



REPUBLIKA SLOVENIJA
MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE

KAZALNIKI KAKOVOSTI V ZDRAVSTVU

LETNO POROČILO ZA LETO 2018

KAZALNIKI KAKOVOSTI V ZDRAVSTVU
LETNO POROČILO ZA LETO 2018

Uredniki:

Denis Perko, Robert Potisek, Alenka Borovničar

Priprava in pošiljanje podatkov:

Andreja Rudolf, Veronika Učakar, Barbara Mihevc Ponikvar, Vesna Zupančič, Irena Zupanc, Metka Zaletel, Aleš Korošec, Marcel Kralj, Tina Zupanič

Izdajatelj:

Nacionalni inštitut za javno zdravje, Ministrstvo za zdravje

Jezikovni pregled:

Generalni sekretariat Vlade Republike Slovenije

KAZALO VSEBINE

KAZALO SLIK.....	III
KAZALO PREGLEDNIC.....	VI
RAZLAGA KRATIC	VII
AVTORJI	VIII
KK2 – IZKLJUČNO DOJENJE	viii
KK3, 4, 5, 6 IN 7 – BOLNIŠNIČNI SPREJEMI ZARADI KRONIČNIH BOLEZNI	viii
KK8, 9, 10, 11, 12, 13 IN 14 – NALEZLJIVE BOLEZNI.....	viii
KK21 – RAZJEDE ZARADI PRITISKA.....	viii
KK22 – ČAKALNA DOBA ZA CT	viii
KK23 – UČINKOVITOST DELA V OPERACIJSKEM BLOKU	viii
KK24 – TRAJANJE BOLNIŠNIČNEGA BIVANJA.....	viii
KK25 IN 26 – STOPNJA SPREJEMOV ZARADI SLADKORNE BOLEZNI	viii
KK28 – STOPNJA AMPUTACIJ SPODNJIH OKONČIN ZARADI SLADKORNE BOLEZNI	viii
KK36 – POŠKODBE MED VAGINALNIM PORODOM	viii
KK37 – DELEŽ CARSKIH REZOV	viii
KK45 – ČAKANJE NA OPERACIJO V BOLNIŠNICI PO ZLOMU KOLKA (OSEB, STARIH 65 LET IN VEČ)	viii
KK47 – POOPERACIJSKA VENSKA TROMBEMBOLIJA	viii
KK64 – SPREMLJANJE BOLNIŠNIČNE PORABE PROTIMIKROBNIH ZDRAVIL	viii
KK65 – POŠKODBE OSEBJA Z OSTRIMI PREDMETI.....	viii
KK67 – PADCI	viii
KK71 – MRSA	viii
KK73 – POOPERACIJSKA SEPSA.....	viii
DODATEK – HIGIENA ROK.....	viii
UVOD	1
OSREDOTOČENOST NA BOLNIKA	2
KK2 – IZKLJUČNO DOJENJE	2
PROMOCIJA, PREVENTIVA IN PRIMARNO ZDRAVJE	5
BOLNIŠNIČNI SPREJEMI ZARADI KRONIČNIH BOLEZNI	5
KK3 – STOPNJA SPREJEMOV ZARADI ASTME.....	7
KK4 – STOPNJA SPREJEMOV ZARADI KOPB	9
KK5 – STOPNJA SPREJEMOV ZARADI KRONIČNEGA SRČNEGA POPUŠČANJA	11
KK7 – STOPNJA SPREJEMOV ZARADI HIPERTENZIJE.....	13
NALEZLJIVE BOLEZNI.....	16

KK8, 9 in 10 – DELEŽ CEPLJENOSTI PROTI OŠPICAM, DAVICI, TETANUSU, OSLOVSKEMU KAŠLJU IN HEPATITISU B	16
KK11 – DELEŽ CEPLJENOSTI PROTI GRIPI PRI OSEBAH, STARIH 65 LET ALI VEČ	17
KK12, 13 in 14 – INCIDENCA OŠPIC, OSLOVSKEGA KAŠLJA IN HEPATITISA B	18
UČINKOVITOST ZDRAVSTVENE OSKRBE	19
KK21 – RAZJEDE ZARADI PRITISKA.....	19
KK 22 – ČAKALNA DOBA ZA CT	21
KK 23 – UČINKOVITOST DELA V OPERACIJSKEM BLOKU	23
KK24 – TRAJANJE BOLNIŠNIČNEGA BIVANJA.....	26
KK25 – STOPNJA SPREJEMOV ZARADI SLADKORNE BOLEZNI.....	39
KK28 – STOPNJA AMPUTACIJ SPODNJIH OKONČIN ZARADI SLADKORNE BOLEZNI	42
KK36 – POŠKODBE MED VAGINALNIM PORODOM	45
KK37 – DELEŽ CARSKIH REZOV	47
KK45 – ČAKANJE NA OPERACIJO V BOLNIŠNICI PO ZLOMU KOLKA (OSEB, STARIH 65 LET ALI VEČ)	50
KK47 – POOPERACIJSKA GLOBOKA VENSKA TROMBOZA IN PLJUČNA EMBOLIJA	52
KK64 – SPREMLJANJE BOLNIŠNIČNE PORABE PROTIMIKROBNIH ZDRAVIL	56
VARNOST BOLNIKA IN OSEBJA	62
KK67 – PADCI	62
KK69 – TUJKI V TELESU PO OPERACIJSKEM POSEGU	65
KK71 – MRSA	67
KK73 – POOPERACIJSKA SEPSA.....	69
KK65 – POŠKODBE OSEBJA Z OSTRIMI PREDMETI.....	72
DODATEK	74
HIGIENA ROK	74

KAZALO SLIK

Slika 1: Delež izključno dojenih »zdravih«* novorojenčkov v Sloveniji med letoma 2002 in 2018	3
Slika 2: Delež izključno dojenih »zdravih«* novorojenčkov po bolnišnicah s porodničnicami v Sloveniji med letoma 2008 in 2018	3
Slika 3: Stopnja sprejemov zaradi astme na 100.000 prebivalcev med letoma 2009 in 2018 v Sloveniji, standardizirana po starosti in spolu	8
Slika 4: Groba stopnja sprejemov zaradi astme na 100.000 prebivalcev po regijah, povprečna vrednost treh let (2016–2018)	8
Slika 5: Groba stopnja sprejemov zaradi astme na 100.000 prebivalcev po regijah med letoma 2009 in 2018.....	8
Slika 6: Stopnja sprejemov zaradi kronične obstruktivne pljučne bolezni (KOPB) na 100.000 prebivalcev v Sloveniji med letoma 2009 in 2018, standardizirana po starosti in spolu.....	10
Slika 7: Groba stopnja sprejemov zaradi KOPB na 100.000 prebivalcev po regijah, povprečna vrednost treh let (2016–2018)	10
Slika 8: Groba stopnja sprejemov zaradi KOPB na 100.000 prebivalcev po regijah med letoma 2009 in 2018.....	10
Slika 9: Stopnja sprejemov zaradi srčnega popuščanja na 100.000 prebivalcev 2009–2018 v Sloveniji, standardizirana po starosti in spolu	12
Slika 10: Groba stopnja sprejemov zaradi srčnega popuščanja na 100.000 prebivalcev po regijah, povprečna vrednost treh let (2016–2018)	12
Slika 11: Groba stopnja sprejemov zaradi srčnega popuščanja na 100.000 prebivalcev po regijah med letoma 2009 in 2018.....	12
Slika 12: Stopnja sprejemov zaradi hipertenzije na 100.000 prebivalcev med letoma 2009 in 2018 v Sloveniji, standardizirana po starosti in spolu.....	14
Slika 13: Groba stopnja sprejemov zaradi hipertenzije na 100.000 prebivalcev po regijah, povprečna vrednost treh let (2016–2018)	14
Slika 14: Groba stopnja sprejemov zaradi hipertenzije na 100.000 prebivalcev med letoma 2009 in 2018 po posameznih regijah.	14
Slika 15: Stopnja RZP na 100 sprejemov po splošnih bolnišnicah v Sloveniji v letu 2018.....	20
Slika 16: Stopnja RZP na 100 sprejemov po specializiranih bolnišnicah v Sloveniji v letu 2018	20
Slika 17: Delež naročil CT-preiskav pri hospitaliziranih bolnikih, pri katerih je bila preiskava opravljena več kot 24 ur po naročilu, po nekaterih izvajalcih bolnišničnih storitev v Sloveniji v letu 2018.....	22
Slika 18: Delež izkoriščenosti operacijskih dvoran za bolnišnične posege po nekaterih slovenskih bolnišnicah v letu 2018.....	24
Slika 19: Delež izkoriščenosti operacijskih dvoran za ambulantne (dnevne) posege po nekaterih slovenskih bolnišnicah v letu 2018.....	24
Slika 20: Delež odpovedanih bolnišničnih operacij med vsemi načrtovanimi po nekaterih slovenskih bolnišnicah v letu 2018.....	25
Slika 21: Delež odpovedanih ambulantnih (dnevni) operacij med vsemi načrtovanimi po nekaterih slovenskih bolnišnicah v letu 2018.....	25
Slika 22: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja zaradi holecistektomije po posameznih bolnišnicah v Sloveniji v letu 2018	28
Slika 23: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja zaradi holecistektomije v Sloveniji med letoma 2007 in 2018.....	28
Slika 24: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja zaradi glavne diagnoze pljučnica domačega okolja po nekaterih bolnišnicah v Sloveniji v letu 2018.....	30

Slika 25: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja zaradi glavne diagnoze pljučnica domačega okolja v Sloveniji med letoma 2005 in 2018	30
Slika 26: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja ob izvedbi koronarne premostitvene operacije po izvajalcih zdravstvene storitve v Sloveniji v letu 2018	32
Slika 27: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja ob izvedbi koronarne premostitvene operacije po izvajalcih zdravstvene storitve v Sloveniji med letoma 2007 in 2018.....	32
Slika 28: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja ob glavni diagnozi zlom kolka po posameznih bolnišnicah v letu 2018	34
Slika 29: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja ob glavni diagnozi zlom kolka v Sloveniji med letoma 2005 in 2018	34
Slika 30: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja zaradi tonzilektomije ali adenoidektomije po nekaterih bolnišnicah v letu 2018	36
Slika 31: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja zaradi tonzilektomije ali adenoidektomije v Sloveniji med letoma 2005 in 2018	36
Slika 32: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja ob glavni diagnozi akutna možganska kap po posameznih bolnišnicah v letu 2018	38
Slika 33: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja ob glavni diagnozi akutna možganska kap v Sloveniji med letoma 2005 in 2018	38
Slika 34: Stopnja bolnišničnih sprejemov zaradi sladkorne bolezni na 100.000 prebivalcev, standardizirana po starosti in spolu, med letoma 2009 in 2018.....	40
Slika 35: Groba stopnja sprejemov zaradi sladkorne bolezni na 100.000 prebivalcev po regijah, povprečna vrednost treh let (2016–2018)	40
Slika 36: Groba stopnja sprejemov zaradi sladkorne bolezni na 100.000 prebivalcev po regijah med letoma 2009 in 2018.....	41
Slika 37: Starostno standardizirana stopnja amputacij spodnjih okončin zaradi sladkorne bolezni na 100.000 prebivalcev med letoma 2009 in 2018	43
Slika 38: Groba stopnja amputacij spodnjih okončin zaradi sladkorne bolezni na 100.000 prebivalcev po regijah, povprečna vrednost treh let (2016–2018)	43
Slika 39: Starostno standardizirana stopnja amputacij spodnjih okončin zaradi sladkorne bolezni na 100.000 prebivalcev med letoma 2009 in 2018 po posameznih regijah	44
Slika 40: Delež poškodb presredka III. in IV. stopnje pri vaginalnih porodih brez uporabe instrumentov po bolnišnicah s porodničnicami v Sloveniji med letoma 2009 in 2013 ter 2014 in 2018	46
Slika 41: Delež otrok*, rojenih s carskim rezom, v Sloveniji med letoma 2002 in 2018	47
Slika 42: Delež otrok*, rojenih s carskim rezom, po bolnišnicah s porodničnicami v Sloveniji v letih 2008 in 2018.....	48
Slika 43: Delež otrok*, rojenih s carskim rezom, po bolnišnicah s porodničnicami v Sloveniji med letoma 2002 in 2018.....	48
Slika 44: Delež primerov zloma kolka pri osebah, starih 65 let ali več, ki so bile operirane v dveh koledarskih dneh od bolnišničnega sprejema, po nekaterih bolnišnicah med letoma 2012 in 2018...	51
Slika 45: Delež sprejemov ob zlomu kolka oseb, operiranih v dveh koledarskih dneh, povprečna vrednost treh let (2016–2018)	51
Slika 46: Stopnja primerov pljučne embolije na 100.000 sprejemov zaradi vstavitve kolčne ali kolenske endoproteze, standardizirana po starosti in spolu, v Sloveniji med letoma 2012 in 2018	53
Slika 47: Stopnja primerov venske tromboze na 100.000 sprejemov zaradi vstavitve kolčne ali kolenske endoproteze, standardizirana po starosti in spolu, v Sloveniji med letoma 2012 in 2018	53
Slika 48: Stopnja primerov pljučne embolije na 100.000 sprejemov zaradi vstavitve kolčne ali kolenske endoproteze po posameznih bolnišnicah med letoma 2012 in 2018	54

Slika 49: Groba stopnja primerov pljučne embolije na 100.000 sprejemov zaradi vstavitve kolčne ali kolenske endoproteze po bolnišnicah, povprečna vrednost treh let (2016–2018)	54
Slika 50: Stopnja primerov globoke venske tromboze na 100.000 sprejemov zaradi vstavitve kolčne ali kolenske endoproteze po posameznih bolnišnicah med letoma 2012 in 2018.....	55
Slika 51: Groba stopnja primerov pljučne embolije na 100.000 sprejemov zaradi vstavitve kolčne ali kolenske endoproteze po bolnišnicah, povprečna vrednost treh let (2016–2018).....	55
Slika 52: Poraba antibiotikov (J01) v Sloveniji med letoma 2003 in 2018 (DDD na 100 sprejemov)	57
Slika 53: Poraba antibiotikov (J01) v Sloveniji med letoma 2003 in 2018 (DDD na 100 BOD)	57
Slika 54: Poraba antibiotikov (J01) v Sloveniji med letoma 2003 in 2018 (DDD na 1000 prebivalcev na dan).....	58
Slika 55: Poraba antimikotikov (J02) v Sloveniji med letoma 2010 in 2018 (DDD na 1000 prebivalcev na dan) (vir: ECDC).....	58
Slika 56: Poraba antivirusov (J05) v Sloveniji med letoma 2010 in 2018 (DDD na 1000 prebivalcev na dan) (vir: ECDC).....	59
Slika 57: Poraba antibiotikov (J01) po posameznih zdravstvenih ustanovah v letu 2018 (DDD na 100 BOD)	60
Slika 58: Poraba antivirusov (J05) po posameznih zdravstvenih ustanovah v letu 2018 (DDD na 100 BOD)	60
Slika 59: Poraba antimikotikov (J02) po posameznih zdravstvenih ustanovah v letu 2018 (DDD na 100 BOD)	61
Slika 60: Stopnja padcev po posameznih slovenskih bolnišnicah na 1000 dni hospitalizacije v letu 2018	63
Slika 61: Delež padcev s poškodbami po posameznih slovenskih bolnišnicah v letu 2018.....	64
Slika 62: Stopnja tujkov v telesu po operacijskem posegu na 100.000 operacijskih posegov v Sloveniji med letoma 2012 in 2018	65
Slika 63: Groba stopnja tujkov v telesu po operacijskem posegu na 100.000 operacijskih posegov po bolnišnicah, povprečna vrednost treh let (2016–2018)	66
Slika 64: Delež bolnikov, pri katerih je ugotovljena kolonizacija ali okužba z MRSA v posamezni bolnišnici, glede na skupno število bolnikov, pri katerih je bila ugotovljena MRSA v letu 2018	68
Slika 65: Groba stopnja primerov pooperacijske sepse zaradi kirurškega posega na 100.000 sprejemov, standardizirana po starosti in spolu, v Sloveniji med letoma 2012 in 2018.....	70
Slika 66: Groba stopnja primerov pooperacijske sepse zaradi kirurškega posega na 100.000 sprejemov, standardizirana po starosti in spolu, po posameznih bolnišnicah med letoma 2012 in 2018.....	70
Slika 67: Groba stopnja primerov pooperacijske sepse zaradi kirurškega posega na 100.000 sprejemov po posameznih bolnišnicah v Sloveniji, povprečna vrednost treh let (2016–2018)	71
Slika 68: Povprečno število poškodb osebja z ostrimi predmeti na leto na 100 zaposlenih pri nekaterih izvajalcih bolnišničnega zdravljenja v Sloveniji v letu 2018.....	73
Slika 69: Doslednost higiene rok v EIT in na DBO med letoma 2015 in 2018.....	76
Slika 70: Doslednost izvajanja higiene rok po posameznih bolnišnicah v letu 2018.....	76

KAZALO PREGLEDNIC

Preglednica 1: Groba stopnja sprejemov zaradi astme, KOPB, kroničnega srčnega popuščanja in hipertenzije na 100.000 prebivalcev po regijah, povprečna vrednost treh let (2016–2018)	6
Preglednica 2: Delež cepljenih proti nekaterim nalezljivim boleznim v Sloveniji od leta 2014 do 2018	16
Preglednica 3: Delež cepljenih oseb, starih 65 let ali več, proti gripi v sezonah 2014/2015, 2015/2016, 2016/2017, 2017/18 in 2018/19	17
Preglednica 4: Število prijavljenih primerov in incidenčna stopnja nekaterih nalezljivih bolezni v Sloveniji med letoma 2009 in 2018	18
Preglednica 5: Poraba (DDD na 100 BOD) antibiotikov za sistemsko rabo (J01) na oddelkih splošnih bolnišnic (n = 10) in UKC (n = 2) med letoma 2016 in 2018	59
Preglednica 6: Higiena rok zdravstvenih delavcev in sodelavcev v EIT in na DBO za leto 2018	74
Preglednica 7: Higiena rok zdravstvenih delavcev in sodelavcev v EIT med letoma 2016 in 2018	75
Preglednica 8: Higiena rok na DBO med letoma 2016 in 2018	75
Preglednica 9: Doslednost izvajanja higiene rok po posameznih bolnišnicah (EIT, DBO) med letoma 2016 in 2018	77

RAZLAGA KRATIC

ATC – anatomsko-terapevtska-kemična klasifikacija zdravil (Anatomical Therapeutic Chemical Classification System)
BOD – bolnišnični oskrbni dan
BGP – Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj
CT – računalniška tomografija
CZBO – Center za zdravljenje bolezni otrok Šentvid pri Stični
DBO – drugi bolnišnični oddelki
DDD – določene dnevne doze
ECDC – Evropski center za preprečevanje in obvladovanje bolezni (European centre for disease prevention and control)
EIT – enota intenzivne terapije
EU – Evropska unija
EUPAP – Evropski svetovni odbor za razjedo zaradi pritiska (European Pressure Ulcer Advisory Panel)
GVT – globoka venska tromboza
HCQI – kazalniki kakovosti zdravstvenega varstva (Health Care Quality Indicators)
KK – kazalnik kakovosti
KOPB – kronična obstruktivna pljučna bolezen
MKB – Mednarodna klasifikacija bolezni
MRSA – proti metilicinu odporni *Staphylococcus aureus* (methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*)
MZ – Ministrstvo za zdravje
NIJZ – Nacionalni inštitut za javno zdravje
OI – Onkološki inštitut Ljubljana
OECD – Organizacija za gospodarsko sodelovanje in razvoj (Organisation for Economic Co-operation and Development)
PATH – orodje za oceno izboljšanja kakovosti bolnišničnega delovanja (Performance assessment tool for quality improvement in hospitals)
PE – pljučna embolija
PIS – Perinatalni informacijski sistem Republike Slovenije
RZP – razjede zaradi pritiska
SB – splošna bolnišnica
SZO – Svetovna zdravstvena organizacija
UKC – Univerzitetni klinični center
ZZS – Zdravniška zbornica Slovenije
ZZZS – Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

AVTORJI

KK2 – IZKLJUČNO DOJENJE

Barbara Mihevc Ponikvar

KK3, 4, 5, 6 IN 7 – BOLNIŠNIČNI SPREJEMI ZARADI KRONIČNIH BOLEZNI

Denis Perko, Robert Potisek

KK8, 9, 10, 11, 12, 13 IN 14 – NALEZLJIVE BOLEZNI

Veronika Učakar

KK21 – RAZJEDE ZARADI PRITISKA

Denis Perko, Robert Potisek

KK22 – ČAKALNA DOBA ZA CT

Denis Perko, Robert Potisek

KK23 – UČINKOVITOST DELA V OPERACIJSKEM BLOKU

Denis Perko, Robert Potisek

KK24 – TRAJANJE BOLNIŠNIČNEGA BIVANJA

Denis Perko, Robert Potisek

KK25 IN 26 – STOPNJA SPREJEMOV ZARADI SLADKORNE BOLEZNI

Denis Perko, Robert Potisek

KK28 – STOPNJA AMPUTACIJ SPODNJIH OKONČIN ZARADI SLADKORNE BOLEZNI

Denis Perko, Robert Potisek

KK36 – POŠKODBE MED VAGINALNIM PORODOM

Barbara Mihevc Ponikvar

KK37 – DELEŽ CARSKIH REZOV

Barbara Mihevc Ponikvar

KK45 – ČAKANJE NA OPERACIJO V BOLNIŠNICI PO ZLOMU KOLKA (OSEB, STARIH 65 LET IN VEČ)

Denis Perko, Robert Potisek

KK47 – POOPERACIJSKA VENSKA TROMBEMBOLIJA

Denis Perko, Robert Potisek

KK64 – SPREMLJANJE BOLNIŠNIČNE PORABE PROTIMIKROBNIH ZDRAVIL

Denis Perko, Robert Potisek

KK65 – POŠKODBE OSEBJA Z OSTRIMI PREDMETI

Denis Perko, Robert Potisek

KK67 – PADCI

Denis Perko, Robert Potisek

KK71 – MRSA

Denis Perko, Robert Potisek

KK73 – POOPERACIJSKA SEPSA

Denis Perko, Robert Potisek

DODATEK – HIGIENA ROK

Vesna Zupančič

UVOD

Merjenje kakovosti zdravstvene oskrbe lahko veliko pripomore k izboljšanju učinkovitosti zdravstvenega sistema. Dostopnost do zanesljivih in kakovostnih informacij bolnikom omogoča ustrezno odločitev o izbiri izvajalca zdravstvene storitve in spodbuja izvajalce zdravstvenih storitev k zagotavljanju boljše zdravstvene oskrbe.

V zadnjih letih je merjenje kakovosti zdravstvene oskrbe postalo prednostna naloga politike v številnih državah. Številni zdravstveni sistemi razvijajo in postavljajo zahteve za rutinsko merjenje in poročanje o kakovosti zdravstvene oskrbe na državni in bolnišnični ravni.

Slovenija je leta 1999 zasnovala projekt o kazalnikih kakovosti v zdravstvu. Pri njem so sodelovali Ministrstvo za zdravje (MZ), Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ) in Zdravniška zbornica Slovenije (ZZS). Pozneje se je pridružil še Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS). Leta 2006 so bili postavljeni prvi kazalniki kakovosti bolnišnične obravnave, vendar je bilo treba oblikovati jasne smernice za podatkovno zbiranje in računanje kazalnikov. Decembra 2010 je izšel prvi slovenski Priročnik o kazalnikih kakovosti, izdalo ga je MZ. Izbranih je bilo 72 kazalnikov kakovosti, ki se še vedno uporabljajo. Podlaga za izbrane kazalnike kakovosti so bili že vzpostavljeni kazalniki, opredeljeni v Aneksu št. 2 k Splošnemu dogovoru 2010, ZZZS v okviru projekta Kakovost v zdravstvu Slovenije, projekta PATH (Performance assessment tool for quality improvement in hospitals) Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) in Organizacije za gospodarsko sodelovanje in razvoj (OECD). Prvo letno poročilo o kazalnikih kakovosti v zdravstvu je izšlo leta 2011 za leto 2010. Vse od takrat kazalniki kakovosti niso bili spremenjeni, ukinjeni ali uvedeni novi.

Spremljanje kakovosti zdravstvenega varstva s kazalniki kakovosti je dinamična dejavnost. Pokažejo se potrebe po izločitvi neustreznih kazalnikov, vključitvi novih in prilagoditvi metodologij obstoječih. Glavni namen te dinamične dejavnosti je povečanje zanesljivosti in povednosti prikazanih rezultatov.

Čeprav so kazalniki kakovosti obetavna strategija za izboljšanje kakovosti zdravstvene oskrbe in odgovornosti, se bolnišnice pogosto ukvarjajo z osnovnimi težavami in izzivi pri zbiranju in analizi podatkov. Nekatere težave in izzivi izvirajo iz pomanjkljive vloge zdravstvenega osebja pri vzpostavljanju, izbiri in izvajanju kazalnikov kakovosti. Druge težave so odraz slabega poznavanja metodologije zbiranja podatkov, zato so podatki lahko napačni in razlage kazalnikov kakovosti nepravilne. Vsekakor sta za uspešen razvoj in izvajanje kazalnikov kakovosti v bolnišnicah pomembni vključenost in ozaveščenost zdravstvenega osebja. Posvetovanje s ključnimi predstavniki zdravstvenega osebja in njihovo sodelovanje pri izboljševanju kakovosti lahko povečata učinkovitost in uspešnost takšnih prizadevanj.

Do zdaj izdana letna poročila niso zajela vseh izbranih kazalnikov kakovosti, katerih spremljanje je obvezno. Razlogi so različni in večinoma enaki v vseh letnih poročilih. Ugotovljene so bile omejenosti podatkov, zaradi katerih bi lahko njihov prikaz vodil do napačnih sklepov. Ob tem večkrat ni bilo mogoče pridobiti podatkov, čeprav je njihovo zbiranje obvezno. Poslane vrednosti včasih niso bile primerljive zaradi nejasnih navodil na državni ravni ali zaradi napačnega razumevanja navodil. V nekaterih primerih je redkost nekaterih dogodkov onemogočala sklepanje na podlagi vrednosti kazalnika. Tudi pri pripravi tega letnega poročila smo imeli enake težave. Analizirani so samo kazalniki kakovosti, za katere smo dobili podatke.

OSREDOTOČENOST NA BOLNIKA

KK2 – IZKLJUČNO DOJENJE

Za novorojenčke in dojenčke v prvih mesecih življenja je dojenje najboljši vir prehrane. Materino mleko zagotavlja vse potrebne hranilne snovi. Otroka ščiti pred okužbami ter spodbuja njegov imunski sistem in odzive na cepljenja (1, 2). Nekatere raziskave kažejo na boljši kognitivni razvoj dojenih otrok in manjše zbolevanje za kroničnimi nenalezljivimi boleznimi v odrasli dobi (1–3). Matere dojenje ščiti pred rakom dojke, zmanjšuje tveganje za zlom kolka in pripomore k večjim posledicam med porodi.

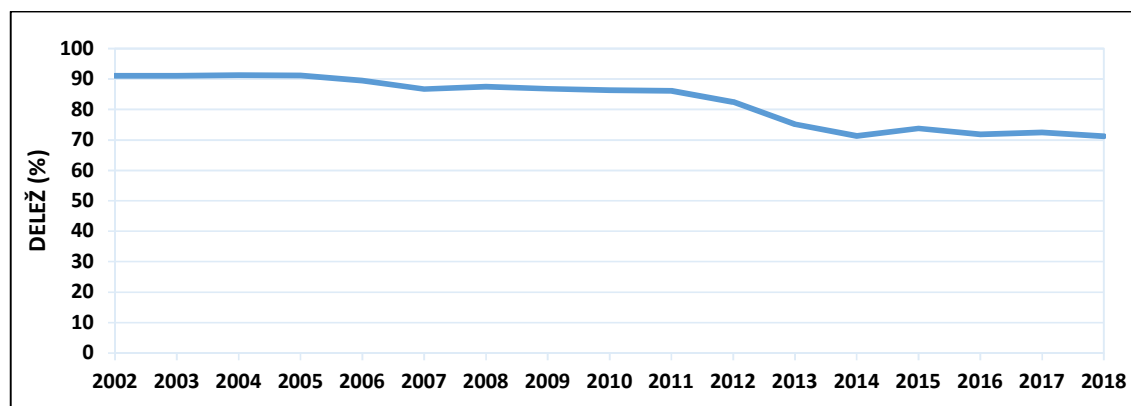
Ob ustrezni obveščenosti o dojenju ter podpori zdravstvenih strokovnjakov, družine in okolja lahko doji večina mater. Včasih materino zdravstveno stanje dojenja ne dopušča. Pristavljati je najbolje začeti čim prej po porodu.

Kazalnik izključno dojenje naj bi prikazal delež izključno dojenih »zdravih« novorojenčkov v porodnišnicah. Izključno dojenje je bilo po projektu Performance assessment tool for quality improvement in hospitals (PATH) določeno kot hranjenje izključno z materinim mlekom, lahko tudi izbrizganim (4). Dovoljeno je le dajanje kapljic ali sirupov z vitamini, minerali ali zdravili. Vključitvena merila so donošeni enojčki s porodno težo 2000 gramov in več, gestacijska starost 37 tednov in več ter ocena po Apgarjevi lestvici 5 ali več po petih minutah (»zdravi« novorojenčki). Izključitvenih meril, kot so nekatere novorojenčkove in materine bolezni, pri katerih je dojenje lahko kontraindicirano, v analizi nismo upoštevali, ker o teh stanjih ni dovolj zanesljivih podatkov. Vendar zaradi njihove redkosti predvidevamo, da ne vplivajo pomembneje na rezultate.

Za vir podatkov je bil uporabljen državni medicinski register porodov in rojstev Perinatalni informacijski sistem (PIS). Vključuje podatke o vseh porodih in rojstvih v 14 slovenskih porodnišnicah. Upravljaivec zbirke je NIJZ. Podatki o dojenju se v PIS praviloma vpišejo ob odpustu otročnice in novorojenčka. V večini porodnišnic jih zapišejo medicinske sestre oziroma babice, v nekaterih pediatri, kar ni v skladu s priporočili projekta PATH, kajti da bi se izognili informacijski pristranosti, naj podatkov ne bi zbirale osebe, ki so neposredno vključene v nego matere in novorojenčka. Možnosti, ki se lahko zabeležijo pri dojenju, so DA, DELNO in NE. Kot izključno dojene smo upoštevali novorojenčke, pri katerih je bila zabeležena vrednost DA.

Delež izključno dojenih novorojenčkov se je glede na zabeležene podatke v zadnjem desetletju precej zmanjšal (Slika 1). Na ravni države se je zmanjšal za dobrih 16 odstotnih točk. Leta 2018 je bil delež izključno dojenih »zdravih« novorojenčkov v slovenskih porodnišnicah tako le še 71,2-odstotni. Upad je večinoma posledica povečanega deleža novorojenčkov, pri katerih je bilo zabeleženo delno dojenje.

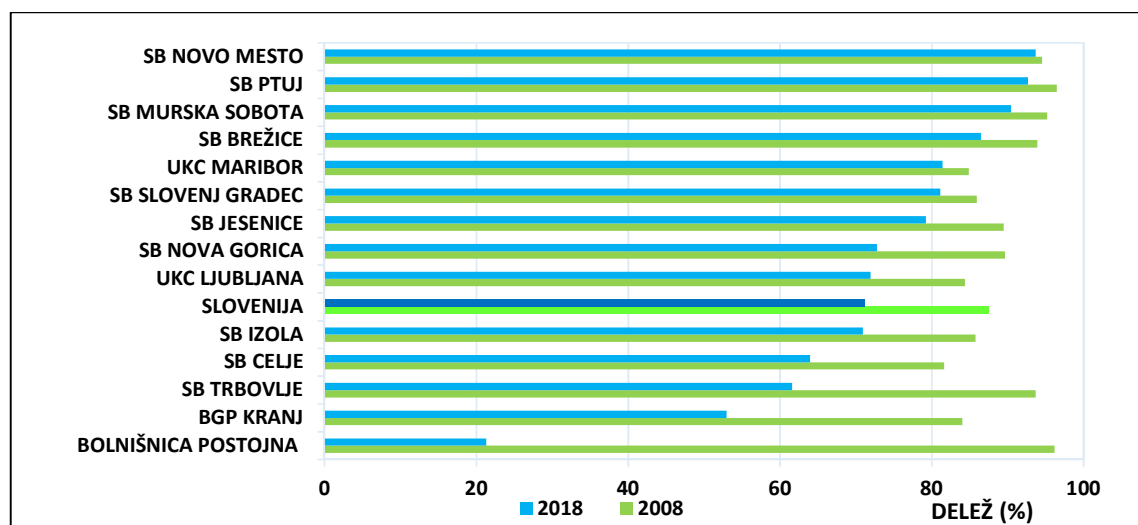
Slika 1: Delež izključno dojenih »zdravih«* novorojenčkov v Sloveniji med letoma 2002 in 2018



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

Razlike med porodnišnicami so velike in se z leti še povečujejo (**Slika 2**). Delež izključno dojenih novorojenčkov se je leta 2018 gibal med 21 odstotki (Postojna) in 94 odstotki (Novo mesto). Velike razlike so presenetljive, ker ima večina slovenskih porodnišnic certifikat novorojenčku prijazne porodnišnice, ta se podeljuje ustanovam, ki spodbujajo dojenje. Vsa leta je pri tem izjema Porodnišnica Postojna, zadnja leta pa certifikata nima tudi Porodnišnica Izola. Večji del razlike je posledica beleženja deleža delno dojenih novorojenčkov, ki se je leta 2018 gibal med petimi in 77 odstotki, medtem ko so bile razlike v deležu novorojenčkov, ki sploh niso dojeni, manjše. Takšnih novorojenčkov je bilo v preučevani skupini od 0,6 odstotka do 6,8 odstotka. Zabeležena gibanja so v zadnjih letih med porodnišnicami različna. Medtem ko nekatere porodnišnice še beležijo upadanje deleža izključnega dojenja, v drugih delež ostaja na podobni ravni ali raste. Tako se je delež izključno dojenih otrok med letoma 2017 in 2018 v Postojni zmanjšal za 12 odstotnih točk, v Murski Soboti pa se je povečal za 9 odstotnih točk.

Slika 2: Delež izključno dojenih »zdravih«* novorojenčkov po bolnišnicah s porodnišnicami v Sloveniji med letoma 2008 in 2018



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

Glede na velike razlike med deleži izključno dojenih novorojenčkov po porodnišnicah, ki jih zadnja leta opažamo, smo že pri pripravi predhodnih poročil pomislili na razlike pri beleženju, ki bi lahko nastale zaradi različnega razumevanja pojmov »izključno« in »delno« dojenje. Zato smo v letu 2013 vseh 14 porodnišnic vprašali o njihovih praksah beleženja teh podatkov. Izkazalo se je, da obstajajo razlike pri beleženju. Nekatere porodnišnice pri podaji ocene, ali je otrok izključno ali delno dojen, upoštevajo celotni čas bivanja od rojstva dalje (kot je bilo predlagano tudi v projektu PATH), druge ocenjujejo stanje v zadnjih 24 urah oziroma ob odpustu iz porodnišnice in tako ne upoštevajo morebitnih dodatkov, ki jih je otrok prejel pred tem. V decembru 2019 smo s porodnišnicami znova opravili telefonsko anketo, na vprašanja so večinoma odgovarjale diplomirane medicinske sestre oziroma babice. Izkazalo se je, da šest porodnišnic (Izola, Kranj, Nova Gorica, Novo mesto, Ptuj, Trbovlje) pri podaji ocene, ali je otrok izključno ali delno dojen, upošteva celotni čas bivanja od rojstva dalje, šest (Celje, Ljubljana, Maribor, Murska Sobota, Postojna, Slovenj Gradec) jih upošteva le stanje v zadnjih 24 urah oziroma na dan odpusta, v dveh porodnišnicah (Brežice, Jesenice) pa zabeležijo, da je otrok izključno dojen, četudi je enkrat ali dvakrat prejel dodatek adaptiranega mleka.

Zaradi omenjenih razlik pri beleženju in posledične nezanesljivosti podatkov so prikazani podatki o izključnem dojenju le informativni, ker le deloma odražajo različne prakse dojenja v slovenskih porodnišnicah. Ob upoštevanju načina beleženja je jasno, da sta pri doseganju izključnega dojenja daleč najuspešnejši porodnišnici Novo mesto in Ptuj, v negativno smer pa odstopa predvsem porodnišnica Postojna. V Novem mestu in na Ptuj so poudarili, da veliko vlagajo v izobraževanje osebja za podporo dojenju, kar se jim očitno obrestuje. Glede splošnega neugodnega upadanja izključnega dojenja je nekaj porodnišnic opozorilo na krajšanje ležalne dobe po porodu, kar lahko vpliva na delež izključno dojenih v porodnišnicah, ki beležijo stanje v zadnjih 24 urah. Nekaj porodnišnic je opozorilo tudi, da industrija agresivno trži mlečne nadomestke.

Ob naslednji prenovi PIS je treba spremeniti spremljanje dojenja v porodnišnicah tako, da se bosta beležila dva različna kazalnika, in sicer dojenje med celotno hospitalizacijo in dojenje ob odpustu iz porodnišnice. Vsekakor je smiselno nadaljnje spremljanje kazalnika, saj kaže neugodno upadanje izključnega dojenja v slovenskih porodnišnicah.

Viri:

1. Ip S., Chung M., Raman G., Chew P., Magula N., DeVine D. e tal. Breastfeeding and Maternal and Infant Health Outcomes in Developed Countries. Evidence Report/Technology. Report 153. Rockville, 2007.
2. Martens PJ. What do Kramer's Baby-Friendly Hospital Initiative PROBIT studies tell us? A review of a decade of research. *J Hum Lact.* 2012; 28:335–342.
3. Fleisher Michaelson K., Weaver L., Branca F. Feeding and Nutrition of Infants and Young Children. København: WHO Regional Publications, European series; št. 87, 2000.
4. Projekt PATH. Navodila za prikaz kazalnika izključno dojenje.

PROMOCIJA, PREVENTIVA in PRIMARNO ZDRAVJE

BOLNIŠNIČNI SPREJEMI ZARADI KRONIČNIH BOLEZNI

Stopnja bolnišničnih sprejemov zaradi kroničnih bolezni je kazalnik, ki ga OECD uporablja za oceno kakovosti ambulantne oskrbe. Bolezni, ki so ambulantno dobro obvladovane, lahko zahtevajo manj bolnišničnih sprejemov, vendar je njihova stopnja odvisna tudi od drugih dejavnikov. Obseg teh dejavnikov ni znan. Poudariti je treba vpliv razlik pri kodiranjih kroničnih bolezni v bolnišničnih podatkovnih zbirkah, navadah ali doktrinah napotitev ter hospitalizacij in razpoložljivosti bolniških postelj na končni nabor podatkov.

Astma, kronična obstruktivna pljučna bolezen (KOPB), srčno popuščanje in arterijska hipertenzija so kronične bolezni, za katere imamo klinične smernice učinkovitega zdravljenja. Večina od teh bolezni je dobro vodljiva na primarni zdravstveni ravni.

Analizirani podatki so nestandardizirani in prikazani v obliki črtnega in lijakastega grafikona (»funnel plot«). V obliki lijakastega grafikona so prikazane triletnje stopnje sprejemov med letoma 2016 in 2018 po statističnih slovenskih regijah. Lijakasti diagram se uporablja pri prepoznavanju razlik med regijami, ki najverjetneje niso posledica vsakoletnega pričakovanega nihanja rezultatov. Prikaz temelji na predpostavki, da imajo le dovolj velika odstopanja od aritmetične sredine posebne razloge in niso le naključna. V **Preglednici 1** so prikazane povprečne vrednosti treh let (2016–2018) za astmo, KOPB, srčno popuščanje in arterijsko hipertenzijo.

Preglednica 1: Groba stopnja sprejemov zaradi astme, KOPB, kroničnega srčnega popuščanja in hipertenzije na 100.000 prebivalcev po regijah, povprečna vrednost treh let (2016–2018)

REGIJA	GROBA STOPNJA SPREJEMOV NA 100.000 PREBIVALCEV			
	ASTMA	KOPB	SRČNO POPUŠČANJE	ARTERIJSKA HIPERTENZIJA
POMURSKA	47,27	153,46	422,09	137,48
JUGOVZHODNA SLOVENIJA	58,36	100,70	290,44	52,98
KOROŠKA	36,26	140,11	328,01	63,18
SAVINJSKA	37,43	93,20	323,51	43,60
GORIŠKA	38,64	90,61	321,94	138,73
POSAVSKA	17,56	77,47	551,57	82,63
OBALNO–KRAŠKA	21,08	122,01	342,85	41,92
ZASAVSKA	23,69	170,81	302,99	31,18
GORENJSKA	48,24	127,01	270,56	44,93
PRIMORSKO–NOTRANJSKA	29,97	124,37	302,69	30,72
OSREDNJESLOVENSKA	25,89	89,49	178,98	36,60
PODRAVSKA	42,60	152,07	248,77	72,98
SLOVENIJA	35,58	114,25	323,70	64,74

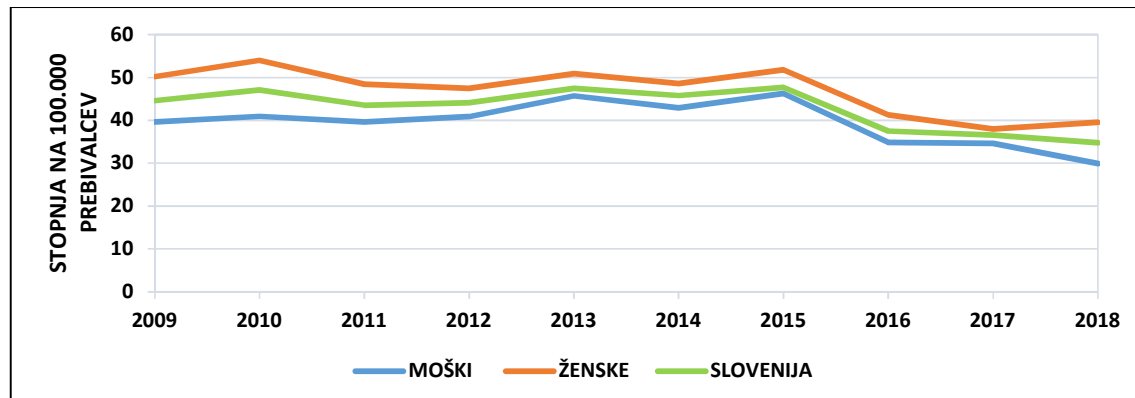
KK3 – STOPNJA SPREJEMOV ZARADI ASTME

Po zadnjih določilih OECD za zbiranje podatkov za leti 2018 in 2019 je stopnja sprejemov zaradi astme opredeljena kot število vseh nematerinskih (neneonatalnih) bolnišničnih sprejemov z glavno diagnostično kodo astma (J45.0, J45.1, J45.8, J45.9, J46) v določenem letu glede na število vseh prebivalcev. V primerjavi z določili OECD 2014-2015 ni sprememb.

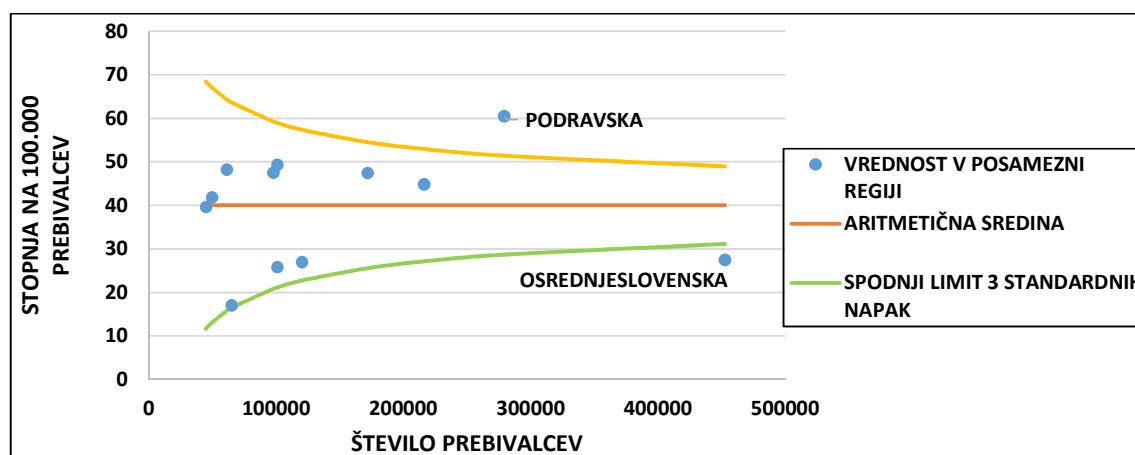
Stopnja sprejemov zaradi astme je standardizirana po starosti in spolu na 100.000 prebivalcev. Iz pridobljenih podatkov je razvidno, da se je stopnja sprejemov zaradi astme glede na blažje zviševanje v letih od 2009 do 2015 po letu 2016 zmanjšala, kar kaže na učinkovitejšo primarno zdravstveno raven (**Slika 3**).

Groba stopnja sprejemov zaradi astme s povprečno vrednostjo treh let na 100.000 prebivalcev po regijah kaže višjo stopnjo sprejemov zaradi astme v podravski regiji in manjšo v osrednjeslovenski, kar se je pokazalo že v predhodnem poročilu (**Slika 4**). Podrobnejša analiza posameznih regij kaže na nihanja grobe stopnje sprejemov zaradi astme s tendenco zmanjševanja v zadnjih letih (**Slika 5**).

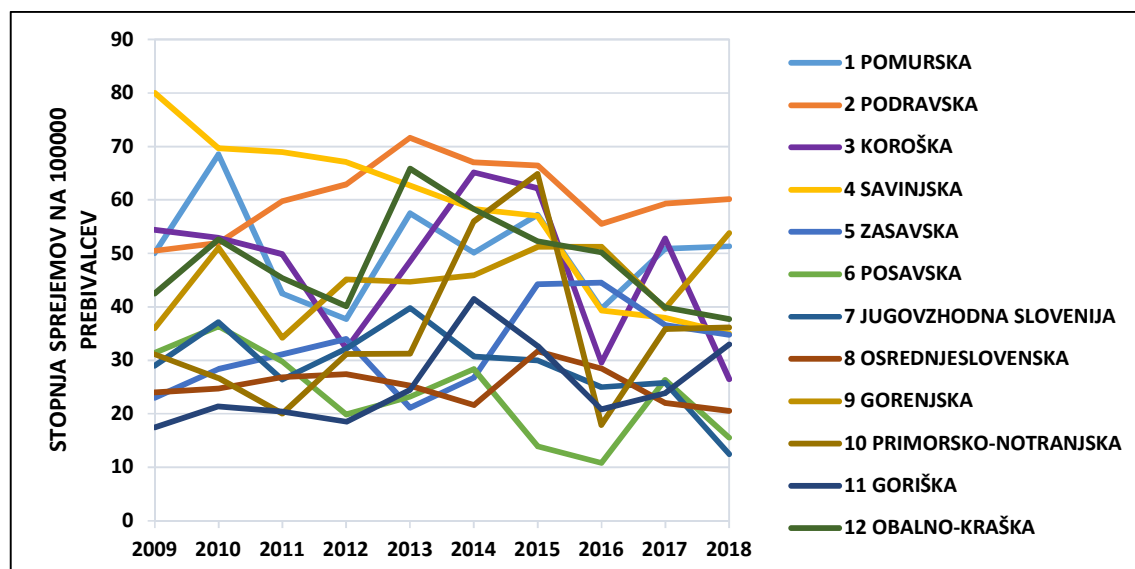
Slika 3. Stopnja sprejemov zaradi astme na 100.000 prebivalcev med letoma 2009 in 2018 v Sloveniji, standardizirana po starosti in spolu



Slika 4: Groba stopnja sprejemov zaradi astme na 100.000 prebivalcev po regijah, povprečna vrednost treh let (2016–2018)



Slika 5: Groba stopnja sprejemov zaradi astme na 100.000 prebivalcev po regijah med letoma 2009 in 2018



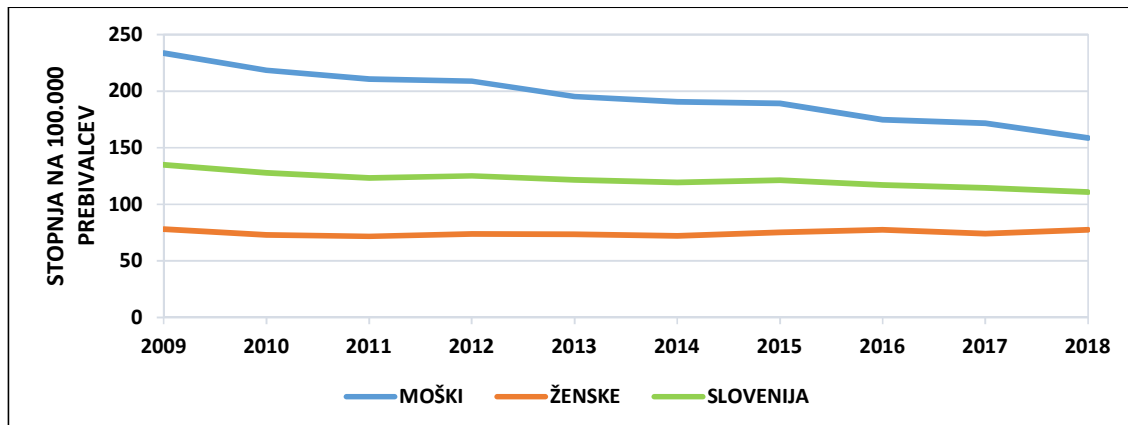
KK4 – STOPNJA SPREJEMOV ZARADI KOPB

Po zadnjih določilih OECD za zbiranje podatkov za leti 2018 in 2019 se stopnja sprejemov zaradi KOPB določa kot število vseh nematerinskih (neneonatalnih) bolnišničnih sprejemov z glavno diagnostično kodo KOPB (J40 le v primeru dodatne sekundarne diagnoze J41, J43, J44 in J47, J41.0, J41.1, J41.8, J42, J43.0, J43.1, J43.2, J43.8, J43.9., J44.0, J44.1, J44.8, J44.9, J47) v določenem letu glede na število vseh prebivalcev. V primerjavi z določili OECD za leti 2016 in 2017 ni sprememb.

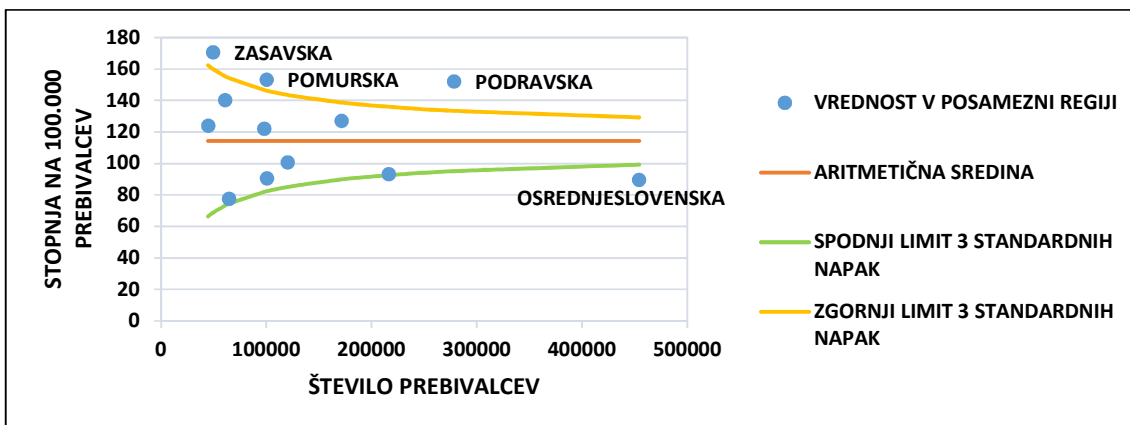
Stopnja sprejemov zaradi KOPB je standardizirana po starosti in spolu na 100.000 prebivalcev. Iz pridobljenih podatkov je razvidno, da se stopnja sprejemov zaradi KOPB od leta 2009 počasi znižuje, kar lahko kaže na dobro delovanje primarne zdravstvene ravni (**Slika 6**).

Groba stopnja sprejemov zaradi KOPB s povprečno vrednostjo treh let na 100.000 prebivalcev po regijah kaže višjo stopnjo sprejemov zaradi KOPB v podravski, pomurski in zasavski regiji ter nižjo v osrednjeslovenski, kar je postalo opazno že v predhodnem poročilu (**Slika 7**). Podrobnejša analiza posameznih regij kaže nihanja grobe stopnje sprejemov zaradi KOPB v zadnjih letih (**Slika 8**).

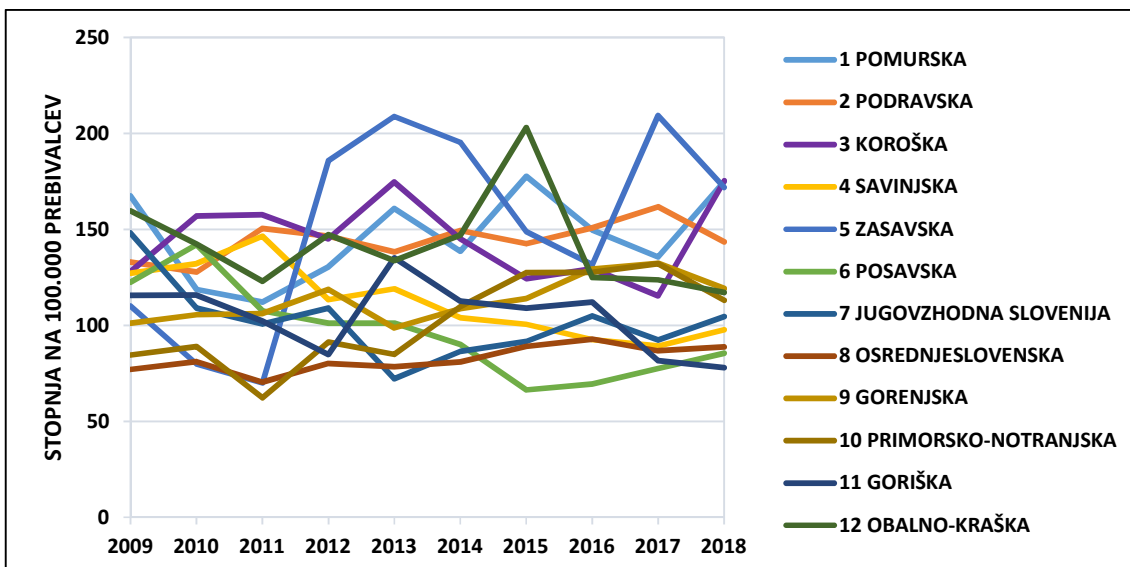
Slika 6: Stopnja sprejemov zaradi kronične obstruktivne pljučne bolezni (KOPB) na 100.000 prebivalcev v Sloveniji med letoma 2009 in 2018, standardizirana po starosti in spolu



Slika 7: Groba stopnja sprejemov zaradi KOPB na 100.000 prebivalcev po regijah, povprečna vrednost treh let (2016–2018)



Slika 8: Groba stopnja sprejemov zaradi KOPB na 100.000 prebivalcev po regijah med letoma 2009 in 2018



KK5 – STOPNJA SPREJEMOV ZARADI KRONIČNEGA SRČNEGA POPUŠČANJA

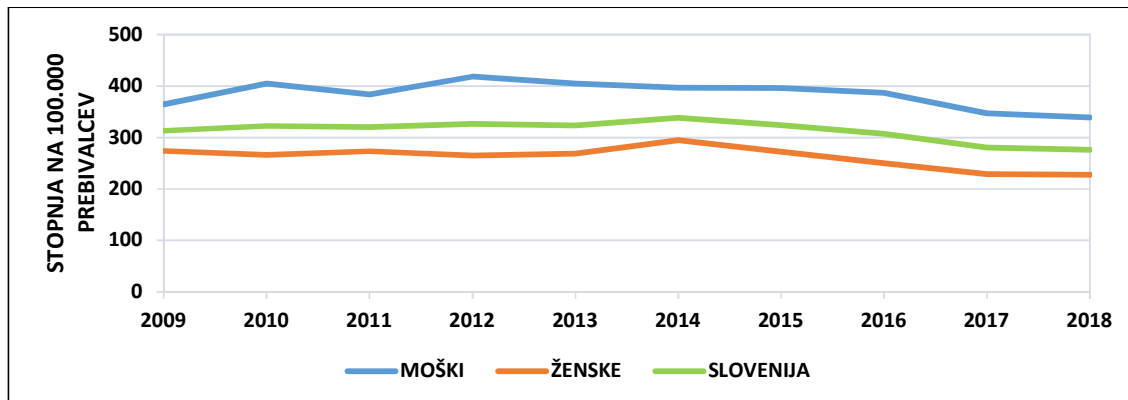
Po zadnjih določilih OECD za zbiranje podatkov za leti 2018 in 2019 se stopnja sprejemov zaradi kroničnega srčnega popuščanja določi kot število vseh nematerinskih (neneonatalnih) bolnišničnih sprejemov z glavno diagnostično kodo kronično srčno popuščanje (I11.0, I13.0, I13.2, I50.0, I50.1, I50.9) v določenem letu glede na število vseh prebivalcev. V primerjavi z določili OECD za leti 2016 in 2017 ni sprememb.

Stopnja sprejemov zaradi kroničnega srčnega popuščanja je standardizirana po starosti in spolu na 100.000 prebivalcev.

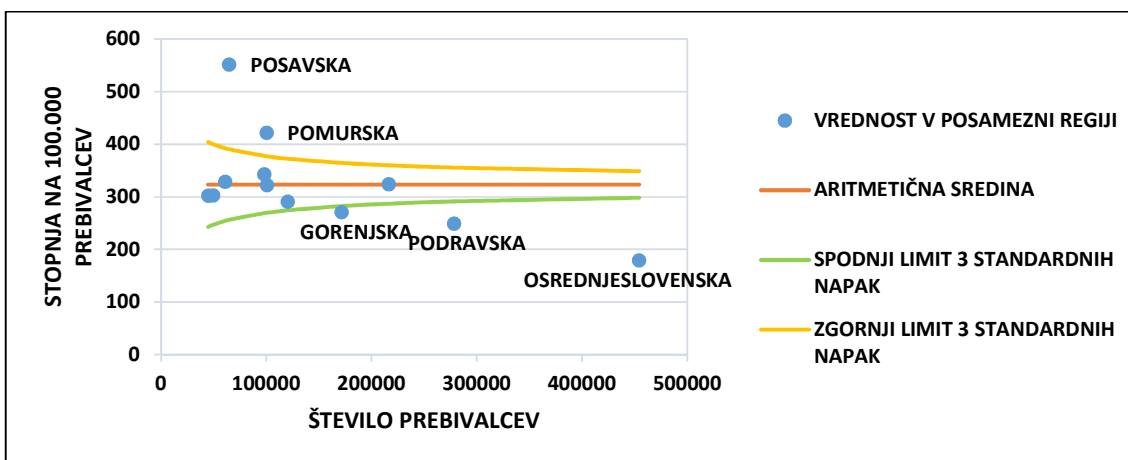
Iz pridobljenih podatkov je razvidno, da se stopnja sprejemov zaradi kroničnega srčnega popuščanja po postopnem zviševanju v letih od 2009 do 2015 po letu 2016 in 2017 postopoma znižuje, kar kaže na učinkovitejše delovanje primarne zdravstvene ravni v zadnjih letih (**Slika 9**).

Groba stopnja sprejemov zaradi kroničnega srčnega popuščanja s povprečno vrednostjo treh let na 100.000 prebivalcev po regijah kaže višjo stopnjo sprejemov zaradi kroničnega srčnega popuščanja v posavski in pomurski regiji ter nižjo v osrednjeslovenski, podravski in gorenjski regiji, kar je večinoma postalo opazno že v prejšnjem poročilu (**Slika 10**). Podrobnejša analiza posameznih regij kaže nihanje grobe stopnje sprejemov v zadnjih letih (**Slika 11**).

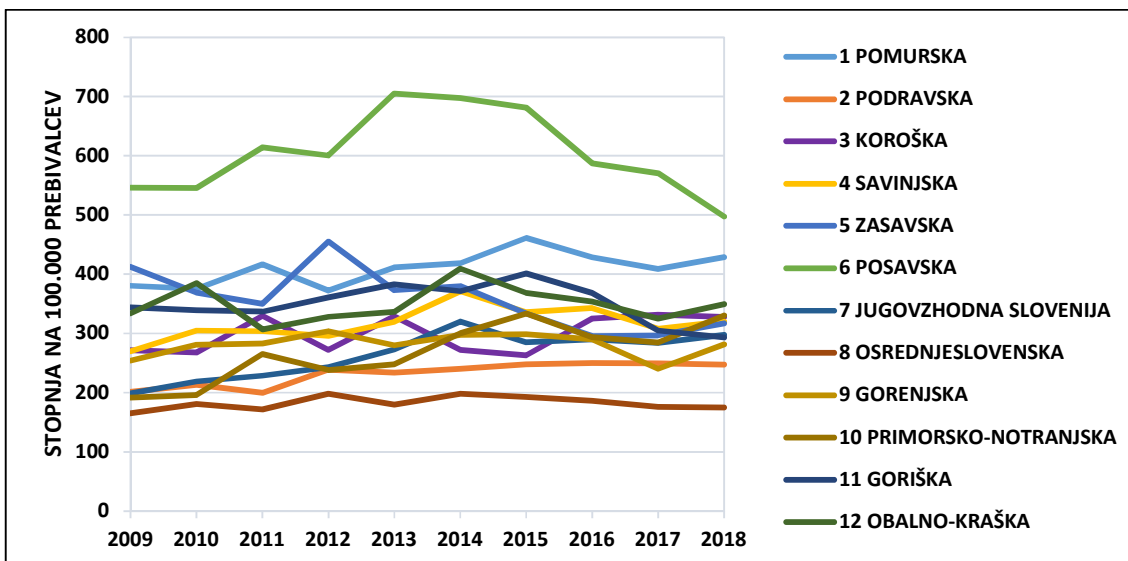
Slika 9: Stopnja sprejemov zaradi srčnega popuščanja na 100.000 prebivalcev 2009–2018 v Sloveniji, standardizirana po starosti in spolu



Slika 10: Groba stopnja sprejemov zaradi srčnega popuščanja na 100.000 prebivalcev po regijah, povprečna vrednost treh let (2016–2018)



Slika 11: Groba stopnja sprejemov zaradi srčnega popuščanja na 100.000 prebivalcev po regijah med letoma 2009 in 2018



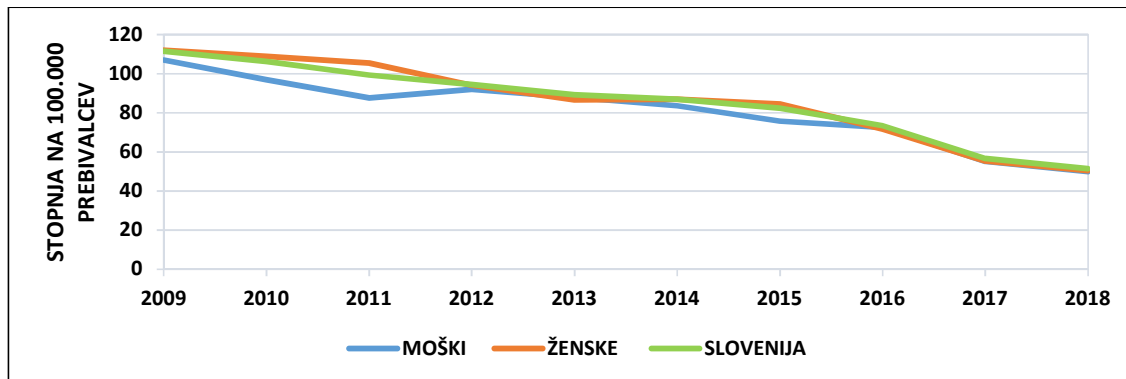
KK7 – STOPNJA SPREJEMOV ZARADI HIPERTENZIJE

Po zadnjih določilih OECD za zbiranje podatkov za leti 2018 in 2019 se stopnja sprejemov zaradi hipertenzije določa kot število vseh nematerinskih (neneonatalnih) bolnišničnih sprejemov z glavno diagnostično kodo hipertenzija (I10, I11.9, I12.9, I13.9) v specifičnem letu glede na število vseh prebivalcev. V primerjavi z določili OECD za leti 2016 in 2017 ni sprememb.

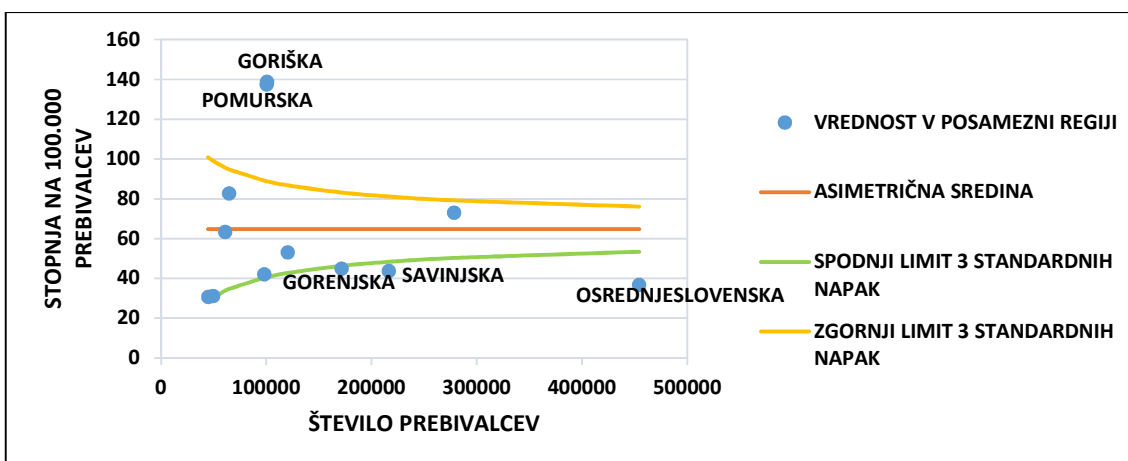
Stopnja sprejemov zaradi hipertenzije je standardizirana po starosti in spolu na 100.000 prebivalcev. Iz pridobljenih podatkov je razvidno, da se ta stopnja od leta 2009 naprej močno znižuje, kar kaže na učinkovito delovanje primarne zdravstvene ravni (**Slika 12**).

Groba stopnja sprejemov zaradi hipertenzije s povprečno vrednostjo treh let na 100.000 prebivalcev po regijah kaže višjo stopnjo sprejemov zaradi hipertenzije v pomurski in goriški regiji ter nižjo v večini drugih slovenskih regij, kar se je pokazalo že v predhodnem poročilu (**Slika 13**). Vendar analiza grobih stopenj sprejemov po posameznih regijah kaže na počasno upadanje sprejemov zaradi hipertenzije v vseh slovenskih regijah (**Slika 14**).

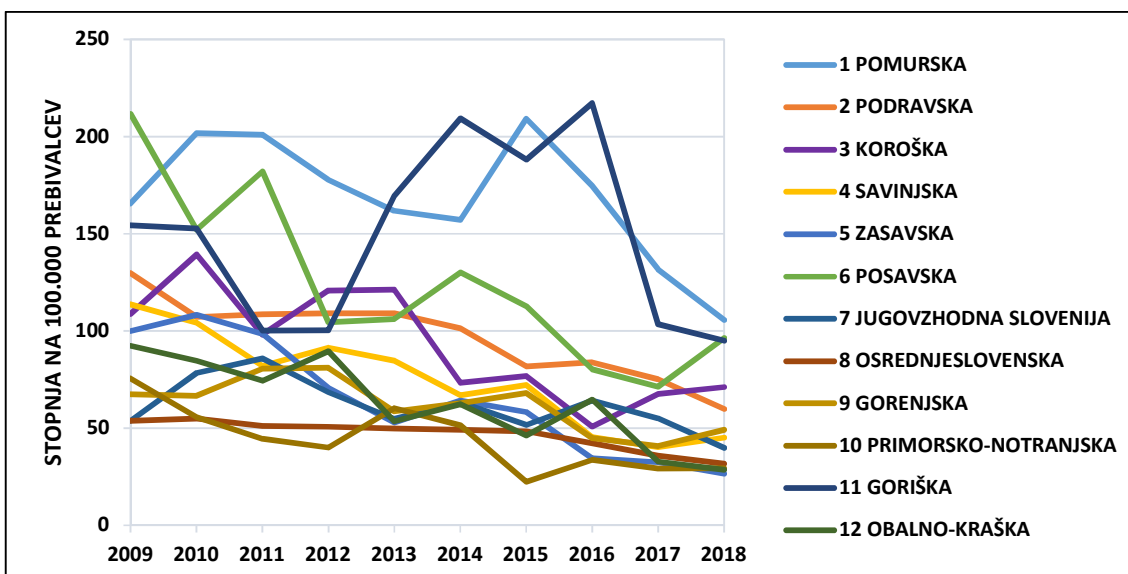
Slika 12: Stopnja sprejemov zaradi hipertenzije na 100.000 prebivalcev med letoma 2009 in 2018 v Sloveniji, standardizirana po starosti in spolu



Slika 13: Groba stopnja sprejemov zaradi hipertenzije na 100.000 prebivalcev po regijah, povprečna vrednost treh let (2016–2018)



Slika 14: Groba stopnja sprejemov zaradi hipertenzije na 100.000 prebivalcev med letoma 2009 in 2018 po posameznih regijah.



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

Ob tem so opazne razlike po regijah v stopnji sprejemov zaradi kroničnih bolezni. Najvišjo stopnjo sprejemov zaradi kroničnih bolezni imajo vzhodnoslovenske regije, najmanjšo pa osrednjeslovenska. Razlogi za to bi lahko bili manj zmogljivejša primarna raven zdravstvenega varstva, težja dostopnost do specialističnih ambulant, večja zasedenost bolnišnic ali drugačna praksa kodiranja vzhodnoslovenskih regij v primerjavi z osrednjeslovensko regijo.

NALEZLJIVE BOLEZNI

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

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

- obvezni za cepljenje proti ošpicam so bili v letu 2018 otroci, rojeni v letu 2017, od dopolnjenih 12 mesecev starosti do dopolnjenih 18 mesecev starosti,
- obvezni za cepljenje proti davici, tetanusu in oslovskemu kašlju so bili v letu 2018 otroci, rojeni v letu 2017, od dopolnjenih 3 mesecev starosti dalje in rojeni v 2018, ko so dopolnili 3 mesece starosti,
- obvezni za cepljenje proti hepatitisu B so bili v letu 2018 otroci, ki so v šolskem letu 2017/18 obiskovali 1. razred osnovne šole.

Precepljenost za leta od 2014 do 2018 je bila ocenjena na podlagi agregiranih zbranih podatkov, ki so jih posredovali izvajalci cepljenja (**Preglednica 2**). 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 ga sporočili izvajalci, in števila 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-odstotna (razen za hepatitis B), večjih odstopanj ni. Za zdaj še zagotavlja dobro zaščito pred vnosom in širjenjem nekaterih od omenjenih nalezljivih boleznih v našo državo. Za vzpostavitev kolektivne imunosti proti ošpicam je zelo pomembna vsaj 95-odstotna precepljenost. Izbruhi nalezljivih boleznih, ki jih preprečujemo s cepljenjem (v zadnjem času predvsem ošpice), se pojavljajo v Evropi in drugje po svetu. Zelo pomembno je vzdrževanje velike precepljenosti prebivalstva zaradi morebitnega vnosa bolezni v državo.

Preglednica 2: Delež cepljenih proti nekaterim nalezljivim boleznim v Sloveniji od leta 2014 do 2018

BOLEZEN	DELEŽ CEPLJENIH OTROK, ZA KATERE JE CEPLJENJE OBVEZNO (%)				
	2014	2015	2016	2017	2018
ošpice, mumps in rdečke	93,7	93,5	92,3	93,2	93,1
davica, tetanus in oslovski kašelj	94,9	94,8	94,1	94,2	93,4
hepatitis B	88,6	88,8	87,8	88,7	87,2

KK11 – DELEŽ CEPLJENOSTI PROTI GRIPI PRI OSEBAH, STARIH 65 LET ALI VEČ

Kazalnik kaže delež oseb, starih 65 let ali več, ki so bile v sezonah 2014/15, 2015/16, 2016/2017, 2017/18 in 2018/19 cepljene proti gripi.

Precepljenost proti gripi je bila ocenjena na podlagi zbranih agregiranih podatkov, ki so jih posredovali izvajalci cepljenja (**Preglednica 3**). Pri izračunu deleža cepljenih proti gripi je bilo v števcu sporočeno število oseb, starih 65 let ali več, ki so bile v sezonah 2014/15, 2015/16, 2016/2017, 2017/18 in 2018/19 cepljene proti gripi, v imenovalcu pa število vseh oseb, starih 65 let ali več.

Preglednica 3: Delež cepljenih oseb, starih 65 let ali več, proti gripi v sezonah 2014/2015, 2015/2016, 2016/2017, 2017/18 in 2018/19

BOLEZEN	DELEŽ CEPLJENIH OSEB, STARIH 65 LET ALI VEČ (%)				
	2014/15	2015/16	2016/17	2017/18	2018/19
Gripa	11,0	10,4	9,8	11,7	12,9

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

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

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

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

Incidenčna stopnja ošpic kaže na zelo dobro obvladovanje ošpic v zadnjih letih. Ošpice se pojavljajo redko. V primeru pojava bolezni gre največkrat za vnesene primere, ob katerih se pojavijo posamezni primeri, medtem ko se bolezen zaradi dobre precepljenosti za zdaj ne širi.

V zadnjih letih je opazna višja incidenčna stopnja oslovskega kašlja kljub zelo dobri precepljenosti proti bolezni, kar opažajo tudi v drugih državah z visoko precepljenostjo (**Preglednica 4**). Med možnimi vzroki navajajo relativno hitro zniževanje imunosti po cepljenju, spreminjanje povzročitelja in nekoliko manjšo učinkovitost novejšega (acelularnega) cepiva proti oslovskemu kašlju. Zato so številne države uvedle poživitvene odmerke v adolescenci, priporočeni so tudi poživitveni odmerki vsaj enkrat v odrasli dobi in cepljenje nosečnic.

Incidenčna stopnja akutnega hepatitisa B je nizka, v Sloveniji bolezen dobro obvladujemo. Vse otroke smo proti hepatitisu B v Sloveniji začeli rutinsko cepiti v letu 1998. Velika precepljenost zagotavlja dobro zaščito mladih proti hepatitisu B, bolezen se pri njih ne pojavlja.

Preglednica 4: Število prijavljenih primerov in incidenčna stopnja nekaterih nalezljivih bolezni v Sloveniji med letoma 2009 in 2018

LETO	OSLOVSKI KAŠELJ		OŠPICE		AKUTNI HEPATITIS B	
	Št. primerov	Inc. stopnja	Št. primerov	Inc. stopnja	Št. primerov	Inc. stopnja
2009	442	21,6	0	0	14	0,7
2010	611	29,8	2	0,09	7	0,3
2011	284	13,8	22	1,1	25	1,2
2012	178	8,7	2	0,09	15	0,7
2013	169	8,2	1	0,05	20	1,0
2014	399	19,4	52	2,5	12	0,6
2015	68	3,3	18	0,9	12	0,6
2016	127	6,2	1	0,05	18	0,9
2017	214	10,4	8	0,4	15	0,7
2018	213	10,3	9	0,4	10	0,5

UČINKOVITOST ZDRAVSTVENE OSKRBE

KK21 – RAZJEDE ZARADI PRITISKA

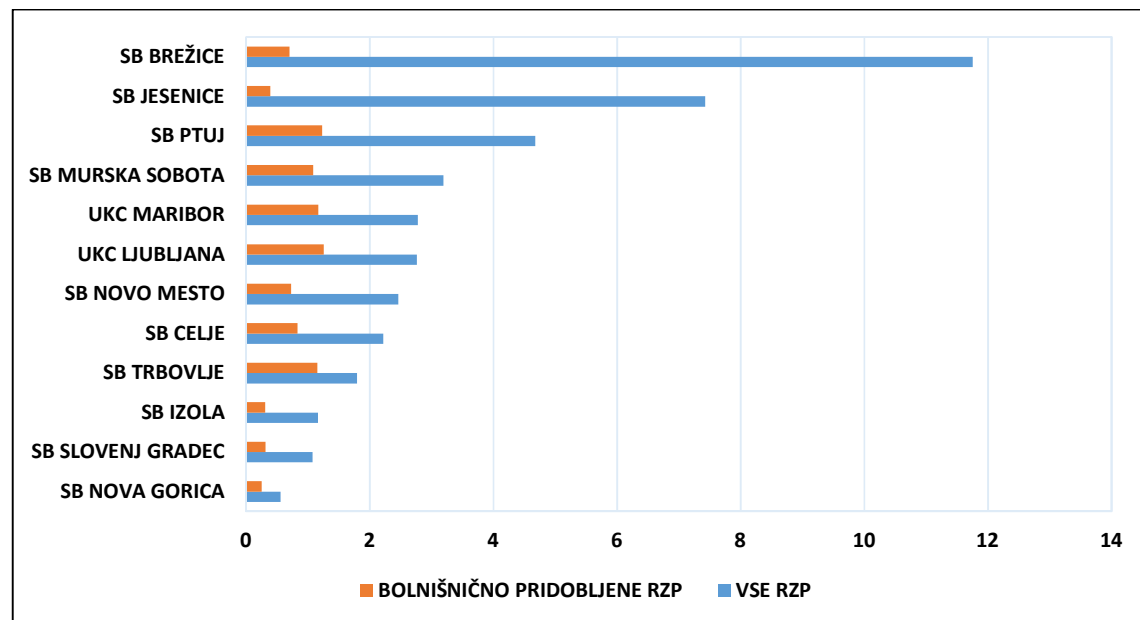
Kazalnik kakovosti razjede zaradi pritiska (RZP) prikazuje stopnjo razjed, nastalih v bolnišnicah. Izračuna se kot število bolnikov, ki so dobili RZP v bolnišnici, na sto sprejetih bolnikov v tekočem letu. Upošteva se ocena razjed glede na štiristopenjsko klasifikacijo po EUPAP (Evropski svetovalni odbor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

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

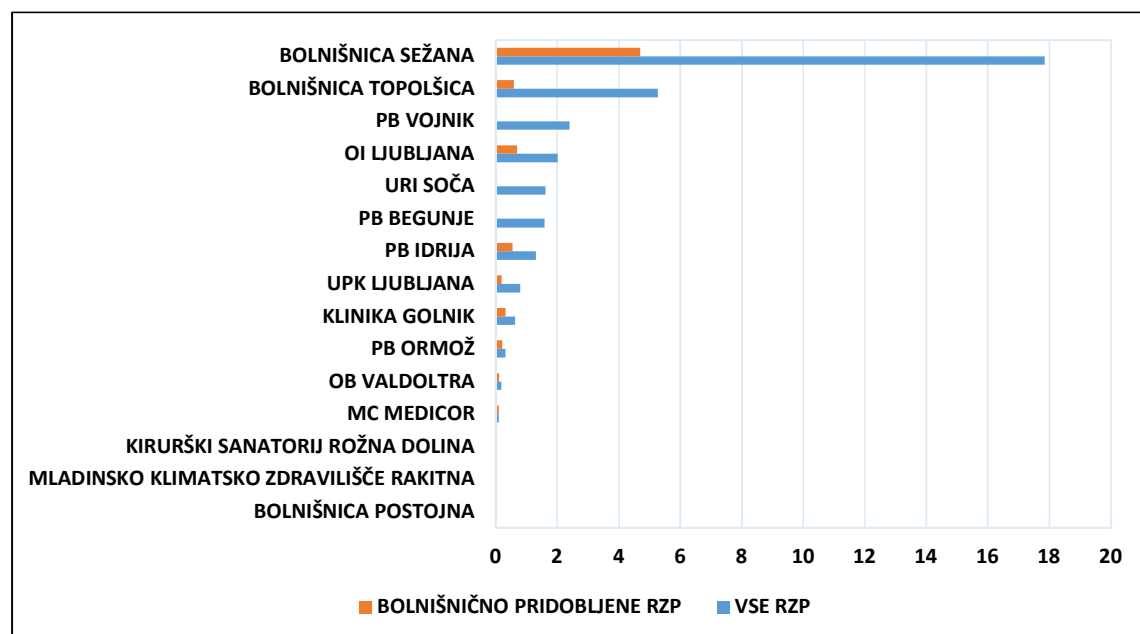
Dosedanje zbiranje podatkov je pripomoglo k izboljšanju povednosti podatkov in njihovi primerljivosti za značilna mesta nastanka RZP. Razlike in dileme ostajajo pri RZP na neznanih mestih, kot so za ušesi, nos, nosnica, lice, uho, čelo, penis, koren nosu, vhod v uretro in spodnja ustnica.

Prikazani so ločeni podatki za splošne bolnišnice, oba UKC in specialne bolnišnice (**Sliki 15 in 16**). Opazno je, da večjih razlik med splošnimi bolnišnicami in obema UKC ni, med specialnimi bolnišnicami pa izstopa Bolnišnica Sežana z daleč najvišjo stopnjo RZP.

Slika 15: Stopnja RZP na 100 sprejemov po splošnih bolnišnicah v Sloveniji v letu 2018



Slika 16: Stopnja RZP na 100 sprejemov po specializiranih bolnišnicah v Sloveniji v letu 2018



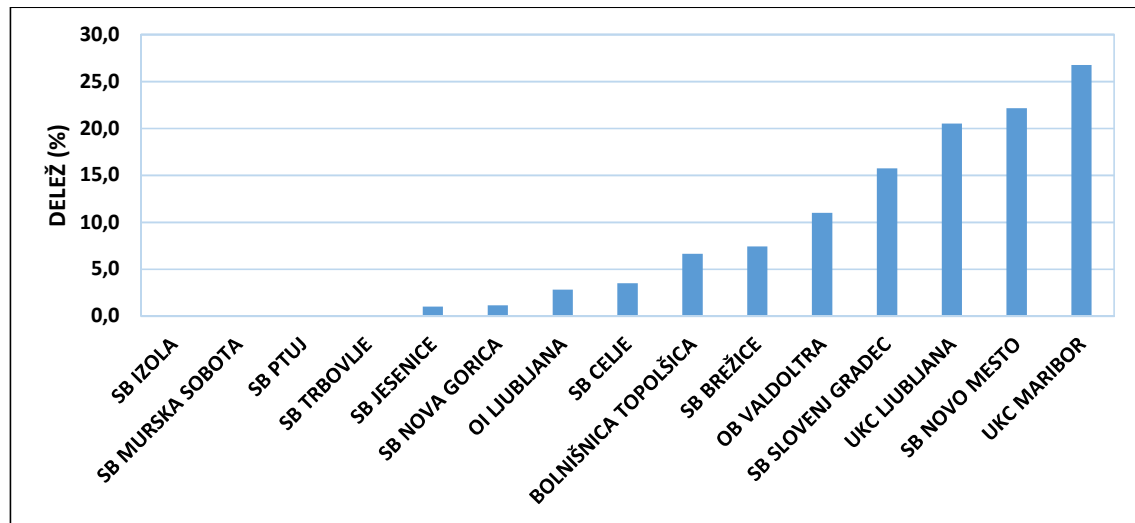
KK 22 – ČAKALNA DOBA ZA CT

Kazalnik kakovosti čakalna doba za računalniško tomografijo (CT) prikazuje delež hospitaliziranih bolnikov, ki na CT čakajo več kot 24 ur. Je merilo za ocenjevanje učinkovitosti procesov bolnišnične oskrbe. V Letnem poročilu o kazalnikih kakovosti v zdravstvu za leti 2014 in 2015 so bile opazne izrazite razlike v odstotkih bolnišničnih CT-preiskav, pri katerih je bila preiskava opravljena več kot 24 ur po naročilu. Opazili smo, da SB Izola, Ptuj in Trbovlje ter Onkološki inštitut v letih 2014 in 2015 ter SB Murska Sobota v letu 2014 niso imeli primera, ko bi bilo na CT-preiskavo treba čakati več kot 24 ur od naročila. Po drugi strani je v štirih bolnišnicah več kot 20 odstotkov bolnikov čakalo na CT-preiskavo več kot 24 ur, med drugim tudi v obeh UKC.

Podobno smo ugotavljali tudi za leti 2016 in 2017. SB Izola, Murska Sobota, Ptuj in Trbovlje znova niso imele primera, ko bi bilo treba na CT-preiskavo čakati več kot 24 ur od naročila. Po drugi strani je v štirih bolnišnicah še vedno več kot 20 odstotkov bolnikov na CT-preiskavo čakalo več kot 24 ur, znova tudi v obeh UKC.

Tudi v letu 2018 v SB Izola, Murska Sobota, Ptuj in Trbovlje znova ni bilo primera, ko bi bilo treba na CT-preiskavo čakati več kot 24 ur od naročila (**Slika 17**). Podobno velja tudi za bolnišnice, ki so že v preteklosti imele največji delež čakajočih (oba UKC, SB Novo mesto, SB Slovenj Gradec).

Slika 17: Delež naročil CT-preiskav pri hospitaliziranih bolnikih, pri katerih je bila preiskava opravljena več kot 24 ur po naročilu, po nekaterih izvajalcih bolnišničnih storitev v Sloveniji v letu 2018



KK 23 – UČINKOVITOST DELA V OPERACIJSKEM BLOKU

Operacijski blok z operacijskimi dvoranami je pomemben bolnišnični del z velikimi stroški. V primeru neučinkovite rabe operacijskega bloka lahko nastane znatna finančna izguba, zato je pomembno učinkovito vodenje. Večja uporaba operacijskega bloka privede do povečanega pretoka bolnikov in skrajšanja čakalnih dob. Doseže se predvsem z boljšo delovno organizacijo, na primer boljšo pripravo anesteziološke, kirurške in drugih delovnih skupin, in boljše izobraženim kadrom.

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

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

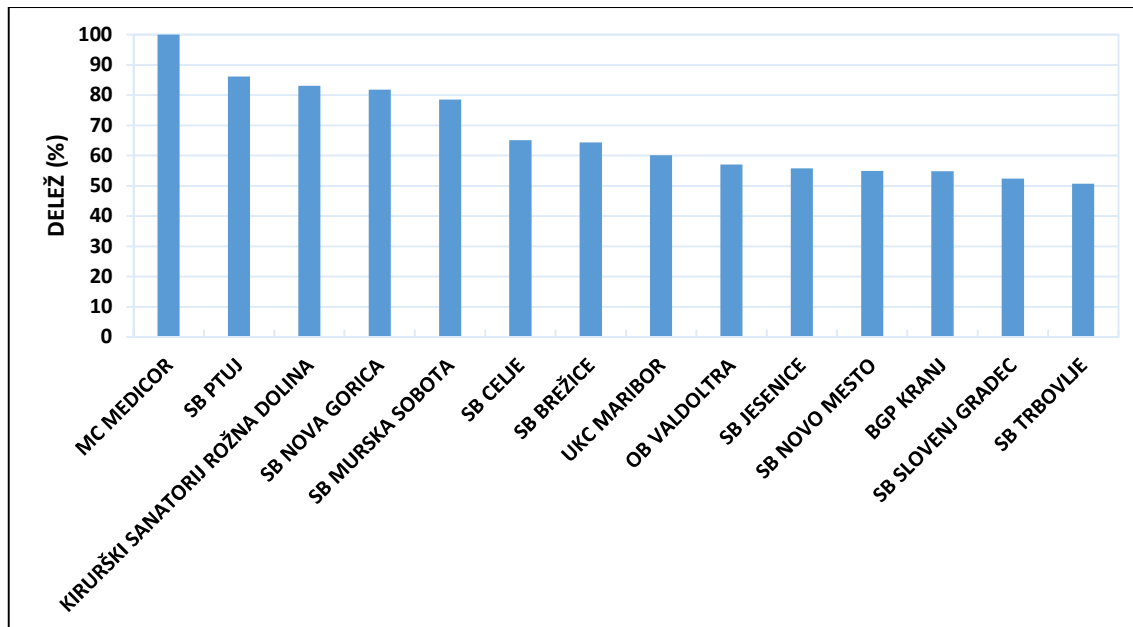
Za leto 2018 so podatke za oceno učinkovitosti dela pri ambulantnih (dnevni) in bolnišničnih operacijskih posegih poslali le SB Celje, SB Murska Sobota, SB Slovenj Gradec in BGP Kranj. Druge bolnišnice so poslale le delne podatke, nekatere podatkov celo niso poslale (UKC Ljubljana, SB Izola). Delni podatki so posledica nespremljanja (SB Ptuj, SB Brežice, SB Trbovlje, UKC Maribor, SB Trbovlje), delnega spremljanja (OI dvakrat letno) in neizvajanja dnevnih operacijskih posegov. Realne ocene o učinkovitosti dela v operacijskem bloku ni mogoče podati, prav tako ne primerljivosti bolnišnic.

Kljub temu je mogoče opaziti, da so med izvajalci velike razlike. V letu 2018 so MC Medicor, SB Murska Sobota, Kirurški sanatorij Rožna dolina in SB Nova Gorica imeli več kot 80-odstotno izkoriščenost operacijskih dvoran, MC Medicor celo stoo odstotno (**Slika 18**). Po drugi strani imajo OB Valdoltra, SB Jesenice, SB Novo mesto, BGP Kranj, SB Slovenj Gradec in SB Trbovlje manj kot 60-odstotno izkoriščenost.

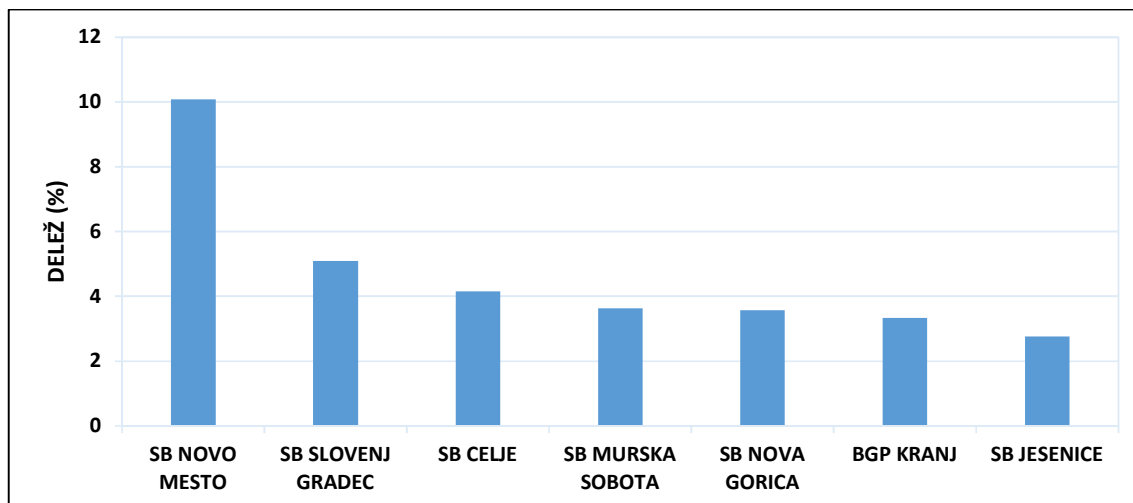
Podatkov o izkoriščenosti prostorov pri ambulantnih (dnevni) operacijskih posegih je premalo za natančnejšo analizo. Ne glede na to je opazno, da je izkoriščenost operacijskih dvoran za dnevne operacijske posege pičla (**Slika 19**).

Odpoved načrtovane operacije lahko kaže na neučinkovito delovno organizacijo in ima neprijetne posledice za zaposlene in bolnike. **Slika 20** prikazuje odstotek odpovedanih bolnišničnih operacijskih posegov v letu 2018 v nekaterih bolnišnicah. Vrednosti so se gibale od nič odstotkov do enega odstotka odpadlih operacij v MC Medicorju in Kirurškem sanatoriju Rožna dolina ter od 13 do 15 odstotkov odpovedanih operacij v SB Brežice in SB Novo mesto. Znova se je pokazalo, da so bile najnižje vrednosti dosežene v bolnišnicah, ki nimajo urgentnih oddelkov. Podatkov o odstotku odpovedanih ambulantnih (dnevni) operacijskih posegov je premalo za natančnejšo analizo. Kljub temu je opazna precejšnja razlika med bolnišnicami, ki so poslale podatke, od nič odstotkov v BGP Kranj do 21,6 odstotka v SB Slovenj Gradec (**Slika 21**).

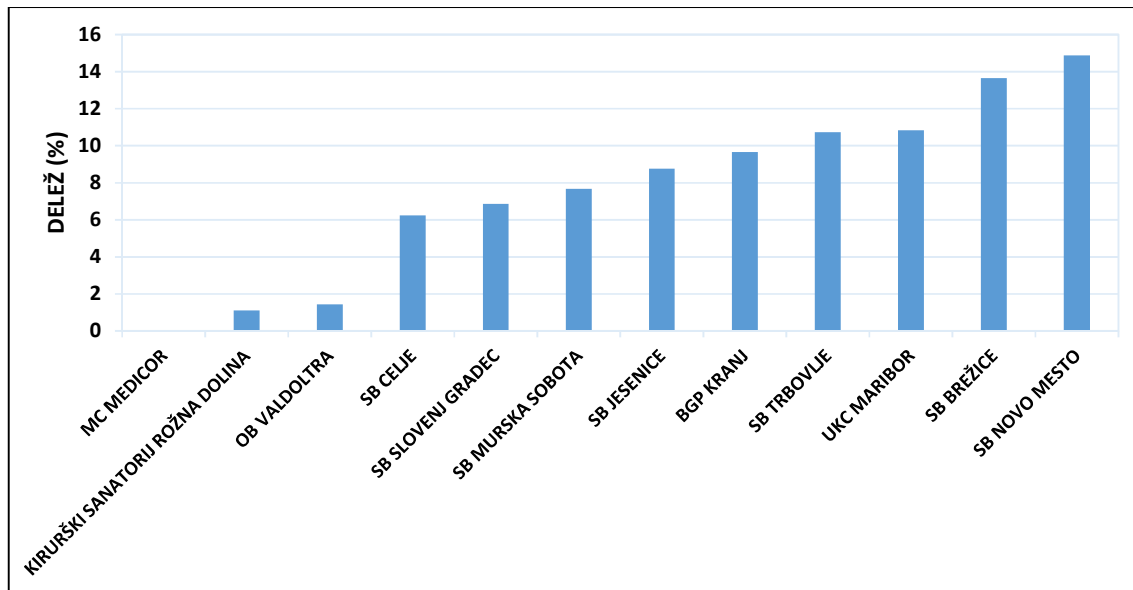
Slika 18: Delež izkoriščenosti operacijskih dvoran za bolnišnične posege po nekaterih slovenskih bolnišnicah v letu 2018



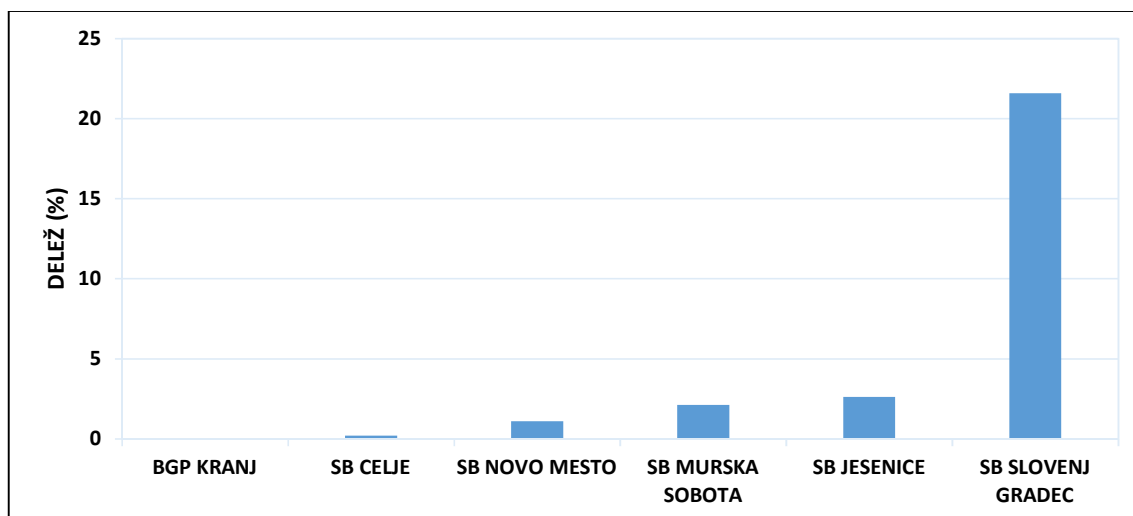
Slika 19: Delež izkoriščenosti operacijskih dvoran za ambulantne (dnevne) posege po nekaterih slovenskih bolnišnicah v letu 2018



Slika 20: Delež odpovedanih bolnišničnih operacij med vsemi načrtovanimi po nekaterih slovenskih bolnišnicah v letu 2018



Slika 21: Delež odpovedanih ambulantnih (dnevni) operacij med vsemi načrtovanimi po nekaterih slovenskih bolnišnicah v letu 2018



KK24 – TRAJANJE BOLNIŠNIČNEGA BIVANJA

Kazalnik trajanje bolnišničnega bivanja prikazuje število dni, ki jih bolnik preživi v bolnišnici (dan sprejema in dan odpusta se štejeta za en dan) pri izbranih stanjih in posegih. Lahko prikazuje učinkovitost zdravstvene oskrbe. Krajše bolnišnično bivanje je pri primerljivih zdravstvenih stanjih lahko kazalnik boljšega obvladovanja procesov in s tem večje učinkovitosti zdravstvene oskrbe. Dokazano je, da krajše akutno bolnišnično bivanje in bivanje na neakutnem oddelku zmanjšata bivalne stroške. Hkrati pa lahko prekratko bolnišnično bivanje pomeni večje tveganje za bolnika, zlasti v primeru nepripravljenosti svojcev na predčasni prihod bolnika v domače okolje.

Z vidika izvajalca se ne zdi pošteno primerjati trajanja bolnišničnega bivanja med ustanovami, ki se razlikujejo na primer po obstoju negovalnega oddelka, razpoložljivosti prostora v domovih starejših občanov ali pričakovanju bolnikov in svojcev glede odpustnega zdravstvenega stanja, ki naj bi bilo sprejemljivo za bolnika in svojce. Zadnje je običajno pogojeno z lokalnimi običaji.

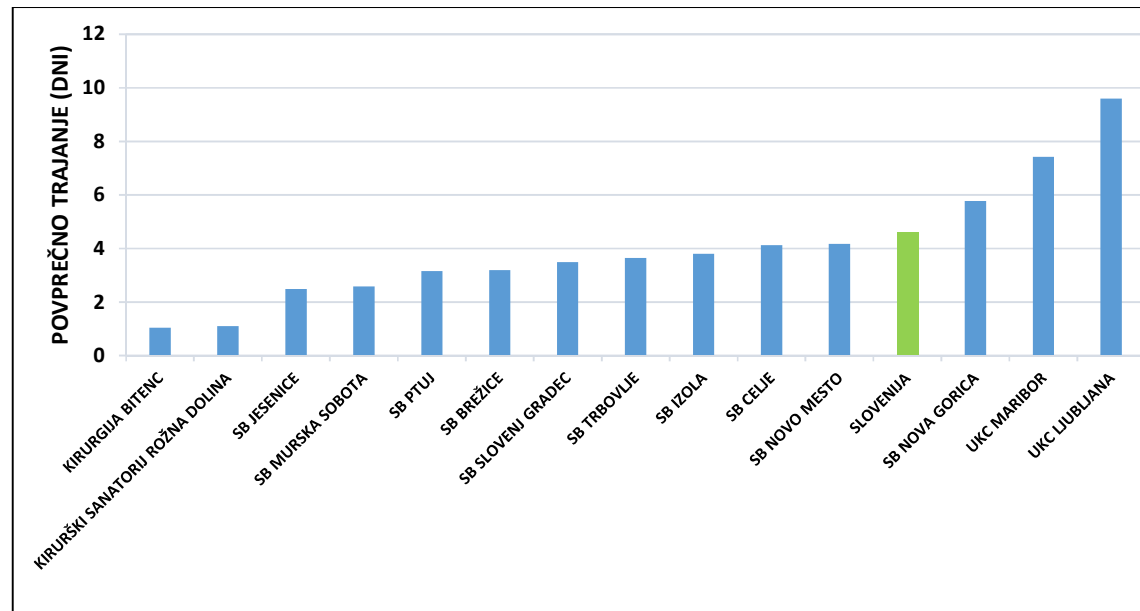
Pri izračunu različnih kazalnikov trajanja bolnišničnega bivanja niso upoštevane razlike v zdravstvenem stanju bolnikov, razen glavne diagnoze in posega, ki sta vključitveno merilo posameznega izračuna. Metodologija izračuna ne upošteva nobene metode za ocenjevanje zahtevnosti primerov na podlagi dodatnih podatkov o posameznem bolniku. To vsekakor precej omejuje razlago kazalnika.

HOLECISTEKTOMIJA

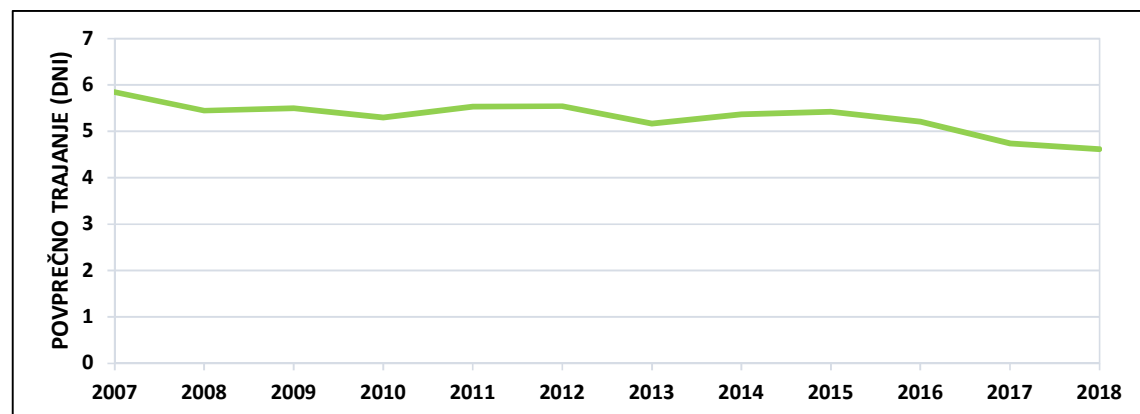
Iz analize so bili izključeni izvajalci z manj kot 15 hospitalizacijami v letu 2018 (**Slika 22**). Znova so se pokazale razlike med bolnišnicami v povprečnem trajanju akutnega bolnišničnega bivanja zaradi holecistektomije. V letu 2018 je bila najdaljša ležalna doba zaradi holecistektomije v UKC Ljubljana, najkrajša v Kirurgiji Bitenc. Povprečno je akutna bolnišnična obravnava v letu 2018 trajala 4,61 dneva.

Pokazalo se je tudi krajšanje povprečnega trajanja bolnišničnega bivanja med letoma 2007 in 2018 (**Slika 23**).

Slika 22: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja zaradi holecistektomije po posameznih bolnišnicah v Sloveniji v letu 2018



Slika 23: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja zaradi holecistektomije v Sloveniji med letoma 2007 in 2018

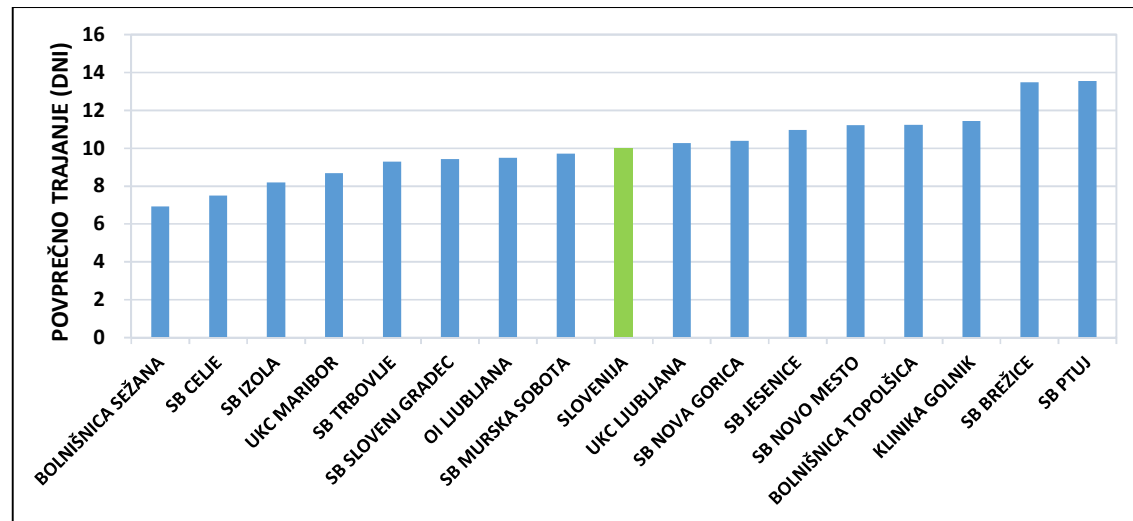


PLJUČNICA DOMAČEGA OKOLJA

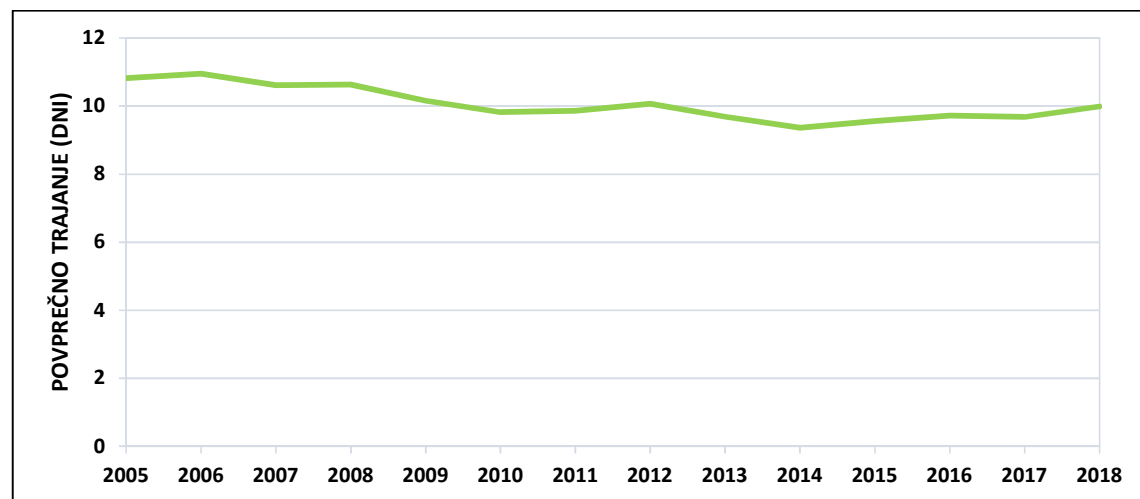
Iz analize so bili izključeni izvajalci z manj kot desetimi hospitalizacijami zaradi pljučnic v domačem okolju v letu 2018 (**Slika 24**). Najdaljše povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja sta imeli SB Ptuj in SB Brežice, najkrajše Bolnišnica Sežana. Povprečno je akutna bolnišnična obravnava v letu 2018 trajala 9,99 dneva.

Opazno je skrajševanja povprečnega trajanja akutnega bolnišničnega bivanja v Sloveniji med letoma 2005 in 2018 (**Slika 25**).

Slika 24: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja zaradi glavne diagnoze pljučnica domačega okolja po nekaterih bolnišnicah v Sloveniji v letu 2018



Slika 25: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja zaradi glavne diagnoze pljučnica domačega okolja v Sloveniji med letoma 2005 in 2018

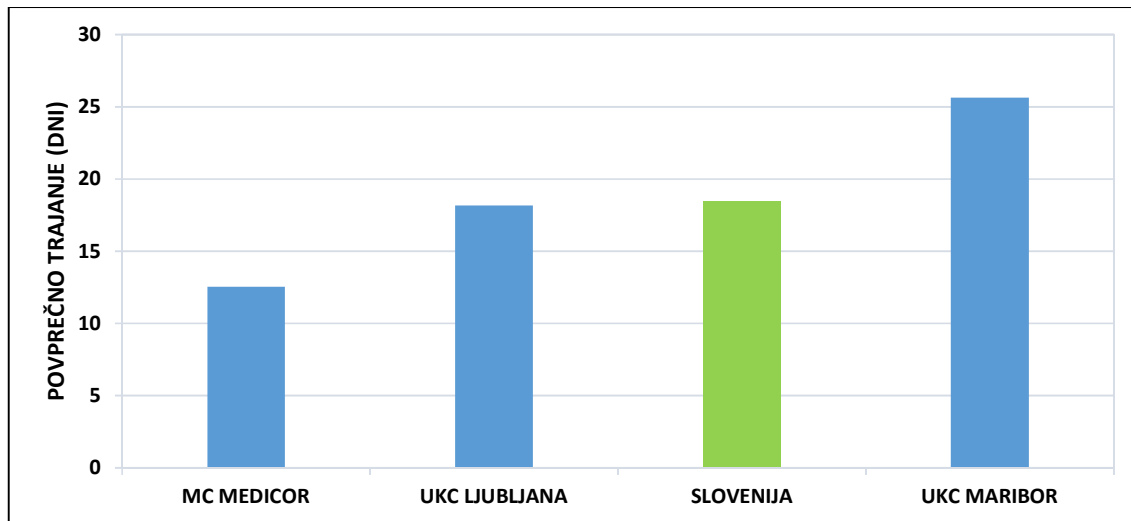


KORONARNA PREMOSTITVENA OPERACIJA

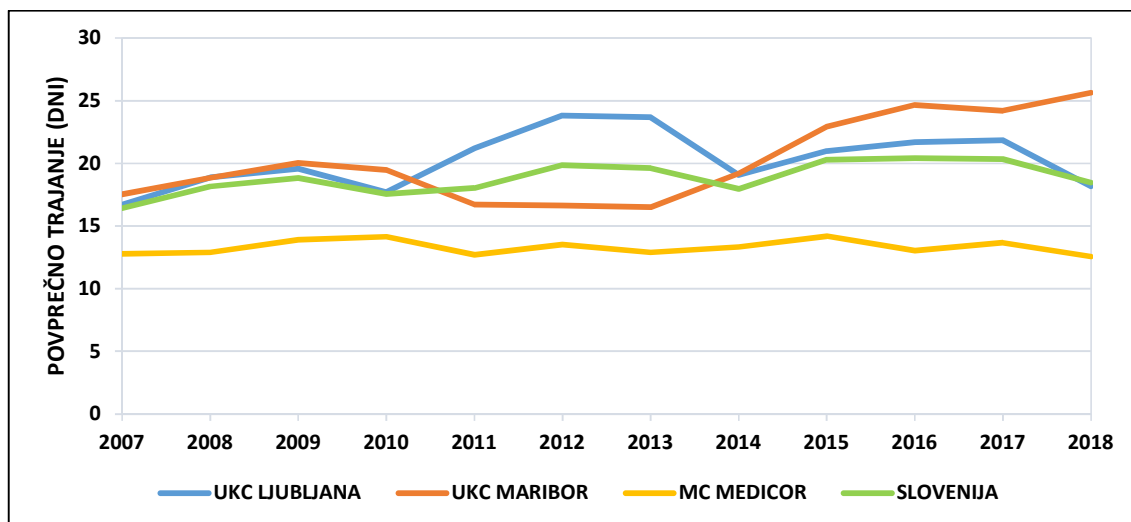
Koronarne premostitvene operacije v Sloveniji izvajajo trije centri, in sicer oba UKC ter Medicinski center (MC) Medicor. Centri se med seboj razlikujejo po povprečnem trajanju bolnišničnega bivanja in letnem številu primerov (**Slika 26**). Razlika pri povprečnem trajanju bivanja lahko izhaja iz tega, da oba UKC izvajata nujne in elektivne premostitvene operacije, medtem ko ima MC Medicor le elektivne, zato je povprečno trajanje bolnišničnega bivanja v MC Medicor pričakovano krajše. Povprečno je akutna bolnišnična obravnava v letu 2018 trajala 18,47 dneva.

Medtem ko se je med letoma 2007 in 2018 povprečno trajanje bivanja v UKC Maribor in UKC Ljubljana počasi podaljševalo, v MC Medicorju tega ni bilo opaziti (**Slika 27**). V zadnjih letih večjega podaljševanja povprečnega trajanja bivanja zaradi koronarne premostitvene operacije ni več opaziti v nobenem izmed treh centrov.

Slika 26: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja ob izvedbi koronarne premostitvene operacije po izvajalcih zdravstvene storitve v Sloveniji v letu 2018



Slika 27: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja ob izvedbi koronarne premostitvene operacije po izvajalcih zdravstvene storitve v Sloveniji med letoma 2007 in 2018

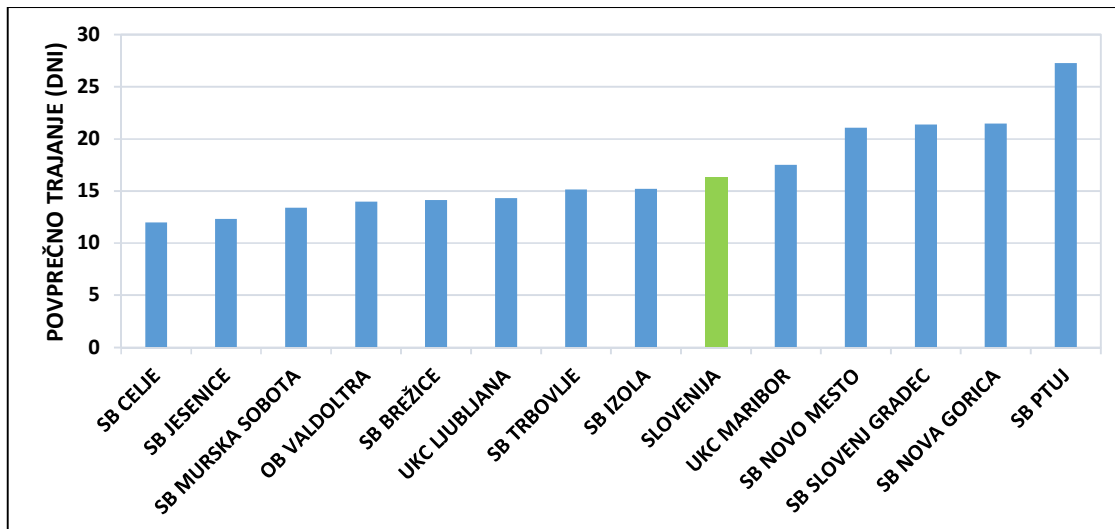


ZLOM KOLKA

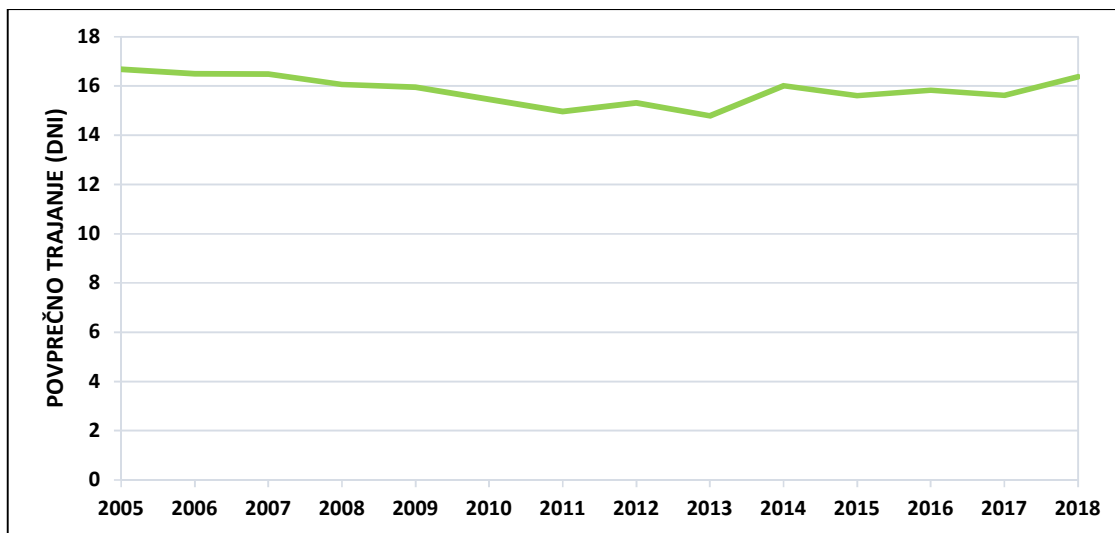
Iz analize so bili izključeni izvajalci, ki so imeli v letu 2018 manj kot deset primerov zloma kolka (**Slika 28**). SB Ptuj ima glede na primerjavo s podatki iz prejšnjih poročil še vedno najdaljše povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja zaradi zloma kolka. Najkrajše povprečno trajanje ima SB Celje. Povprečno je akutna bolnišnična obravnava v letu 2018 trajala 16,38 dneva.

Povprečno akutno bolnišnično bivanje zaradi zloma kolka v Sloveniji med letoma 2005 in 2018 se ni skrajšalo (**Slika 29**).

Slika 28: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja ob glavni diagnozi zlom kolka po posameznih bolnišnicah v letu 2018



Slika 29: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja ob glavni diagnozi zlom kolka v Sloveniji med letoma 2005 in 2018

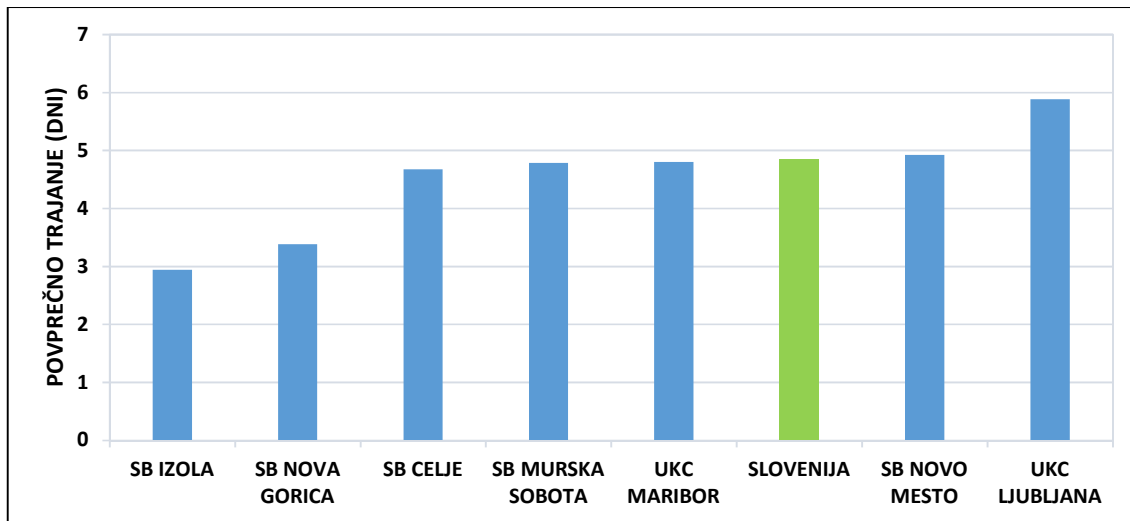


TONZILEKTOMIJA IN ADENOIDEKTOMIJA

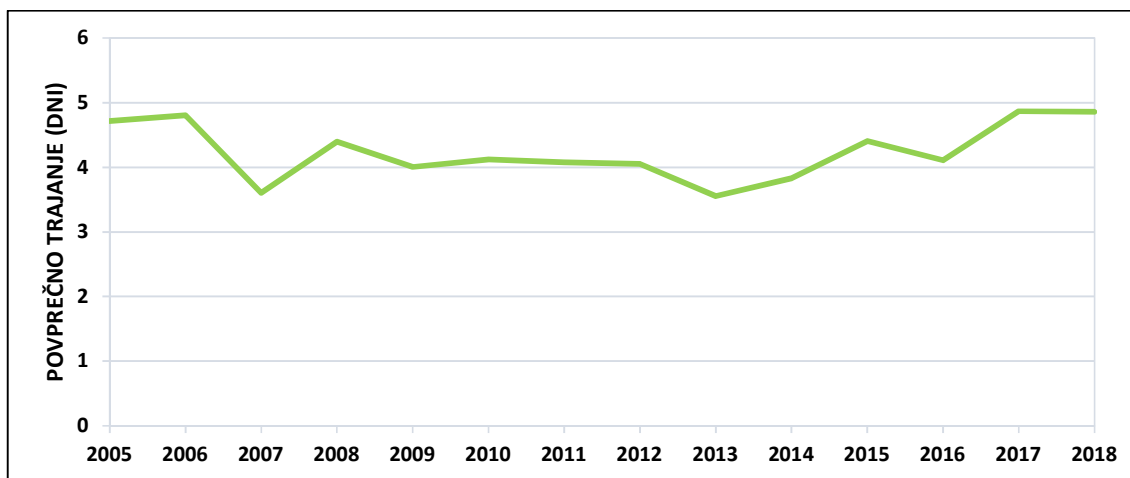
Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja zaradi tonzilektomije ali adenoidektomije se med izvajalci teh storitev precej razlikuje. V letu 2018 je bilo najdaljše v UKC Ljubljana, najkrajše v SB Izola (**Slika 30**). Povprečno trajanje akutne bolnišnične obravnave je bilo v letu 2018 4,86 dneva.

Med letoma 2005 in 2018 ni opaziti večjih sprememb pri povprečnem trajanju akutnega bolnišničnega bivanja (**Slika 31**).

Slika 30: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja zaradi tonzilektomije ali adenoidektomije po nekaterih bolnišnicah v letu 2018



Slika 31: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja zaradi tonzilektomije ali adenoidektomije v Sloveniji med letoma 2005 in 2018

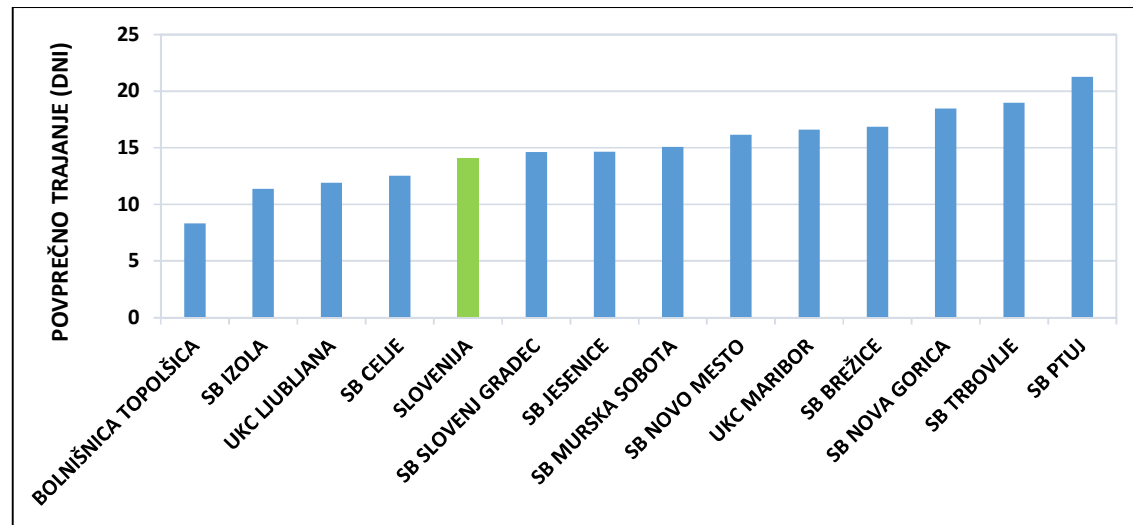


MOŽGANSKA KAP

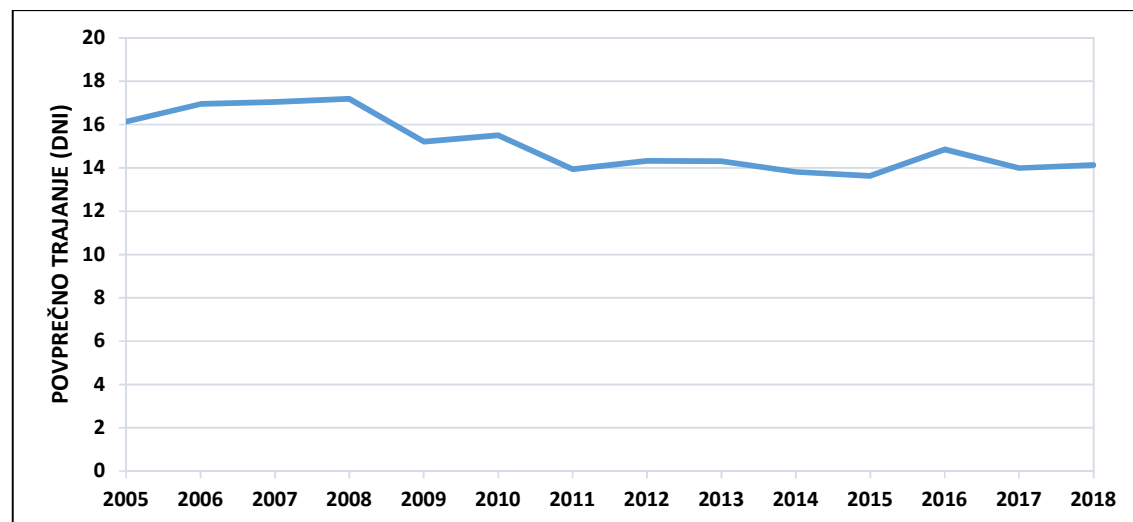
Bolniki po onesposablajoči akutni možganski kapi potrebujejo takojšnjo rehabilitacijo. Začetna rehabilitacija se lahko začne izvajati v sprejemni bolnišnici, nadaljevalna pa v specializiranih ustanovah. V primeru velikega letnega števila sprejemov bolnikov po akutni možganski kapi in ob posledični potrebi po stalno razpoložljivih posteljah je potreben primeren sistem obravnave takih bolnikov. V tej analizi niso bile obravnavane bolnišnice, ki so imele manj kot deset primerov možganske kapi v letu 2018. Najdaljše trajanje akutnega bolnišničnega bivanja je bilo v SB Ptuj, najkrajše v Bolnišnici Topolšica (**Slika 32**). Razlike v povprečni ležalni dobi so v primerjavi s prejšnjimi leti še vedno izrazite. Ob tem je treba upoštevati letna nihanja podatkov. Povprečno trajanje akutne bolnišnične obravnave je bilo v letu 2018 14,14 dneva.

Med letoma 2005 in 2015 je bilo opazno krajšanje povprečnega trajanja akutne bolnišnične obravnave zaradi možganske kapi, po letu 2015 tega ni več opaziti (**Slika 33**).

Slika 32: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja ob glavni diagnozi akutna možganska kap po posameznih bolnišnicah v letu 2018



Slika 33: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja ob glavni diagnozi akutna možganska kap v Sloveniji med letoma 2005 in 2018



KK25 – STOPNJA SPREJEMOV ZARADI SLADKORNE BOLEZNI

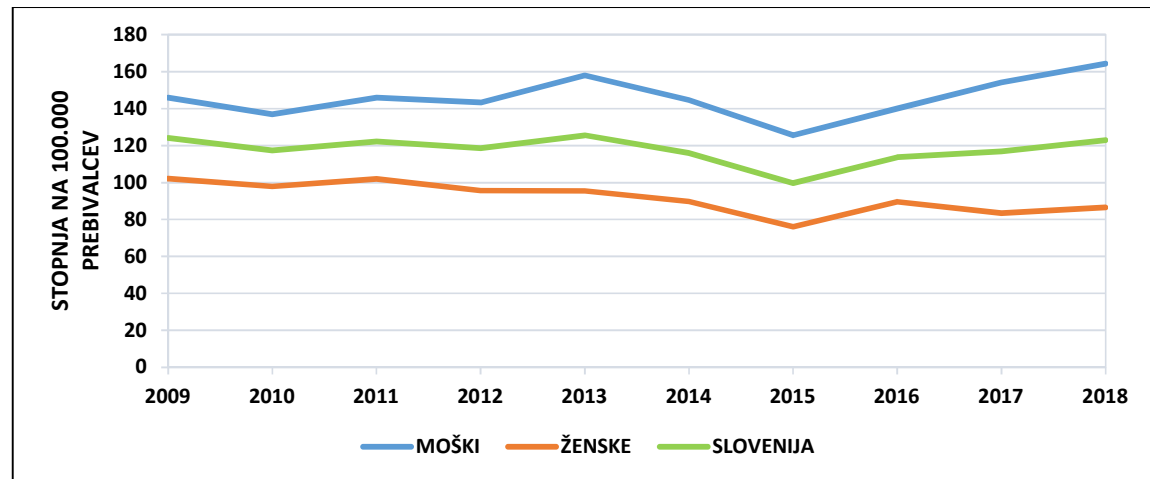
Po zadnjih določilih OECD za zbiranje podatkov za leti 2018 in 2019 se stopnja sprejemov zaradi sladkorne bolezni določi kot število vseh nematerinskih (neneonatalnih) bolnišničnih sprejemov z glavno diagnostično kodo sladkorna bolezen (E10.0–E10.9, E11.0–E11.9, E13.0–E13.9, E14.0–E14.9) v posameznem letu glede na število prebivalcev. V primerjavi z določili OECD za leti 2016 in 2017 ni sprememb.

V preteklosti sta se glede preprečljivih bolnišničnih sprejemov zaradi sladkorne bolezni uporabljala kazalnika stopnja sprejemov zaradi akutnih in število kroničnih zapletov sladkorne bolezni. Po določilih OECD iz leta 2017 se uporablja le kazalnik, ki je določen kot število bolnišničnih sprejemov s primarno diagnozo sladkorna bolezen med osebami, starimi 15 let ali več, na 100.000 prebivalcev.

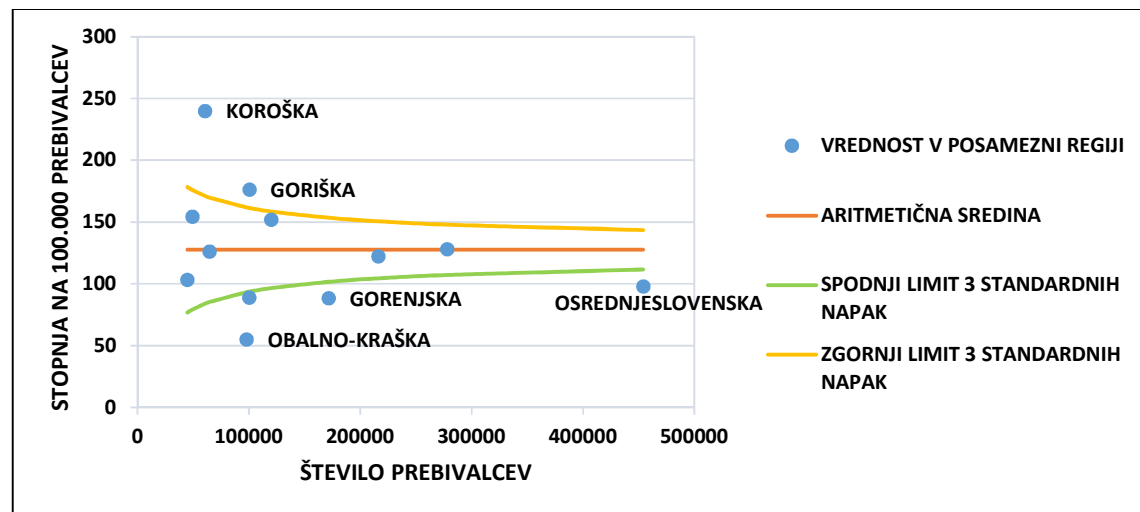
Stopnja sprejemov zaradi sladkorne bolezni je standardizirana po starosti in spolu na 100.000 prebivalcev. Iz pridobljenih podatkov je razvidno, da se je stopnja sprejemov zaradi sladkorne bolezni počasi zmanjševala med letoma 2009 in 2015 ter se počasi začela povečevati po letu 2015, kar lahko kaže na nekoliko slabšo uspešnost ambulantnega vodenja bolnikov s sladkorno boleznijo (**Slika 34**).

Groba stopnja sprejemov zaradi sladkorne bolezni s povprečno vrednostjo treh let na 100.000 prebivalcev po regijah kaže večjo stopnjo sprejemov zaradi sladkorne bolezni v koroški in goriški regiji ter manjšo v osrednjeslovenski, gorenjski in obalno-kraški regiji (**Slika 35**). Podrobnejša analiza posameznih regij kaže nihanja grobe stopnje sprejemov zaradi sladkorne bolezni s tendenco zviševanja v zadnjih letih (**Slika 36**).

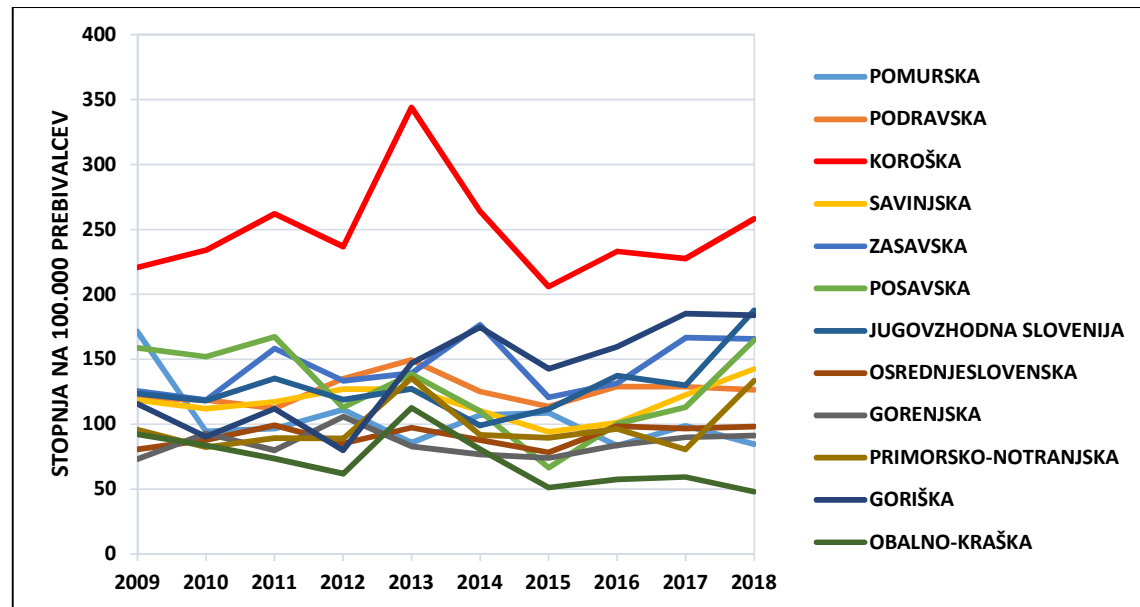
Slika 34: Stopnja bolnišničnih sprejemov zaradi sladkorne bolezni na 100.000 prebivalcev, standardizirana po starosti in spolu, med letoma 2009 in 2018



Slika 35: Groba stopnja sprejemov zaradi sladkorne bolezni na 100.000 prebivalcev po regijah, povprečna vrednost treh let (2016–2018)



Slika 36: Groba stopnja sprejemov zaradi sladkorne bolezni na 100.000 prebivalcev po regijah med letoma 2009 in 2018



KK28 – STOPNJA AMPUTACIJ SPODNJIH OKONČIN ZARADI SLADKORNE BOLEZNI

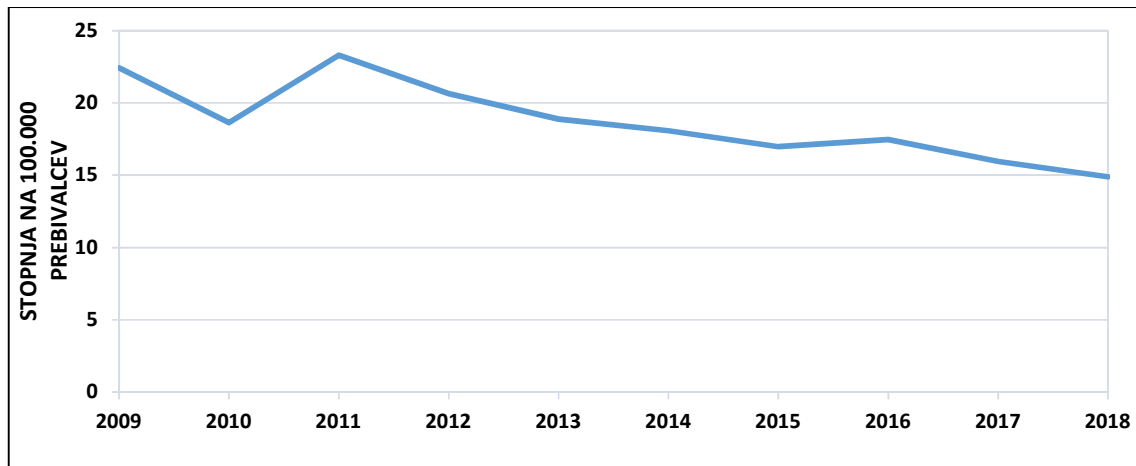
Kazalnik je opredeljen kot stopnja vseh nematerinskih in neneonatalnih sprejemov bolnikov, starejših od 15 let ali več, z osrednjo proceduralno kodo večje amputacije na spodnjih okončinah in z diagnostično kodo sladkorna bolezen (E10.0–E10.9, E11.0–E11.9, E13.0–E13.9, E14.0–E14.9) glede na število prebivalcev ali ocenjeno število bolnikov s sladkorno boleznijo. Določila OECD glede imenovalca temeljijo na različnih epidemioloških pristopih držav pri določanju prevalece sladkorne bolezni. Izključeni so primeri premestitev iz drugih bolnišnic, nosečnost, porod ali poporodno obdobje, novorojenci, kakršna koli poškodba spodnje okončine, tumorsko povezane amputacije in enodnevne hospitalizacije. Vrednosti so starostno standardizirane. Stopnja amputacij je prikazana na 100.000 prebivalcev.

V primerjavi s poročilom za leti 2016 in 2017 je razvidno, da se stopnja amputacij spodnjih okončin še vedno počasi znižuje (**Slika 37**). V primerjavi z drugimi državami OECD ostaja visoka (povprečje OECD 6,4 na 100.000 prebivalcev, Slovenija 14,9 na 100.000 prebivalcev v letu 2017) (**1**).

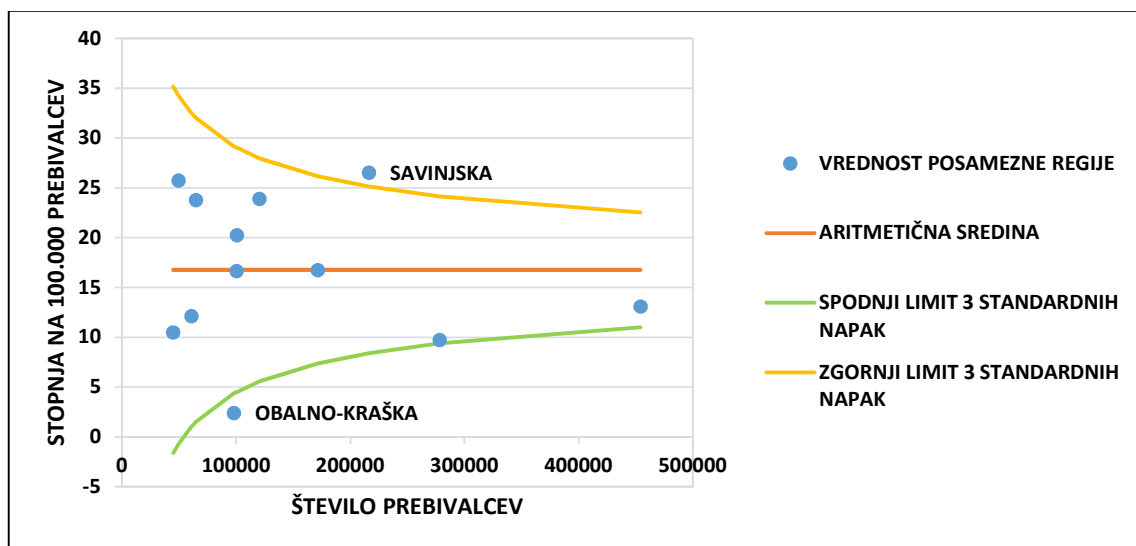
Groba stopnja amputacij spodnjih okončin zaradi sladkorne bolezni kaže, da je najvišja stopnja amputacij spodnjih okončin zaradi sladkorne bolezni v savinjski, najnižja pa v obalno-kraški regiji (**Slika 38**).

Podrobnejša analiza posameznih regij kaže letna nihanja stopnje amputacij s splošnim zniževanjem (**Slika 39**).

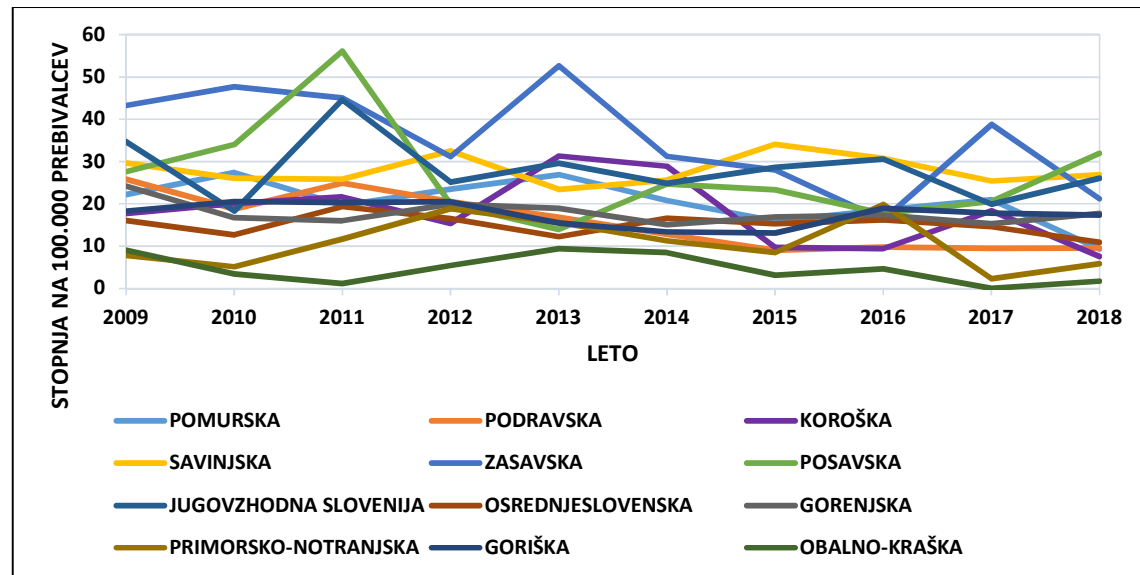
Slika 37: Starostno standardizirana stopnja amputacij spodnjih okončin zaradi sladkorne bolezni na 100.000 prebivalcev med letoma 2009 in 2018



Slika 38: Groba stopnja amputacij spodnjih okončin zaradi sladkorne bolezni na 100.000 prebivalcev po regijah, povprečna vrednost treh let (2016–2018)



Slika 39: Starostno standardizirana stopnja amputacij spodnjih okončin zaradi sladkorne bolezni na 100.000 prebivalcev med letoma 2009 in 2018 po posameznih regijah



Viri:

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

KK36 – POŠKODBE MED VAGINALNIM PORODOM

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

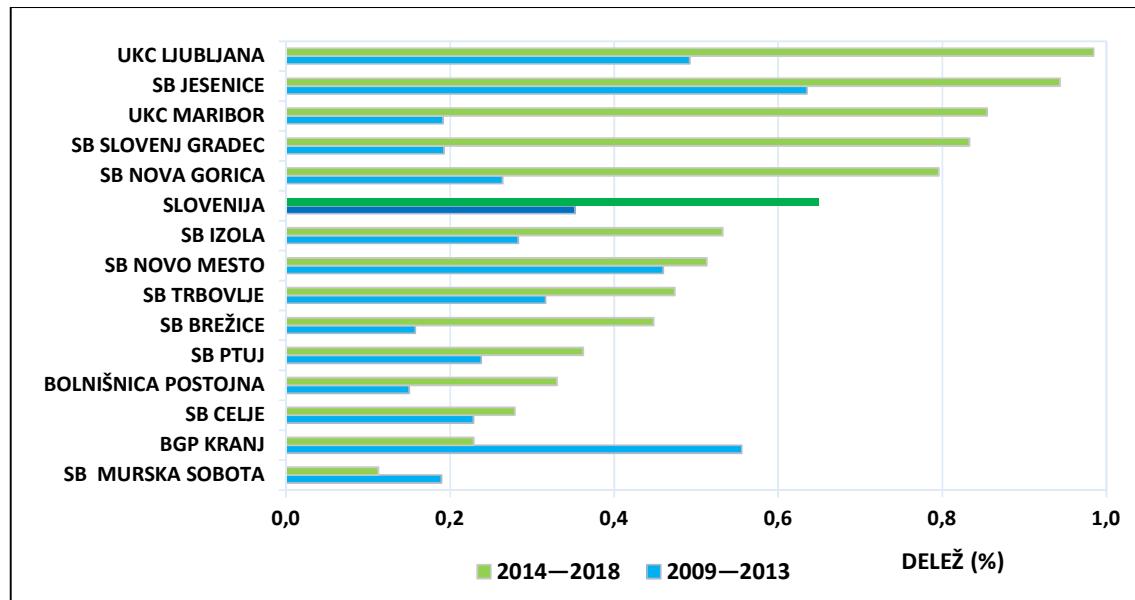
Delež poškodb presredka ob vaginalnem porodu je uporaben kazalnik kakovosti obporodnega varstva. Je dokaj zanesljiv in primerljiv med državami (3).

Pri izračunu kazalnika je bila uporabljena metodologija OECD (3), ki zbira podatke o istoimenskem kazalniku v okviru projekta HCQI. Kazalnik prikazuje delež poškodb presredka tretje in četrte stopnje (kodi MKB 10 O70.2 in O70.3) pri vaginalnih porodih porodnic, starih 15 let ali več. Kazalnik se podrobneje deli na vaginalni porod brez instrumentov in vaginalni porod z uporabo instrumentov (vakuum, porodne klešče in podobno).

Perinatalni informacijski sistem (PIS) je bil uporabljen kot vir podatkov. Vključuje podatke o vseh porodih in rojstvih v 14 slovenskih porodnišnicah. Podatki o porodnih poškodbah se v PIS vpisujejo v rubriko Poškodbe porodne poti. Do leta 2012 je bil uporabljan nekoliko prirejeni šifrant kod MKB 10, ki pa se v primeru poškodbe presredka tretje in četrte stopnje dobro ujema z izvirno klasifikacijo. Od leta 2013 je šifrant popolnoma usklajen z novo klasifikacijo MKB 10 AM.

Zelo pomembna omejitev kazalnika je majhno absolutno število primerov hujših poškodb. Leta 2018 je bilo le 26 primerov poškodb presredka tretje ali četrte stopnje pri vaginalnem porodu z instrumenti, razen v eni porodnišnici je bilo v vseh porodnišnicah manj kot pet takih primerov, v petih porodnišnicah pa sploh ni bilo nobenega takega primera. Pri vaginalnem porodu brez instrumentov je bilo število primerov hujših poškodb za celotno Slovenijo sicer nekoliko večje, in sicer 111. Kljub temu je bilo v večini porodnišnic (devetih od 14) zabeleženih samo pet primerov 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 2014–2018. Delež poškodb se je v tem obdobju gibal od 0,11 odstotka v Murski Soboti do 0,98 odstotka v Ljubljani, v povprečju je znašal 0,65 odstotka (**Slika 40**). To je za 84 odstotkov več kot v predhodnem petletnem obdobju. Primerjava med porodnišnicami kaže, da se je povečal delež poškodb porodne poti v večini porodnišnic, le v dveh (Murska Sobota in Kranj) se je delež zmanjšal. V primeru nadaljnega povečevanja tega deleža bosta potrebni natančna preučitev vzrokov in opredelitev, ali in koliko je ta delež povezan s precejšnjim zmanjšanjem deleža epiziotomij v zadnjem desetletju. Preprosta povezanost na podlagi dostopnih podatkov ni razvidna, saj beležijo večje deleže poškodb presredka tako nekatere porodnišnice z majhnim deležem epiziotomij kakor tudi nekatere z njihovim velikim deležem.

Slika 40: Delež poškodb presredka III. in IV. stopnje pri vaginalnih porodih brez uporabe instrumentov po bolnišnicah s porodničnicami v Sloveniji med letoma 2009 in 2013 ter 2014 in 2018



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

Literatura:

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

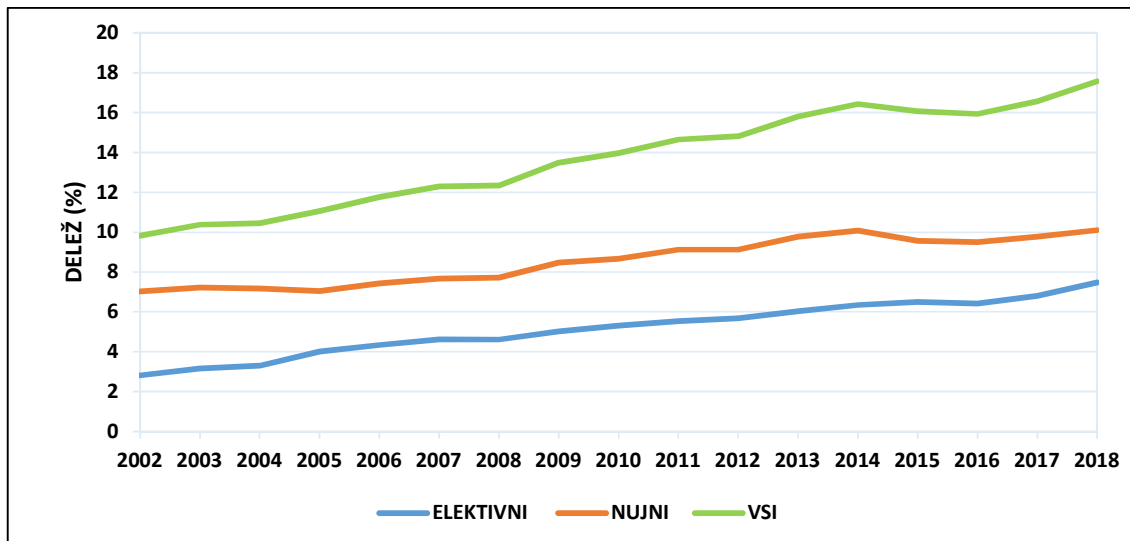
KK37 – DELEŽ CARSKIH REZOV

Delež carskih rezov v večini evropskih držav se še vedno povečuje (1). Svetovna zdravstvena organizacija od leta 1985 priporoča od 10- do 15-odstotni delež carskih rezov in tudi v zadnji reviziji priporočil iz leta 2015 ugotavlja, da povečevanje deleža carskih rezov nad te vrednosti ne pripomore k zmanjševanju maternalne in neonatalne umrljivosti (2). Z večanjem deleža carskih rezov se povečuje tudi tveganje za zaplete, kot so predležeha posteljica v naslednji nosečnosti, ki je lahko tudi vraščena, večja krvavitev ob tem in naslednjem porodu ter ponovni carski rez (3, 4).

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

V Sloveniji je delež carskih rezov v zadnjem desetletju sicer še pod povprečjem Evropske unije (EU), vendar se vztrajno povečuje, zlasti v nekaterih porodnišnicah. Povečujeta se deleža elektivnih in tudi nujnih carskih rezov (Slika 41).

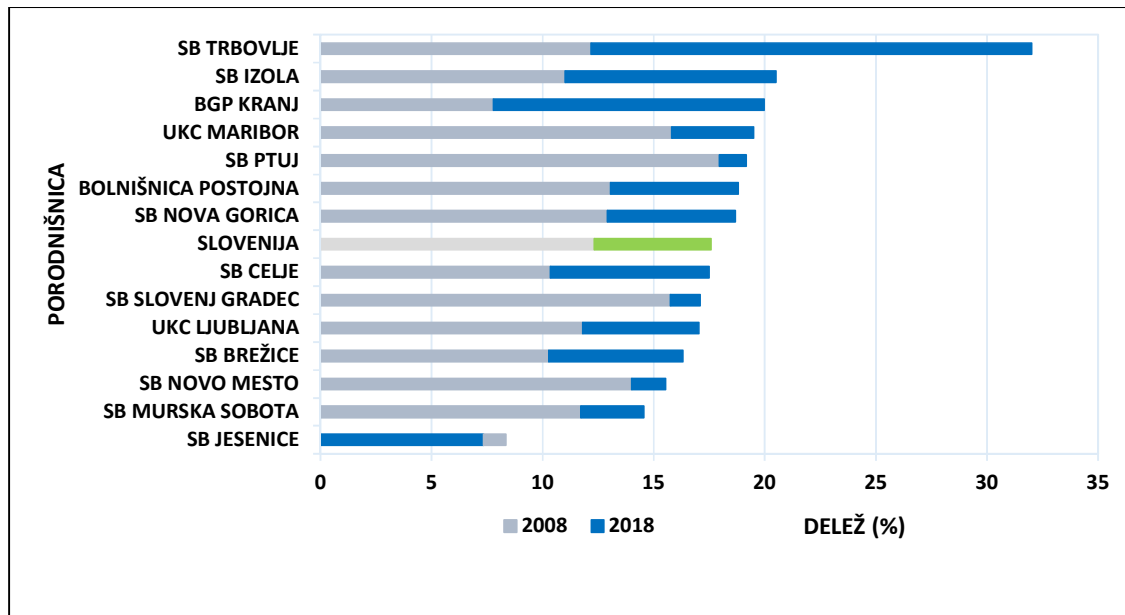
Slika 41: Delež otrok*, rojenih s carskim rezom, v Sloveniji med letoma 2002 in 2018



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

Leta 2018 je delež carskih rezov v opisani populaciji živorojenih enojčkov z gestacijsko starostjo 37 tednov in več ter glavično vstavo znašal 17,6 odstotka, kar je za šest odstotkov ali eno odstotno točko več kot leto prej. Najbolj, kar za 20 odstotkov, se je delež carskih rezov v primerjavi z letom 2017 povečal v bolnišnici Izola. Med porodnišnicami se je delež carskih rezov gibal od 7,3 odstotka na Jesenicah do 32 odstotkov v Trbovljah (Slika 42). Ti dve porodnišnici najbolj izstopata po deležu carskih rezov v primerjavi z drugimi porodnišnicami, kjer se je v letu 2018 ta delež večinoma gibal med 15 in 20 odstotki.

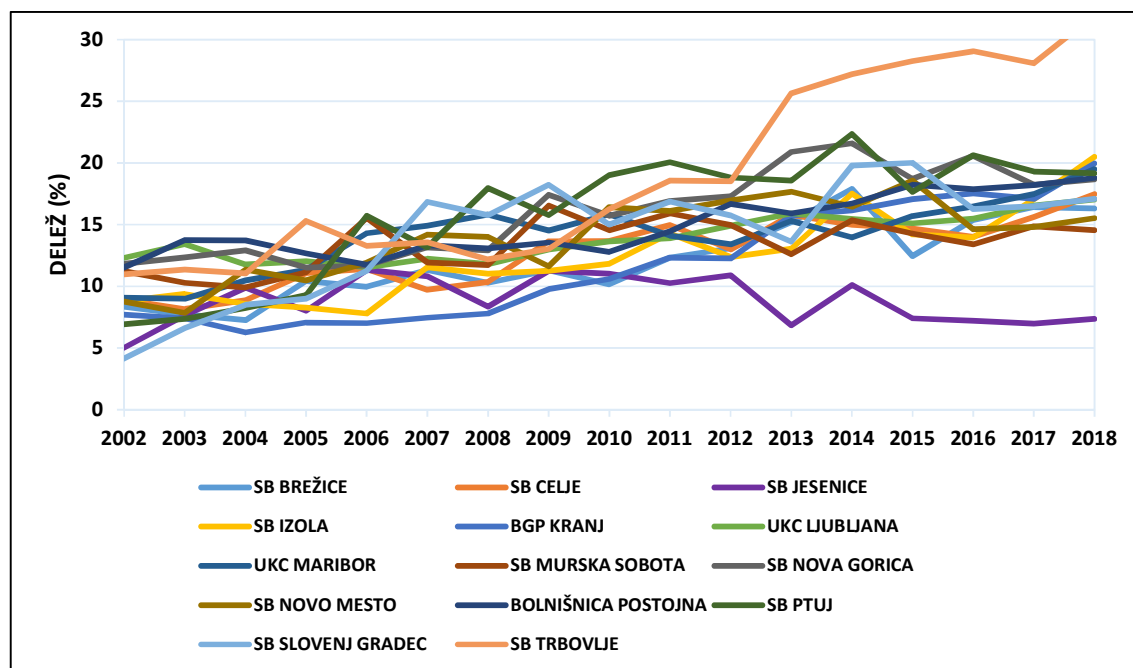
Slika 42: Delež otrok*, rojenih s carskim rezom, po bolnišnicah s porodnišnicami v Sloveniji v letih 2008 in 2018



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

V primerjavi z letom 2008 se je delež carskih rezov povečal za 42 odstotkov. Med porodnišnicami so bile razlike zelo velike, v nekaterih se je delež carskih rezov v zadnjem desetletju povečal za več kot dvakrat (npr. v Porodnišnici Kranj in SB Trbovlje), na Jesenicah pa so leta 2018 imeli celo manjši delež carskih rezov kakor leta 2008 (Slika 43).

Slika 43: Delež otrok*, rojenih s carskim rezom, po bolnišnicah s porodnišnicami v Sloveniji med letoma 2002 in 2018



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

Iz podatkov je razvidno, da v Sloveniji ni enotne doktrine glede indikacij za carski rez, saj so razlike med porodnišnicami velike. Leta 2002 je bilo zadnjič največ carskih rezov v ljubljanski porodnišnici, kar je pričakovano, saj je to terciarni center, v katerem obravnavajo največ bolnih ter ogroženih nosečnic in novorojenčkov. V letu 2018 se ljubljanska porodnišnica znova uvršča pod slovensko povprečje. Največji deleži so v manjših, regijskih porodnišnicah.

Vse večjega deleža carskih rezov se zaveda tudi ginekološko-porodniška stroka v Sloveniji, zato je že v letu 2016 pripravila strokovni posvet o carskem rezu. Na njem so zbrani strokovnjaki skušali ugotoviti vzroke za povečevanje števila carskih rezov (5). Nekaj porodnišnicam je v zadnjih letih uspelo krivuljo zaustaviti ali celo obrniti, druge pa pri tem doslej niso bile uspešne.

Viri:

1. OECD Health Statistics: Health care utilisation, Caesarean section.
2. Department of Reproductive Health and Research. World Health Organization. WHO Statement on Caesarean Section Rates. Ženeva: Svetovna zdravstvena organizacija, 2015.
3. Betrán, A. P., Merialdi, M., Lauer, J. A., Bing-Shun, W., Thomas, J., Van Look, P., et al. Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 2007; 21: 98–113.
4. Fabjan Vodusek, V., Kavšek, G. Porod. V: Verdenik, I., Novak Antolič, Ž., Zupan, J., et al. *Perinatologia Slovenica II*, pregled slovenskih perinatalnih rezultatov za obdobje 2002–11. Ljubljana: Združenje za perinatalno medicino SZD in Ginekološka klinika UKC Ljubljana, 2013; 59–71.
5. Premru Sršen, T., Mujezinović, F., Kavšek, G., et al. Carski rez; Pojasnilna dolžnost in pravni problemi v perinatologiji in neonatologiji: zbornik 17. Novakovi dnevi. Postojna, 3.-4. junij 2016. Ljubljana: Združenje za perinatalno medicino SZD, 2016.

KK45 – ČAKANJE NA OPERACIJO V BOLNIŠNICI PO ZLOMU KOLKA (OSEB, STARIH 65 LET ALI VEČ)

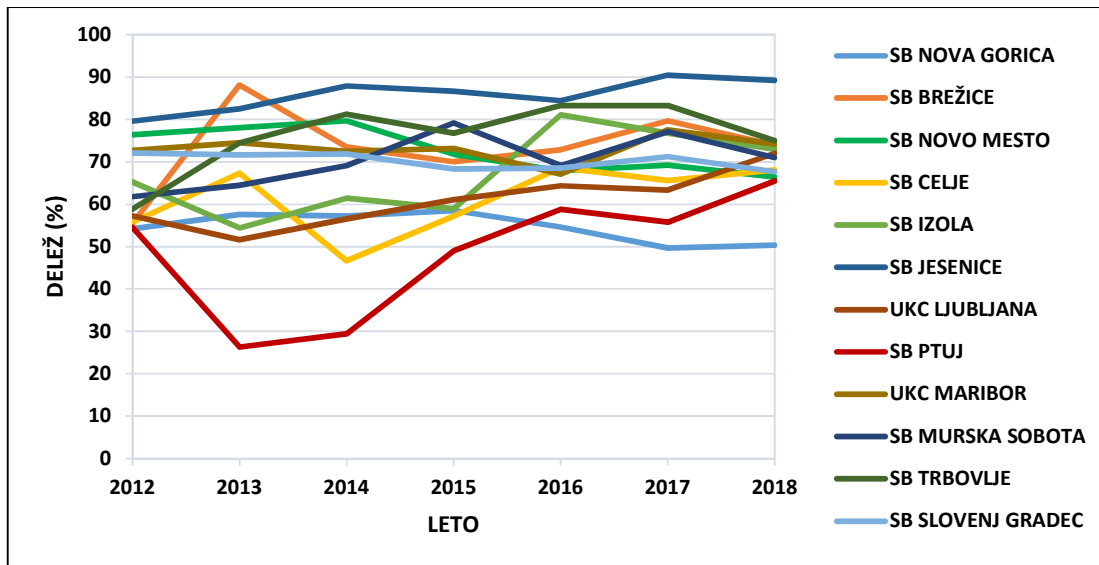
Kazalnik čakanje na operacijo v bolnišnici po zlomu kolka je določen kot delež bolnikov, starih 65 let ali več, ki so bili sprejeti v določenem letu z diagnozo zloma zgornjega dela stegenice in so imeli operacijski poseg v dveh koledarskih dneh po sprejemu.

Po zadnjih določilih OECD o zbiranju podatkov za leti 2018 in 2019 se delež čakajočih na operacijo zloma kolka določi kot število vseh bolnikov z glavno diagnostično kodo zlom kolka (S72.0. S7.1., S72.2), starih 65 let ali več, ki so bili kirurško zdravljeni v dveh koledarskih dneh po sprejemu, v primerjavi z vsemi bolniki, starimi 65 let ali več, ki so bili sprejeti zaradi akutne in neelektivne nege zloma zgornjega dela stegenice ter so bili kirurško zdravljeni v isti bolnišnici v določenem letu. V primerjavi z določili OECD za leti 2016 in 2017 ni sprememb.

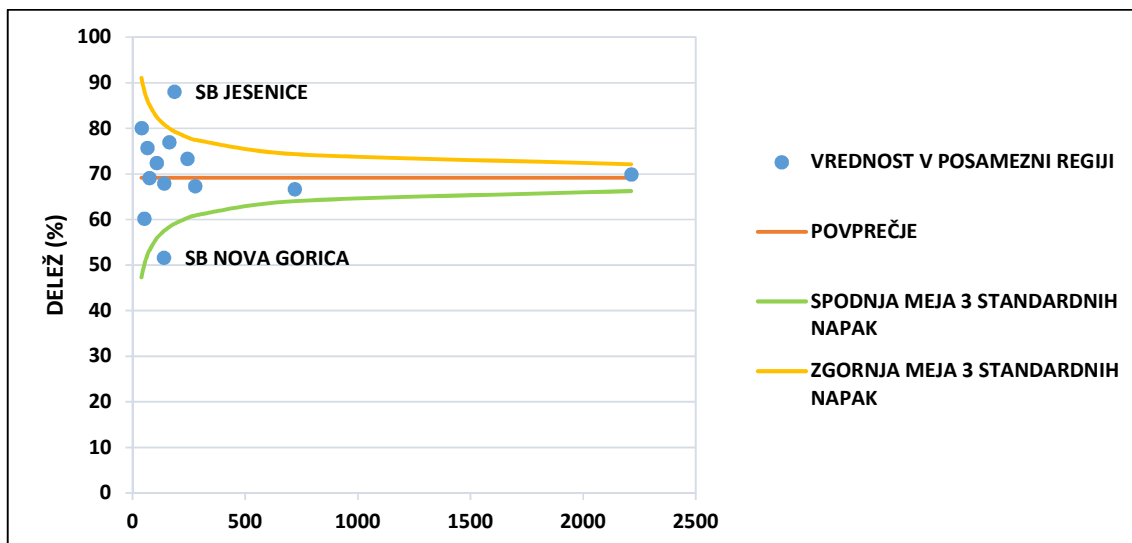
Slika 44 prikazuje velike medletne razlike pri nekaterih bolnišnicah. Do letnih nihanj vsaj delno prihaja zaradi majhnega skupnega števila primerov. Izključili smo tiste izvajalce, ki so obravnavali manj kot deset primerov zloma kolka, med drugim tudi OB Valdoltra.

Zaradi pričakovanega vpliva števila primerov na vrednost, doseženo pri tem kazalniku, so podatki za leta od 2016 do 2018 prikazani v obliki lijakastega diagrama, kar omogoča prepoznavanje primerov, ki zelo odstopajo od pričakovanih vrednosti. Pri takem prikazu izstopata SB Jesenice z velikim deležem operacij, opravljenih v dveh dneh od sprejema, in SB Nova Gorica z majhnim deležem takih operacij (**Slika 45**).

Slika 44: Delež primerov zloma kolka pri osebah, starih 65 let ali več, ki so bile operirane v dveh koledarskih dneh od bolnišničnega sprejema, po nekaterih bolnišnicah med letoma 2012 in 2018



Slika 45: Delež sprejemov ob zlomu kolka oseb, operiranih v dveh koledarskih dneh, povprečna vrednost treh let (2016–2018)



KK47 – POOPERACIJSKA GLOBOKA VENSKA TROMBOZA IN PLJUČNA EMBOLIJA

Po zadnjih določilih OECD za zbiranje podatkov za leti 2018 in 2019 se stopnji primerov globoke venske tromboze (GVT) in pljučne embolije (PE) določita kot število odpustov po artroplastiki kolka in kolena s sekundarno diagnostično kodo GVT ali PE (I80.1–I80.9, I82.8) glede na vse sprejeme zaradi artroplastike kolka in kolena s proceduralnimi kodami pri osebah, starih 15 let ali več. Izključitvena merila so nosečnost, porod in poporodno obdobje, vstavljeni filter vena cava ali prekinitev vene cave pred operacijskim posegom ali na dan posega in ali gre samo za prekinitev vene cave brez drugega operacijskega posega pri PE, hkrati GVT in PE (označeni kot PE), primarna ali sekundarna diagnoza GVT ali PE ob sprejemu in trajanje bivanja manj kot dva dneva. V primerjavi z določili OECD za leti 2016 in 2017 ponovni sprejemi v 30 dneh po operacijskem posegu niso več izključitveno merilo. Ob tem se tudi ne upošteva več posebna identifikacijska oznaka bolnika (unique patient identification – UPI).

Bolnišnice pooperacijske GVT in PE spremljajo posamično in o tem poročajo MZ. Izračunane stopnje pooperacijskih zapletov se med bolnišnicami zaradi redkosti GVT in PE vsako leto zelo razlikujejo. Nekatere bolnišnice naj že dalj časa ne bi imele primerov GVT ali PE. Znova se vzbuja dvom o natančnosti spremljanja in pošiljanja podatkov. Po drugi strani bi to lahko kazalo na učinkovitost sistema obvladovanja venskih trombemboličnih zapletov v bolnišnicah, kjer primerov teh bolezni niso imeli. Verjetno pa je tudi, da imajo nekatere bolnišnice boljši sistem spremljanja dogodkov.

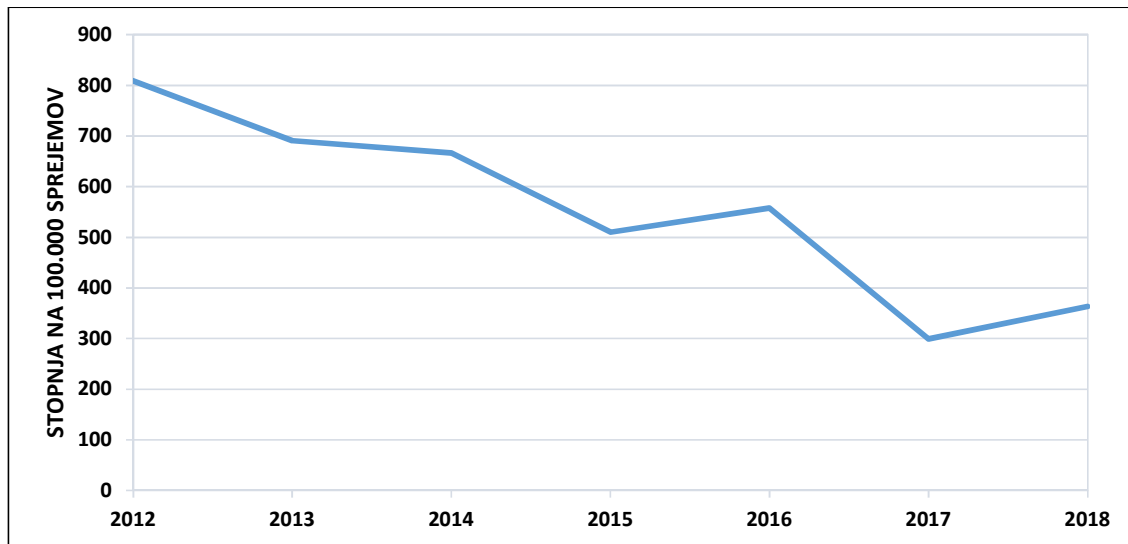
Pomembna omejitev pri razlagi podatkov je tudi nezmožnost ločitve diagnoz ob sprejemu in odpustu. Na podlagi izvedenih posegov in diagnoze GVT ali PE je mogoče le sklepati o pooperacijskem dogodku, zavedajoč se možnosti GVT ali PE ob sprejemu.

Opazno je zmanjševanje stopnje primerov PE ob vstavitvi kolčne ali kolenske endoproteze, medtem ko se je stopnja primerov GVT prehodno zmanjšala v letu 2016 in se znova povečala v letih 2017 in 2018, kar lahko vzbuja dvom o natančnosti spremljanja ali pošiljanja podatkov ali kaže na slabše pred- in pooperacijsko obvladovanje venskih trombemboličnih zapletov (**Sliki 46 in 47**).

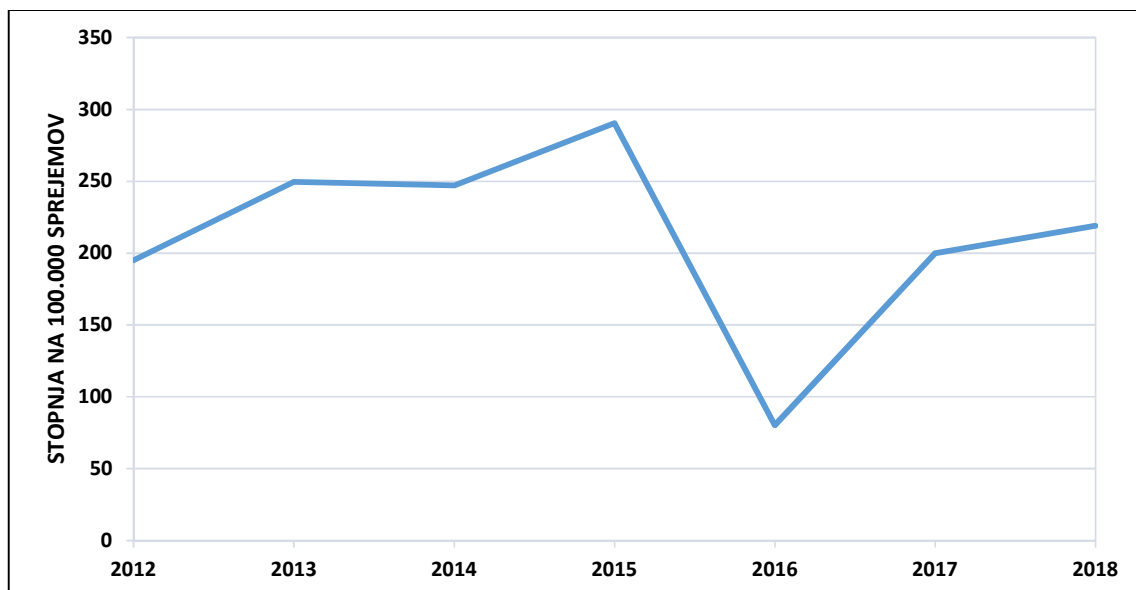
Analiza posameznih bolnišnic kaže nihanja glede števila primerov PE po posameznih slovenskih bolnišnicah med letoma 2012 in 2018 (**Slika 48**). Izstopa SB Izola, kjer naj med letoma 2012 in 2017 ne bi imeli primera PE, v letu 2018 pa so ugotovili en primer PE pri 12 opravljenih artroplastikah, kar je približno letno število opravljenih artroplastik med letoma 2012 in 2018. Vendar podrobnejša analiza ne razkrije večjih razlik med posameznimi bolnišnicami (**Slika 49**).

Podobno je opaziti pri GVT, kjer SB Izola po številu primerov GVT znova izstopa (**Slika 50**). Vendar je treba znova poudariti majhno število artroplastik, ki jih letno opravijo v SB Izola. Podrobnejša analiza zadnjih treh let ne kaže večjih razlik med posameznimi bolnišnicami (**Slika 51**).

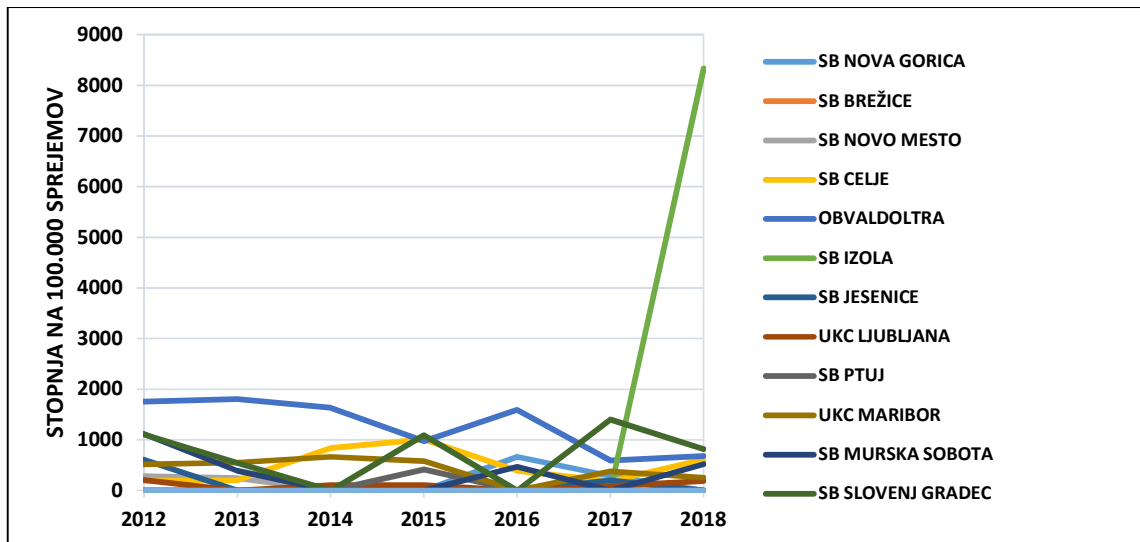
Slika 46: Stopnja primerov pljučne embolije na 100.000 sprejemov zaradi vstavitve kolčne ali kolenske endoproteze, standardizirana po starosti in spolu, v Sloveniji med letoma 2012 in 2018



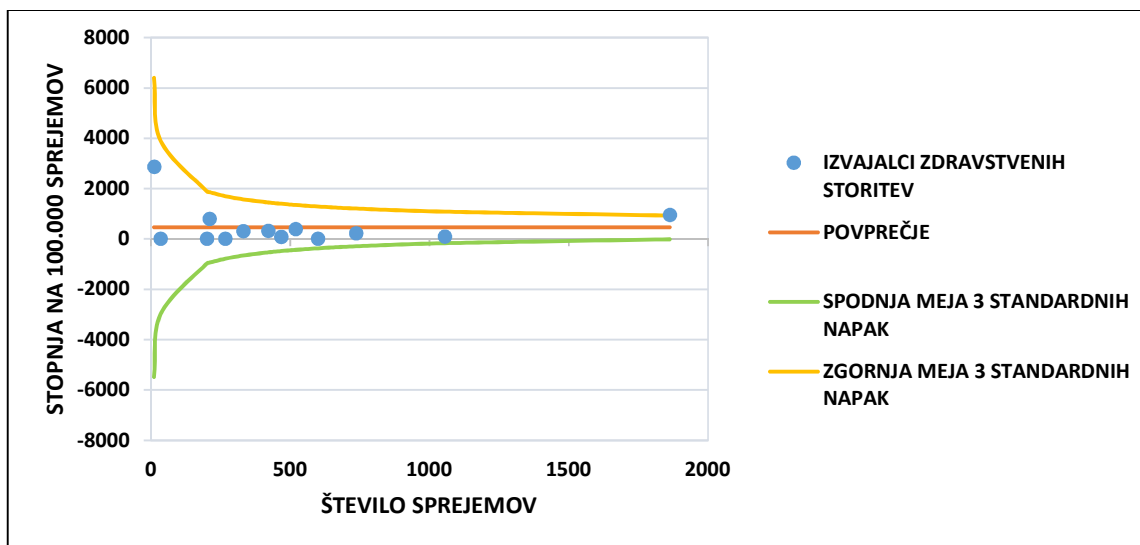
Slika 47: Stopnja primerov venske tromboze na 100.000 sprejemov zaradi vstavitve kolčne ali kolenske endoproteze, standardizirana po starosti in spolu, v Sloveniji med letoma 2012 in 2018



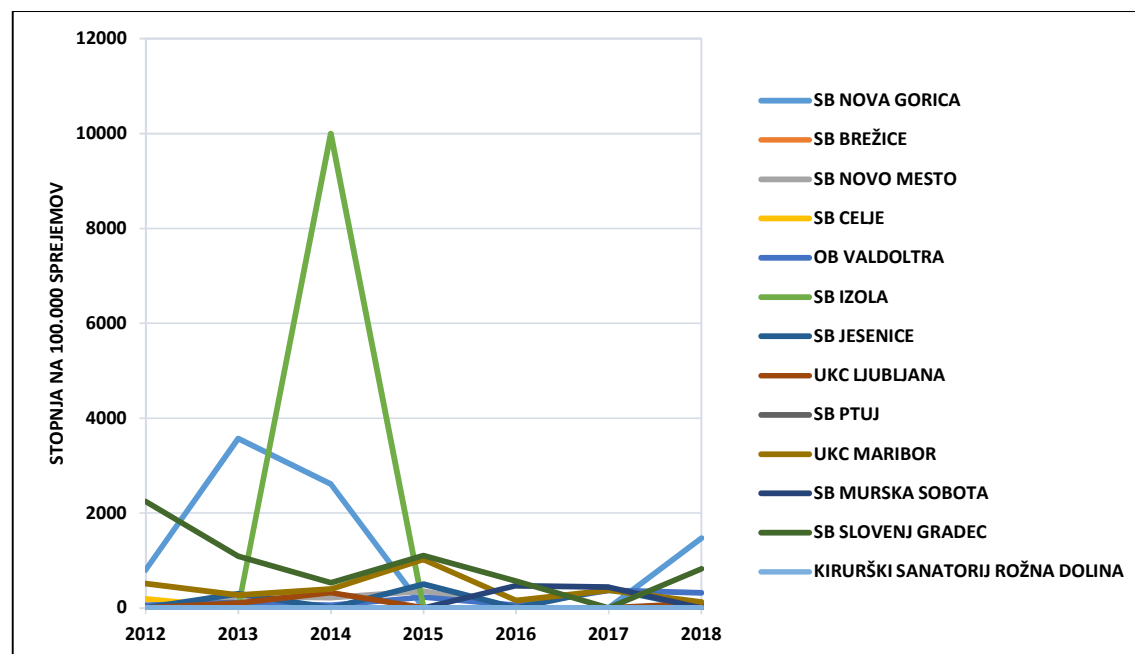
Slika 48: Stopnja primerov pljučne embolije na 100.000 sprejemov zaradi vstavitve kolčne ali kolenske endoproteze po posameznih bolnišnicah med letoma 2012 in 2018



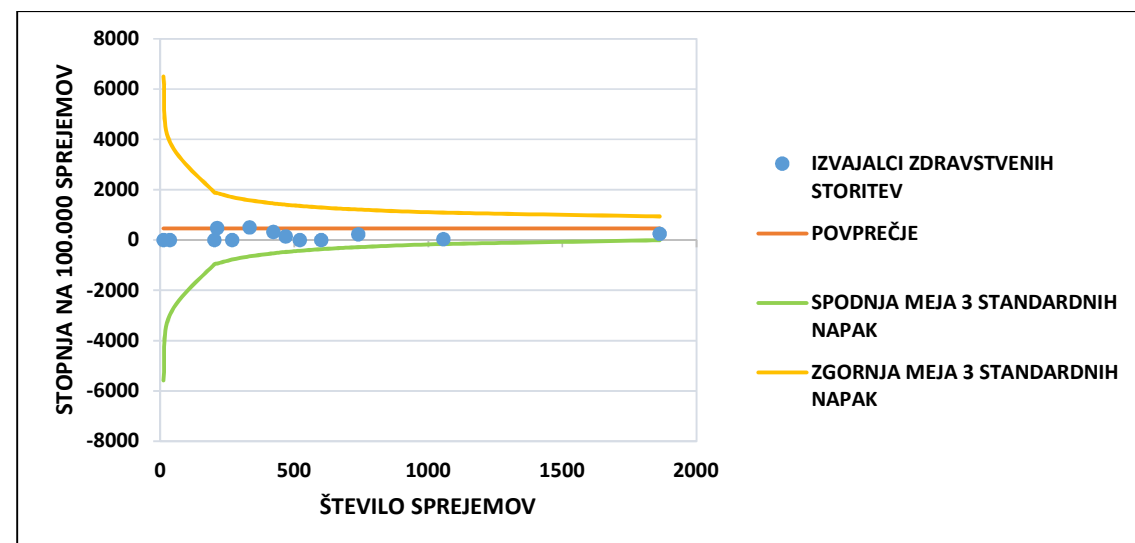
Slika 49: Groba stopnja primerov pljučne embolije na 100.000 sprejemov zaradi vstavitve kolčne ali kolenske endoproteze po bolnišnicah, povprečna vrednost treh let (2016–2018)



Slika 50: Stopnja primerov globoke venske tromboze na 100.000 sprejemov zaradi vstavitve kolčne ali kolenske endoproteze po posameznih bolnišnicah med letoma 2012 in 2018



Slika 51. Groba stopnja primerov pljučne embolije na 100.000 sprejemov zaradi vstavitve kolčne ali kolenske endoproteze po bolnišnicah, povprečna vrednost treh let (2016–2018).



KK64 – SPREMLJANJE BOLNIŠNIČNE PORABE PROTIMIKROBNIH ZDRAVIL

V letu 2018 je podatke o porabi sistemsko predpisanih protibakterijskih (antibiotikov), protiglivnih in protivirusnih učinkovin sporočilo vseh 29 bolnišnic. Poleg porabe v obeh UKC, splošnih in specialnih bolnišnicah so bili podatki pridobljeni tudi od petih oddelkov splošnih bolnišnic, in sicer internih, kirurških, ginekoloških in pediatričnih oddelkov ter intenzivnih enot. Glavna pomanjkljivost spremljanja porabe protimikrobnih zdravil je v tem, da ne poteka ločeno pri hospitaliziranih in ambulantno oziroma (eno)dnevno bolnišnično oskrbovanih bolnikih. Nacionalna komisija za smotrno rabo protimikrobnih zdravil spremlja rezultate porabe protimikrobnih zdravil za načrtovanje bolnišničnih nadzorov in bolnišnične komisije za zdravila ali antibiotike. Bolnišnice prejmejo podatke, obdelane po enotni metodologiji. Lahko jih uporabijo za primerjavo med bolnišnicami in bolnišničnimi oddelki iste vrste. Čeprav bolnišnice porabijo le od 10 do 20 odstotkov celotne porabe antibiotikov v državi, so zaradi bolnikov središče nastajanja odpornih bakterij proti antibiotikom. Cilja nacionalne strategije smotrne rabe protimikrobnih zdravil 2019–2024 sta bila zmanjšanje celotne porabe antibiotikov v bolnišnicah za 10 odstotkov in izboljšanje predpisovanja širokospektralnih antibiotikov. Posebno pozornost je treba nameniti predpisovanju antibiotikov, kot so cefalosporini tretje in četrte generacije, fluorokinoloni in karbapenemi.

Za izračun porabe je bila uporabljena anatomsko-terapevtsko-kemična klasifikacija (ATC), ki jo priporoča SZO. Izražena je v določenih dnevni dozi (DDD) na sto bolnišničnih oskrbnih dni (BOD), DDD na 100 sprejemov in DDD na 1000 prebivalcev na dan. Pri obdelavi podatkov se uporablja zadnja vrednost DDD. Če se vrednosti spremenijo, se upoštevajo za vsa predhodna leta. V primerjavi z zadnjim poročilom za leti 2016 in 2017 so vrednosti DDD nižje. Podatki iz države se vsako leto sporočijo Evropskemu centru za preprečevanje in obvladovanje bolezni (ECDC). Poleg porabe se spremljajo še način dajanja protimikrobnih zdravil (parenteralno, per os, inhalacije) in stroške. Podatkov o stroških vse bolnišnice ne sporočajo.

Bolnišnični farmacevti ali drugo osebje, zaposleno v lekarnah manjših bolnišnic, pošiljajo podatke o porabi protimikrobnih zdravil. Število BOD in sprejemov pošlje NIJZ. Podatki o številu BOD in sprejemov na oddelke pogosto niso pravilni, ker niso upoštevane premestitve med posameznimi oddelki. Bolnišnice tudi ne ločujejo porabe protimikrobnih zdravil za hospitalizirane in ambulantno oziroma enodnevno bolnišnično oskrbovane bolnike.

V primerjavi z letom 2017 se je poraba antibiotikov (J01) v letu 2018 povečala s 46,74 na 47,55 DDD na 100 BOD (1,7 %), zmanjšala z 1,52 na 1,50 DDD na 1000 prebivalcev na dan (1,3 %) in z 298,27 na 290,36 DDD na 100 sprejemov (2,7 %) (**SlIKE 52, 53 in 54**). Od leta 2003 se zmanjšuje poraba glede na DDD na 100 sprejemov, medtem ko se poraba glede na DDD na 100 BOD postopoma povečuje in trend DDD na 1000 prebivalcev na dan stagnira.

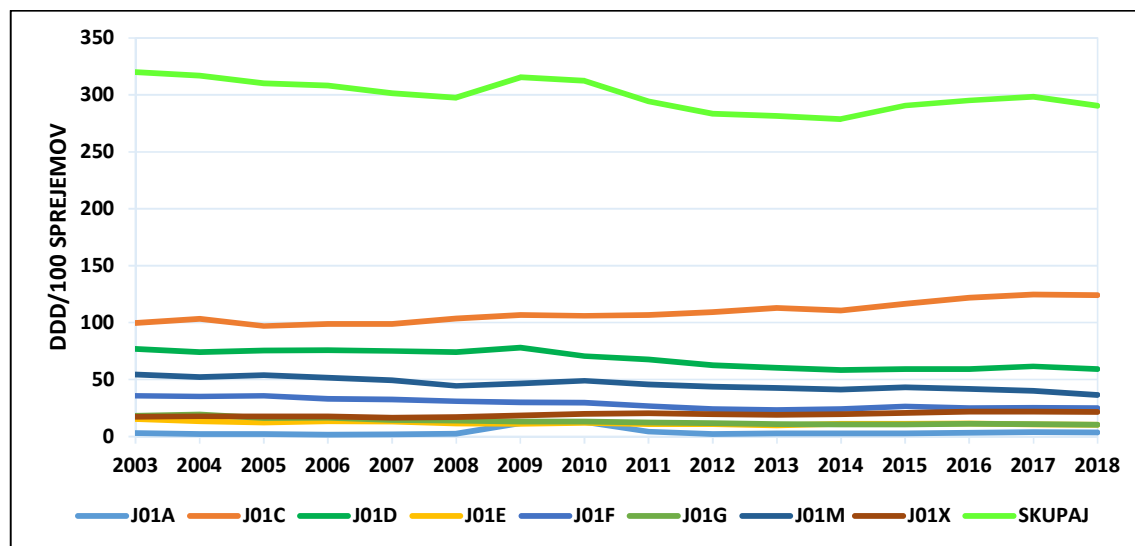
Poraba protiglivnih zdravil za sistemsko rabo (J02) se je v letu 2018 v primerjavi z letom 2017 zmanjšala za 6,7 odstotka, in sicer z 0,08 na 0,075 DDD na 1000 prebivalcev na dan, raba protivirusnih zdravil (J05) pa se je povečala za 11,1 odstotka, z 0,040 na 0,036 DDD na 1000 prebivalcev (**SlIKI 55 in 56**). Medtem ko je pri protimikotikih opazno zmanjševanje porabe glede na DDD na 1000 prebivalcev na dan, je pri protivirusnih opaženo povečevanje porabe glede na DDD na 1000 prebivalcev na dan.

Pri porabi protimikrobnih zdravil po posameznih izbranih oddelkih je opaziti zmanjševanje porabe na DDD na 100 BOD (**Preglednica 5**). Največ protimikrobnih po izbranih oddelkih so v letu 2018 porabili v UKC Ljubljana.

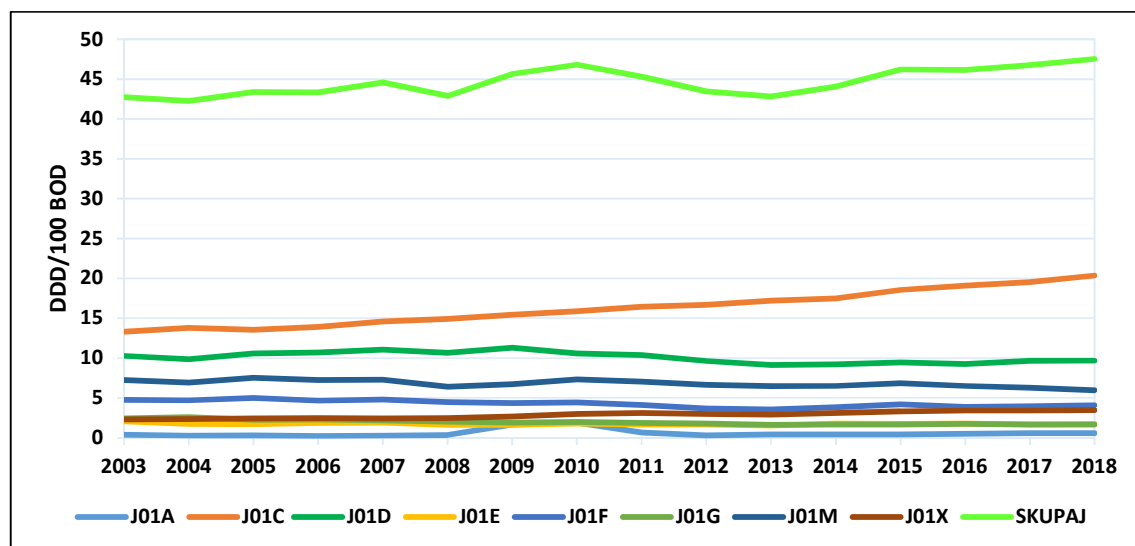
V letu 2018 so največ antibiotikov in antivirotikov porabili v UKC Ljubljana, največ antimikotikov pa na OI Ljubljana (Slike 57, 58 in 59).

Za zmanjšanje odpornosti gramnegativnih bakterij proti cefalosporinom, kinolonom in karbapenemom bi morali zmanjšati porabo teh skupin antibiotikov (protipsevdomonasnih karbapenemov) na 1,5 DDD na 100 BOD. V Sloveniji je bila v letu 2018 povprečna poraba cefalosporinov tretje generacije 2,75 DDD na 100 BOD, fluorokinolonov 5,97 DDD na 100 BOD in protipsevdomonasnih karbapenemov 1,79 DDD na 100 BOD. Povprečna poraba teh antibiotikov je večja v SB in obeh UKC. Brez manjše porabe ne moremo pričakovati zmanjšanja odpornosti bakterij.

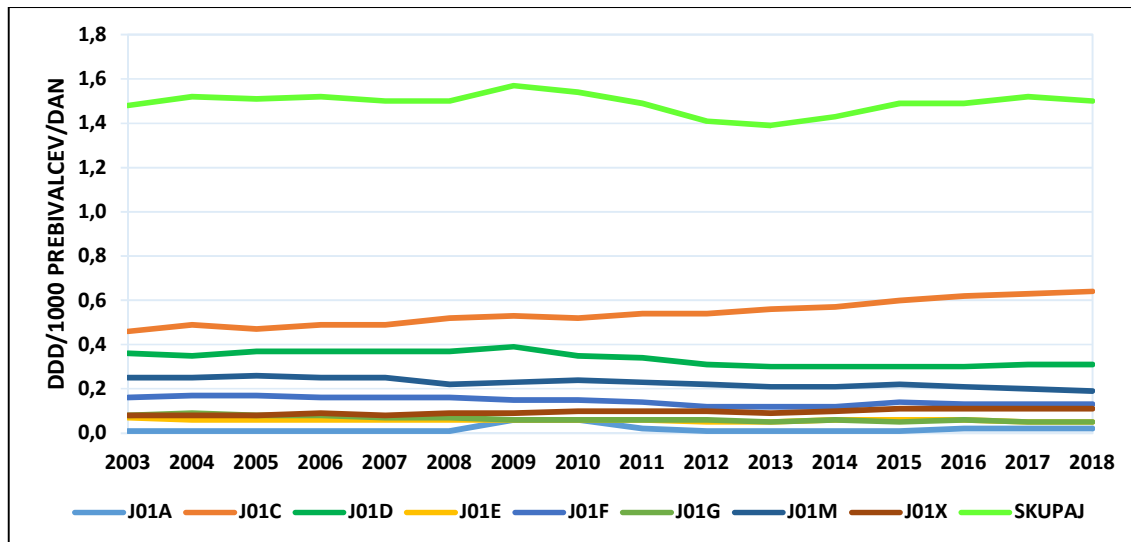
Slika 52: Poraba antibiotikov (J01) v Sloveniji med letoma 2003 in 2018 (DDD na 100 sprejemov)



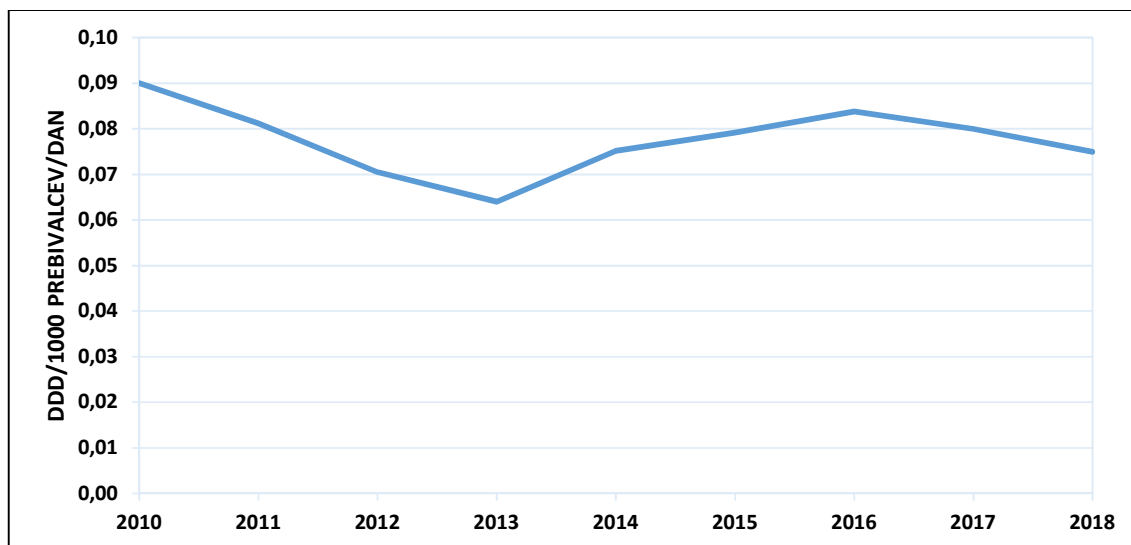
Slika 53: Poraba antibiotikov (J01) v Sloveniji med letoma 2003 in 2018 (DDD na 100 BOD)



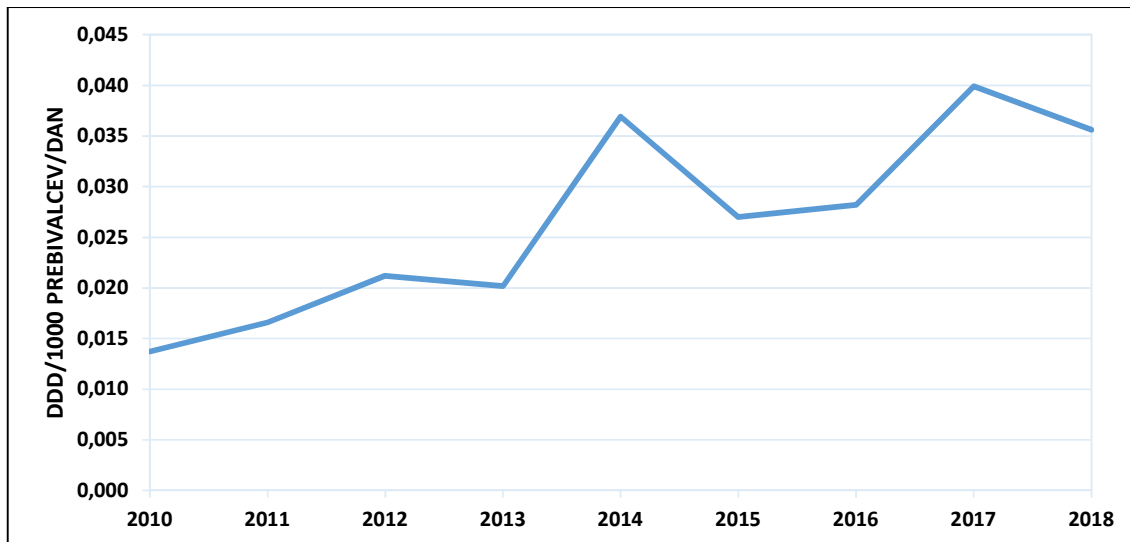
Slika 54: Poraba antibiotikov (J01) v Sloveniji med letoma 2003 in 2018 (DDD na 1000 prebivalcev na dan)



Slika 55: Poraba antimikotikov (J02) v Sloveniji med letoma 2010 in 2018 (DDD na 1000 prebivalcev na dan) (vir: ECDC)



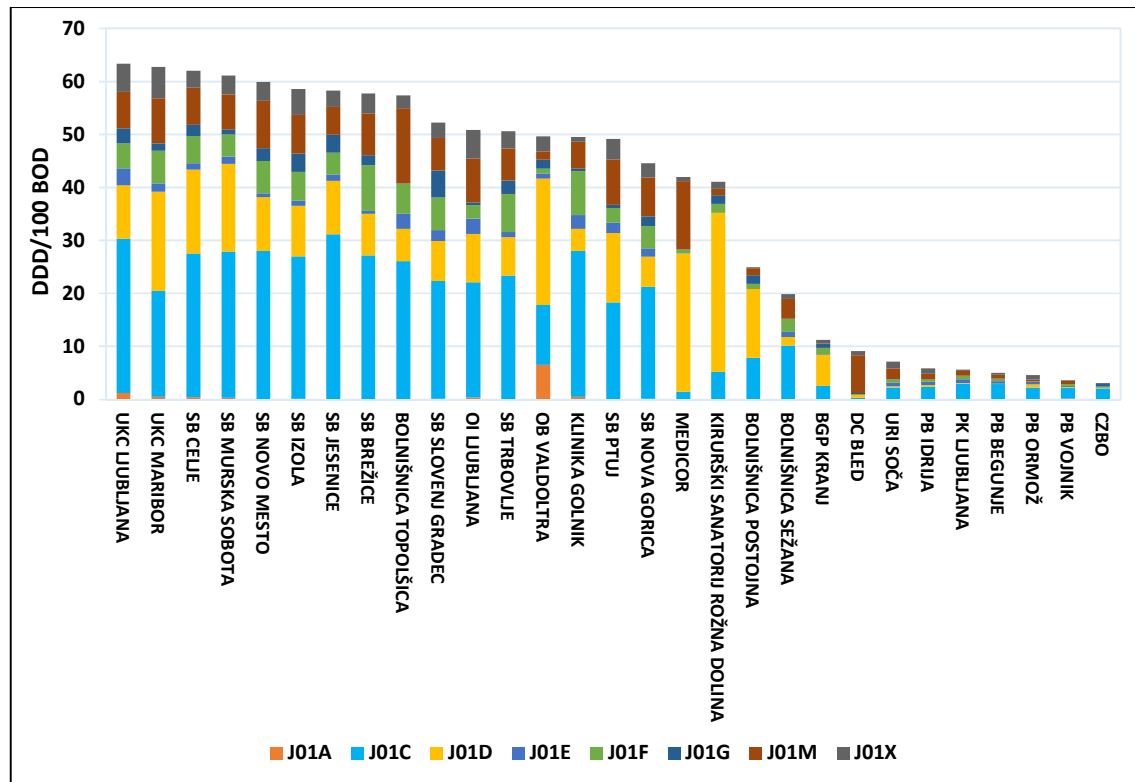
Slika 56: Poraba antivirotikov (J05) v Sloveniji med letoma 2010 in 2018 (DDD na 1000 prebivalcev na dan) (vir: ECDC)



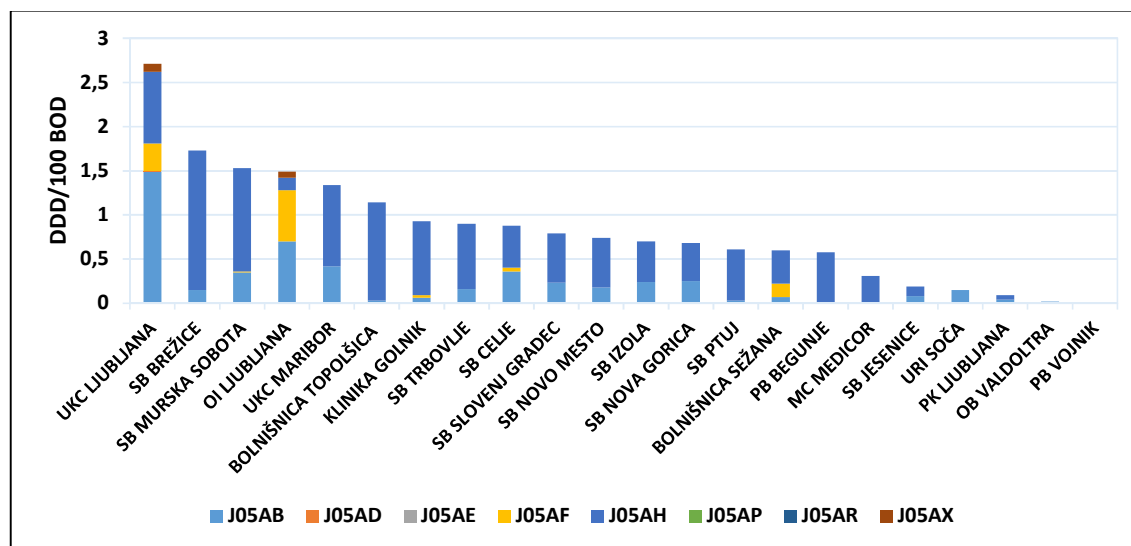
Preglednica 5: Poraba (DDD na 100 BOD) antibiotikov za sistemske rabo (J01) na oddelkih splošnih bolnišnic (n = 10) in UKC (n = 2) med letoma 2016 in 2018

Oddelek	POVPREČJE 2016	POVPREČJE 2017	POVPREČJE 2018	Najmanjša poraba 2018	Največja poraba 2018
INTERNI	66,95	78,34	62,06	46,73 (SB Trbovlje)	71,96 (SB Jesenice)
KIRURGIJA	63,74	62,54	58,13	38,23 (SB Trbovlje)	71,62 (UKC Ljubljana)
GINEKOLOGIJA	32,85	32,85	29,58	14,10 (SB Novo mesto)	45,77 (UKC Maribor)
PEDIATRIJA	41,95	42,63	42,95	24,21 (SB Slovenj Gradec)	68,17 (UKC Ljubljana)
INTERNISTIČNA INTENZIVNA TERAPIJA	133,44	143,81	130,22	70,22 (SB Jesenice)	163,32 (SB Izola)
KIRURŠKA INTENZIVNA TERAPIJA	188,56	172,19	163,09	121,01 (SB Murska Sobota)	278,17 (UKC Ljubljana)

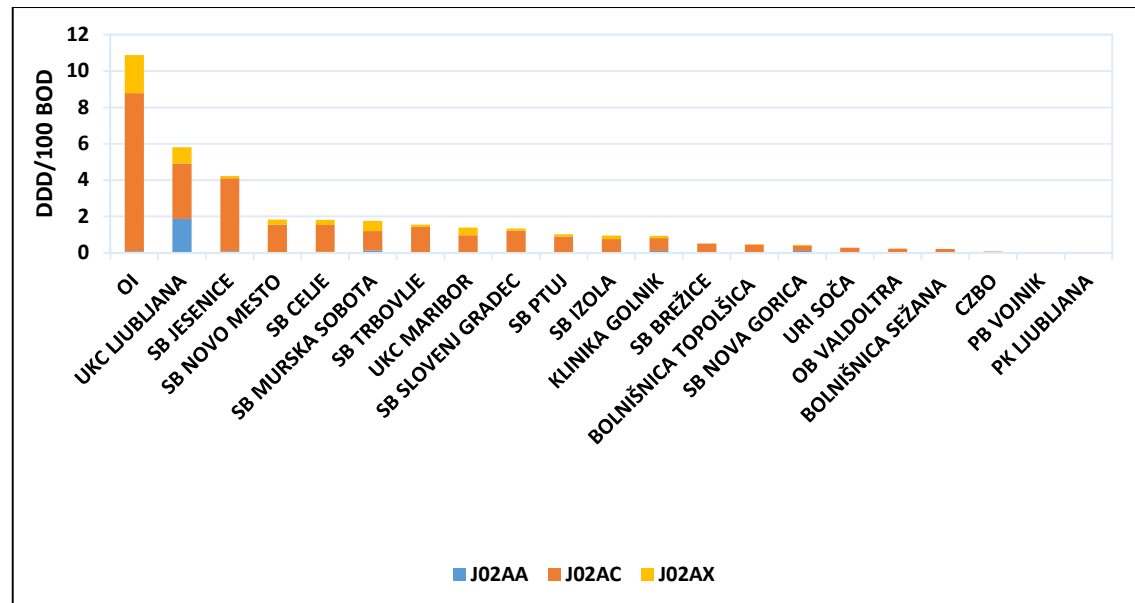
Slika 57: Poraba antibiotikov (J01) po posameznih zdravstvenih ustanovah v letu 2018 (DDD na 100 BOD)



Slika 58: Poraba antivirotikov (J05) po posameznih zdravstvenih ustanovah v letu 2018 (DDD na 100 BOD)



Slika 59: Poraba antimikotikov (J02) po posameznih zdravstvenih ustanovah v letu 2018 (DDD na 100 BOD)



VARNOST BOLNIKA IN OSEBJA

KK67 – PADCI

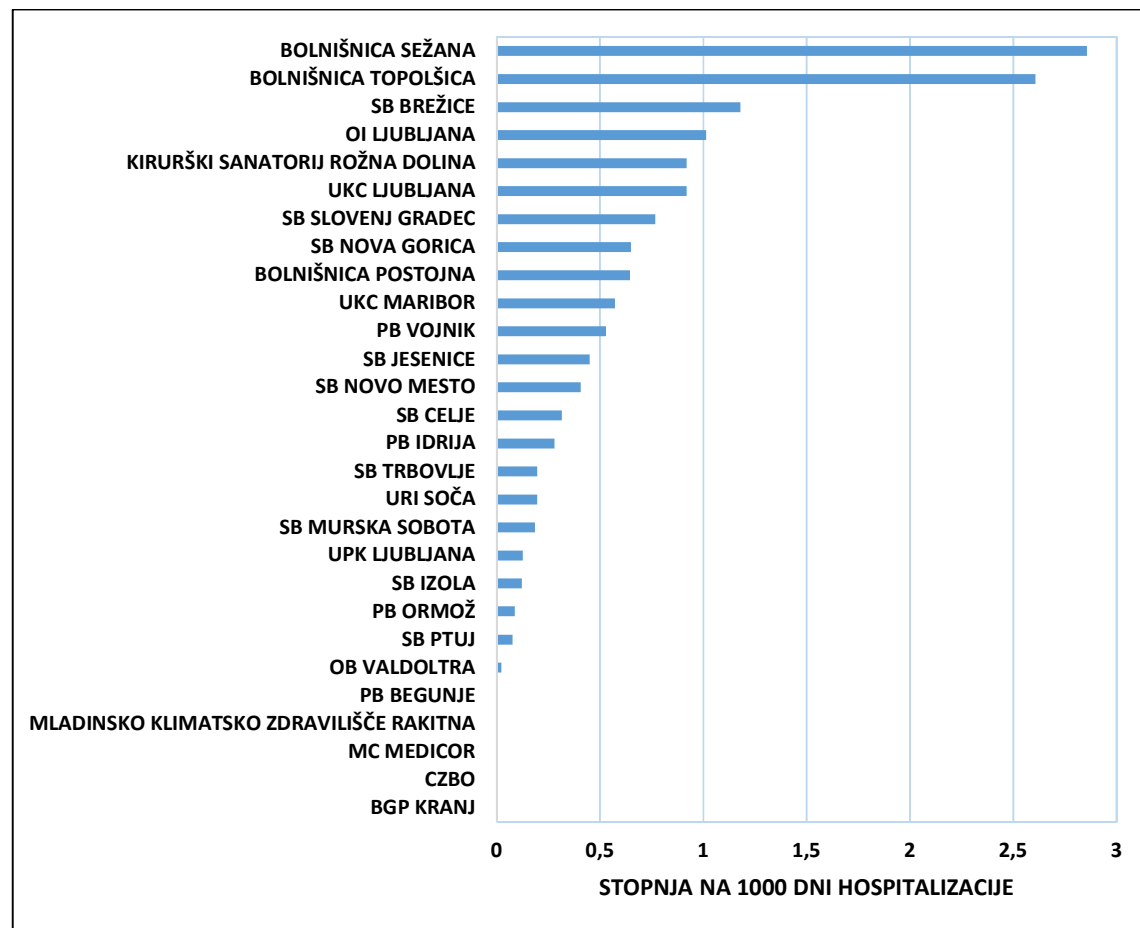
Število padcev med hospitalizacijo je kazalnik bolnikove varnosti. Njihovo število bi se lahko zmanjšalo s sprejetjem preventivnega programa. Preventivna strategija bi lahko zajemala redno ocenjevanje tveganja za padce z napovednimi lestvicami, zaznavo bolnikov z velikim tveganjem za padce, komunikacijo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

Večina bolnišnic podatke o padcih dosledno sporoča, kar omogoča primerjavo postopkov zbiranja in vrednotenja podatkov. V analizo niso bili zajeti izvajalci, ki podatkov niso poslali ali so poslali le delne podatke za leto 2018 (Bolnišnica Postojna, Klinika Golnik, Arbor Mea, SB Nova Gorica).

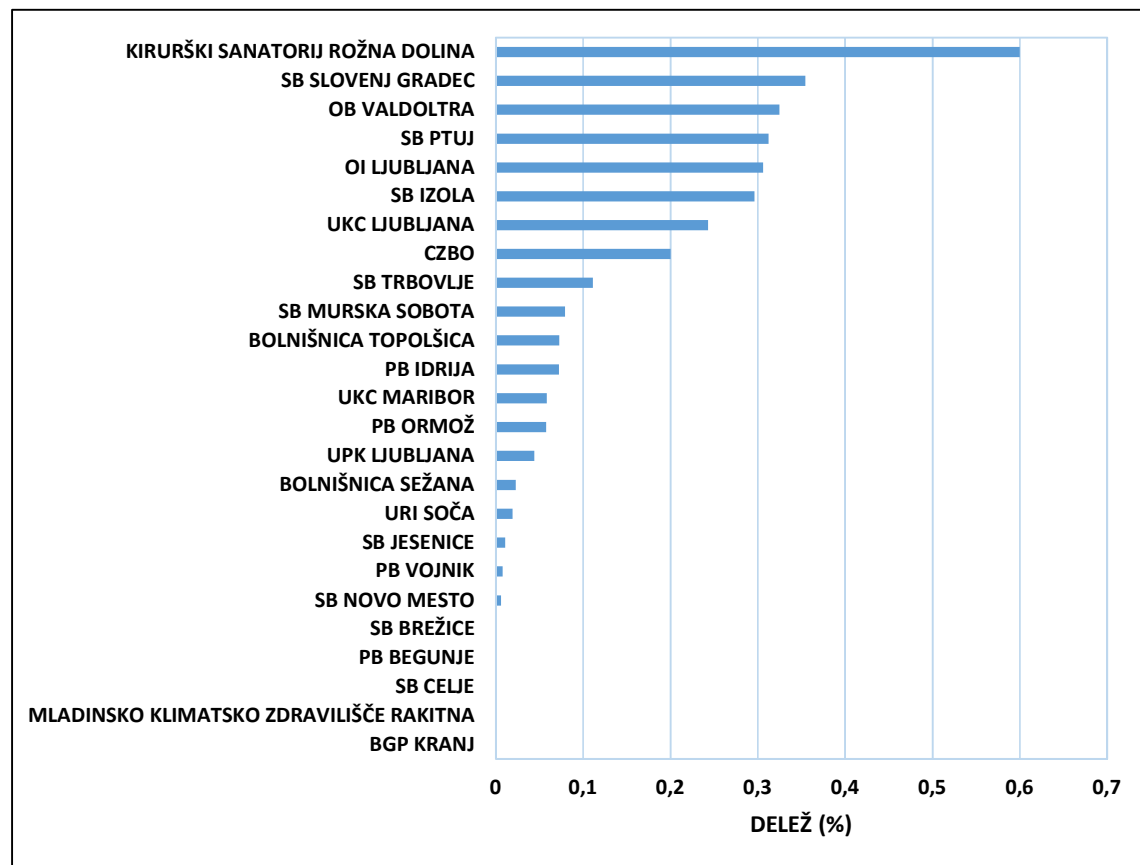
Razlike v načinih zbiranja podatkov še vedno so in onemogočajo boljše neposredne primerjave. Merjenje kazalnika stopnje padcev je zato koristno, saj ga bolnišnice prepoznajo kot orodje za ukrepanje in izboljševanje stanja na tem področju. Zaradi dolgoletnega sistematičnega zbiranja podatkov lahko bolnišnice same ugotavljajo, kako posamezni ukrepi vplivajo na število padcev v njihovi ustanovi. Znatnih razlik v stopnji padcev med posameznimi bolnišnicami v letu 2018 ni bilo (**Slika 60**). Vendar je opazno večja stopnja padcev v nekaterih bolnišnicah v primerjavi z drugimi in tudi razlike v deležu poškodb zaradi padca (**Slika 61**).

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

Slika 60: Stopnja padcev po posameznih slovenskih bolnišnicah na 1000 dni hospitalizacije v letu 2018



Slika 61: Delež padcev s poškodbami po posameznih slovenskih bolnišnicah v letu 2018

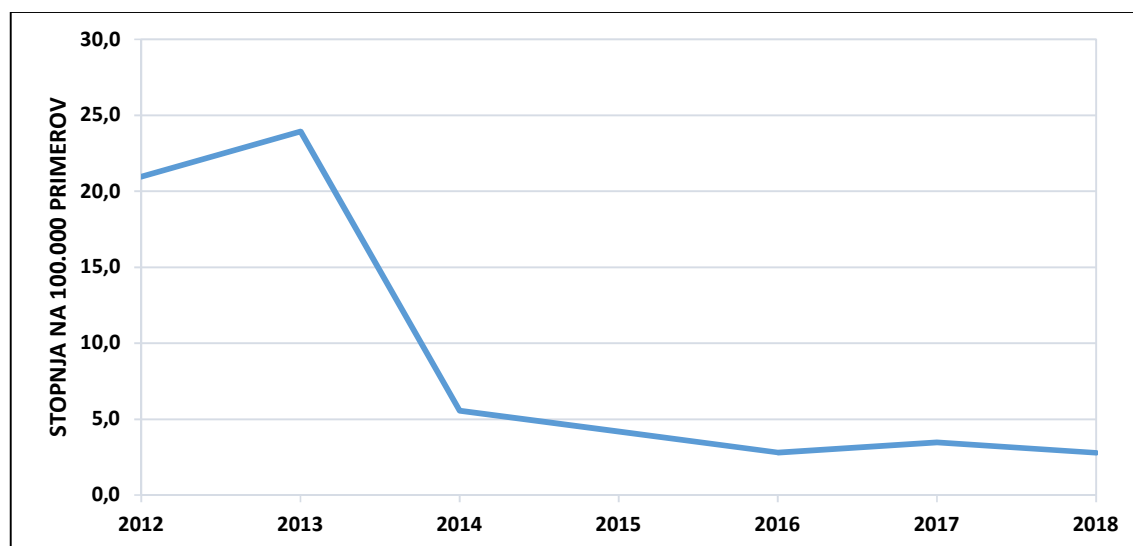


KK69 – TUJKI V TELESU PO OPERACIJSKEM POSEGU

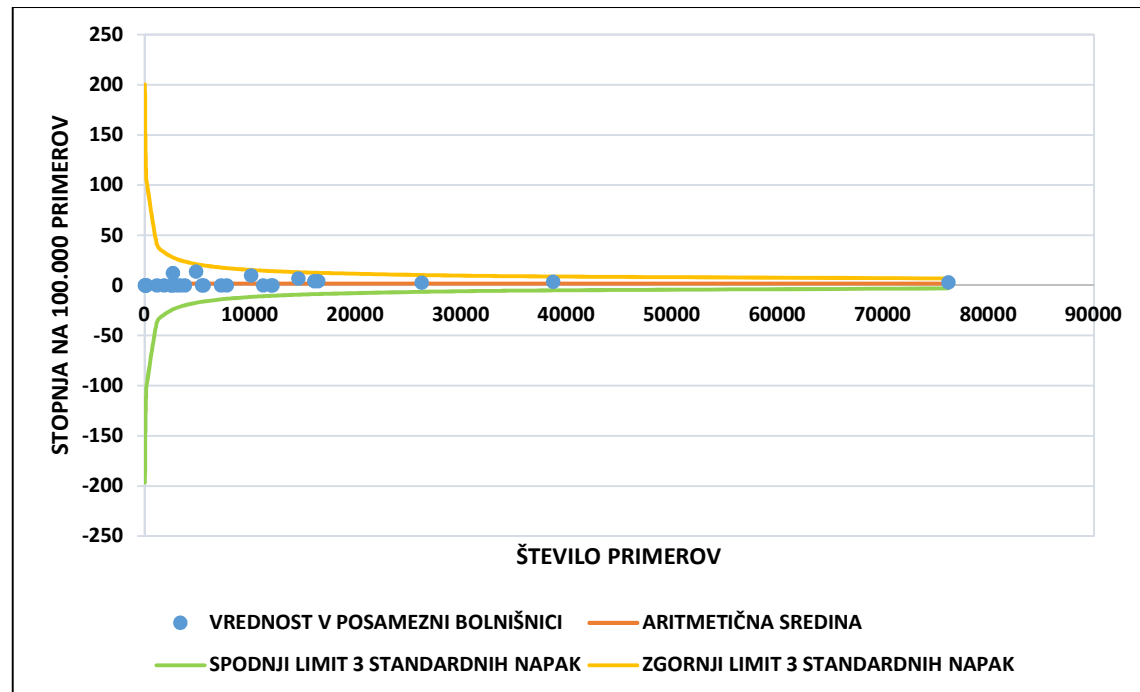
Kazalnik kakovosti tujki v telesu po operacijskem posegu je določen kot stopnja odpuščenih bolnikov, starih 15 let ali več, pri katerih je po operacijskem posegu ostal tujek v telesu (diagnostične kode T81.6, Y61.0–Y61.9). Tujki so v telesu lahko ostali zaradi kirurške operacije, infuzije ali transfuzije, dialize ali druge perfuzije, injekcije ali vakcinacije, endoskopske preiskave, aspiracije tekočine ali punktata, katetrizacije, odstranitve katetra ali vrečke, drugih specifičnih in nespecifičnih postopkov. Izključeni so primeri, ko je tujek v telesu že ob sprejemu in je obravnava daljša od 24 ur. V primerjavi z določili OECD za leti 2016 in 2017 v nova določila za leti 2018 in 2019 niso vključeni primeri ponovnih sprejemov v 30 dneh po posegu.

Analiza pridobljenih podatkov kaže, da se je stopnja tujkov v telesu po operacijskem posegu po letu 2013 znatno zmanjšala, in sicer z manjšim upadanjem po letu 2014 (**Slika 62**). Podrobnejša analiza izvajalcev ne kaže večjih razlik med njimi (**Slika 63**).

Slika 62: Stopnja tujkov v telesu po operacijskem posegu na 100.000 operacijskih posegov v Sloveniji med letoma 2012 in 2018



Slika 63. Groba stopnja tujkov v telesu po operacijskem posegu na 100.000 operacijskih posegov po bolnišnicah, povprečna vrednost treh let (2016–2018)



KK71 – MRSA

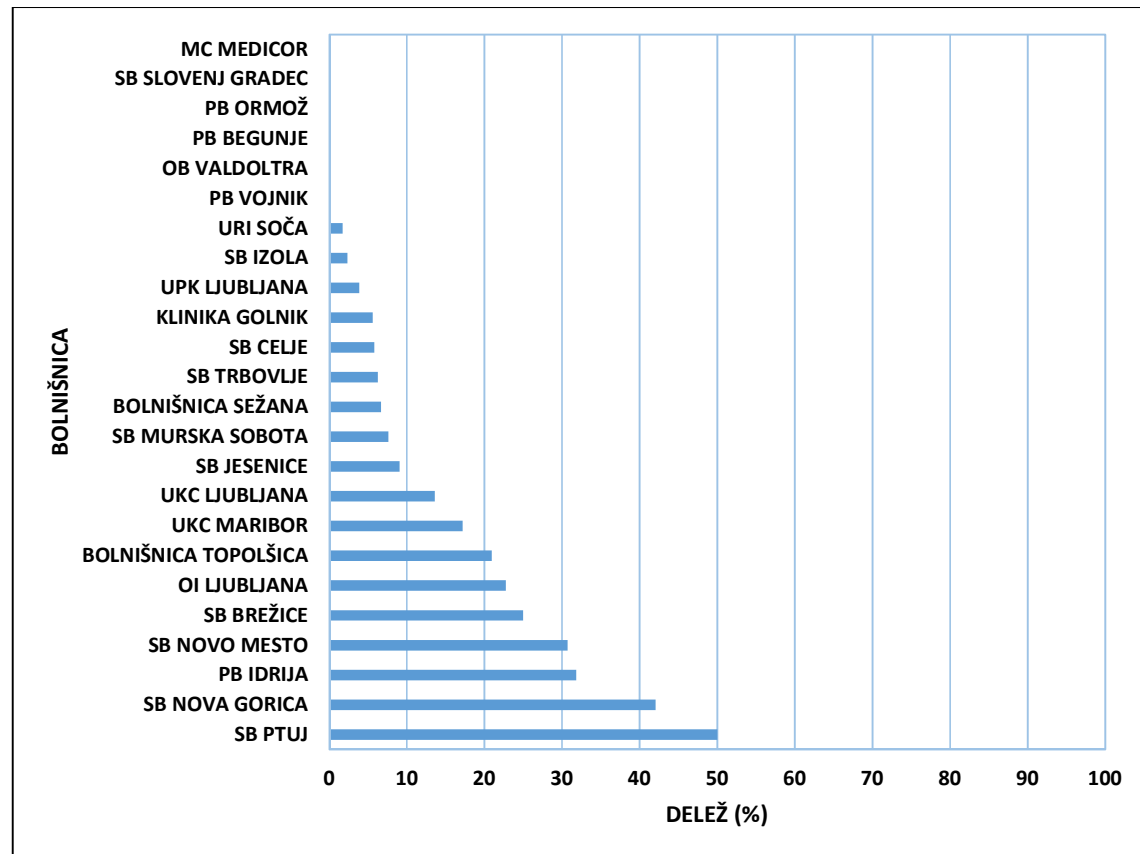
Kazalnik MRSA (proti metilicinu odporni *Staphylococcus aureus*) opredeli delež bolnikov z bolnišnično MRSA v posamezni bolnišnici glede na skupno število bolnikov, pri katerih je bila ugotovljena kolonizacija ali okužba z MRSA v tekočem letu.

V primerjavi s prejšnjimi leti so bolnišnice tokrat poslale zahtevane podatke. Vendar nekatere bolnišnice niso poslale podatka o številu bolnikov, ki so jim bile odvzete kužnine na MRSA.

V nekaterih bolnišnicah je bilo bolnikov, pri katerih so bili izvedeni presejalni testi za ugotavljanje kolonizacije z MRSA, zelo malo, kar je lahko vzrok za majhno število ugotovljenih bolnikov, koloniziranih z MRSA. Delež bolnikov z bolnišnično MRSA v posamezni bolnišnici glede na skupno število bolnikov, pri katerih je bila ugotovljena prisotnost MRSA v letu 2018, prikazuje **Slika 64**. Število pregledanih bolnikov in ugotovljenih nosilcev MRSA se med bolnišnicami zelo razlikuje zaradi zelo velikih razlik v številu sprejetih bolnikov. Zato je v zvezi z MRSA različna tudi obremenjenost posameznih bolnišnic.

Velja poudariti, da imajo nekatere bolnišnice (SB Ptuj, SB Nova Gorica, PB Idrija, SB Novo mesto, SB Brežice, OI Ljubljana, Bolnišnica Topolšica, UKC Maribor in UKC Ljubljana) še vedno velik delež bolnikov z bolnišnično MRSA. Zlasti vzbuja skrb stanje v SB Ptuj in SB Nova Gorica.

Slika 64: Delež bolnikov, pri katerih je ugotovljena kolonizacija ali okužba z MRSA v posamezni bolnišnici, glede na skupno število bolnikov, pri katerih je bila ugotovljena MRSA v letu 2018



KK73 – POOPERACIJSKA SEPSA

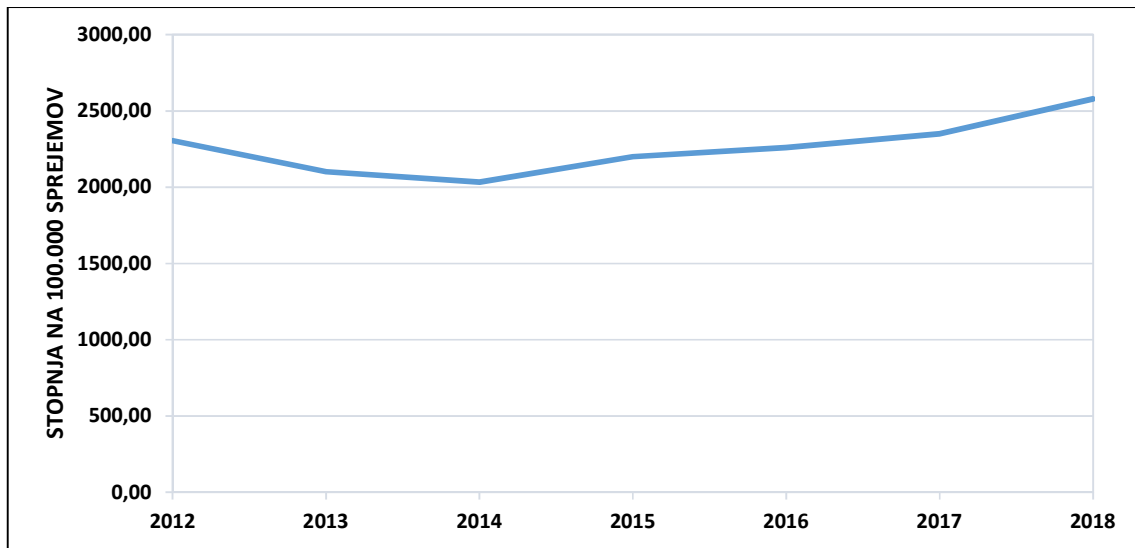
Kazalnik pooperacijska sepsa je določen kot stopnja bolnikov, starih 15 let ali več, ki so bili odpuščeni s sekundarno diagnostično kodo sepsa (A40.0–A40.9, A41.1–A41.9, R57.2, R57.8, R65.0, R65.1, T81.1) po abdominopelvični kirurški obravnavi. Izključitvena merila so nosečnost, porod, poporodno obdobje, predhodna okužba, imunska oslabelost, rakava bolezen, sepsa ob sprejemu in trajanje hospitalizacije manj kot tri dni. V primerjavi z določili OECD za zbiranje podatkov za leti 2018 in 2019 niso več izključeni primeri ponovnih sprejemov 30 dni po dnevu operacijskega posega.

Glavna omejitev analize pooperacijske sepse v Sloveniji ostaja nezmožnost prepoznavanja sprejemnih diagnoz oziroma nepoznavanje opredelitve kazalnika. To pomeni, da se pri prikazu vrednosti kazalnika za pooperacijske sepse (ob upoštevanju izključitvenih meril) lahko upoštevajo vsi primeri hospitalizacije z diagnozo sepsa in hkrati izvedenim kirurškim posegom.

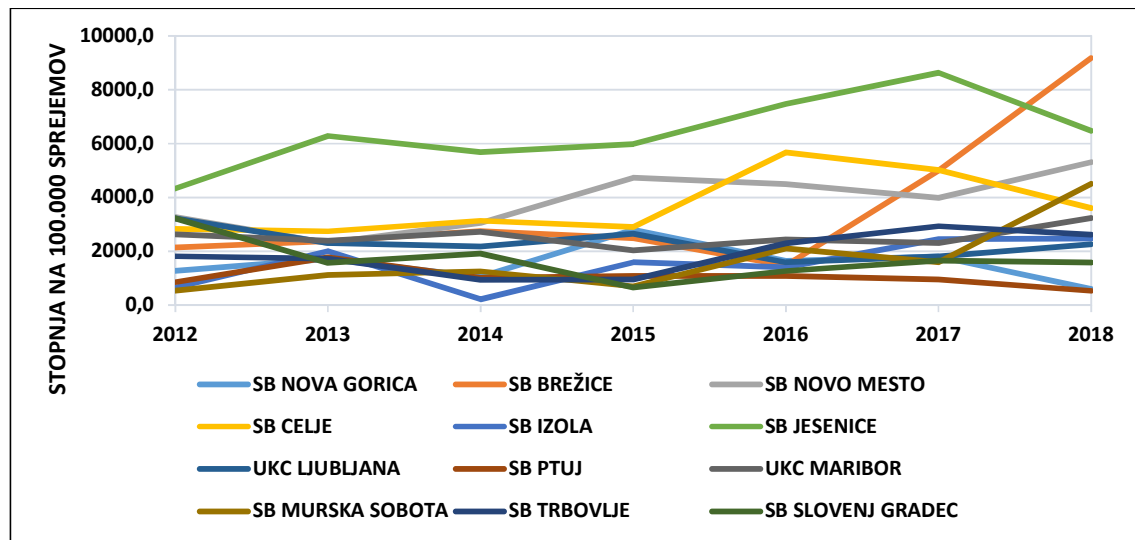
Iz pridobljenih podatkov je razvidno, da se je stopnja pooperacijskih seps med letoma 2012 in 2014 zmanjševala in se po letu 2014 začela povečevati do te meje, da je leta 2017 presegla stopnjo, izmerjeno v letu 2012 (**Slika 65**).

Medbolnišnična analiza prav tako kaže povečevanje stopnje pooperacijskih seps v zadnjih letih (**Slika 66**). Podrobnejša analiza povprečij zadnjih treh let kaže izstopajočo SB Jesenice, kjer so imeli najvišjo stopnjo pooperacijskih seps (**Slika 67**). Poudariti je treba, da smo se pred nastankom zadnjega poročila za leti 2016 in 2017 posvetovali s SB Jesenice. Pokazalo se je, da so bile upoštevane vse sepse, ne samo tiste, nastale po abdominopelvični kirurški obravnavi.

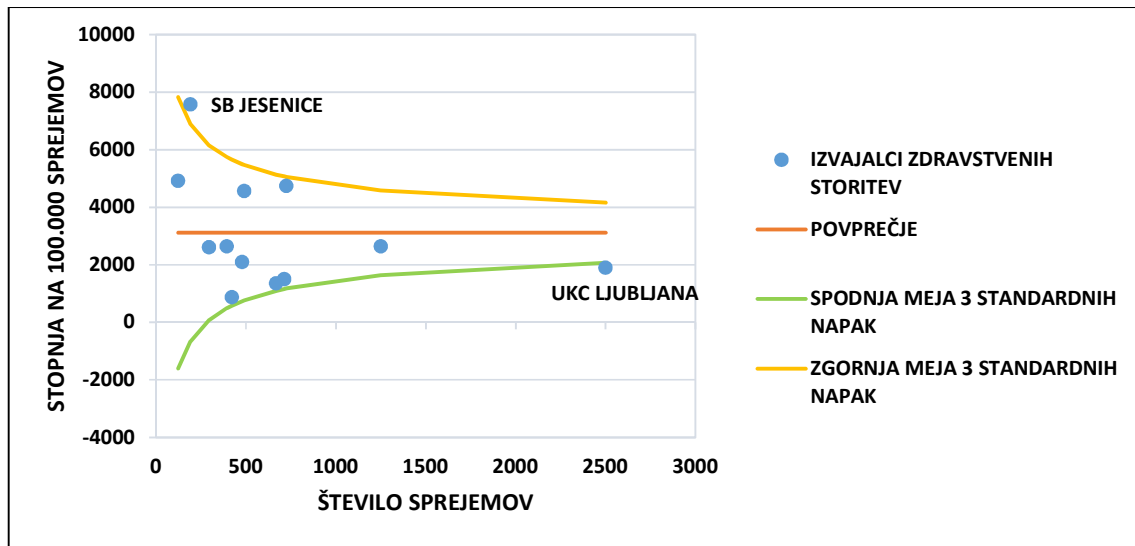
Slika 65: Groba stopnja primerov pooperacijske sepse zaradi kirurškega posega na 100.000 sprejemov, standardizirana po starosti in spolu, v Sloveniji med letoma 2012 in 2018



Slika 66: Groba stopnja primerov pooperacijske sepse zaradi kirurškega posega na 100.000 sprejemov, standardizirana po starosti in spolu, po posameznih bolnišnicah med letoma 2012 in 2018



Slika 67: Groba stopnja primerov pooperacijske sepse zaradi kirurškega posega na 100.000 sprejemov po posameznih bolnišnicah v Sloveniji, povprečna vrednost treh let (2016–2018)



KK65 – POŠKODBE OSEBJA Z OSTRIMI PREDMETI

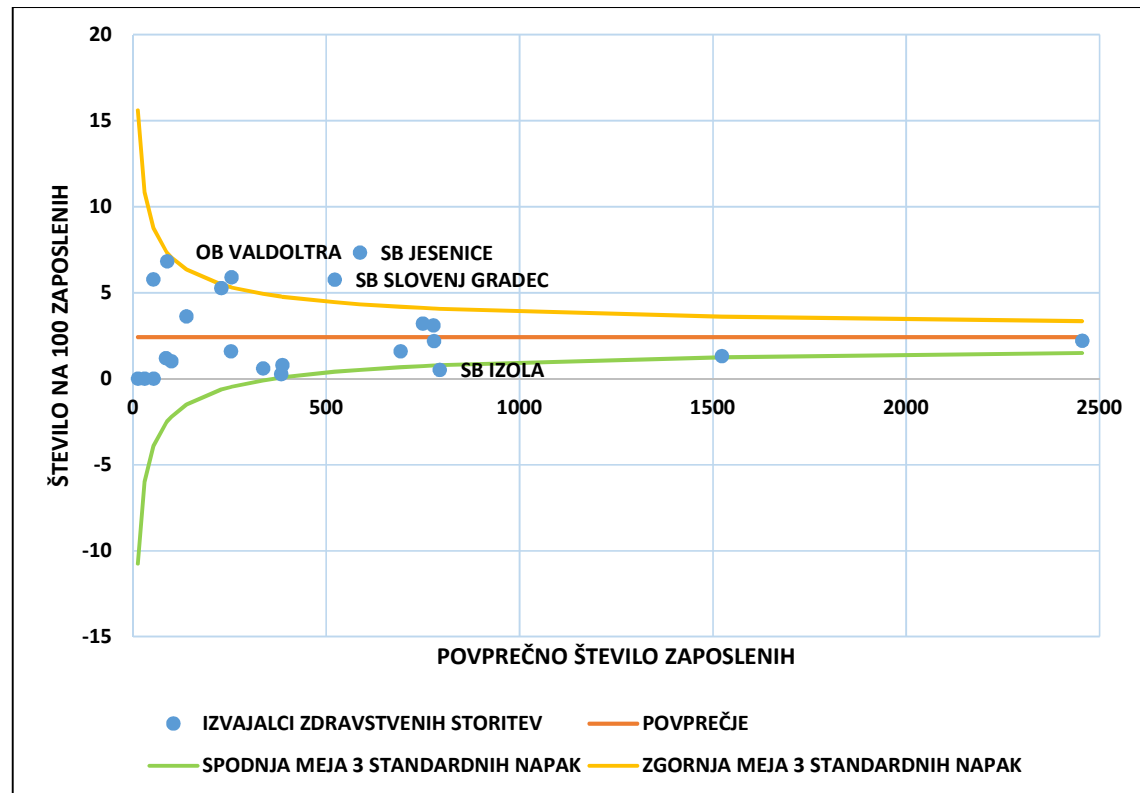
Kazalnik poškodbe osebja z ostrimi predmeti je določen kot število poročenih poškodb zdravstvenega osebja z ostrimi predmeti na zdravstvenega delavca, zaposlenega s polnim delovnim časom v koledarskem letu. Kazalnik izraža varnost zdravstvenega osebja.

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

Po poslanih podatkih za leto 2018 znova kažejo, da nekateri izvajalci zdravstvenih storitev podatkov ne zbirajo ustrezno (Klinika Golnik, UKC Ljubljana, SB Izola, SB Jesenice, Arbor Mea), zato podatki UKC Ljubljana in Klinike Golnik tudi niso prikazani. Podatki so zaradi majhnega števila poškodb z ostrimi predmeti prikazani v obliki lijakastega diagrama, pri čemer je upoštevano povprečno število zaposlenih v letu 2018 (četrtno poročanje).

Opazno je, da imajo izvajalci z manjšim številom zaposlenih še vedno več poškodb osebja z ostrimi predmeti kot izvajalci z večjim številom zaposlenih (**Slika 68**). Iz primerjave vrednosti med bolnišnicami še vedno ni mogoče ugotoviti, ali je število poškodb osebja z ostrimi predmeti pri izvajalcih z manjšim številom zaposlenih odraz boljšega načina spremljanja dogodkov ali njihove dejanske večje pogostnosti in, nasprotno, ali je manjša pogostnost poškodb osebja z ostrimi predmeti pri izvajalcih z večjim številom zaposlenih odraz slabšega načina spremljanja dogodkov ali njihove dejanske manjše pogostnosti.

Slika 68: Povprečno število poškodb osebja z ostrimi predmeti na leto na 100 zaposlenih pri nekaterih izvajalcih bolnišničnega zdravljenja v Sloveniji v letu 2018



DODATEK

HIGIENA ROK

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

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

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

Sporočanje podatkov o doslednosti izvajanja higiene rok iz bolnišnic na MZ je potekalo prvič za leto 2015, in to po navodilu: dvakrat letno (za prvo in drugo polletje), posebej za doslednost higiene rok v enotah intenzivne terapije (EIT) in na drugih bolnišničnih oddelkih (DBO).

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

Podatki o higieni rok zdravstvenih delavcev in drugih zaposlenih v EIT in na DBO za leto 2018 so prikazani v **Preglednici 6**.

Preglednica 6: Higiena rok zdravstvenih delavcev in sodelavcev v EIT in na DBO za leto 2018

	EIT	DBO
ŠTEVILO SPOROČEVALCEV	18	23
SPOROČENO ŠTEVILO DEJANJ	od 21 do 2006	od 29 do 9141
SPOROČENO ŠTEVILO PRILOŽNOSTI	od 44 do 2604	od 35 do 11682
SPOROČENA DOSLEDNOST HIGIENE ROK	47,7 do 97,9 %	od 43,5 do 97,8 %
SKUPNO ŠTEVILO OPAZOVANIH DEJANJ	10753	30504
SKUPNO ŠTEVILO OPAZOVANIH PRILOŽNOSTI	13919	40918
SKUPNA DOSLEDNOST HIGIENE ROK	77,3 %	74,6 %

Podatke so poslale vse bolnišnice. Stopnja doslednosti higiene rok v letu 2018 je v EIT 77,3 odstotka in na DBO 74,6 odstotka, vendar so med bolnišnicami zelo velike razlike. Število opazovanih dejanj in

opazovanih priložnosti je bilo skoraj trikrat višje na DBO kakor v EIT. Zbrani podatki kažejo velike razlike v številu opazovanj po bolnišnicah, kar je lahko povezano z velikostjo bolnišnice in številom postelj.

V **Preglednici 7** so podatki o higieni rok zdravstvenih delavcev in sodelavcev primerjalno prikazani po letih za EIT.

Preglednica 7: Higiena rok zdravstvenih delavcev in sodelavcev v EIT med letoma 2016 in 2018

	2016	2017	2018
ŠTEVILO SPOROČEVALCEV	14	15	18
SPOROČENO ŠTEVILO DEJANJ	od 27 do 1161	od 91 do 1419	od 21 do 2006
SPOROČENO ŠTEVILO PRILOŽNOSTI	od 50 do 1550	od 93 do 1773	od 44 do 2604
SPOROČENA DOSLEDNOST HIGIENE ROK	od 51,4 do 100 %	od 59 do 95,7 %	47,7 do 97,9 %
SKUPNO ŠTEVILO OPAZOVANIH DEJANJ	8308	8717	10753
SKUPNO ŠTEVILO OPAZOVANIH PRILOŽNOSTI	10897	10912	13919
SKUPNA DOSLEDNOST HIGIENE ROK	76,2 %	79,9 %	77,3 %

Število opazovanih dejanj in priložnosti se je med letoma 2016 in 2018 povečalo, vendar je to lahko povezano z večjim številom sporočevalcev. Skupna doslednost higieni rok zdravstvenih delavcev in sodelavcev ter drugih zaposlenih v EIT nekoliko niha, vendar v dovoljenih okvirih.

Podatki o higieni rok na DBO med letoma 2016 in 2018 so prikazani v **Preglednici 8**.

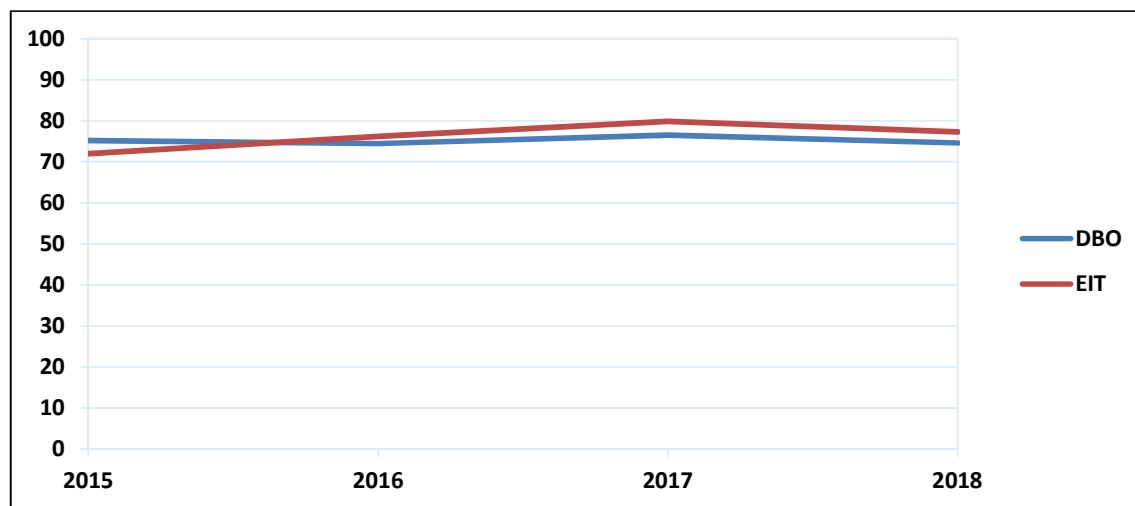
Preglednica 8: Higiena rok na DBO med letoma 2016 in 2018

	2016	2017	2018
ŠTEVILO SPOROČEVALCEV	18	17	23
SPOROČENO ŠTEVILO DEJANJ	od 34 do 6157	od 238 do 8911	od 29 do 9141
SPOROČENO ŠTEVILO PRILOŽNOSTI	od 59 do 8343	od 479 do 11392	od 35 do 11682
SPOROČENA DOSLEDNOST HIGIENE ROK	od 51,4 do 97,9 %	od 50 do 96,4 %	od 43,5 do 97,8 %
SKUPNO ŠTEVILO OPAZOVANIH DEJANJ	24946	21470	30504
SKUPNO ŠTEVILO OPAZOVANIH PRILOŽNOSTI	33491	28050	40918
SKUPNA DOSLEDNOST HIGIENE ROK	74,5 %	76,5 %	74,6 %

Podobno kot pri EIT je tudi pri DBO opazno, da se je število dejanj in priložnosti povečalo, vendar je to lahko povezano z večjim številom sporočevalcev. Skupna doslednost higieni rok zdravstvenih delavcev in sodelavcev ter drugih zaposlenih na drugih oddelkih bolnišnic nekoliko niha, vendar v dovoljenih okvirih.

Slika 69 prikazuje izboljševanje doslednosti higiene rok v bolnišnicah od začetka opazovanja med letoma 2015 in 2018.

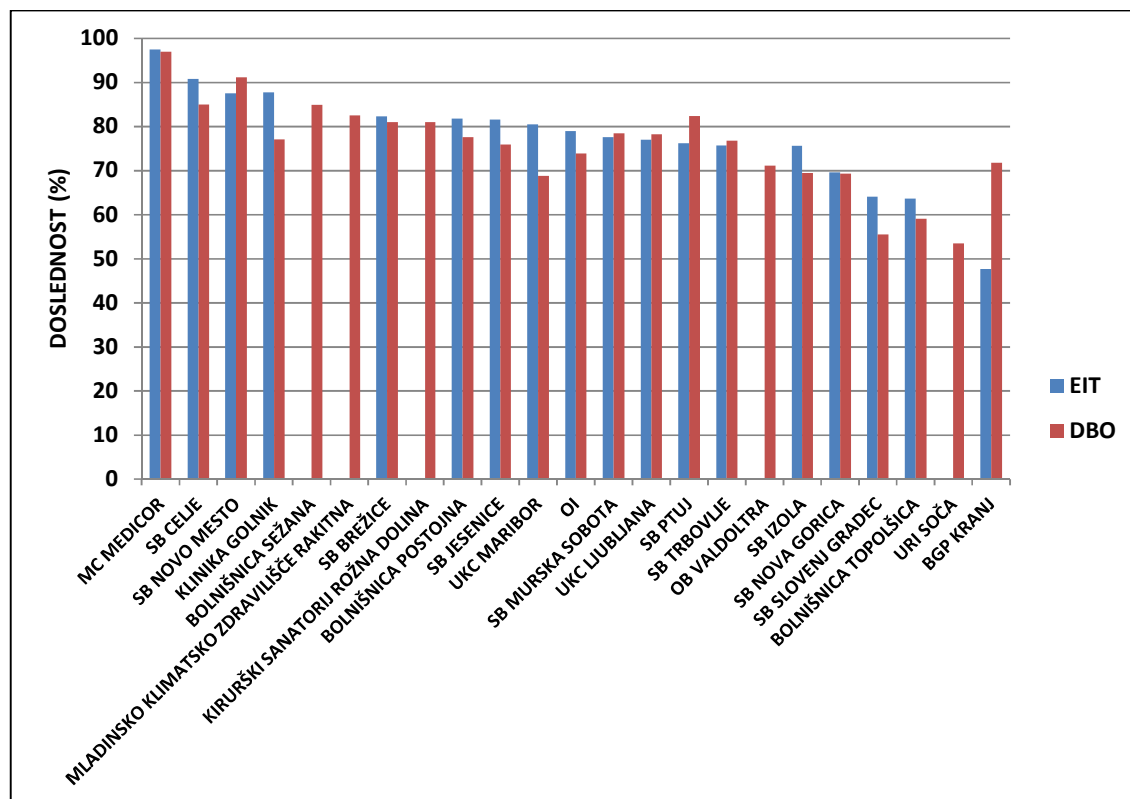
Slika 69: Doslednost higiene rok v EIT in na DBO med letoma 2015 in 2018



Doslednost higiene rok je sicer v letu 2018 nekoliko manjša, vendar je treba poudariti, da je število sporočevalcev večje, kar je dodana vrednost glede na prejšnja leta.

Slika 70 prikazuje doslednost izvajanja higiene rok po posameznih bolnišnicah, ločeno za EIT in DBO.

Slika 70: Doslednost izvajanja higiene rok po posameznih bolnišnicah v letu 2018



Vrednosti doslednosti izvajanja higiene rok po posameznih bolnišnicah nakazujejo, da se v slovenskih bolnišnicah dosledno izvaja opazovanje higiene rok, kar je za obvladovanje bolnišničnih okužb pomembno. Pri tem je treba poudariti, da podatki sami po sebi z vidika razvrščanja in medsebojnega primerjanja vrednosti »boljši–slabši« nimajo vrednosti, vrednost podatkov »boljši–slabši« je predvsem primerjava po letih v zavodu, kar je prikazano v **Preglednica 9**.

Preglednica 9: Doslednost izvajanja higiene rok po posameznih bolnišnicah (EIT, DBO) med letoma 2016 in 2018

BOLNIŠNICA	EIT (%)			DBO (%)			Ocena
	2016	2017	2018	2016	2017	2018	
KLINIKA GOLNIK	81,8	80,7	87,8	83,7	85,2	77,1	↔
BOLNIŠNICA TOPOLŠČICA	66,5	66	63,7	60	69	59,1	↓
BOLNIŠNICA SEŽANA				80,7	72,7	84,9	↔
URI SOČA				41,3	50	53,5	↔
UKC LJUBLJANA		78	77		78,5	78,2	↔
OB VALDOLTRA				76,9	71,1	71,1	↔
SB BREŽICE	88,8	96,4	82,3	82,5	82,3	81	↔
SB CELJE	84,7	83	90,8	76,9	91,4	85	↔
SB NOVA GORICA	64	68	69,6	66	59	69,3	↑
SB IZOLA			75,6			69,5	↔
SB JESENICE	70,7	76,6	81,6	61,7	72	75,9	↑
UKC MARIBOR	67,8	72,3	80,5	66,3	82	68,8	↔
SB MURSKA SOBOTA		63,1	77,6	60,9		78,5	↑
SB NOVO MESTO	86,2	90,9	87,6	90,8	95,6	91,2	↔
SB PTUJ	95	83,6	76,3	86	85,4	82,4	↔
SB SLOVENJ GRADEC	78,3	75,4	64,1	77,8	80	55,5	↓
SB TRBOVLJE	61,1	69,7	75,7	62,6	70,9	76,8	↑
OI LJUBLJANA	74,9	73,4	79	68,4	68,3	73,9	↑
MC MEDICOR	100		97,5	97,9	95,7	97	↔
BGP KRANJ	52,7		47,7	53,6		71,8	↑
BOLNIŠNICA POSTOJNA			81,8			77,6	↑
KIRURŠKI SANATORIJ ROŽNA DOLINA				53,6		81	↑
MLADINSKO LETOVIŠČE RAKITNA						82,5	↑

Ocena stanja v posameznem zavodu na podlagi prejetih podatkov kaže, da večina zavodov vzdržuje oziroma izboljšuje doslednost pri higieni rok. Manjša stopnja doslednosti ne kaže vedno na slabšo higieno rok zaposlenih v zavodu, temveč lahko odraža spremembo ali izobraževanje opazovalca higiene rok, boljše kakovost merjenja doslednosti zaradi večjega števila opazovanih dejanj in podobno.

Zbrani podatki kažejo, da se kazalnik kakovosti higiena rok po priporočilu SZO¹ uporablja tudi v slovenskih bolnišnicah. Doslednost higiene rok v EIT in na DBO je enako pomembna, zato se morajo ukrepi za izboljševanje doslednosti higiene rok stalno ali vsaj ciklično izvajati na obeh področjih.

V letu 2019 je znova potekalo izobraževanje za opazovalce higiene rok v bolnišnicah. Ob naslednji pripravi izobraževanj bodo k izobraževanju za opazovalce higiene rok posebej povabljeni opazovalci iz bolnišnic, ki so za to pokazali zanimanje. Povabljeni bodo tudi predstavniki psihiatričnih bolnišnic, primarnega zdravstvenega varstva in socialnovarstvenih zavodov.

Doslednost higiene rok je pomembna za vse deležnike v zdravstvu, zato je treba delovanje razširiti. Opazovanje doslednosti higiene rok je pomembno za vse izvajalce zdravstvene dejavnosti. Higiena rok je temeljni ukrep za zagotovitev varnosti bolnikov in zaposlenih.

Pri vrednotenju podatkov je treba upoštevati značilnosti kazalnika in metodologije za pridobivanje podatkov. Prizadevanja za izboljševanje doslednosti so enako pomembna kakor končni rezultat.

¹ <https://www.who.int/gpsc/5may/tools/9789241597906/en/>

