



REPUBLIKA SLOVENIJA
MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE

Kazalniki kakovosti v zdravstvu

Letno poročilo 2014-2015

Kazalniki kakovosti v zdravstvu

Letno poročilo 2014 in 2015

Urednika:

Mircha Poldrugovac, Biserka Simčič

Avtorji poglavij (po abecednem vrstnem redu):

Milan Čižman (KK 64), Saša Kadivec (KK 21, KK 67), Barbara Mihevc Ponikvar (KK 2, KK 36, KK 37), Tjaša Pibernik (KK 3, KK 4, KK 5, KK 6, KK 7), Mircha Poldrugovac (KK 3, KK 4, KK 5, KK 6, KK 7, KK 22, KK 23, KK 24, KK 25, KK 26, KK 44, KK 58, KK 45, KK 47, KK 65), Biserka Simčič (KK 22, KK 23, KK 47, KK 65), Viktorija Tomič (KK 71), Veronika Učakar (KK 8, KK 9, KK 10, KK 11, KK 12, KK 13, KK 14).

Sodelujoči pri pripravi podatkov (po abecednem vrstnem redu):

Marjanca Jambrovič, Ajda Rogelj, Andreja Rudolf, Metka Zaletel, Ana Zgaga, Irena Zupanc, Tina Zupanič.

Vsebina

KK 3, 4, 5, 6 in 7 – Sprejemi v bolnišnico zaradi kroničnih bolezni.....	1
Nalezljive bolezni.....	8
KK 8, 9 in 10 – Delež cepljenih (precepljenost) proti ošpicam, davici, tetanusu, oslovskemu kašlju in hepatitisu B.....	8
KK 11 – Delež cepljenih (precepljenost) proti gripi pri osebah, starih 65 let in več.....	9
Kazalniki 12, 13 in 14 – Incidenčna stopnja ošpic, oslovskega kašlja in hepatitisa B.....	9
Porodništvo	11
KK 2 – Izključno dojenje.....	11
KK 36 – Poškodbe porodne poti ob porodu	13
KK 37 – Delež carskih rezov	15
KK22 – Čakalna doba za CT.....	18
KK23– Učinkovitost dela v operacijskem bloku.....	20
KK24 – Trajanje bivanja v bolnišnici	23
Holectistektomija	23
Pljučnica v domačem okolju	25
Koronarna premostitvena operacija	26
Zlom kolka	27
Tonzilektomija in adenoidektomija	27
Možganska kap.....	28
KK25 in 26 – Stopnja sprejemov zaradi akutnih in kroničnih zapletov sladkorne bolezni	30
KK 44 in 58 – 30-dnevna smrtnost zaradi možganske kapi in akutnega miokardnega infarkta.....	32
KK45 – Čakanje na operacijo v bolnišnici po zlomu kolka (65+).....	36
KK47 – Pooperativna trombembolija	38
KK 64 – Nacionalno spremljanje bolnišnične porabe protimikrobnih zdravil	41
Osnovni podatki o kazalniku.....	41
Kakovost podatkov	42
Komentar	42
KK 21 Razjede zaradi pritiska.....	47
KK 67 Padci	50
KK 71 – MRSA	55
KK47 – Pooperativna sepsa	59
KK65 – Poškodbe osebja z ostrimi predmeti	61

Kazalo slik

Slika 1: Stopnja sprejemov zaradi astme na 100.000 prebivalcev v letih od 2010 do 2015 v Sloveniji, standardizirana po starosti in spolu	2
Slika 2: Stopnja sprejemov zaradi kronične obstruktivne pljučne bolezni (KOPB) na 100.000 prebivalcev v letih od 2010 do 2015 v Sloveniji, standardizirana po starosti in spolu.....	3
Slika 3: Stopnja sprejemov zaradi srčnega popuščanja na 100.000 prebivalcev v letih od 2010 do 2015 v Sloveniji, standardizirana po starosti in spolu	3
Slika 4: Stopnja sprejemov zaradi angine pectoris (brez posega) na 100.000 prebivalcev v letih od 2010 do 2015 v Sloveniji, standardizirana po starosti in spolu	3
Slika 5: Stopnja sprejemov zaradi hipertenzije na 100.000 prebivalcev v letih od 2010 do 2015 v Sloveniji, standardizirana po starosti in spolu.....	4
Slika 6: Groba stopnja sprejemov na 100.000 prebivalcev zaradi astme v slovenskih regijah, povprečna vrednost treh let (2013–2015)	4
Slika 7: Groba stopnja sprejemov na 100.000 prebivalcev zaradi kronične obstruktivne pljučne bolezni (KOPB) v slovenskih regijah, povprečna vrednost treh let (2013–2015)	5
Slika 8: Groba stopnja sprejemov na 100.000 prebivalcev zaradi srčnega popuščanja v slovenskih regijah, povprečna vrednost treh let (2013–2015)	6
Slika 9: Groba stopnja sprejemov na 100.000 prebivalcev zaradi angine pectoris (brez posega) v slovenskih regijah, povprečna vrednost treh let (2013–2015)	6
Slika 10: Groba stopnja sprejemov na 100.000 prebivalcev zaradi hipertenzije v slovenskih regijah, povprečna vrednost treh let (2013–2015)	7
Slika 11: Delež izključno dojenih zdravih* novorojenčkov, Slovenija 2005–2015	11
Slika 12: Delež izključno dojenih zdravih* novorojenčkov po porodnišnicah, Slovenija 2015	12
Slika 13: Delež poškodb presredka III. in IV. stopnje pri vaginalnih porodih brez uporabe instrumentov, po porodnišnicah, Slovenija 2006–2010 in 2011–2015.....	15
Slika 14: Delež otrok*, rojenih s carskim rezom, Slovenija 2005–2015	16
Slika 15: Delež otrok*, rojenih s carskim rezom, po porodnišnicah, Slovenija 2005 in 2015	17
Slika 16: Odstotek naročil CT preiskav pri hospitaliziranih pacientih, pri katerih je bila preiskava opravljena več kot 24 ur po naročilu pri nekaterih izvajalcih v Sloveniji v letu 2014 in 2015.....	19
Slika 17: Odstotek izkoriščenosti operacijske dvorane v nekaterih slovenskih bolnišnicah v letih 2014 in 2015.....	21
Slika 18: Povprečno trajanje operacije in izkoriščenost operacijske dvorane v nekaterih slovenskih bolnišnicah v letu 2015.....	21
Slika 19: Odstotek odpadlih operacij med vsemi načrtovanimi v letih 2014 in 2015 v nekaterih slovenskih bolnišnicah.....	22
Slika 20: Število operacijskih dvoran in odstotek odpadlih operacij v letu 2015 v nekaterih slovenskih bolnišnicah	22
Slika 21: Povprečno trajanje bivanja v bolnišnici v akutni obravnavi ob holecistektomiji v posameznih bolnišnicah v Sloveniji v letu 2014	24
Slika 22: Povprečna utež SPP in povprečno trajanje bivanja v bolnišnici pri pacientih, pri katerih je bila izvedena holecistektomija, po izvajalcih v Sloveniji v letu 2014.....	24
Slika 23: Povprečno trajanje bivanja v bolnišnici v akutni obravnavi ob glavni diagnozi pljučnice, pridobljene v domačem okolju, v posameznih bolnišnicah v Sloveniji v letih 2014 in 2015	25
Slika 24: Povprečno trajanje bivanja v bolnišnici v akutni obravnavi ob izvedbi premostitvene operacije koronarnih arterij v posameznih bolnišnicah v Sloveniji v letih 2014 in 2015	26

Slika 25: Povprečno trajanje bivanja v bolnišnici v akutni obravnavi ob glavni diagnozi zloma kolka v posameznih bolnišnicah v Sloveniji v letu 2014	27
Slika 26: Povprečno trajanje bivanja v bolnišnici v akutni obravnavi ob tonzilektomiji ali adenoidektomiji v posameznih bolnišnicah v Sloveniji v letih 2014 in 2015	28
Slika 27: Povprečno trajanje bivanja v bolnišnici v akutni obravnavi ob glavni diagnozi možganske kapi v posameznih bolnišnicah v Sloveniji v letih 2014 in 2015.....	29
Slika 28: Stopnja sprejemov zaradi akutnih zapletov sladkorne bolezni na 100.000 prebivalcev, standardizirana po starosti in spolu, med letoma 2005 in 2015 v Sloveniji.....	30
Slika 29: Stopnja sprejemov zaradi kroničnih zapletov sladkorne bolezni na 100.000 prebivalcev, standardizirana po starosti in spolu, med letoma 2005 in 2015 v Sloveniji.....	31
Slika 30: 30-dnevna smrtnost zaradi akutnega miokardnega infarkta pri bolnikih, starih 45 let in več, v Sloveniji, standardizirana po starosti in spolu, med letoma 2009 in 2015	33
Slika 31: 30-dnevna smrtnost zaradi hemoragične možganske kapi pri bolnikih, starih 45 let in več, v Sloveniji, standardizirana po starosti in spolu, med letoma 2009 in 2015	33
Slika 32: 30-dnevna smrtnost zaradi ishemične možganske kapi pri bolnikih, starih 45 let in več, v Sloveniji, standardizirana po starosti in spolu, med letoma 2009 in 2015	34
Slika 33: Standardizirana in nestandardizirana 30-dnevna smrtnost zaradi akutnega miokardnega infarkta pri bolnikih, starih 45 let in več, v izbranih slovenskih bolnišnicah, ki ne izvajajo urgentnih koronarografij, v obdobju od leta 2012 do 2015	34
Slika 34: Standardizirana in nestandardizirana 30-dnevna smrtnost zaradi akutnega miokardnega infarkta pri bolnikih, starih 45 let in več, v izbranih slovenskih bolnišnicah, ki izvajajo urgentne koronarografije, v obdobju od leta 2012 do 2015	35
Slika 35: Odstotek primerov zloma kolka pri osebah, starih 65 let ali več, ki so bile operirane v dveh koledarskih dneh od sprejema v bolnišnico, v nekaterih bolnišnicah v Sloveniji med letoma 2013 in 2015.....	36
Slika 36: Odstotek primerov sprejemov ob zlomu kolka, operiranih v dveh koledarskih dneh, po izvajalcih v Sloveniji v letu 2014	37
Slika 37: Stopnja primerov pljučne embolije na 100.000 sprejemov zaradi kirurškega posega, standardizirana po starosti in spolu, v Sloveniji med letoma 2012 in 2015.....	38
Slika 38: Stopnja primerov pljučne embolije na 100 sprejemov zaradi vstavitve endoproteze kolka ali kolena, standardizirana po starosti in spolu, v Sloveniji med letoma 2012 in 2015	39
Slika 39: Stopnja primerov venske tromboze na 100 sprejemov zaradi kirurškega posega, standardizirana po starosti in spolu, v Sloveniji med letoma 2012 in 2014.....	39
Slika 40: Stopnja primerov venske tromboze na 100 sprejemov zaradi endoproteze kolka ali kolena, standardizirana po starosti in spolu, v Sloveniji med letoma 2012 in 2015.....	40
Slika 41: Poraba antibiotikov (J01) v slovenskih bolnišnicah v letu 2015 (DDD/100 BOD)	43
Slika 42: Poraba antibiotikov (J01) v slovenskih bolnišnicah v letu 2015 (DDD/100 sprejemov)	44
Slika 43: Poraba protiglivnih zdravil (J02) v slovenskih bolnišnicah v letu 2014 (DDD/100 BOD).....	44
Slika 44: Poraba protivirusnih (J05) zdravil v slovenskih bolnišnicah v letu 2015 (DDD/100 BOD)	46
Slika 45: Stopnja razjed zaradi pritiska v splošnih bolnišnicah v Sloveniji v letu 2014 na 100 sprejemov	47
Slika 46: Stopnja razjed zaradi pritiska v specializiranih bolnišnicah v Sloveniji v letu 2014 na 100 sprejemov	48
Slika 47: Stopnja razjed zaradi pritiska v splošnih bolnišnicah v Sloveniji v letu 2015 na 100 sprejemov	48
Slika 48: Stopnja razjed zaradi pritiska v specializiranih bolnišnicah v Sloveniji v letu 2015 na 100 sprejemov	49

Slika 49: Stopnja padcev v splošnih bolnišnicah v Sloveniji v letu 2014 na 1000 dni hospitalizacije	50
Slika 50: Stopnja padcev v specializiranih bolnišnicah v Sloveniji v letu 2014 na 1000 dni hospitalizacije	51
Slika 51: Stopnja padcev v splošnih bolnišnicah v Sloveniji v letu 2015 na 1000 dni hospitalizacije	51
Slika 52: Stopnja padcev v specializiranih bolnišnicah v Sloveniji v letu 2014 na 1000 dni hospitalizacije	52
Slika 53: Odstotek padcev s poškodbami v bolnišnicah v Sloveniji v letu 2015, lijakasti diagram	54
Slika 54: Delež bolnikov, ki so MRSA pridobili v posamezni bolnišnici, glede na skupno število bolnikov, pri katerih je bila ugotovljena MRSA, v letu 2014	57
Slika 55: Delež bolnikov, ki so MRSA pridobili v posamezni bolnišnici, glede na skupno število bolnikov, pri katerih je bila ugotovljena MRSA, v letu 2015	58
Slika 56: Stopnja seps na 100.000 sprejemov zaradi kirurškega posega, standardizirana po starosti in spolu, v Sloveniji med letoma 2009 in 2015	59
Slika 57: Stopnja seps na 100.000 sprejemov zaradi kirurškega posega na področju trebušne votline, standardizirana po starosti in spolu, v Sloveniji med letoma 2009 in 2015	60
Slika 58: Stopnja seps na 100.000 sprejemov zaradi kirurškega posega pri izvajalcih zdravstvenih storitev v Sloveniji za obdobje od 2012 do 2015	60
Slika 59: Povprečno število poškodb osebja z ostrimi predmeti na leto na 100 zaposlenih pri nekaterih izvajalcih bolnišničnega zdravljenja v Sloveniji v letih 2014 in 2015	61

Kazalo tabel

Tabela 1: Groba stopnja sprejemov na 100.000 prebivalcev v slovenskih regijah, povprečna vrednost treh let (2013–2015)	5
Tabela 2: Delež cepljenih proti nekaterim nalezljivim boleznim v Sloveniji v letu 2014 in 2015	8
Tabela 3: Število prijavljenih primerov in incidenčna stopnja nekaterih nalezljivih bolezni v Sloveniji v letih od 2009 do 2015	10
Tabela 4: Temeljne značilnosti akutnih obravnav z izvedbo premostitvene operacije koronarnih arterij v letu 2014	26
Tabela 5: Poraba (DDD/100 BOD) antibiotikov na oddelkih splošnih bolnišnic in v univerzitetnih kliničnih centrih v letu 2014 v Sloveniji	41
Tabela 6: Poraba (DDD/100 BOD) antibiotikov na oddelkih splošnih bolnišnic in v univerzitetnih kliničnih centrih v letu 2015 v Sloveniji	42
Tabela 7: Odstotek poškodb ob padcu v bolnišnicah v Sloveniji v letu 2015	53
Tabela 8: Število bolnikov, pri katerih je bil ugotovljen MRSA, in delež teh bolnikov, ki so MRSA pridobili v posamezni bolnišnici v letu 2014	56
Tabela 9: Število bolnikov, pri katerih je bil ugotovljen MRSA, in delež teh bolnikov, ki so MRSA pridobili v posamezni bolnišnici v letu 2015	56

Razlaga kratic

BOD – bolnišnični oskrbni dan

DDD – definirane dnevne doze

ECDC – Evropski center za preprečevanje in obvladovanje bolezni

KK – kazalnik kakovosti

KOPB – kronična obstruktivna pljučna bolezen

MRSA – na meticilin odporni *Staphylococcus aureus*

OECD – Organizacija za gospodarsko sodelovanje in razvoj

SB – splošna bolnišnica

UKC – univerzitetni klinični center

PREDGOVOR

Pred nami je izbor kazalnikov kakovosti za leto 2014–2015. Vrsta avtorjev je prispevala svoj košček v ta mozaik, za kar se jim iskreno zahvaljujem.

Kritično moramo oceniti, da objava kazalnikov leta 2018 za leto 2014 in 2015 ni stanje, ki si ga na tem področju želimo. Cilj, ki smo si ga zastavili pri objavi priročnika o kazalnikih kakovosti v letu 2010, da ti ponudijo pacientom informacije o kakovosti in varnosti obravnave po posameznih ustanovah, na ta način ne more biti dosežen.

Za uspešno ravnanje po kazalnikih kakovosti je namreč treba na nacionalnem nivoju pri vseh deležnikih v zdravstvu ponotranjiti dejstvo, da je kakovost temelj uspešnega zdravljenja. Temu pa morajo slediti tudi dejanski premiki v pravo smer z zagotavljanjem potrebnih virov za pokrivanje tega področja, tako kadrovskih kot finančnih in tudi ustreznega usposabljanja na tem področju. Ne nazadnje pa mora biti tudi sistem zajemanja kazalnikov avtomatiziran in čim manj obremenjujoč, kar pomeni tudi prenovu razumevanja vsebine, postopka zajema kot nazadnje čisto tehnične izvedbe vnosa in poročanja.

Vrsta pomislekov pri posameznih kazalnikih v poročilu, ki kaže dvom o tem, ali je bil kazalnik pravilno razumljen, spremljan in ali lahko na podlagi njegove interpretacije naredimo kak sklep, me utrjuje v prepričanju, da si področje zasluži več pozornosti, pri čemer ta ne more biti zgolj deklaratorna. Ali je rešitev okrepitev področja na ministrstvu ali v večkrat predvideni posebni instituciji za kakovost, prepuščam odločevalcem na področju in (upam, da ne predolgemu) času. Osebnostno pa trdno zagovarjam stališče, da si področje zasluži prednostno in celovito obravnavo.

Ministrstvo je v sodelovanju z deležniki naredilo pomembne premike na področju zagotavljanja varnosti v zdravstvu tudi v sodelovanju z Evropsko komisijo, pri čemer rezultate pričakujemo v dveh letih. Izzivi nas vse skupaj čakajo predvsem na področju kulture varnosti, kjer so pred nami še veliki koraki, vključno z vzporedno potrebno ureditvijo področja brezkrivdnega nadomestila v primeru odklonov v zdravstvu. Šele na ta način bo tudi jasno in odkrito poročanje tako odklonov kot parametrov kazalnikov kakovosti, predvsem pa prizadevanja za izboljšanje kakovosti, postalo ne zgolj deklaratorna obveza, ampak v resnici izvajano načelo delovanja vsakega zdravstvenega delavca.

Do takrat se zahvaljujem vsem, ki so sodelovali pri zbiranju podatkov pri izvajalcih zdravstvene dejavnosti, ter sodelujočim pri pripravi dokumenta za vaš strokovni prispevek.

Dr. Ana Medved

državna sekretarka na Ministrstvu za zdravje





Uvod

Pred vami je tretje poročilo o nacionalno dogovorjenih kazalnikih kakovosti, ki jih je Ministrstvo za zdravje leta 2010 prepoznalo kot pomembne pokazatelje sistema zdravstvenega varstva Sloveniji. Nabor kazalnikov in metodologije spremljanja nekaterih izmed njih so bili v vmesnem obdobju spremenjeni, kljub temu pa so številni deležniki v času od opredelitve nabora kazalnikov prepoznali potrebo po temeljiti osvežitvi nabora teh kazalnikov.

O zavedanju nujnosti ukrepanja na tem področju priča navedba te naloge v novi Resoluciji o nacionalnem planu zdravstvenega varstva (poglavje 6.3.4 – Celovito upravljanje in nenehno izboljševanje kakovosti in varnosti). Resolucija navaja ukrep 2 »Posodobitev nabora kazalnikov kakovosti, ki se spremljajo na nacionalni ravni, vključno s kazalniki zadovoljstva uporabnikov, ter njihova javna objava«. Pomanjkljivosti, ki so povod za določitev omenjenega ukrepa, so delno izpostavljene v spremljajočem besedilu: »Upravljanje kakovosti in varnosti v zdravstvu v Sloveniji pa kljub številnim pobudam in strategiji še vedno ni ustrezno regulirano in vzpostavljeno. Predvsem niso jasno opredeljeni nosilci upravljanja kakovosti in varnosti na nacionalni ravni in na ravni posameznih organizacij (bolnišnic in drugih zdravstvenih zavodov) niti ni zagotovljeno financiranje ključnih aktivnosti sistema celovite kakovosti in varnosti.«

Glede samega izbora in vsebine kazalnikov lahko povzamemo mnenja deležnikov, da je kljub prepričanju o smiselnosti in nujnosti spremljanja kakovosti s kazalniki treba preveriti racionalnost, pravilnost izbora in koristnost podatkov, ki se zdaj zbirajo in so na razpolago. Tudi časovna vrzel med časom dogodkov, ki so predmet meritev, in časom objave podatkov je bila poudarjena kot problematična.

Iz dosedanjih izkušenj pri spremljanju kazalnikov kakovosti lahko kot bistvene ključne spremljajoče dejavnike, ki jih moramo spremeniti, izpostavimo:

- nezadostno sodelovanje z deležniki po sprejetju dogovora o naboru kazalnikov;
- pomanjkljive opredelitve človeških in finančnih virov, potrebnih za spremljanje kazalnikov;
- odsotnost celovitega sistema IKT, ki bi podpiral spremljanje kazalnikov kakovosti;
- šibkost vodenja celotnega sistema spremljanja kakovosti s kazalniki

Tako je v prihodnje nujno treba zagotoviti pravočasne objave natančnih podatkov in spoštovanje drugih načel Kodeksa ravnanja evropske statistike, zagotoviti več finančnih in človeških virov ter redno evalvacijo aktivnosti.

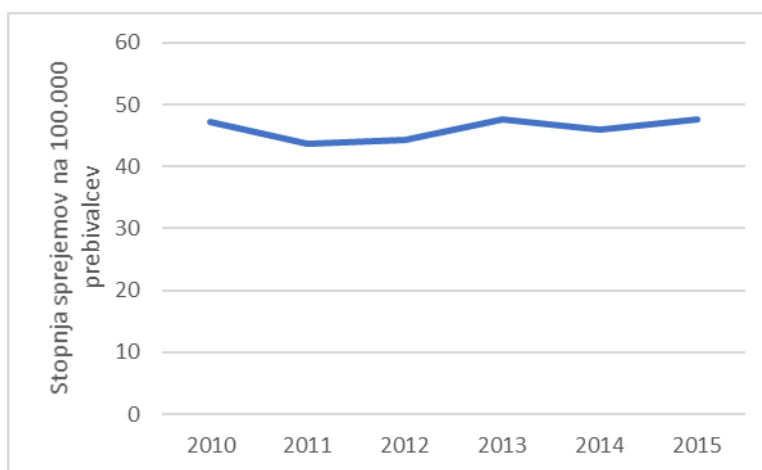
Prepoznani izzivi izvajanja temeljijo na dosedanjih izkušnjah pri spremljanju kazalnikov kakovosti. Kot poglobiti izziv navajamo pravočasnost objave rezultatov spremljanja kazalnikov, pri čemer je razpoložljivost človeških in finančnih virov ključen element, ki omogoča pravočasno pripravo podatkov in poročil. Vire zagotovijo institucije, ki imajo interes, da so podatki na razpolago. Prepoznavanje teh institucij pomeni prepoznavanje razmerja odgovornosti med akterji v zdravstvu. Plačniki aktivnosti prav tako zahtevajo evalvacijska poročila, ki jih je treba vključiti kot faktor pri sprejetju in izvajanju politik v zdravstvu. Nedvomno je treba v prihodnosti v celoten sistem vključiti tudi del, ki se nanaša na podatke iz anket o zadovoljstvu pacientov.

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

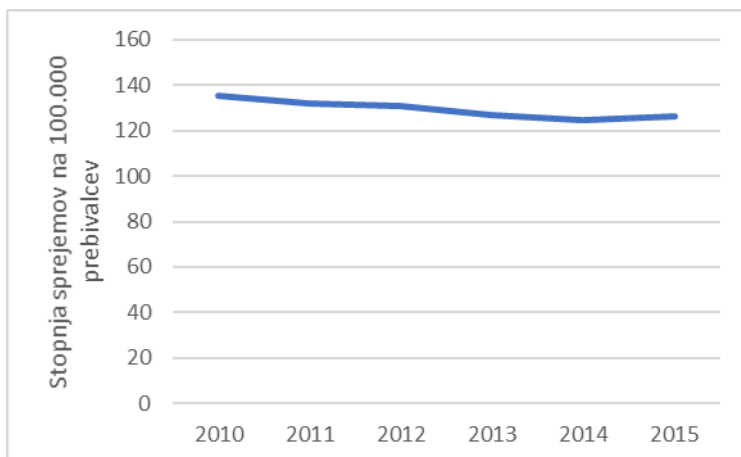
Delež oziroma stopnja sprejemov v bolnišnico zaradi kroničnih stanj, kot so astma, kronična obstruktivna pljučna bolezen (KOPB), srčno popuščanje, angina pektoris in hipertenzija, je kazalnik, ki se pri OECD uporablja za oceno kakovosti ambulantne oskrbe. Bolezni, ki so ambulantno dobro obvladovane, naj bi zahtevale manj sprejemov v bolnišnice, vendar pa je stopnja hospitalizacij odvisna tudi od drugih dejavnikov. Tudi v letošnjem poročilu posebej opozarjamo, da ne poznamo obsega vpliva na stopnjo hospitalizacije, kot jo prikazujejo zbrani podatki, glede na razlike v praksah kodiranja teh stanj v bolnišničnih podatkovnih bazah, razlike v navadah ali doktrinah napotovanja in hospitalizacije ter razlike v razpoložljivosti bolniških postelj.

Na sliki 1 prikazujemo stopnje sprejemov na 100.000 prebivalcev v letih od 2010 do 2015. V primerjavi z zadnjimi podatki, ki so bili objavljeni v prejšnji izdaji poročila, ugotavljamo, da so se glede na leto 2013 deleži sprejemov v bolnišnico zaradi astme, KOPB in srčnega popuščanja v letu 2015 zvišali, zaradi angine pektoris (brez posega) pa znižali. Pri tem je pomembno poudariti, da so pri sprejemih zaradi angine pektoris upoštevani samo tisti sprejemi, pri katerih ni bil opravljen poseg. Torej so vse hospitalizacije, pri katerih je bila opravljena na primer koronarografija, izključene, saj naj ne bi šlo za preprečljive hospitalizacije. Primerjali smo število sprejemov zaradi angine pektoris v Sloveniji s posegom in brez posega v letih 2009 in 2014. Opažamo, da se je zmanjšalo število sprejemov zaradi angine pektoris v primerih, ko je bil poseg opravljen, in tudi v primerih, ko posega ni bilo.

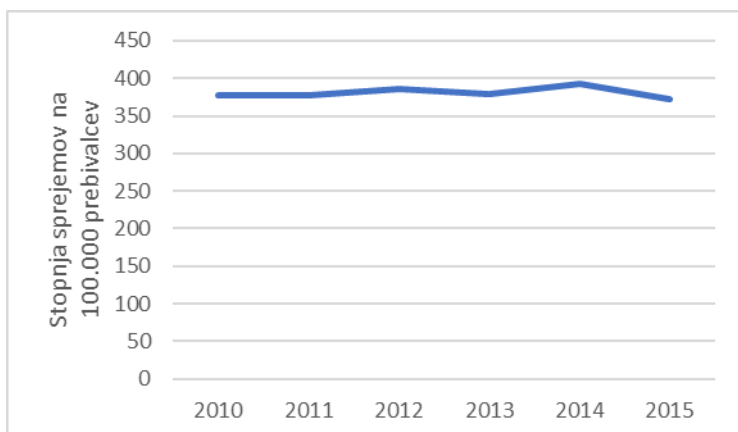
Slika 1: Stopnja sprejemov zaradi astme na 100.000 prebivalcev v letih od 2010 do 2015 v Sloveniji, standardizirana po starosti in spolu



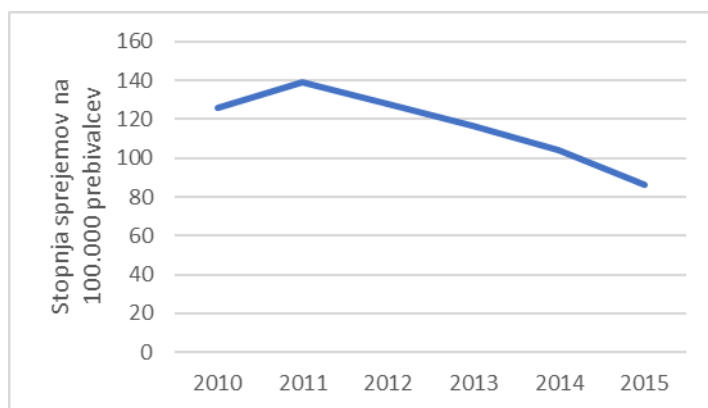
Slika 2: Stopnja sprejemov zaradi kronične obstruktivne pljučne bolezni (KOPB) na 100.000 prebivalcev v letih od 2010 do 2015 v Sloveniji, standardizirana po starosti in spolu



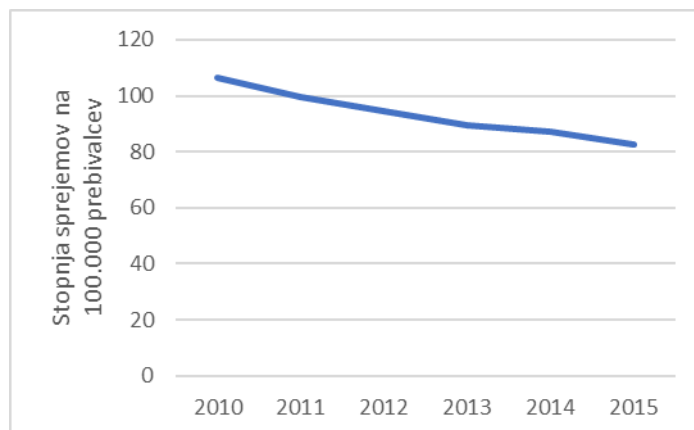
Slika 3: Stopnja sprejemov zaradi srčnega popuščanja na 100.000 prebivalcev v letih od 2010 do 2015 v Sloveniji, standardizirana po starosti in spolu



Slika 4: Stopnja sprejemov zaradi angine pectoris (brez posega) na 100.000 prebivalcev v letih od 2010 do 2015 v Sloveniji, standardizirana po starosti in spolu



Slika 5: Stopnja sprejemov zaradi hipertenzije na 100.000 prebivalcev v letih od 2010 do 2015 v Sloveniji, standardizirana po starosti in spolu



Na področju hipertenzije je bila ugotovljena napaka v izračunih, prikazanih v prejšnjih poročilih. Popravljeni podatki, ki jih prikazujemo v letošnjem poročilu, sicer nakažejo enak trend zmanjšanja števila sprejemov.

V obliki lijakastega diagrama ali »funnel plot« so prikazane tudi triletne stopnje sprejemov med letoma 2013–2015 po statističnih regijah Slovenije. Lijakasti diagram uporabljamo takrat, ko želimo prepoznati razlike med regijami, ki zelo verjetno niso posledica vsakoletnih pričakovanih variacij v rezultatih. Prikaz temelji na predpostavki, da imajo le dovolj velika odstopanja od aritmetične sredine posebne razloge in niso zgolj naključni pojav. Kateri so ti razlogi, ne vemo. Podatki za Slovenijo so standardizirani po starosti in spolu, medtem ko so podatki po regijah surovi, torej nestandardizirani.

Slika 6: Groba stopnja sprejemov na 100.000 prebivalcev zaradi astme v slovenskih regijah, povprečna vrednost treh let (2013–2015)

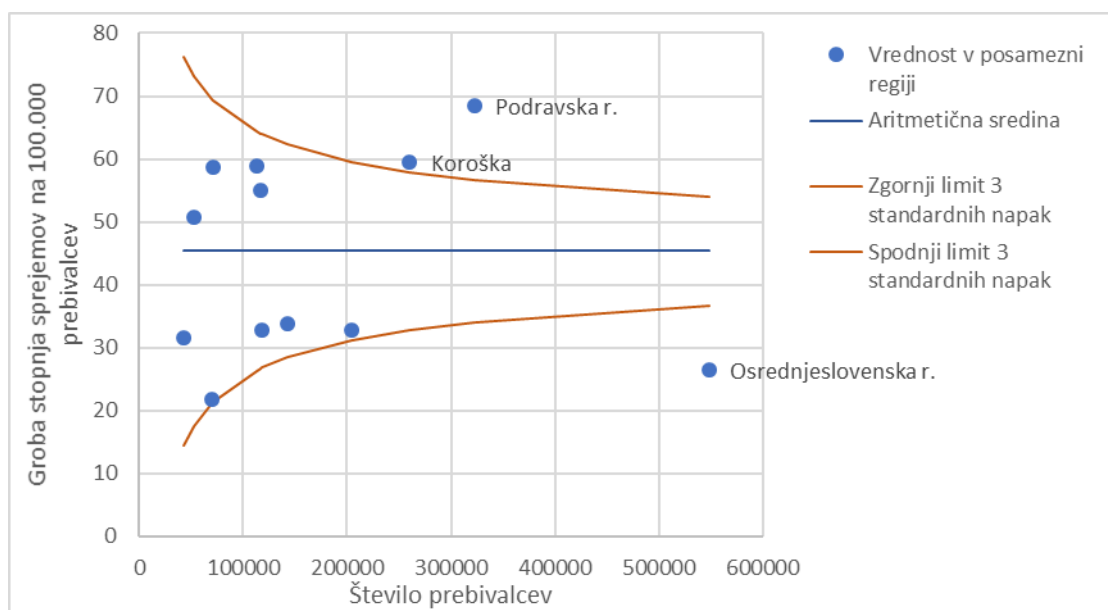
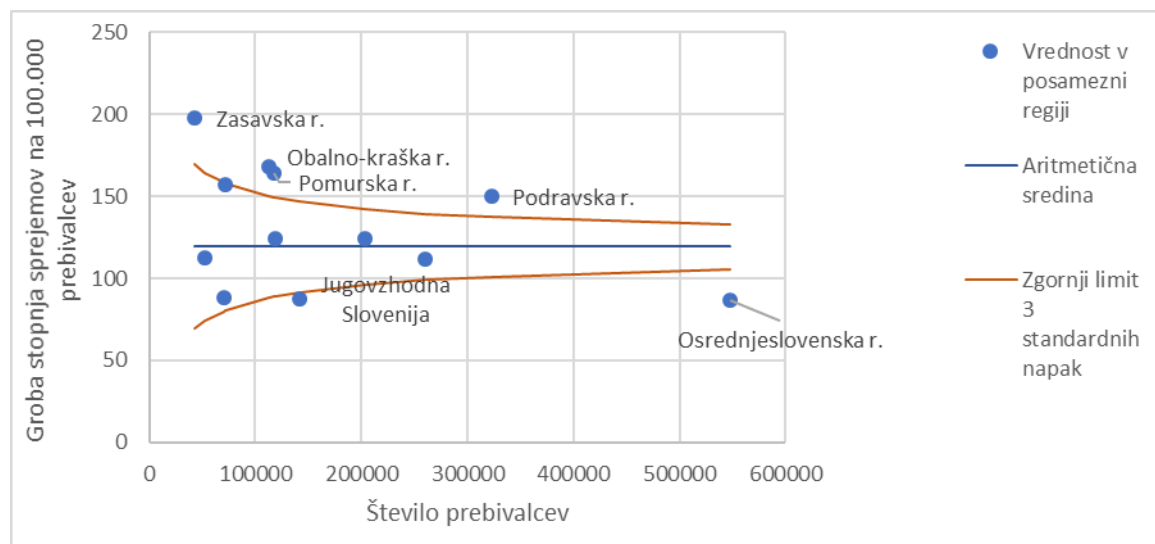


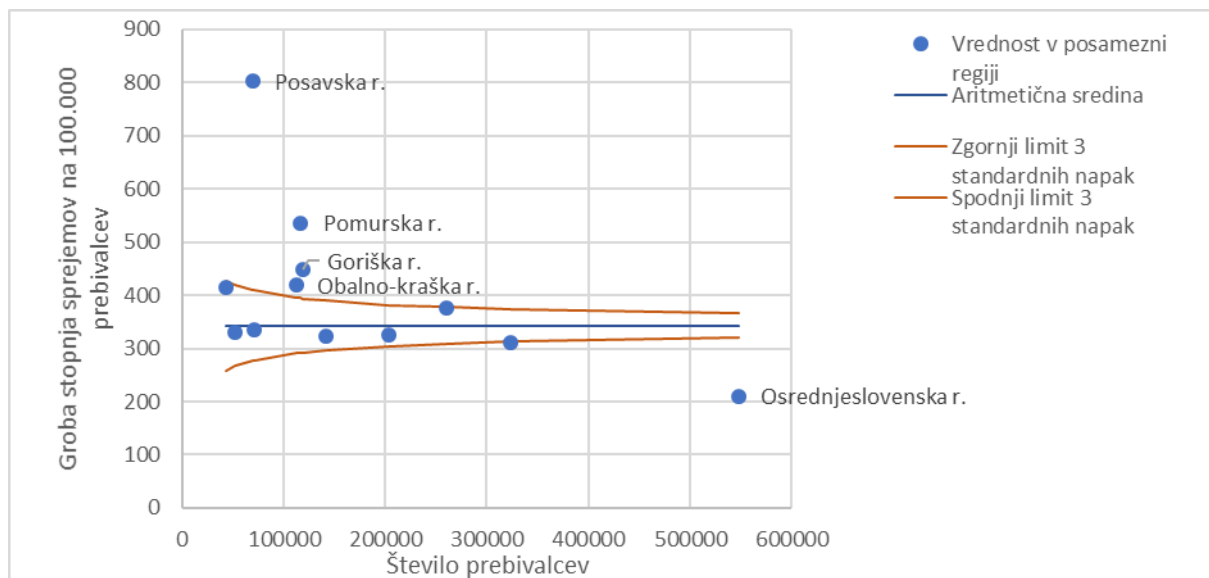
Tabela 1: Groba stopnja sprejemov na 100.000 prebivalcev v slovenskih regijah, povprečna vrednost treh let (2013–2015)

Regija	Stopnja sprejemov				
	zaradi	zaradi	zaradi	zaradi	zaradi
Pomurska	55	164	536	102	176
Podravska	68	150	310	53	97
Koroška	59	157	335	85	91
Savinjska	59	111	377	166	75
Zasavska	32	197	416	170	58
Posavska	22	89	802	139	116
Jugovzhodna Slovenija	34	88	324	89	57
Osrednjeslovenska	26	87	210	92	49
Gorenjska	47	111	325	93	63
Primorsko-notranjska	51	113	331	89	45
Goriška	33	124	449	98	189
Obalno-kraška	59	168	419	96	54
SLOVENIJA	45	119	343	99	81

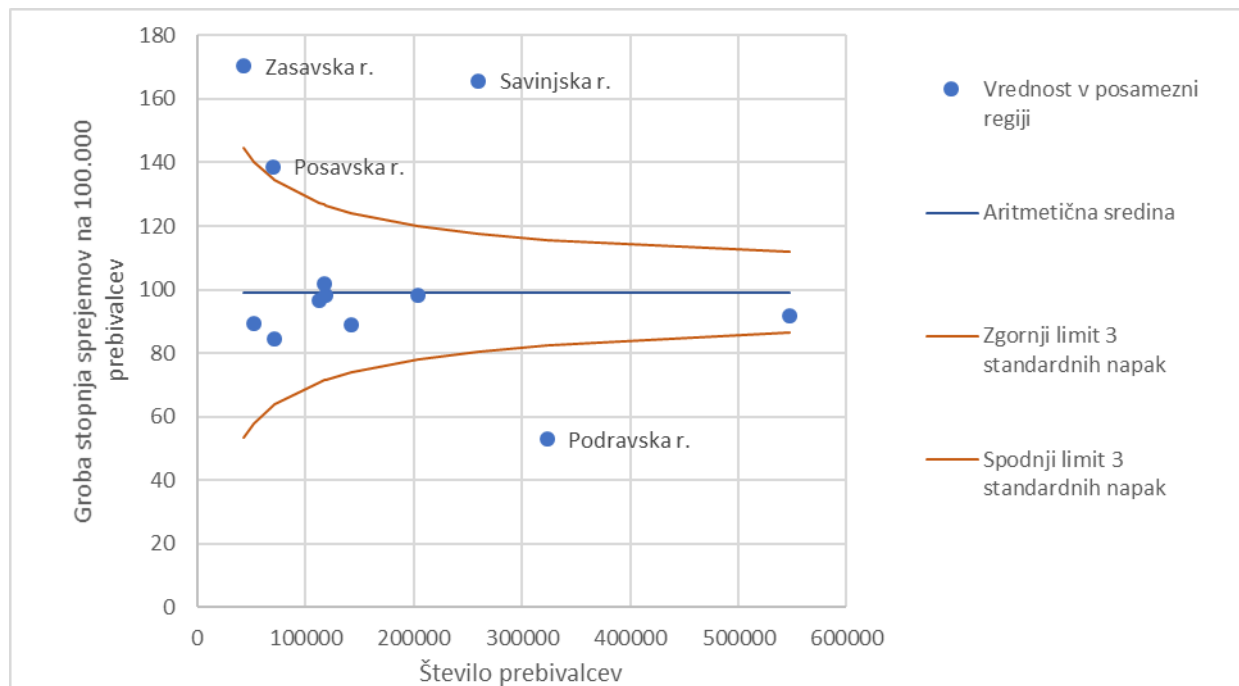
Slika 7: Groba stopnja sprejemov na 100.000 prebivalcev zaradi kronične obstruktivne pljučne bolezni (KOPB) v slovenskih regijah, povprečna vrednost treh let (2013–2015)



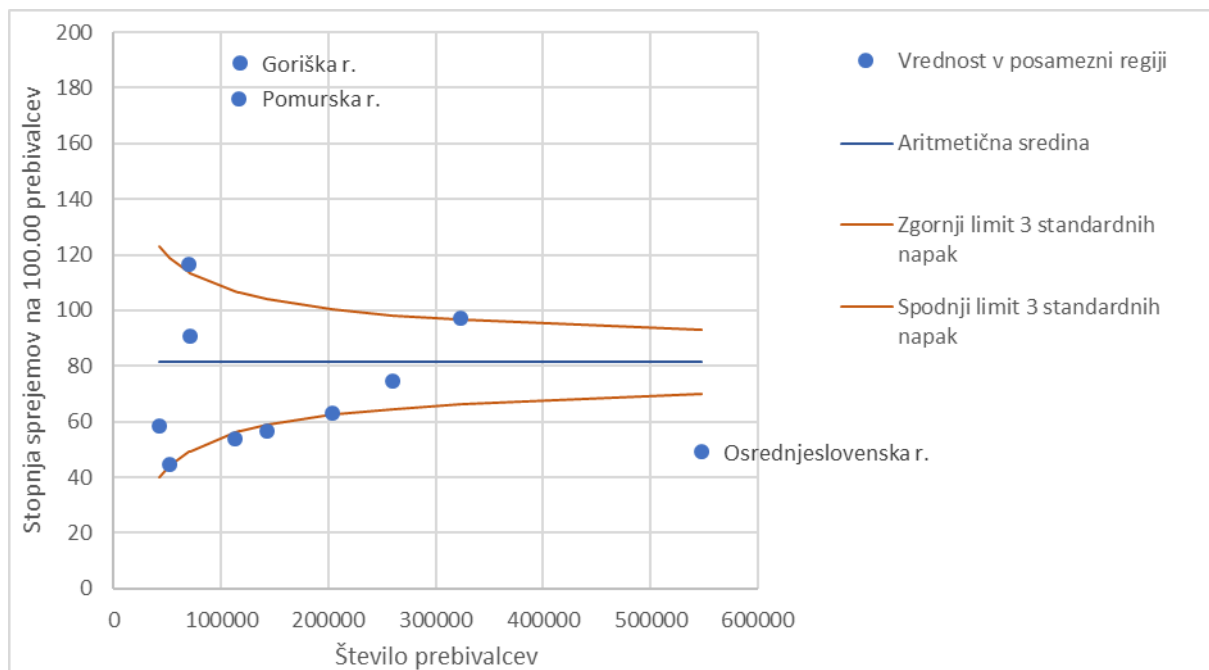
Slika 8: Groba stopnja sprejemov na 100.000 prebivalcev zaradi srčnega popuščanja v slovenskih regijah, povprečna vrednost treh let (2013–2015)



Slika 9: Groba stopnja sprejemov na 100.000 prebivalcev zaradi angine pectoris (brez posega) v slovenskih regijah, povprečna vrednost treh let (2013–2015)



Slika 10: Groba stopnja sprejemov na 100.000 prebivalcev zaradi hipertenzije v slovenskih regijah, povprečna vrednost treh let (2013–2015)





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 2014 (2015) otroci, rojeni v letu 2013 (2014), od dopolnjenih 12 mesecev starosti do dopolnjenih 18 mesecev starosti,
- obvezniki za cepljenje proti davici, tetanusu in oslovskemu kašlju so bili v letu 2014 (2015) otroci, rojeni v letu 2013 (2014), od dopolnjenih 3 mesecev starosti dalje in rojeni v 2014 (2015), ko so dopolnili 3 mesece starosti,
- obvezniki za cepljenje proti hepatitisu B so bili v letu 2014 (2015) otroci, ki so v šolskem letu 2014/15 (2015/16) obiskovali 1. razred osnovne šole.

Precepljenost za leti 2014 in 2015 je bila ocenjena na podlagi agregiranih podatkov, ki so jih poslali 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 je bila v oceno precepljenosti zajeta večina obveznikov, kar zagotavlja natančnost ocene.

Precepljenost proti navedenim boleznim je že nekaj let zapored na državni ravni relativno visoka, več kot 90 % (razen za hepatitis B), vendar se znižuje. Za zdaj še zagotavlja dobro zaščito pred vnosom in širjenjem nekaterih od omenjenih nalezljivih bolezni v našo državo. Za vzpostavitev kolektivne imunosti proti ošpicam je zelo pomembno, da precepljenost znaša vsaj 95 %. Izbruhi nalezljivih bolezni, ki jih preprečujemo s cepljenjem (v zadnjem času predvsem ošpice), se pojavljajo tako v Evropi kot tudi drugje po svetu in se lahko vnesejo tudi k nam, zato je vzdrževanje visoke precepljenosti našega prebivalstva zelo pomembno.

Tabela 2: Delež cepljenih proti nekaterim nalezljivim boleznim v Sloveniji v letu 2014 in 2015

Bolezen	Delež cepljenih otrok, »obveznikov« za cepljenje	
	V letu 2014	V letu 2015
Ošpice	93,7	93,5
Davica, tetanus in oslovski kašelj	94,9	94,8
Hepatitis B	88,8	87,8

Bolezen	Delež cepljenih oseb, starih 65 let in več	
	V sezoni 2014/2015	V sezoni 2015/2016
Gripa	11,0	10,4



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 2014/15 in 2015/16 cepljeni proti gripi.

Tudi precepljenost proti gripi je bila ocenjena na podlagi agregiranih podatkov, ki so jih poslali 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 2014/15 in 2015/16 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. Tako spadamo med evropske države z najnižjim deležem cepljenih starejših oseb proti gripi.

Kazalniki 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 podlagi 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 pojavijo posamezni primeri, medtem ko do večjega širjenja zaradi dobre precepljenosti za zdaj še 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 in cepljenje nosečnic.

Incidenčna stopnja akutnega hepatitisa B je nizka, bolezen v Sloveniji dobro obvladujemo. Z rutinskim cepljenjem vseh otrok proti hepatitisu B smo v Sloveniji začeli v letu 1998. Tako je bila prva generacija otrok, ki je bila cepljena proti hepatitisu B, v letu 2014 stara 23 let in v letu 2015 24 let. Visoka precepljenost zagotavlja dobro zaščito mladim proti hepatitisu B, bolezen se pri njih ne pojavlja.

Tabela 3: Število prijavljenih primerov in incidenčna stopnja nekaterih nalezljivih bolezni v Sloveniji v letih od 2009 do 2015

Leto	Oslovski kašelji		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
2014	399	19,4	52	2,5	12	0,6
2015	68	3,3	18	0,9	12	0,6

Porodništvo

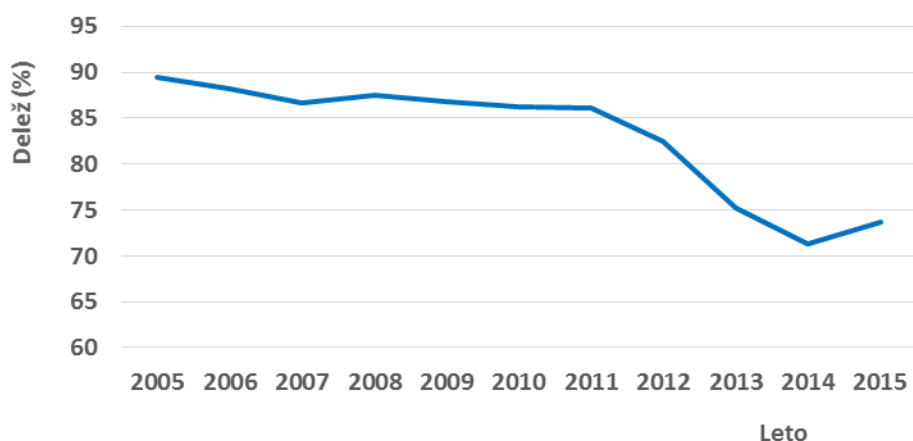
KK 2 – Izključno dojenje

Dojenje velja za najboljšo prehrano dojenčkov v prvih mesecih življenja in koristi tako zdravju 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 in manjše zbolevanje za kroničnimi nenalezljivimi boleznimi v odrasli dobi. Matere pa dojenje ščiti pred rakom dojke (1-3).

Kazalnik naj bi prikazal delež izključno dojenih »zdravih« novorojenčkov, ki se zabeleži v porodnišnici. Izključno dojenje je bilo 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 v tej analizi se prikazujejo za donošene enojčke s porodno težo najmanj 2000 gramov in petminutno oceno po Apgarjevi, višjo ali enako 5 (»zdravi« novorojenčki). Drugih predlaganih izključitvenih meril, kot so nekatere novorojenčkove in materine bolezni, pri katerih je dojenje lahko kontraindicirano, v naši analizi nismo upoštevali, ker o teh stanjih ni na voljo dovolj zanesljivih podatkov. Vendar zaradi njihove redkosti predvidevamo, da nimajo pomembnejšega vpliva na rezultate.

Kot vir podatkov je bil uporabljen nacionalni medicinski register porodov in rojstev, tako imenovani perinatalni informacijski sistem, ki vključuje podatke o vseh porodih in rojstvih v 14 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 projekta PATH, saj naj ne bi teh podatkov, da bi se izognili informacijski pristranskosti, zbirale osebe, ki so neposredno 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.

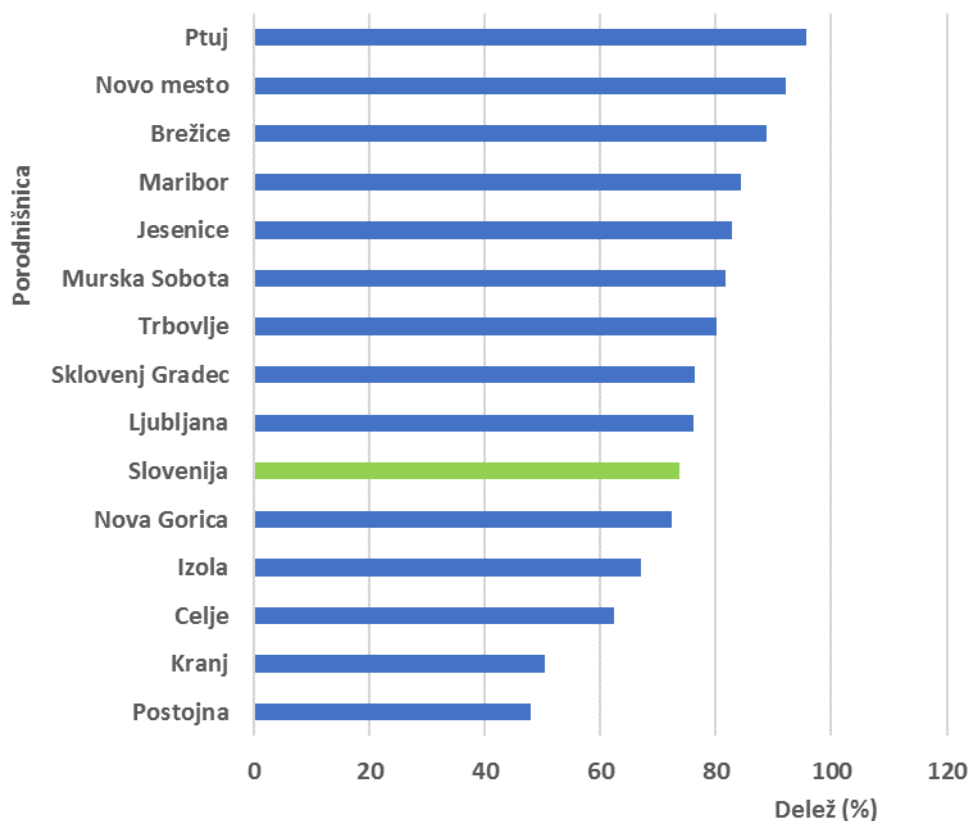
Slika 11: Delež izključno dojenih zdravih* novorojenčkov, Slovenija 2005–2015



**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 2015 je bil zabeležen delež izključno dojenih novorojenčkov v slovenskih porodnišnicah 73,7 % in je v zadnjem desetletju upadel za več kot 15 odstotnih točk. Upad je bil večinoma na račun povečanega deleža novorojenčkov, pri katerih je bilo zabeleženo, da so bili dojeni le delno. Razlike med porodnišnicami so bile zelo velike, delež izključno dojenih novorojenčkov se je gibal od 48 % do 95,8 %, kljub temu da ima večina slovenskih porodnišnic certifikat Novorojenčku prijazna porodnišnica, ki se podeljuje ustanovam, ki spodbujajo dojenje. Večji del razlike med porodnišnicami je šlo na račun zabeleženega deleža delno dojenih novorojenčkov, ki se je leta 2015 gibal med 3,6 % in 50,9 %, medtem ko so bile razlike v deležu novorojenčkov, ki sploh niso dojeni, manjše; takšnih je bilo med 0,5 % in 2,8 %.

Slika 12: Delež izključno dojenih zdravih* novorojenčkov po porodnišnicah, Slovenija 2015



**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 deležu izključno dojenih novorojenčkov med porodničnicami, ki jih že leta opazujemo, smo že pri pripravi predhodnih poročil pomislili na razlike pri beleženju, ki bi lahko bile posledica različnega razumevanja pojma »izključno« in »delno« dojenje. Zato smo že v letu 2013 vseh 14 porodnišnic povprašali po njihovih praksah beleženja tega podatka. Izkazalo se je, da so pomembne razlike vsaj na dveh področjih. In sicer v nekaterih porodnišnicah pri ocenjevanju, ali je otrok izključno ali delno dojen, upoštevajo celoten čas bivanja od rojstva naprej (kot je bilo predlagano tudi v projektu PATH) (4), v drugih pa ocenjujejo stanje v zadnjih 24 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 porodničnicami 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 nedojene. V zadnjih treh letih je bil padec deleža izključno dojenih novorojenčkov še posebno velik, vendar je bil zabeležen le v nekaterih porodnišnicah, medtem ko v drugih ni prišlo do večjih sprememb. To bi bilo lahko tudi posledica prenove informacijskega sistema za spremljanje perinatalnih podatkov v letu 2013 in morebitnih napak v beleženju podatkov.

Zaradi omenjenih razlik v beleženju in posledične nezanesljivosti podatkov je treba prikazane podatke o izključnem dojenju šteti le kot informativne, saj ne izražajo nujno realno različnih praks glede dojenja v slovenskih porodnišnicah. Če bomo želeli v prihodnje ta kazalnik uporabljati kot merilo kakovosti dela slovenskih porodnišnic, je treba poenotiti definicijo izključnega dojenja in poskrbeti, da bodo z njo seznanjeni vsi izvajalci. Najverjetneje bi bilo smiselno spremljati dva različna kazalnika, in sicer dojenje med celotno hospitalizacijo ter dojenje ob odpustu iz porodnišnice. Vsekakor je kazalnik smiselno spremljati še naprej, saj kaže neugoden trend upadanja izključnega dojenja v porodnišnicah. Vsaj deloma je to lahko povezano z naraščanjem deleža otrok, rojenih s carskim rezom, saj so le-ti redkeje polno dojeni. Podatki za leto 2015 tako kažejo, da je bilo polno dojenih 76,4 % otrok, rojenih vaginalno, in le 61,9 % otrok, rojenih s carskim rezom.

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, P. J. What do Kramer's Baby-Friendly Hospital Initiative PROBIT studies tell us? A review of a decade of research. *J Hum Lact.* 2012; 28:335–342.
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. Projekt PATH. Navodila za prikaz kazalnika izključno dojenje.

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

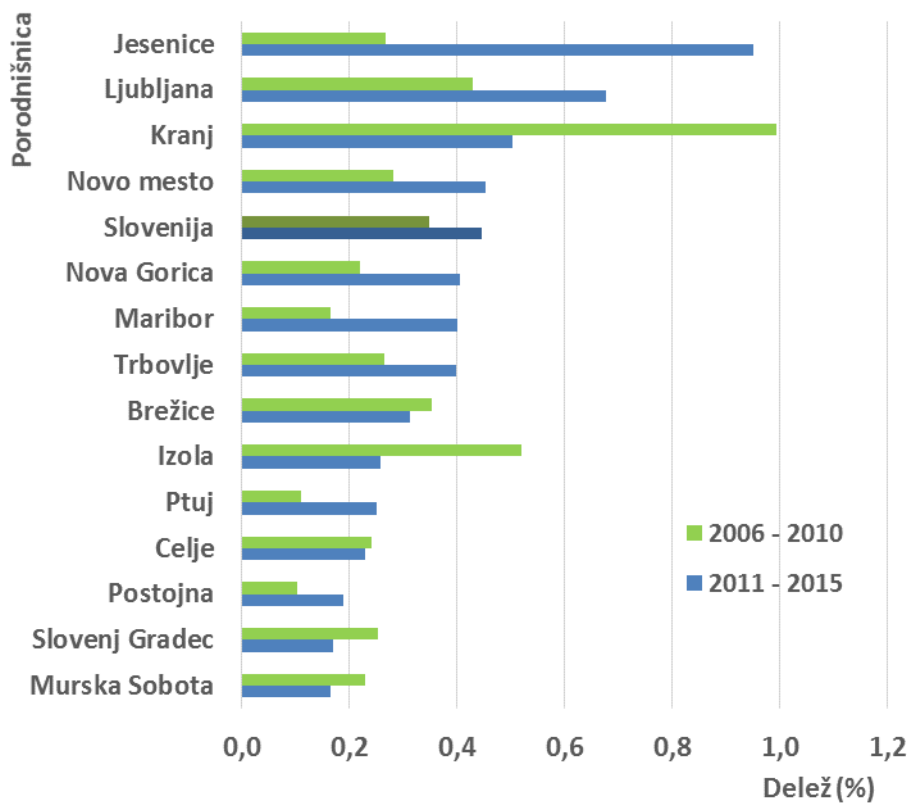


presredka tretje in četrte stopnje (MKB 10, kodi O70.2 in O70.3) pri vaginalnih porodih porodnic, starih 15 let in več. Kazalnik se podrobneje deli na vaginalni porod brez instrumentov in vaginalni porod z uporabo instrumentov (vakuum, forceps ...).

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 vseh 14 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 poškodbe presredka 3. in 4. stopnje dobro ujema z originalno klasifikacijo. Od leta 2013 je šifrant povsem usklajen z novo klasifikacijo MKB 10 AM.

Zelo pomembna omejitev kazalnika je zelo nizko absolutno število primerov hujših poškodb. V letu 2015 smo tako na primer zabeležili le 13 primerov poškodb presredka tretje ali četrte stopnje pri vaginalnem porodu z instrumenti. V večini bolnišnic je bilo število primerov 0 ali 1. Pri vaginalnem porodu brez instrumentov je bilo število primerov poškodb za celotno Slovenijo višje (101 primer). Kljub temu je bilo v večini porodnišnic (v 11 od 14) zabeleženih primerov le 5 ali manj. Zato smo se odločili, da delež poškodb presredka tretje in četrte stopnje prikažemo samo za vaginalne porode brez instrumentov in da združimo podatke za petletno obdobje 2011–2015. Delež omenjenih poškodb se je v tem obdobju gibal po porodnišnicah med 0,16 % in 0,95 %, v povprečju je znašal 0,45 %. To je več kot v predhodnem petletnem obdobju, primerjava med porodnišnicami pa pokaže, da je do povečanega deleža poškodb porodne poti prišlo samo v nekaterih porodnišnicah, medtem ko je v drugih delež upadel. Verjetno bi bilo v prihodnje smiselno proučiti, ali in koliko je to povezano s precejšnjimi spremembami v deležu epiziotomij, ki so se prav tako zgodile v zadnjih letih.

Slika 13: Delež poškodb presredka III. in IV. stopnje pri vaginalnih porodih brez uporabe instrumentov, po porodnišnicah, Slovenija 2006–2010 in 2011–2015



*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 povprečjem EU, vendar smo še vedno beležili zelo strm trend rasti, posebno v nekaterih porodnišnicah. Z večanjem deleža carskih rezov narašča tudi tveganje zapletov, kot so predležeča posteljico, ki je lahko tudi vraščena, tveganje za ponovni carski rez, večje je tudi tveganje za večjo krvavitev ob tem in naslednjem porodu (1,2).

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

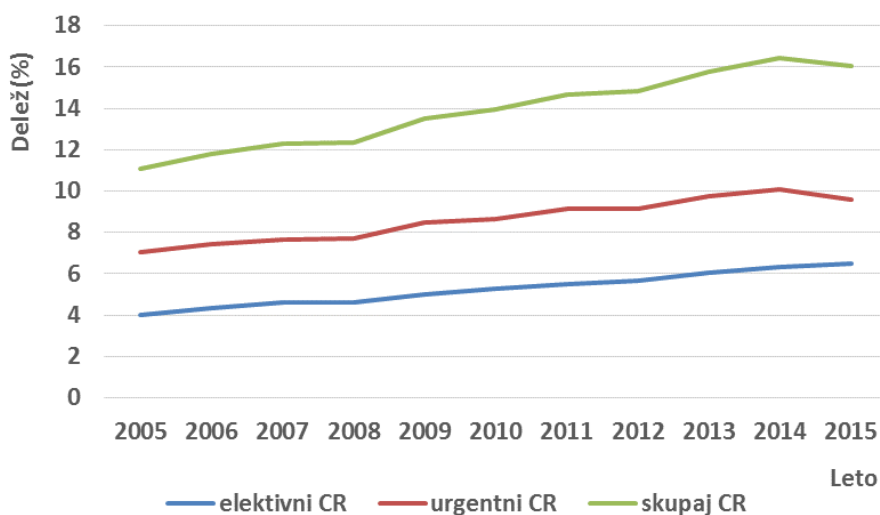
Kot vir podatkov je bil uporabljen nacionalni medicinski register porodov in rojstev, tako imenovani perinatalni informacijski sistem, ki vključuje podatke o vseh porodih in rojstvih v 14 slovenskih porodnišnicah. Podatki o carskem rezu se v perinatalnem informacijskem sistemu beležijo pod rubriko »operativno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

Leta 2015 je bil delež carskih rezov v opisani populaciji 16,1 % in se je med porodnišnicami gibal od 7,4 % do 28,3 %. V primerjavi z letom 2005 se je povečal skoraj za polovico, smo pa v primerjavi z letom

2014 prvič zabeležili manjši padec deleža carskih rezov. V zadnjem desetletju je bil večji porast zabeležen pri elektivnih carskih rezih kot pri urgentnih carskih rezih. Med porodnišnicami so bile razlike zelo velike, v nekaterih se je delež carskih rezov v zadnjem desetletju povečal za več kot dvakrat, na Jesenicah pa so leta 2015 zabeležili celo nižji delež carskih rezov kot leta 2005.

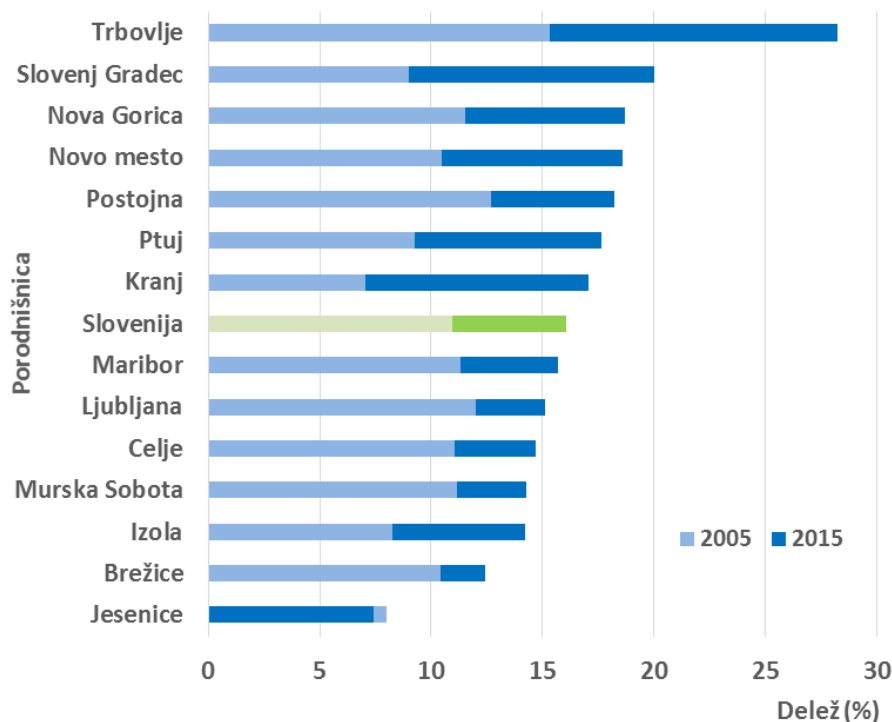
Iz podatkov je razvidno, da v Sloveniji ni jasne doktrine glede indikacij za carski rez, saj so odstopanja med primerljivimi porodnišnicami prevelika. Leta 2002 smo zadnjič največ carskih rezov zabeležili v Porodnišnici Ljubljana, kar je pričakovano, saj gre za terciarni center, v katerem obravnavajo največ bolnih in ogroženih nosečnic ter novorojenčkov. V letu 2015 se porodnišnici v Ljubljani in Mariboru po deležu carskih rezov uvrščata pod slovensko povprečje, najvišji deleži pa so zabeleženi v manjših perifernih porodnišnicah.

Slika 14: Delež otrok*, rojenih s carskim rezom, Slovenija 2005–2015



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

Slika 15: Delež otrok*, rojenih s carskim rezom, po porodnišnicah, Slovenija 2005 in 2015



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

Problematike naraščanja deleža carskih rezov se zaveda tudi ginekološko porodniška stroka v Sloveniji, ki je v letu 2016 organizirala strokovni posvet na temo carskega reza, kjer so zbrani strokovnjaki skušali ugotoviti vzroke za tak trend (3). V naslednjih letih bomo videli, kaj se bo dogajalo s trendom carskega reza in predvsem, ali bodo še vedno vztrajale velike razlike med porodnišnicami, ki so se v zadnjih letih, zajetih v tej analizi, še povečevale.

Viri:

1. Betrán, A.P., Meriáldi, M., Lauer, J.A., Bing-Shun, W., Thomas, J., Van Look, P., e tal. Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 2007; 21: 98–113.
2. Fabjan Vodusek, V., Kavšek, G. Porod. V: Verdenik, I., Novak Antolič, Ž., Zupan, J., ur. *Perinatologia Slovenica II, pregled slovenskih perinatalnih rezultatov za obdobje 2002–11*. Ljubljana: Združenje za perinatalno medicino SZD in Ginekološka klinika UKC Ljubljana; 2013. str. 59–71.
3. Premru Sršen, T., Mujezinović, F., Kavšek, G., ur. *Carski rez; Pojasnilna dolžnost in pravni problemi v perinatologiji in neonatologiji: zbornik / 17. Novakovi dnevi. Postojna, 3. do 4. junij 2016*. Ljubljana: Združenje za perinatalno medicino SZD; 2016.



KK22 – Čakalna doba za CT

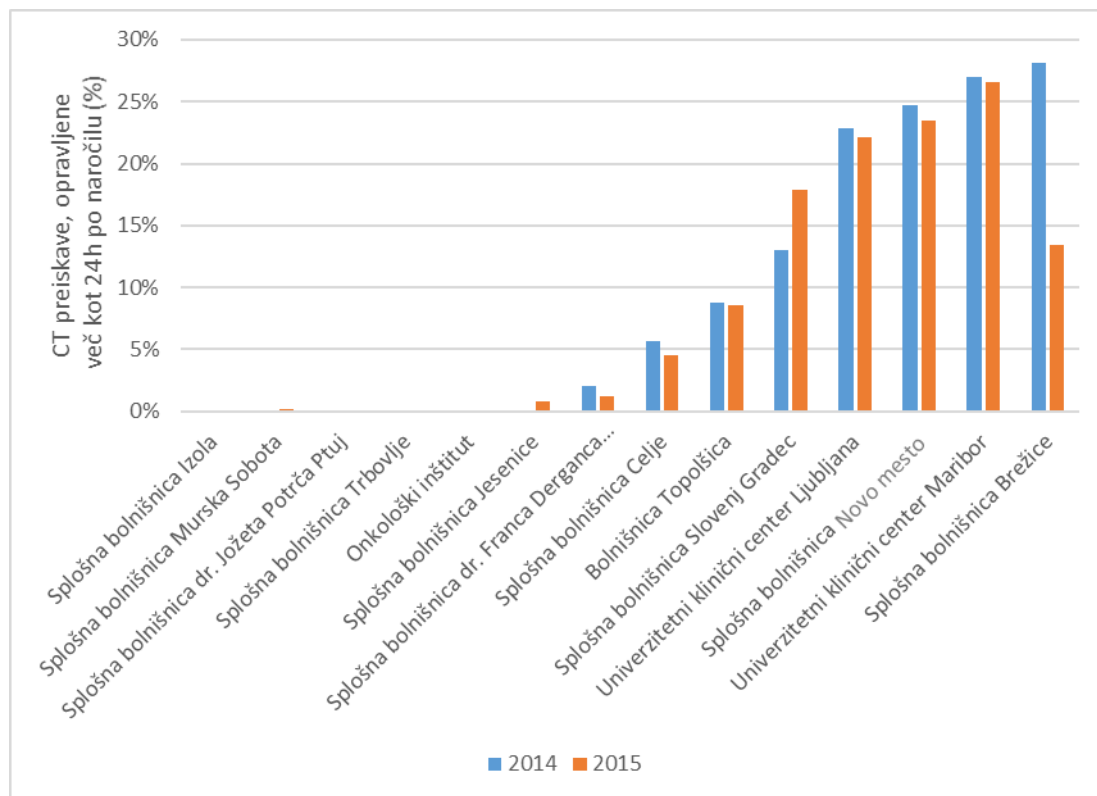
Kazalnik se nanaša na hospitalizirane paciente. Predstavlja merilo za ocenjevanje učinkovitosti procesov oskrbe v bolnišnici, saj je lahko daljše čakanje na CT preiskave pri hospitaliziranih pacientih vzrok za podaljšanje hospitalizacije. Kazalnik se umesti v širšo razpravo o čakalnih dobah, saj se spremljanje čakalnih dob za CT preiskave v okviru nacionalnega sistema eNaročanja nanaša na ambulantno opravljene storitve. Glede na omejeno število CT aparatov lahko pritisk nad zmanjšanjem čakalnih dob za ambulantne paciente ogroža procese oskrbe, pri katerih je potreben CT znotraj bolnišnične obravnave. Zaradi slednjega razloga je pomembno spremljati tudi čakalno dobo na CT preiskavo pri hospitaliziranih pacientih.

Kazalnik se spremlja od uvedbe obveznosti o spremljanju kazalnikov kakovosti v bolnišnicah v splošnem dogovoru leta 2006. Zaradi napačnega razumevanja navodil oziroma namena kazalnika so bili pridobljeni podatki v preteklosti nezanesljivi. Težava je bila prepoznana tudi po razširitvi nabora kazalnikov leta 2011, ko so bile spremenjene številne metodologije spremljanja posameznih kazalnikov, vključno s tem. Leta 2013 je bil pripravljen nov obrazec za poročanje o deležu hospitaliziranih pacientov, ki čakajo na CT preiskavo več kot 24 ur. Spodaj prikazujemo podatke za izvajalce, ki so podatke poslali v letih 2014 in 2015.

Razlike med izvajalci so izrazite. Štiri splošne bolnišnice in Onkološki inštitut Ljubljana v letu 2014 niso beležili primera pacienta, ki bi čakal na CT preiskavo več kot 24 ur od naročila. Na drugi strani pa je v štirih bolnišnicah več kot 20 % pacientov čakalo na CT preiskavo več kot 24 ur. Zanimivo je dejstvo, da slednja skupina vključuje tudi oba univerzitetna klinična centra. V Splošni bolnišnici Brežice opazamo izrazit padec deleža pacientov, ki so v letih 2014 in 2015 čakali dlje kot 24 ur.

Pri vrednotenju kazalnika je pomembno dopuščati možnost, da se (kljub izdanim obrazcem in navodilom) izvajalci še vedno razlikujejo v načinu spremljanja tega kazalnika, kar je nedvomno lahko vir pristranskosti pri primerjavah.

Slika 16: Odstotek naročil CT preiskav pri hospitaliziranih pacientih, pri katerih je bila preiskava opravljena več kot 24 ur po naročilu pri nekaterih izvajalcih v Sloveniji v letu 2014 in 2015





KK23– Učinkovitost dela v operacijskem bloku

Spremljanje učinkovitosti dela v operacijskem bloku v sedanji obliki je bilo dogovorjeno leta 2013. Vrednosti, ki se spremljajo, upoštevajo dejstva, da delo v operacijski dvorani poteka v več fazah. Tako je na primer trajanje operacije opredeljeno kot čas od kirurškega reza do zadnjega kirurškega šiva. Ta čas je vedno krajši od perioperativnega časa, ki teče od začetka kirurške priprave do konca operacije. Še daljši je čas anestezije, medtem ko zasedenost operacijske dvorane štejemo od vstopa bolnika v operacijsko dvorano do premestitve pacienta iz operacijske dvorane. Vse aktivnosti potekajo lahko le v času, ko je operacijska dvorana v obratovanju. Čas obratovanja, ki ga imenujemo operativna kapaciteta, upošteva dejstvo, da niso vse operacijske dvorane v uporabi vsak dan, v tipičnem primeru so na razpolago le v rednem delovnem času na delovni dan.

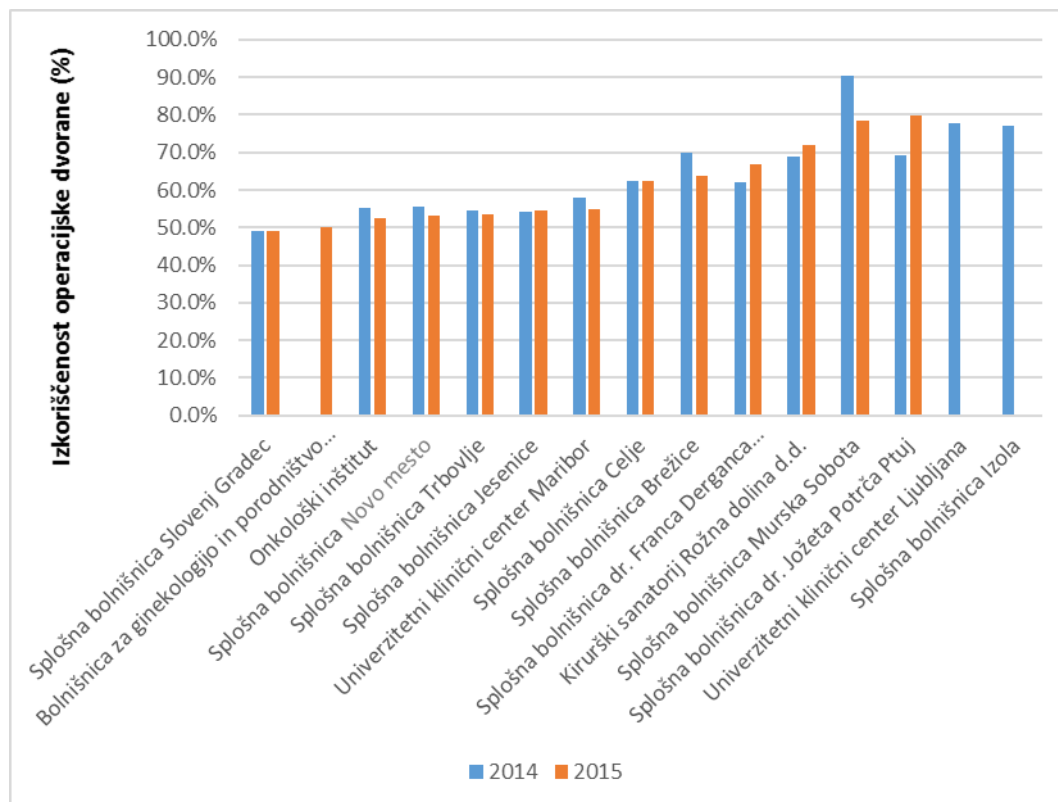
Izkoriščenost operativne dvorane, prikazana na sliki 17, predstavlja razmerje med skupnim operativnim časom, merjenim v minutah od prvega reza do zadnjega šiva, in skupno operativno kapaciteto v minutah. Razmerje smo izrazili v obliki odstotka. Glede na zgoraj navedeno je jasno, da ni mogoče pričakovati stoodstotne izkoriščenosti. Ne glede na to so opazne velike razlike med izvajalci. Na primer v Splošni bolnišnici Ptuj in Splošni bolnišnici Murska Sobota je bila izkoriščenost skoraj 80-odstotna, med tem ko je bila v Splošni bolnišnici Slovenj Gradec in Bolnišnici za ginekologijo in porodništvo Kranj približno 50-odstotna.

V času zbiranja teh podatkov ni bilo dodatnih izobraževanj ali preverjanj natančnosti posredovanih podatkov in zato obstaja tveganje napačnega razumevanja metodologije zbiranja podatkov. Če na primer primerjamo povprečno trajanje operacije in izkoriščenost operacijske dvorane, kot je prikazano na sliki 18, **Napaka! Vira sklicevanja ni bilo mogoče najti.** vidimo, da se nakazuje korelacija. Če bi se korelacija izkazala za statistično značilno, bi lahko domnevali, da je delni razlog za razliko v izkoriščenosti operacijske dvorane različno trajanje operacije. Pri bolnišnicah s podobnim naborom aktivnosti pa se postavi vprašanje, ali so različne dolžine operacij posledica dejanskih razlik v praksi ali odraz drugačnih metodologij spremljanja.

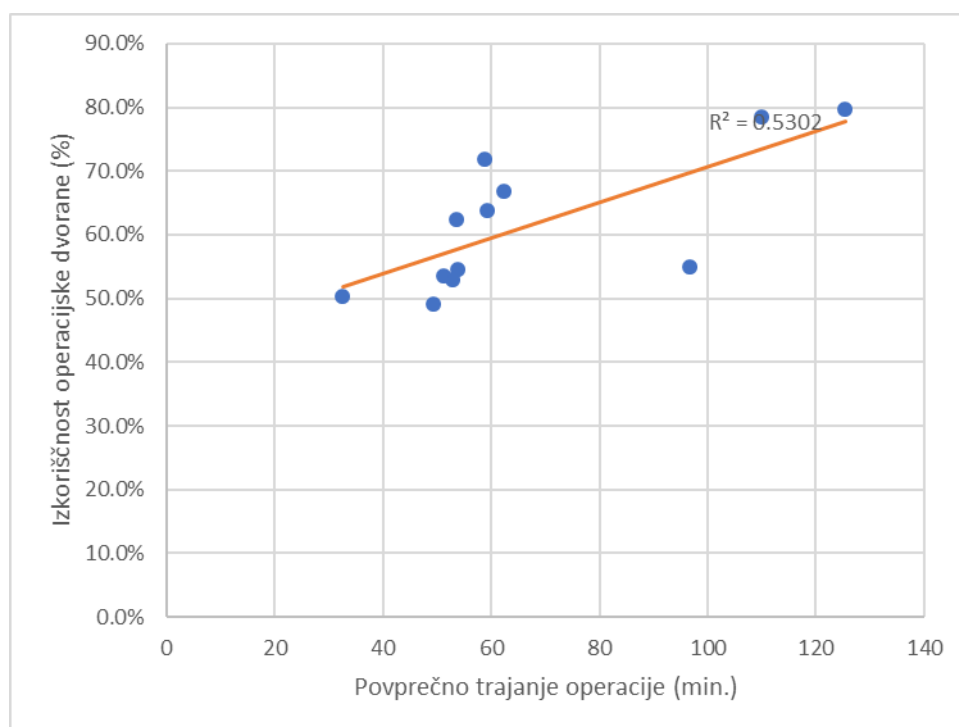
Načrtovana operacija, ki nato odpade, je lahko pokazatelj neučinkovite organizacije dela, ki ima lahko neprijetne posledice, ne nazadnje tudi za paciente, ki se praviloma na operacijo fizično in psihično pripravljajo. Slika 19 prikazuje odstotek odpadlih operacij v letih 2014 in 2015 v nekaterih bolnišnicah. Vrednosti so se gibale med približno 1 in 2 % odpadlih operacij na Onkološkem Inštitutu v Ljubljani in Kirurškem sanatoriju Rožna dolina na eni strani, ter približno 12 % odpadlih operacij v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana in Splošni bolnišnici Trbovlje v letu 2014 ter Splošni bolnišnici Novo mesto v letu 2015 na drugi strani. Ne preseneča, da so bile najnižje vrednosti dosežene v tistih dveh bolnišnicah, ki nimata urgentnih oddelkov. Tudi sicer bi pričakovali, da se izvajalci, ki razpolagajo z večjim številom operacijskih dvoran, lažje odzovejo na nepredvidene dogodke, kot so lahko urgence ali bolniške odsotnosti osebja. Slika 20 prikazuje število operacijskih dvoran in odstotek odpadlih operacij v nekaterih slovenskih bolnišnicah. Tudi v tem primeru se nakazuje korelacija, ki govori v prid zgornji domnevi.

Vse bolnišnice, ki imajo operacijske dvorane, niso poslale podatkov za leti 2014 in 2015. V obdelavah so vključene bolnišnice, ki so poslale podatke vsaj za eno četrletje v dvoletnem obdobju. V obdelavi niso vključeni Ortopedska bolnišnica Valdoltra, Medicor in Bolnišnica Postojna.

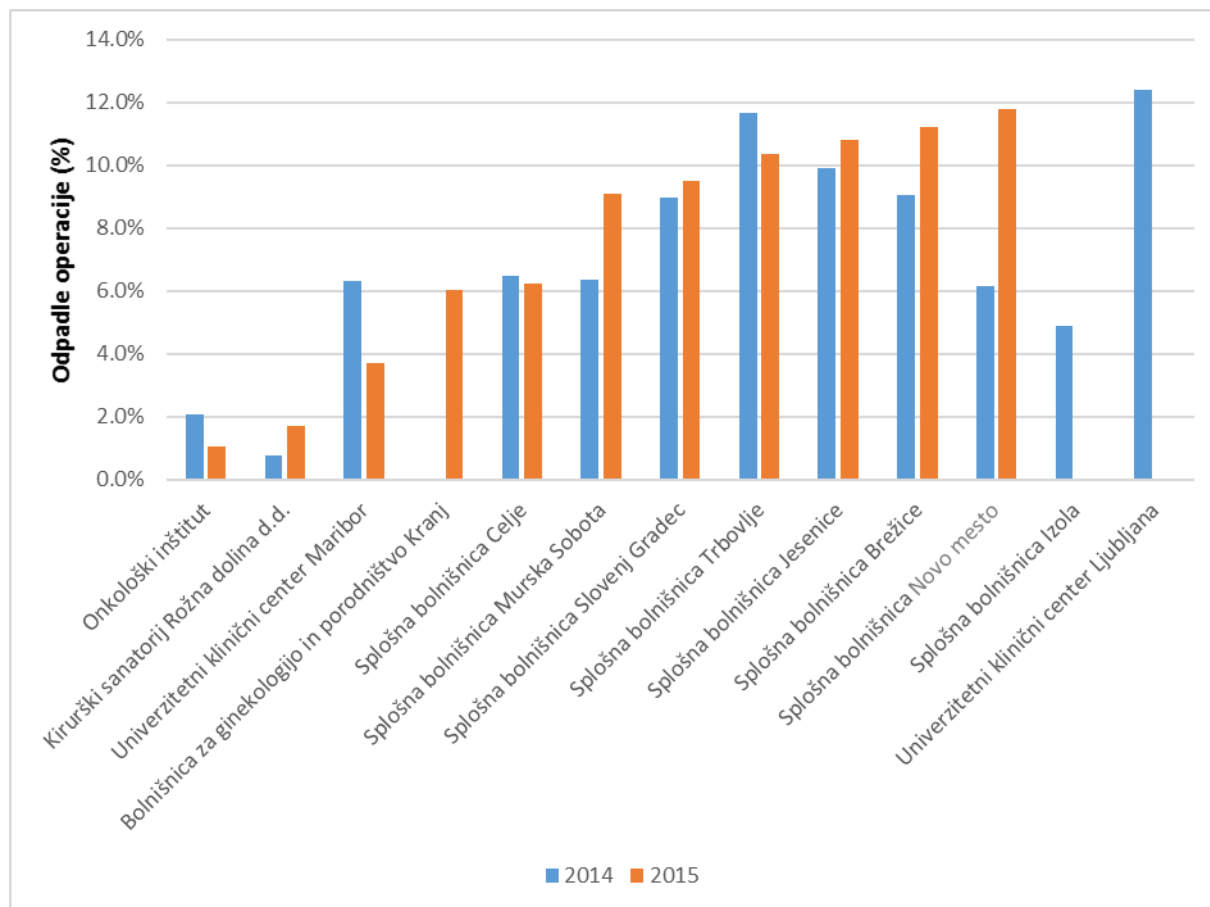
Slika 17: Odstotek izkoriščenosti operacijske dvorane v nekaterih slovenskih bolnišnicah v letih 2014 in 2015



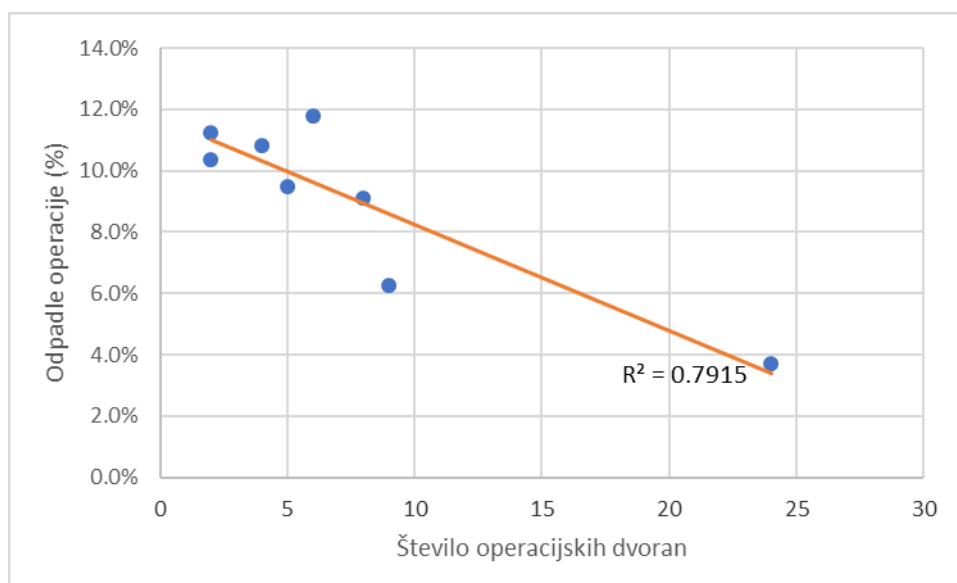
Slika 18: Povprečno trajanje operacije in izkoriščenost operacijske dvorane v nekaterih slovenskih bolnišnicah v letu 2015



Slika 19: Odstotek odpadlih operacij med vsemi načrtovanimi v letih 2014 in 2015 v nekaterih slovenskih bolnišnicah



Slika 20: Število operacijskih dvoran in odstotek odpadlih operacij v letu 2015 v nekaterih slovenskih bolnišnicah





KK24 – Trajanje bivanja v bolnišnici

Trajanje bivanja v bolnišnici je lahko kazalnik učinkovitosti zdravstvene oskrbe. V tem smislu je krajše trajanje bivanja v bolnišnici pri primerljivih zdravstvenih stanjih lahko kazalnik boljšega obvladovanja procesov oskrbe in posledično večje učinkovitosti. Hkrati je treba prepoznati tudi nevarnost, da prekratko trajanje bivanja v bolnišnici lahko pomeni večje tveganje za pacienta, na primer, če je pacient odpuščen iz bolnišnice, preden lahko njegovo zdravstveno oskrbo prevzame domače okolje, v katero se vrača.

Prav vprašanje domače oskrbe izpostavi eno izmed omejitev kazalnika. Pri merjenju trajanja bivanja v bolnišnici ocenjujemo le trajanje akutne bolnišnične oskrbe. Po zaključku le-te pa je pacient lahko odpuščen v domačo oskrbo, v drugo institucijo, kot je na primer rehabilitacijski inštitut, dom starejših občanov ali zdravilišče, ali pa le premeščen na negovalni oddelek oziroma premeščen v neakutno obravnavo.

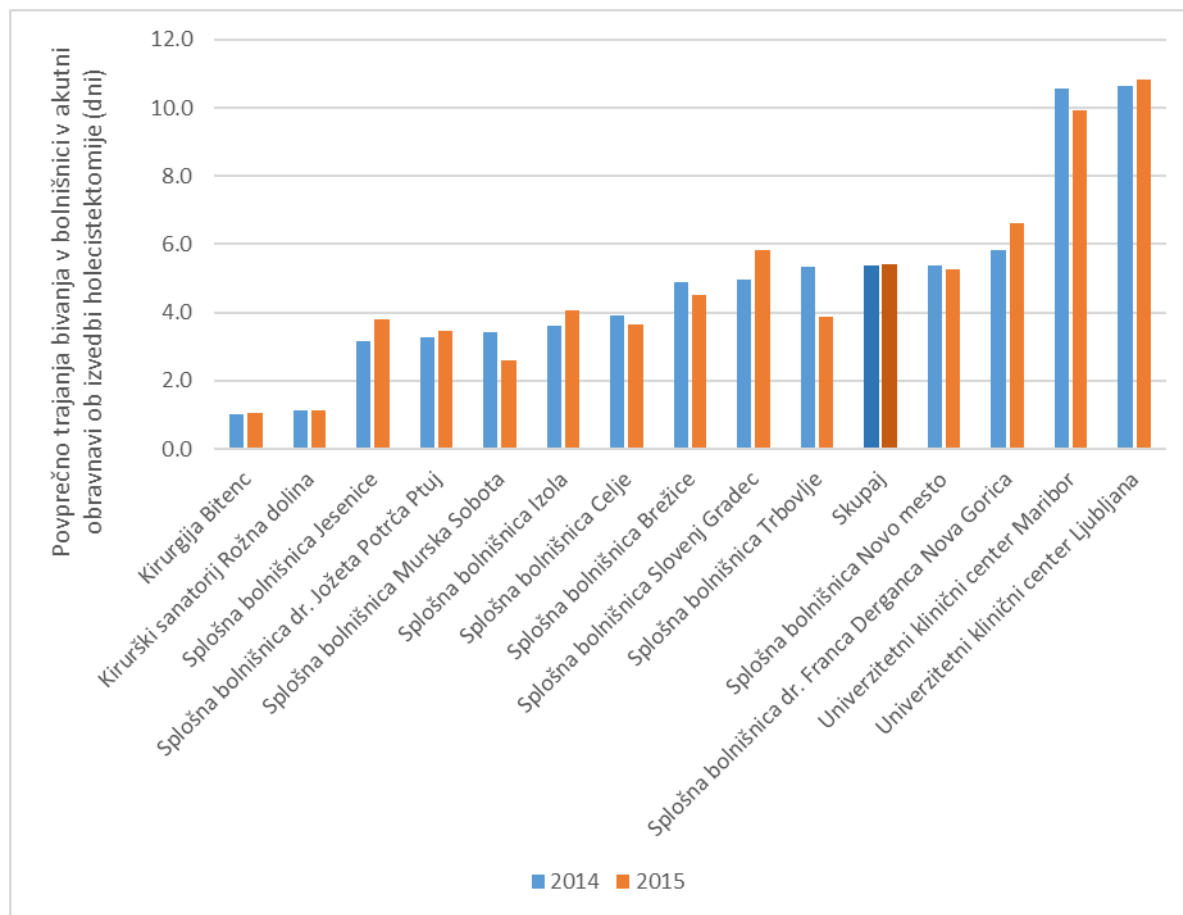
Analiza zgoraj omenjenih omejitev lahko temelji na dveh različnih izhodiščih. Z vidika izvajalca se zdi nepošteno primerjati trajanje bivanja v bolnišnici med ustanovami, ki se razlikujejo na primer po prisotnosti negovalnega oddelka, po razpoložljivosti prostora v domovih starejših občanov ali po pričakovanju pacientov in svojcev glede zdravstvenega stanja, v katerem je sprejemljivo pacienta odpustiti iz bolnišnice, in ki so pogojena z lokalnimi običaji. Na drugi strani pa imamo populacijski vidik. Sprašujemo se, ali je načelo enakosti v zdravstvu spoštovano, če se možnost oziroma verjetnost sprejema na negovalni oddelek razlikuje med pacienti, ki ne temelji na drugačnem zdravstvenem stanju, ampak glede na možnosti regionalne bolnišnice, v kateri so sprejeti. Bolj na splošno se zdijo nepravilne vse razlike v zdravstveni oskrbi, ki niso pogojene z različnimi zdravstvenimi potrebami pacientov, ampak z razlikami v razpoložljivosti storitev v določenem (mikro)okolju.

Pri izračunu teh kazalnikov niso upoštevane razlike v zdravstvenem stanju pacientov, razen glavna diagnoza ali poseg, ki predstavljata vključitveno merilo pri posameznem izračunu. Metodologija izračuna ne upošteva nobene metode za ocenjevanje zahtevnosti primerov na podlagi dodatnih podatkov o posameznem pacientu. To je vsekakor pomembna omejitev pri interpretaciji kazalnika. V nekaterih primerih smo uporabljali izračunano povprečno utež SPP za grobo oceno o razlikah v zahtevnosti primerov.

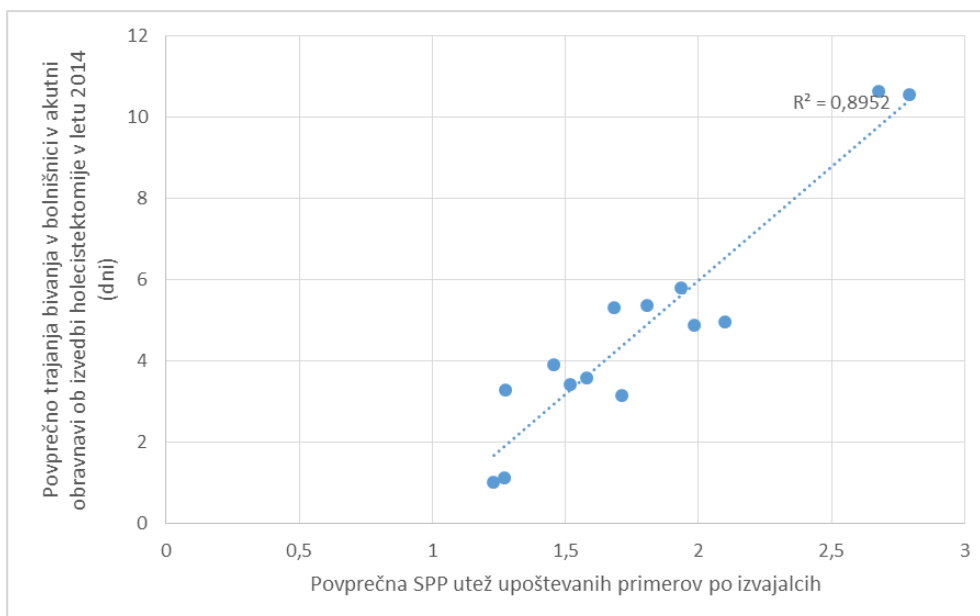
Holecistektomija

Povprečno trajanja bivanja v bolnišnici v akutni obravnavi ob holecistektomiji se med bolnišnicami bistveno razlikuje. Za razliko od drugih obravnavanih primerov trajanja bivanja v bolnišnici v tem poglavju se nakazuje izrazita povezava med povprečno utežjo SPP in trajanjem bivanja v bolnišnici. Če predpostavljamo, da je utež posameznega primera SPP pokazatelj njegove zahtevnosti, iz tega izhaja, da je trajanje bivanja v bolnišnici daljše pri izvajalcih, ki obravnavajo zahtevnejše primere.

Slika 21: Povprečno trajanje bivanja v bolnišnici v akutni obravnavi ob holecistektomiji v posameznih bolnišnicah v Sloveniji v letu 2014



Slika 22: Povprečna utež SPP in povprečno trajanje bivanja v bolnišnici pri pacientih, pri katerih je bila izvedena holecistektomija, po izvajalcih v Sloveniji v letu 2014

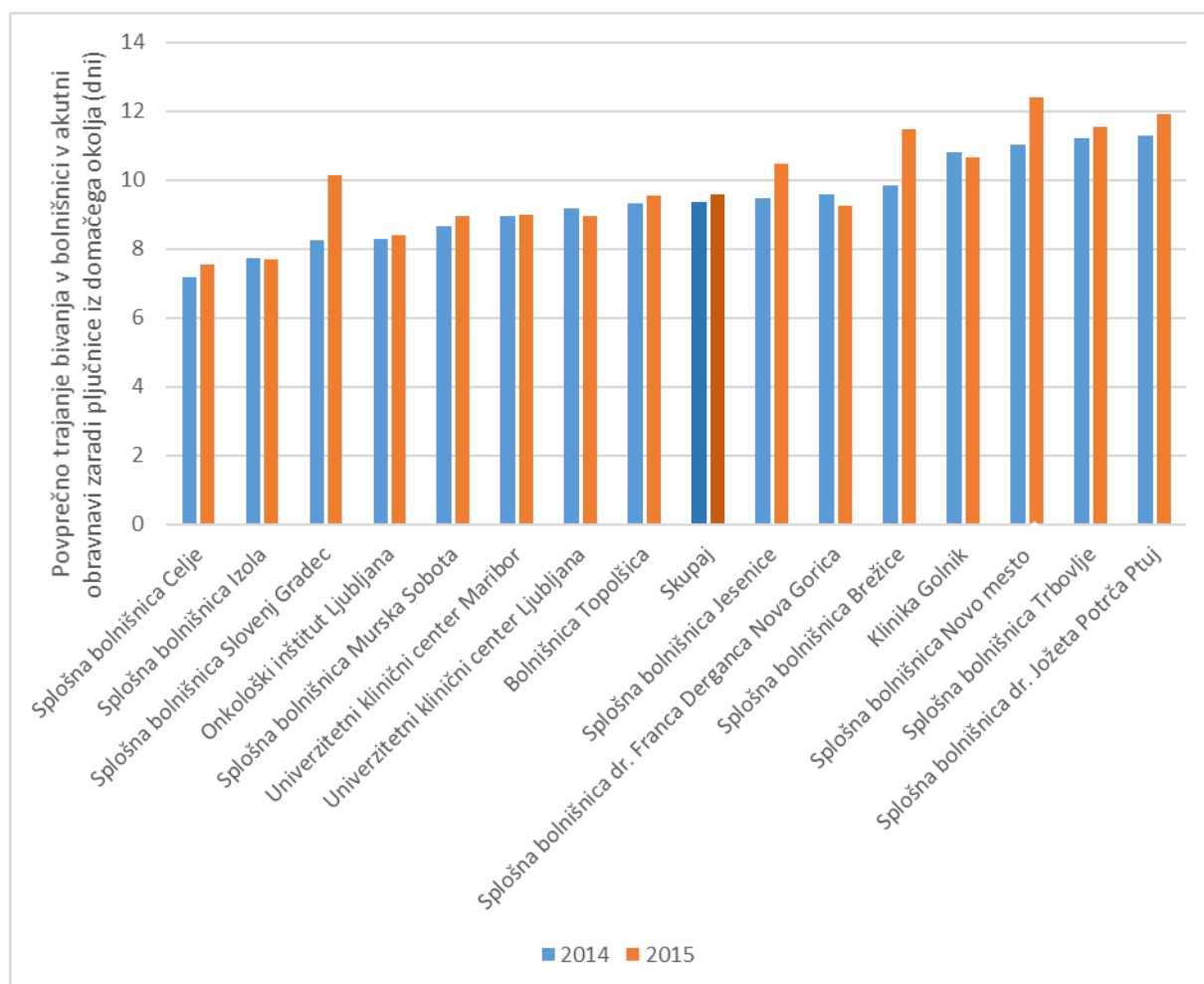


Pljučnica v domačem okolju

Pri trajanju bivanja v bolnišnici v akutni obravnavi smo izključili izvajalce, pri katerih je bilo manj kot deset tovrstnih hospitalizacij v letu 2014. Poleg tega smo izključili tudi primer Bolnišnice Sežana, kjer je bilo sicer 45 takih primerov. Omenjena bolnišnica namreč izstopa v primerjavi z drugimi po povprečnem trajanju akutne obravnave (ki je znašalo v povprečju 5,44 dneva), hkrati pa izstopa tudi po deležu bolnikov, pri katerih je bila nato spremenjena vrsta obravnave. To pomeni, da so v večjem deležu kot v drugih bolnišnicah pacienti premeščeni iz akutne v neakutne vrste obravnave. Slednje onemogoča smiselne primerjave z drugimi bolnišnicami.

Med preostalimi bolnišnicami je pomembno še poudariti, da je Splošna bolnišnica Celje, ki je imela v letu 2014 najkrajše trajanje bivanja v bolnišnici zaradi pljučnice iz domačega okolja, imela tudi najnižjo povprečno starost sprejetih pacientov. Ta je znašala 65,1 leta v Celju, na nacionalni ravni pa je bila povprečna vrednost 71,4 leta.

Slika 23: Povprečno trajanje bivanja v bolnišnici v akutni obravnavi ob glavni diagnozi pljučnice, pridobljene v domačem okolju, v posameznih bolnišnicah v Sloveniji v letih 2014 in 2015



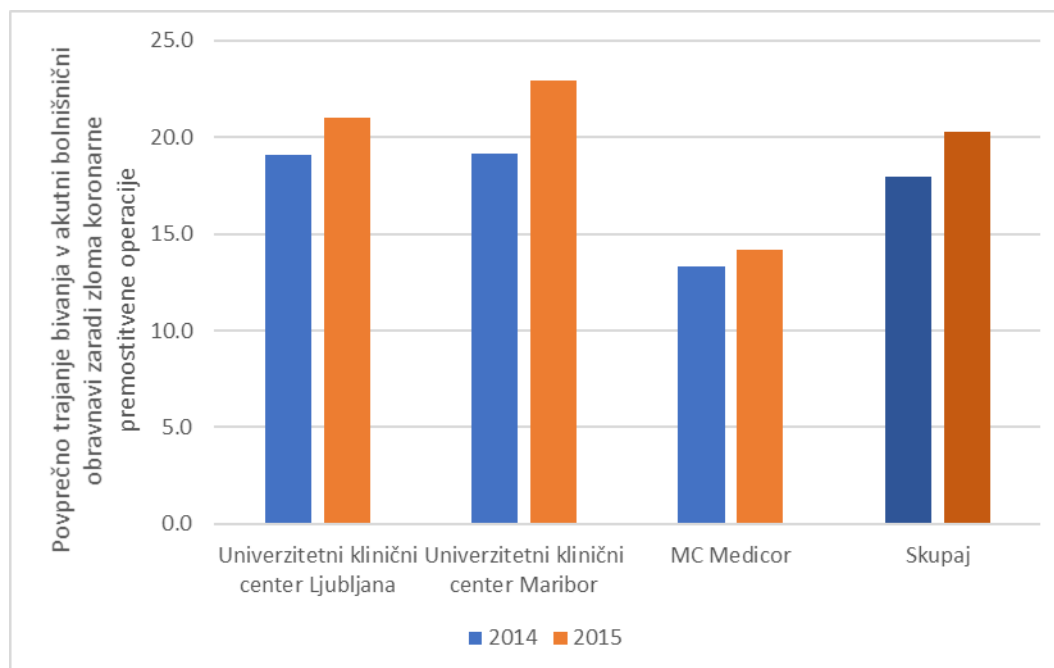
Koronarna premostitvena operacija

Koronarne premostitvene operacije v Sloveniji izvajajo trije centri, in sicer oba univerzitetna klinična centra in Medicinski center Medicor. Ti izvajalci se razlikujejo po povprečnem trajanju bivanja v bolnišnici in letnem številu primerov. Razlike v povprečni starosti pacientov so manjše. Pomembna razlika med centri je prisotnost urgentnih služb, in sicer je v obeh univerzitetnih kliničnih centrih zagotovljena, v Medicinskem centru Medicor pa urgentne službe ni.

Tabela 4: Temeljne značilnosti akutnih obravnav z izvedbo premostitvene operacije koronarnih arterij v letu 2014

Izvajalec	Število primerov	Povprečno trajanje bivanja v bolnišnici (dni)	Povprečna starost pacientov
Univerzitetni klinični center Ljubljana	391	19,1	69,7
Univerzitetni klinični center Maribor	150	19,2	68,3
MC Medicor	135	13,3	67,2
Skupaj	676	18,0	68,9

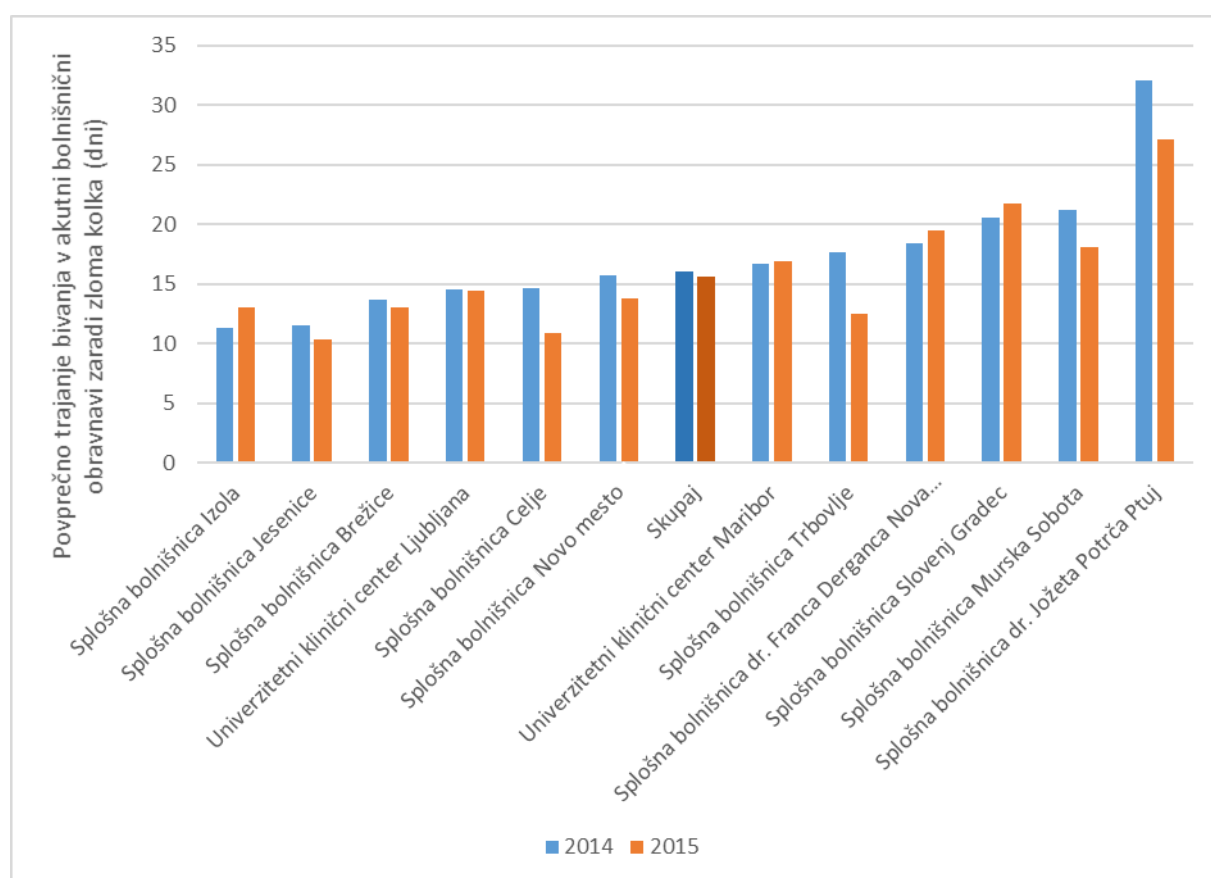
Slika 24: Povprečno trajanje bivanja v bolnišnici v akutni obravnavi ob izvedbi premostitvene operacije koronarnih arterij v posameznih bolnišnicah v Sloveniji v letih 2014 in 2015



Zlom kolka

Tudi pri trajanju bivanja v bolnišnici zaradi zloma kolka smo izključili izvajalce, ki so zabeležili manj kot deset primerov v letu 2014. Splošna bolnišnica dr. Jožeta Potrča Ptuj ima najdaljšo povprečno trajanje bivanja v bolnišnici v akutni obravnavi zaradi zloma kolka in hkrati tudi najmanj tovrstnih primerov (27) med prikazanimi bolnišnicami. Splošna bolnišnica Celje izstopa po povprečni starosti pacientov, ki je bila 68,3 leta, medtem ko je pri vseh preostalih vključenih izvajalcih znašala 77,8 leta ali več.

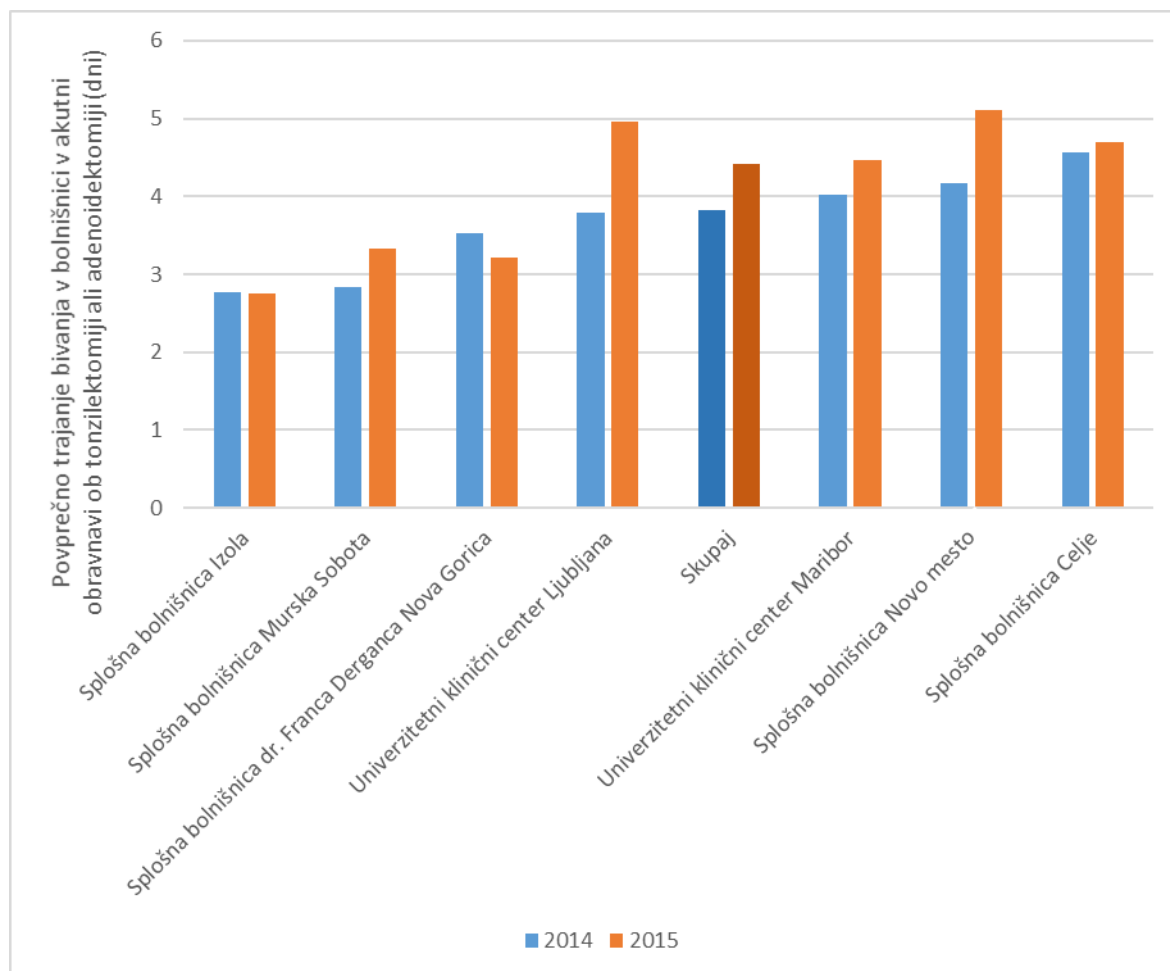
Slika 25: Povprečno trajanje bivanja v bolnišnici v akutni obravnavi ob glavni diagnozi zloma kolka v posameznih bolnišnicah v Sloveniji v letu 2014



Tonzilektomija in adenoidektomija

Povprečno trajanje bivanja v bolnišnici v akutni obravnavi ob tonzilektomiji ali adenoidektomiji se med izvajalci pomembno razlikuje, vendar v splošnem kontekstu sorazmerno kratkega trajanja tovrstnega bivanja. V letu 2014 je izstopal UKC Ljubljana (v primerjavi z drugimi bolnišnicami) v številnih značilnostih pacientov kljub temu, da je povprečno trajanje bivanja v bolnišnici podobno nacionalnemu povprečju. UKC Ljubljana namreč označuje največje število primerov v letu 2014 (192 primerov), najvišjo povprečno starost pacientov (35 let) ter najvišjo povprečno utež SPP, ki lahko predstavlja kazalnik povprečne zahtevnosti primera.

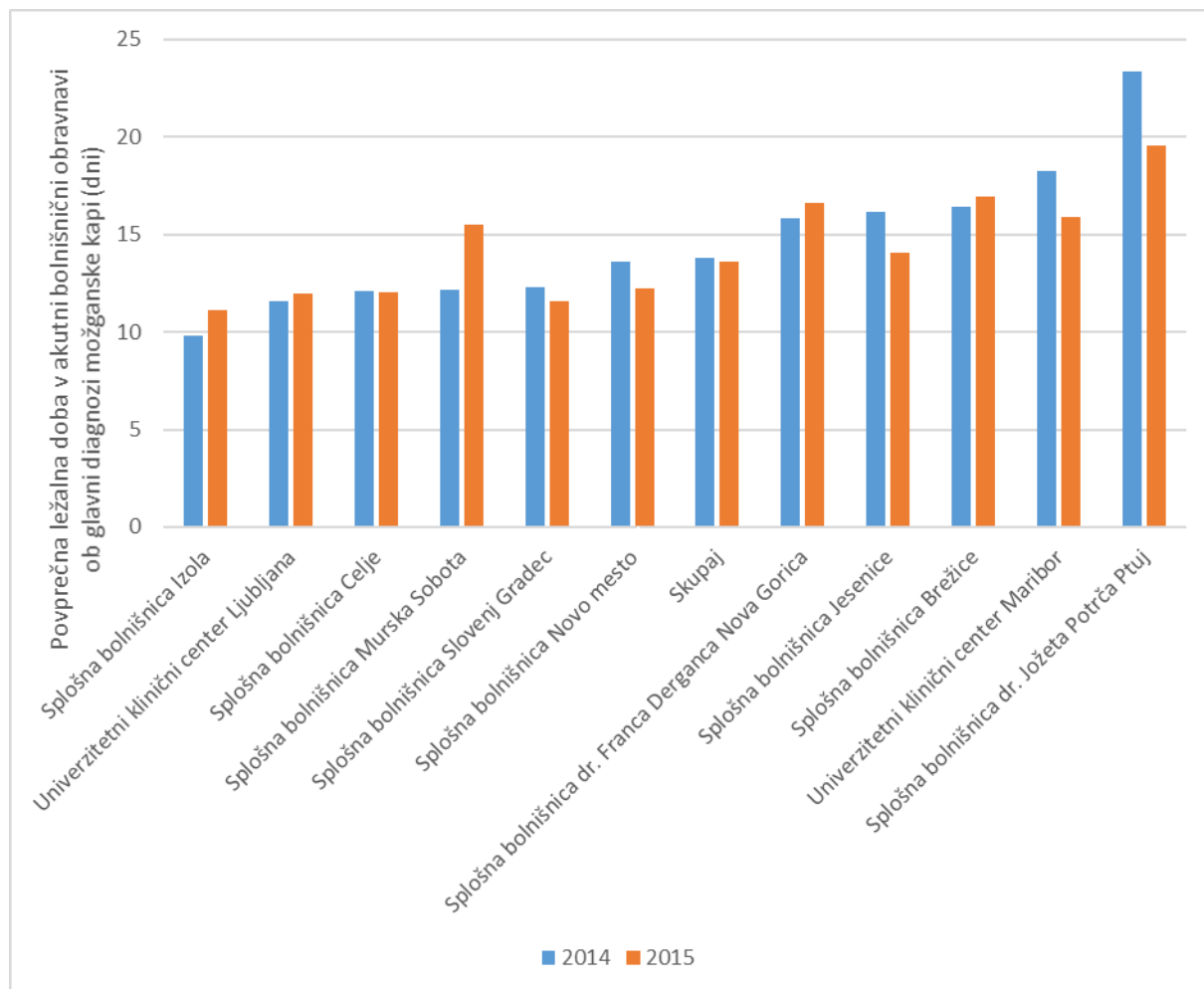
Slika 26: Povprečno trajanje bivanja v bolnišnici v akutni obravnavi ob tonzilektomiji ali adenoidektomiji v posameznih bolnišnicah v Sloveniji v letih 2014 in 2015



Možganska kap

V spodnji sliki ne prikazujemo izvajalcev, pri katerih je bilo obravnavanih manj kot deset primerov možganske kapi v letu 2014. Razlike v povprečni ležalni dobi so izrazite. Pri tem je treba poleg zgoraj opisanih omejitev upoštevati tudi variabilnost podatkov, ki je bila nazorno prikazana v poročilu o kazalnikih kakovosti iz leta 2012 in 2013. Pomembno je tudi poudariti, da je Splošna bolnišnica dr. Jožeta Potrča Ptuj, ki ima najdaljšo povprečno ležalno dobo zaradi možganske kapi, imela tudi najvišjo povprečno starost pacientov v letu 2014 (79,5 leta, na državni ravni pa je povprečna starost ob hospitalizaciji zaradi možganske kapi 72,3 leta).

Slika 27: Povprečno trajanje bivanja v bolnišnici v akutni obravnavi ob glavni diagnozi možganske kapi v posameznih bolnišnicah v Sloveniji v letih 2014 in 2015



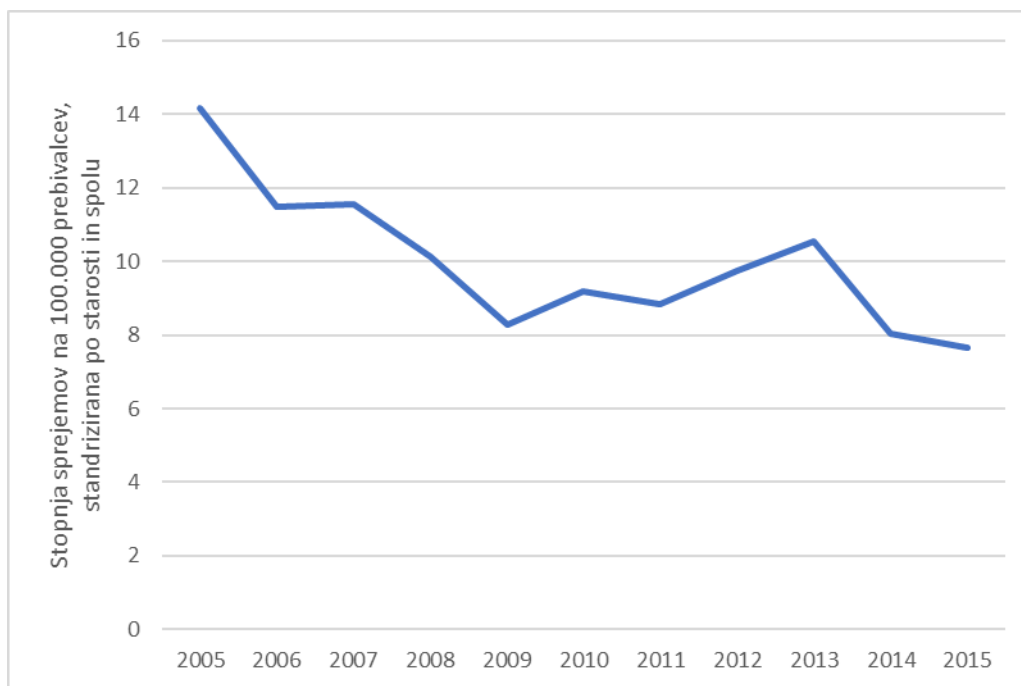
KK25 in 26 – Stopnja sprejemov zaradi akutnih in kroničnih zapletov sladkorne bolezni

Sprejemi v bolnišnico zaradi akutnih in kroničnih zapletov sladkorne bolezni so bili v preteklosti uvrščeni med kazalnike, ki jih spremlja OECD. Kljub temu da se je metodologija spremljanja tega kazalnika pri OECD spremenila, v tem poročilu prikazujemo podatke na podoben način, kot smo to storili v poročilu za leti 2012 in 2013.

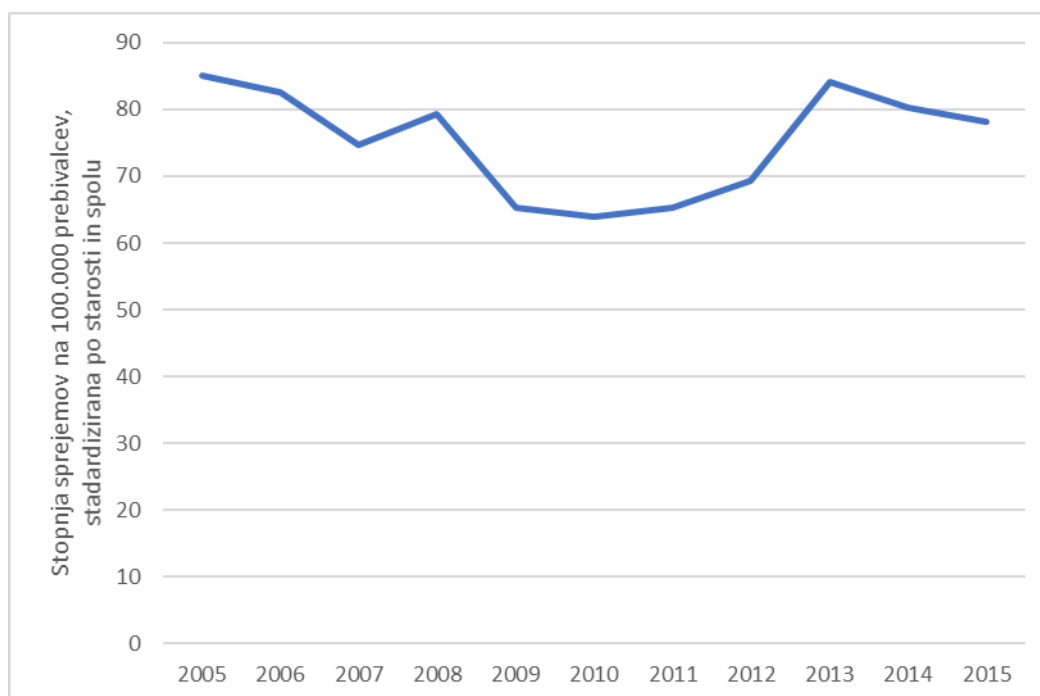
Kazalnika predstavljata pokazatelj uspešnosti ambulantnega dela pri pacientih s sladkorno boleznijo, saj naj bi bili ob uspešnem ambulantnem obvladovanju sladkorne bolezni sprejemi v bolnišnico zelo redki.

Podatki so bili standardizirani po starosti in spolu. Diagnoze akutnih oziroma kroničnih zapletov sladkorne bolezni, na podlagi katerih je bil izračunan števec kazalnika, so morale biti beležene kot glavne diagnoze. Če so se diagnoze kroničnih ali akutnih zapletov sladkorne bolezni pojavile kot sekundarne, takšni sprejemi niso bili upoštevani. Možne razlage za opažene trende ostajajo za premislek in vključujejo dejanske spremembe v ambulantni oskrbi na primarni in/ali sekundarni ravni kot tudi spremembe v praksah kodiranja stanj pri tovrstnih bolnikih.

Slika 28: Stopnja sprejemov zaradi akutnih zapletov sladkorne bolezni na 100.000 prebivalcev, standardizirana po starosti in spolu, med letoma 2005 in 2015 v Sloveniji



Slika 29: Stopnja sprejemov zaradi kroničnih zapletov sladkorne bolezni na 100.000 prebivalcev, standardizirana po starosti in spolu, med letoma 2005 in 2015 v Sloveniji





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

Kazalniki prikazujejo deleže pacientov, hospitaliziranih zaradi akutnega miokardnega infarkta in ishemične ali hemoragične možganske kapi v slovenskih bolnišnicah, ki so umrli v 30 dneh od sprejema. Upoštevani so vsi primeri smrti ne glede na to, ali so se zgodili v bolnišnici ali po odpustu iz nje. Kazalniki so podrobneje opisani v Priročniku o kazalnikih kakovosti. Vrednosti so izračunane v skladu z metodologijo OECD in torej vključujejo le paciente, stare 45 let ali več. Podatki za celotno Slovenijo so standardizirani po starosti in spolu.

Podatki se nekoliko razlikujejo od vrednosti, prikazanih v poročilu za leti 2012 in 2013, in sicer zaradi sprememb v metodologiji izračuna. Hkrati je pomembno izpostaviti, da ugotovljeni trendi v predhodnem poročilu za takrat prikazano obdobje, torej med letoma 2009 in 2013, tudi v novi metodologiji niso spremenjeni. Nekoliko preseneča povečanje smrtnosti v letih 2014 in 2015, kar bo zahtevalo nadaljnjo proučitev.

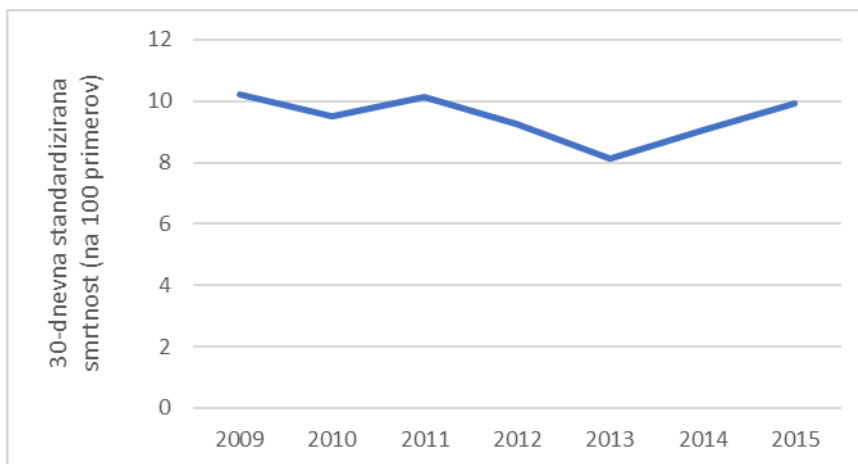
Pri ishemični in hemoragični možganski kapi je opazen večji padec v 30-dnevni smrtnosti med letoma 2009 in 2010, nato pa je trend ohranjen, a bistveno manj izrazit.

Na področju akutnega miokardnega infarkta prikazujemo podatke po bolnišnicah, združene za obdobje od 2012 do 2015. Nekateri vidiki metodologije izračuna se razlikujejo od tistih, uporabljenih za pridobitev nacionalnih podatkov. Z združitvijo vrednosti za več let se povečuje število primerov v posamezni bolnišnici, kar povečuje zanesljivost prikazanih rezultatov. Podatke prikazujemo s standardizacijo po starosti in spolu in brez nje. Kot je razvidno iz primerjave teh dveh vrednosti, so odstopanja med standardiziranimi in nestandardiziranimi vrednostmi največja v manjših bolnišnicah. Pojav je odraz nizkega skupnega števila primerov.

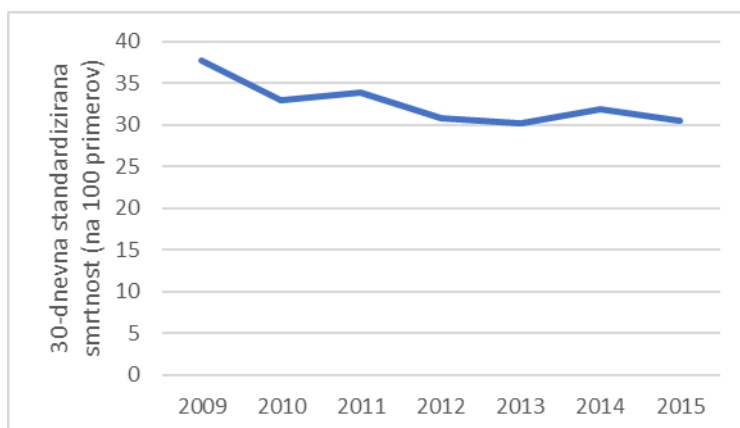
Podatke tudi ločeno prikazujemo za UKC Ljubljana, Maribor in Splošno bolnišnico Celje. Te bolnišnice izvajajo urgentne koronarografije, ob prisotnosti ustreznih indikacij, za celotno Slovenijo. To pomeni, da ni mogoče primerjati pacientov, ki so zdravljeni v teh bolnišnicah zaradi akutnega miokardnega infarkta, s pacienti, ki so zdravljeni v drugih bolnišnicah.

Treba je tudi poudariti, da v prikazanih primerih ni upoštevana razlika v zahtevnosti primerov. Zahtevnost primerov oziroma standardizacija po stopnji tveganja pacienta upošteva poleg starosti in spola številne druge dejavnike, med katerimi so v ospredju sekundarne diagnoze. To pomembno omeji možnosti sklepanja o dejanskih razlikah v kakovosti oskrbe med bolnišnicami.

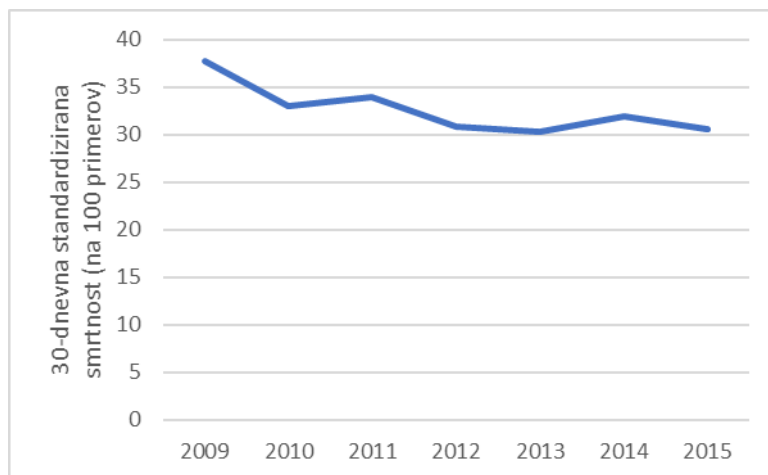
Slika 30: 30-dnevna smrtnost zaradi akutnega miokardnega infarkta pri bolnikih, starih 45 let in več, v Sloveniji, standardizirana po starosti in spolu, med letoma 2009 in 2015



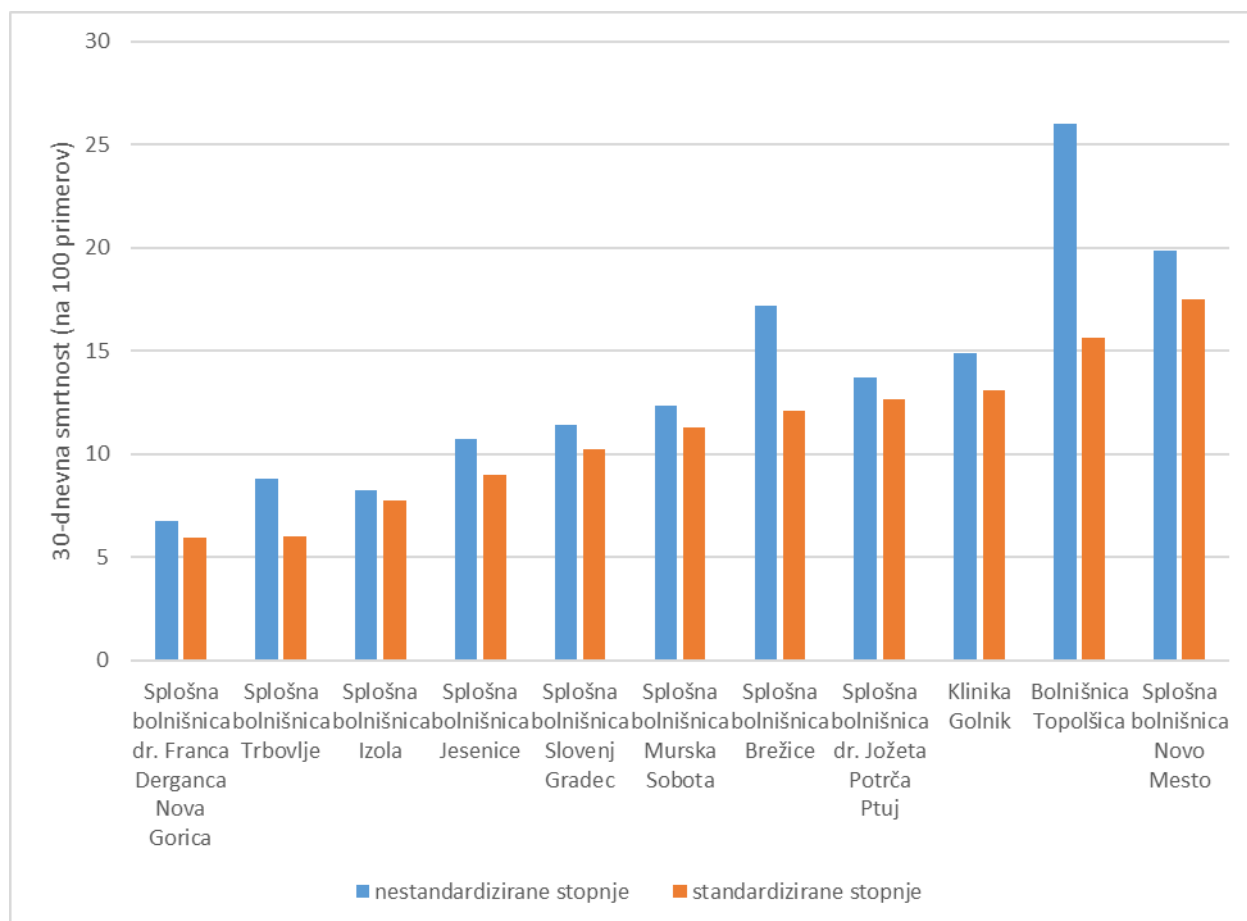
Slika 31: 30-dnevna smrtnost zaradi hemoragične možganske kapi pri bolnikih, starih 45 let in več, v Sloveniji, standardizirana po starosti in spolu, med letoma 2009 in 2015



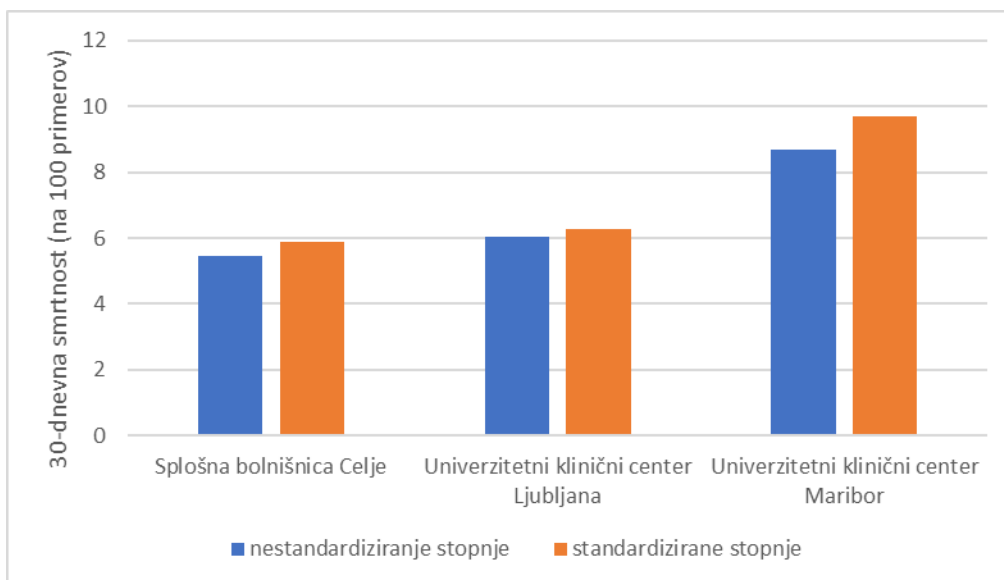
Slika 32: 30-dnevna smrtnost zaradi ishemične možganske kapi pri bolnikih, starih 45 let in več, v Sloveniji, standardizirana po starosti in spolu, med letoma 2009 in 2015



Slika 33: Standardizirana in nestandardizirana 30-dnevna smrtnost zaradi akutnega miokardnega infarkta pri bolnikih, starih 45 let in več, v izbranih slovenskih bolnišnicah, ki ne izvajajo urgentnih koronarografij, v obdobju od leta 2012 do 2015



Slika 34: Standardizirana in nestandardizirana 30-dnevna smrtnost zaradi akutnega miokardnega infarkta pri bolnikih, starih 45 let in več, v izbranih slovenskih bolnišnicah, ki izvajajo urgentne koronarografije, v obdobju od leta 2012 do 2015

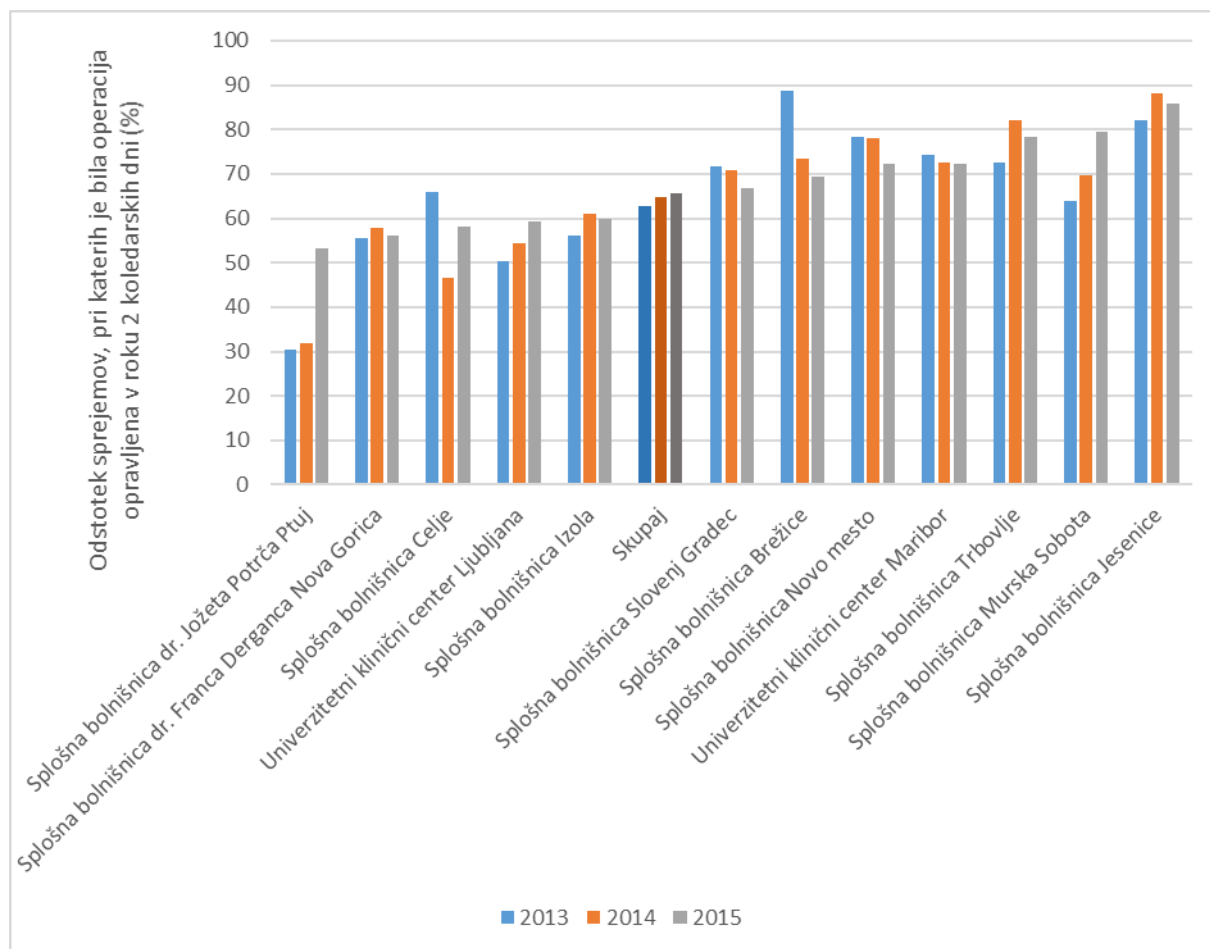


KK45 – Čakanje na operacijo v bolnišnici po zlomu kolka (65+)

Kazalnik se nanaša na osebe, stare 65 let ali več, ki so sprejete zaradi zloma kolka. Izvedba operacije v 48 urah od dogodka je dejavnik, ki pozitivno vpliva na izide zdravljenja. Hkrati je uspešna zgodnja izvedba operacije odvisna od številnih dejavnikov, ne nazadnje tudi organizacijskih pri izvajalcu zdravstvenih storitev.

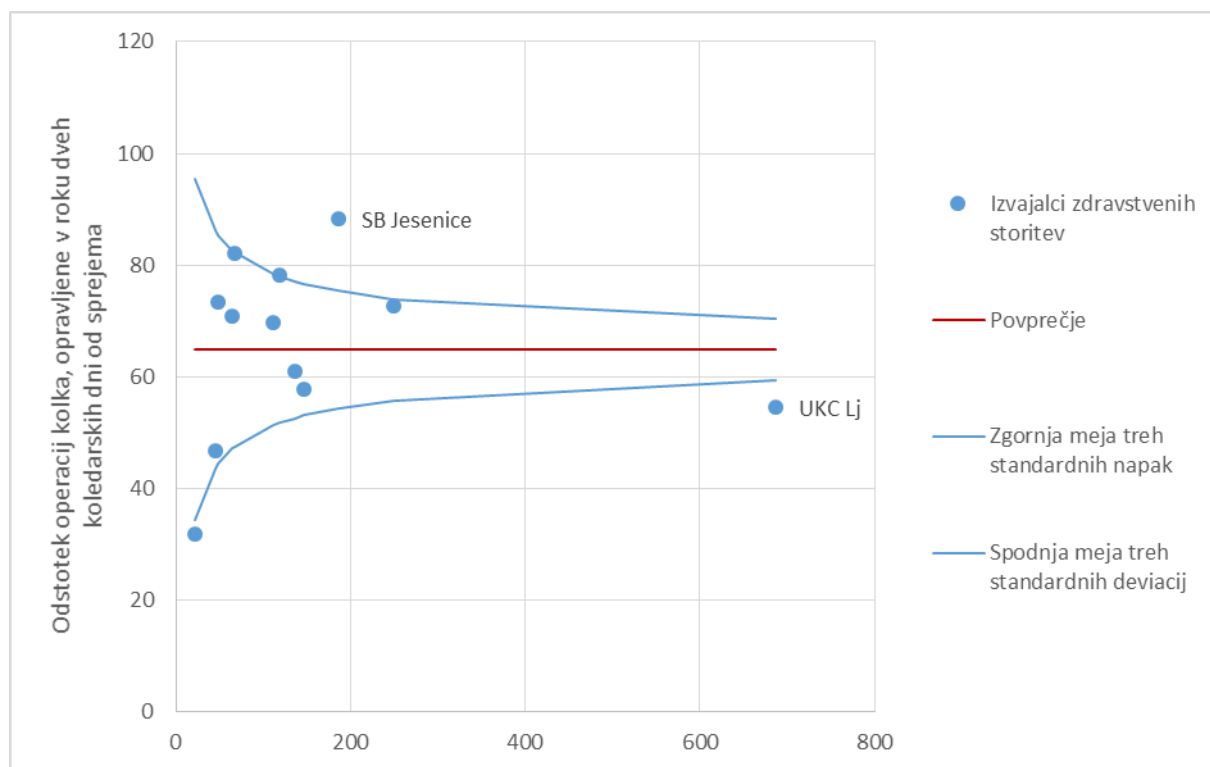
Kazalnik prikazuje odstotek primerov pacientov v ciljni starostni skupini, ki so bili operirani v dveh dneh od sprejema. Izračun temelji na vključitvenem merilu glavne diagnoze zloma kolka. Nacionalne podatkovne zbirke ne omogočajo prepoznavanja stanj, prisotnih ob sprejemu, in je zato uporaba glavne diagnoze le groba ocena primerov, ki so bili sprejeti v bolnišnično obravnavo zaradi zloma kolka. Predpostavka je, da je zlomov kolka po sprejemu v času bolnišnične oskrbe sorazmerno malo.

Slika 35: Odstotek primerov zloma kolka pri osebah, starih 65 let ali več, ki so bile operirane v dveh koledarskih dneh od sprejema v bolnišnico, v nekaterih bolnišnicah v Sloveniji med letoma 2013 in 2015



Na sliki je razvidno, da so ponekod razlike med leti zelo velike. Variabilnost iz leta v leto je vsaj delno povzročena z nizkim skupnim številom primerov. Izključili smo tiste izvajalce, ki so obravnavali manj kot deset primerov zloma kolka. Med preostalimi izvajalci izstopa po nizkem številu tovrstnih primerov Splošna bolnišnica Ptuj, ki je v letu 2013 obravnavala 23 primerov in 22 primerov v letu 2014. V letu 2015 je bilo obravnavanih 62 primerov in delež operacij, opravljenih v dveh dneh, se je skokovito povečal, kar kaže na večje organizacijske oziroma strukturne spremembe. Zaradi pričakovanega vpliva števila primerov na vrednost, doseženo pri tem kazalniku, podatke za leto 2014 prikazujemo spodaj v obliki lijakastega diagrama, ki omogoča prepoznavanje tistih primerov, ki pomembno odstopajo od pričakovanih vrednosti. Pri takšnem prikazu izstopa Splošna bolnišnica Jesenice z visokim deležem operacij, opravljenih v dveh dneh od sprejema.

Slika 36: Odstotek primerov sprejemov ob zlomu kolka, operiranih v dveh koledarskih dneh, po izvajalcih v Sloveniji v letu 2014



KK47 – Pooperativna trombembolija

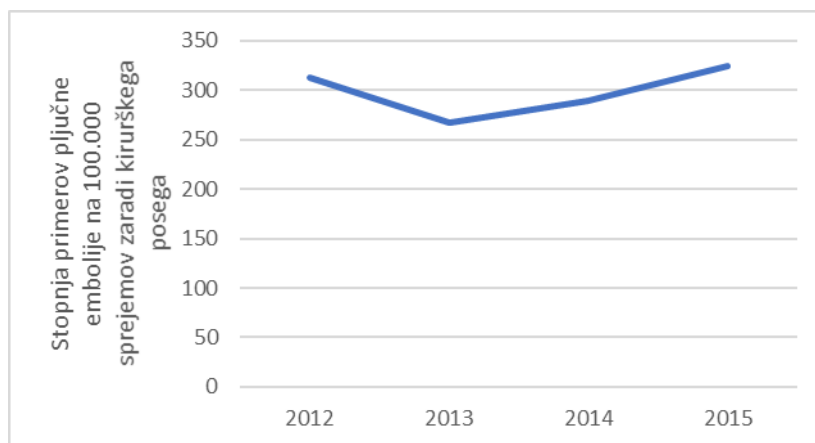
Stopnja pooperativnih trombembolij naj bi bila izjemno nizka ob ustreznem preventivnem ukrepanju. Primerjava med državami ali izvajalci je torej lahko kazalnik uspešnosti izvajanja preventivnih ukrepov na tem področju. Na podlagi dosedanjih izkušenj je OECD prilagodil metodologijo izračuna kazalnika in posledično smo tudi v Sloveniji prilagodili način izračuna tega kazalnika.

Temeljna sprememba je ločevanje primerov trombembolij na pljučne embolije in venske tromboze, zato tudi rezultate prikazujemo ločeno. Poleg tega je novost tudi ločen izračun kazalnika, ki v imenovalcu ne upošteva vseh primerov hospitalizacij zaradi kirurškega posega, ampak samo obravnave zaradi vstavitve endoproteze kolka in kolena. Število tovrstnih posegov je bistveno nižje od skupnega števila operativnih posegov, vendar je hkrati v teh primerih relativna pogostost trombemboličnih dogodkov višja, kar se izraža v višji vrednosti kazalnika.

Podatke prikazujemo za obdobje 2012–2015. Stopnja venskih tromboz pri vseh kirurških posegih se je v preteklih treh letih povečala, medtem ko se je stopnja pljučne embolije pri endoprotezah kolena in kolka v zadnjih treh letih znižala.

Pomembna omejitev pri interpretaciji podatkov je dejstvo, da na podlagi nacionalne podatkovne zbirke ni mogoče ločiti diagnoze, prisotne ob sprejemu. To pomeni, da na podlagi izvedenih posegov in diagnoze venske tromboze ali pljučne embolije sklepamo o pooperativnem dogodku, vendar obstaja možnost, da je pacient trpel zaradi pljučne embolije ali venske tromboze že ob sprejemu.

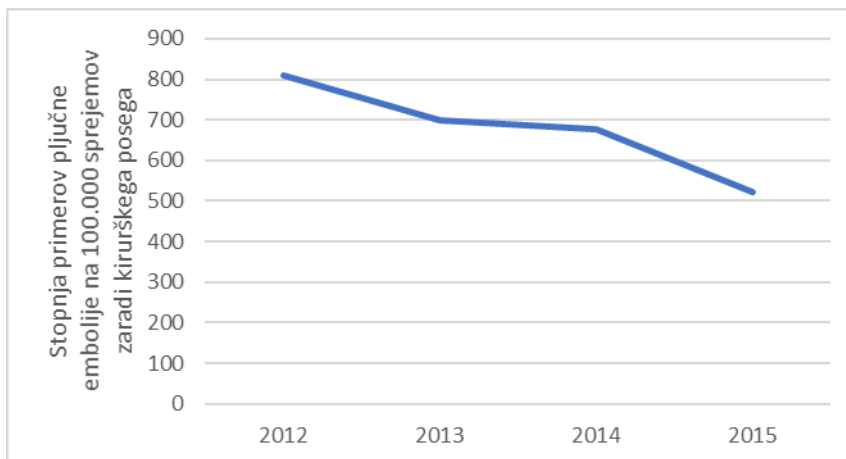
Slika 37: Stopnja primerov pljučne embolije na 100.000 sprejemov zaradi kirurškega posega, standardizirana po starosti in spolu, v Sloveniji med letoma 2012 in 2015



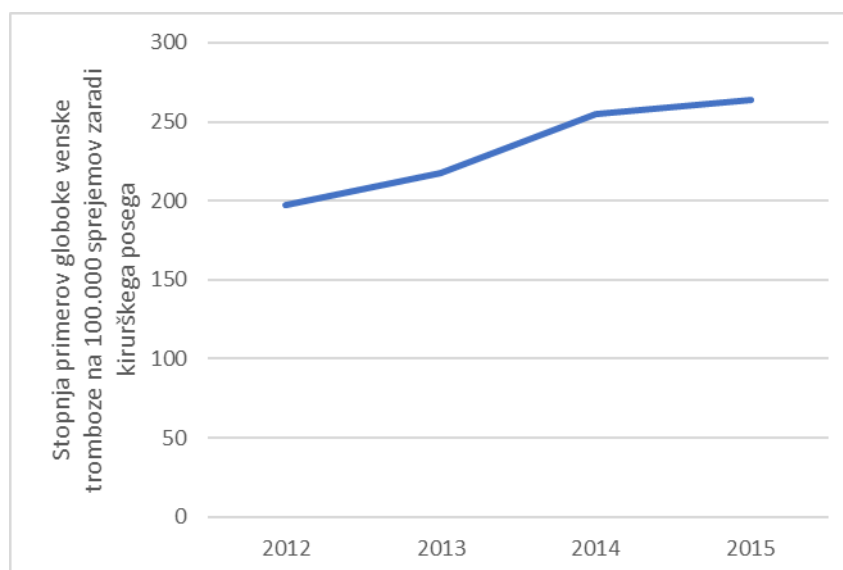
Ob vstavitvi protez kolka ali kolena je opazno znižanje stopnje pljučne embolije med letoma 2012 in 2015, kar je spodbudno. Presenetljivo pa je višanje stopnje venske tromboze v enakem obdobju. Takšen trend je prisoten ne glede na to, ali upoštevamo samo operacije zaradi protez kolka in kolena

ali vse sprejeme s kirurškim posegom. O razlogih za te pojave lahko le ugibamo. Ena izmed možnosti je tudi sprememba v praksi kodiranja teh pojavov v bolnišnični podatkovni zbirki.

Slika 38: Stopnja primerov pljučne embolije na 100 sprejemov zaradi vstavitve endoproteze kolka ali kolena, standardizirana po starosti in spolu, v Sloveniji med letoma 2012 in 2015



Slika 39: Stopnja primerov venske tromboze na 100 sprejemov zaradi kirurškega posega, standardizirana po starosti in spolu, v Sloveniji med letoma 2012 in 2014

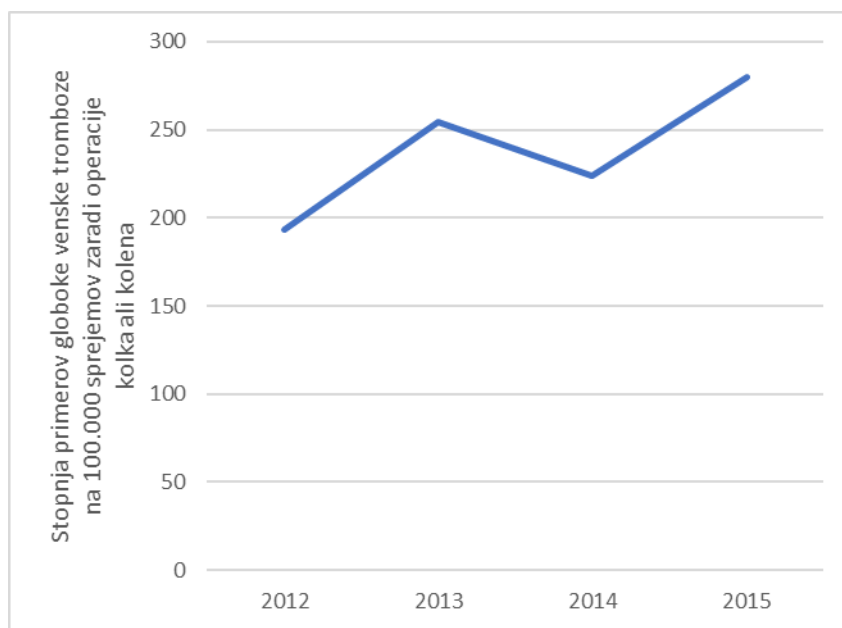


Zaradi zgoraj omenjene omejitve pri spremljanju pojava pljučnih embolij in venskih tromboz po posegih tovrstne zaplete bolnišnice tudi spremljajo posebej in o tem poročajo neposredno Ministrstvu za zdravje. Zaradi redkosti pojava so izračunane stopnje zapletov zelo različne med bolnišnicami in iz leta v leto, zato primerjave ne prikazujemo.

Ugotavljamo, da je 12 bolnišnic poslalo podatke za ta kazalnik za leti 2014 in 2015. Med temi bolnišnicami jih šest ni beležilo pooperativnega trombemboličnega dogodka niti v letu 2014 niti v

2015, štiri bolnišnice so beležile vsaj en dogodek v vsakem izmed teh dveh let in le dve bolnišnici sta prepoznali vsaj en primer pooperativne trombembolije v letu 2015, vendar ne v letu 2014. Takšna razporeditev vrednosti lahko kaže na zelo dober sistem obvladovanja trombemboličnih zapletov v tistih bolnišnicah, kjer primerov niso beležili. Alternativna možnost je, da imajo bolnišnice, kjer so bili primeri beleženi, boljši sistem spremljanja tega pojava.

Slika 40: Stopnja primerov venske tromboze na 100 sprejemov zaradi endoproteze kolka ali kolena, standardizirana po starosti in spolu, v Sloveniji med letoma 2012 in 2015





KK 64 – Nacionalno spremljanje bolnišnične porabe protimikrobnih zdravil

Osnovni podatki o kazalniku

V letu 2014 smo zbrali podatke o porabi protibakterijskih (antibiotikov), protiglivnih 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. Uporabljali smo zadnjo (2016) inačico Svetovne zdravstvene organizacije. Nacionalne podatke sporočimo vsako leto v ECDC (*European Centre for Disease Prevention and Control*). Poleg porabe spremljamo tudi način dajanja (parenteralno, per os, inhalacije) in stroške. Podatkov o stroških nam ne sporočijo vse bolnišnice.

V primerjavi z letom 2013 se je poraba v letu 2014 zvišala iz 48,05 na 49,41 DDD/100 BOD oziroma iz 1,56 na 1,61 DDD/1000 prebivalcev/dan. Poraba, izražena v DDD/100 sprejemov, se je nasprotno znižala za 1,2%, iz 316,28 na 312,67 DDD/100 sprejemov. Poraba, izražena v DDD/1000 prebivalcev/dan, nas uvršča po podatkih ECDC na 16. mesto med 23 državami Evropske unije (EU) in Evropskega gospodarskega prostora (EGP) (Islandija, Norveška). Povprečna poraba v 23 državah EU je bila 2,0 z razponom od 1,0 do 2,6 DDD/1000 prebivalcev/dan. Najvišja poraba je bila na Finskem, ki pa vključuje med bolnišnično porabo tudi domove za ostarele. Poraba protiglivnih zdravil za sistemsko rabo (J02) se je v letu 2014 v primerjavi z letom 2013 znižala za 0,8 % iz 2,53 na 2,51 DDD/100 BOD, raba protivirusnih zdravil (J05) pa je narastla za 79 % iz 0,63 na 1,13 DDD/100 BOD.

Tabela 5: Poraba (DDD/100 BOD) antibiotikov na oddelkih splošnih bolnišnic in v univerzitetnih kliničnih centrih v letu 2014 v Sloveniji

Oddelek	Povprečje	Najnižja poraba	Najvišja poraba
interni	64,82	55,01 (MB)	78,00 (CE)
kirurgija	68,28	40,82 (TRB)	76,58 (UKC LJ)
ginekologija	31,38	12,67 (NM)	50,49 (UKC MB)
pediatrija	44,23	19,56 (JES)	58,87 (Infekcijska kl.)
internistična intenzivna terapija	129,90	58,57 (JES)	187,49 (IZ)
kirurška intenzivna terapija	190,64	96,73 (TRB)	281,00 (UKC LJ)

Opažamo znatne razlike med istimi tipi bolnišnic in oddelkov, kar zahteva podrobnejše analize. Predpisovanje ni v nobeni bolnišnici optimalno, kar smo ugotavljali pri strokovnih nadzorih.

Poraba na nacionalni ravni v letu 2015 je bila višja kot v letu 2014. Poraba, izražena v DDD/100 BOD, se je zvišala za 4,5 % iz 49,41 na 51,67 DDD/100 BOD. Zvišala (4,3 %) se je tudi poraba, izražena v DDD/100 sprejemov (iz 312,67 na 326,22 DDD/100 sprejemov), in poraba, izražena v DDD/1000 prebivalcev/dan iz 1,61 na 1,67 DDD/1000 prebivalcev na dan (3,7 %). Po podatkih ECDC nas poraba uvršča na 16. mesto med 24 državami EU/EGP. Povprečna poraba je bila 2,1 DDD/1000 prebivalcev/dan z razponom od 1,0 na Nizozemskem in 2,9 DDD/1000 prebivalcev/dan na Malti.

Tabela 6: Poraba (DDD/100 BOD) antibiotikov na oddelkih splošnih bolnišnic in v univerzitetnih kliničnih centrih v letu 2015 v Sloveniji

Oddelek	Povprečje	Najnižja poraba	Najvišja poraba
interni	66,57	57,24 (MB)	79,95 (JES)
kirurgija	68,68	30,76 (SG)	81,12 (UKC LJ)
ginekologija	33,24	11,05 (NM)	52,90 (UKC MB)
pediatrija	47,43	23,23 (SG)	67,54 (Ped. kl. LJ))
internistična intenzivna terapija	149,49	70,06 (JES)	231,76 (MS)
kirurška intenzivna terapija	190,64	105,60 (TRB)	284,34 (UKC LJ)

Kakovost podatkov

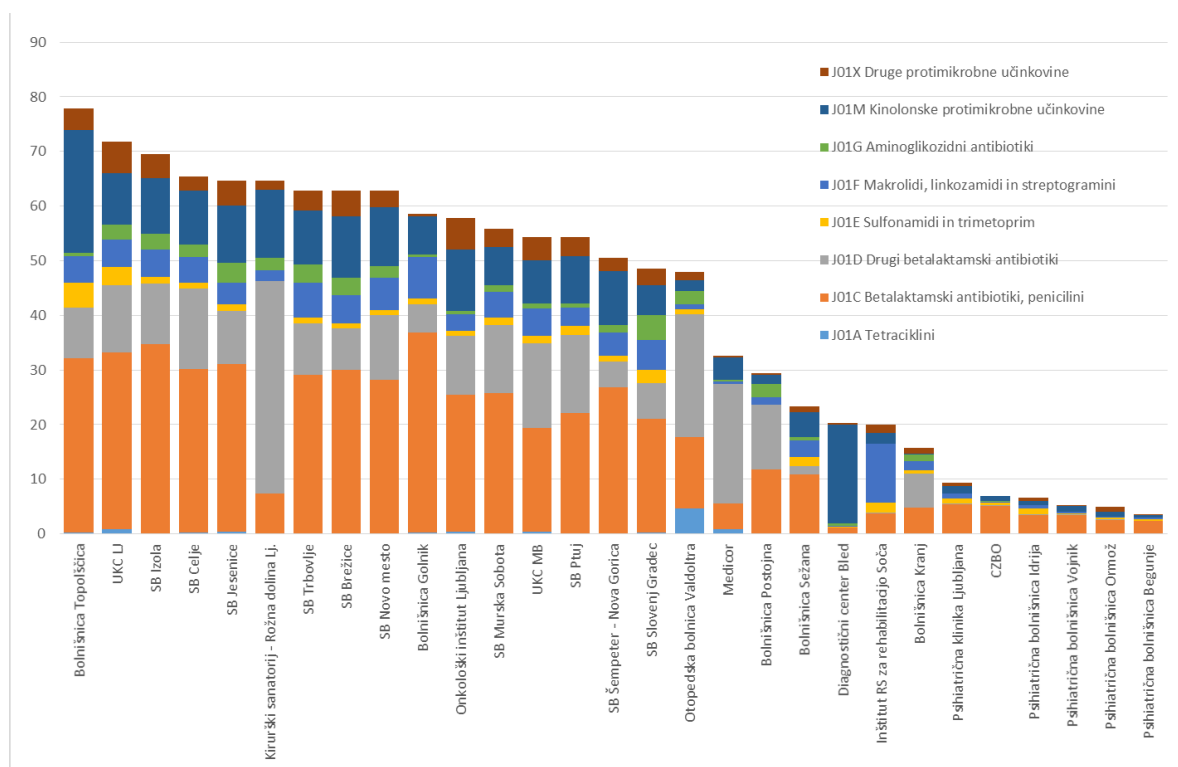
Podatke o porabi nam sporočijo bolnišnični farmacevti ali drugo osebje, zaposleno v lekarni manjših bolnišnic. Analiziramo podatke, ki so bili izdani iz lekarne. Število BOD in število sprejemov nam sporoči Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ). Podatki o številu BOD ali številu sprejemov na oddelke 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

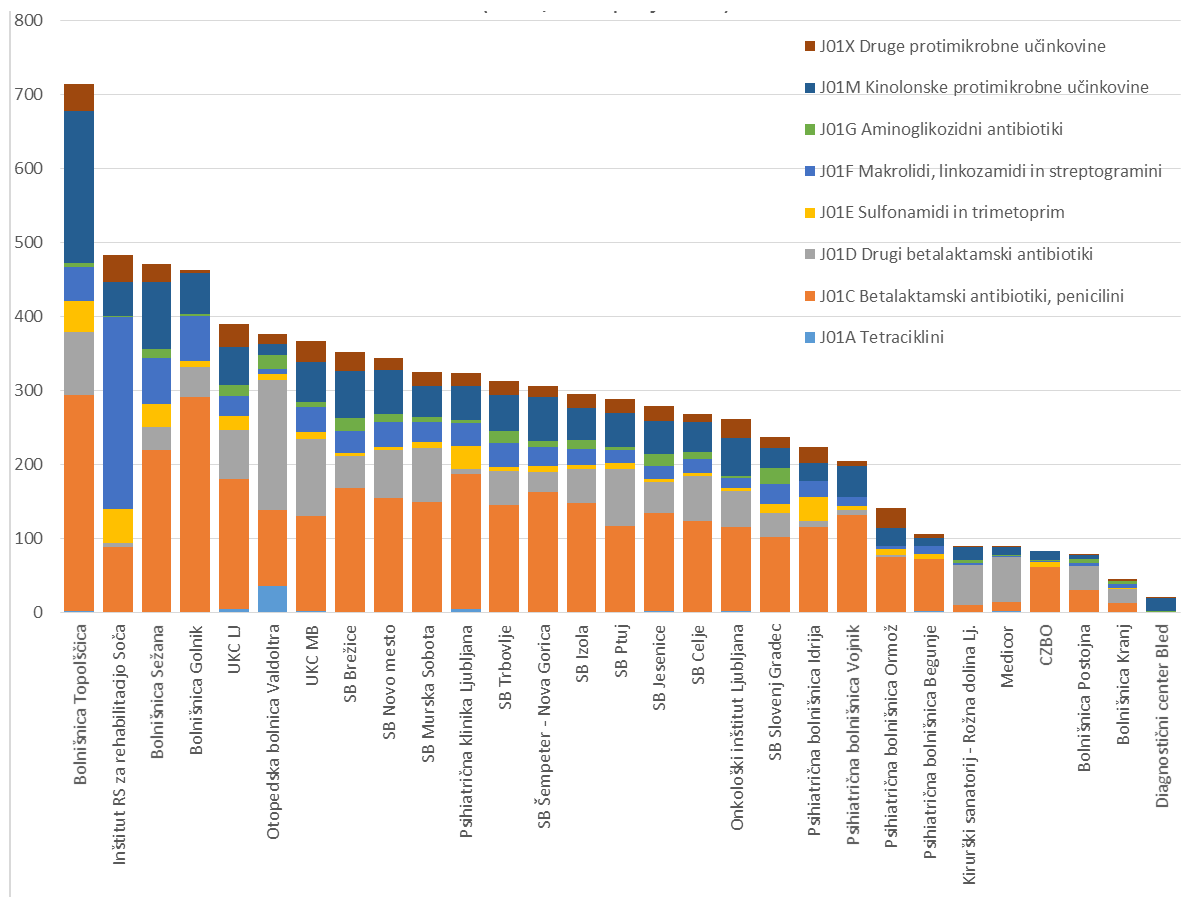
Slovenija ima dobro vzpostavljeno mrežo spremljanja porabe protimikrobnih zdravil v bolnišnicah. Spremljamo porabo v vseh 29 bolnišnicah in na petih oddelkih splošnih in univerzitetnih bolnišnic. Slabost spremljanja je, da povsem ne ločujemo porabe pri sprejetih bolnikih od nesprejetih, ki jih obravnavamo ambulantno. Rezultate spremljanja uporabljajo Nacionalna komisija za smotrno 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 2014 in 2015 smo nadaljevali strokovne nadzore v bolnišnicah (začeli smo v letu 2013) nad smotrno rabo protimikrobnih zdravil v skladu s Pravilnikom o strokovnem nadzoru izvajanja programa preprečevanja in obvladovanja bolnišničnih okužb (Uradni list RS, št. 10/11). Strokovne nadzore smo izvajali 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. V nacionalni strategiji 2017–2022 smo si zadali cilj znižati celotno porabo antibiotikov v bolnišnicah za vsaj 10 % in izboljšati predpisovanje širokospektralnih antibiotikov. Posebno skrb moramo nameniti predpisovanju kritično pomembnih antibiotikov, kot so cefalosporini 3. in 4. generacije, fluorokinoloni in karbapenemi. V Sloveniji je poraba karbapenemov višja od povprečja v EU/EGP (0,072 vs 0,054), kar nas mora skrbeti in moramo ukrepati. V Sloveniji zaradi vse pogostejše izolacije večkratno odpornih bakterij narašča poraba polimiksina in je znašala v letu 2015 0,005 DDD/1000 prebivalcev na dan.

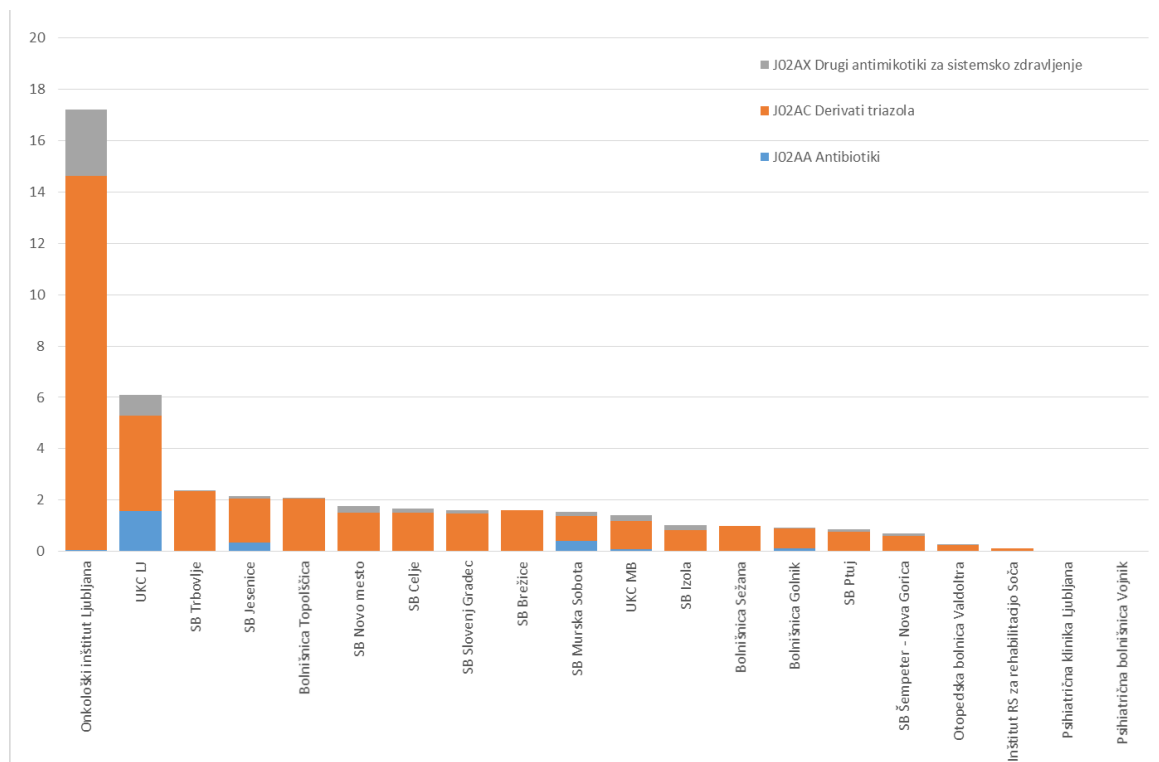
Slika 41: Poraba antibiotikov (J01) v slovenskih bolnišnicah v letu 2015 (DDD/100 BOD)



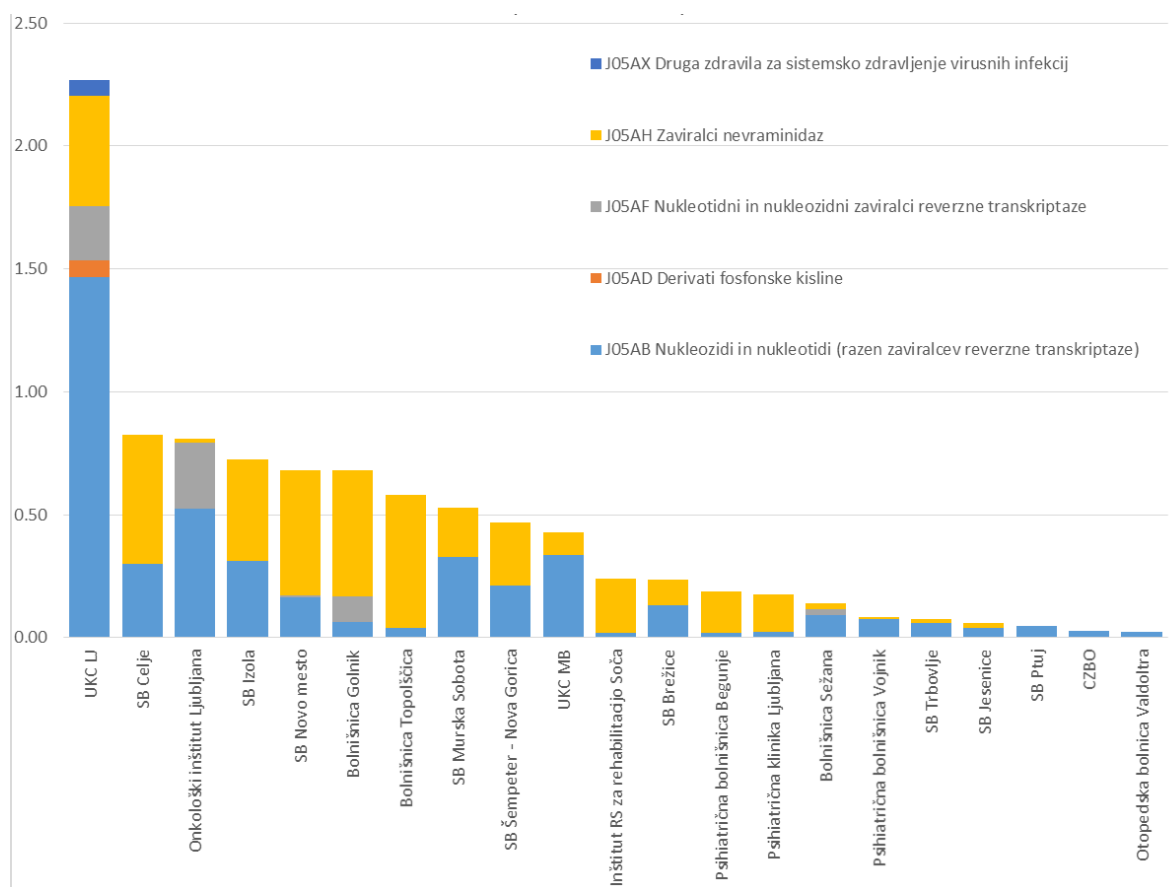
Slika 42: Poraba antibiotikov (J01) v slovenskih bolnišnicah v letu 2015 (DDD/100 sprejemov)



Slika 43: Poraba protiglivnih zdravil (J02) v slovenskih bolnišnicah v letu 2014 (DDD/100 BOD)



Slika 44: Poraba protivirusnih (J05) zdravil v slovenskih bolnišnicah v letu 2015 (DDD/100 BOD)



KK 21 Razjede zaradi pritiska

Dosedanje zbiranje podatkov je izboljšalo kulturo postopkov preprečevanja in spremljanja razjed zaradi pritiska (RZP). V večini bolnišnic so bili uvedeni postopki preprečevanja nastanka RZP, kot so ocena bolnikovega tveganja za nastanek RZP s pomočjo lestvice, spremljanje kazalnikov kakovosti, notranji nadzori, oblikovanje dokumentacije, standardizirani postopki za izvajanje procesa.

Kljub opravljenemu delu neposredna primerjava podatkov med bolnišnicami ni mogoča. To je med drugimi posledica neenotnega poročanja RZP na tipičnih oz. netipičnih mestih.

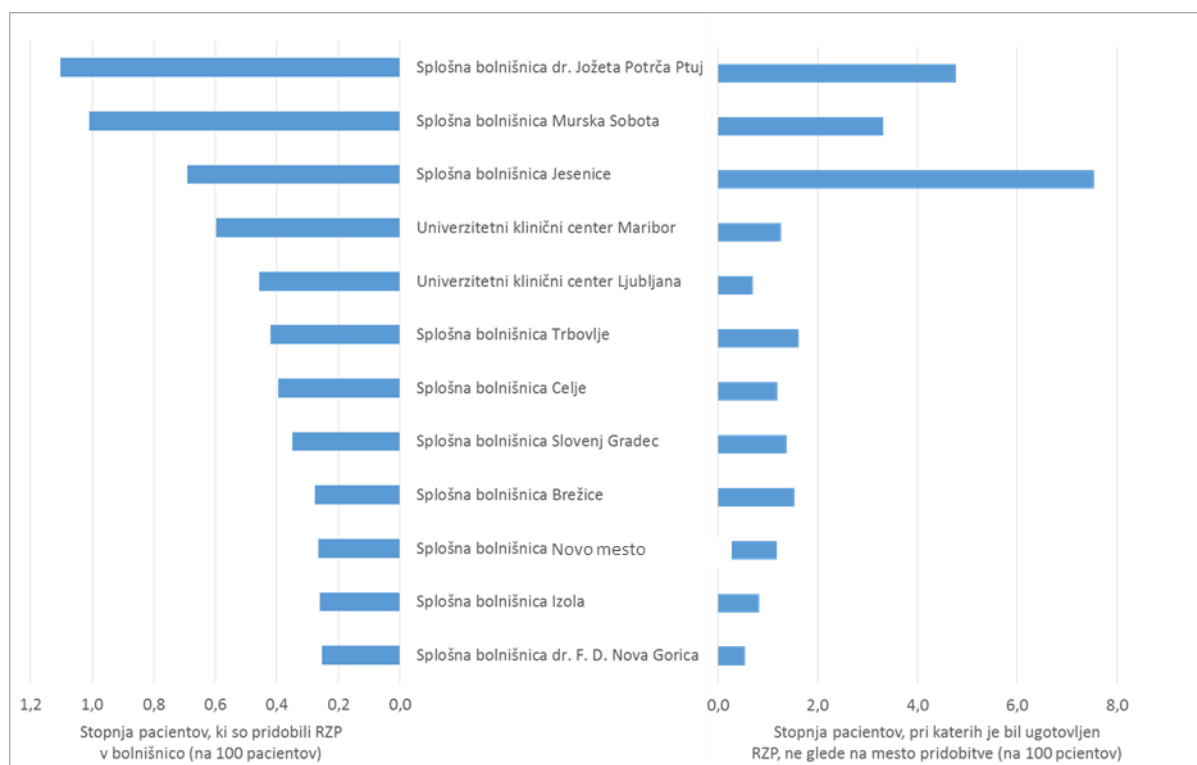
Težava je v poenotenju postopkov preprečevanja in spremljanja RZP po vseh bolnišnicah. Priložnost za izboljšanje je v poenotenju določil, ali med RZP štejemo poleg tistih, ki nastanejo na tipičnih mestih, tudi RZP, ki nastanejo na netipičnih mestih.

Dosedanje zbiranje podatkov je pripomoglo k izboljšanju povednosti podatkov in njihovo primerljivost za tipična mesta nastanka RZP. Razlike in dileme ostajajo pri RZP na netipičnih mestih, kot so: za ušesi, nos, nosnica, lice, uho, čelo, penis, koren nosu, vhod v uretro, spodnja ustnica.

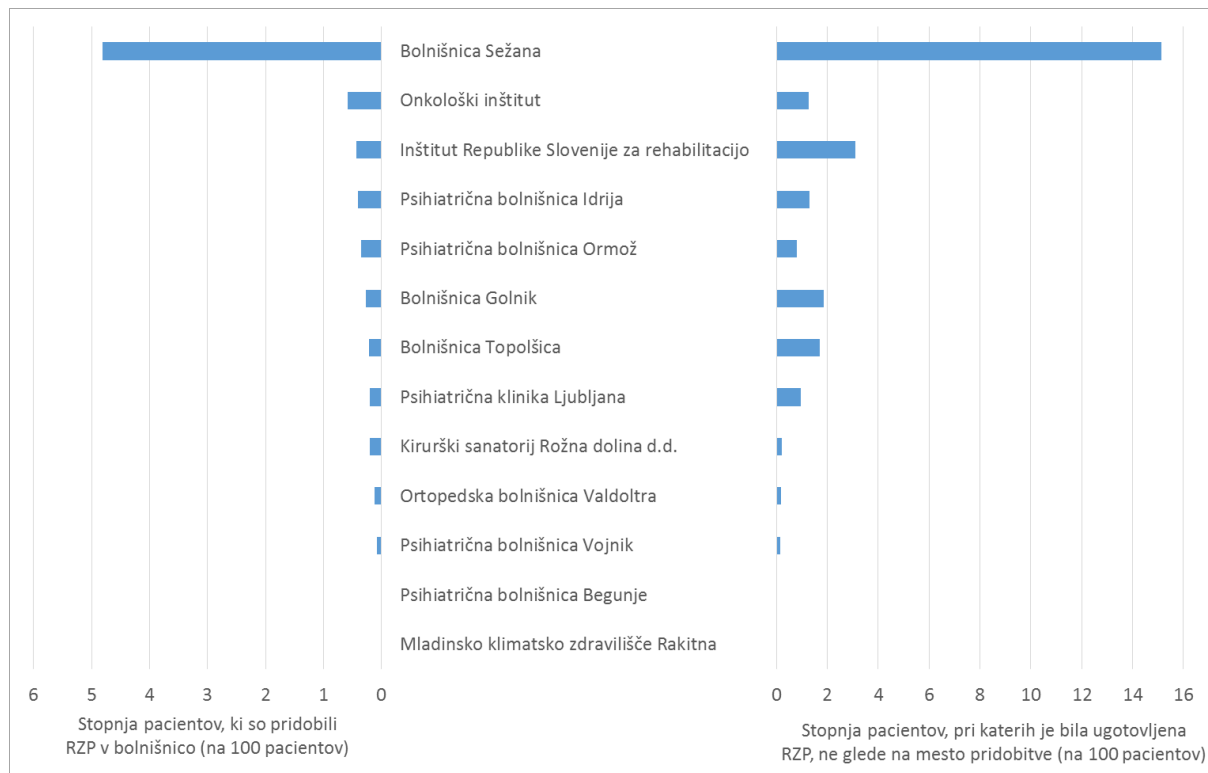
Druga priložnost je v oblikovanju dokumentacije, ki omogoča kontinuiteto z opisom stanja kože pri premestitvi bolnikov med ustanovami. S tem bi uporabili izkušnje pri zbiranju podatkov o padcih. Pri njih smo prešli iz spremljanja padcev iz postelje na kazalnik, ki spremlja vse padce.

Prikazujemo podatke ločeno za splošne bolnišnice in oba klinična centra na eni strani ter za specialne bolnišnice na drugi.

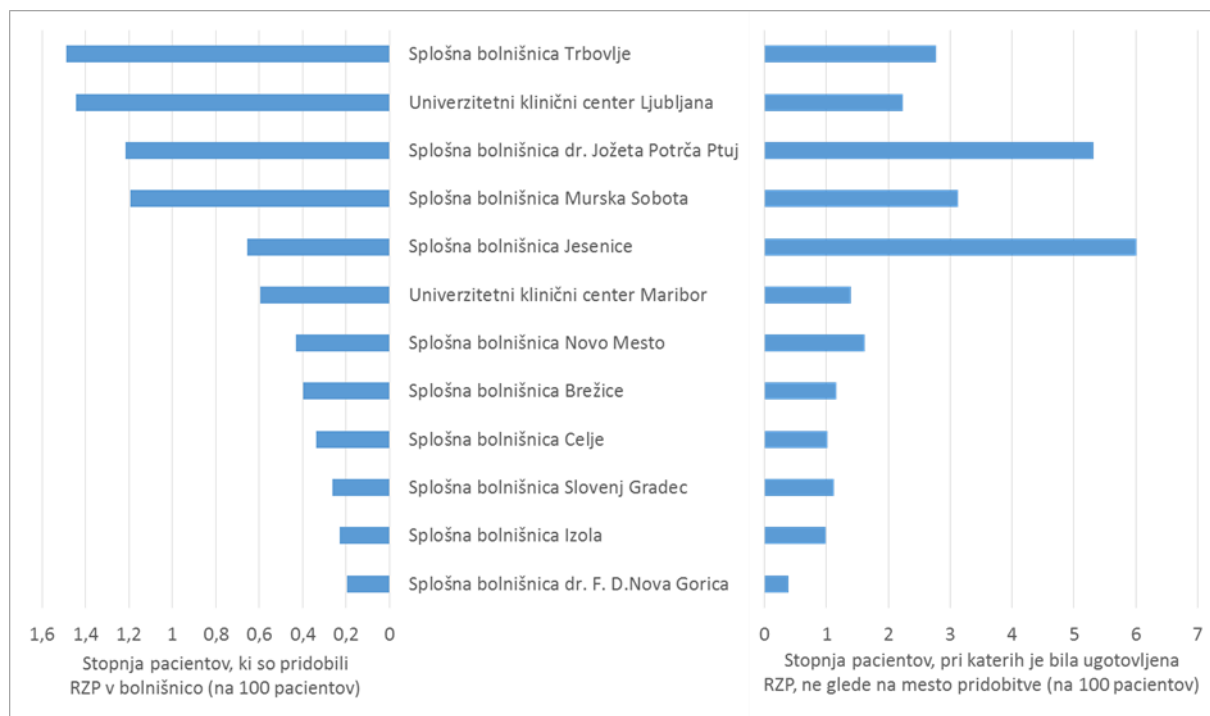
Slika 45: Stopnja razjed zaradi pritiska v splošnih bolnišnicah v Sloveniji v letu 2014 na 100 sprejemov



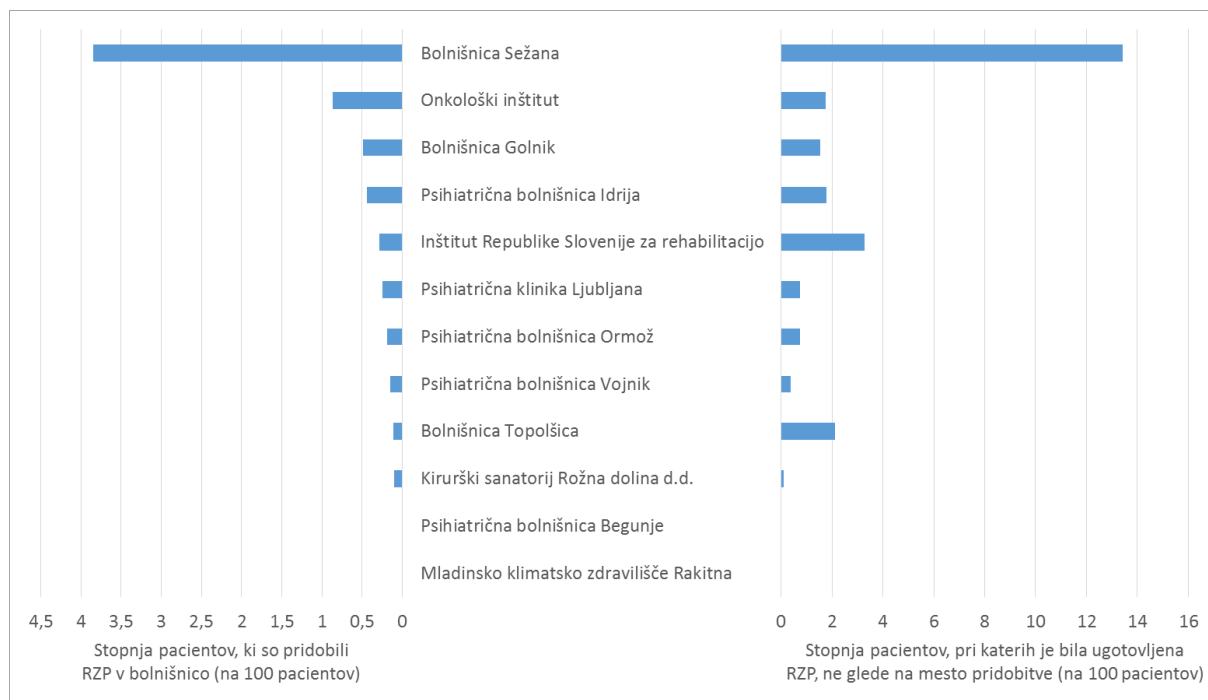
Slika 46: Stopnja razjed zaradi pritiska v specializiranih bolnišnicah v Sloveniji v letu 2014 na 100 sprejemov



Slika 47: Stopnja razjed zaradi pritiska v splošnih bolnišnicah v Sloveniji v letu 2015 na 100 sprejemov



Slika 48: Stopnja razjed zaradi pritiska v specializiranih bolnišnicah v Sloveniji v letu 2015 na 100 sprejemov



KK 67 Padci

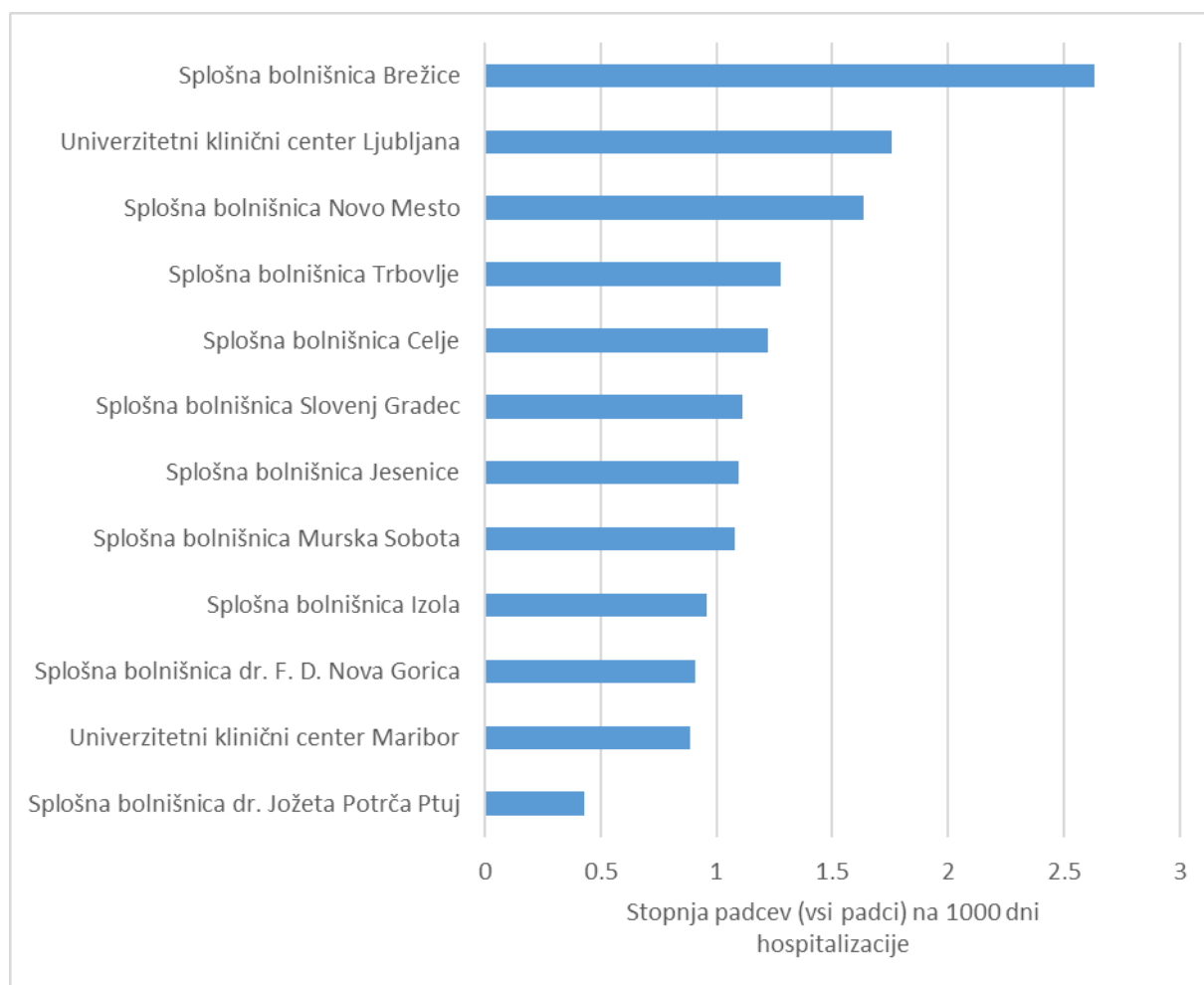
Podobno kot prejšnja leta podatki ne omogočajo obsežnega strokovnega komentarja.

Kot pozitivno ocenjujemo, da večina bolnišnic svoje podatke o nastanku padcev dosledno poroča, kar omogoča, da lahko med seboj primerjamo podatke, postopke njihovega zbiranja in vrednotenja.

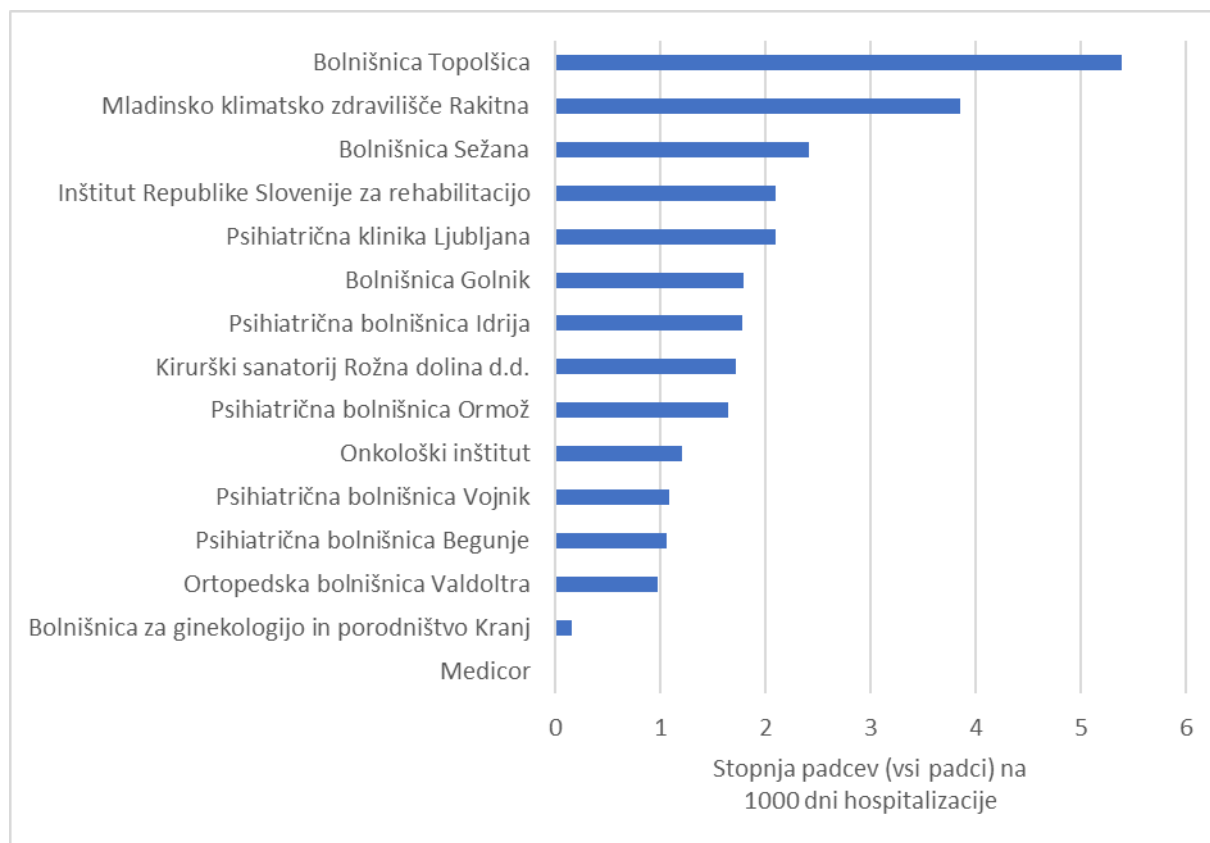
Tako lahko zagotovimo medsebojno primerljivost rezultatov. Razlike v pristopih, ki še vedno obstajajo, ne omogočajo neposredne primerljivosti podatkov. Merjenje kazalnika kakovosti pojavnosti padcev je koristno predvsem zato, da ga bolnišnice prepoznajo kot orodje za ukrepanje in izboljševanje stanja na tem področju v svojem okolju. Ker se podatki sistematično zbirajo že vrsto let, lahko neka bolnišnica ugotavlja, kako ukrepi, ki jih izvajajo, vplivajo na pojavnost padcev v njihovi ustanovi.

Za poenotenje pristopa k obravnavi bolnika s povečanim tveganjem, da pade v bolnišnici, bi bilo koristno ustanoviti skupino strokovnjakov, ki bi oblikovala in uvedla strokovne smernice na tem področju.

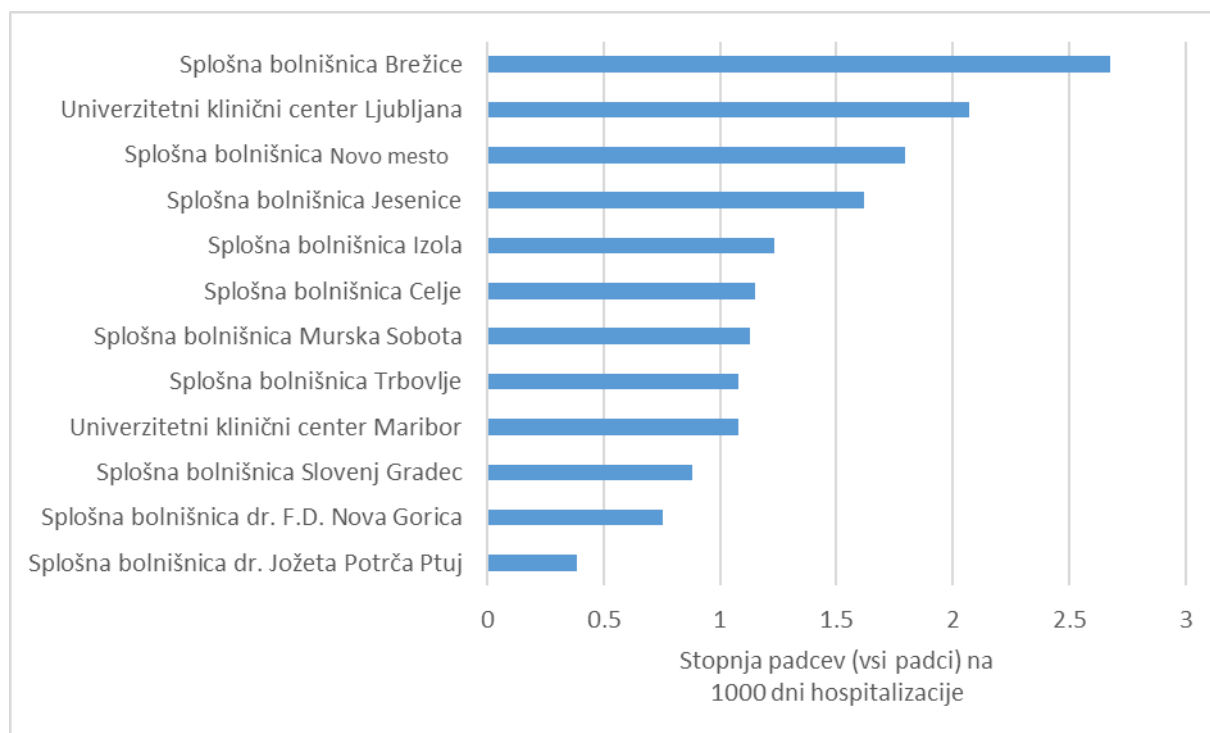
Slika 49: Stopnja padcev v splošnih bolnišnicah v Sloveniji v letu 2014 na 1000 dni hospitalizacije



Slika 50: Stopnja padcev v specializiranih bolnišnicah v Sloveniji v letu 2014 na 1000 dni hospitalizacije



Slika 51: Stopnja padcev v splošnih bolnišnicah v Sloveniji v letu 2015 na 1000 dni hospitalizacije



Slika 52: Stopnja padcev v specializiranih bolnišnicah v Sloveniji v letu 2014 na 1000 dni hospitalizacije

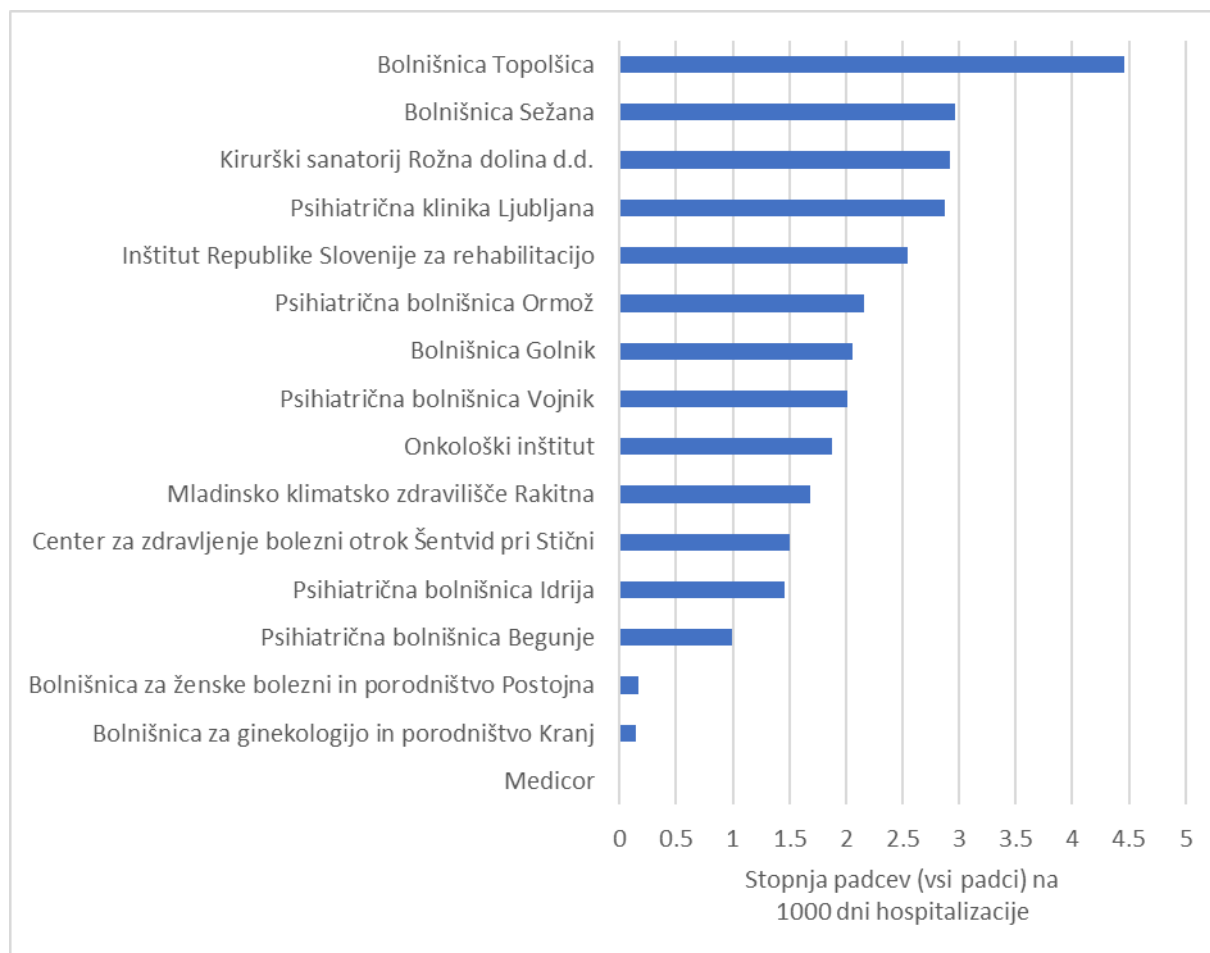
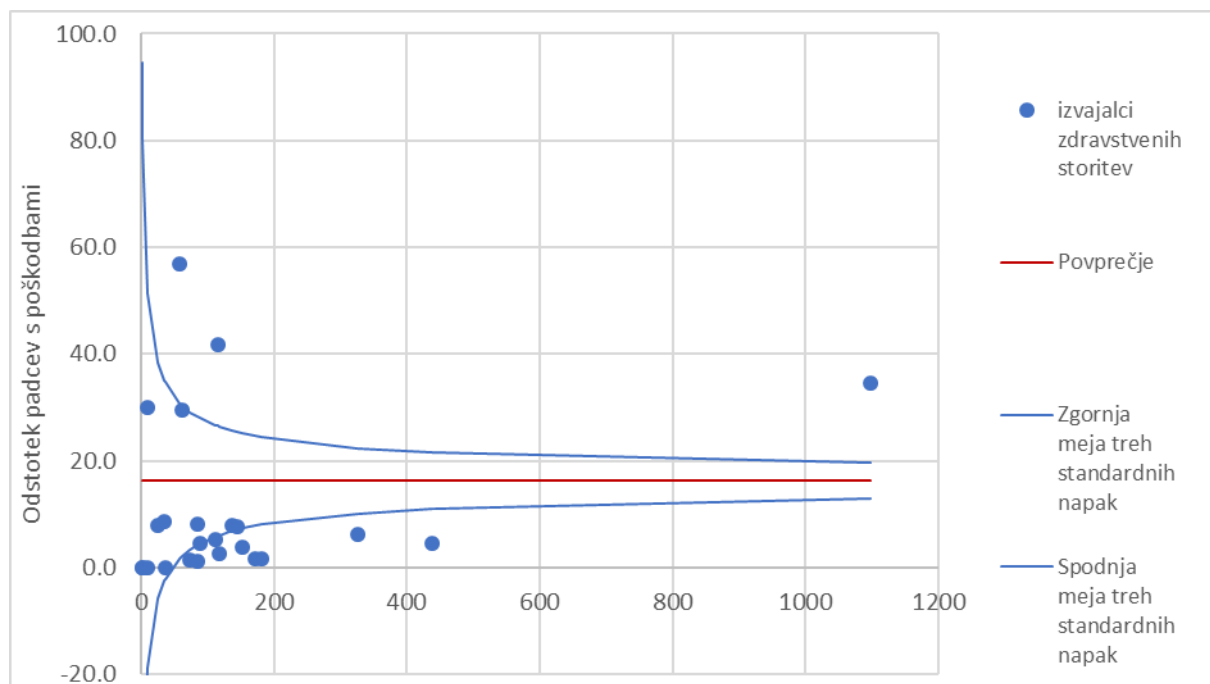


Tabela 7: Odstotek poškodb ob padcu v bolnišnicah v Sloveniji v letu 2015

	Poškodbe pri padcih		
	Padci s poškodbami	Padci skupaj	Odstotek padcev s poškodbami
Bolnišnica Topolšica	6	153	3,9 %
Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj	0	3	0,0 %
Bolnišnica Sežana	3	118	2,5 %
Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo	11	145	7,6 %
Univerzitetni klinični center Ljubljana	380	1098	34,6 %
Mladinsko klimatsko zdravilišče Rakitna	0	2	0,0 %
Psihiatrična bolnišnica Begunje	0	10	0,0 %
Psihiatrična bolnišnica Ormož	0	36	0,0 %
Psihiatrična bolnišnica Vojnik	6	112	5,4 %
Psihiatrična bolnišnica Idrija	7	85	8,2 %
Psihiatrična klinika Ljubljana	20	439	4,6 %
Splošna bolnišnica Brežice	1	74	1,4 %
Splošna bolnišnica Celje	3	181	1,7 %
Splošna bolnišnica dr. Franca Derganca Nova Gorica	1	86	1,2 %
Splošna bolnišnica Izola	18	61	29,5 %
Splošna bolnišnica Jesenice	4	89	4,5 %
Univerzitetni klinični center Maribor	20	326	6,1 %
Splošna bolnišnica Murska Sobota	11	138	8,0 %
Splošna bolnišnica Novo mesto	3	172	1,7 %
Splošna bolnišnica dr. Jožeta Potrča Ptuj	2	25	8,0 %
Splošna bolnišnica Slovenj Gradec	33	58	56,9 %
Splošna bolnišnica Trbovlje	3	35	8,6 %
Kirurški sanatorij Rožna dolina d.d.	3	10	30,0 %
Onkološki inštitut	48	115	41,7 %

Slika 53: Odstotek padcev s poškodbami v bolnišnicah v Sloveniji v letu 2015, lijakasti diagram





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 ugotovljena kolonizacija ali okužba z MRSA v tekočem letu.

Podatki v zvezi s tem kazalnikom za leto 2014 niso bili dostopni ali so bili za posamezna četrletja pomanjkljivi pri Bolnišnici Topolšica, Bolnišnici za ginekologijo in porodništvo Kranj, Bolnišnici za ženske bolezni in porodništvo Postojna, Centru za zdravljenje otrok Šentvid pri Stični, Mladinskem klimatskem zdravilišču Rakitna, Ortopedski bolnišnici Valdoltra, Kirurškem sanatoriju Rožna dolina d.d. Podatki za leto 2015 niso bili dostopni ali so bili pomanjkljivi pri Bolnišnici Topolšica, Bolnišnici za ženske bolezni in porodništvo Postojna, Mladinskem klimatskem zdravilišču Rakitna, Ortopedski bolnišnici Valdoltra, Psihiatrični bolnišnici Begunje, Psihiatrični bolnišnici Ormož, Splošni bolnišnici Brežice.

V obdelavo so bile vključene le ustanove, ki so poslale popolne podatke za vsa četrletja 2014 in 2015 (tabeli 8 in 9). V nekaterih bolnišnicah 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. Delež bolnikov, ki so pridobili MRSA v posamezni bolnišnici, glede na skupno število bolnikov, pri katerih je bila ugotovljena prisotnost MRSA v letu 2014, prikazuje slika 54. Slika 55 prikazuje delež teh bolnikov v letu 2015. Ker so razlike v številu sprejetih bolnikov zelo velike, se število pregledanih bolnikov in ugotovljenih nosilcev MRSA med bolnišnicami zelo razlikuje in s tem je velika tudi razlika v bremenu, ki ga nosi posamezna bolnišnica.

Tabela 8: Število bolnikov, pri katerih je bil ugotovljen MRSA, in delež teh bolnikov, ki so MRSA pridobili v posamezni bolnišnici v letu 2014

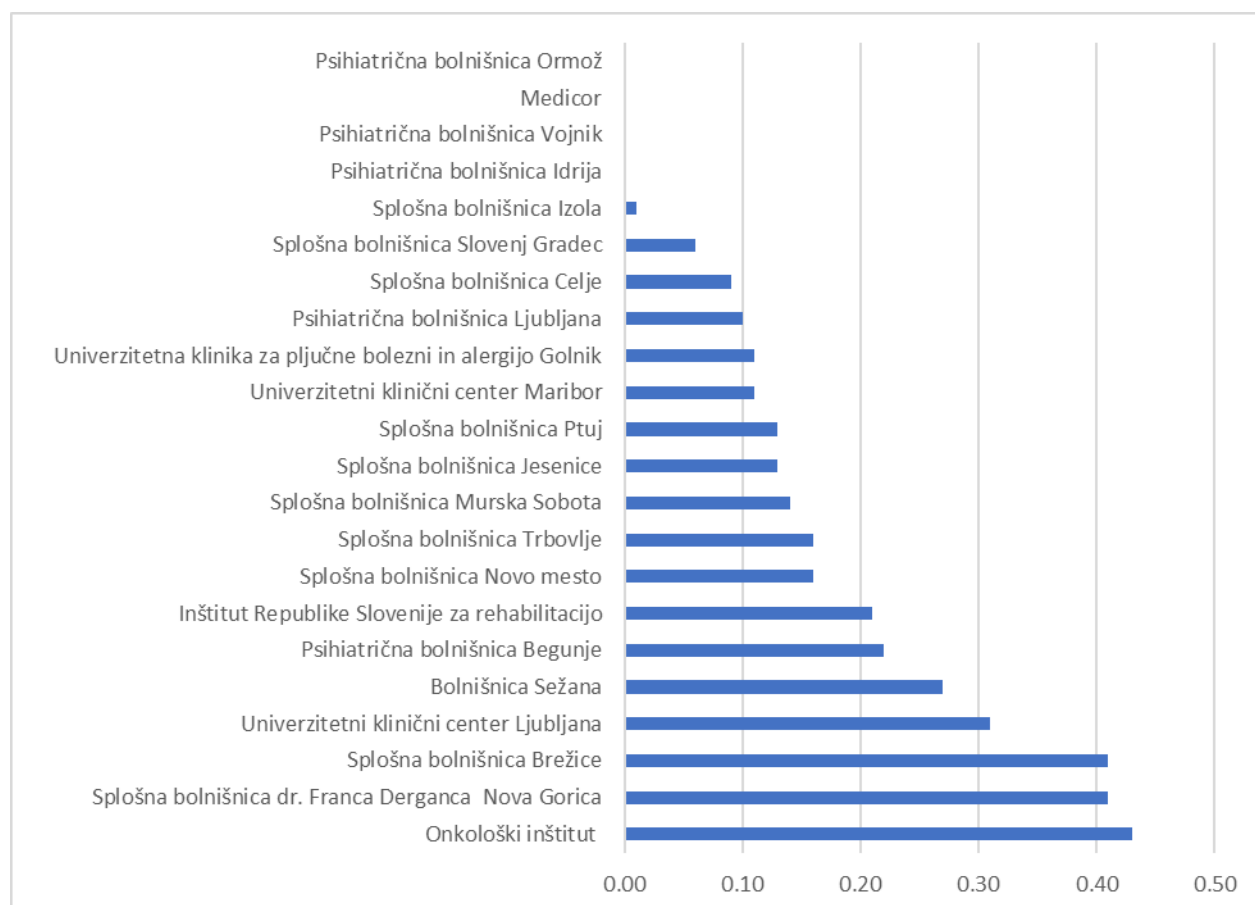
2014	Število bolnikov,	Delež bolnikov, ki so
Onkološki inštitut	35	0,43
Splošna bolnišnica dr. Franca Derganca Nova Gorica	97	0,41
Splošna bolnišnica Brežice	17	0,41
Univerzitetni klinični center Ljubljana	494	0,31
Bolnišnica Sežana	22	0,27
Psihiatrična bolnišnica Begunje	9	0,22
Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo	57	0,21
Splošna bolnišnica Novo mesto	91	0,16
Splošna bolnišnica Trbovlje	43	0,16
Splošna bolnišnica Murska Sobota	248	0,14
Splošna bolnišnica Jesenice	132	0,13
Splošna bolnišnica Ptuj	31	0,13
Univerzitetni klinični center Maribor	154	0,11
Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo	37	0,11
Psihiatrična bolnišnica Ljubljana	20	0,10
Splošna bolnišnica Celje	195	0,09
Splošna bolnišnica Slovenj Gradec	33	0,06
Splošna bolnišnica Izola	151	0,01
Psihiatrična bolnišnica Idrija	10	0,00
Psihiatrična bolnišnica Vojnik	0	0,00
Medicor	0	0,00
Psihiatrična bolnišnica Ormož	3	0,00

Tabela 9: Število bolnikov, pri katerih je bil ugotovljen MRSA, in delež teh bolnikov, ki so MRSA pridobili v posamezni bolnišnici v letu 2015

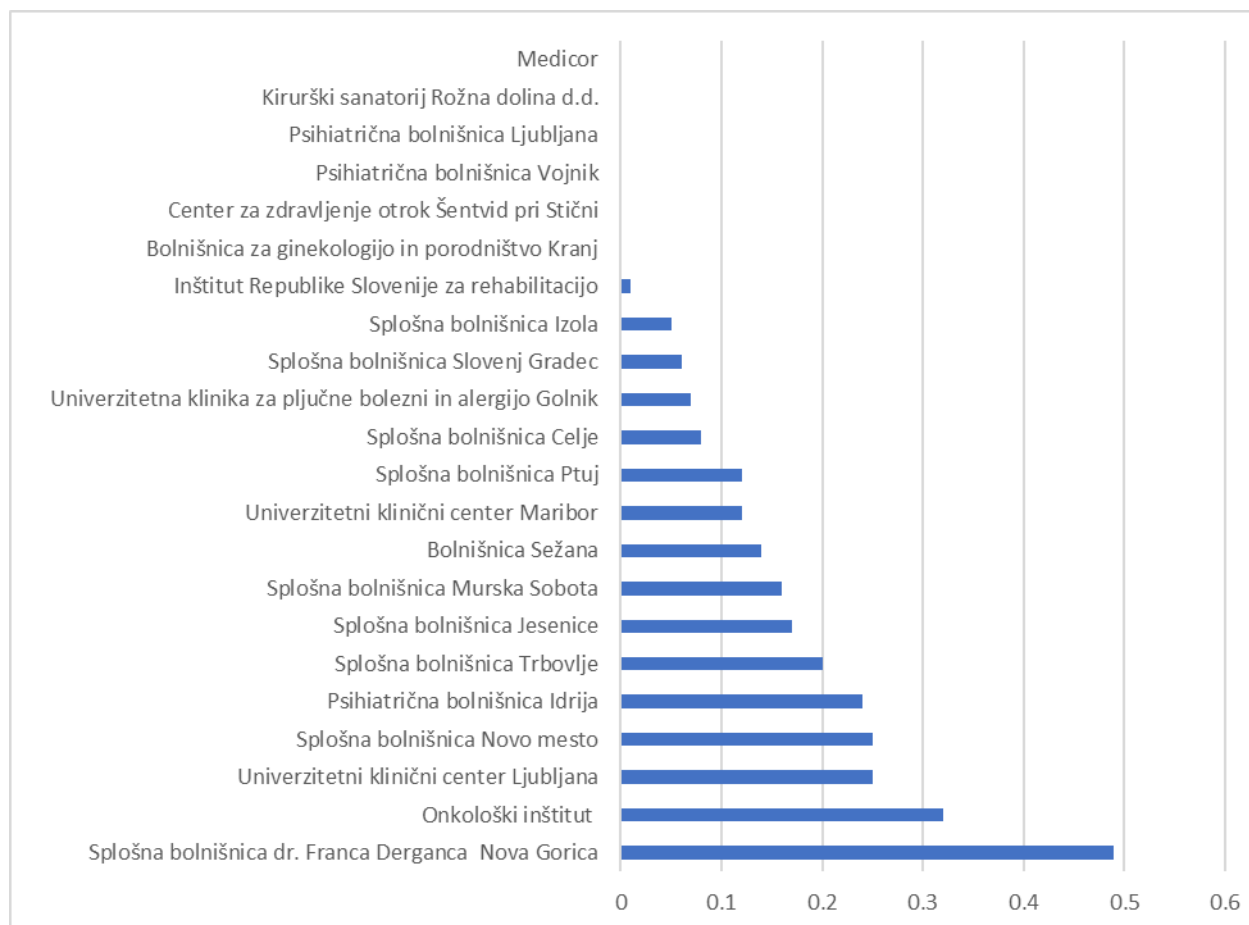
2015	Število bolnikov,	Delež bolnikov, ki so
Splošna bolnišnica dr. Franca Derganca Nova Gorica	137	0,49
Onkološki inštitut	28	0,32
Univerzitetni klinični center Ljubljana	529	0,25
Splošna bolnišnica Novo mesto	141	0,25
Psihiatrična bolnišnica Idrija	21	0,24
Splošna bolnišnica Trbovlje	55	0,2
Splošna bolnišnica Jesenice	173	0,17
Splošna bolnišnica Murska Sobota	347	0,16
Bolnišnica Sežana	29	0,14

Univerzitetni klinični center Maribor	199	0,12
Splošna bolnišnica Ptuj	33	0,12
Splošna bolnišnica Celje	237	0,08
Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo	48	0,07
Splošna bolnišnica Slovenj Gradec	34	0,06
Splošna bolnišnica Izola	157	0,05
Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo	70	0,01
Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj	0	0
Center za zdravljenje otrok Šentvid pri Stični	0	0
Psihiatrična bolnišnica Vojnik	0	0
Psihiatrična bolnišnica Ljubljana	13	0
Kirurški sanatorij Rožna dolina d.d.	0	0
Medicor	0	0

Slika 54: Delež bolnikov, ki so MRSA pridobili v posamezni bolnišnici, glede na skupno število bolnikov, pri katerih je bila ugotovljena MRSA, v letu 2014



Slika 55: Delež bolnikov, ki so MRSA pridobili v posamezni bolnišnici, glede na skupno število bolnikov, pri katerih je bila ugotovljena MRSA, v letu 2015

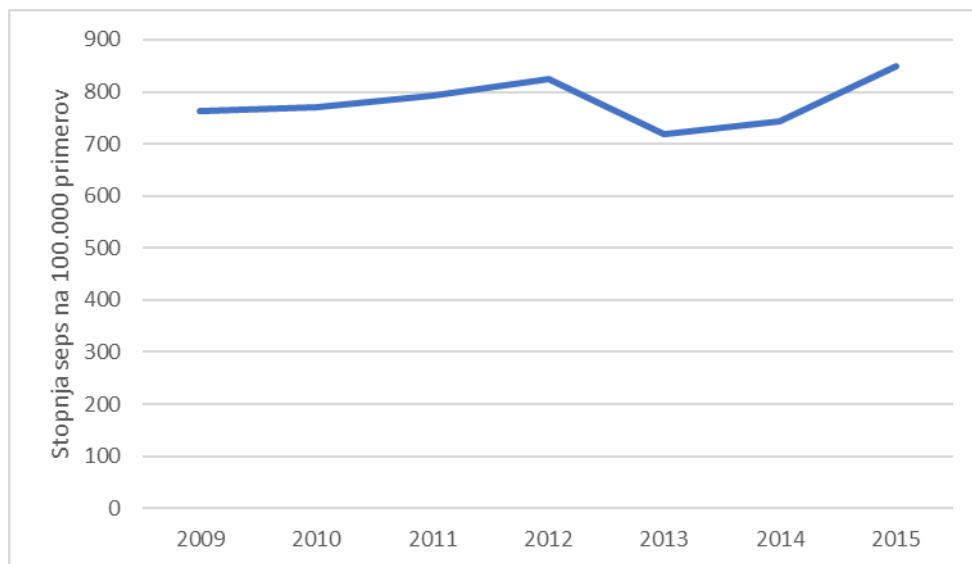


KK47 – Pooperativna sepsa

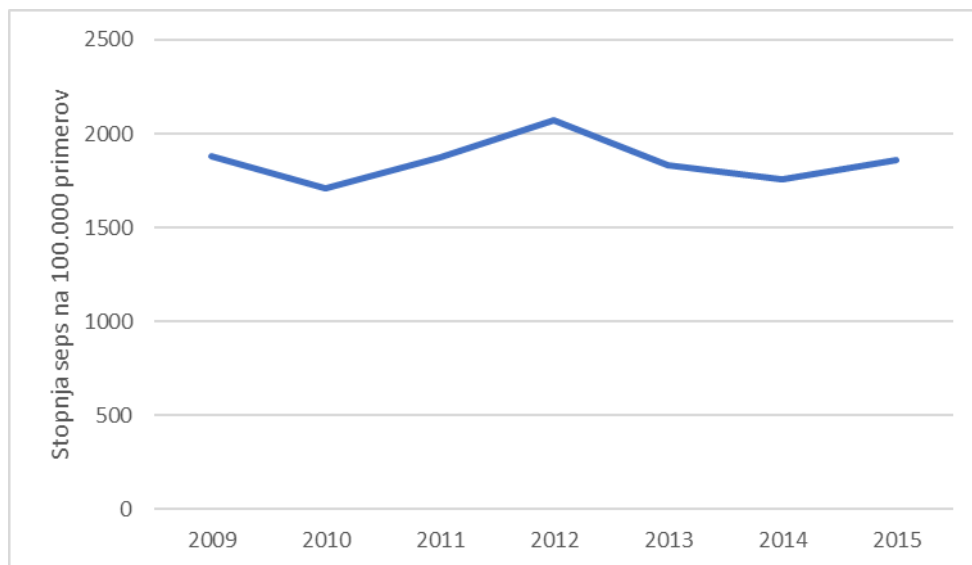
Pooperativne sepse so redek in resen zaplet operativnega posega. Pogostost takega zapleta se razlikuje glede na vrsto posega. Na pogostost pojava vplivajo številni drugi dejavniki, vključno z značilnostmi pacienta in okoliščine posega, kot je urgentna ali načrtovana izvedba operacije. Da bi povečali zanesljivost primerjav med izvajalci in skozi čas, smo podatke standardizirali ob upoštevanju starosti in spola pacientov. Poleg tega metodologija predvideva izključitev primerov, ki niso bili izvedeni kot načrtovani, prisotnost diagnoze raka in imunokompromitiranost pacienta. Omejitev izračuna v Sloveniji, ki sicer temelji na metodologiji OECD, je nezmožnost prepoznavanja diagnoz, prisotnih ob sprejemu. To pomeni, da se pri prikazu vrednosti kazalnika štejejo za pooperativne sepse vsi tisti primeri hospitalizacije, kjer je prisotna diagnoza sepse in istočasna izvedba kirurškega posega, ob upoštevanju izključitvenih meril, navedenih zgoraj.

Primerjave med izvajalci, ki opravljajo različne posege oziroma jih opravljajo v različnih deležih, so vprašljive. Hkrati nizka pogostost teh pojavov pomeni, da je bilo treba združiti podatke za triletno obdobje od 2012 do 2015. Podatke prikazujemo v obliki lijakastega diagrama, ki bolje prikazuje relevantna odstopanja med izvajalci.

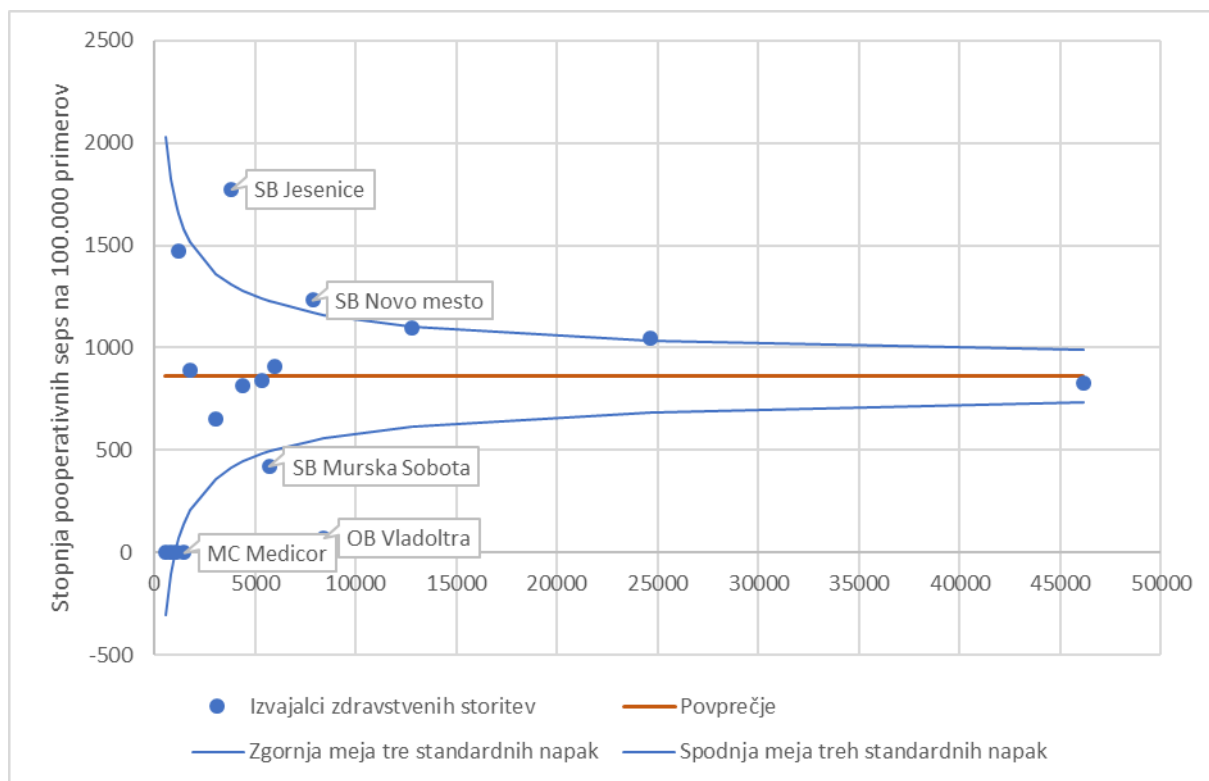
Slika 56: Stopnja seps na 100.000 sprejemov zaradi kirurškega posega, standardizirana po starosti in spolu, v Sloveniji med letoma 2009 in 2015



Slika 57: Stopnja seps na 100.000 sprejemov zaradi kirurškega posega na področju trebušne votline, standardizirana po starosti in spolu, v Sloveniji med letoma 2009 in 2015



Slika 58: Stopnja seps na 100.000 sprejemov zaradi kirurškega posega pri izvajalcih zdravstvenih storitev v Sloveniji za obdobje od 2012 do 2015



KK65 – Poškodbe osebja z ostrimi predmeti

Poškodbe osebja z ostrimi predmeti pri izvajalcih zdravstvenih storitev predstavlja kazalnik varnosti osebja. Število poškodb četrtno poročajo bolnišnice v Sloveniji neposredno Ministrstvu za zdravje. Zanesljivost vrednosti je torej odvisna od izvajalcev zdravstvenih storitev in njihove natančnosti spremljanja teh dogodkov. Predpogoj za uspešno spremljanje teh dogodkov je vzpostavitev sistema za poročanje in beleženje teh dogodkov na eni strani ter kultura poročanja teh dogodkov s strani osebja, ki se mu dogodek pripeti, na drugi.

Pri primerjavi vrednosti med bolnišnicami ni mogoče sklepati o tem, ali je večja pogostost dogodka pri izvajalcu posledica relativno boljšega načina spremljanja teh dogodkov ali njihove dejanske večje pogostosti.

Podatke zaradi nizkega števila poškodb z ostrimi predmeti prikazujemo v obliki lijakastega diagrama, pri katerem smo upoštevali povprečne vrednosti, dosežene v letih 2014 in 2015. Zanimivo je, da razlike v pogostosti niso večje pri izvajalcih, ki imajo manjše število zaposlenih in torej manjše število dogodkov v absolutnem smislu.

Slika 59: Povprečno število poškodb osebja z ostrimi predmeti na leto na 100 zaposlenih pri nekaterih izvajalcih bolnišničnega zdravljenja v Sloveniji v letih 2014 in 2015

