodja za izboljšave, ne kot strah pred slabimi rezultati. Pomen mora kazalnik dobiti tudi v zavodu, ne le za MZ.

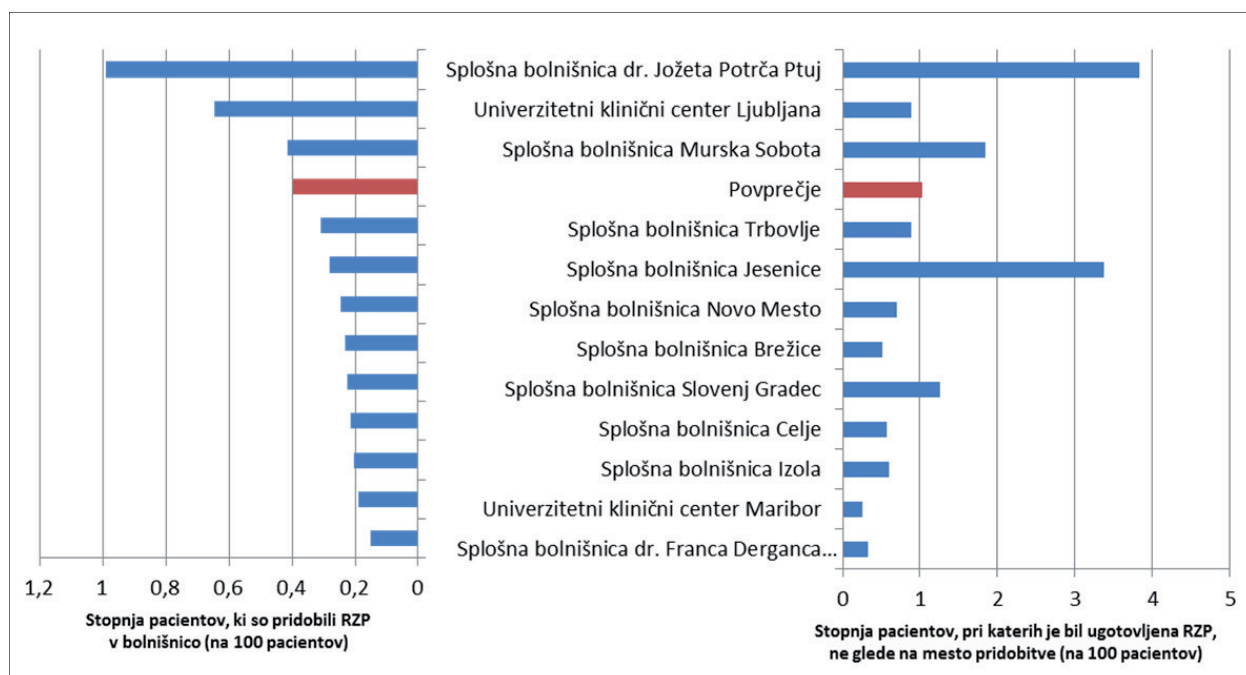
Vrednotenje rezultatov

Pri pregledu podatkov za 2012 in 2013 ugotovimo različno incidence RZP v bolnišnicah. Podatki o večjem številu RZP ne pomenijo nujno slabega dela. Pomenijo lahko da v bolnišnici zelo dosledno evidentirajo pojav vseh RZP in da obravnavajo paciente z večjo verjetnostjo nastanka RZP. V tej fazi vzpostavljenosti sistemov vodenja kakovosti in kulture varnosti je pomembnejša primerjava znotraj vsake posamezne bolnišnice. Pri tem pa je potrebno upoštevati, da povečanje pojavnosti RZP lahko pomeni, da je bolnišnica začela dosledneje beležiti pojav RZP. Ključni so ukrepi, ki jih bolnišnica sprejme za izboljšanje vsakokratnega stanja. Pri tem moramo upoštevati kategorizacijo zahtevnosti bolnišnične zdravstvene nege bolnikov.

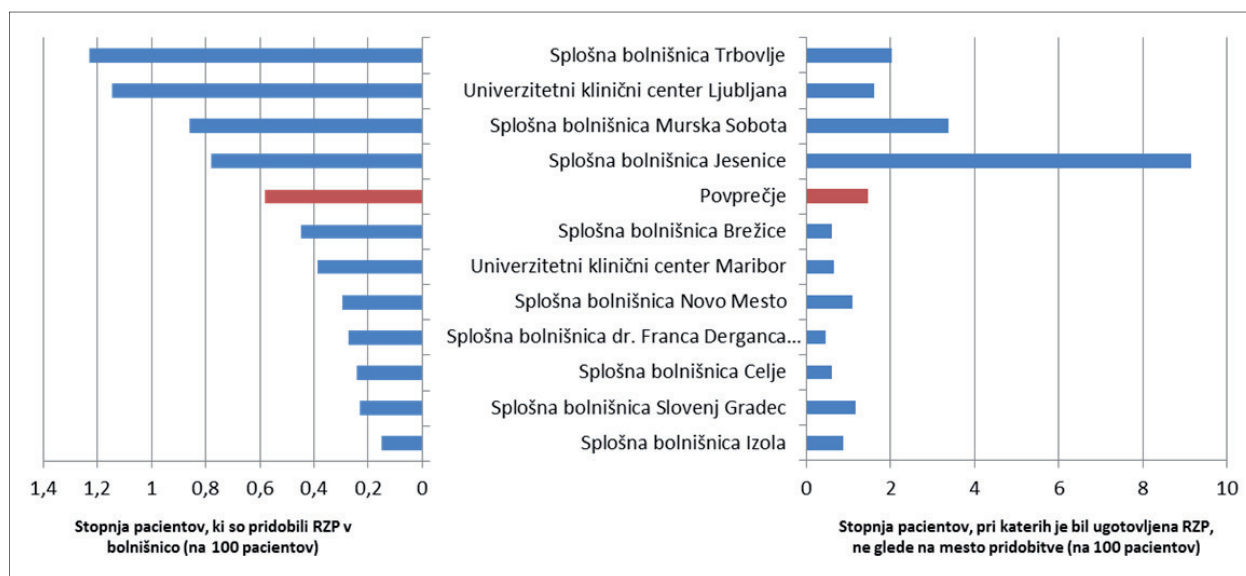
Za izboljšanje rezultatov je nujno potrebno izobraziti zaposlene v zdravstveni negi za prepoznavo ogroženosti za nastanek RZP in prepoznavo različnih stopenj nastanka RZP. Kazalnik je potrebno spremljati najprej znotraj delovnih enot, se pogovarjati o rezultatih in iskati priložnosti za izboljšave.

Pomembno je opazovanje ogroženih mest znotraj 24 ur med premeščanjem bolnikov znotraj oddelkov bolnišnice in med drugimi bolnišnicami, saj se poškodba tkiva lahko pojavi veliko prej kot je vidna navzven in v takem primeru je težko določiti v čigavi oskrbi bolnika je nastala RZP.

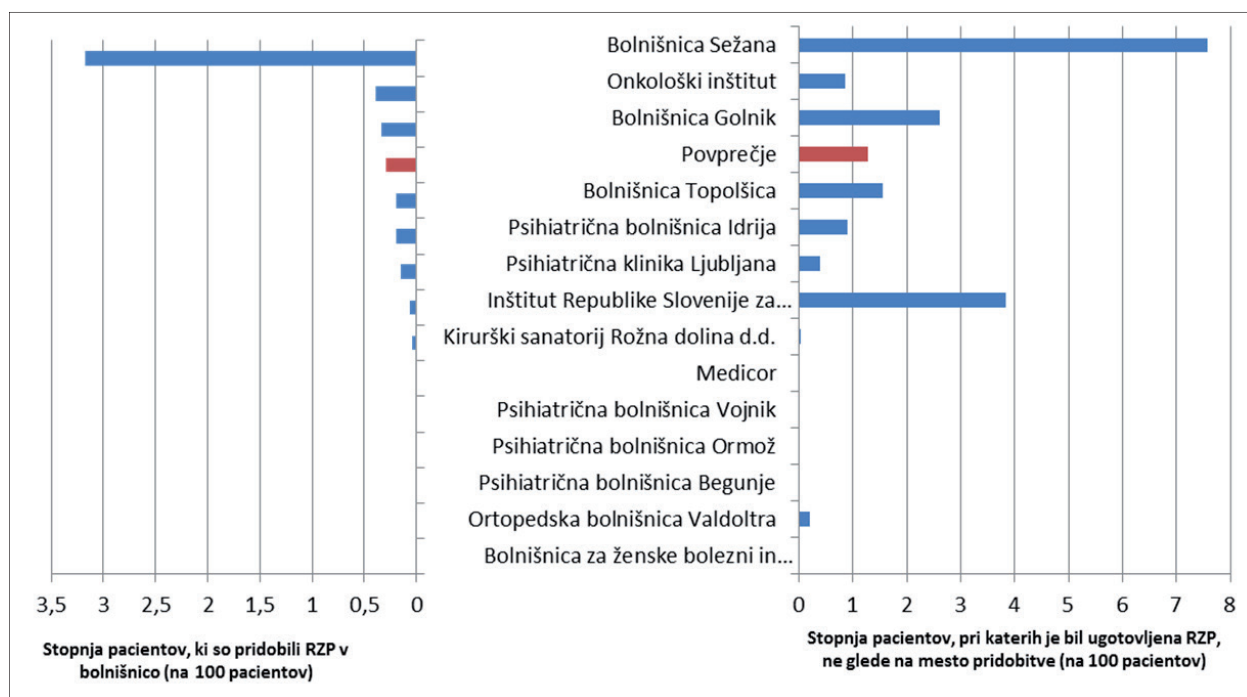
Slika 39: Stopnja razjed zaradi pritiska v splošnih bolnišnicah v Sloveniji v letu 2012 na 100 sprejemov



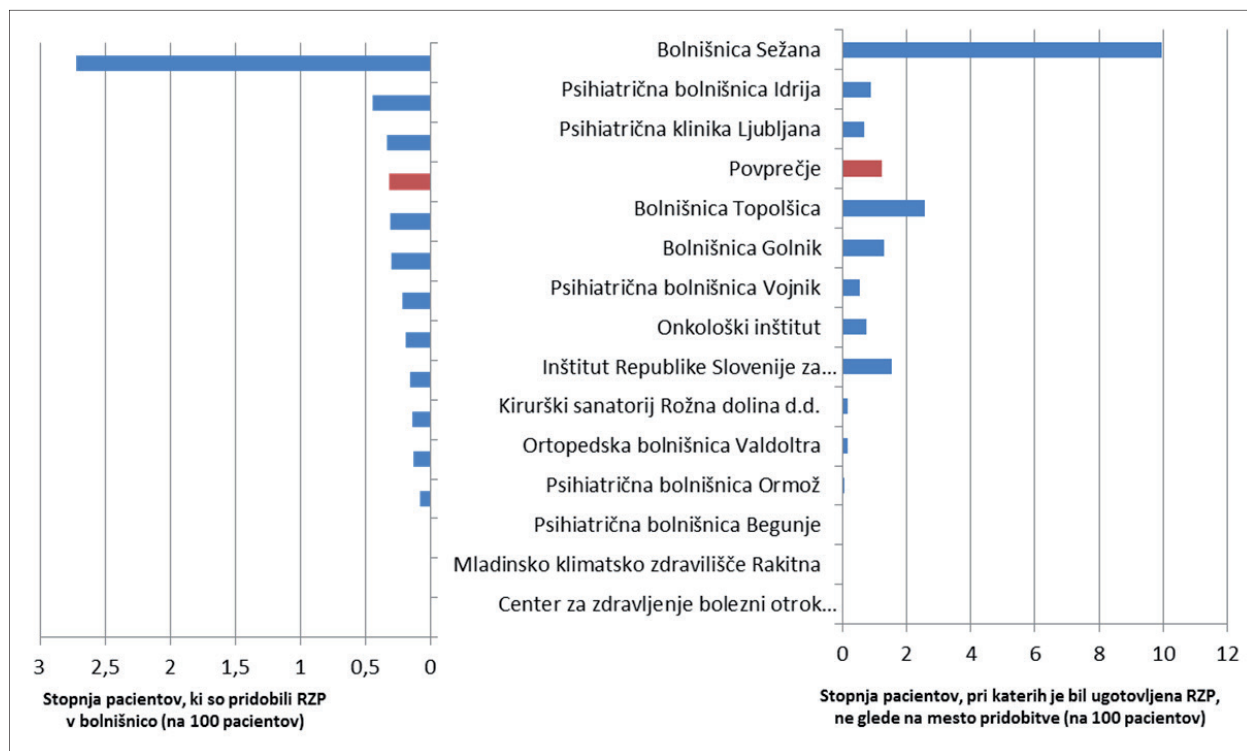
Slika 40: Stopnja razjed zaradi pritiska v splošnih bolnišnicah v Sloveniji v letu 2013 na 100 sprejemov



Slika 41: Stopnja razjed zaradi pritiska v specializiranih bolnišnicah v Sloveniji v letu 2012 na 100 sprejemov



Slika 42: Stopnja razjed zaradi pritiska v specializiranih bolnišnicah v Sloveniji v letu 2013 na 100 sprejemov



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 7. 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 zeleno so označeni podatki za leta, kjer posamezni oddelk ni sodeloval ustrezno (poslanih nič ali premalo primerov), z modro pa tisti, kjer je očitno poslanih manj podatkov kot prejšnja leta. Po letu 2010 se je število vnesenih primerov zmanjšalo tudi zaradi manjšega opazovanega vzorčnega intervala (samo primeri v zadnjih štirih mesecih tekočega leta), čeprav sedaj zaradi lažje primerjave priporočamo, da se zopet zbirajo vsi primeri v tekočem letu. Seveda tudi belo označeni ne pomenijo nujno vseh poslanih primerov. Za gotov odgovor bi bilo potrebno vzpostaviti (elektronsko) izmenjavo z ZZKS o številu zaračunanih primerov.

Tabela 7: q001 – število poslanih operacij po letih in oddelkih

		leto operacije							skupaj
		2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
ustanova	SB Brežice	91	75	47	7	2	59	59	340
	SB Celje	77	272	299	0	302	152	123	1225
	SB Izola	243	257	241	75	118	109	27	1070
	SB Jesenice	219	216	244	228	271	233	222	1633
	UKC Ljubljana	545	520	557	556	287	286	296	3047
	UKC Maribor	275	47	0	0	110	204	201	837
	SB Murska Sobota	29	0	0	0	0	0	0	29
	SB Nova Gorica	0	0	136	0	0	0	0	136
	SB Novo mesto	412	390	318	343	213	375	50	2101
	SB Ptuj	259	250	206	269	359	325	304	1972
	SB Slovenj Gradec	359	408	409	211	0	0	42	1429
	SB Trbovlje	105	208	213	196	144	97	119	1082
	Kirurški sanatorij Rožna Dolina	97	487	543	466	485	468	451	2997
skupaj		2711	3130	3213	2351	2291	2308	1894	17898

Skupno število upoštevanih/poslanih operacij, ki predstavljajo imenovalce kazalnikov, vključenih v obdelavo podatkov, je 17.898. 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.

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 poročanih 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. V zadnjih letih se sicer spremljanje izboljšuje. 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.

Za bolj realno interpretacijo moramo prikazane rezultate vedno opazovati skupaj s tabelami poročanja, saj bi sicer lahko mislili, da je npr. neka organizacija dosegla odličen rezultat, v resnici pa je le zelo slabo poročala.

Predlagani ukrepi

Nujno je potrebno vzpostaviti kontrolne mehanizme poročanja s financerji storitev (ZZZS in ostale zavarovalnice). Predlagamo, da se uvede mesečna elektronska izmenjava in primerjava absolutnega števila zaračunanih operacij žolčnih kamnov ter absolutnim številom poročenih primerov za spremljanje kakovosti. Če se številke pri posameznem izvajalcu ne ujemajo, bi bilo smiselno obvestiti odgovorne osebe izvajalca, da podatke dopolnijo. Takšna rešitev ne bi zahtevala velikega vložka ne pri zavarovalnici in ne pri upravljalcu informacijskega sistema, izvajalce pa ne bi dodatno obremenila. Primerjava bi se lahko izvajala avtomatsko (npr. z enomesečnim zamikom). Poročani podatki pa bi bili lahko tudi pogoj za plačilo posameznega primera.

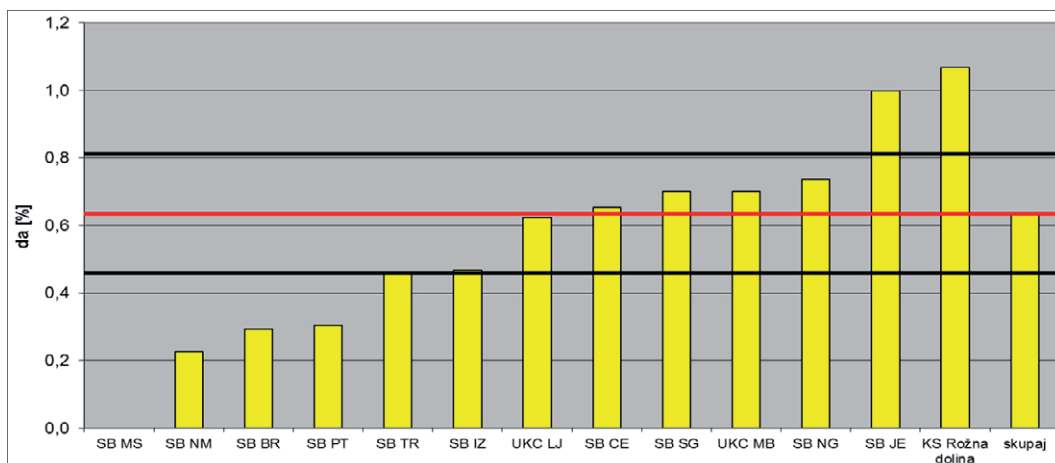
Vsem izvajalcem je potrebno omogočiti aktivno vključitev v razpravo o razvoju kazalnika in jih k tem tudi aktivno vzpodbujati. Način v obliki transparentnih objav komentarjev in ukrepov glede na komentarje je že na voljo kot spletni forumi spletišča www.kakovost.si, vendar je zanj potrebno dobiti še ustrezne strokovne moderatorje.

Nujna je izvedba izobraževalnih delavnic in delavnic za usposabljanje na nivoju bolnišnic in posameznih oddelkov na katerih bi predstavili dobre prakse ter skupaj z vsemi člani oddelke pregledali rezultate, ugotovili vzroke zanje ter skupaj določili predloge ukrepov. Periodično (vsaj enkrat letno) bi potem lahko preverjali dejansko izvedene ukrepe in njihove rezultate.

Zgoraj predlagani ukrepi so praviloma priporočeni tudi pri vseh preostalih kazalnikih v nadaljevanju poročila in pri številnih ostalih kazalnikih kakovosti, ki jih spremljamo na nacionalni ravni.

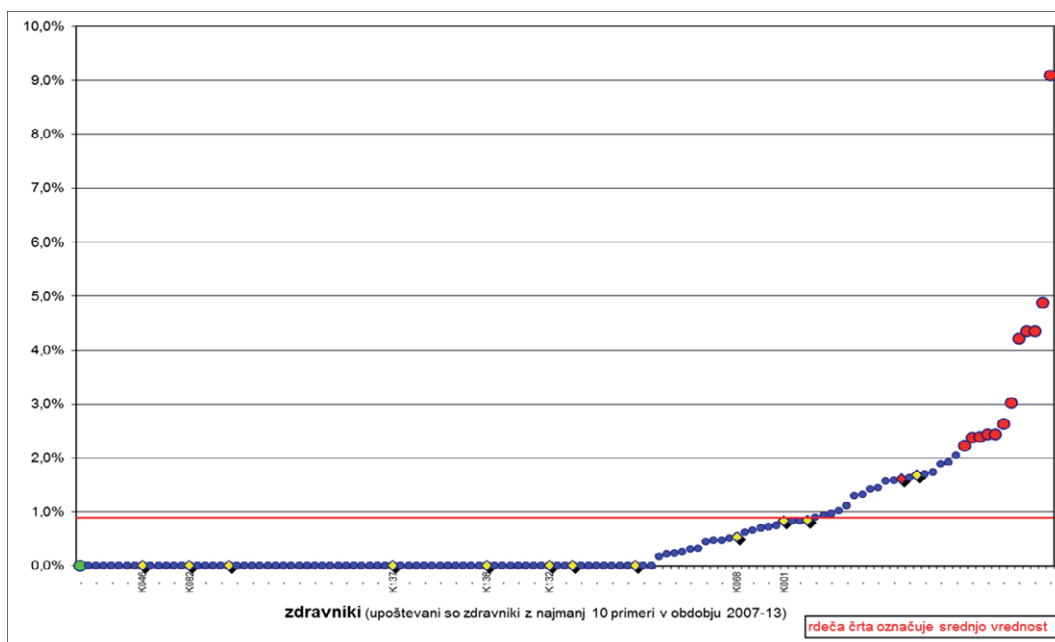
Prikazani rezultati so odraz prejetih podatkov in za vsak oddelek ne ustrezajo nujno dejanskemu stanju. Oceno kako pravilni so rezultati bi lahko dobili z vzorčnim testiranjem na posameznih oddelkih, česar si s trenutnimi sredstvi nismo mogli privoščiti. Že v uvodu predlagamo avtomatizirano primerjavo z ZZZS med številom poročenih in številom zaračunanih primerov. Za bolj realno interpretacijo moramo prikazane rezultate opazovati skupaj s tabelo poročanja (Tabela 7). V tem primeru rezultat za npr. SB MS verjetno ne ustreza dejanskemu stanju, saj je SB MS poročala le prvo opazovano leto in še to, glede na majhno število sporočenih primerov, verjetno le delno. Vseeno pa, tudi glede na skupno absolutno število vseh primerov, lahko predpostavljamo, da je delež poškodb ali krvavitev blizu označenega intervala zaupanja treh standardnih napak.

Slika 43: q001 – delež poškodb žolčnega voda, žil ali sosednjih organov v slovenskih bolnišnicah za obdobje od 2007 do 2013,



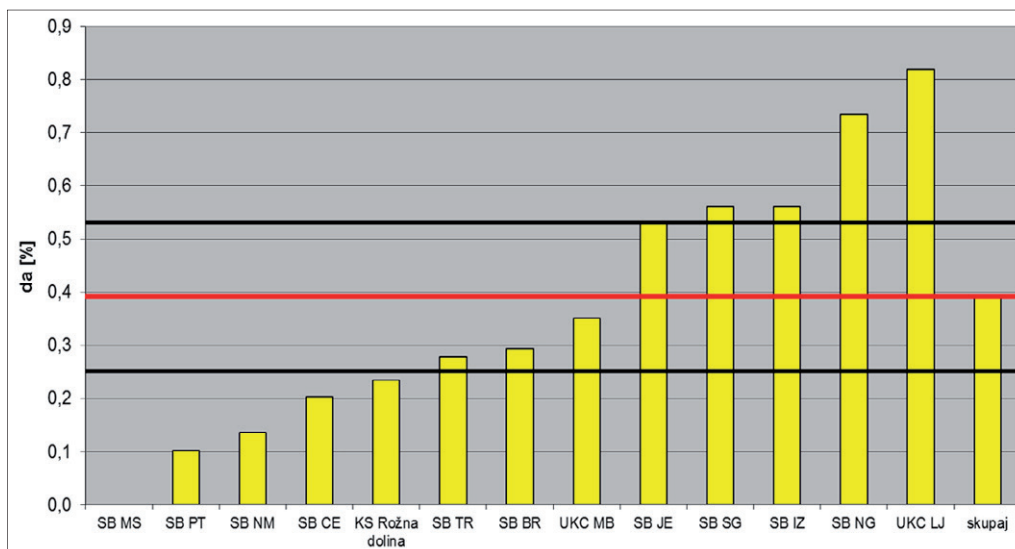
Slika 44: q001 – delež poškodb žolčnega voda, žil ali sosednjih organov v slovenskih bolnišnicah za obdobje od 2007 do 2013 po zdravnikih,

debelejša rdeča črta označuje srednjo vrednost, črni pa odmik treh standardnih napak za vse podatke, rdeča črta označuje srednjo vrednost, vsaka točka (krogci 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.



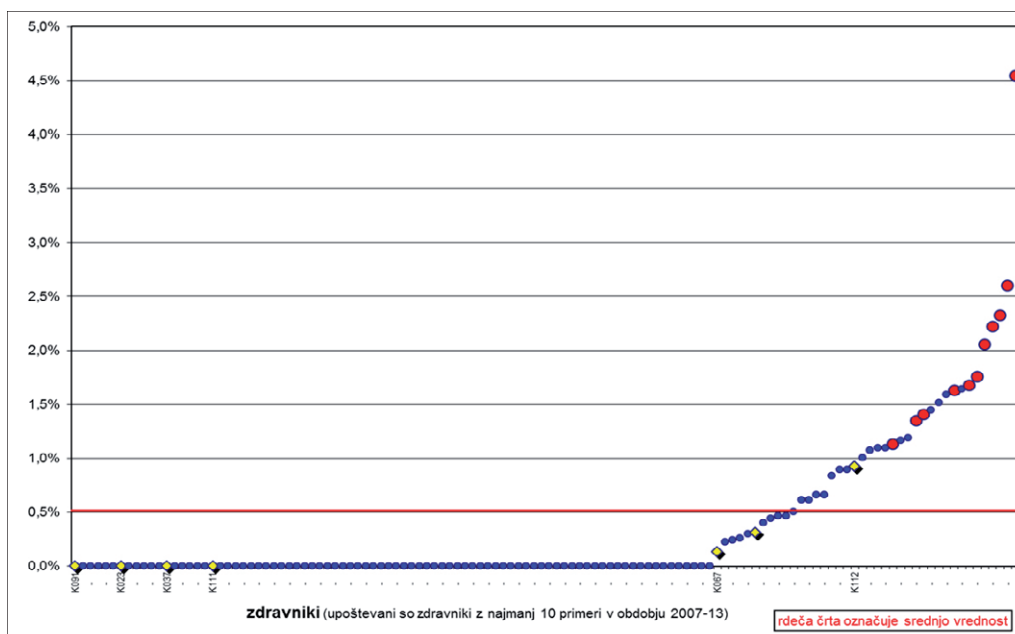
Slika 45: q001 – delež krvavitev (potrebna transfuzija) v slovenskih bolnišnicah za obdobje od 2007 do 2013,

rdeča črta označuje srednjo vrednost, črni pa odmik treh standardnih napak za vse podatke.



Slika 46: q001 – delež krvavitev (potrebna transfuzija) v slovenskih bolnišnicah za obdobje od 2007 do 2013 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, krogi (modri, zeleni ali rdeči) pa zdravnike vseh ostalih oddelkov v Sloveniji.



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 8. 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 zeleno so označeni podatki za leta, kjer posamezni oddelk ni sodeloval ustrezno (poslanih premalo ali nič primerov), z modro pa tisti, kjer je očitno poslanih manj podatkov, kot je bilo opravljenih operacij. Z zvezdico so označeni tisti podatki, kjer so dodatno poslali podatke tudi za nazaj.

Tabela 8: q004 – število poslanih operacij po letih in oddelkih

		leto operacije							skupaj
		2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
ustanova	SB Brežice	157	155	123	122	174*	186	124	867
	SB Celje	222	296	61	0	247	23	0	849
	SB Izola	147	2	0	25	53*	38	0	212
	SB Jesenice	0	64	99	45	333	383	90	1014
	BGP Kranj	528	496	623	719	432	647	676	4121
	UKC Ljubljana	891	142	0	0	495	717	0	2245
	UKC Maribor	773	865	513	28	855	788	403	4225
	SB Murska Sobota	431	394	472	398	501	488	565	3249
	SB Nova Gorica	20	82	55	63	87	72	76	455
	SB Novo mesto	255	502	417	375	425	411	429	2814
	Bolnišnica Postojna	406	319	421	282	508	176	109	2221
	SB Ptuj	312	287	356	312	377	501	430	2575
	SB Slovenj Gradec	380	455	422	392	261	461	343	2714
	SB Trbovlje	386	346	176	0	137	127	1	1173
skupaj		4908	4405	3738	2761	4658	5018	3246	28734

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.

Opazno je veliko nihanje absolutnega števila poročanih 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 operacij 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.

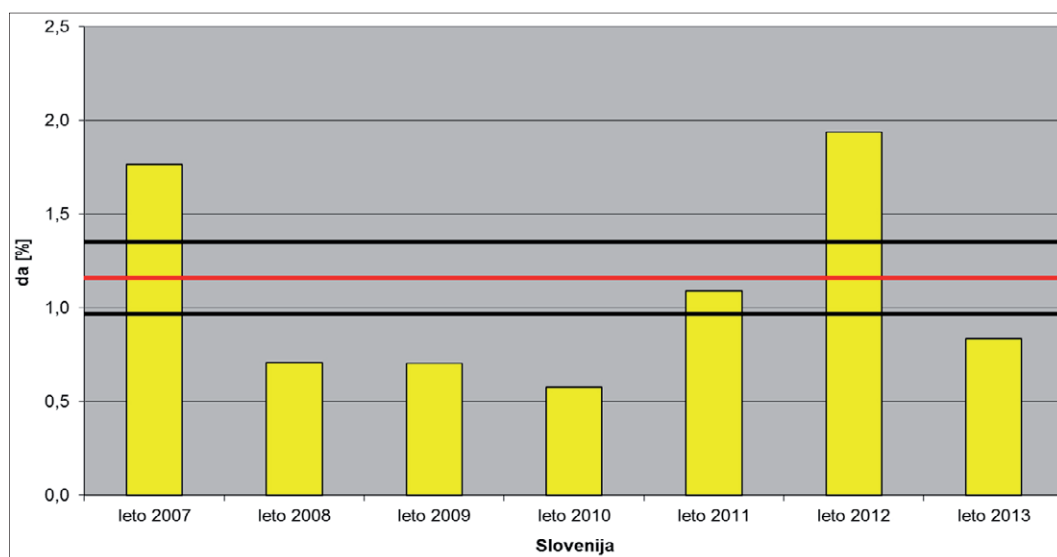
Razlogov za tako različne rezultate med leti (slika 47) in med posameznimi bolnišnicam (slike 48, 49 in 50) je lahko več, verjetno pa na rezultate vsaj delno vplivata tudi dva:

- različno poročanje bolnišnic po posameznih letih (npr. UKC LJ in SB NM – glej tabelo 2).
- 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 in preko podatkov ZZS o opravljenih in zaračunanih posegih. Prikazani rezultati so seveda odraz poslanih podatkov.

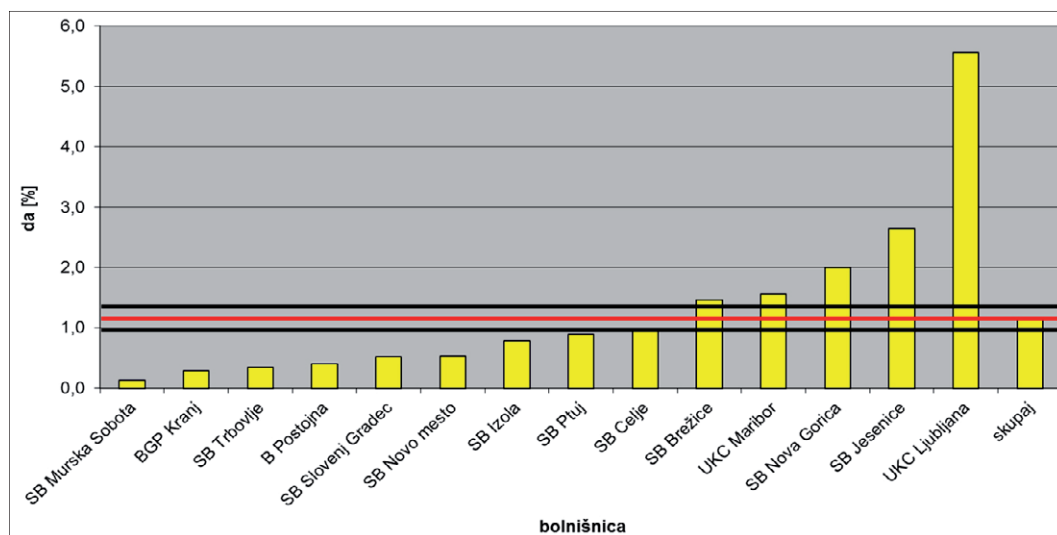
Slika 47: q004 – delež primerov z izgubo krvi nad 500ml ali s transfuzijo med operacijo v Sloveniji po letih za obdobje od 2007 do 2013,

rdeča črta označuje srednjo vrednost, črni odmik treh standardnih napak za vse podatke.



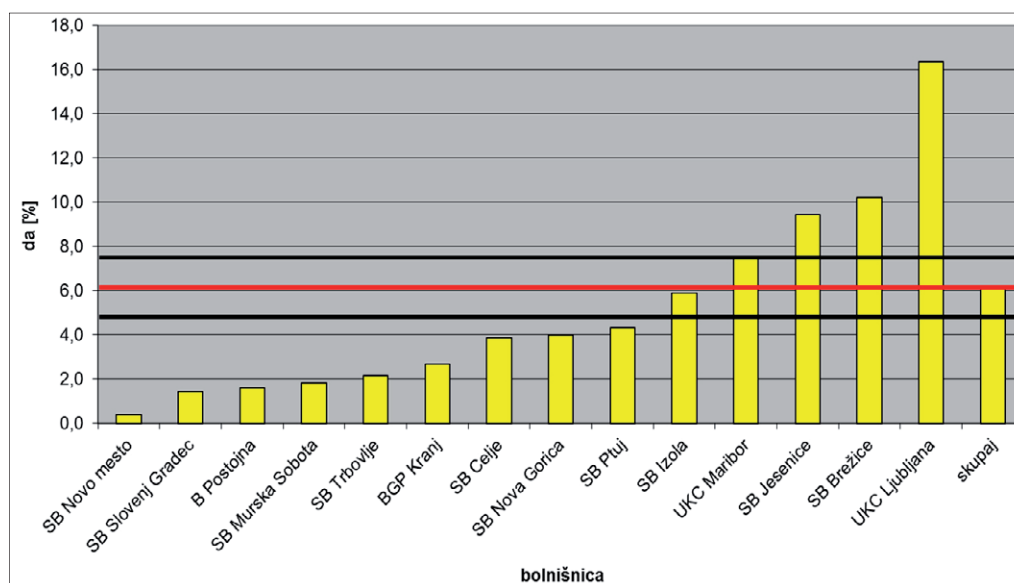
Slika 48: q004 – delež primerov z izgubo krvi nad 500ml ali s transfuzijo med operacijo v slovenskih bolnišnicah za obdobje od 2007 do 2013,

rdeča črta označuje srednjo vrednost, črni pa odmik treh standardnih napak za vse podatke.



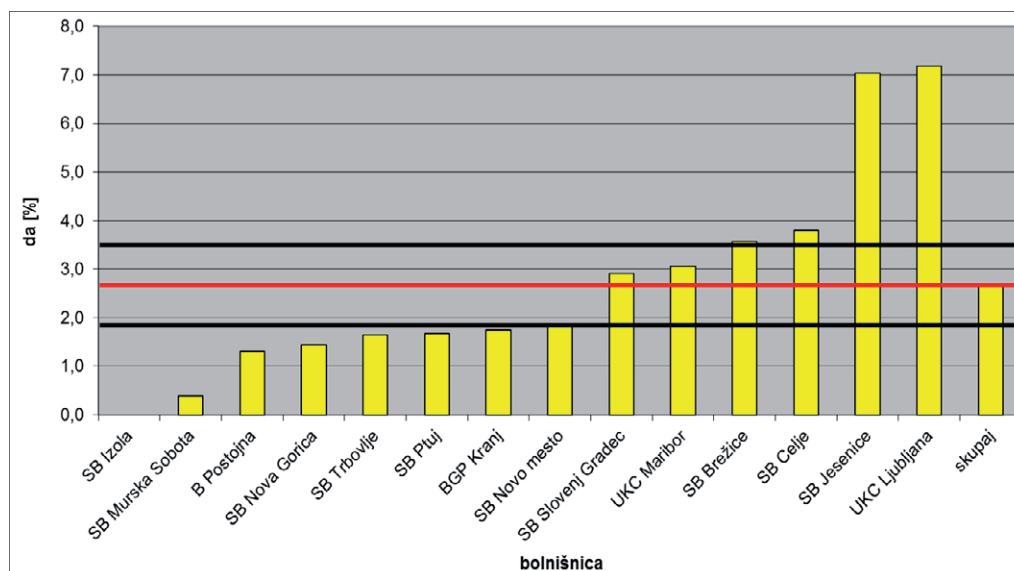
Slika 49: q004 – delež transfuzij pri histerektomijah v slovenskih bolnišnicah za obdobje od 2007 do 2013 – težji primeri,

rdeča črta označuje srednjo vrednost, črni pa odmik treh standardnih napak za vse podatke.



Slika 50: q004 – delež transfuzij pri histerektomijah v slovenskih bolnišnicah za obdobje od 2007 do 2013 – lažji primeri,

rdeča črta označuje srednjo vrednost, črni pa odmik treh standardnih napak 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 obojnice, (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 9. 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 zeleno 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 modro 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 9: q019 – število poslanih operacij po letih in oddelkih

		2011	2012	2013
ustanova	SB Celje	62	44	37
	SB Izola	0*	0*	0*
	UKC Ljubljana	212	211	142
	UKC Maribor	113*	122	184
	SB Murska Sobota	0	0	0
	SB Nova Gorica	76	87	78
	SB Novo mesto	41	0	0
	SB Ptuj	0	0	30
	Kirurški sanatorij Rožna dolina	0	67	53
	Boštjan Drev	0	0	23
	Helena Gerbec Potrč	118	28	74
	Marko Hawlina	0*	0*	0*
	Marjan Irman	0*	0*	0*
	Primož Logar	0	0	19
	Boštjan Meh	0	0	35
	Vesna Morela	0	0	65
	Vladimir Pfeifer	0	53	17
	Peter Preskar	73	81	75
	Dušan Pušnik	42	77	9
	Mario Ragus	0*	0*	0*
	Franci Šalamun	22	22	14
	skupaj	646	792	855

Skupno število upoštevanih/poslanih operacij, ki predstavljajo absolutni imenovalec kazalnikov, vključenih v obdelavo podatkov, je 2293. Z zvezdico so označeni tisti, ki do sedaj sploh še niso sodelovali. Pri izračunu kazalnikov kakovosti smo seveda upoštevali le tiste operacije, ki so imele izpolnjen posamezen zahtevan podatek. Posege z manjkajočimi podatki smo iz izračunov izključili.

Kakovost podatkov

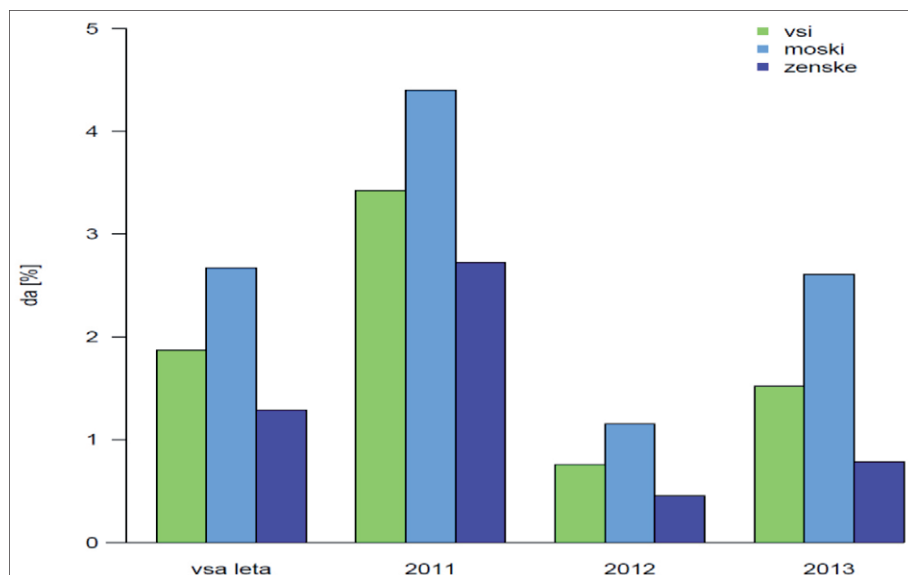
Podatke o operacijah katarakte smo testno začeli zbirati že leta 2001, potem smo kazalnik zaradi zelo neusklajenih strokovnih mnenj večkrat zamenjali, tako od leta 2011 podatke zbiramo s čisto prenovljenem in posodobljenem dvostopenjskim vprašalnikom, ki omogoča zbiranje osnovnih podatkov in potem ločeno 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. Izpolnjevanje vprašalnika in sodelovanje



se z leti izboljšuje, vseeno pa je potrebno poskrbeti za hitrejša in bolj učinkovito pošiljanje povratnih informacij izvajalcem. Tukaj je ključna vloga MZ, ki lahko najbolj učinkovito zagotovi potrebno sistemsko urejeno financiranje.

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.

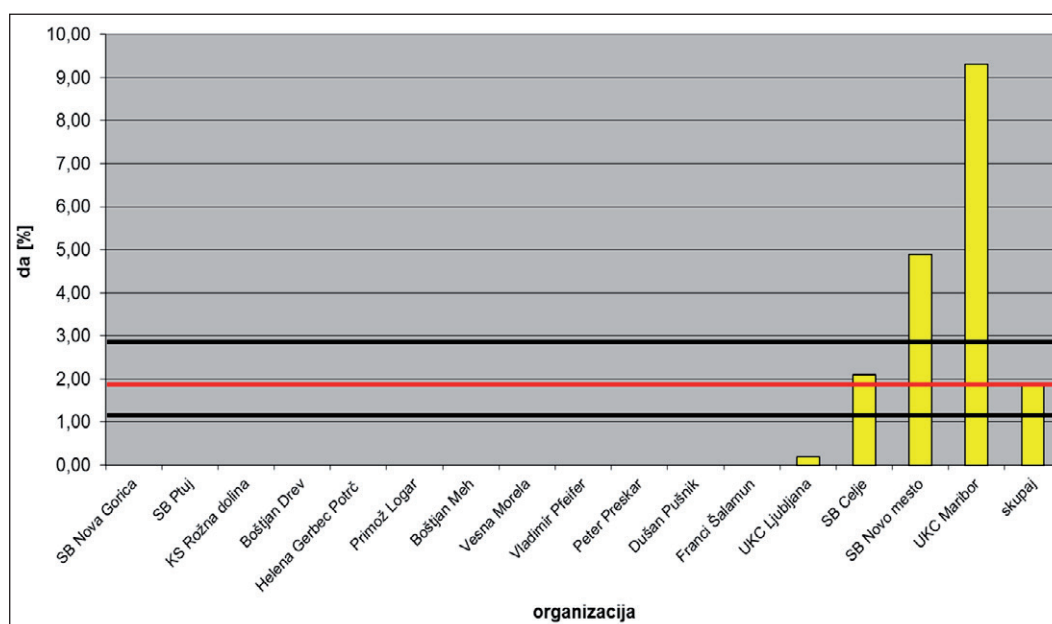
Slika 51: q019 – delež hospitaliziranih po letih in spolu v opazovanem obdobju



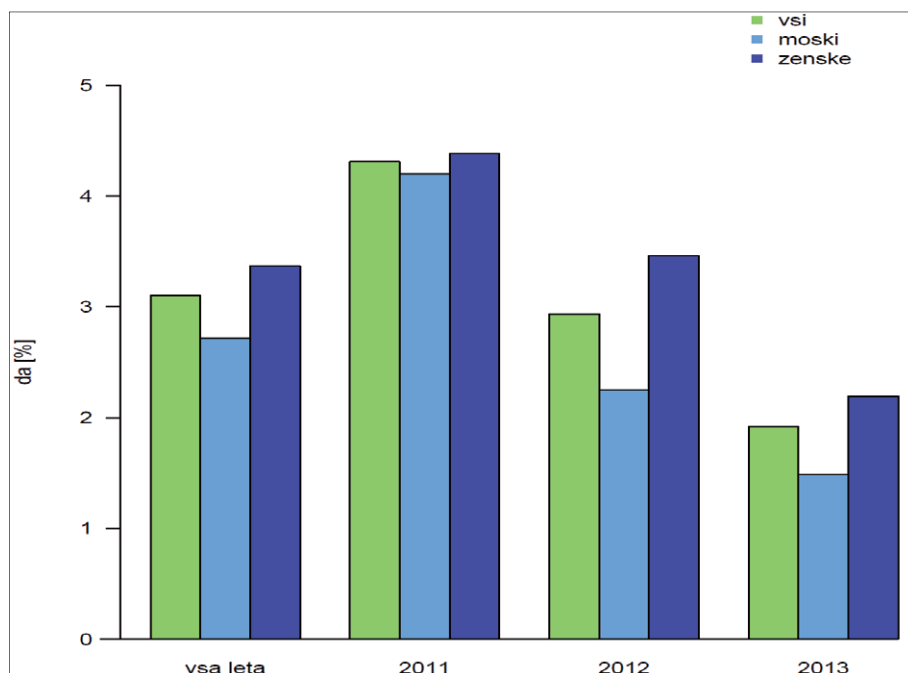
Eden izmed možnih razlogov za različne rezultate med posameznimi izvajalci zdravstvene dejavnosti (slike od 51 do 54) je zopet lahko ta, da tisti, ki poročajo (bolj) korektno imajo bolj realne rezultate in zato očitno odstopajo od ostalih. Pravilnost in stopnjo vpliva takšnih interpretacij bi bilo smiselno 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.

Slika 52: q019 – delež hospitaliziranih po izvajalcih v celotnem opazovanem obdobju,

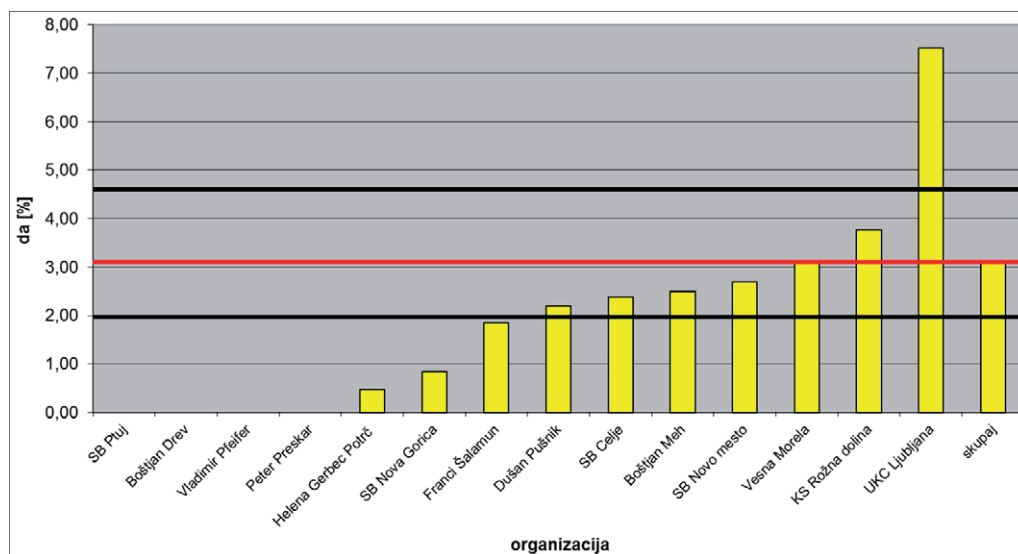
rdeča črta označuje srednjo vrednost, črni pa odmik treh standardnih napak za vse podatke.



Slika 53: q019 – delež pooperativnih zapletov po letih in spolu v opazovanem obdobju



Slika 54: q019 – delež pooperativnih zapletov po izvajalcih v celotnem opazovanem obdobju, rdeča črta označuje srednjo vrednost, črni pa odmik treh standardnih napak za vse podatke.



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 ...).



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

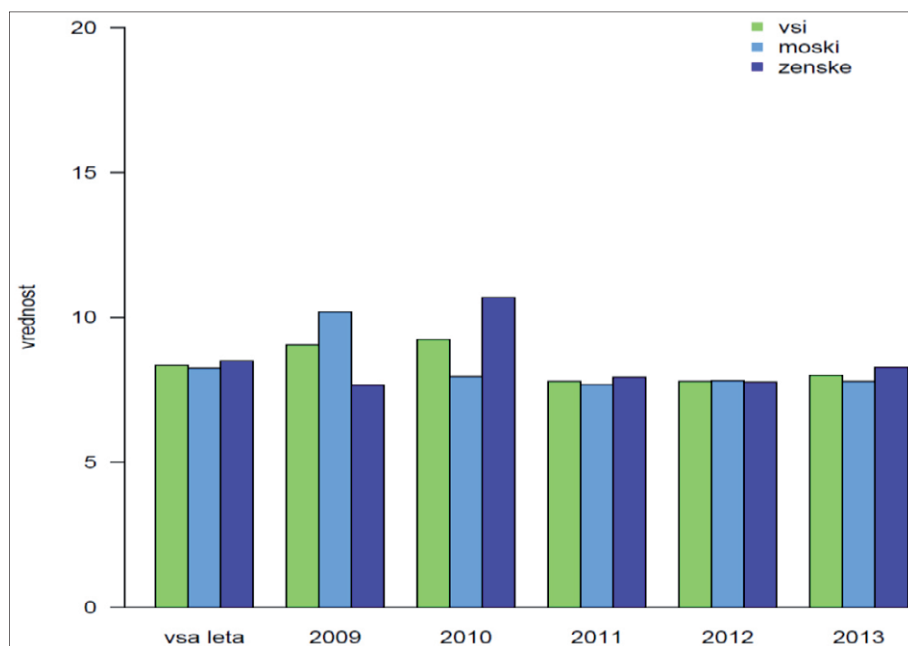
Pri zbiranju teh podatkov imamo v Sloveniji le en oddelek (pediatrična klinika UKC Ljubljana) s katerim odlično sodelujemo. Vsako leto zberejo vse primere (v tabeli 10) je prikazano zbiranje po letih in dobijo ustrezno izdelano letno poročilo.

Tabela 10: q024b – število primerov po letih in oddelkih

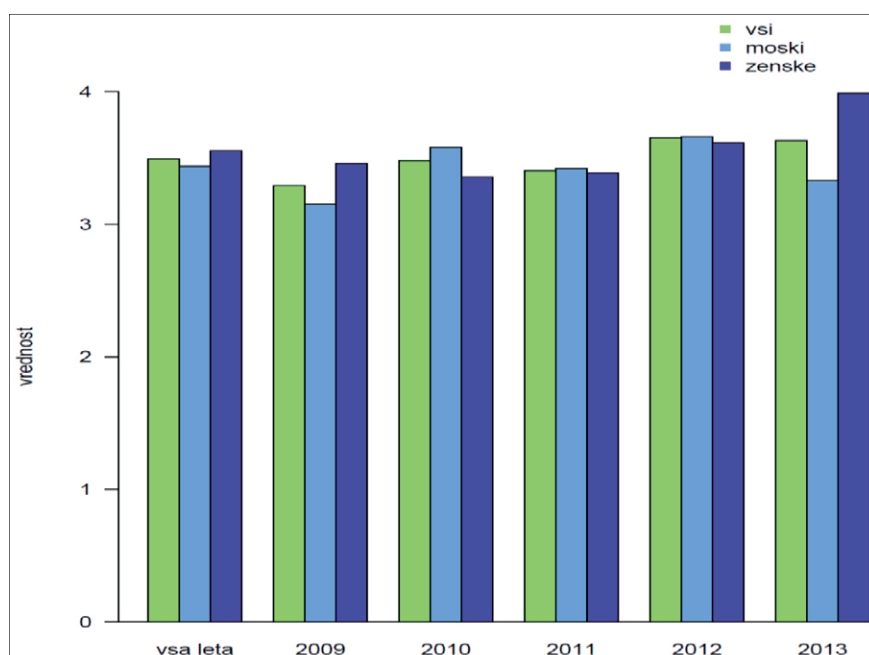
	leto							skupaj
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
UKC Ljubljana	420	459	415	452	469	468	416	3099

Skupno število upoštevanih primerov, ki predstavljajo absolutni imenovalec kazalnikov vključenih v obdelavo podatkov, je 3.099. 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.

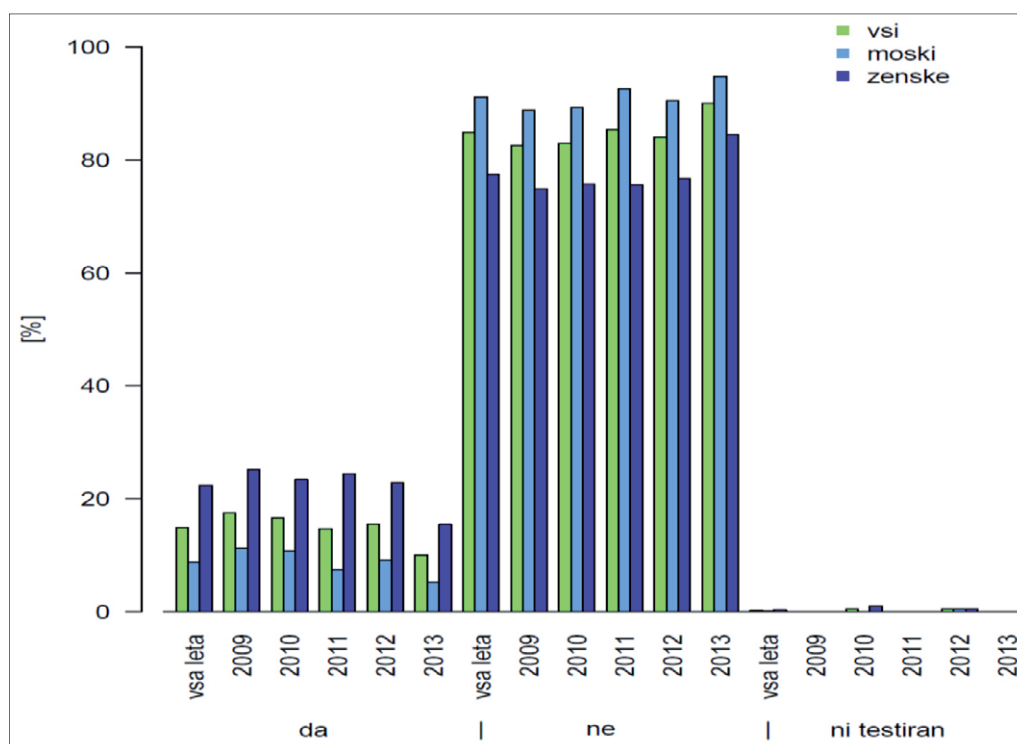
Slika 55: q024b – letno povprečje HbA1c za vsa leta skupaj in ločeno po letih za obdobje od 2007 do 2013



Slika 56: q024b – letno število meritev krvnega tlaka za vsa leta skupaj in ločeno po letih za obdobje od 2007 do 2013



Slika 57: q024b – delež primerov s Hashimoto testiranjem (odgovori da, ne in ni testiran) za vsa leta skupaj in ločeno po letih za obdobje od 2007 do 2013





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 11. 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 11: q028 – število upoštevanih porodov po letih in oddelkih

		leto						skupaj
		2007	2008	2009	2010	2011	2012	
ustanova	SB Brežice	402	490	430	502	486	526	2836
	SB Celje	2022	2242	2128	2200	2122	2135	12849
	SB Izola	702	785	765	768	767	773	4560
	SB Jesenice	632	628	669	702	641	655	3927
	BGP Kranj	1325	1475	1514	1651	1685	1664	9314
	UKC Ljubljana	6303	6886	6821	6915	6630	6519	40074
	UKC Maribor	1918	2317	2251	2381	2248	2176	13291
	SB Murska Sobota	856	944	996	937	936	949	5618
	SB Nova Gorica	829	931	875	882	847	849	5213
	SB Novo mesto	1150	1250	1265	1342	1332	1302	7641
	B Postojna	1496	1520	1627	1754	1859	1849	10105
	SB Ptuj	891	951	940	933	875	909	5499
	SB Slovenj Gradec	875	1006	1001	919	982	983	5766
	SB Trbovlje	542	520	549	527	529	553	3220
skupaj		19943	21945	21831	22413	21939	21842	129913

Skupno število upoštevanih porodov, ki predstavljajo absolutni imenovalci kazalnikov vključenih v obdelavo podatkov, je 129.913. Pri izračunu kazalnikov kakovosti smo seveda upoštevali le tiste operacije, ki so imele izpolnjen zahtevan podatek. Posege z manjkajočimi podatki smo iz izračunov izključili.

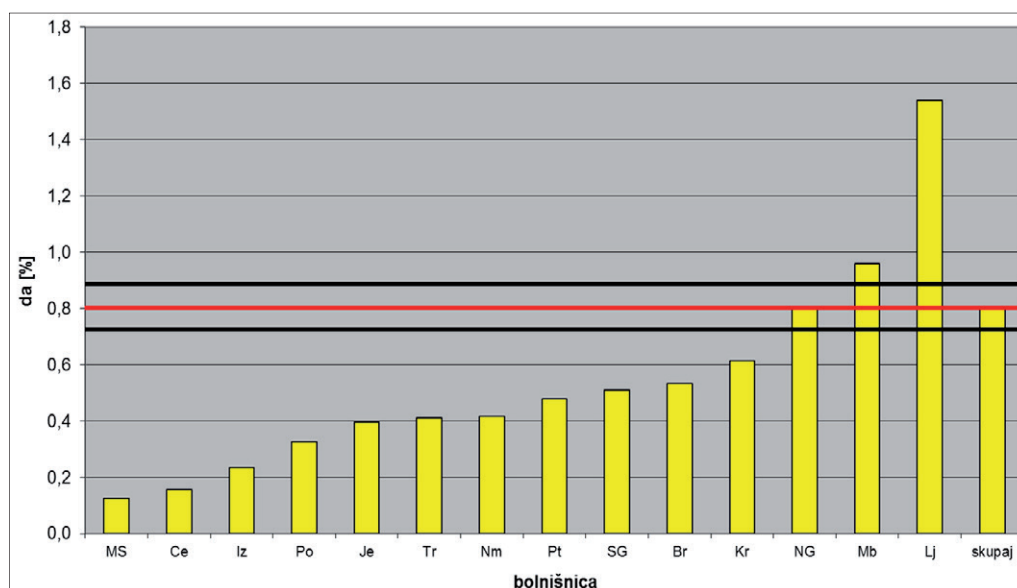
Kakovost podatkov

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.

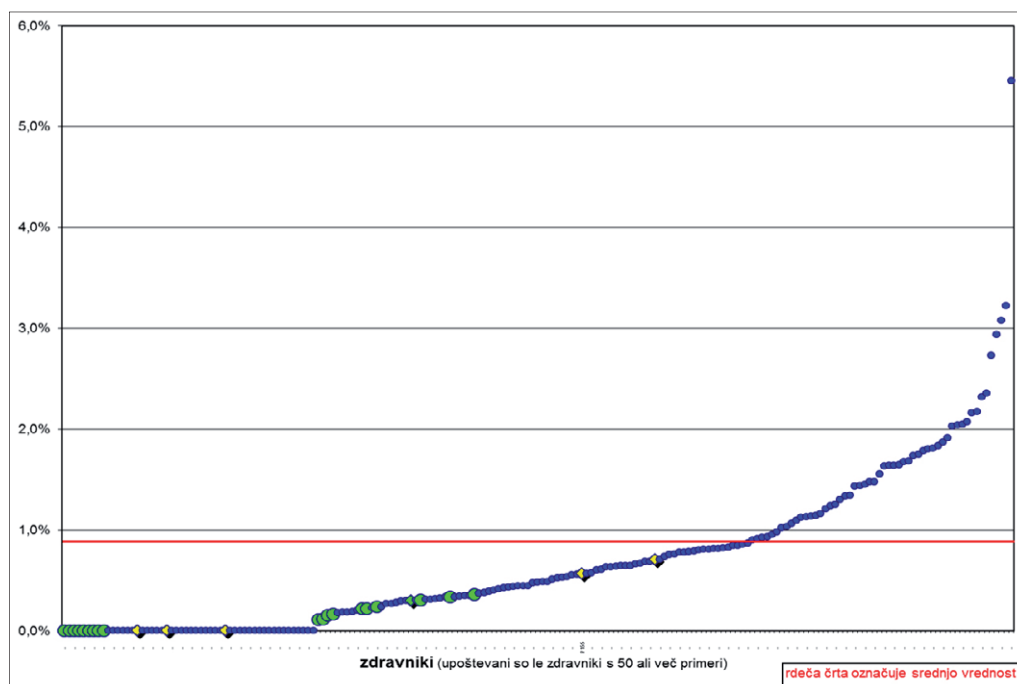
Slika 58: q028 – delež primerov s 5' oceno po Apgarjevi, od vključno 1 do vključno 6 med živorojenimi v slovenskih bolnišnicah za obdobje od 2008 do 2012,

rdeča črta označuje srednjo vrednost, črni pa odmik treh standardnih napak za vse podatke



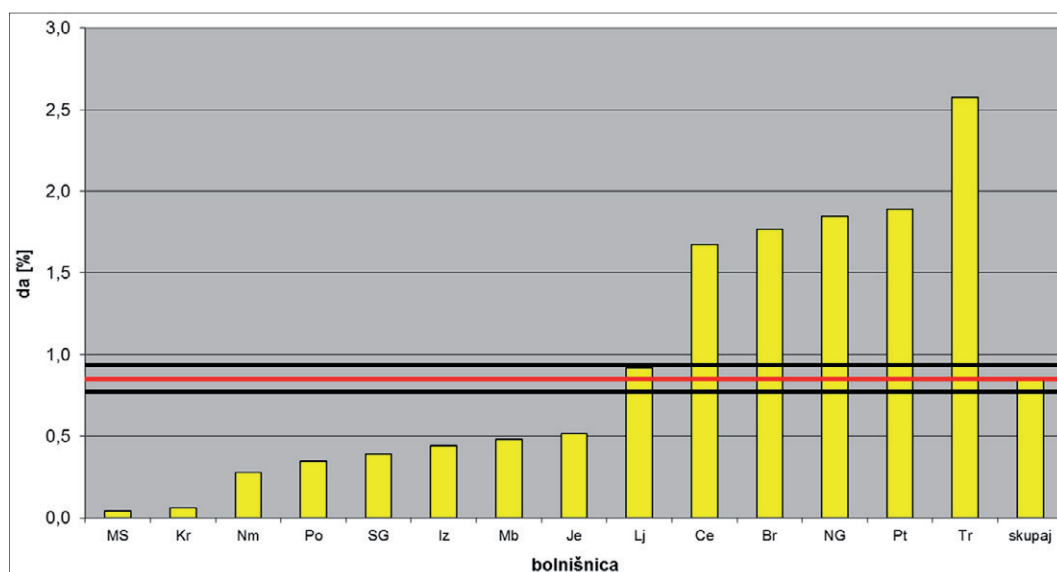
Slika 59: q028 – delež primerov s 5' oceno po Apgarjevi, od vključno 1 do vključno 6 med živorojenimi v slovenskih bolnišnicah za obdobje od 2008 do 2012 po zdravnikih,

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.



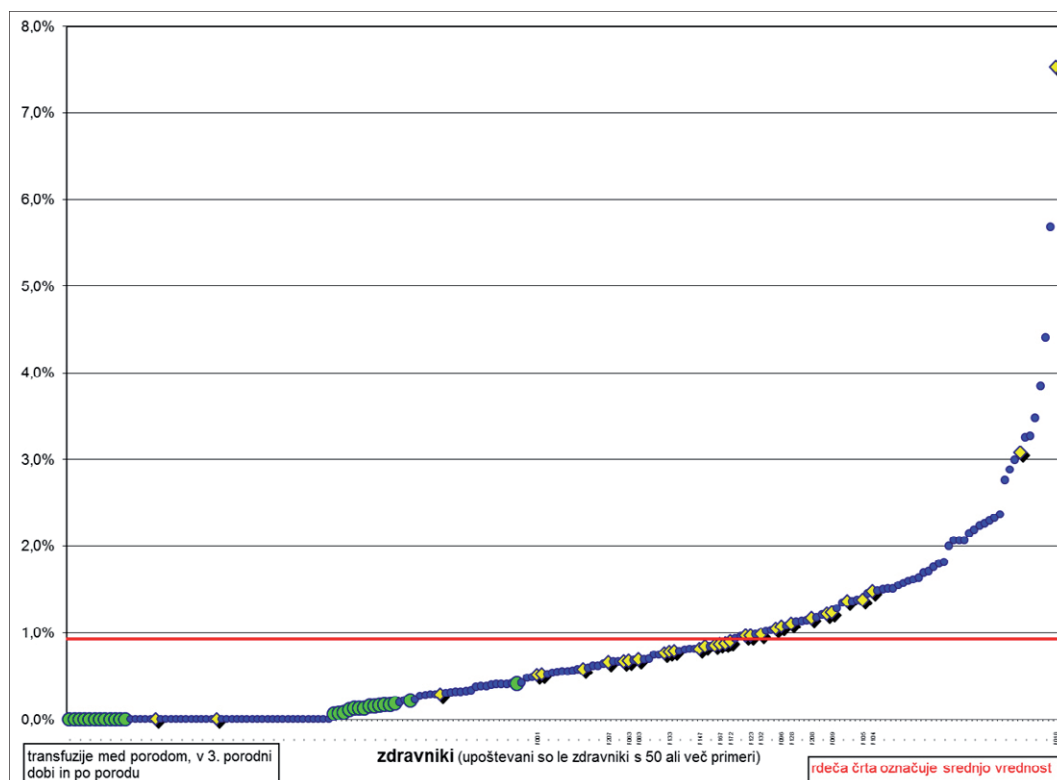
Slika 60: q028 – delež primerov s transfuzijo med porodom, v 3. porodni dobi in po porodu v slovenskih bolnišnicah za obdobje od 2008 do 2012,

rdeča črta označuje srednjo vrednost, črni pa odmik treh standardnih napak za vse podatke.



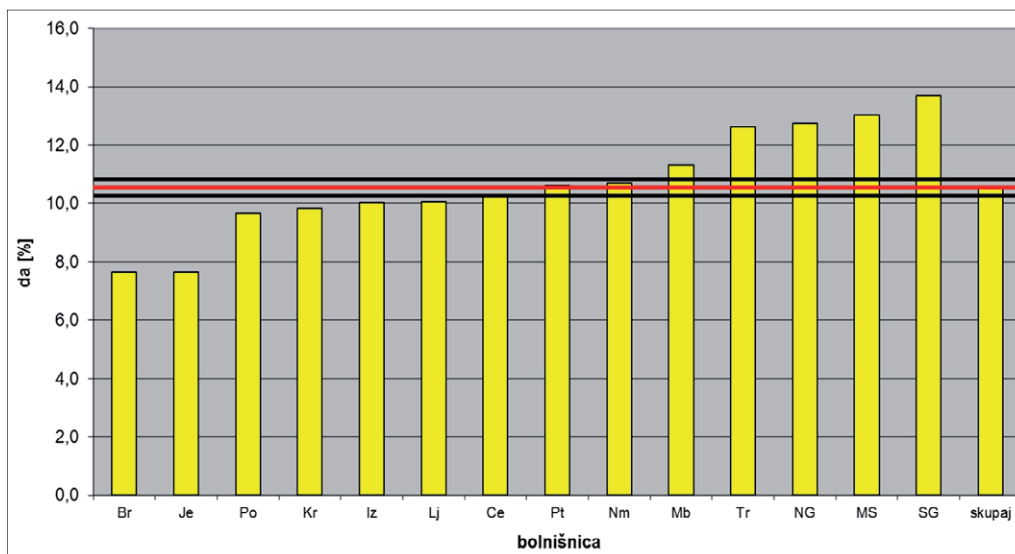
Slika 61: q028 – delež primerov s transfuzijo med porodom, v 3. porodni dobi in po porodu v slovenskih bolnišnicah za obdobje od 2008 do 2012 po zdravnikih,

rdeča črta označuje srednjo vrednost, vsaka točka (krogci ali diamanti) 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.



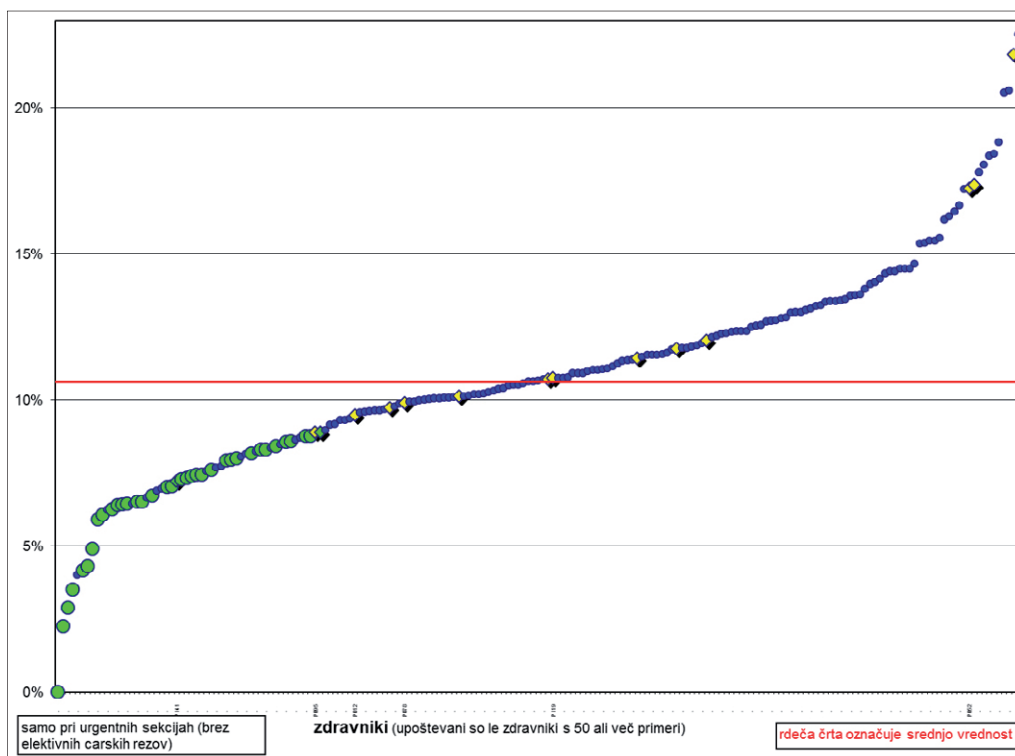
Slika 62: q028 – delež Carskih rezov pri vseh porodih – brez elektivnih carskih rezov v slovenskih bolnišnicah za obdobje od 2008 do 2012,

rdeča črta označuje srednjo vrednost, črni pa odmik treh standardnih napak za vse podatke.



Slika 63: q028 – delež Carskih rezov pri vseh porodih – brez elektivnih carskih rezov po zdravnikih v slovenskih bolnišnicah za obdobje od 2008 do 2012 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, 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 imenovalce vedno upoštevamo vse operacije.

Sodelovanje posameznih oddelkov je dobro in 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 torakalne operacije in to že v celotnem opazovanem petletnem obdobju.

Tabela 12: q042 – število operacij po letih in oddelkih

	leto							skupaj
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
UKC Ljubljana	145	112	105	140	128	114	95	839
UKC Maribor	40	31	23	25	38	32	37	226
Marko Bitenc	17	34	24	28	50	84	29	266
skupaj	202	177	152	193	216	230	161	1331

Skupno število upoštevanih/poslanih operacij, ki predstavljajo absolutni imenovalce kazalnikov, vključenih v obdelavo podatkov, je 1331. Pri izračunu kazalnikov kakovosti smo seveda upoštevali le tiste operacije, ki so imele izpolnjen zahtevan podatek. Posege z manjkajočimi podatki smo iz izračunov izključili.

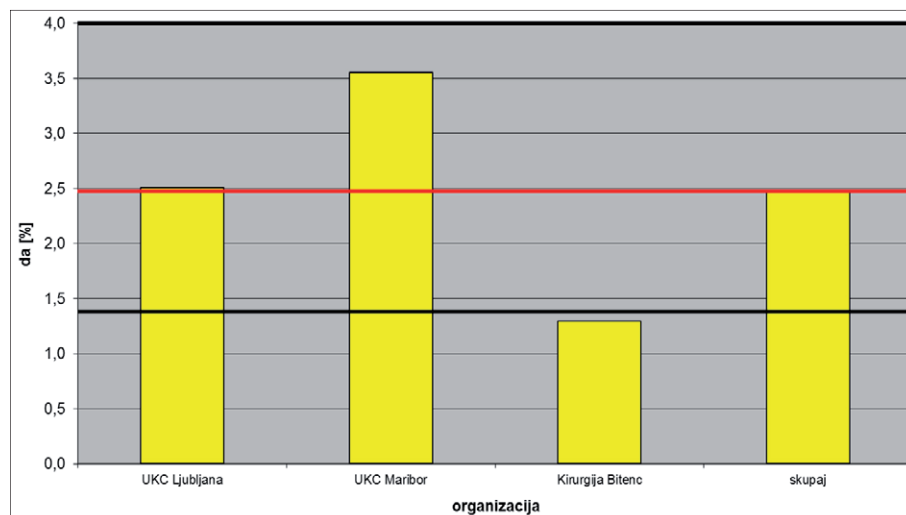
Kakovost podatkov

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.

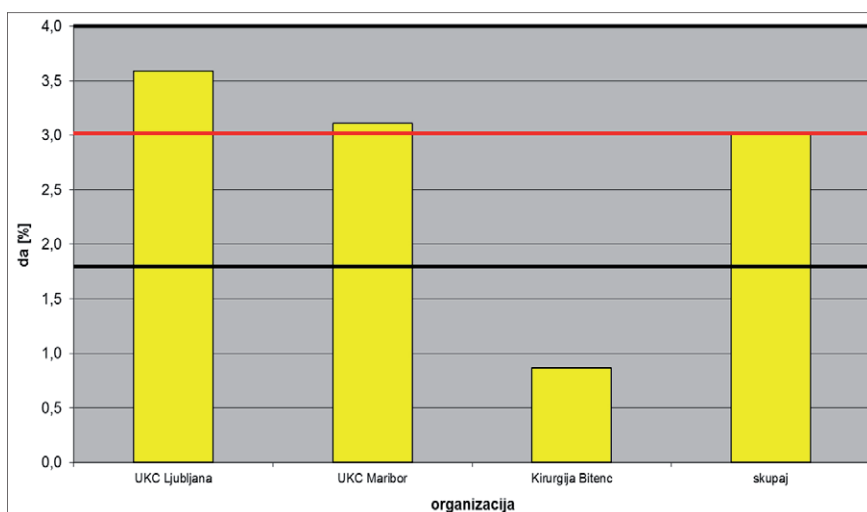
Menimo, da je primerjava vseh torakalnih kirurških oddelkov primerna, saj v vseh redno izvajajo opazovane operacije. Zato je primerjava med vsemi oddelki mogoča. V primeru, da se pokažejo večja odstopanja v značilnostih opazovanih populacij na posameznem oddelku, lahko takšne razlike z ustreznimi statističnimi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

Slika 64: q042 – delež primerov s krvavitvijo pri slovenskih izvajalcih za obdobje od 2007 do 2013,

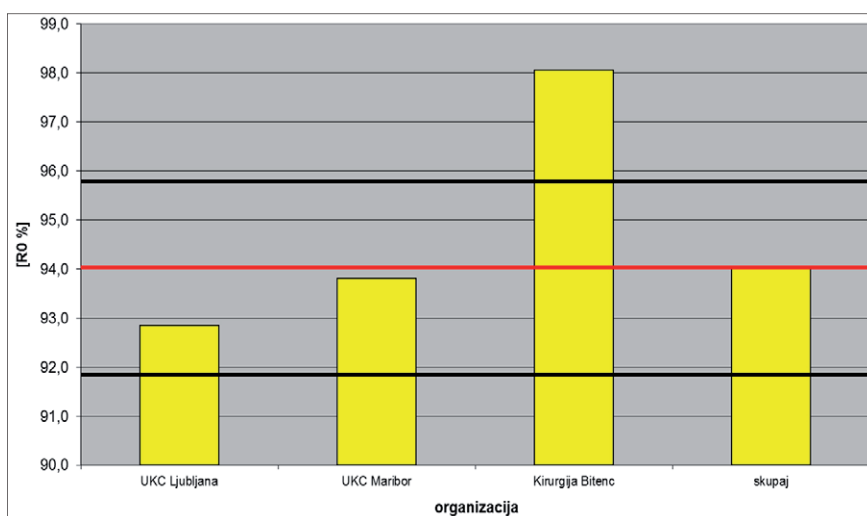
rdeča črta označuje srednjo vrednost, črni pa odmik treh standardnih napak za vse podatke.



Slika 65: q042 – delež reoperacij pri slovenskih izvajalcih za obdobje od 2007 do 2013,
rdeča črta označuje srednjo vrednost, črni pa odmik treh standardnih napak za vse podatke



Slika 66: q042 – delež primerov z radikalnostjo operacije R0 – histološko pri slovenskih izvajalcih za obdobje od 2007 do 2013,
rdeča črta označuje srednjo vrednost, črni pa odmik treh standardnih napak 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 13. Podatke naj bi iz oddelkov posredovali sproti takoj po opravljenih posegih. Sodelovali so vsi oddelki v Sloveniji iz psihiatričnih bolnišnic. Z modro so označeni podatki za leta, kjer posamezni oddelki 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 2013.

Tabela 13: q031 – število primerov po letih in oddelkih

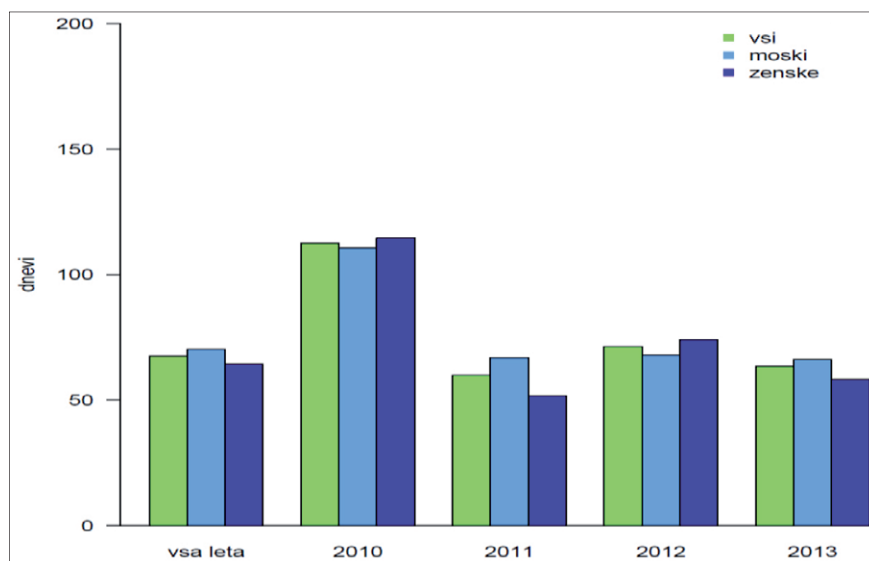
		leto							skupaj
		2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
ustanova	BL001 - Psihiatrična bolnišnica Begunje	1	0	0	0	0	0	0	1
	BL005 - Psihiatrična bolnišnica Idrija	4			3	18	13	26	64
	BL010 - Univerzitetni klinični center Maribor	0	0	0	1	8	7	5	21
	BL013 - Splošna bolnišnica Novo mesto	0	0	0	0	0	0	0	0
	BL014 - Psihiatrična bolnišnica Ormož	0	0	0	0	6*	2	4	6
	BL018 - Psihiatrična klinika Ljubljana	0	0	0	5	20	0	0	25
	BL022 - Psihiatrična bolnišnica Vojnik	0	0	0	1	2	1	0	4
skupaj		5	0	0	10	48	23	35	121

Skupno število primerov, ki predstavljajo absolutni imenovalci 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

Oba kazalnika zaradi absolutno majhnega števila poročanja prikazujemo za vse primere skupaj. Za izboljšanje poročanja načrtujemo izvedbo ustreznih ukrepov s spremljanjem števila hospitalizacij iz podatkovnih zbirk ZZZS in s preverjanjem pri izvajalcih.

Slika 67: q031 – trajanje hospitalizacije za obdobje od 2010 do 2013



Slika 68: q031 – število vseh zdravil ob odpustu za obdobje od 2010 do 2013

