



REPUBLIKA SLOVENIJA
MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE

KAZALNIKI KAKOVOSTI V ZDRAVSTVU

LETNO POROČILO ZA LETO 2019

KAZALNIKI KAKOVOSTI V ZDRAVSTVU
LETNO POROČILO ZA LETO 2019

Urednika:

Denis Perko, 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 Republike Slovenije

Jezikovni pregled:

Irma Plajnšek Sagadin

KAZALO VSEBINE

KAZALO SLIK	III
KAZALO PREGLEDNIC.....	VII
RAZLAGA KRATIC	VIII
AVTORJI	IX
KK2 – IZKLJUČNO DOJENJE	ix
KK3, 4, 5 IN 7 – BOLNIŠNIČNI SPREJEMI ZARADI KRONIČNIH BOLEZNI.....	ix
KK8, 9, 10, 11, 12, 13 IN 14 – NALEZLJIVE BOLEZNI.....	ix
KK21 – RAZJEDE ZARADI PRITISKA.....	ix
KK22 – ČAKALNA DOBA ZA CT	ix
KK23 – UČINKOVITOST DELA V OPERACIJSKEM BLOKU	ix
KK24 – TRAJANJE BOLNIŠNIČNEGA BIVANJA	ix
KK25 – STOPNJA SPREJEMOV ZARADI SLADKORNE BOLEZNI.....	ix
KK28 – STOPNJA AMPUTACIJ SPODNJIH OKONČIN ZARADI SLADKORNE BOLEZNI	ix
KK36 – POŠKODBE MED VAGINALNIM PORODOM	ix
KK37 – DELEŽ CARSKIH REZOV	ix
KK45 – ČAKANJE NA OPERACIJO V BOLNIŠNICI PO ZLOMU KOLKA (OSEB, STARIH 65 LET IN VEČ) ix	
KK47 – POOPERACIJSKA GLOBOKA VENSKA TROMBOZA IN PLJUČNA EMBOLIJA	ix
KK49 – DELEŽ ENODNEVNE KIRURGIJE.....	ix
KK64 – SPREMLJANJE BOLNIŠNIČNE PORABE PROTIMIKROBNIH ZDRAVIL	ix
KK65 – POŠKODBE OSEBJA Z OSTRIMI PREDMETI.....	ix
KK67 – PADCI	ix
KK69 – TUJKI V TELESU PO OPERACIJSKEM POSEGU	ix
KK71 – MRSA	ix
KK73 – POOPERACIJSKA SEPSA.....	ix
DODATEK – HIGIENA ROK.....	ix
UVOD.....	1
OSREDOTOČENOST NA BOLNIKA	2
KK2 – IZKLJUČNO DOJENJE	2
PROMOCIJA, PREVENTIVA IN PRIMARNO ZDRAVJE	6
BOLNIŠNIČNI SPREJEMI ZARADI KRONIČNIH BOLEZNI	6
KK3 – STOPNJA SPREJEMOV ZARADI ASTME.....	8
KK4 – STOPNJA SPREJEMOV ZARADI KOPB	10
KK5 – STOPNJA SPREJEMOV ZARADI KRONIČNEGA SRČNEGA POPUŠČANJA	12
KK7 – STOPNJA SPREJEMOV ZARADI HIPERTENZIJE.....	14

NALEZLJIVE BOLEZNI.....	17
KK8, 9 in 10 – DELEŽ CEPLJENIH PROTI OŠPICAM, DAVICI, TETANUSU, OSLOVSKEMU KAŠLJU IN HEPATITISU B.....	17
KK11 – DELEŽ CEPLJENIH PROTI GRIPI PRI OSEBAH, STARIH 65 LET IN VEČ.....	18
KK12, 13 in 14 – INCIDENCA OŠPIC, OSLOVSKEGA KAŠLJA IN HEPATITISA B.....	19
UČINKOVITOST ZDRAVSTVENE OSKRBE	20
KK21 – RAZJEDE ZARADI PRITISKA.....	20
KK22 – ČAKALNA DOBA ZA CT	21
KK23 – UČINKOVITOST DELA V OPERACIJSKEM BLOKU	22
KK24 – TRAJANJE BOLNIŠNIČNEGA BIVANJA	25
KK25 – STOPNJA SPREJEMOV ZARADI SLADKORNE BOLEZNI.....	38
KK28 – STOPNJA AMPUTACIJ SPODNJIH OKONČIN ZARADI SLADKORNE BOLEZNI	41
KK36 – POŠKODBE MED VAGINALNIM PORODOM	44
KK37 – DELEŽ CARSKIH REZOV	46
KK45 – ČAKANJE NA OPERACIJO V BOLNIŠNICI PO ZLOMU KOLKA (OSEB, STARIH 65 LET ALI VEČ)	49
KK47 – POOPERACIJSKA GLOBOKA VENSKA TROMBOZA IN PLJUČNA EMBOLIJA	51
KK49 – DELEŽ ENODNEVNE KIRURGIJE.....	55
KK64 – SPREMLJANJE BOLNIŠNIČNE PORABE PROTIMIKROBNIH ZDRAVIL	65
VARNOST BOLNIKA IN OSEBJA	71
KK65 – POŠKODBE OSEBJA Z OSTRIMI PREDMETI.....	71
KK67 – PADCI	73
KK69 – TUJKI V TELESU PO OPERACIJSKEM POSEGU	76
KK71 – MRSA	78
KK73 – POOPERACIJSKA SEPSA.....	79
DODATEK	82
HIGIENA ROK	82

KAZALO SLIK

Slika 1: Delež izključno dojenih »zdravih«* novorojenčkov v Sloveniji med letoma 2002 in 2019	3
Slika 2: Delež izključno dojenih »zdravih«* novorojenčkov po bolnišnicah s porodničnicami v Sloveniji med letoma 2009 in 2019	4
Slika 3: Stopnja sprejemov zaradi astme na 100.000 prebivalcev med letoma 2009 in 2019 v Sloveniji, standardizirana po starosti in spolu	9
Slika 4: Groba stopnja sprejemov zaradi astme na 100.000 prebivalcev po regijah, povprečna vrednost treh let (2017–2019)	9
Slika 5: Groba stopnja sprejemov zaradi astme na 100.000 prebivalcev po regijah med letoma 2009 in 2019.....	9
Slika 6: Stopnja sprejemov zaradi KOPB na 100.000 prebivalcev v Sloveniji med letoma 2009 in 2019, standardizirana po starosti in spolu	11
Slika 7: Groba stopnja sprejemov zaradi KOPB na 100.000 prebivalcev po regijah, povprečna vrednost treh let (2016–2019)	11
Slika 8: Groba stopnja sprejemov zaradi KOPB na 100.000 prebivalcev po regijah med letoma 2009 in 2019.....	11
Slika 9: Stopnja sprejemov zaradi srčnega popuščanja na 100.000 prebivalcev med letoma 2009 in 2019 v Sloveniji, standardizirana po starosti in spolu	13
Slika 10: Groba stopnja sprejemov zaradi srčnega popuščanja na 100.000 prebivalcev po regijah, povprečna vrednost treh let (2017–2019)	13
Slika 11: Groba stopnja sprejemov zaradi srčnega popuščanja na 100.000 prebivalcev po regijah med letoma 2009 in 2019.....	13
Slika 12: Stopnja sprejemov zaradi hipertenzije na 100.000 prebivalcev med letoma 2009 in 2019 v Sloveniji, standardizirana po starosti in spolu.....	15
Slika 13: Groba stopnja sprejemov zaradi hipertenzije na 100.000 prebivalcev po regijah, povprečna vrednost treh let (2017–2019)	15
Slika 14: Groba stopnja sprejemov zaradi hipertenzije na 100.000 prebivalcev med letoma 2009 in 2019 po posameznih regijah	15
Slika 15: Stopnja RZP na 100 sprejemov po bolnišnicah v Sloveniji v letu 2019	20
Slika 16: Delež naročil CT-preiskav pri hospitaliziranih bolnikih, pri katerih je bila preiskava opravljena več kot 24 ur po naročilu, po nekaterih izvajalcih bolnišničnih storitev v Sloveniji v letu 2019	21
Slika 17: Delež izkoriščenosti operacijskih dvoran za bolnišnične posege po nekaterih slovenskih bolnišnicah v letu 2019.....	23
Slika 18: Delež izkoriščenosti operacijskih dvoran za ambulantne (dnevne) posege po nekaterih slovenskih bolnišnicah v letu 2019.....	23
Slika 19: Delež odpovedanih bolnišničnih operacij med vsemi načrtovanimi po nekaterih slovenskih bolnišnicah v letu 2019.....	24
Slika 20: Delež odpovedanih ambulantnih (dnevni) operacij med vsemi načrtovanimi po nekaterih slovenskih bolnišnicah v letu 2019.....	24
Slika 21: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja zaradi holecistektomije po posameznih bolnišnicah v Sloveniji v letu 2019	27
Slika 22: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja zaradi holecistektomije v Sloveniji med letoma 2007 in 2019.....	27
Slika 23: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja zaradi glavne diagnoze pljučnica domačega okolja po nekaterih bolnišnicah v Sloveniji v letu 2019.....	29

Slika 24: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja zaradi glavne diagnoze pljučnica domačega okolja v Sloveniji med letoma 2005 in 2019	29
Slika 25: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja ob izvedbi koronarne premostitvene operacije po izvajalcih zdravstvene storitve v Sloveniji v letu 2019	31
Slika 26: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja ob izvedbi koronarne premostitvene operacije po izvajalcih zdravstvene storitve v Sloveniji med letoma 2007 in 2019	31
Slika 27: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja ob glavni diagnozi zlom kolka po posameznih bolnišnicah v letu 2019	33
Slika 28: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja ob glavni diagnozi zlom kolka v Sloveniji med letoma 2005 in 2019	33
Slika 29: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja zaradi tonzilektomije ali adenoidektomije po nekaterih bolnišnicah v letu 2019	35
Slika 30: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja zaradi tonzilektomije ali adenoidektomije v Sloveniji med letoma 2005 in 2019	35
Slika 31: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja ob glavni diagnozi akutna možganska kap po posameznih bolnišnicah v letu 2019	37
Slika 32: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja ob glavni diagnozi akutna možganska kap v Sloveniji med letoma 2005 in 2019	37
Slika 33: Stopnja bolnišničnih sprejemov zaradi sladkorne bolezni na 100.000 prebivalcev, standardizirana po starosti in spolu, med letoma 2009 in 2019.....	39
Slika 34: Groba stopnja sprejemov zaradi sladkorne bolezni na 100.000 prebivalcev po regijah, povprečna vrednost treh let (2017–2019)	39
Slika 35: Groba stopnja sprejemov zaradi sladkorne bolezni na 100.000 prebivalcev po regijah med letoma 2009 in 2019.....	40
Slika 36: Starostno standardizirana stopnja amputacij spodnjih okončin zaradi sladkorne bolezni na 100.000 prebivalcev med letoma 2009 in 2019	42
Slika 37: Groba stopnja amputacij spodnjih okončin zaradi sladkorne bolezni na 100.000 prebivalcev po regijah, povprečna vrednost treh let (2017–2019)	42
Slika 38: Starostno standardizirana stopnja amputacij spodnjih okončin zaradi sladkorne bolezni na 100.000 prebivalcev med letoma 2009 in 2019 po posameznih regijah	43
Slika 39: Delež poškodb presredka tretje in četrte stopnje pri vaginalnih porodih brez uporabe instrumentov po bolnišnicah s porodnišnicami v Sloveniji med leti 2005 in 2009, 2010 in 2014 ter 2015 in 2019.....	45
Slika 40: Delež otrok,* rojenih s carskim rezom, v Sloveniji med letoma 2002 in 2019	46
Slika 41: Delež otrok,* rojenih s carskim rezom, po bolnišnicah s porodnišnicami v Sloveniji v letih 2009 in 2019.....	47
Slika 42: Delež otrok,* rojenih s carskim rezom, po bolnišnicah s porodnišnicami v Sloveniji med letoma 2002 in 2018.....	47
Slika 43: Delež primerov zloma kolka pri osebah, starih 65 let ali več, ki so bile operirane v dveh koledarskih dneh od bolnišničnega sprejema med letoma 2012 in 2019.....	49
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 2019...	50
Slika 45: Delež sprejemov ob zlomu kolka oseb, operiranih v dveh koledarskih dneh, povprečna vrednost treh let (2016–2019)	50
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 2019	52
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 2019	52

Slika 48: Stopnja primerov pljučne embolije na 100.000 sprejemov zaradi vstavitve kolčne ali kolenske endoproteze po posameznih bolnišnicah med letoma 2012 in 2019	53
Slika 49: Groba stopnja primerov pljučne embolije na 100.000 sprejemov zaradi vstavitve kolčne ali kolenske endoproteze po bolnišnicah, povprečna vrednost treh let (2017–2019)	53
Slika 50: Stopnja primerov globoke venske tromboze na 100.000 sprejemov zaradi vstavitve kolčne ali kolenske endoproteze po posameznih bolnišnicah med letoma 2012 in 2019	54
Slika 51: Groba stopnja primerov pljučne embolije na 100.000 sprejemov zaradi vstavitve kolčne ali kolenske endoproteze po bolnišnicah, povprečna vrednost treh let (2017–2019).	54
Slika 52: Delež enodnevni artroskopij kolena v Sloveniji med letoma 2009 in 2019.	56
Slika 53: Delež enodnevni artroskopij kolena v Sloveniji po izvajalcih v letu 2019.	56
Slika 54: Delež enodnevni artroskopij kolena po posameznih izvajalcih med letoma 2009 in 2019. .	57
Slika 55: Delež enodnevni hernioplastik ingvinalne hernije v Sloveniji med letoma 2009 in 2019	58
Slika 56: Delež enodnevni hernioplastik ingvinalne hernije po izvajalcih v letu 2019	58
Slika 57: Delež enodnevni hernioplastik ingvinalne hernije v Sloveniji po izvajalcih med letoma 2009 in 2019	59
Slika 58: Delež enodnevni tonsilektomij in/ali adenoidektomij v Sloveniji med letoma 2009 in 2019	60
Slika 59: Primerjava deleža enodnevni tonsilektomij in/ali adenoidektomij med posameznimi bolnišnicami med letoma 2017 in 2019	60
Slika 60: Delež enodnevni tonsilektomij in/ali adenoidektomij med posameznimi bolnišnicami med letoma 2009 in 2019	61
Slika 61: Delež enodnevni holecistektomij v Sloveniji med letoma 2009 in 2019	61
Slika 62: Delež enodnevni holecistektomij po nekaterih izvajalcih v letu 2019	62
Slika 63: Delež enodnevni operacij krčnih žil v Sloveniji med letoma 2009 in 2019	63
Slika 64: Delež enodnevni operacij krčnih žil po posameznih izvajalcih v letu 2019	63
Slika 65: Delež enodnevni operacij krčnih žil po posameznih izvajalcih med letoma 2009 in 2019 ...	64
Slika 66: Poraba antibiotikov (J01) v Sloveniji med letoma 2003 in 2019 (DDD na 100 sprejemov)	66
Slika 67: Poraba antibiotikov (J01) v Sloveniji med letoma 2003 in 2019 (DDD na 100 BOD)	66
Slika 68: Poraba antibiotikov (J01) v Sloveniji med letoma 2003 in 2019 (DDD na 1000 prebivalcev na dan)	67
Slika 69: Poraba protiglivičnih zdravil (J02) v Sloveniji med letoma 2010 in 2019 (DDD na 1000 prebivalcev na dan)	67
Slika 70: Poraba protivirusnih zdravil (J05) v Sloveniji med letoma 2010 in 2019 (DDD na 1000 prebivalcev na dan)	68
Slika 71: Poraba protivirusnih zdravil (J05) po posameznih zdravstvenih ustanovah v letu 2019 (DDD na 100 BOD)	69
Slika 72: Poraba protiglivičnih zdravil (J02) po posameznih zdravstvenih ustanovah v letu 2019 (DDD na 100 BOD)	69
Slika 73: Poraba antibiotikov (J01) po posameznih zdravstvenih ustanovah v letu 2019 (DDD na 100 BOD)	70
Slika 74: Povprečno število poškodb osebja z ostrimi predmeti na leto na 100 zaposlenih pri nekaterih izvajalcih bolnišničnega zdravljenja v Sloveniji v letu 2019	72
Slika 75: Stopnja padcev po posameznih slovenskih bolnišnicah na 1000 dni hospitalizacije v letu 2019	74
Slika 76: Delež padcev s poškodbami po posameznih slovenskih bolnišnicah v letu 2019	75
Slika 77: Stopnja tujkov v telesu po operacijskem posegu na 100.000 operacijskih posegov v Sloveniji med letoma 2012 in 2019	76

Slika 78: Groba stopnja tujkov v telesu po operacijskem posegu na 100.000 operacijskih posegov po bolnišnicah, povprečna vrednost treh let (2017–2019)	77
Slika 79: 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 2019.	78
Slika 80: Groba stopnja primerov pooperacijske sepse zaradi kirurškega posega na 100.000 sprejemov, standardizirana po starosti in spolu, v Sloveniji med letoma 2012 in 2019.....	80
Slika 81: Groba stopnja primerov pooperacijske sepse zaradi kirurškega posega na 100.000 sprejemov, standardizirana po starosti in spolu, po posameznih bolnišnicah med letoma 2012 in 2019	80
Slika 82: Groba stopnja primerov pooperacijske sepse zaradi kirurškega posega na 100.000 sprejemov po posameznih bolnišnicah v Sloveniji, povprečna vrednost treh let (2017–2019)	81
Slika 83: Doslednost higijene rok v EIT in na DBO med letoma 2015 in 2019.....	84
Slika 84: Doslednost izvajanja higijene rok po posameznih bolnišnicah v letu 2019.....	84

KAZALO PREGLEDNIC

Preglednica 1: Groba stopnja sprejemov zaradi astme, KOPB, kroničnega srčnega popuščanja in hipertenzije na 100.000 prebivalcev po regijah v letu 2019	7
Preglednica 2: Delež cepljenih proti nekaterim nalezljivim boleznim v Sloveniji v letih od 2015 do vključno 2019	17
Preglednica 3: Delež cepljenih oseb, starih 65 let in več, proti gripi v sezonah 2014/2015, 2015/2016, 2016/2017, 2017/18 in 2018/19	18
Preglednica 4: Število prijavljenih primerov in incidenčna stopnja nekaterih nalezljivih bolezni v Sloveniji v letih od 2010 do 2019	19
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 2019	68
Preglednica 6: Higiena rok zdravstvenih delavcev in sodelavcev v EIT in na DBO za leto 2019	82
Preglednica 7: Higiena rok zdravstvenih delavcev in sodelavcev v EIT med letoma 2017 in 2019.....	83
Preglednica 8: Higiena rok na DBO med letoma 2017 in 2019	83
Preglednica 9: Doslednost izvajanja higiene rok po posameznih bolnišnicah (EIT, DBO) med letoma 2016 in 2019	86

RAZLAGA KRATIC

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

BOD – bolnišnični oskrbni dan

BGP – Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj

CT – računalniška tomografija

CZBO – Center za zdravljenje bolezni otrok Šentvid pri Stični

DBO – drugi bolnišnični oddelki

DDD – določene dnevne doze

ECDC – Evropski center za preprečevanje in obvladovanje bolezni (European centre for disease prevention and control)

EIT – enota intenzivne terapije

EU – Evropska unija

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

GVT – globoka venska tromboza

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

KK – kazalnik kakovosti

KOPB – kronična obstruktivna pljučna bolezen

MC Medicor – Medicinski center Medicor

MKB – Mednarodna klasifikacija bolezni

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

MZ – Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije

NIJZ – Nacionalni inštitut za javno zdravje

OI – Onkološki inštitut Ljubljana

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

PATH – orodje za oceno izboljšanja kakovosti bolnišničnega delovanja (Performance assessment tool for quality improvement in hospitals)

PE – pljučna embolija

PIS – Perinatalni informacijski sistem Republike Slovenije

RZP – razjede zaradi pritiska

SB – splošna bolnišnica

SRSS – structural reform support programe

SZO – Svetovna zdravstvena organizacija

UKC – Univerzitetni klinični center

AVTORJI

KK2 – IZKLJUČNO DOJENJE

Barbara Mihevc Ponikvar

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

Denis Perko

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

Veronika Učakar

KK21 – RAZJEDE ZARADI PRITISKA

Denis Perko

KK22 – ČAKALNA DOBA ZA CT

Denis Perko

KK23 – UČINKOVITOST DELA V OPERACIJSKEM BLOKU

Denis Perko

KK24 – TRAJANJE BOLNIŠNIČNEGA BIVANJA

Denis Perko

KK25 – STOPNJA SPREJEMOV ZARADI SLADKORNE BOLEZNI

Denis Perko

KK28 – STOPNJA AMPUTACIJ SPODNJIH OKONČIN ZARADI SLADKORNE BOLEZNI

Denis Perko

KK36 – POŠKODBE MED VAGINALNIM PORODOM

Barbara Mihevc Ponikvar

KK37 – DELEŽ CARSKIH REZOV

Barbara Mihevc Ponikvar

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

Denis Perko

KK47 – POOPERACIJSKA GLOBOKA VENSKA TROMBOZA IN PLJUČNA EMBOLIJA

Denis Perko

KK49 – DELEŽ ENODNEVNE KIRURGIJE

Denis Perko

KK64 – SPREMLJANJE BOLNIŠNIČNE PORABE PROTIMIKROBNIH ZDRAVIL

Denis Perko

KK65 – POŠKODBE OSEBJA Z OSTRIMI PREDMETI

Denis Perko

KK67 – PADCI

Denis Perko

KK69 – TUJKI V TELESU PO OPERACIJSKEM POSEGU

Denis Perko

KK71 – MRSA

Denis Perko

KK73 – POOPERACIJSKA SEPSA

Denis Perko

DODATEK – HIGIENA ROK

Vesna Zupančič

UVOD

Po postavitvi prvih kazalnikov kakovosti v zdravstvu leta 2006 in izidu prvega slovenskega Priročnika o kazalnikih kakovosti decembra 2010 so bila redno pripravljena poročila na podlagi sprejetega nabora nacionalno dogovorjenih kazalnikov kakovosti, ki jih je Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije leta 2010 prepoznalo kot pomembne kazalnike sistema zdravstvenega varstva Sloveniji. Nabor kazalnikov kakovosti in metodologije spremljanja nekaterih izmed njih so bili v vmesnem obdobju spremenjeni. Kljub temu so številni deležniki v času od opredelitve nabora kazalnikov prepoznali potrebo po temeljiti osvežitvi nabora teh kazalnikov. O zavedanju nujnosti ukrepanja na tem področju priča navedba te naloge v novi Resoluciji o nacionalnem planu zdravstvenega varstva (poglavje 6.3.4 – Celovito upravljanje in nenehno izboljševanje kakovosti in varnosti). Resolucija navaja ukrep 2 »Posodobitev nabora kazalnikov kakovosti, ki se spremljajo na nacionalni ravni, vključno s kazalniki zadovoljstva uporabnikov ter njihova javna objava«. Pomanjkljivosti, ki so povod za določitev omenjenega ukrepa, so delno pojasnjene v spremljajočem besedilu: »Upravljanje kakovosti in varnosti v zdravstvu v Sloveniji pa kljub številnim pobudam in strategiji še vedno ni ustrezno regulirano in vzpostavljeno. Predvsem niso jasno opredeljeni nosilci upravljanja kakovosti in varnosti na nacionalni ravni in na ravni posameznih organizacij (bolnišnic in drugih zdravstvenih zavodov) niti ni zagotovljeno financiranje ključnih aktivnosti sistema celovite kakovosti in varnosti.«

Leta 2019 je bila podana pobuda za projekt SRSS (»Structural reform support programme«), ki med drugim zajema področje kazalnikov kakovosti. V začetku leta 2020 se je sestala skupina, katere člani so zaposleni na Ministrstvu za zdravje Republike Slovenije in Nacionalnem inštitutu za javno zdravje. Predlagali so prenovi bolnišničnih kazalnikov kakovosti. Ugotovljeno je namreč bilo, da pri določenih kazalnikih kakovosti izvajalci zdravstvenih storitev poročajo nedosledno oziroma neprimerljivo. Zato bo treba metodologijo za izračun teh kazalnikov kakovosti dopolniti z jasnimi navodili za poročevalce, kjer bi bilo pojasnjeno, na kakšen način in katere podatke se zbira pri posameznem kazalniku, oziroma izvesti dejavnosti, ki bi zagotovile dosledno poročanje pri vseh izvajalcih. Predlagana je bila ustanovitev delovne skupine za usklajevanje dela na področju prenove kazalnikov kakovosti, katere člani bi bili uslužbenci Ministrstva za zdravje, Nacionalnega inštituta za javno zdravje, Zdravniške zbornice Slovenije, Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije in Združenja zdravstvenih zavodov Slovenije. Po izbruhu pandemije covid-19 v letu 2020 se je nadaljnje posvetovanje o prenovi bolnišničnih kazalnikov kakovosti zamaknilo.

V pričujočem poročilu so podatki še vedno obdelani po zdaj veljavnih metodologijah. Ne glede na to ostaja prenova bolnišničnih kazalnikov kakovosti prednostna zadalžitev pri izboljšanju zbiranja in razlage podatkov kazalnikov kakovosti. Le z ustreznimi bolnišničnimi kazalniki kakovosti in podatki lahko ustrezno ocenimo delovanje celotnega bolnišničnega sistema in posameznih bolnišnic. Tako je v prihodnje nujno treba zagotoviti pravočasne objave natančnih podatkov in spoštovanje drugih načel Kodeksa ravnanja evropske statistike pa tudi zagotoviti več finančnih in človeških virov ter redno vrednotenje dejavnosti.

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 presledkom med porodi.

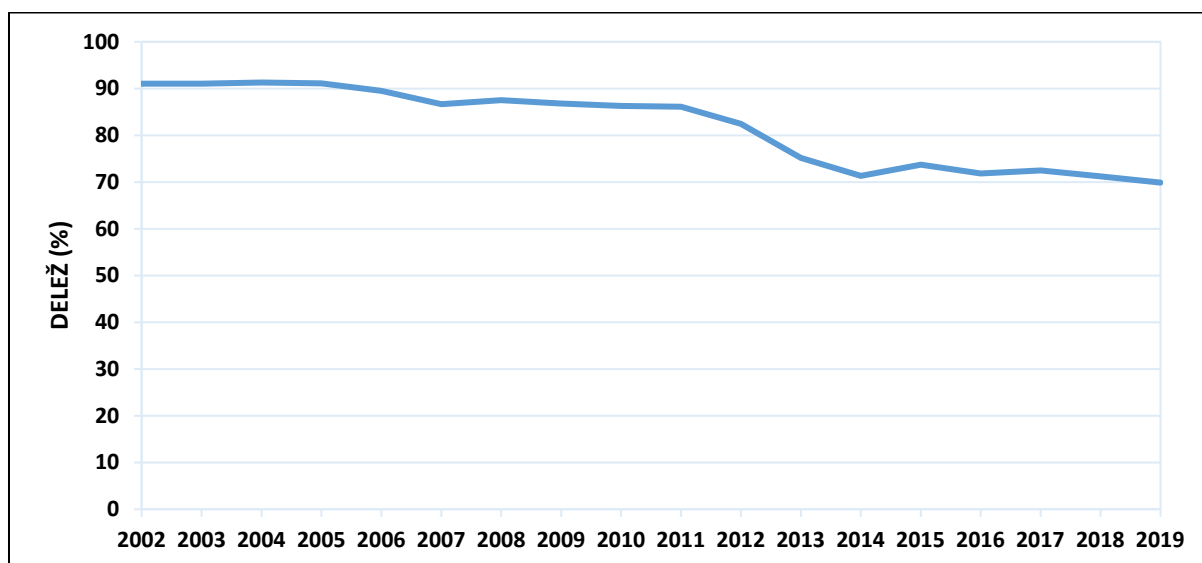
Ob ustrezni obveščenosti o dojenju ter podpori zdravstvenih strokovnjakov, družine in okolja lahko doji večina mater. Včasih materino zdravstveno stanje dojenja ne dopušča. Pristavljati je najbolje začeti čim prej po porodu. Pri podpori dojenju pa Svetovna zdravstvena organizacija še posebej poudarja vlogo osebja v porodnišnici, njihovega znanja, veščin ter pristojnosti za svetovanje in podporo mladim mamam (4).

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 (5). Dovoljeno je le dajanje kapljic ali sirupov z vitamini, minerali ali zdravili. Vključitvena merila so donošeni enojčki s porodno težo 2000 gramov in več, gestacijska starost 37 tednov in več ter ocena po Apgarjevi lestvici 5 ali več po petih minutah (»zdravi« novorojenčki). Izključitvenih meril, kot so nekatere novorojenčkove in materine bolezni, pri katerih je dojenje lahko kontraindicirano, v analizi nismo upoštevali, ker o teh stanjih ni dovolj zanesljivih podatkov. Vendar zaradi njihove redkosti predvidevamo, da ne vplivajo pomembneje na rezultate.

Vir podatkov za pripravo kazalnika je Perinatalni informacijski sistem (PIS), ki zajema podatke o vseh porodih in rojstvih v 14 slovenskih porodnišnicah. Upravljaivec zbirke je Nacionalni inštitut za javno zdravje (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 sodelovale pri negi 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 in to se je nadaljevalo tudi v letu 2019 (Slika 1). Na ravni države se je v desetih letih delež izključno dojenih novorojenčkov zmanjšal za skoraj 17 odstotnih točk, v primerjavi s predhodnim letom pa za dobro odstotno točko. Leta 2019 je bil delež izključno dojenih »zdravih« novorojenčkov v slovenskih porodnišnicah tako le še 69,9-odstoten. Upad v primerjavi s preteklimi leti je večinoma posledica povečanega deleža novorojenčkov, pri katerih je bilo zabeleženo delno dojenje.

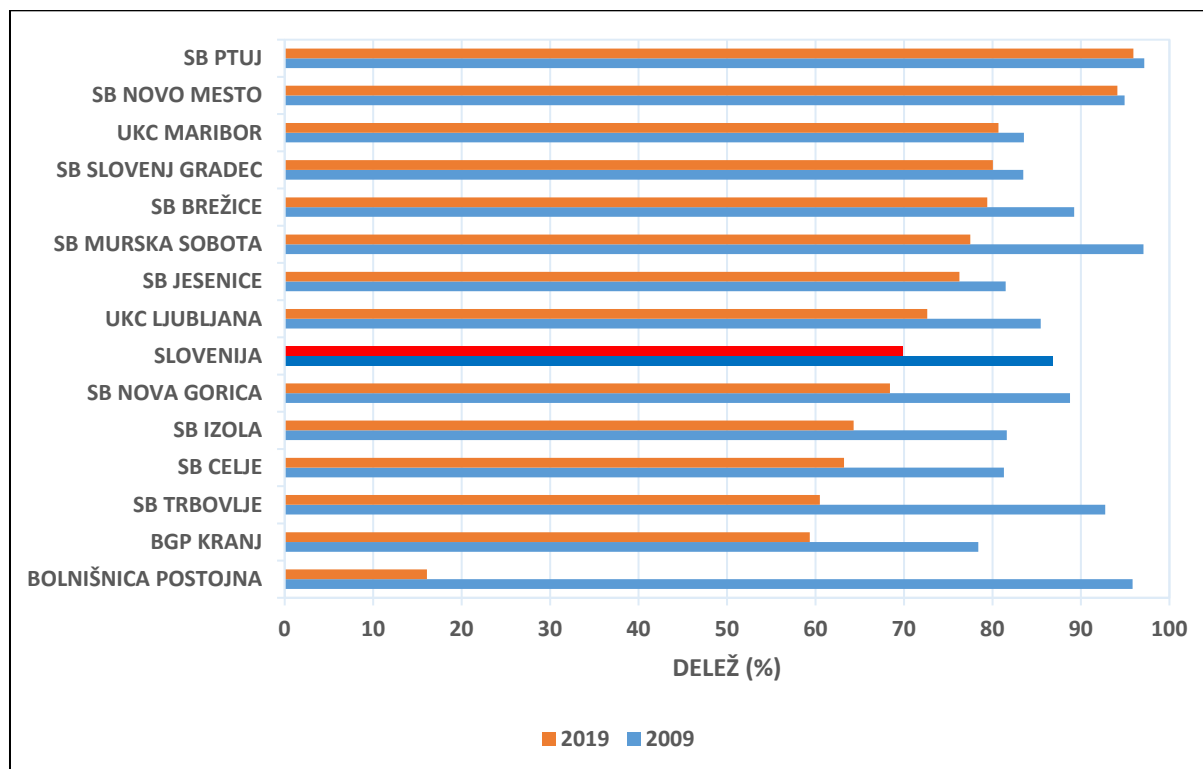
Slika 1: Delež izključno dojenih »zdravih«* novorojenčkov v Sloveniji med letoma 2002 in 2019



*Upoštevani 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 je bil leta 2019 med 16 (Postojna) in 96 odstotki (Ptuj), v večini porodnišnic pa je bil med 60 in 80 odstotki. Velike razlike so presenetljive, ker ima večina slovenskih porodnišnic certifikat novorojenčku prijazne porodnišnice, ta pa 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, je bil leta 2019 med tremi in kar 82 odstotki, medtem ko so bile razlike v deležu novorojenčkov, ki sploh niso bili dojeni, manjše. Takšnih novorojenčkov je bilo v preučevani skupini od enega do štirih odstotkov. Zabeležene spremembe so v zadnjih letih med porodnišnicami različne. Medtem ko nekatere porodnišnice še beležijo pomembno upadanje deleža izključnega dojenja, v drugih delež ostaja na podobni ravni ali raste. Tako se je delež izključno dojenih otrok od leta 2018 do 2019 na primer v Kranju povečal za 12 odstotnih točk.

Slika 2: Delež izključno dojenih »zdravih«* novorojenčkov po bolnišnicah s porodnišnicami v Sloveniji med letoma 2009 in 2019



*Upoštevani 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 izrazov »izključno« in »delno« dojenje ter različnih praks beleženja podatkov. To domnevo smo potrdili s telefonskima anketama, ki smo ju izvedli v letih 2013 in 2019. Odgovorili so v vseh porodnišnicah. Leta 2019 so v šestih porodnišnicah (Izola, Kranj, Nova Gorica, Novo mesto, Ptuj, Trbovlje) navedli, da se pri podaji ocene, ali je otrok izključno ali delno dojen, upošteva celotni čas bivanja od rojstva naprej, 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 zaradi tega nezanesljivosti so prikazani podatki o izključnem dojenju le informativni, ker deloma odražajo različne prakse dojenja v slovenskih porodnišnicah. Ob upoštevanju načina beleženja je jasno, da sta pri doseganju izključnega dojenja daleč najuspešnejši porodnišnici Ptuj in Novo mesto, v negativno smer pa odstopa predvsem porodnišnica Postojna. V Novem mestu in na Ptuj so v zadnji anketi 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 vsiljivo trži mlečne nadomestke.

Ob naslednji prenovi PIS načrtujemo spremenjeno 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 zelo neugodno upadanje izključnega dojenja v slovenskih porodnišnicah in velike razlike med izvajalci.

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. Competency verification toolkit: Ensuring competency of direct care providers to implement the Baby-friendly Hospital Initiative. Geneva: World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF), 2020.
5. Projekt PATH. Navodila za prikaz kazalnika izključno dojenje.

PROMOCIJA, PREVENTIVA in PRIMARNO ZDRAVJE

BOLNIŠNIČNI SPREJEMI ZARADI KRONIČNIH BOLEZNI

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

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

Analizirani podatki so nestandardizirani. Prikazani so v obliki črtnega in lijakastega grafikona (»funnel plot«). V obliki lijakastega grafikona so prikazane triletne stopnje sprejemov med letoma 2017 in 2019 po statističnih slovenskih regijah. Lijakasti diagram se uporablja pri prepoznavanju razlik med regijami, ki najverjetneje niso posledica vsakoletnega pričakovanega nihanja rezultatov. Prikaz temelji na predvidevanju, da imajo le dovolj velika odstopanja od aritmetične sredine posebne razloge in niso le naključna.

V **preglednici 1** so prikazane vrednosti za astmo, KOPB, srčno popuščanje in arterijsko hipertenzijo v letu 2019 (stopnja na 100.000 prebivalcev). Pokazalo se je, da so v letu 2019 najmanjšo stopnjo bolnišničnih sprejemov za astmo imeli v zasavski (10,2/100.000) in najvišjo v obalno-kraški regiji (45,3/100.000), za KOPB najmanjšo v primorsko-notranjski (73,9/100.000) in najvišjo v koroški regiji (178,5/100.000), za srčno popuščanje najmanjšo v osrednjeslovenski (188,3/100.000) in najvišjo v pomurski regiji (488,7/100.000) ter za arterijsko hipertenzijo najmanjšo v zasavski (16,4/100.000) in najvišjo v goriški regiji (102,5/100.000).

Preglednica 1: Groba stopnja sprejemov zaradi astme, KOPB, kroničnega srčnega popuščanja in hipertenzije na 100.000 prebivalcev po regijah v letu 2019

REGIJA	GROBA STOPNJA SPREJEMOV NA 100.000 PREBIVALCEV			
	ASTMA	KOPB	SRČNO POPUŠČANJE	ARTERIJSKA HIPERTENZIJA
POMURSKA	43,3	175,3	488,7	88,7
PODRAVSKA	41,1	134,0	253,0	74,7
KOROŠKA	44,6	178,5	338,8	74,4
SAVINJSKA	39,4	99,8	356,1	47,1
ZASAVSKA	10,2	108,5	262,1	16,4
POSAVSKA	20,1	95,9	485,9	71,2
JV SLOVENIJA	19,0	96,5	278,9	25,6
OSREDNJESLOVENSKA	22,0	92,7	188,3	22,4
GORENJSKA	45,1	115,0	259,5	32,9
PRIMORSKO-NOTRANJSKA	24,6	73,9	315,8	31,4
GORIŠKA	23,9	103,5	280,6	102,5
OBALNO-KRAŠKA	45,3	118,7	351,1	33,2
SLOVENIJA	32,7	113,1	285,9	47,9

KK3 – STOPNJA SPREJEMOV ZARADI ASTME

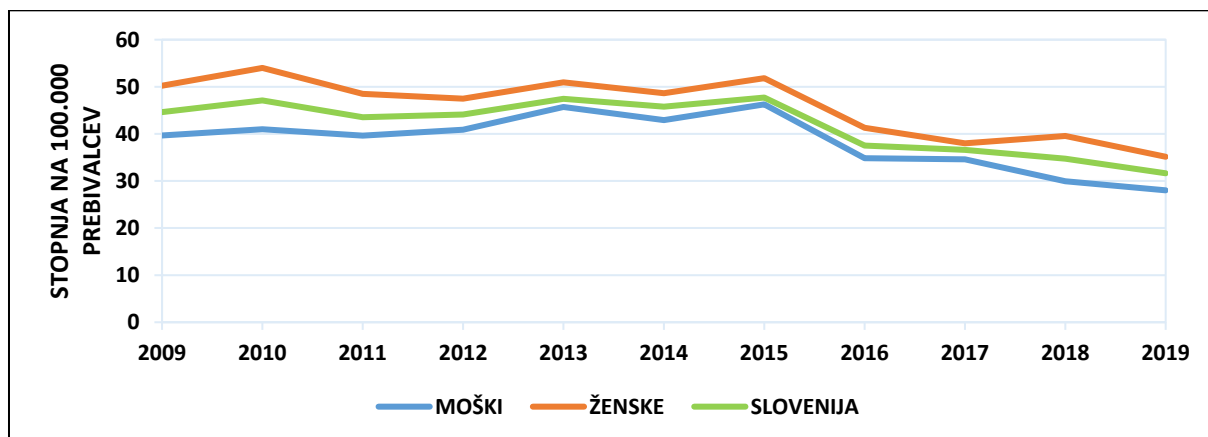
Po zadnjih določilih OECD za zbiranje podatkov za leti 2018 in 2019 je stopnja sprejemov zaradi astme opredeljena kot število vseh nematerinskih (neneonatalnih) bolnišničnih sprejemov z glavno diagnostično kodo astma (J45.0, J45.1, J45.8, J45.9, J46) v določenem letu glede na število vseh prebivalcev.

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

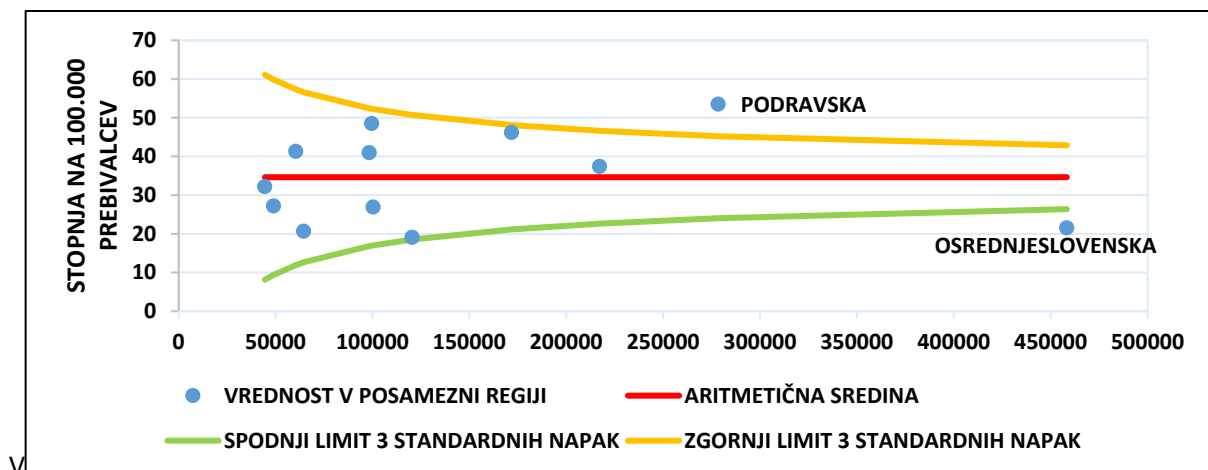
Iz pridobljenih podatkov je razvidno, da se stopnja sprejemov zaradi astme glede na blažje zviševanje v letih od 2009 do 2015 po letu 2016 postopno zmanjšuje, kar kaže na učinkovito primarno zdravstveno raven (**Slika 3**).

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

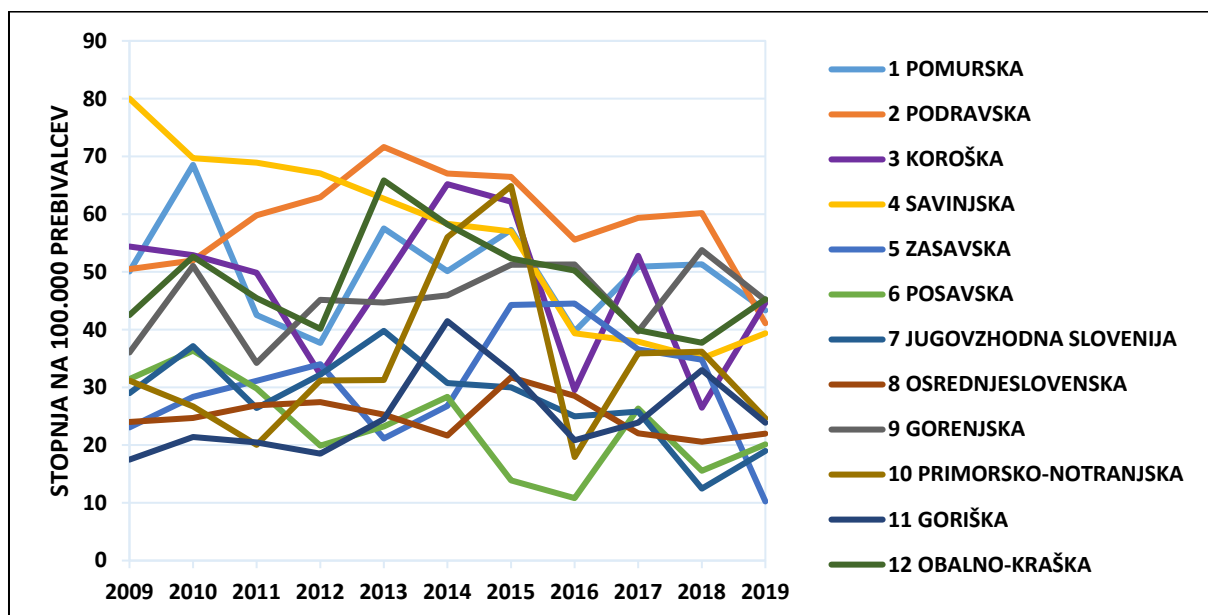
Slika 3. Stopnja sprejemov zaradi astme na 100.000 prebivalcev med letoma 2009 in 2019 v Sloveniji, standardizirana po starosti in spolu



Slika 4: Groba stopnja sprejemov zaradi astme na 100.000 prebivalcev po regijah, povprečna vrednost treh let (2017–2019)



Slika 5: Groba stopnja sprejemov zaradi astme na 100.000 prebivalcev po regijah med letoma 2009 in 2019



KK4 – STOPNJA SPREJEMOV ZARADI KOPB

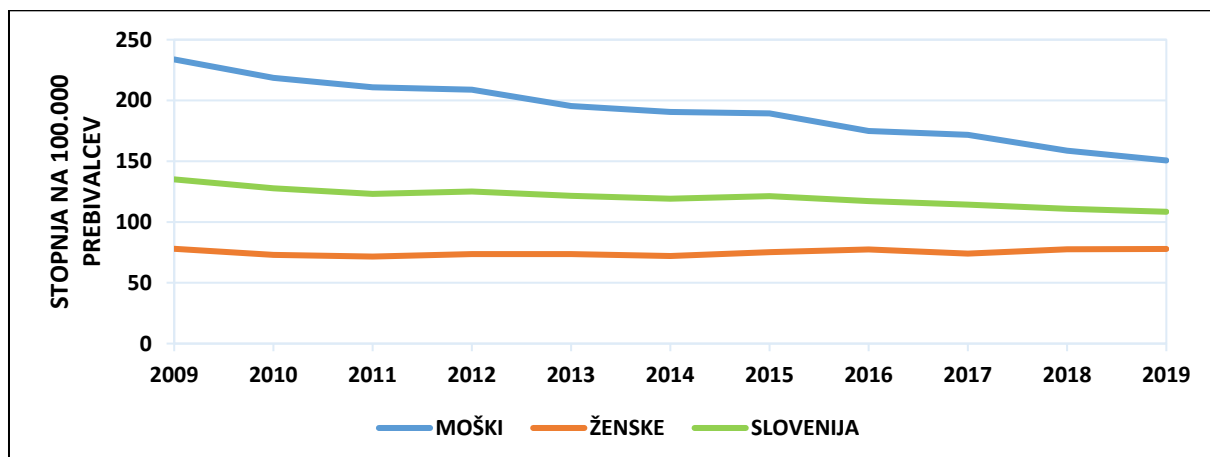
Po zadnjih določilih OECD za zbiranje podatkov za leti 2018 in 2019 se stopnja sprejemov zaradi KOPB določa kot število vseh nematerinskih (neneonatalnih) bolnišničnih sprejemov z glavno diagnostično kodo KOPB (J40 le v primeru dodatne sekundarne diagnoze J41, J43, J44 in J47, J41.0, J41.1, J41.8, J42, 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.

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

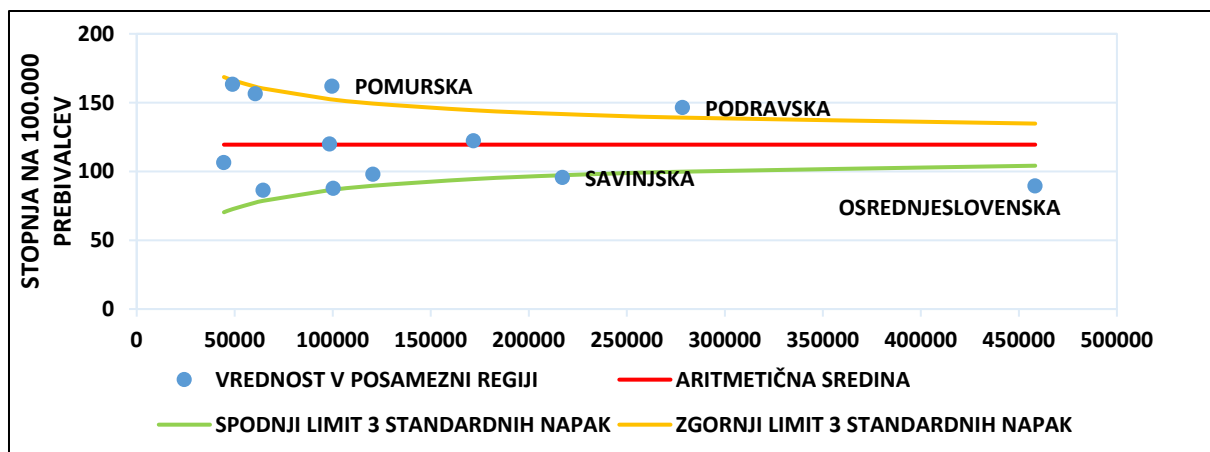
Iz pridobljenih podatkov je razvidno, da se stopnja sprejemov zaradi KOPB od leta 2009 postopoma znižuje, kar lahko kaže na dobro delovanje primarne zdravstvene ravni (**Slika 6**).

Groba stopnja sprejemov zaradi KOPB s povprečno vrednostjo zadnjih treh let na 100.000 prebivalcev po regijah kaže višjo stopnjo sprejemov zaradi KOPB v podravski in pomurski ter nižjo v osrednjeslovenski in nekoliko v savinjski regiji (**Slika 7**). Podrobnejša analiza posameznih regij kaže nihanja grobe stopnje sprejemov zaradi KOPB v zadnjih letih (**Slika 8**).

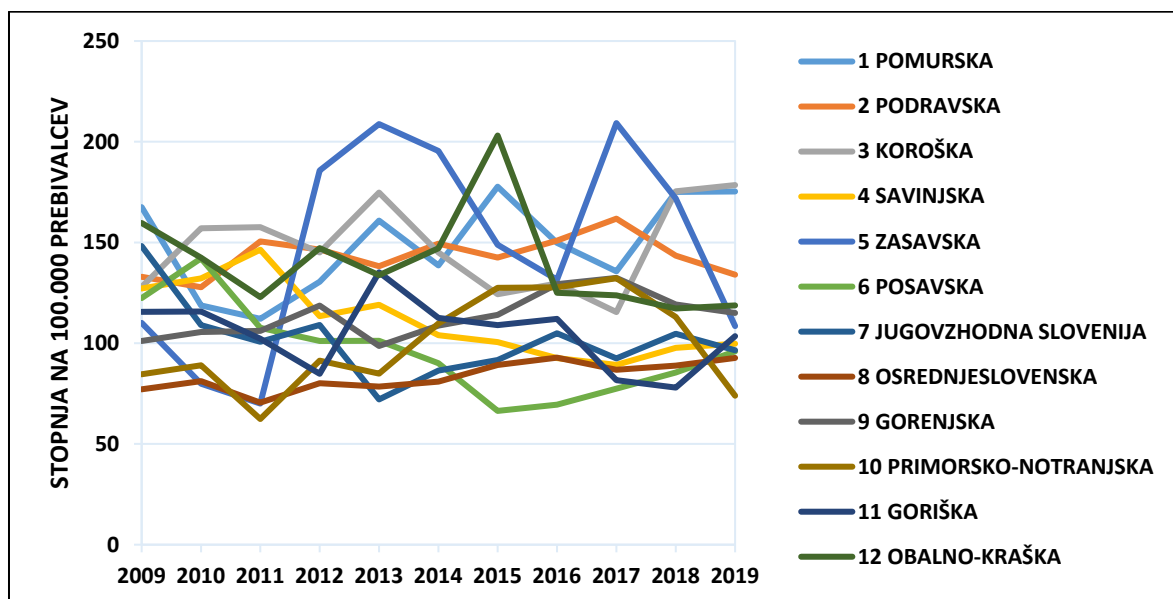
Slika 6: Stopnja sprejemov zaradi KOPB na 100.000 prebivalcev v Sloveniji med letoma 2009 in 2019, standardizirana po starosti in spolu



Slika 7: Groba stopnja sprejemov zaradi KOPB na 100.000 prebivalcev po regijah, povprečna vrednost treh let (2016–2019)



Slika 8: Groba stopnja sprejemov zaradi KOPB na 100.000 prebivalcev po regijah med letoma 2009 in 2019



KK5 – STOPNJA SPREJEMOV ZARADI KRONIČNEGA SRČNEGA POPUŠČANJA

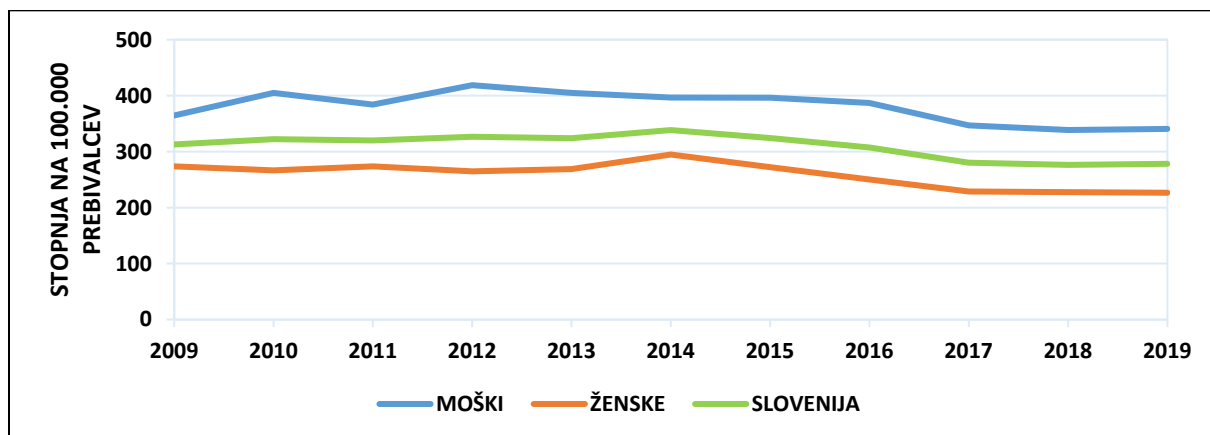
Po zadnjih določilih OECD za zbiranje podatkov za leti 2018 in 2019 se stopnja sprejemov zaradi kroničnega srčnega popuščanja določi kot število vseh nematerinskih (neneonatalnih) bolnišničnih sprejemov z glavno diagnostično kodo kronično srčno popuščanje (I11.0, I13.0, I13.2, I50.0, I50.1, I50.9) v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

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

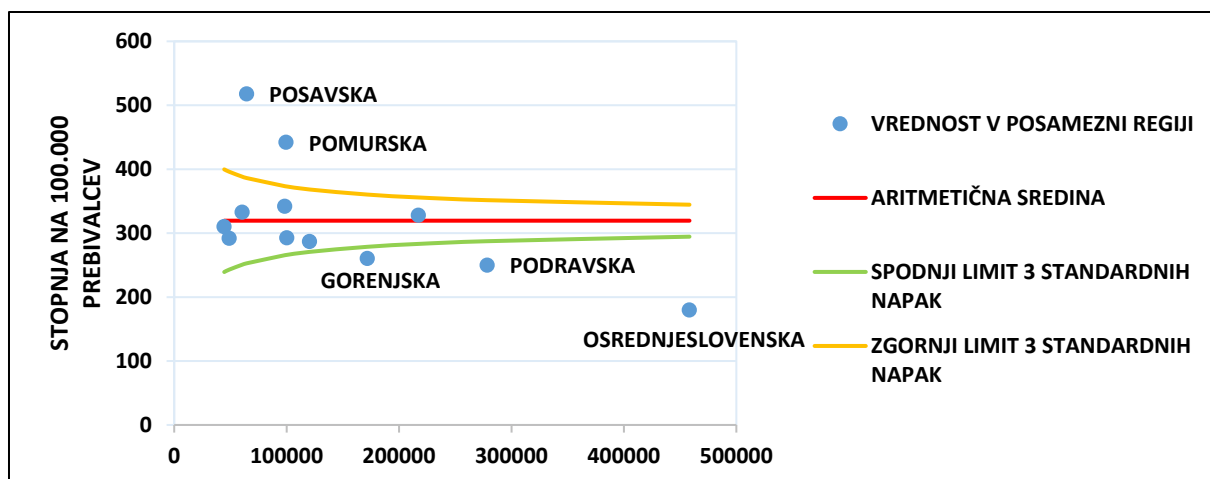
Iz pridobljenih podatkov je razvidno, da se je stopnja sprejemov zaradi kroničnega srčnega popuščanja po postopnem zviševanju v letih od 2009 do 2013 po letu 2014 postopoma zniževala s stagnacijo med letoma 2017 in 2019, kar lahko kaže na učinkovitejše delovanje primarne zdravstvene ravni (**Slika 9**).

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**).

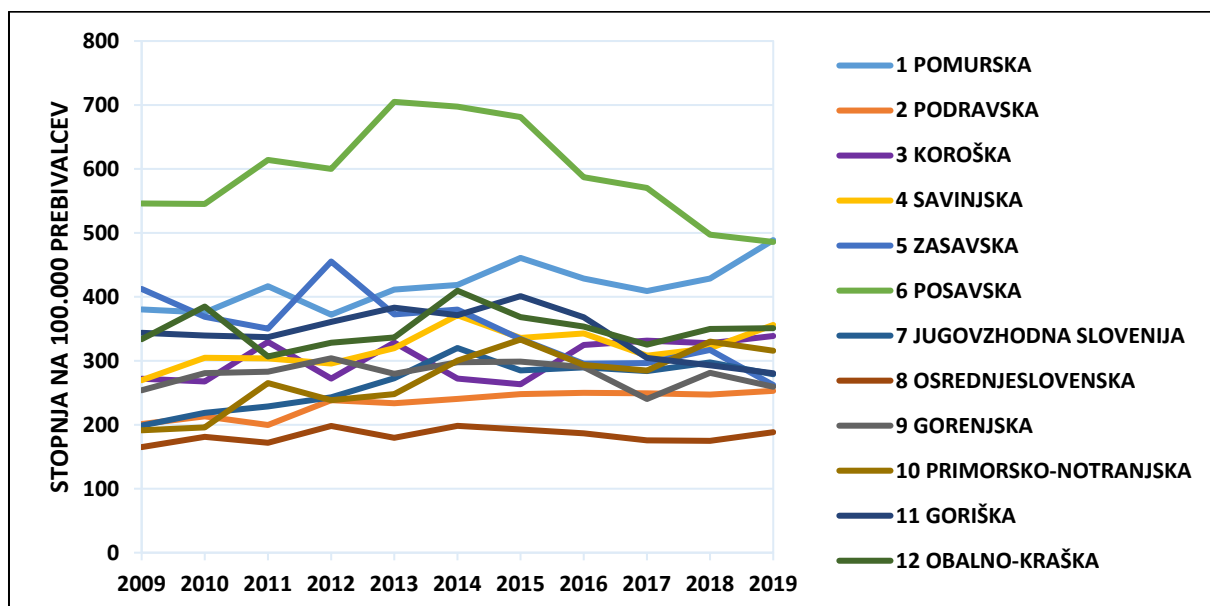
Slika 9: Stopnja sprejemov zaradi srčnega popuščanja na 100.000 prebivalcev med letoma 2009 in 2019 v Sloveniji, standardizirana po starosti in spolu



Slika 10: Groba stopnja sprejemov zaradi srčnega popuščanja na 100.000 prebivalcev po regijah, povprečna vrednost treh let (2017–2019)



Slika 11: Groba stopnja sprejemov zaradi srčnega popuščanja na 100.000 prebivalcev po regijah med letoma 2009 in 2019



KK7 – STOPNJA SPREJEMOV ZARADI HIPERTENZIJE

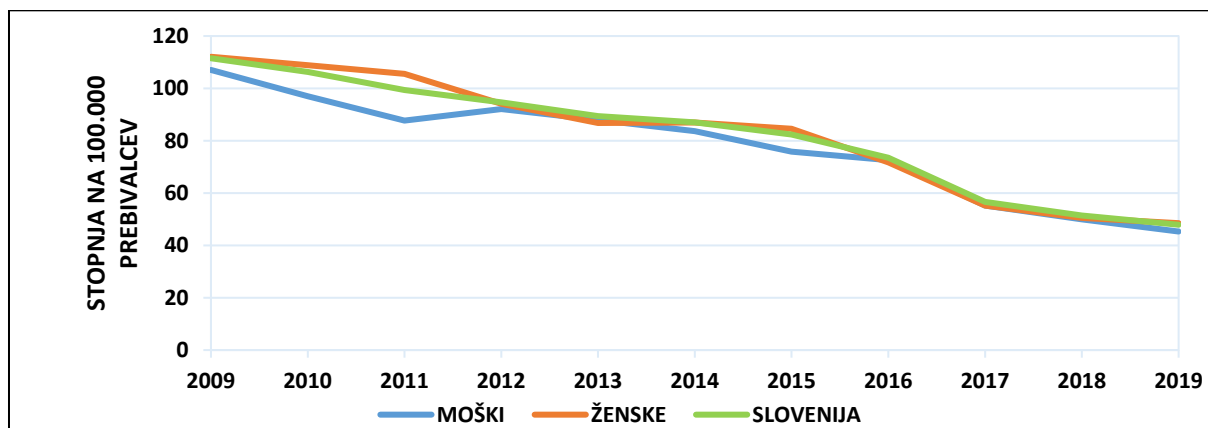
Po zadnjih določilih OECD za zbiranje podatkov za leti 2018 in 2019 se stopnja sprejemov zaradi hipertenzije določa kot število vseh nematerinskih (neneonatalnih) bolnišničnih sprejemov z glavno diagnostično kodo hipertenzija (I10, I11.9, I12.9, I13.9) v specifičnem letu glede na število vseh prebivalcev.

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

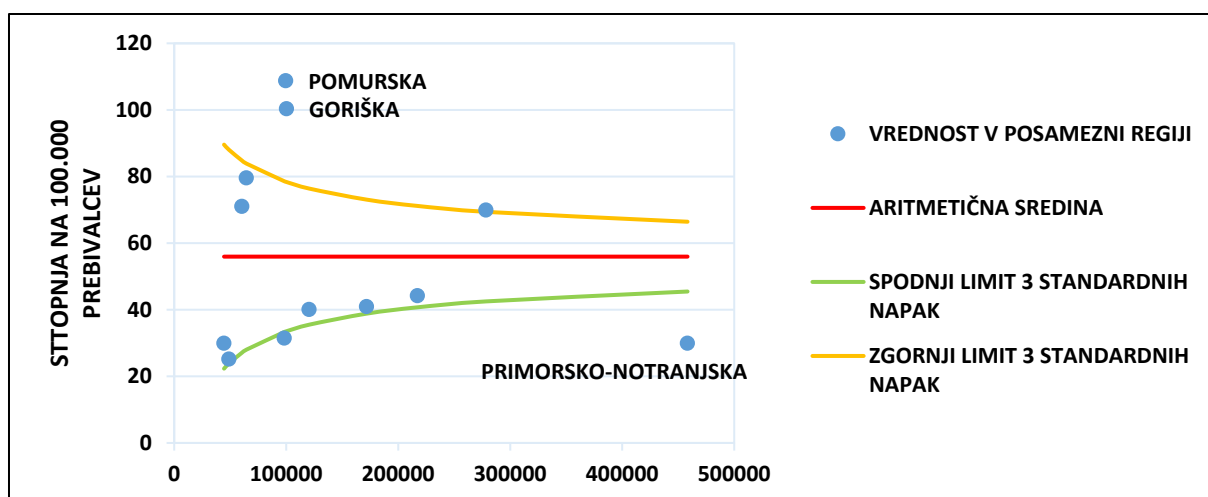
Iz pridobljenih podatkov je razvidno, da se ta stopnja od leta 2009 naprej močno znižuje, kar lahko kaže na učinkovito delovanje primarne zdravstvene ravni (**Slika 12**).

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 predvsem v primorsko–notranjski regiji, 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**).

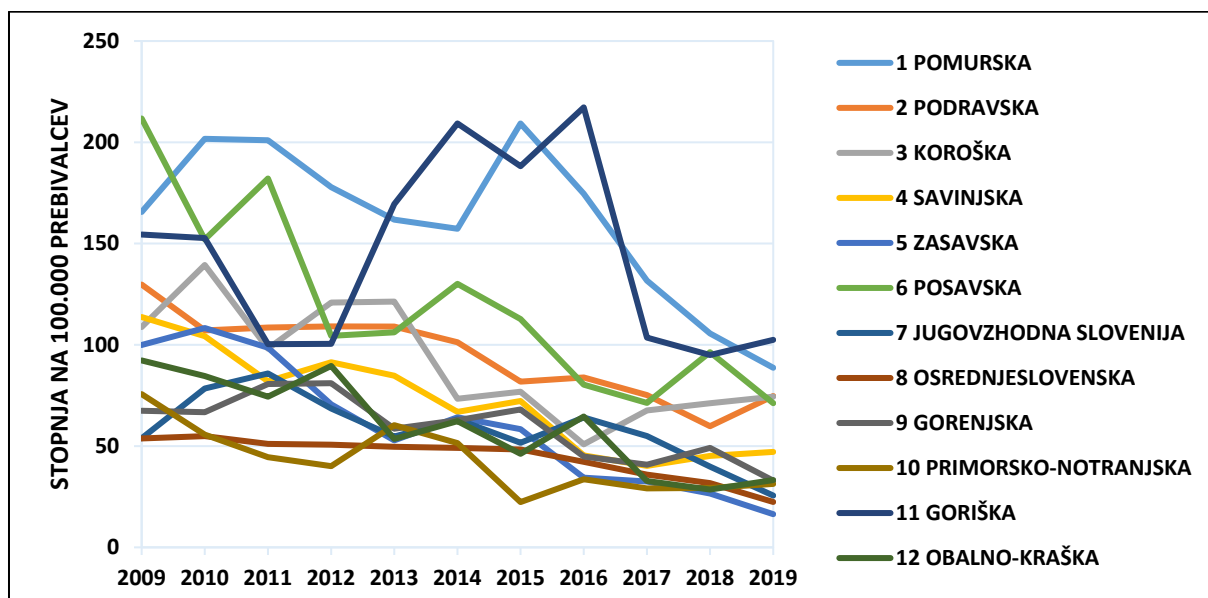
Slika 12: Stopnja sprejemov zaradi hipertenzije na 100.000 prebivalcev med letoma 2009 in 2019 v Sloveniji, standardizirana po starosti in spolu



Slika 13: Groba stopnja sprejemov zaradi hipertenzije na 100.000 prebivalcev po regijah, povprečna vrednost treh let (2017–2019)



Slika 14: Groba stopnja sprejemov zaradi hipertenzije na 100.000 prebivalcev med letoma 2009 in 2019 po posameznih regijah



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

Ob tem so opazne razlike po regijah v stopnji sprejemov zaradi kroničnih bolezni. Najvišje stopnje sprejemov zaradi kroničnih bolezni je v letu 2019 imela pomurska, najmanjšo pa osrednjeslovenska regija. Razlogi za to bi lahko bili manj zmogljivejša primarna raven zdravstvenega varstva, težja dostopnost do specialističnih ambulant, večja zasedenost bolnišnic ali drugačna praksa kodiranja pomurske regije v primerjavi z osrednjeslovensko regijo.

NALEZLJIVE BOLEZNI

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

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

- obvezni za cepljenje proti ošpicam so bili v letu 2019 otroci, rojeni v letu 2018, od dopolnjenih 12 mesecev starosti do dopolnjenih 18 mesecev starosti,
- obvezni za cepljenje proti davici, tetanusu in oslovskemu kašlju so bili v letu 2019 otroci, rojeni v letu 2018, od dopolnjenih treh mesecev starosti naprej in rojeni v 2019, ko so dopolnili tri mesece starosti,
- obvezni za cepljenje proti hepatitisu B so bili v letu 2019 otroci, ki so v šolskem letu 2018/19 obiskovali 1. razred osnovne šole.

Precepljenost za leta od 2015 do 2019 je bila ocenjena na podlagi združenih (agregiranih) podatkov, ki so jih podali 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 števil obveznikov za cepljenje, ki so jih poročali izvajalci, in številom živorojenih otrok iz Centralnega registra prebivalstva, rojenih v enakem časovnem obdobju, smo ugotovili, da je bila v oceno precepljenosti zajeta večina obveznikov, kar zagotavlja natančnost ocene.

Precepljenost proti navedenim boleznim je že nekaj let zapored na državni ravni sorazmerno visoka, več kot 90-% (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-% precepljenost. Izbruhi nalezljivih boleznih, ki jih preprečujemo s cepljenjem (v zadnjem času predvsem ošpice), se pojavljajo v Evropi in drugod po svetu. Zelo pomembno je vzdrževanje visoke precepljenosti našega prebivalstva zaradi morebitnega vnosa v državo.

Preglednica 2: Delež cepljenih proti nekaterim nalezljivim boleznim v Sloveniji v letih od 2015 do vključno 2019

BOLEZEN/LETO	2015	2016	2017	2018	2019
Ošpice, mumps in rdečke	93,5	92,3	93,2	93,1	93,6
Davica, tetanus in oslovski kašelj	94,8	94,1	94,2	93,4	94,7
Hepatitis B	88,8	87,8	88,7	87,2	87,5

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

Kazalnik kaže delež oseb, starih 65 let in 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 združenih (agregiranih) podatkov, ki so jih podali izvajalci cepljenja (**Preglednica 3**). Pri izračunu deleža cepljenih proti gripi je bilo v števcu poročano število oseb, starih 65 let in 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 in več.

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

SEZONA	2014/15	2015/16	2016/17	2017/18	2018/19
DELEŽ (%)	11,0	10,4	9,8	11,7	12,9

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

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

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

Pri izračunu incidenčne stopnje posamezne bolezni je v števcu število prijavljenih primerov bolezni v posameznih letih, v imenovalcu pa število vseh prebivalcev Slovenije v istem letu (izražena kot število primerov /100.000 prebivalcev) (**Preglednica 4**).

Incidenčna stopnja ošpic kaže na zelo dobro obvladovanje tega obolenja v zadnjih letih. Ošpice se pojavljajo redko. Pri pojavu bolezni gre običajno za vnesene primere, ob katerih oboli nekaj posameznikov, medtem se večje širjenje bolezni zaradi dobre precepljenosti za zdaj ne zgodi.

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

Incidenčna stopnja akutnega hepatitisa B je nizka, bolezen v Sloveniji dobro obvladujemo. Rutinsko cepljenje vseh otrok proti hepatitisu B smo v Sloveniji začeli leta 1998. Visoka precepljenost zagotavlja dobro zaščito mladim proti hepatitisu B, bolezen se pri njih ne pojavlja.

Preglednica 4: Število prijavljenih primerov in incidenčna stopnja nekaterih nalezljivih bolezni v Sloveniji v letih od 2010 do 2019

LETO	OSLOVSKI KAŠELJ		OŠPICE		AKUTNI HEPATITIS B	
	Št. primerov	Inc. stopnja	Št. primerov	Inc. stopnja	Št. primerov	Inc. stopnja
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
2019	130	6,5	51	2,5	8	0,4

UČINKOVITOST ZDRAVSTVENE OSKRBE

KK21 – RAZJEDE ZARADI PRITISKA

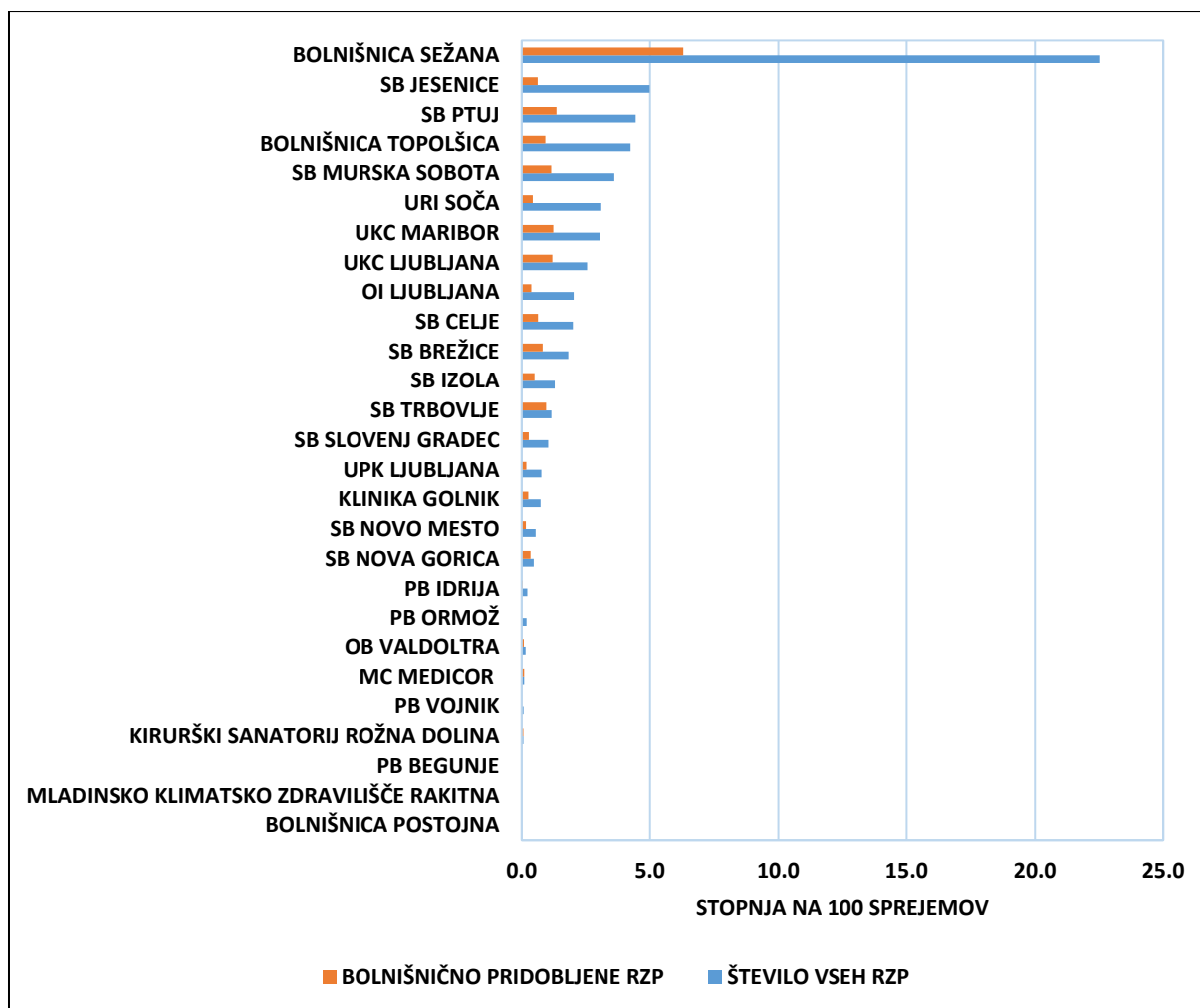
Kazalnik kakovosti razjede zaradi pritiska (RZP) prikazuje stopnjo razjed, nastalih v bolnišnicah. Izračuna se kot število bolnikov, ki so dobili RZP v bolnišnici, na sto sprejetih bolnikov v tekočem letu. Upošteva se ocena razjed glede na štiristopenjsko klasifikacijo po EUPAP (Evropski svetovni odbor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

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

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

Podobno kot v zadnjih letih se je tudi v letu 2019 pokazalo, da ima Bolnišnica Sežana najvišjo stopnjo bolnišnično pridobljenih in vseh RZP (**Slika 15**).

Slika 15: Stopnja RZP na 100 sprejemov po bolnišnicah v Sloveniji v letu 2019



KK22 – ČAKALNA DOBA ZA CT

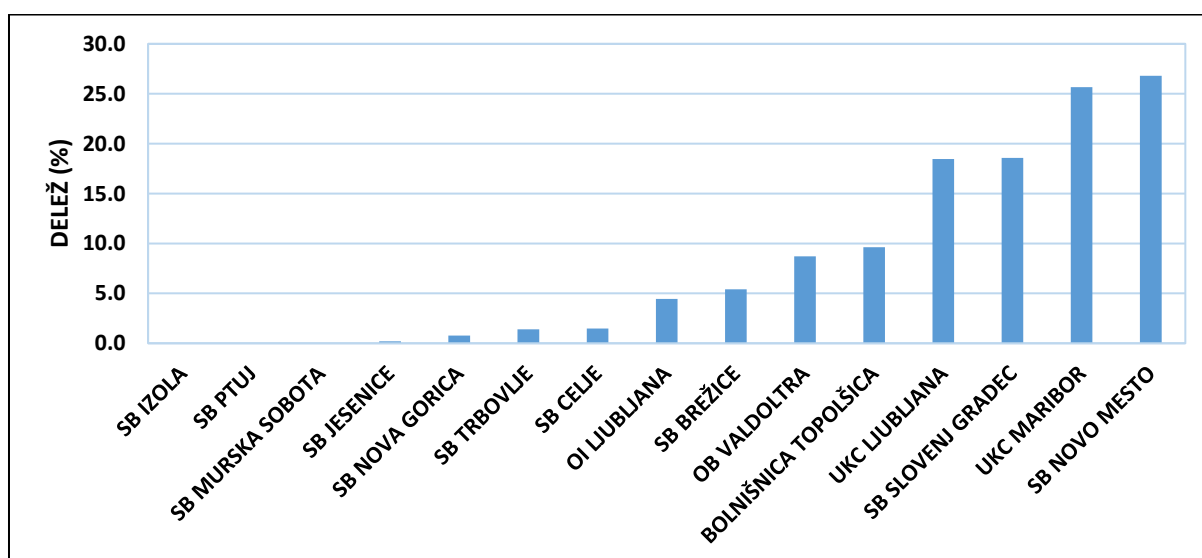
Kazalnik kakovosti čakalna doba za računalniško tomografijo (computed tomography – CT) prikazuje delež hospitaliziranih bolnikov, ki na CT čakajo več kot 24 ur. Je merilo za ocenjevanje učinkovitosti procesov bolnišnične oskrbe.

V Letnem poročilu o kazalnikih kakovosti v zdravstvu za leti 2014 in 2015 se je pokazalo, da SB Izola, SB Ptuj in SB Trbovlje ter Onkološki inštitut Ljubljana 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. Podobno se je pokazalo tudi za leti 2016 in 2017. V teh letih SB Izola, SB Murska Sobota, SB Ptuj in SB Trbovlje znova niso imele primera, ko bi bilo na CT-preiskavo treba čakati več kot 24 ur od naročila.

Po drugi strani je v štirih bolnišnicah več kot 15 odstotkov bolnikov čakalo na CT-preiskavo več kot 24 ur, med drugim tudi v obeh Univerzitetnih kliničnih centrih (UKC).

Tudi leta 2019 v SB Izola, SB Murska Sobota in SB Ptuj ni bilo primera, ko bi bilo treba na CT-preiskavo čakati več kot 24 ur od naročila (**Slika 16**). Podobno velja tudi za bolnišnice, ki so že v preteklosti imele največji delež čakajočih (oba UKC, SB Novo mesto, SB Slovenj Gradec).

Slika 16: Delež naročil CT-preiskav pri hospitaliziranih bolnikih, pri katerih je bila preiskava opravljena več kot 24 ur po naročilu, po nekaterih izvajalcih bolnišničnih storitev v Sloveniji v letu 2019



KK23 – UČINKOVITOST DELA V OPERACIJSKEM BLOKU

Operacijski blok z operacijskimi dvoranami je pomemben bolnišnični del z velikimi stroški. Pri neučinkoviti rabi operacijskega bloka lahko nastane znatna finančna izguba, zato je pomembno gospodarno vodenje. Večja uporaba operacijskega bloka privede do povečanega pretoka bolnikov in skrajšanja čakalnih dob na področju kirurgije. Doseže se predvsem z boljšo delovno organiziranostjo, na primer boljšo pripravo anesteziološke in kirurške službe ter drugih delovnih skupin, in bolje izobraženim kadrom.

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

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

Za leto 2019 so podatke za oceno učinkovitosti dela pri ambulantnih (dnevni) in bolnišničnih operacijskih posegih poslali le SB Celje, SB Jesenice, SB Murska Sobota, SB Nova Gorica, SB Novo mesto, SB Ptuj, SB Slovenj Gradec in Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo (BGP) Kranj. Druge bolnišnice so poslale le delne podatke, nekatere podatkov celo niso poslale (Arbor Mea, SB Izola, UKC Ljubljana). Delni podatki so posledica nespremljanja, delnega spremljanja ali neizvajanja dnevnih operacijskih posegov. Realne ocene o učinkovitosti dela v operacijskem bloku ni mogoče podati, prav tako ne primerljivosti med bolnišnicami. Kljub temu je mogoče opaziti, da so med izvajalci velike razlike.

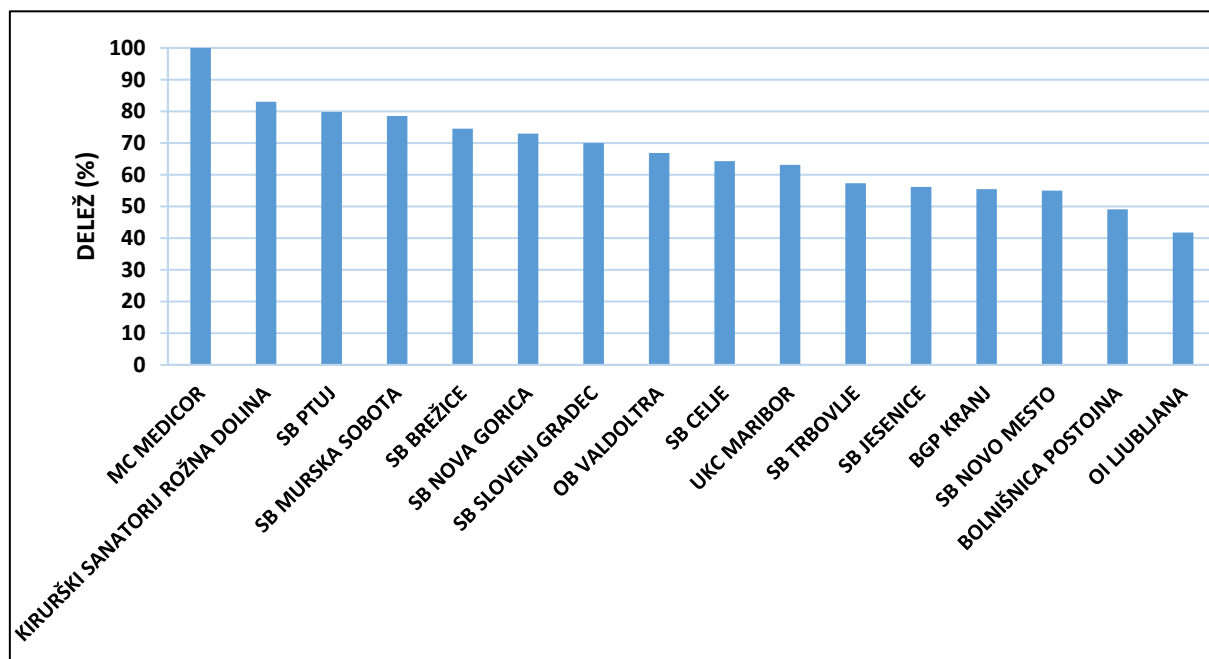
V letu 2019 so Medicinski center (MC) Medicor, Kirurški sanatorij Rožna dolina, SB Ptuj, SB Murska Sobota, SB Brežice, SB Ptuj, SB Slovenj Gradec in SB Nova Gorica imeli več kot 70-odstotno izkoriščenost operacijskih dvoran, MC Medicor celo 100-odstotno (**Slika 17**). Po drugi strani je imelo več bolnišnic manj kot 60-odstotno izkoriščenost.

Podatkov o izkoriščenosti prostorov pri ambulantnih (dnevni) operacijskih posegih je premalo za natančnejšo analizo. Večina bolnišnic naj ne bi opravljala ambulantnih (dnevni) operacijskih posegov. Ne glede na to je opazno, da je izkoriščenost operacijskih dvoran za dnevne operacijske posege še vedno majhna (**Slika 18**). Od podatkov, ki so jih poslale bolnišnice, je imela največji delež SB Ptuj (82,9 %), najmanjšega Onkološki inštitut (OI) Ljubljana (18,2 %).

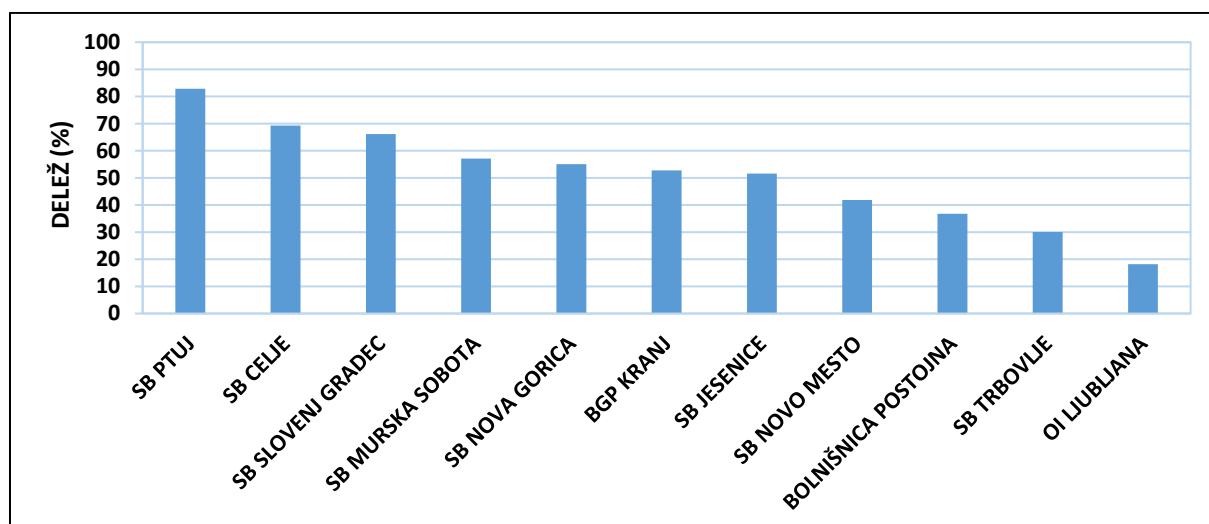
Odpoved načrtovane operacije lahko kaže na neučinkovito delovno organizacijo in ima neprijetne posledice za zaposlene in bolnike. **Slika 19** prikazuje odstotek odpovedanih bolnišničnih operacijskih posegov v letu 2019 v nekaterih bolnišnicah. Vrednosti so bile od nič odstotkov v MC Medicor do 15 odstotkov odpovedanih operacij v SB Jesenice. 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 0,2 odstotka v SB Celje do 23,5 odstotka v SB Slovenj Gradec (**Slika 20**). OI Ljubljana in SB Trbovlje sta poslala le delne podatke.

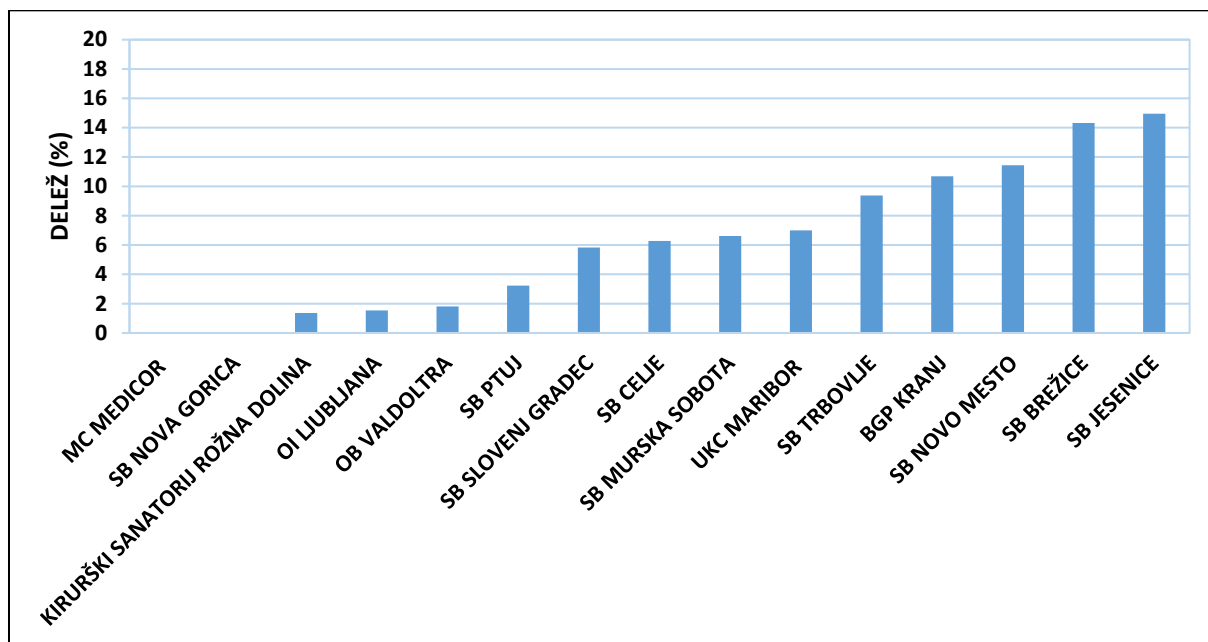
Slika 17: Delež izkoriščenosti operacijskih dvoran za bolnišnične posege po nekaterih slovenskih bolnišnicah v letu 2019



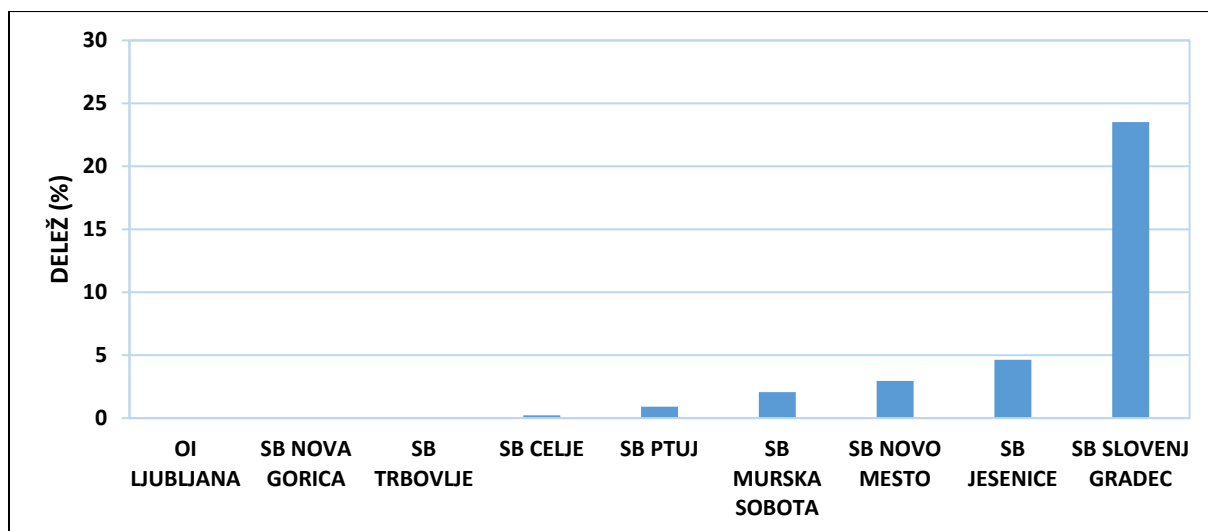
Slika 18: Delež izkoriščenosti operacijskih dvoran za ambulantne (dnevne) posege po nekaterih slovenskih bolnišnicah v letu 2019



Slika 19: Delež odpovedanih bolnišničnih operacij med vsemi načrtovanimi po nekaterih slovenskih bolnišnicah v letu 2019



Slika 20: Delež odpovedanih ambulantnih (dnevni) operacij med vsemi načrtovanimi po nekaterih slovenskih bolnišnicah v letu 2019



*OI Ljubljana je posredoval podatke samo za dve trimesečji, SB Trbovlje samo za zadnje trimesečje.

KK24 – TRAJANJE BOLNIŠNIČNEGA BIVANJA

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

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

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

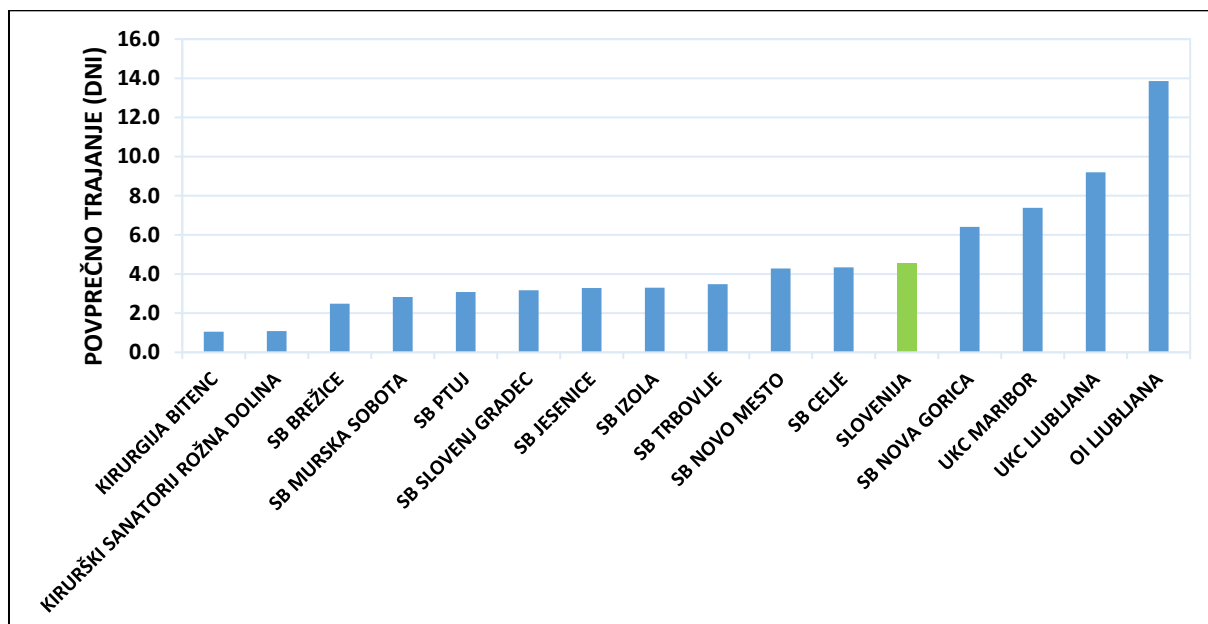
Holecistektomija

V analizi niso bili upoštevani izvajalci z manj kot 15 hospitalizacijami v letu 2019. Znova so se pokazale razlike med bolnišnicami v povprečnem trajanju akutnega bolnišničnega bivanja zaradi holecistektomije.

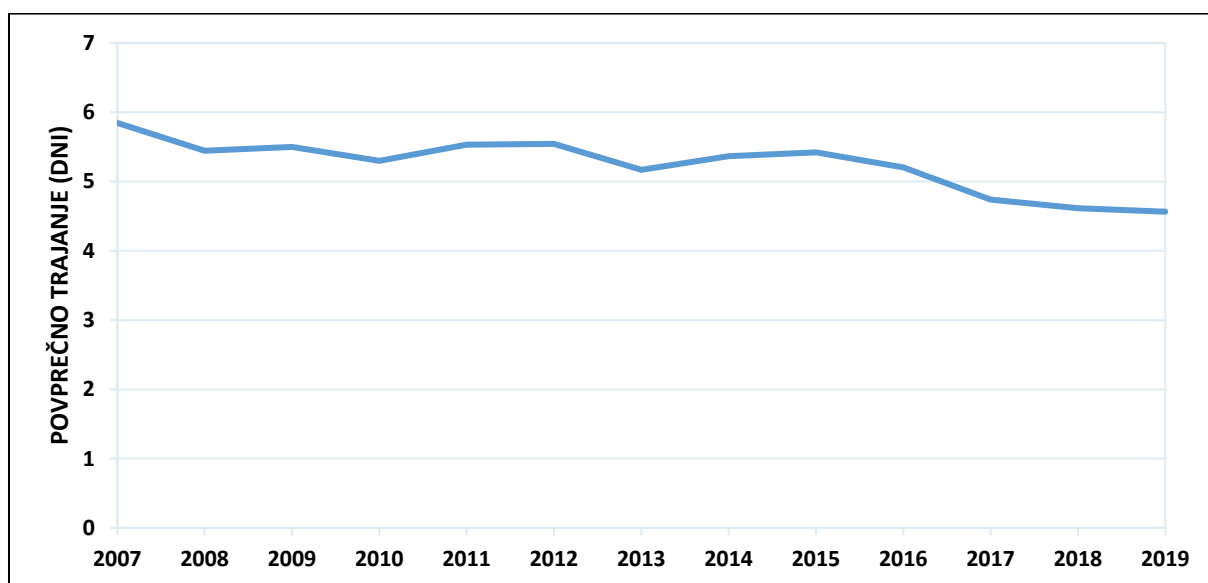
V letu 2018 je bila najdaljša ležalna doba zaradi holecistektomije v OI Ljubljana (13,9 dneva), najkrajša v Kirurgiji Bitenc (1,0 dneva). Povprečno je akutna bolnišnična obravnava v letu 2018 trajala 4,6 dneva (**Slika 21**).

Pokazalo se je tudi krajšanje povprečnega trajanja bolnišničnega bivanja med letoma 2007 in 2019 (**Slika 22**).

Slika 21: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja zaradi holecistektomije po posameznih bolnišnicah v Sloveniji v letu 2019



Slika 22: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja zaradi holecistektomije v Sloveniji med letoma 2007 in 2019



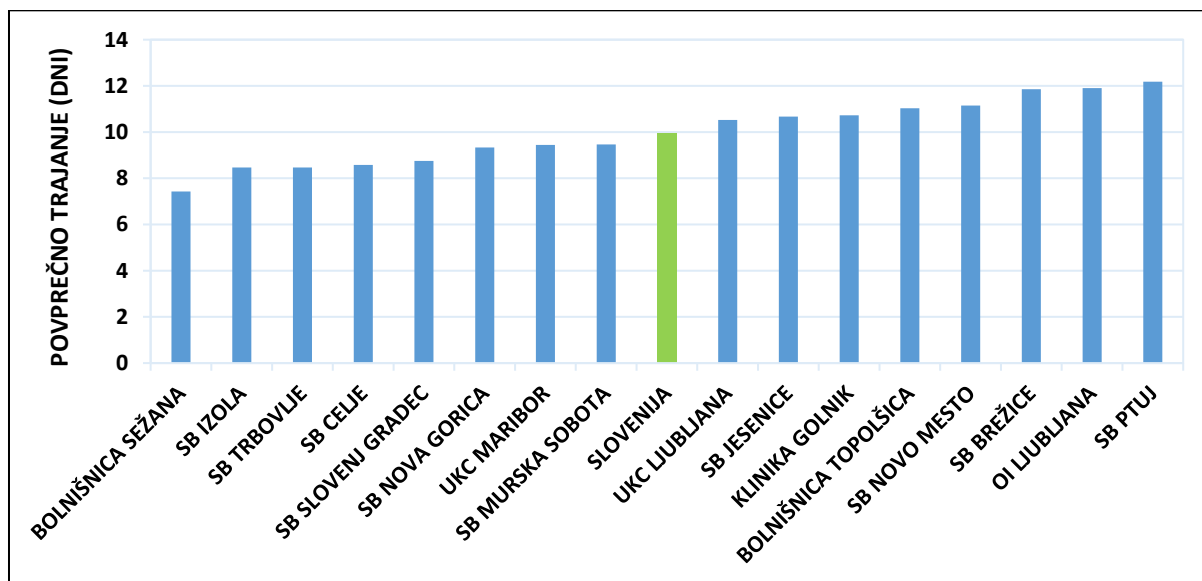
Pljučnica domačega okolja

V analizi niso bili upoštevani izvajalci z manj kot desetimi hospitalizacijami zaradi pljučnic v domačem okolju v letu 2019.

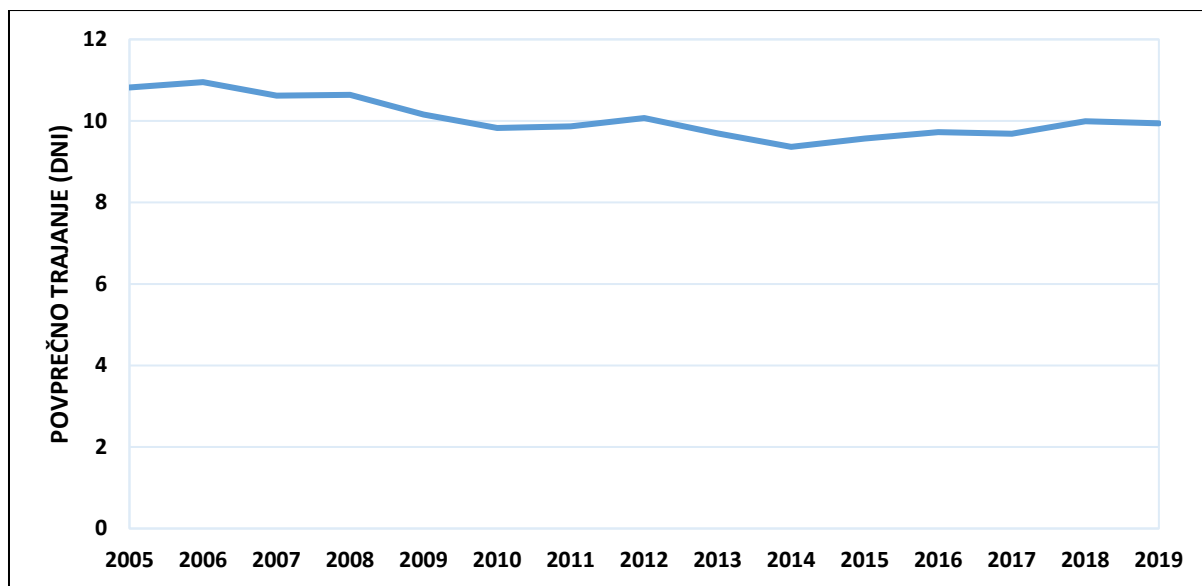
Najdaljše povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja je imela SB Ptuj (12,2 dneva), najkrajše Bolnišnica Sežana (7,4 dneva). Povprečno je akutna bolnišnična obravnava v letu 2019 trajala 9,9 dneva (**Slika 23**).

Opazno je skrajševanje povprečnega trajanja akutnega bolnišničnega bivanja med letoma 2005 in 2019 (**Slika 24**).

Slika 23: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja zaradi glavne diagnoze pljučnica domačega okolja po nekaterih bolnišnicah v Sloveniji v letu 2019



Slika 24: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja zaradi glavne diagnoze pljučnica domačega okolja v Sloveniji med letoma 2005 in 2019

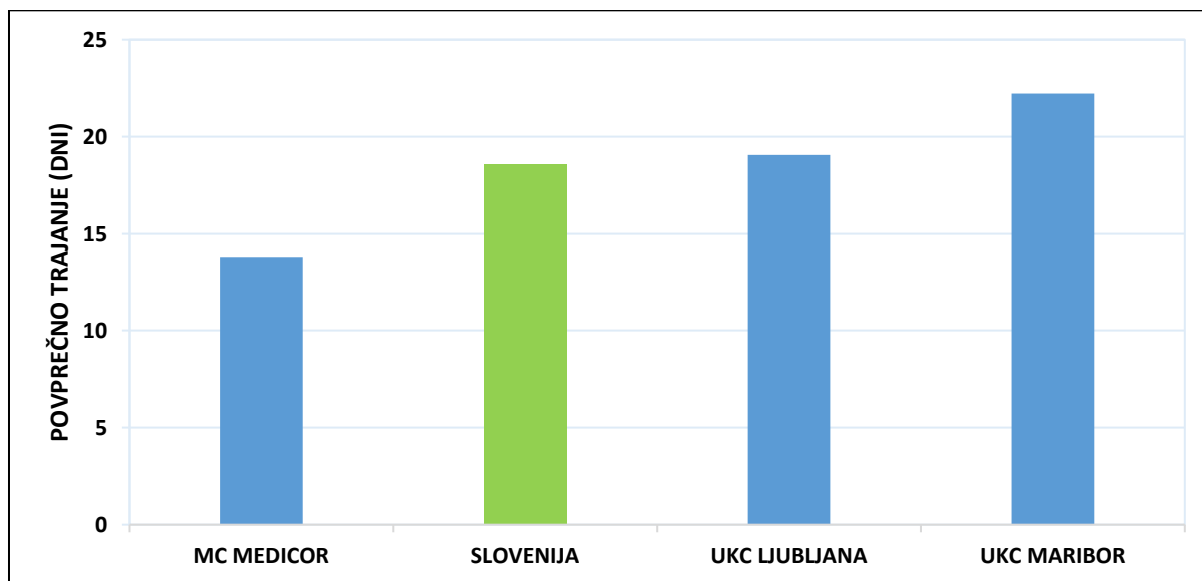


Koronarna premostitvena operacija

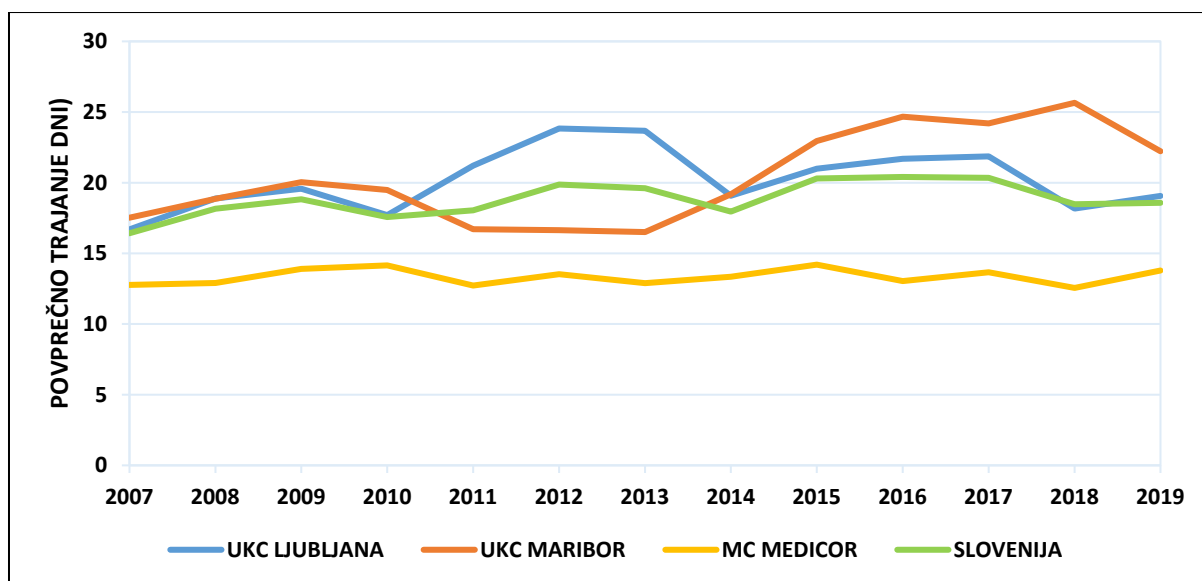
Koronarne premostitvene operacije v Sloveniji izvajajo trije centri, in sicer oba UKC ter MC Medicor. Med seboj se razlikujejo po povprečnem trajanju bolnišničnega bivanja in letnem številu primerov (**Slika 25**). Razlika pri povprečnem trajanju bivanja lahko izhaja iz tega, da oba UKC izvajata nujne in elektivne premostitvene operacije, medtem ko ima MC Medicor le elektivne, zato je povprečno trajanje bolnišničnega bivanja v MC Medicor pričakovano krajše (13,8 dneva, UKC Ljubljana 19,1 dneva in UKC Maribor 22,2 dneva). Povprečno je akutna bolnišnična obravnava v letu 2019 trajala 18,6 dneva.

Medtem ko se je med letoma 2007 in 2019 povprečno trajanje bivanja v UKC Maribor in UKC Ljubljana počasi podaljševalo, v MC Medicor tega ni bilo opaziti (**Slika 26**). V zadnjih letih večjega podaljševanja povprečnega trajanja bivanja zaradi koronarne premostitvene operacije ni več opaziti v nobenem izmed treh centrov.

Slika 25: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja ob izvedbi koronarne premostitvene operacije po izvajalcih zdravstvene storitve v Sloveniji v letu 2019



Slika 26: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja ob izvedbi koronarne premostitvene operacije po izvajalcih zdravstvene storitve v Sloveniji med letoma 2007 in 2019



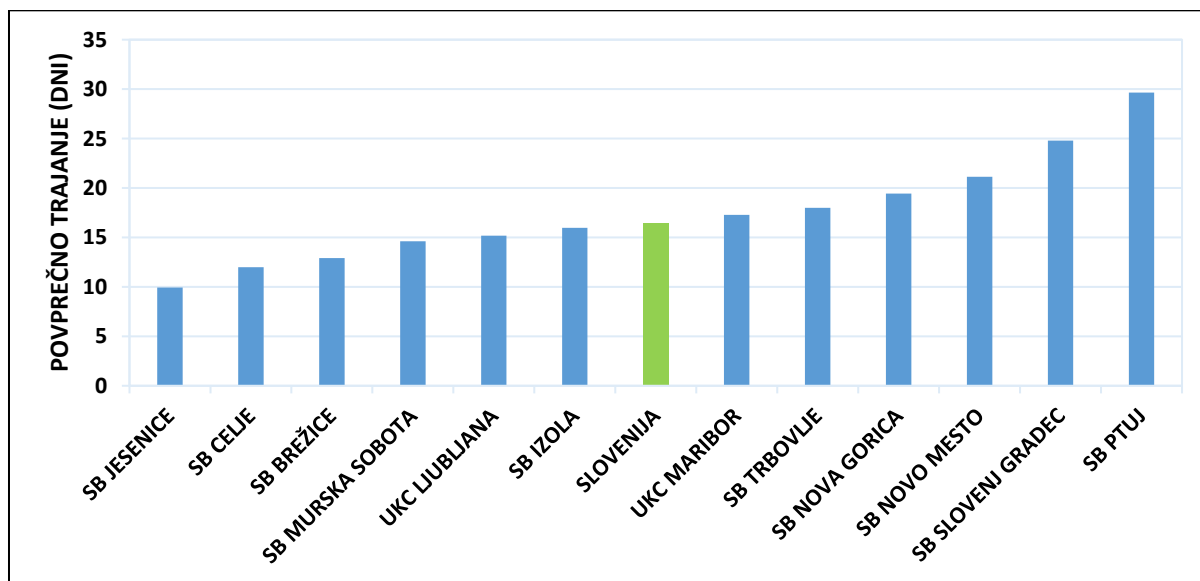
Zlom kolka

V analizi niso bili upoštevani izvajalci, ki so imeli v letu 2019 manj kot deset primerov zloma kolka.

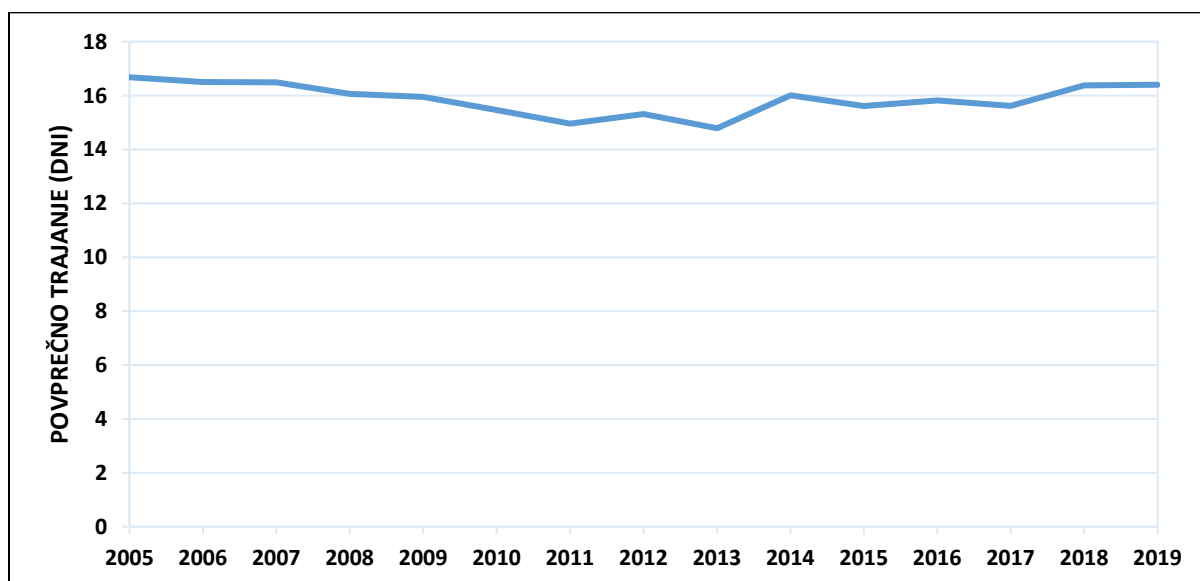
SB Ptuj ima glede na primerjavo s podatki iz prejšnjih poročil še vedno najdaljše povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja zaradi zloma kolka (29,6 dneva) (**Slika 27**). Najkrajše povprečno trajanje so imeli v SB Jesenice (9,9 dneva). Povprečno je akutna bolnišnična obravnava v letu 2019 trajala 16,4 dneva.

Povprečno akutno bolnišnično bivanje zaradi zloma kolka v Sloveniji med letoma 2005 in 2019 se ni bistveno spremenilo (**Slika 28**).

Slika 27: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja ob glavni diagnozi zlom kolka po posameznih bolnišnicah v letu 2019



Slika 28: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja ob glavni diagnozi zlom kolka v Sloveniji med letoma 2005 in 2019



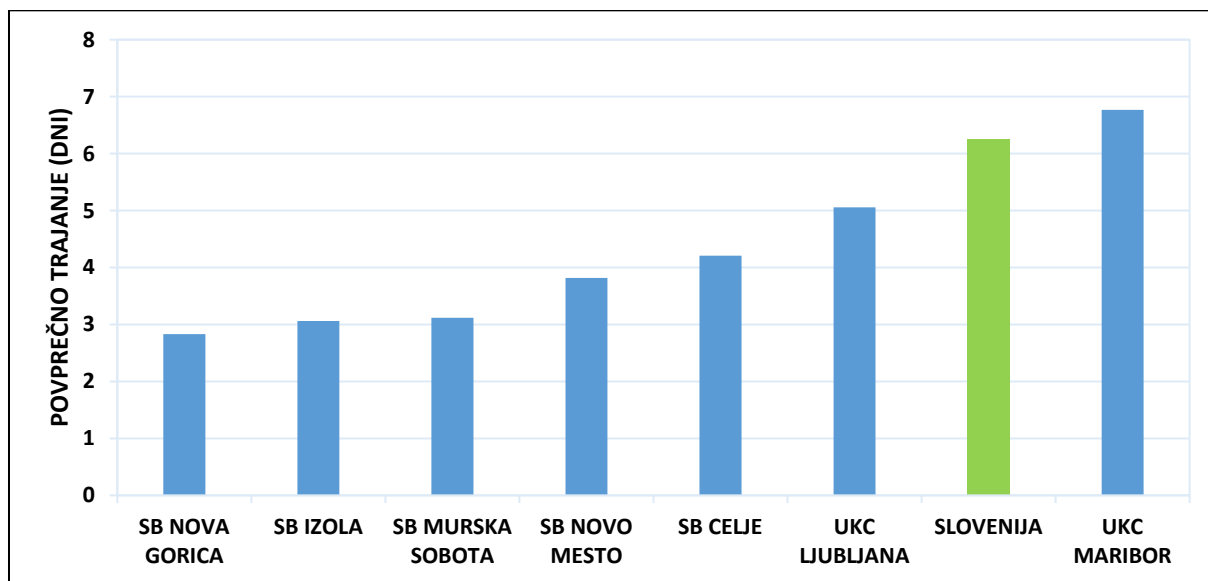
Tonzilektomija in adenoidektomija

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

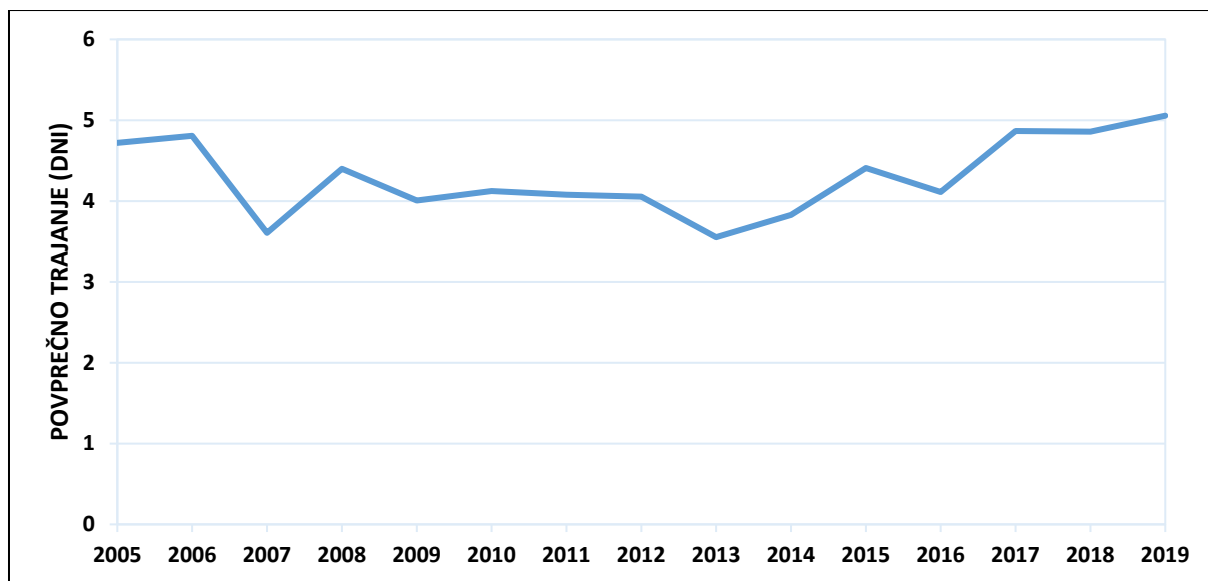
Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja zaradi tonzilektomije ali adenoidektomije se med izvajalci teh storitev precej razlikuje. V letu 2019 je bilo najdaljše v UKC Maribor (6,8 dneva), najkrajše v SB Nova Gorica (2,8 dneva) (**Slika 29**). Povprečno trajanje akutne bolnišnične obravnave je bilo v letu 2019 5,1 dneva.

Med letoma 2005 in 2019 ni opaziti večjih sprememb pri povprečnem trajanju akutnega bolnišničnega bivanja (**Slika 30**).

Slika 29: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja zaradi tonzilektomije ali adenoidektomije po nekaterih bolnišnicah v letu 2019



Slika 30: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja zaradi tonzilektomije ali adenoidektomije v Sloveniji med letoma 2005 in 2019



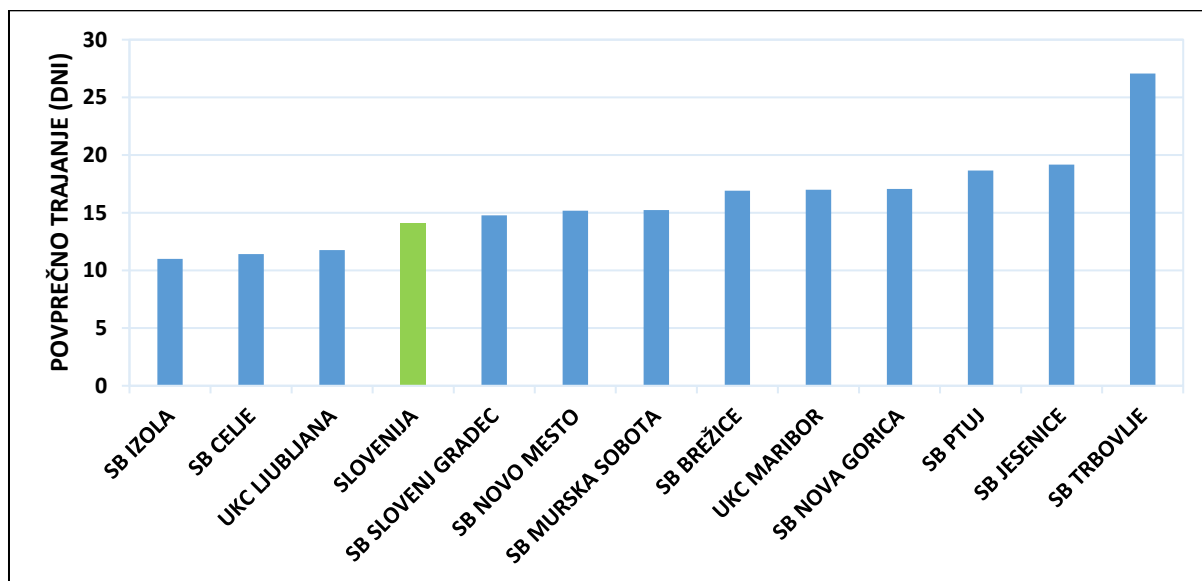
Možganska kap

Bolniki po onesposablajoči akutni možganski kapi potrebujejo takojšnjo rehabilitacijo. Začetna rehabilitacija se lahko začne izvajati v sprejemni bolnišnici, nadaljevalna v specializiranih ustanovah. Pri velikem letnem številu sprejemov bolnikov po akutni možganski kapi in zaradi tega ob potrebi po stalno razpoložljivih posteljah mora biti vzpostavljen primeren sistem obravnave takih bolnikov. V tej analizi niso bile obravnavane bolnišnice, ki so imele manj kot deset primerov možganske kapi v letu 2019.

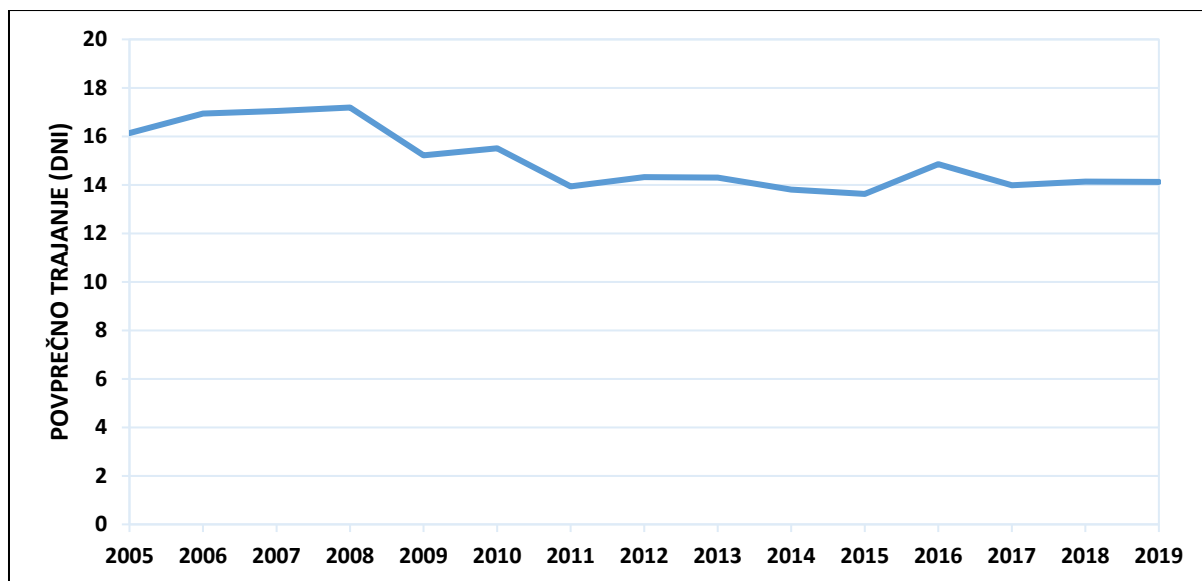
Najdaljše trajanje akutnega bolnišničnega bivanja je bilo v SB Trbovlje (27,1 dneva), najkrajše v SB Izola (11,0 dneva) (**Slika 31**). Razlike v povprečni ležalni dobi so v primerjavi s prejšnjimi leti še vedno izrazite. Ob tem je treba upoštevati letna nihanja podatkov. Povprečno trajanje akutne bolnišnične obravnave je bilo v letu 2019 14,1 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 32**).

Slika 31: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja ob glavni diagnozi akutna možganska kap po posameznih bolnišnicah v letu 2019



Slika 32: Povprečno trajanje akutnega bolnišničnega bivanja ob glavni diagnozi akutna možganska kap v Sloveniji med letoma 2005 in 2019



KK25 – STOPNJA SPREJEMOV ZARADI SLADKORNE BOLEZNI

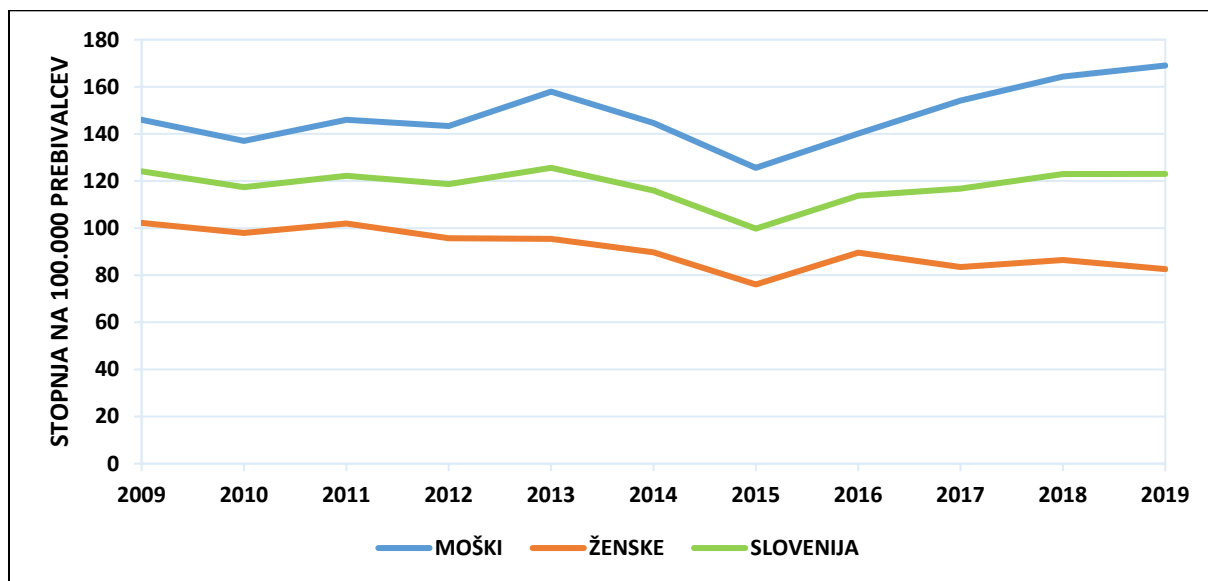
Po zadnjih določilih OECD za zbiranje podatkov za leti 2018 in 2019 se stopnja sprejemov zaradi sladkorne bolezni določi kot število vseh nematerinskih (neneonatalnih) bolnišničnih sprejemov z glavno diagnostično kodo sladkorna bolezen (E10.0–E10.9, E11.0–E11.9, E13.0–E13.9, E14.0–E14.9) v posameznem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

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

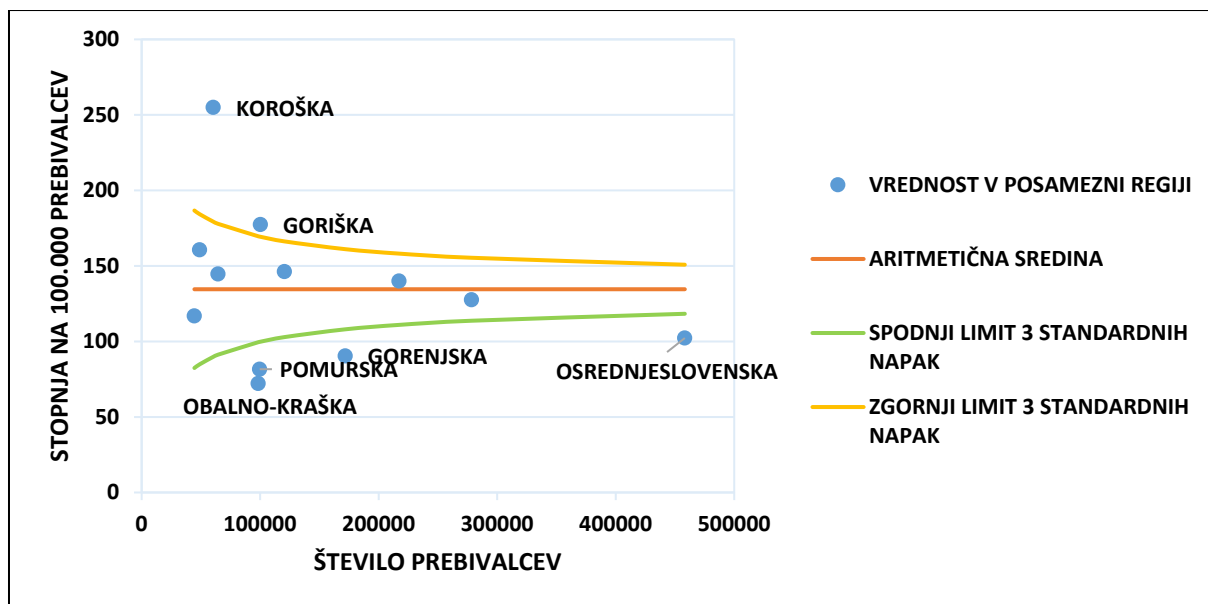
Stopnja sprejemov zaradi sladkorne bolezni je standardizirana po starosti in spolu na 100.000 prebivalcev. Iz pridobljenih podatkov je razvidno, da se je stopnja sprejemov zaradi sladkorne bolezni počasi zmanjševala med letoma 2009 in 2015 ter se postopoma začela povečevati po letu 2015, predvsem pri moških, kar lahko kaže na slabšo uspešnost ambulantnega vodenja bolnikov s sladkorno boleznijo (**Slika 33**).

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

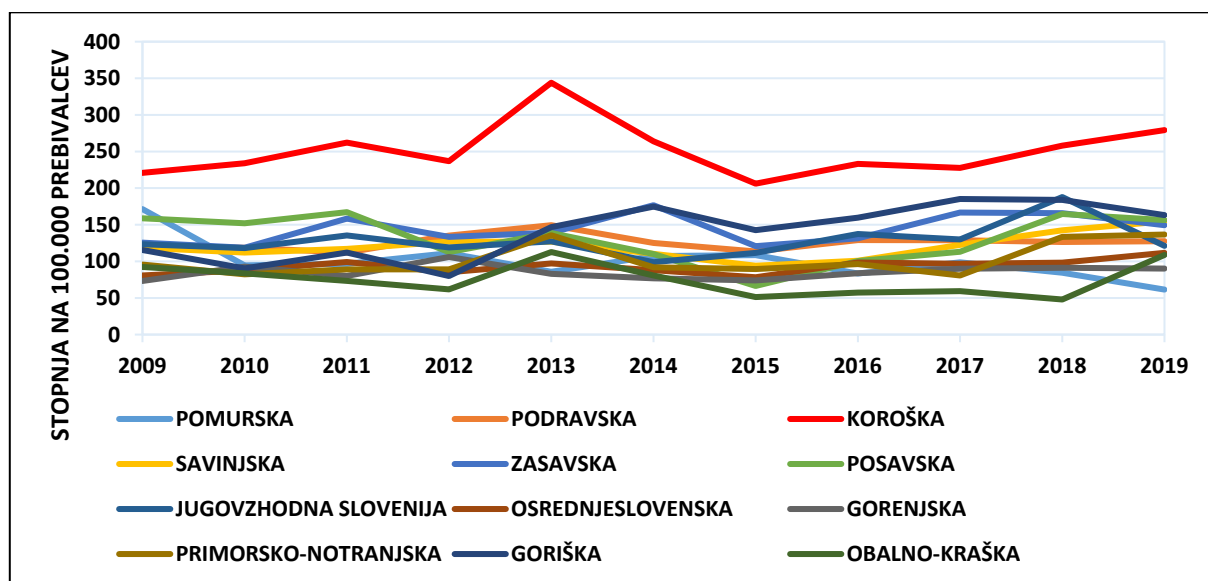
Slika 33: Stopnja bolnišničnih sprejemov zaradi sladkorne bolezni na 100.000 prebivalcev, standardizirana po starosti in spolu, med letoma 2009 in 2019



Slika 34: Groba stopnja sprejemov zaradi sladkorne bolezni na 100.000 prebivalcev po regijah, povprečna vrednost treh let (2017–2019)



Slika 35: Groba stopnja sprejemov zaradi sladkorne bolezni na 100.000 prebivalcev po regijah med letoma 2009 in 2019



KK28 – STOPNJA AMPUTACIJ SPODNJIH OKONČIN ZARADI SLADKORNE BOLEZNI

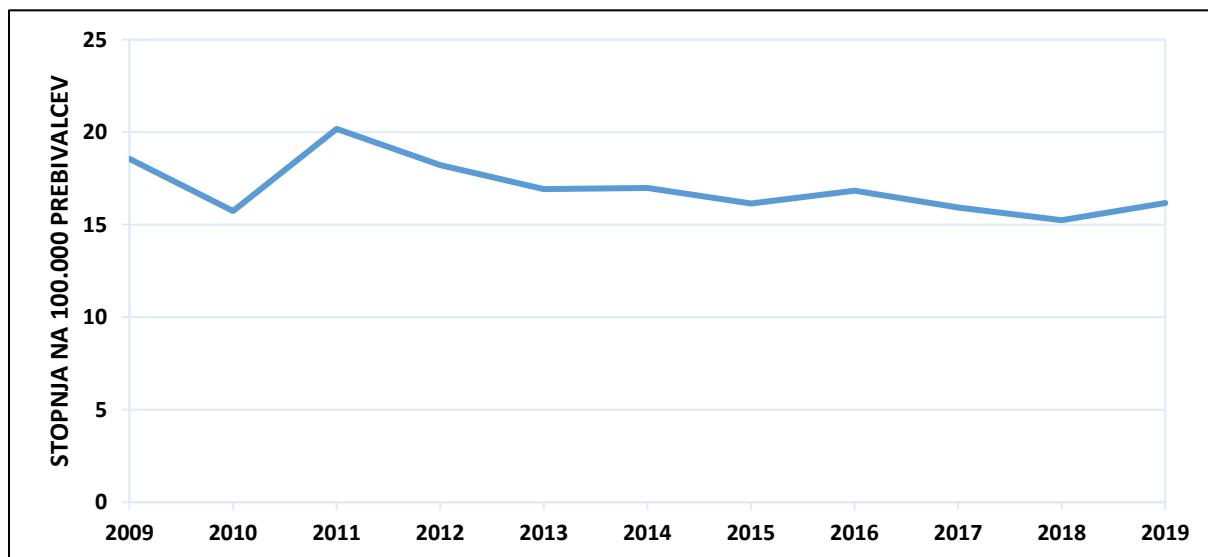
Kazalnik je opredeljen kot stopnja vseh nematerinskih in neneonatalnih sprejemov bolnikov, starejših od 15 let ali več, z osrednjo proceduralno kodo večje amputacije na spodnjih okončinah in z diagnostično kodo sladkorna bolezen (E10.0–E10.9, E11.0–E11.9, E13.0–E13.9, E14.0–E14.9) glede na število prebivalcev ali ocenjeno število bolnikov s sladkorno boleznijo. Določila OECD glede imenovalca temeljijo na različnih epidemioloških pristopih držav pri določanju prevalece sladkorne bolezni. Izvzeti 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, vendar se je leta 2019 znova nekoliko dvignila (**Slika 36**).

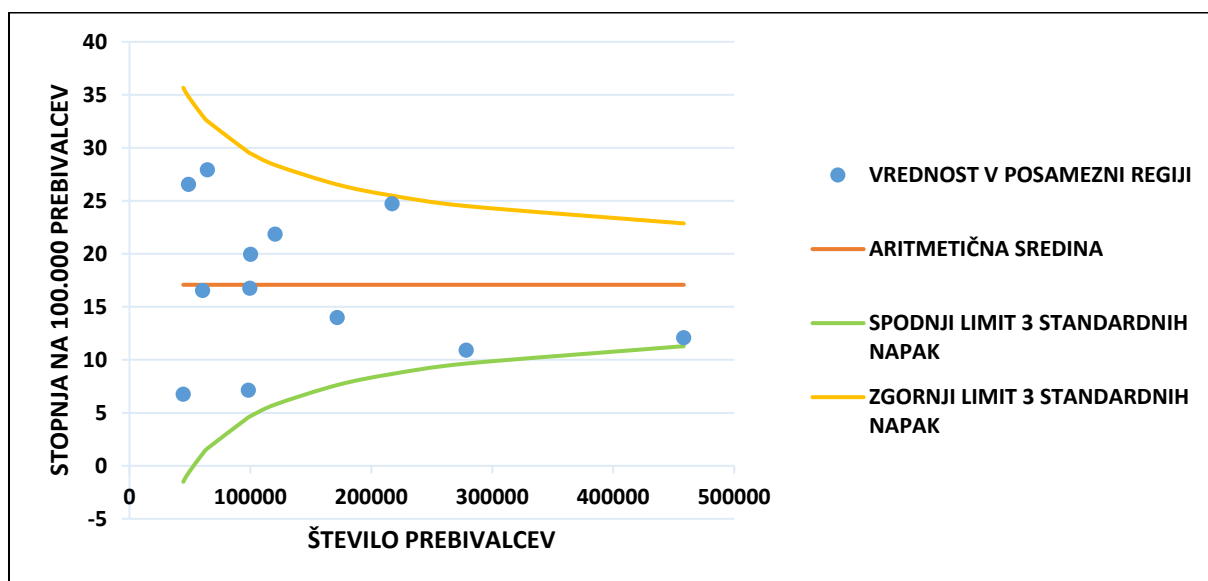
Groba stopnja amputacij spodnjih okončin zaradi sladkorne bolezni s povprečno vrednostjo let 2017–2019 ne kaže bistvenih razlik med posameznimi statističnimi regijami (**Slika 37**).

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

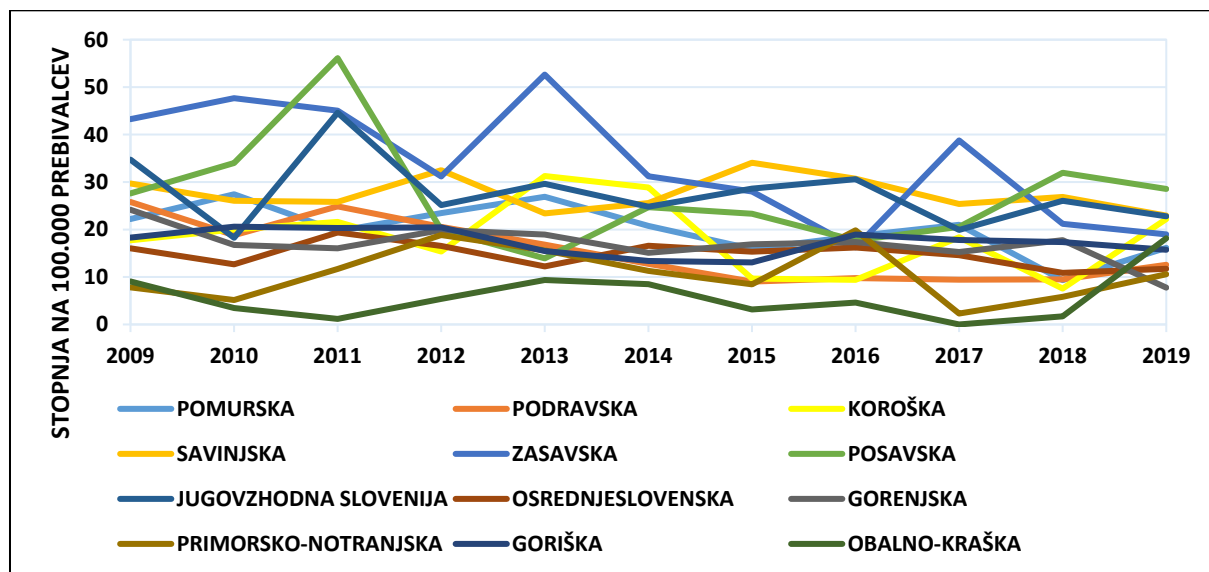
Slika 36: Starostno standardizirana stopnja amputacij spodnjih okončin zaradi sladkorne bolezni na 100.000 prebivalcev med letoma 2009 in 2019



Slika 37: Groba stopnja amputacij spodnjih okončin zaradi sladkorne bolezni na 100.000 prebivalcev po regijah, povprečna vrednost treh let (2017–2019)



Slika 38: Starostno standardizirana stopnja amputacij spodnjih okončin zaradi sladkorne bolezni na 100.000 prebivalcev med letoma 2009 in 2019 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).

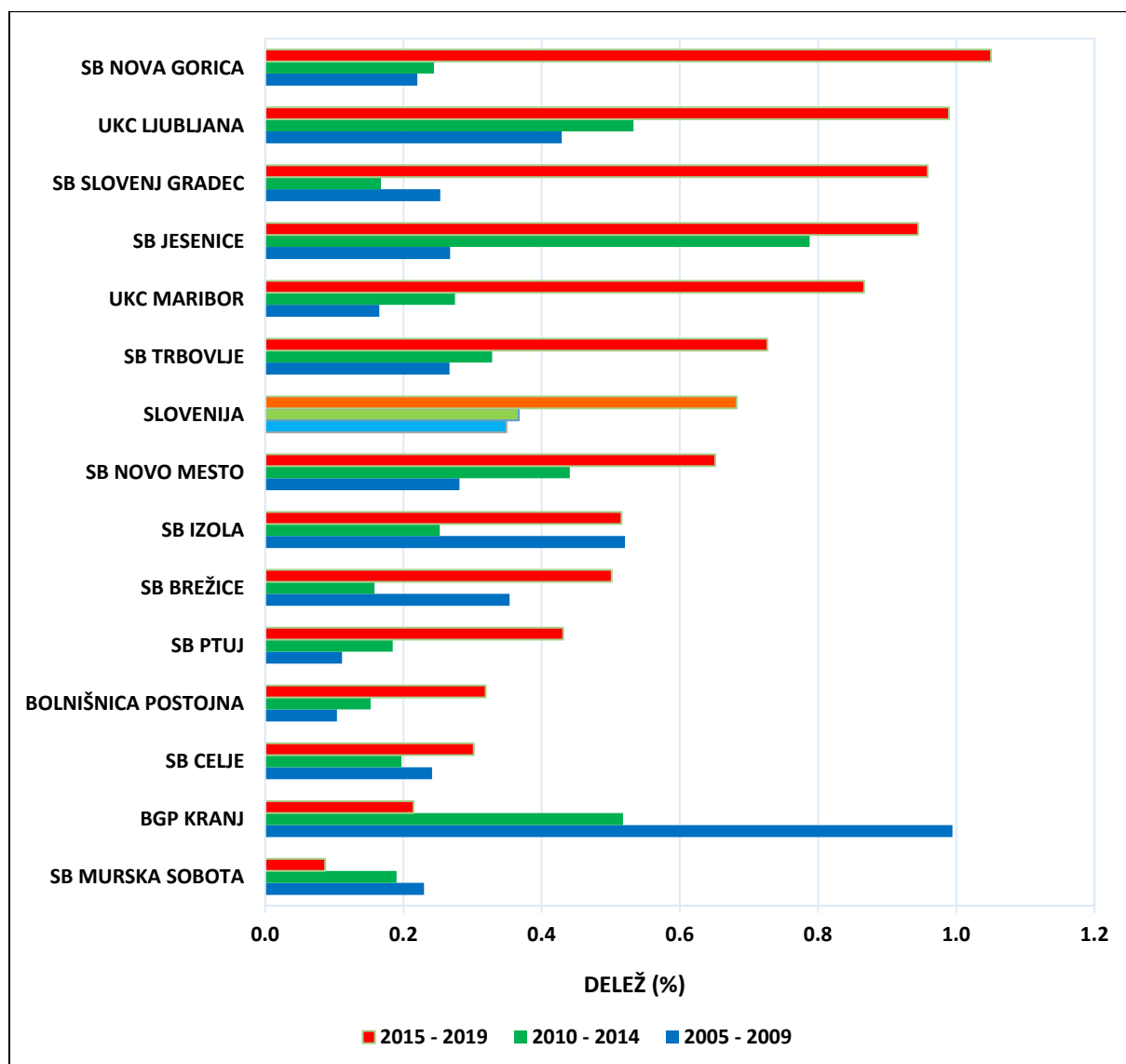
Delež poškodb presredka ob vaginalnem porodu je uporaben kazalnik kakovosti obporodnega varstva. Je dokaj zanesljiv in primerljiv med državami (3). Pri izračunu kazalnika je bila uporabljena metodologija OECD (3), ki zbira podatke o istoimenskem kazalniku v okviru projekta HCQI (Health Care Quality Indicators).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

Vir podatkov za pripravo kazalnika je PIS, ki zajema podatke o vseh porodih in rojstvih v 14 slovenskih porodnišnicah. Podatki o porodnih poškodbah se v PIS vpisujejo v rubriko Poškodbe porodne poti. Do leta 2012 je bil uporabljan nekoliko prirejen šifrant kod MKB 10, ki pa se v primeru poškodb presredka tretje in četrte stopnje dobro ujema z izvirno klasifikacijo. Od leta 2013 je šifrant popolnoma usklajen s klasifikacijo MKB 10 AM, različica 6.

Zelo pomembna omejitev kazalnika je majhno absolutno število primerov hujših poškodb. Leta 2019 je bilo skupno zabeleženih le 17 primerov poškodb presredka tretje ali četrte stopnje pri vaginalnem porodu z instrumenti, razen v največji porodnišnici je bilo v vseh preostalih porodnišnicah manj kot pet primerov, v sedmih 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 96. Kljub temu je bilo v večini porodnišnic (osmih od 14) zabeleženih manj kot pet primerov. Zato smo se odločili, da delež poškodb presredka tretje in četrte stopnje prikažemo samo za vaginalne porode brez instrumentov in da združimo podatke za petletno obdobje.

Razlike v deležu poškodb presredka tretje ali četrte stopnje so med porodnišnicami velike, ker je morda deloma še vedno posledica sorazmerno nizkega absolutnega števila primerov v manjših porodnišnicah, možne pa so tudi razlike v doslednosti pri beleženju zapletov v PIS. Tako je bil delež poškodb v obdobju od leta 2015 do 2019 od 0,09 odstotka v Murski Soboti do 1,05 odstotka v Novi Gorici, v povprečju je znašal 0,68 odstotka (**Slika 39**). To je skoraj dvakrat več kot v dveh predhodnih petletnih obdobjih. Primerjava med porodnišnicami kaže, da se je delež poškodb porodne poti v zadnjih petih letih povečal v večini porodnišnic, le v dveh (Murska Sobota in Kranj) se je zmanjšal. Ugodno pa je, da je bil delež poškodb presredka tretje ali četrte stopnje v letu 2019 nekoliko nižji kot leto prej.

Slika 39: Delež poškodb presredka tretje in četrte stopnje pri vaginalnih porodih brez uporabe instrumentov po bolnišnicah s porodničnicami v Sloveniji med leti 2005 in 2009, 2010 in 2014 ter 2015 in 2019



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

Literatura:

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

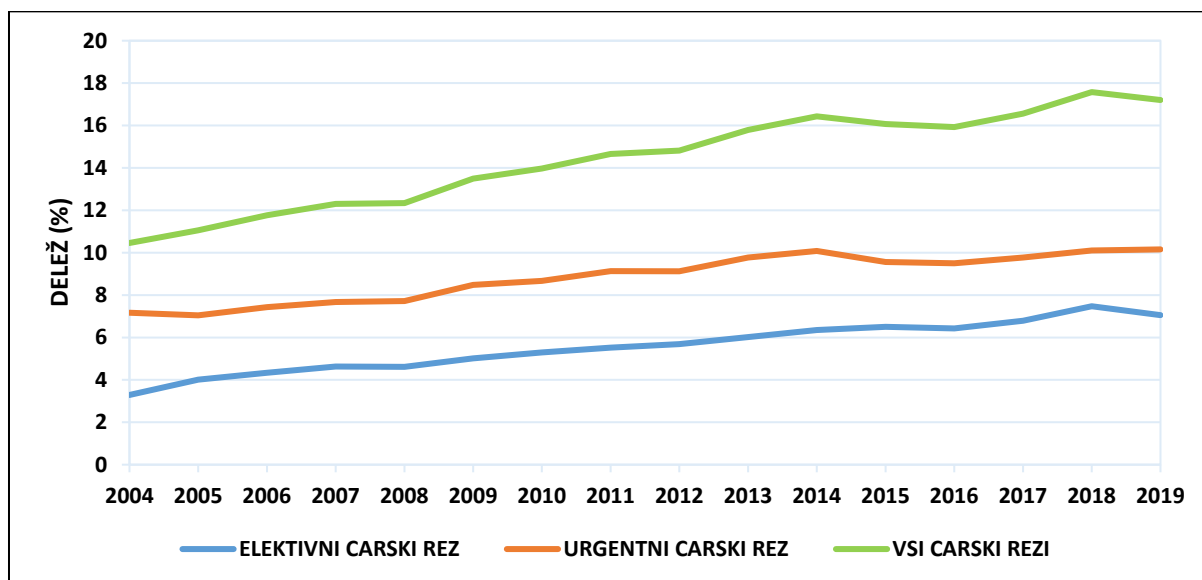
KK37 – DELEŽ CARSKIH REZOV

Delež carskih rezov se v večini evropskih držav še vedno povečuje (1). Svetovna zdravstvena organizacija od leta 1985 priporoča od deset- do petnajstodstotni 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 predležča posteljica v naslednji nosečnosti, ki je lahko tudi vraščena, večja krvavitev ob tem in naslednjem porodu ter vnovični carski rez (3, 4).

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

V Sloveniji je delež carskih rezov v zadnjem desetletju pomembno porasel, ostaja pa sicer še pod povprečjem Evropske unije (EU). Povečala sta se tako delež elektivnih kot tudi nujnih carskih rezov (Slika 40).

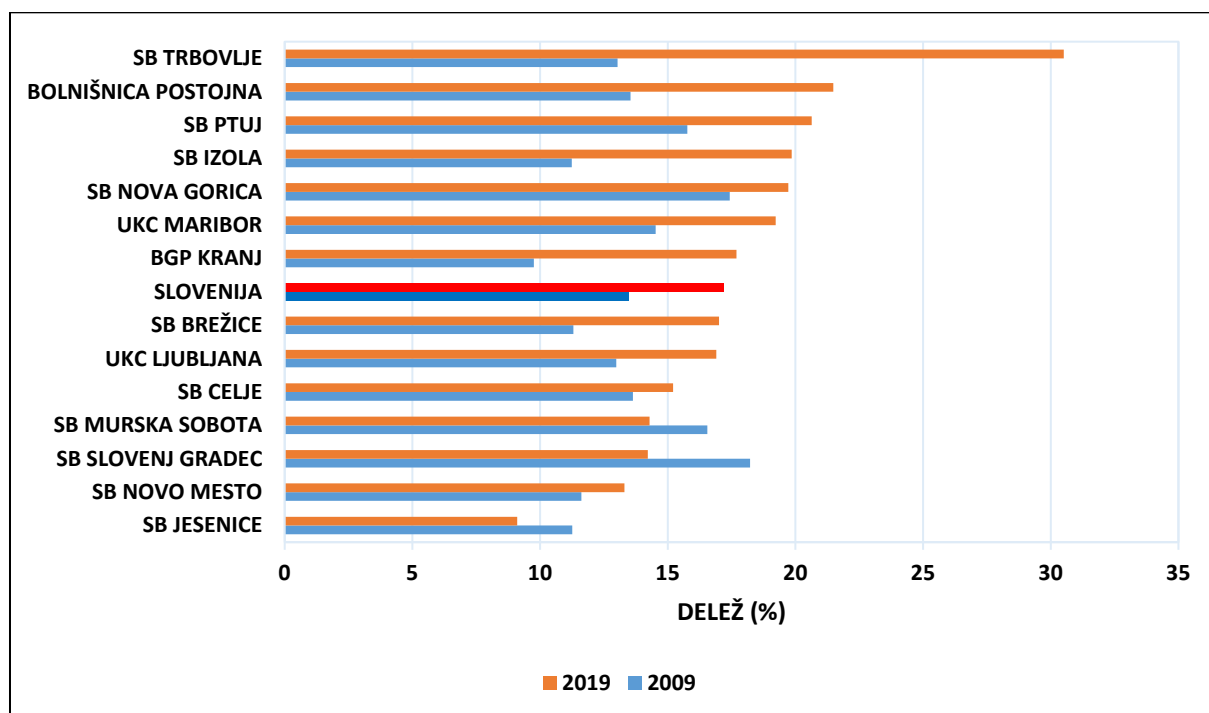
Slika 40. Delež otrok,* rojenih s carskim rezom, v Sloveniji med letoma 2002 in 2019



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

Leta 2019 je delež carskih rezov v opisani populaciji živorojenih enojčkov z gestacijsko starostjo 37 tednov in več ter glavično vstavo znašal 17,2 odstotka, kar je za dva odstotka ali 0,4 odstotne točke manj kot leto prej. Bolnišnice so zabeležile različne vzorce sprememb (trende), v petih je delež carskih rezov porasel, v drugih pa upadel. Največji upad (več kot deset odstotkov oziroma več kot dve odstotni točki) so zabeležili v Slovenj Gradcu, Novem mestu, Celju in Kranju. Najbolj, kar za 24 odstotkov (1,8 odstotne točke), pa se je delež carskih rezov v primerjavi z letom 2018 povečal v bolnišnici Jesenice, a to ne pomeni posebne težave, saj je delež carskih rezov na Jesenicah daleč najnižji v državi. V letu 2019 je znašal 9,1 %, medtem ko so največ, kar 30,5 % carskih rezov zabeležili v Trbovljah (Slika 41).

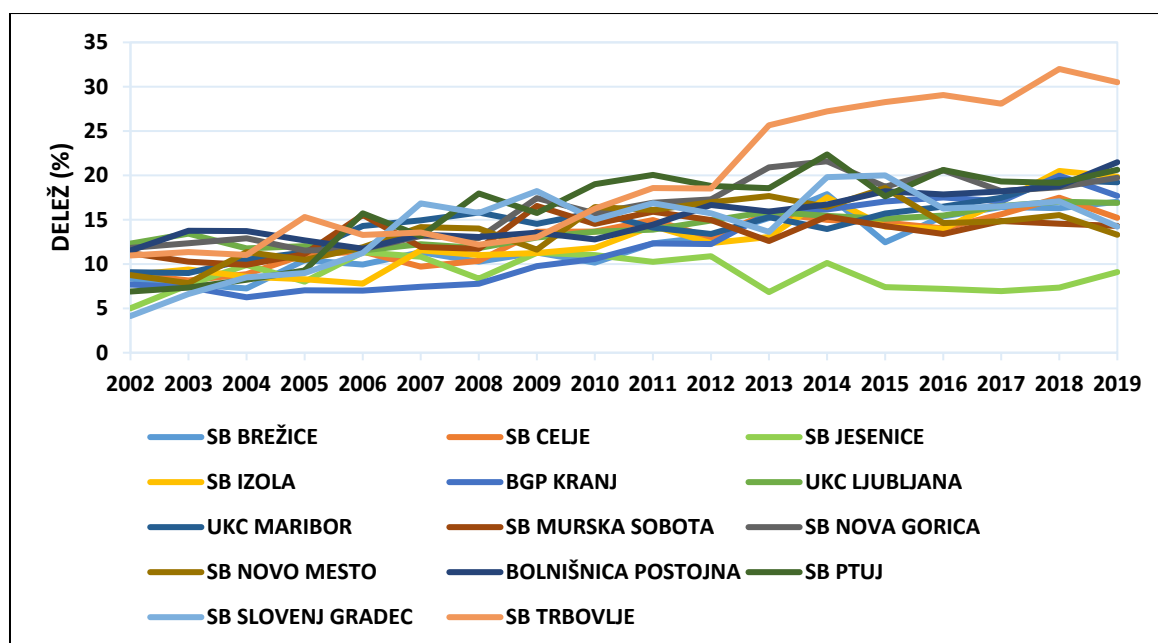
Slika 41. Delež otrok,* rojenih s carskim rezom, po bolnišnicah s porodničnicami v Sloveniji v letih 2009 in 2019



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

V primerjavi z letom 2009 se je delež carskih rezov povečal za 28 odstotkov. Med porodničnicami so bile razlike zelo velike, ponekod se je delež carskih rezov v zadnjem desetletju povečal za več kot dvakrat (Trbovlje), nekatere porodničnice (Slovenj Gradec, Jesenice in Murska Sobota) pa so leta 2019 imele celo manjši delež carskih rezov kakor leta 2009 (Slika 42).

Slika 42: Delež otrok,* rojenih s carskim rezom, po bolnišnicah s porodničnicami v Sloveniji med letoma 2002 in 2018



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

Iz podatkov je razvidno, da v Sloveniji še vedno ni enotne doktrine glede indikacij za carski rez, saj razlike med porodničnicami ostajajo 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 2019 se ljubljanska porodnišnica znova uvršča pod slovensko povprečje. Največji deleži so v manjših, regijskih porodnišnicah.

Porasta deleža carskih rezov se zaveda tudi ginekološko-porodniška stroka v Sloveniji, zato je že v letu 2016 pripravila strokovni posvet o carskem rezu. Na njem so zbrani strokovnjaki skušali ugotoviti vzroke za povečevanje števila carskih rezov (5). Nekaj porodničnicam 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., e tal. 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., eds. *Perinatologia Slovenica II, pregled slovenskih perinatalnih rezultatov za obdobje 2002–11*. Ljubljana: Združenje za perinatalno medicino SZD in Ginekološka klinika UKC Ljubljana, 2013. str. 59–71.
5. Premru Sršen, T., Mujezinović, F., Kavšek, G., eds. *Carski rez; Pojasnilna dolžnost in pravni problemi v perinatologiji in neonatologiji: Zbornik 17. Novakovi dnevi. Postojna, 3.-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.

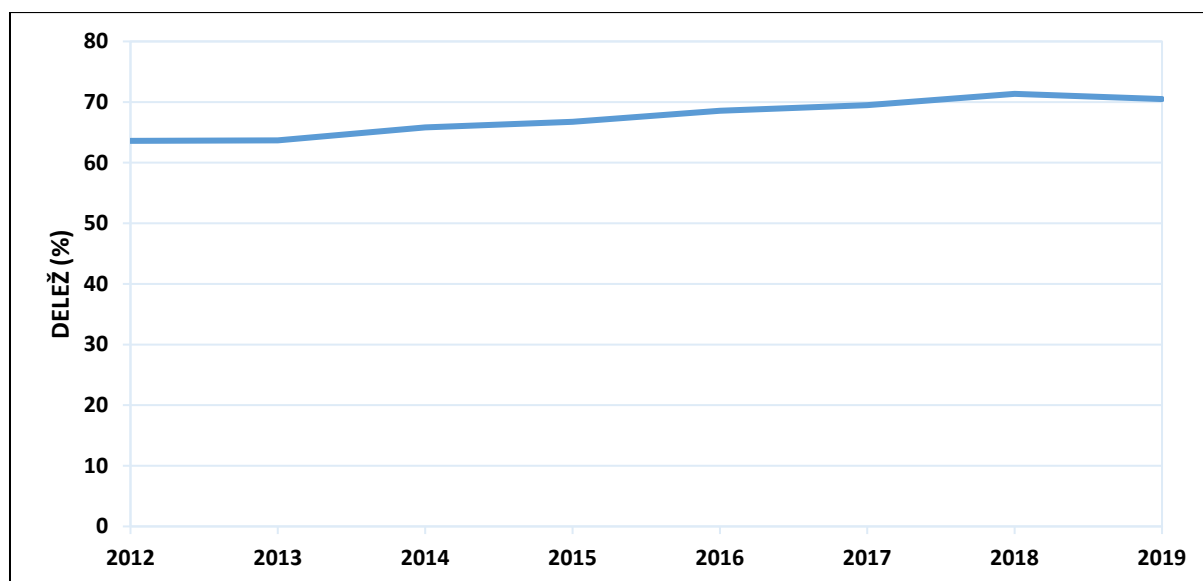
Po zadnjih določilih OECD o zbiranju podatkov za leti 2018 in 2019 se delež čakajočih na operacijo zloma kolka določi kot število vseh bolnikov z glavno diagnostično kodo zlom kolka (S72.0. S7.1., S72.2), starih 65 let ali več, ki so bili kirurško zdravljeni v dveh koledarskih dneh po sprejemu, v primerjavi 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.

Med letoma 2012 in 2019 se je delež čakajočih na operacijo po zlomu kolka postopoma povečeval do leta 2018, v letu 2019 se je nekoliko znižal (70,5 %; **Slika 43**).

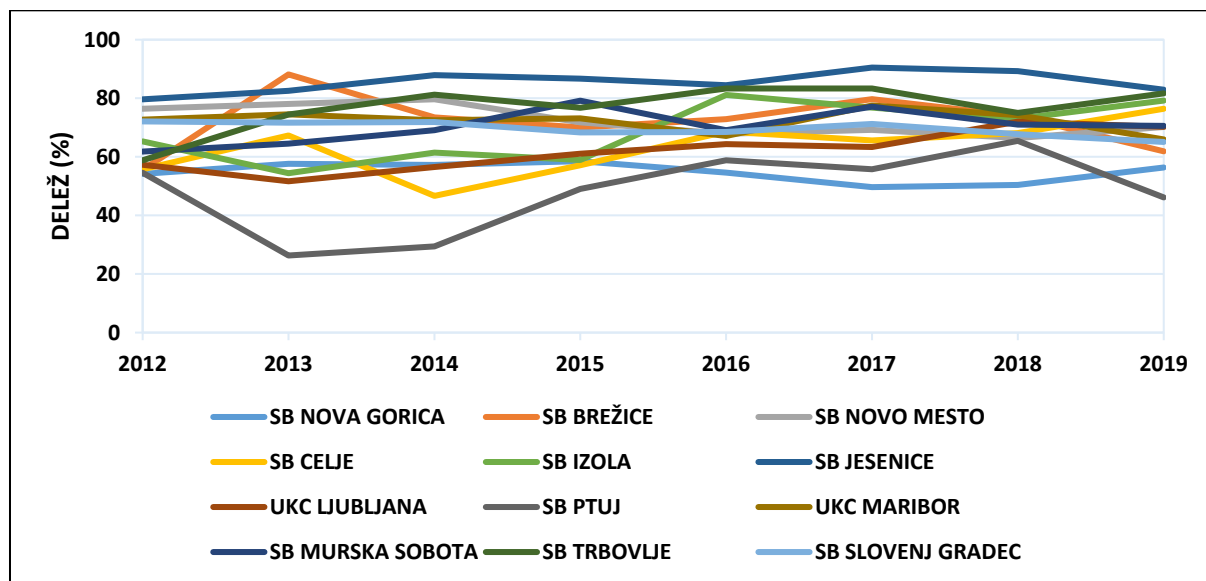
Slika 44 prikazuje velike medletne razlike pri nekaterih bolnišnicah. Letna nihanja vsaj delno nastajajo zaradi majhnega skupnega števila primerov. Izključili smo tiste izvajalce, ki so obravnavali manj kot deset primerov zloma kolka, med drugim tudi OB Valdoltra. Opaziti je, da se v večini bolnišnic postopno znižuje delež, razen v SB Celje, UKC Ljubljana in SB Trbovlje.

Zaradi pričakovanega vpliva števila primerov na vrednost, doseženo pri tem kazalniku, so podatki za leta od 2017 do 2019 prikazani v obliki lijakastega diagrama, kar omogoča prepoznavanje primerov, ki zelo odstopajo od pričakovanih vrednosti. Pri takem prikazu tudi tu izstopata SB Jesenice z velikim deležem operacij in SB Nova Gorica z majhnim deležem operacij, opravljenih v dveh dneh od sprejema (**Slika 45**).

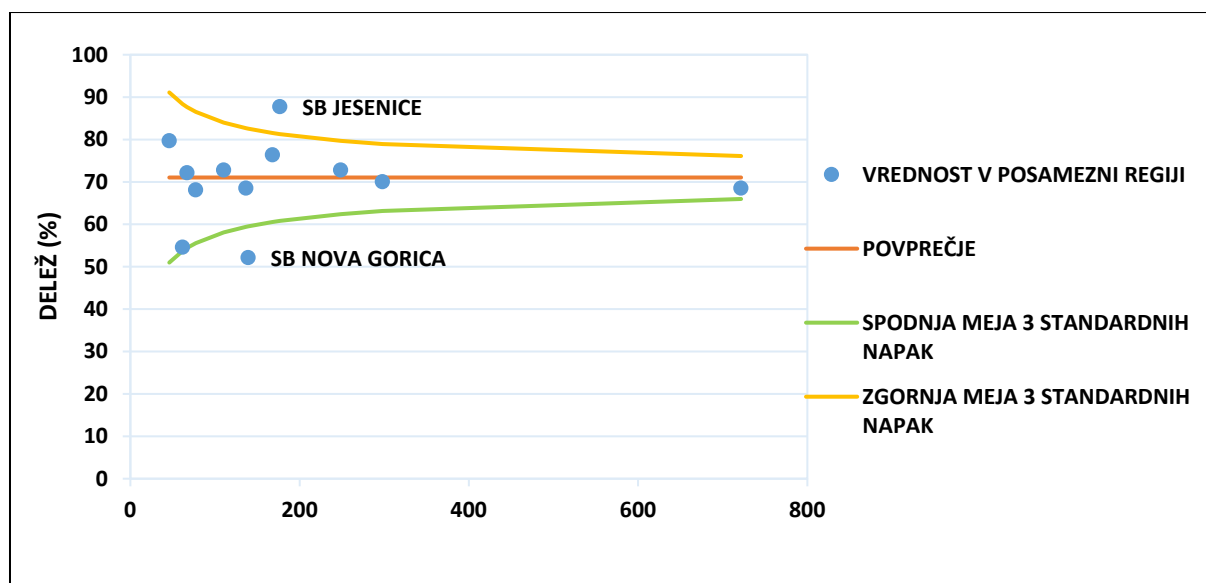
Slika 43. Delež primerov zloma kolka pri osebah, starih 65 let ali več, ki so bile operirane v dveh koledarskih dneh od bolnišničnega sprejema med letoma 2012 in 2019



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 2019



Slika 45. Delež sprejemov ob zlomu kolka oseb, operiranih v dveh koledarskih dneh, povprečna vrednost treh let (2016–2019)



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 vnovični sprejemi v 30 dneh po operacijskem posegu niso več izključitveno merilo. Ob tem se tudi ne upošteva več posebna identifikacijska oznaka bolnika (unique patient identification – UPI).

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

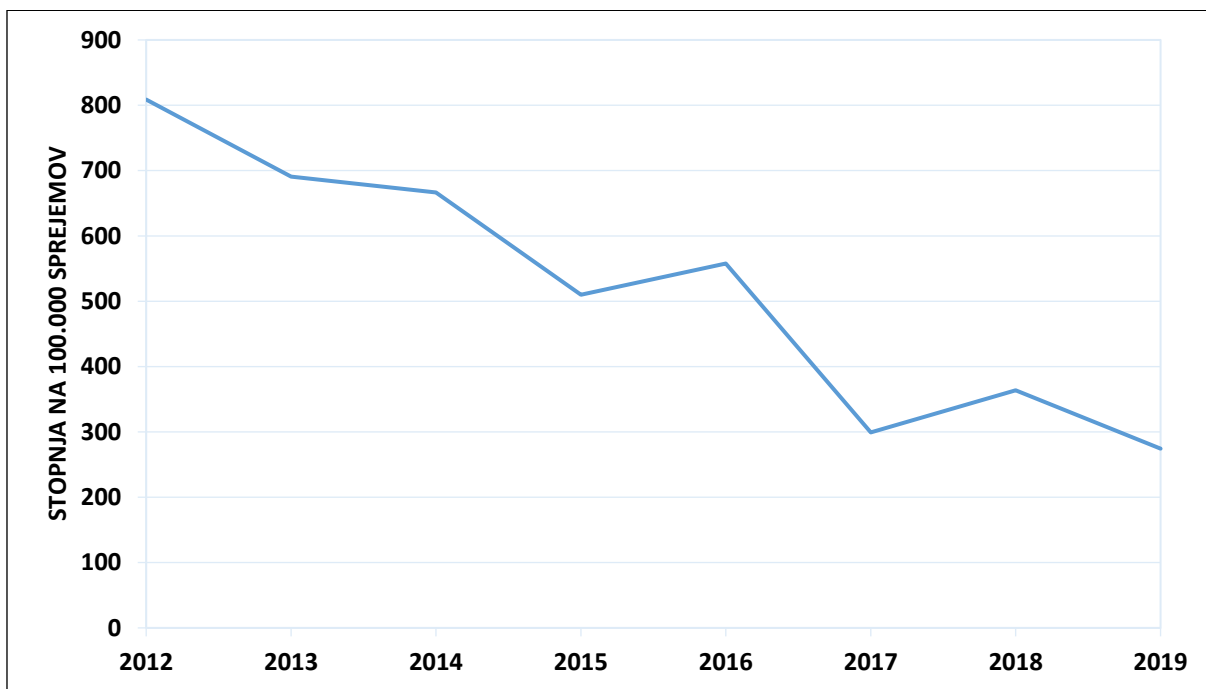
Pomembna omejitev pri razlagi podatkov je tudi nezmožnost ločitve diagnoz ob sprejemu in odpustu. Na podlagi izvedenih posegov in diagnoze GVT ali PE je mogoče le sklepati o pooperacijskem dogodku, zavedajoč se možnosti GVT ali PE ob sprejemu.

Opazno je zmanjševanje stopnje primerov PE ob vstavitvi kolčne ali kolenske endoproteze, medtem ko se je stopnja primerov GVT prehodno zmanjšala v letu 2016 in se znova povečala v letih 2017 in 2018 ter spet zmanjšala v letu 2019, 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**).

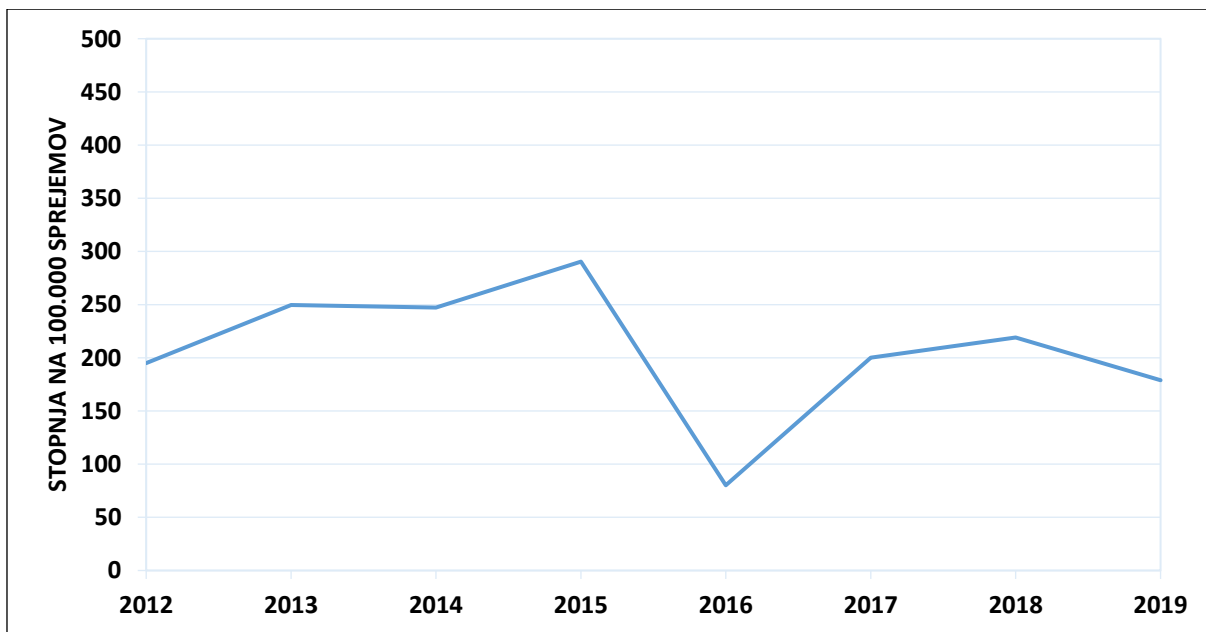
Analiza posameznih bolnišnic kaže nihanja glede števila primerov PE po posameznih slovenskih bolnišnicah med letoma 2012 in 2018 (**Slika 48**). Izstopa SB Izola, kjer naj med letoma 2012 in 2017 ne bi imeli primera PE, v letu 2018 pa so ugotovili en primer PE pri 12 opravljenih artroplastikah, kar je približno letno število opravljenih artroplastik med letoma 2012 in 2018. V letu 2019 znova ni bilo primera PE. Podrobnejša analiza ne razkrije večjih razlik med posameznimi bolnišnicami (**Slika 49**).

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

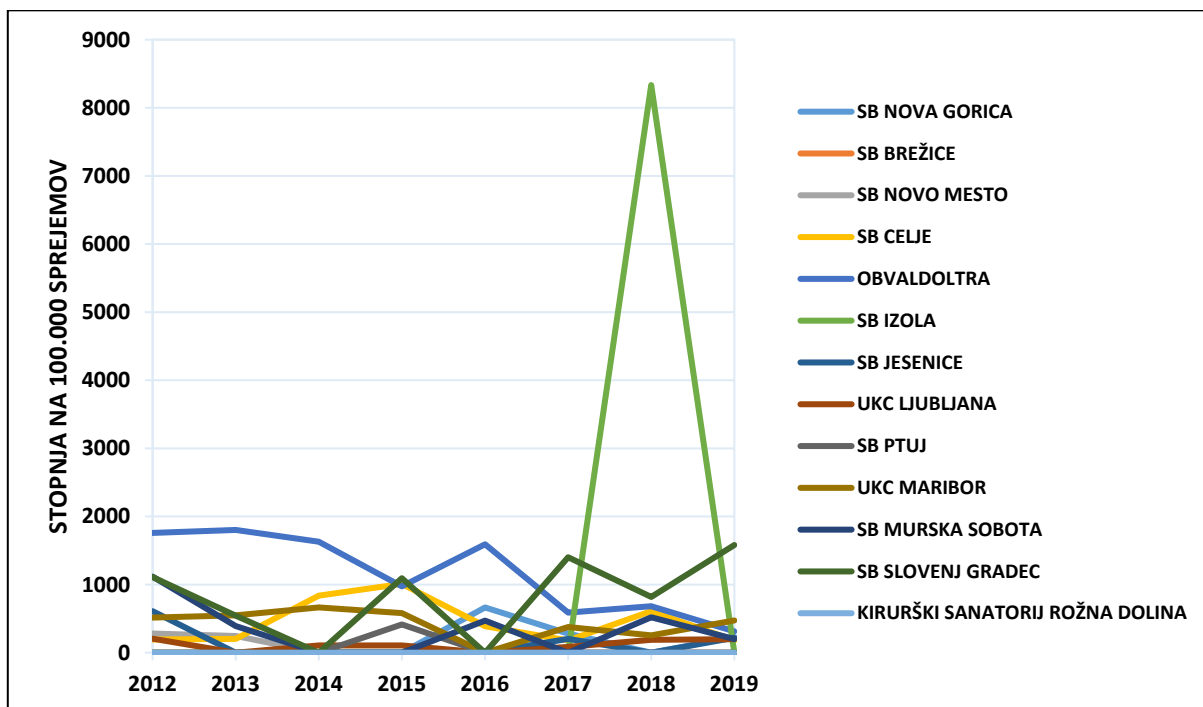
Slika 46: Stopnja primerov pljučne embolije na 100.000 sprejemov zaradi vstavitve kolčne ali kolenske endoproteze, standardizirana po starosti in spolu, v Sloveniji med letoma 2012 in 2019



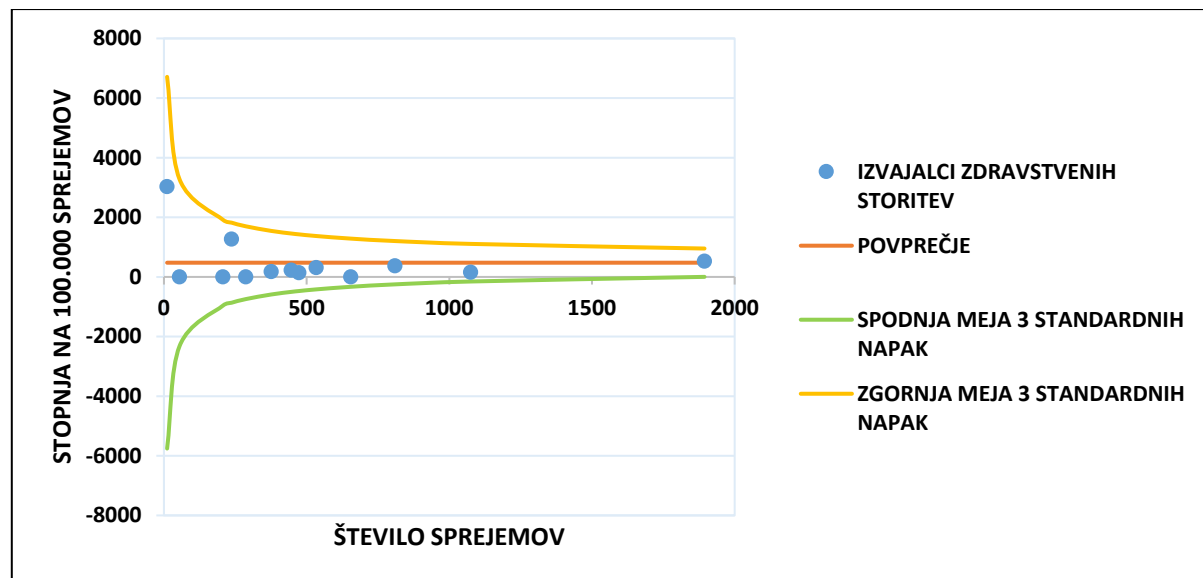
Slika 47: Stopnja primerov venske tromboze na 100.000 sprejemov zaradi vstavitve kolčne ali kolenske endoproteze, standardizirana po starosti in spolu, v Sloveniji med letoma 2012 in 2019



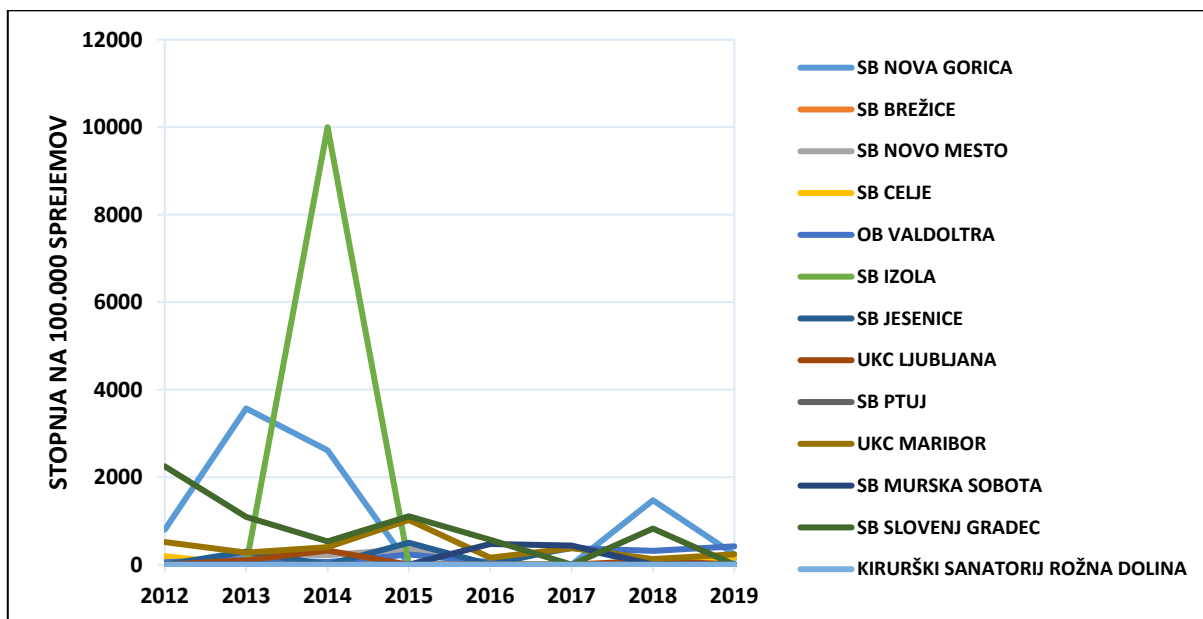
Slika 48: Stopnja primerov pljučne embolije na 100.000 sprejemov zaradi vstavitve kolčne ali kolenske endoproteze po posameznih bolnišnicah med letoma 2012 in 2019



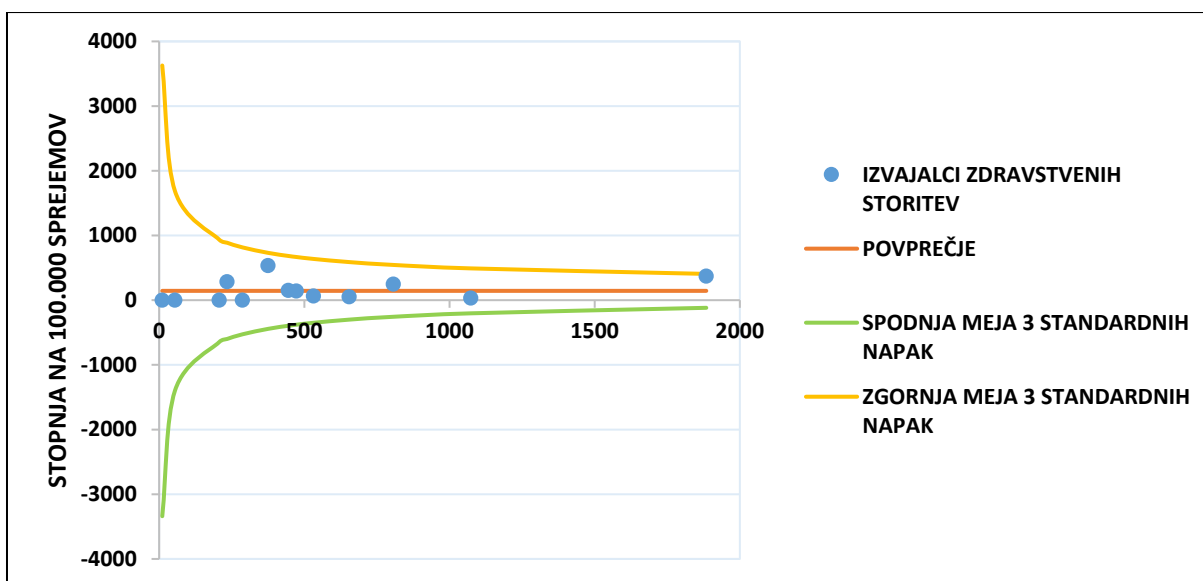
Slika 49: Groba stopnja primerov pljučne embolije na 100.000 sprejemov zaradi vstavitve kolčne ali kolenske endoproteze po bolnišnicah, povprečna vrednost treh let (2017–2019)



Slika 50: Stopnja primerov globoke venske tromboze na 100.000 sprejemov zaradi vstavitve kolčne ali kolenske endoproteze po posameznih bolnišnicah med letoma 2012 in 2019



Slika 51: Groba stopnja primerov pljučne embolije na 100.000 sprejemov zaradi vstavitve kolčne ali kolenske endoproteze po bolnišnicah, povprečna vrednost treh let (2017–2019).



KK49 – DELEŽ ENODNEVNE KIRURGIJE

Kazalnik kakovosti delež enodnevne kirurgije opredeljuje število posegov, opravljenih v sklopu enodnevne kirurgije (brez hospitalizacije čez noč) glede na skupno število posegov, izvedenih v bolnišnici. Upošteva se izbrane posege, zajete v sledenje kazalniku. Kazalnik je izražen v odstotkih.

Enodnevna kirurgija pripomore k preusmeritvi sredstev v okolja z manj intenzivno oskrbo in k zmanjšanju zasedenosti bolniških postelj. Ob tem prinaša hitrejšo okrevanje in vrnitev na delovno mesto ter nižji delež bolnišničnih okužb.

S kazalnikom se spremljajo stroškovna učinkovitost, optimalna izraba zmogljivosti, inovativnost, širjenje tehnologij in zadovoljstvo bolnikov. Večje število enodnevnih kirurških posegov brez hospitalizacije namreč razbremeni zasedenost bolniških postelj v korist zahtevnejšim primerom. S tem se izboljša dostopnost in skrajšajo čakalne dobe. Izkazalo se je, da je enodnevna kirurgija stroškovno zelo učinkovita za številne kirurške posege. Izboljšanje anestetičnih sredstev in postopkov ter kirurških tehnik je omogočilo, da je vse več operativnih posegov izvedenih na način enodnevnih kirurških posegov brez hospitalizacije. Z enodnevno kirurgijo se zmanjša tveganje za okužbe, pridobljene v bolnišnici. Ob tem večina bolnikov raje okreva doma, kot pa noč preživi v bolnišnici. Enodnevna kirurgija je priporočljiva za otroke, saj je bivanje prek noči zanje pogosto najbolj neprijeten del obiska bolnišnice.

Poglavitna omejitev kazalnika je morebitna pristranskost ob izvajanju kirurških posegov v okolju ambulantne oskrbe. Rezultate mednarodnih primerjav je težko razlagati, saj se sheme za kodiranje posegov in opredelitve v različnih bolnišnicah razlikujejo, poleg tega pa se lahko razlikujejo tudi finančne pobude za enodnevno kirurgijo in kirurški posegi, izvedeni v ambulantnem okolju. Tudi zanesljivost kodiranja primerov, pri katerih se načrtuje izvedba posega v sklopu enodnevne kirurgije, je lahko nizka.

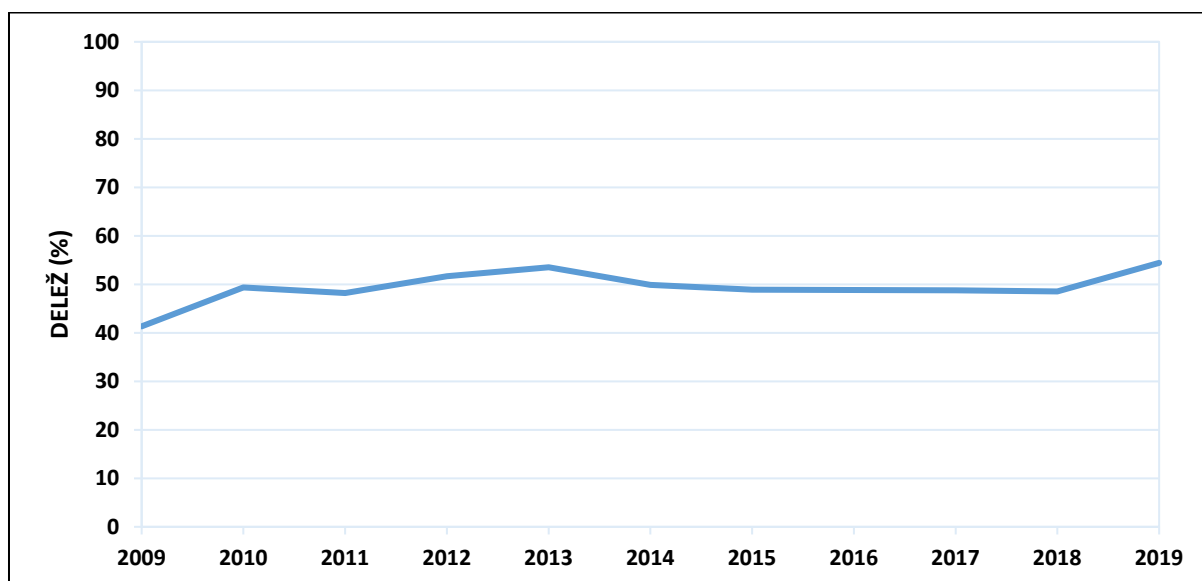
V Sloveniji opazujemo deleže enodnevnih kirurgij na področju artroskopije kolena, operacije ingvinalne hernije, tonzilektomije in/ali adenoidektomije, holecistektomije in operacije krčnih žil.

ARTROSKOPIJA KOLENA

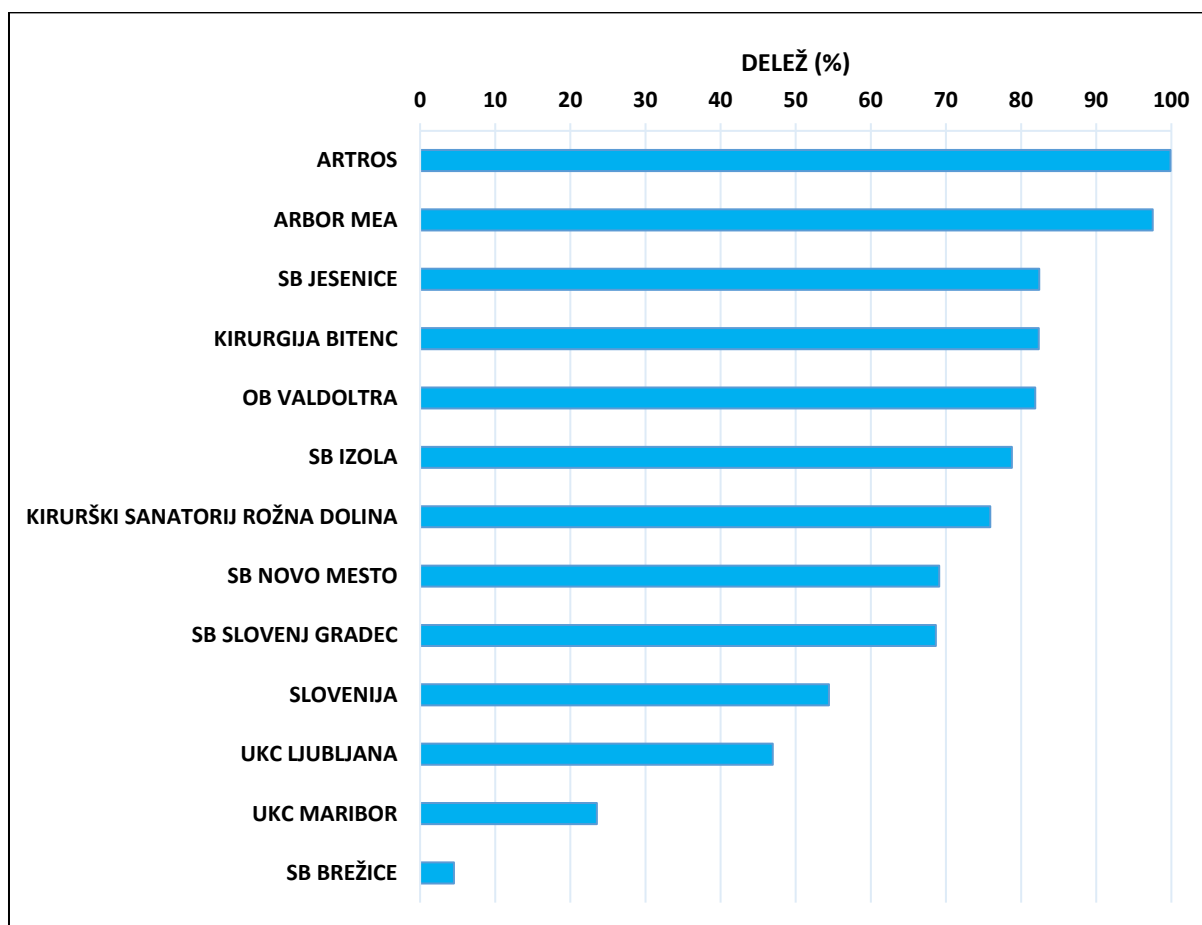
Analiza je upoštevala izvajalce zdravstvenih storitev z vsaj desetimi ali več primeri enodnevnih kirurških posegov v enem opazovanem letu. Pokazalo se je, da se je delež enodnevne kirurgije zaradi artroskopije kolena z 41,3 % v letu 2009 postopoma povečeval do 54,4 % v letu 2019 (**Slika 52**). V letu 2019 so imeli največji delež enodnevne kirurgije zaradi artroskopije kolena v Artrosu in Arbor Mei, med javnimi zdravstvenimi zavodi pa v SB Jesenice (**Slika 53**).

Primerjava izbranih izvajalcev zdravstvenih storitev med letoma 2009 in 2019 je v večini primerov prikazala večanje deleža enodnevne kirurgije zaradi artroskopije kolena, razen v SB Brežice (**Slika 54**).

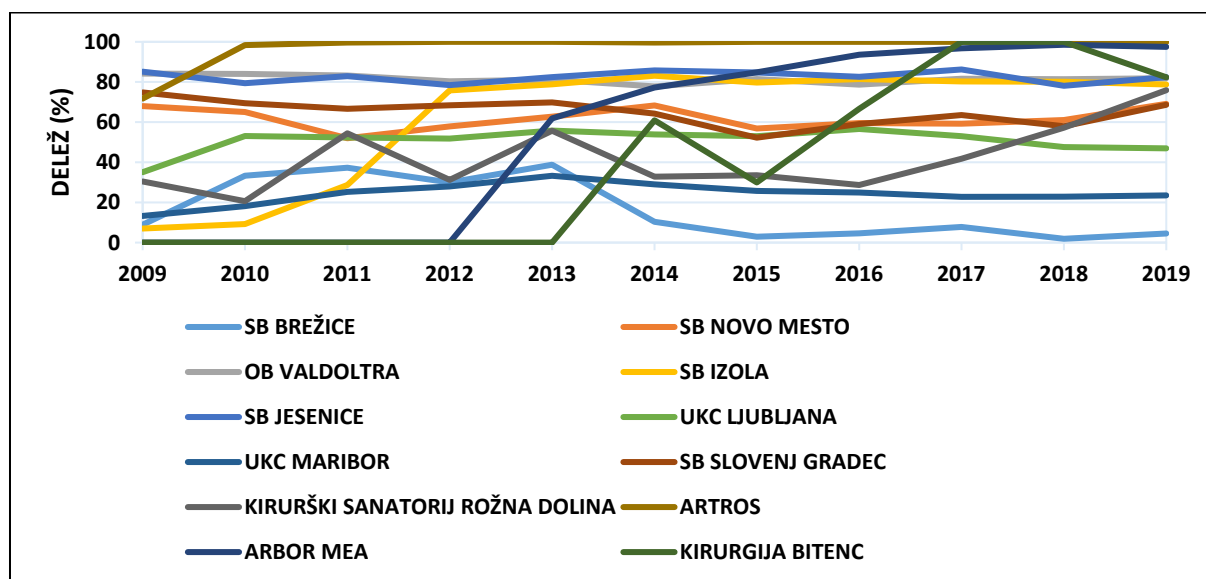
Slika 52: Delež enodnevnih artroskopij kolena v Sloveniji med letoma 2009 in 2019.



Slika 53: Delež enodnevnih artroskopij kolena v Sloveniji po izvajalcih v letu 2019.



Slika 54: Delež enodnevnih artroskopij kolena po posameznih izvajalcih med letoma 2009 in 2019.

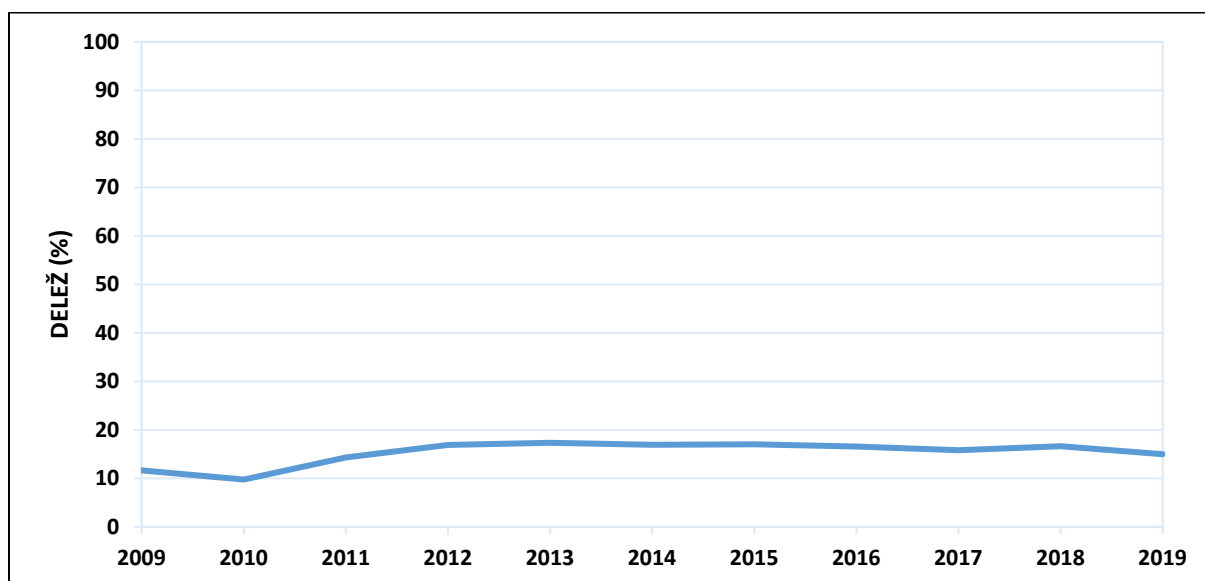


INGVINALNA HERNIJA

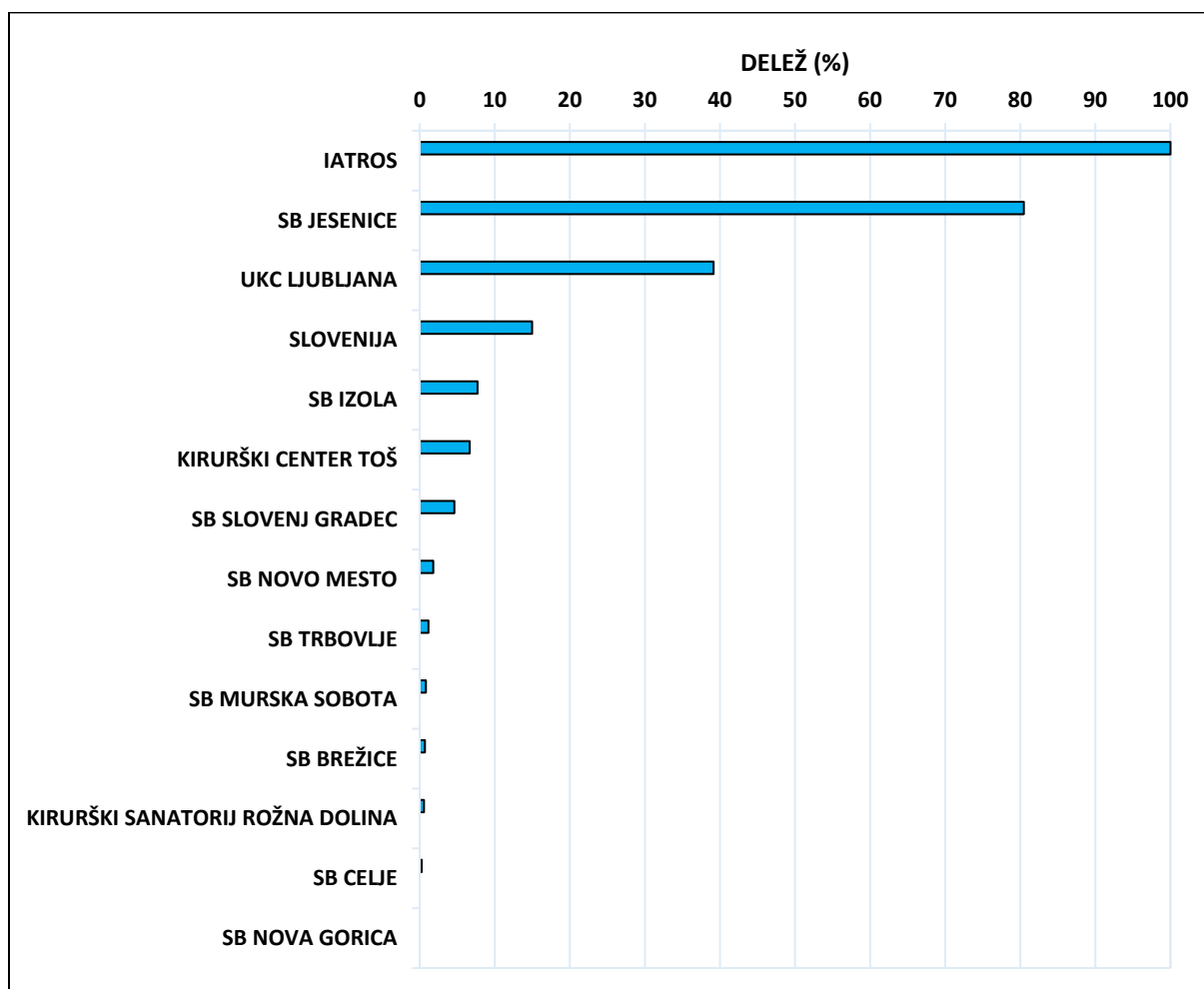
Analiza je upoštevala izvajalce zdravstvenih storitev z vsaj pet ali več primeri enodnevnih kirurških posegov v enem opazovanem letu. Pokazalo se je, da se je delež enodnevne kirurgije zaradi operacije ingvinalne hernije z 11,6 % v letu 2009 povečeval na 15,0 % v letu 2019, vendar z večjim dvigom v letih 2011 in 2012 ter s stagnacijo po letu 2012 (**Slika 55**). V letu 2019 so največji delež enodnevne kirurgije zaradi operacije ingvinalne hernije imeli v Iatrosu, med javnimi zdravstveni zavodi pa v SB Jesenice (**Slika 56**).

Primerjava izbranih izvajalcev zdravstvenih storitev med letoma 2009 in 2019 v večini primerov ni prikazala večanja deleža enodnevne kirurgije zaradi operacije ingvinalne hernije, pri nekaterih je bilo opazno zmanjšanje deleža, na primer v SB Slovenj Gradec (**Slika 57**).

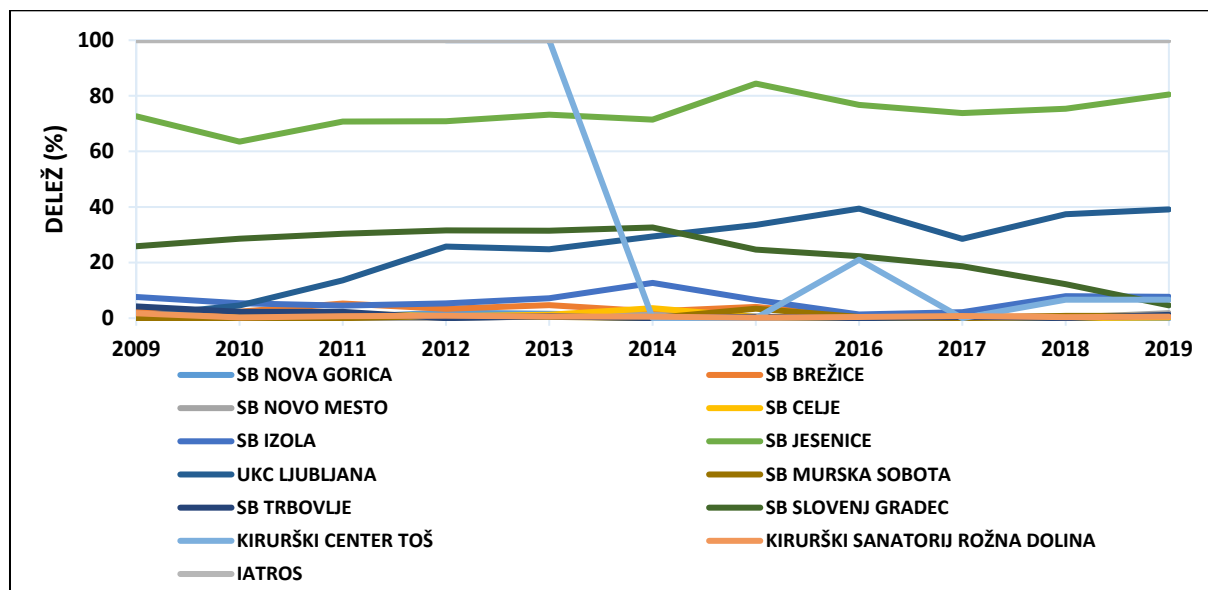
Slika 55: Delež enodnevnih hernioplastik ingvinalne hernije v Sloveniji med letoma 2009 in 2019



Slika 56: Delež enodnevnih hernioplastik ingvinalne hernije po izvajalcih v letu 2019



Slika 57: Delež enodnevnih hernioplastik ingvinalne hernije v Sloveniji po izvajalcih med letoma 2009 in 2019



TONZILEKTOMIJA IN/ALI ADENOIDEKTOMIJA

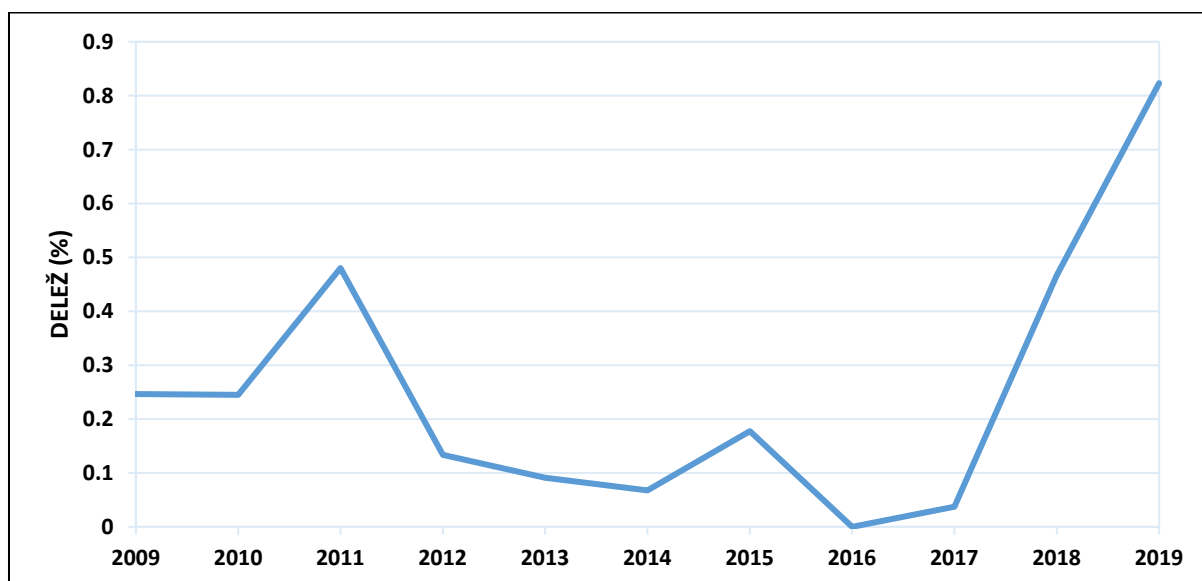
Analiza je glede na majhno število opravljenih enodnevnih kirurgij zaradi tonzilektomije in/ali adenoidektomije upoštevala izvajalce zdravstvenih storitev z vsaj enim ali več primeri enodnevnih kirurških posegov v enem opazovanem letu.

Pokazalo se je, da se je delež enodnevne kirurgije zaradi tonzilektomije in/ali adenoidektomije z 0,25 % v letu 2009 povečal na 0,82 % v letu 2019 po padcu med letoma 2011 in 2017 (**Slika 58**). Za boljšo preglednost smo analizirali podatke izbranih izvajalcev zdravstvenih storitev med letoma 2017 in 2019. V tem obdobju so imeli največji delež enodnevnih tonzilektomij in/ali adenoidektomij v SB Novo mesto (**Slika 59**).

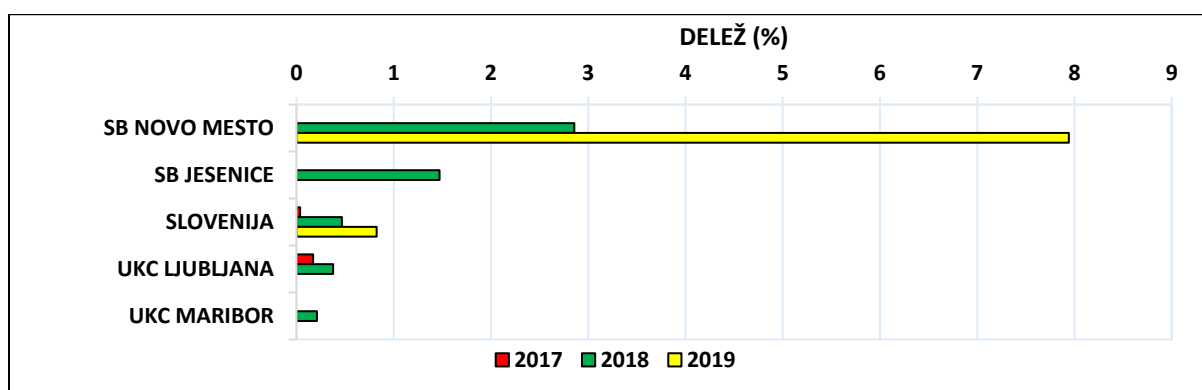
Primerjava izbranih izvajalcev zdravstvenih storitev ni prikazala bistvenega povečanje deleža enodnevne kirurgije zaradi tonzilektomije in/ali adeonoidektomije, razen pri SB Novo mesto, kjer se je leta 2019 ta delež povečal na 7,94 % (**Slika 60**).

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

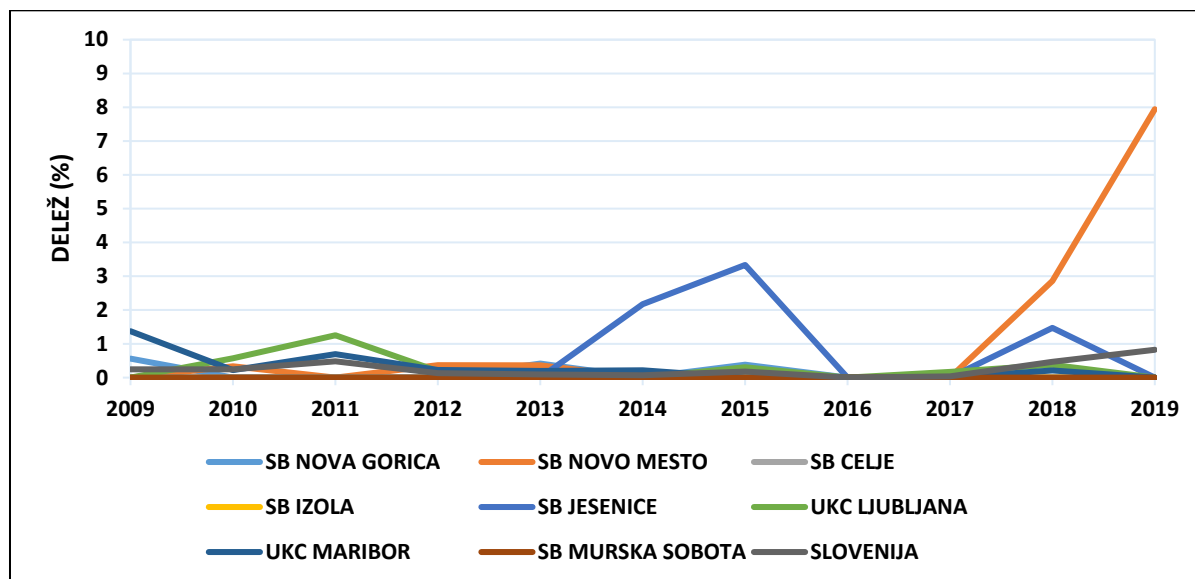
Slika 58: Delež enodnevnih tonzilektomij in/ali adenoidektomij v Sloveniji med letoma 2009 in 2019



Slika 59: Primerjava deleža enodnevnih tonzilektomij in/ali adenoidektomij med posameznimi bolnišnicami med letoma 2017 in 2019



Slika 60: Delež enodnevnih tonzilektomij in/ali adenoidektomij med posameznimi bolnišnicami med letoma 2009 in 2019



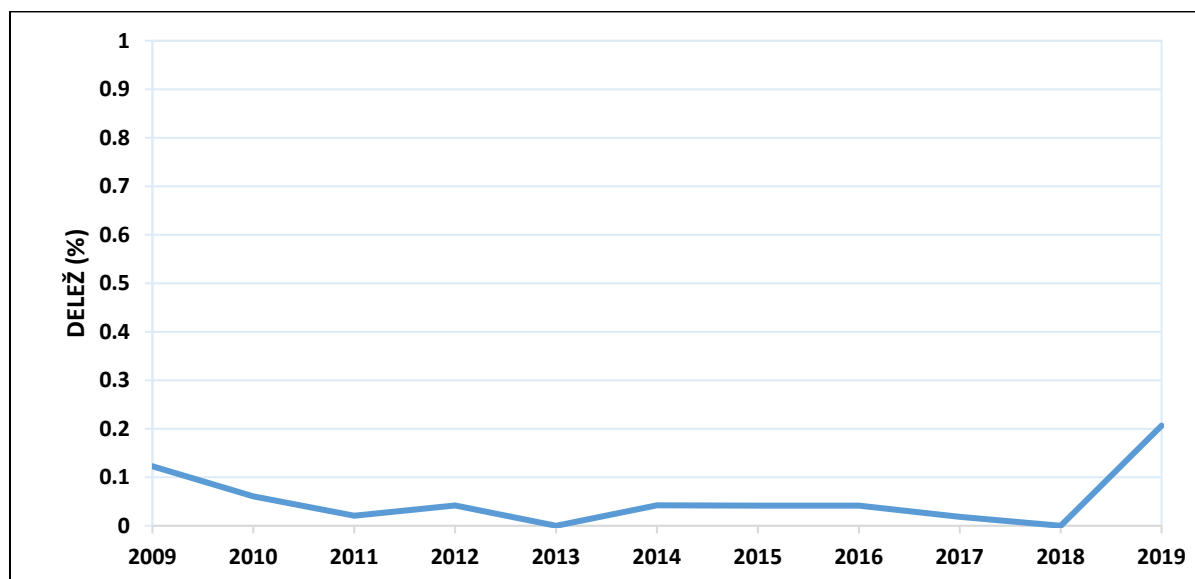
HOLECISTEKTOMIJA

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

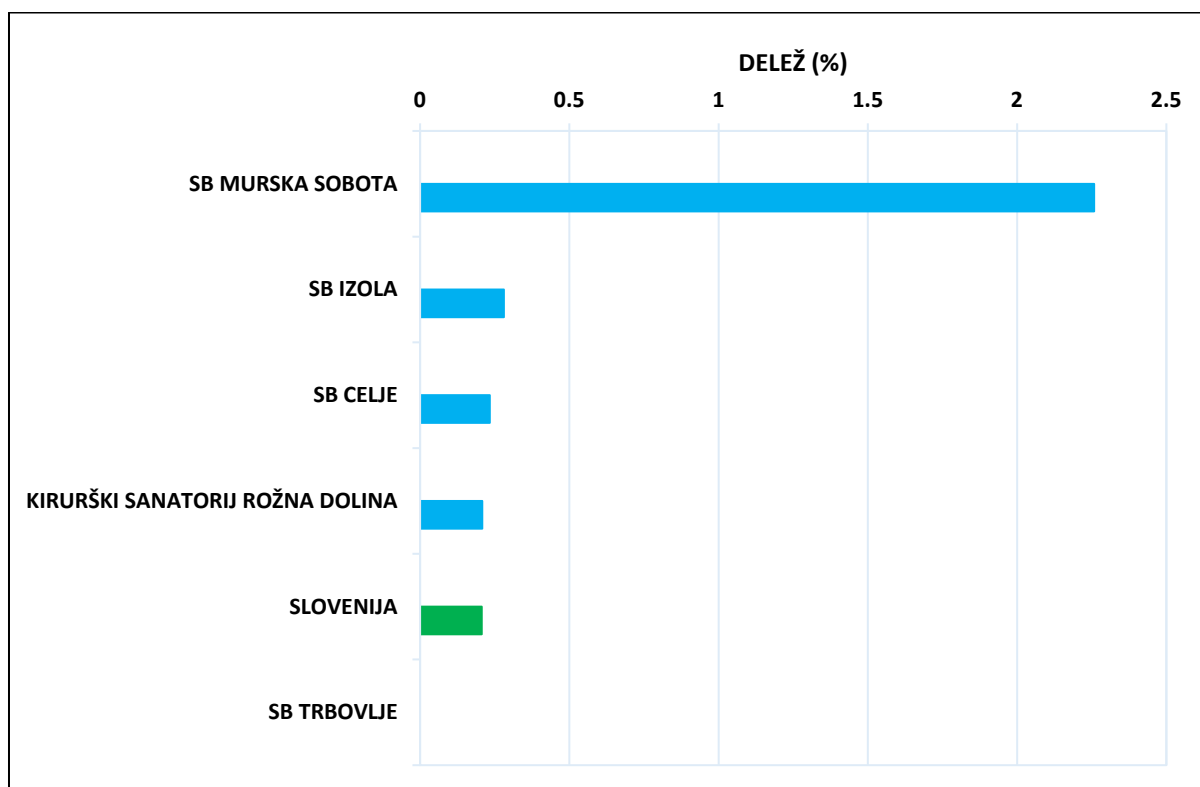
Pokazalo se je, da se je delež enodnevne kirurgije zaradi holecistektomije z 0,12 % v letu 2009 povečeval le na 0,21 % v letu 2019 (**Slika 61**). V letu 2019 so imeli največji delež enodnevnih holecistektomij imeli v SB Murska Sobota (**Slika 62**).

Delež enodnevnih holecistektomij ostaja zelo nizek.

Slika 61: Delež enodnevnih holecistektomij v Sloveniji med letoma 2009 in 2019



Slika 62: Delež enodnevnih holecistektomij po nekaterih izvajalcih v letu 2019



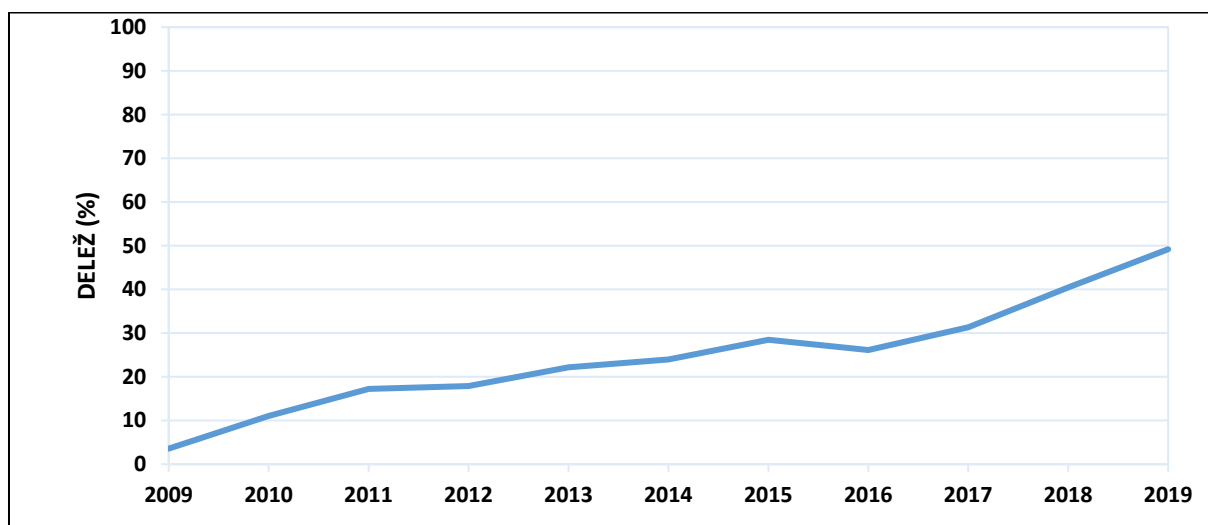
OPERACIJA KRČNIH ŽIL

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

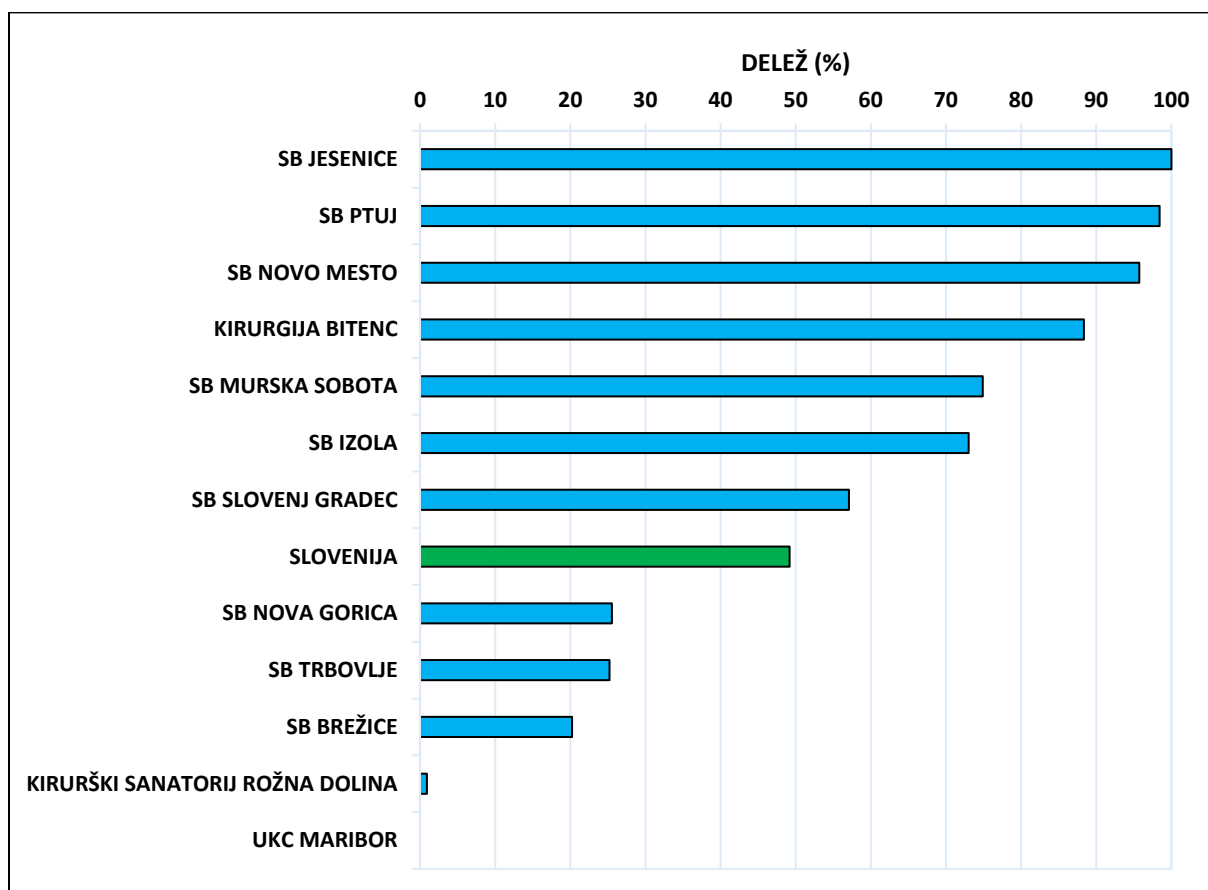
Pokazalo se je, da se je delež enodnevne kirurgije zaradi operacije krčnih žil s 3,6 % v letu 2009 povečeval na 49,2 % v letu 2019 (**Slika 63**). V letu 2019 so imeli največji delež enodnevne kirurgije zaradi operacije krčnih žil v SB Jesenice, SB Ptuj in SB Novo mesto (**Slika 64**).

Podrobna analiza posameznih izvajalcev zdravstvenih storitev je povečini prikazala postopno večanje deleža (**Slika 65**).

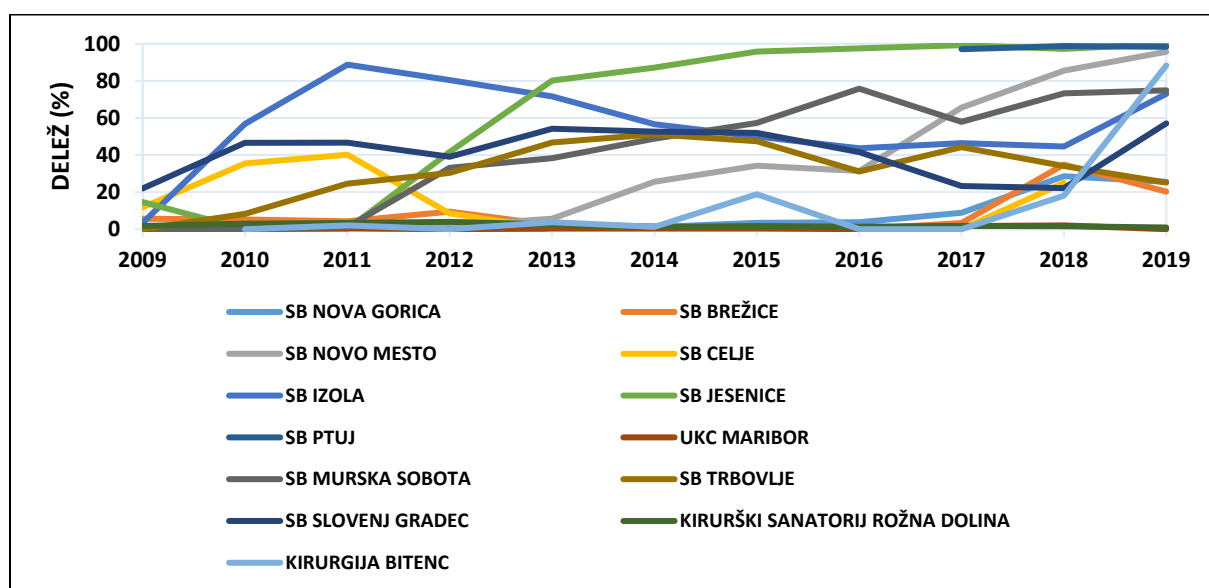
Slika 63: Delež enodnevnih operacij krčnih žil v Sloveniji med letoma 2009 in 2019



Slika 64: Delež enodnevnih operacij krčnih žil po posameznih izvajalcih v letu 2019



Slika 65: Delež enodnevnih operacij krčnih žil po posameznih izvajalcih med letoma 2009 in 2019



KK64 – SPREMLJANJE BOLNIŠNIČNE PORABE PROTIMIKROBNIH ZDRAVIL

V letu 2019 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 smo podatke pridobili tudi od petih oddelkov splošnih bolnišnic, in sicer internih, kirurških, ginekoloških in pediatričnih oddelkov ter intenzivnih enot. 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 proti antibiotikom odpornih bakterij. Cilja nacionalne strategije smotrne rabe protimikrobnih zdravil 2019–2024 sta bila zmanjšanje celotne porabe antibiotikov v bolnišnicah za deset 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 Svetovna zdravstvena organizacija (SZO). Izražena je v določenih dnevniških dozah (DDD) na sto bolnišničnih oskrbnih dni (BOD), DDD na 100 sprejemov in DDD na 1000 prebivalcev na dan. Pri obdelavi podatkov se uporablja zadnja vrednost DDD. Če se vrednosti spremenijo, se upoštevajo za vsa predhodna leta. Podatki iz države se vsako leto sporočijo Evropskemu centru za preprečevanje in obvladovanje bolezni (ECDC). Poleg porabe spremljamo še način dajanja protimikrobnih zdravil (parenteralno, *per os*, inhalacije) in stroške. Podatkov o stroških ne sporočajo vse bolnišnice. V letu 2019 podatke o stroških nista sporočila DC Bled in MC Medicor.

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

V primerjavi z letom 2018 se je poraba antibiotikov (J01) v letu 2019 povečala z 290,00 na 296,00 DDD na 100 sprejemov (2,0 %), s 47,55 na 49,41 DDD na 100 BOD (3,9 %), medtem, ko se DDD na 1000 prebivalcev na dan ni spremenila (1,50) (**Slike 66, 67 in 68**). 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 DDD na 1000 prebivalcev na dan ostaja približno enaka.

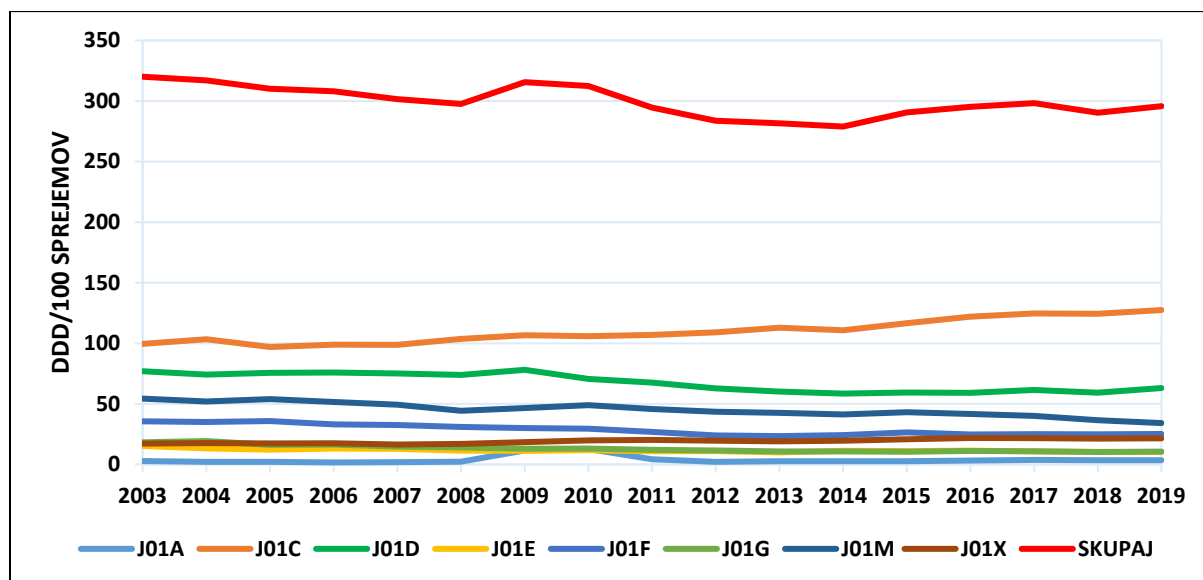
Poraba protiglivnih zdravil za sistemsko rabo (J02) se je v letu 2019 v primerjavi z letom 2018 povečala za 6,7 odstotka, in sicer z 0,075 na 0,08 DDD na 1000 prebivalcev na dan, raba protivirusnih zdravil (J05) pa se je povečala za 11,1 odstotka, z 0,036 na 0,04 DDD na 1000 prebivalcev (**Sliki 69 in 70**). Medtem ko je pri porabi protiglivnih zdravil opazno zmanjševanje porabe glede na DDD na 1000 prebivalcev na dan, je pri protivirusnih zdravilih opazno povečevanje porabe glede na DDD na 1000 prebivalcev na dan.

Pri porabi protimikrobnih zdravil po posameznih izbranih oddelkih je opaziti nihanje porabe DDD na 100 BOD (**Preglednica 5**).

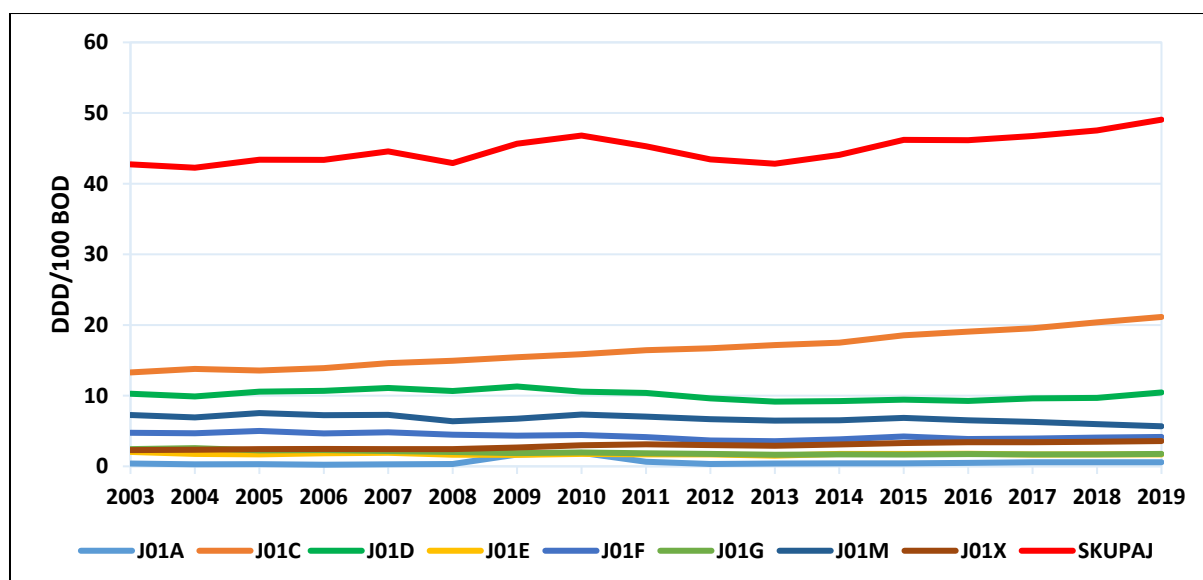
V letu 2019 so največ protivirusnih zdravil porabili v UKC Ljubljana, protiglivnih na OI Ljubljana in antibiotikov v SB Celje (**Slike 71, 72 in 73**).

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 2019 povprečna poraba cefalosporinov tretje generacije 2,97 DDD na 100 BOD, fluorokinolonov 5,67 DDD na 100 BOD in protipsevdomonasnih karbapenemov 1,70 DDD na 100 BOD. Brez manjše porabe ne moremo pričakovati zmanjšanja odpornosti bakterij.

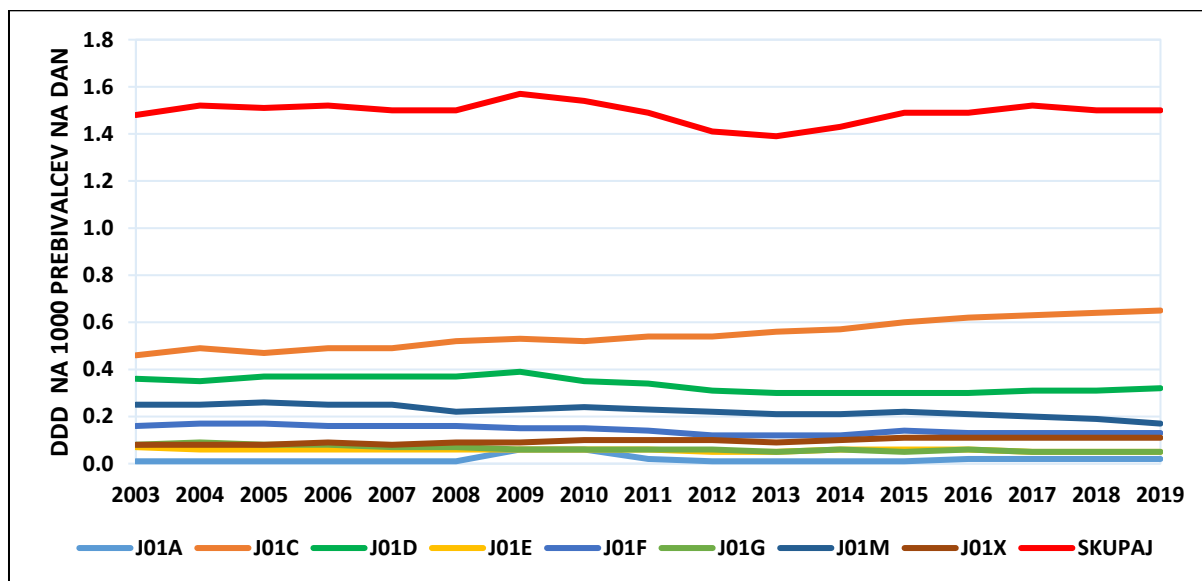
Slika 66: Poraba antibiotikov (J01) v Sloveniji med letoma 2003 in 2019 (DDD na 100 sprejemov)



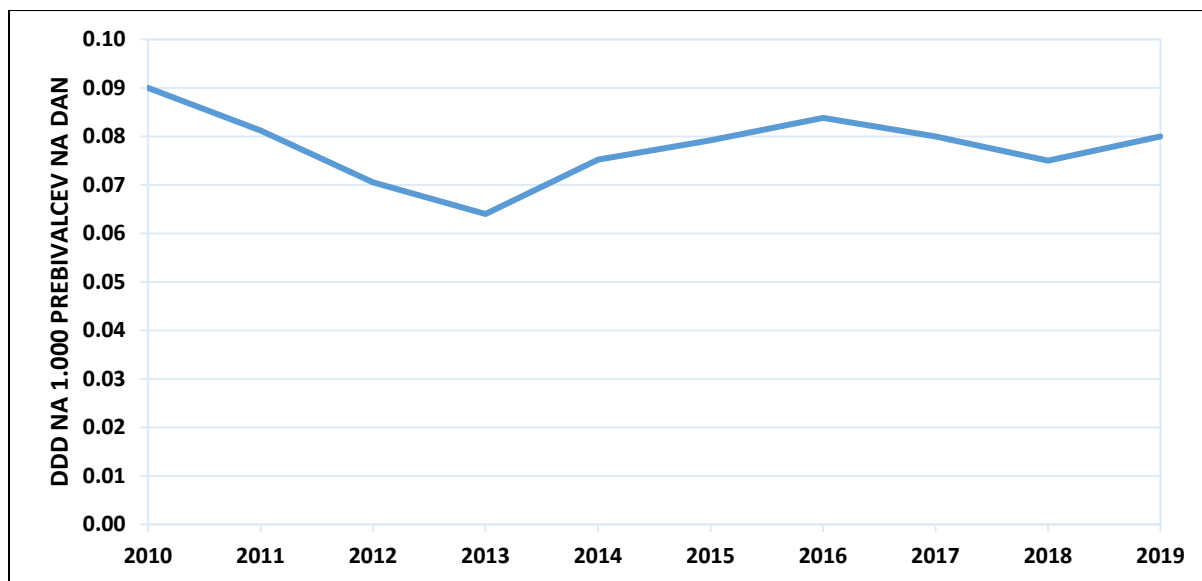
Slika 67: Poraba antibiotikov (J01) v Sloveniji med letoma 2003 in 2019 (DDD na 100 BOD)



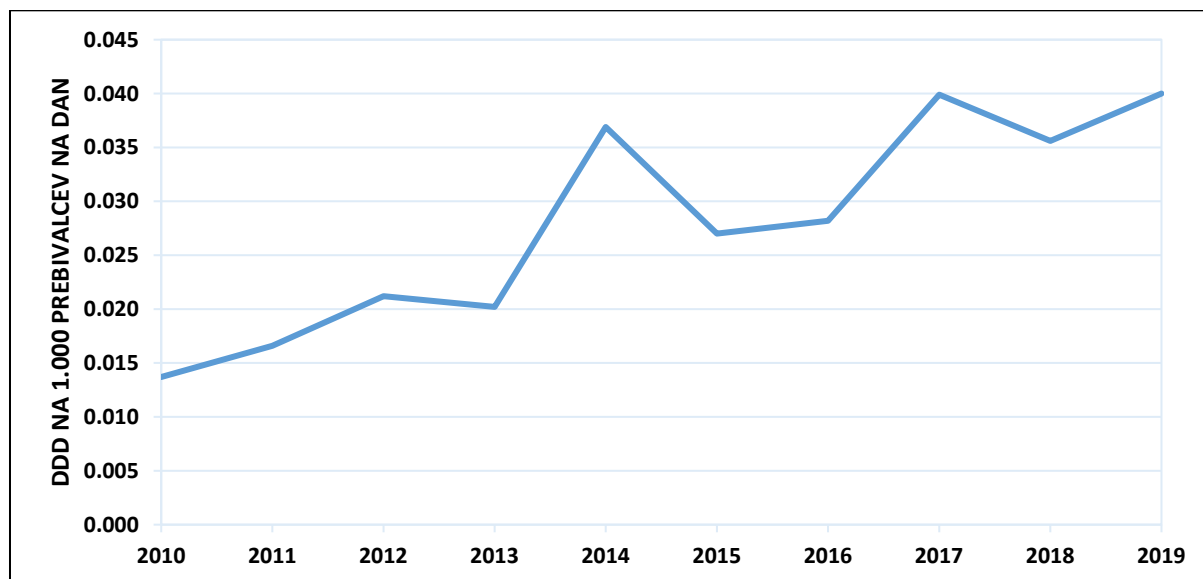
Slika 68: Poraba antibiotikov (J01) v Sloveniji med letoma 2003 in 2019 (DDD na 1000 prebivalcev na dan)



Slika 69: Poraba protiglivnih zdravil (J02) v Sloveniji med letoma 2010 in 2019 (DDD na 1000 prebivalcev na dan)



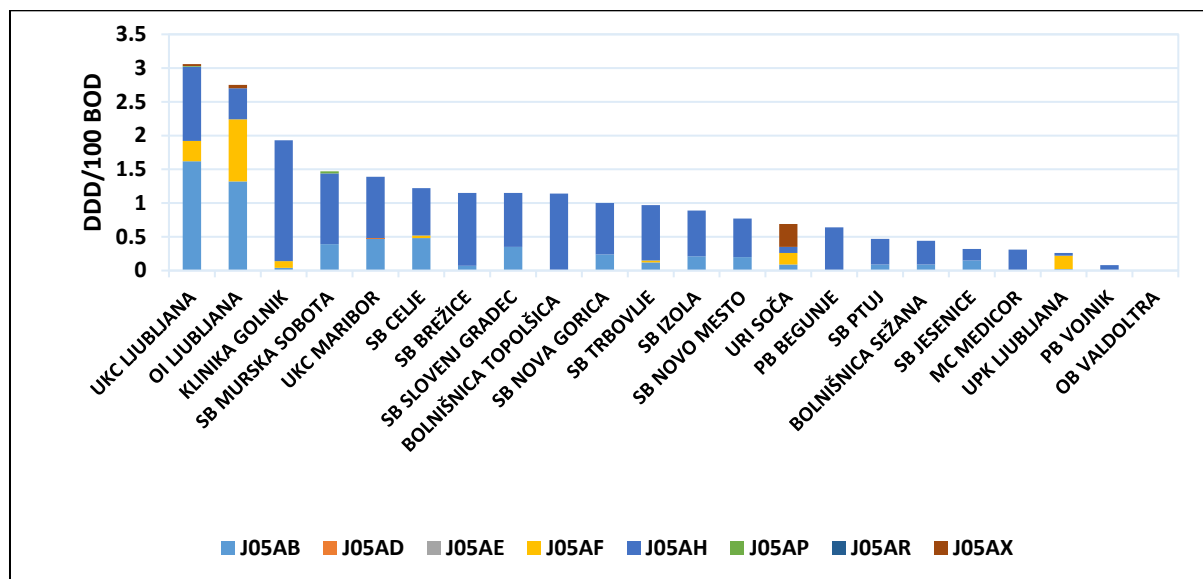
Slika 70: Poraba protivirusnih zdravil (J05) v Sloveniji med letoma 2010 in 2019 (DDD na 1000 prebivalcev na dan)



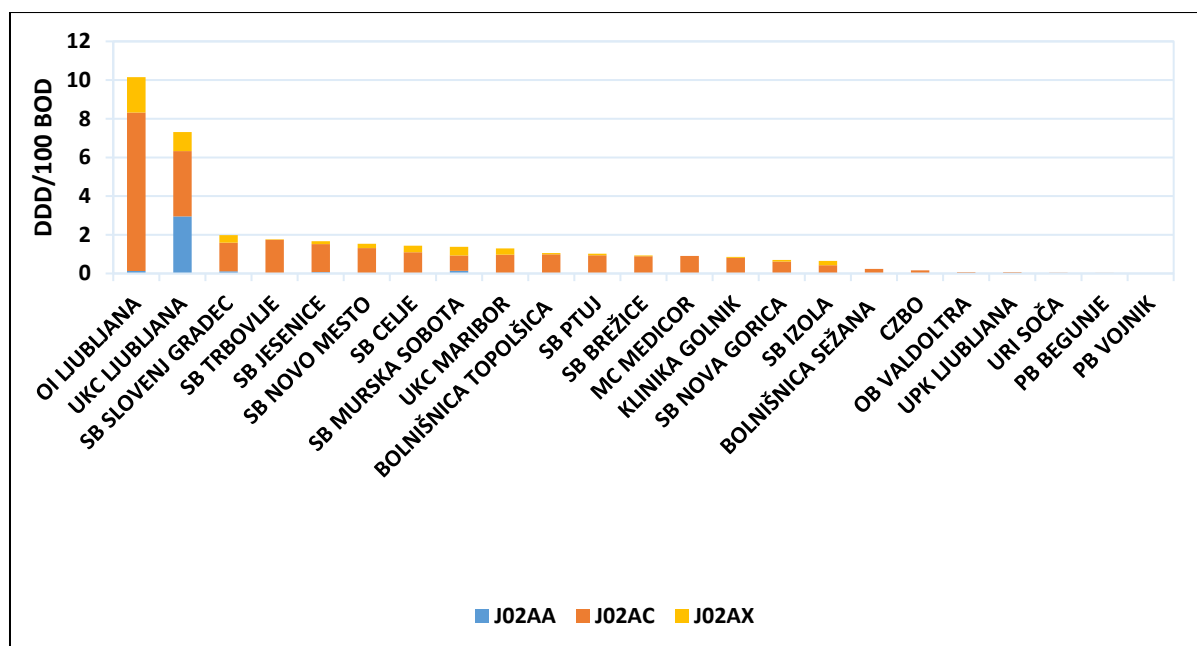
Preglednica 5: Poraba (DDD na 100 BOD) antibiotikov za sistemsko rabo (J01) na oddelkih splošnih bolnišnic (n = 10) in UKC (n = 2) med letoma 2016 in 2019

ODDELEK	POVPREČJE 2016	POVPREČJE 2017	POVPREČJE 2018	POVPREČJE 2019	Najmanjša poraba 2019	Največja poraba 2019
INTERNA	57,77	60,13	61,67	62,44	45,78 (SB Trbovlje)	75,81 (SB Jesenice)
KIRURGIJA	63,52	63,31	54,59	67,46	36,20 (SB Trbovlje)	76,44 (UKC Maribor)
GINEKOLOGIJA	30,09	32,33	30,84	32,57	15,26 (SB Novo mesto)	47,27 (UKC Maribor)
PEDIATRIJA	39,15	40,66	44,86	42,24	25,19 (SB Jesenice)	59,37 (SB Nova Gorica)
INTERNISTIČNA INTENZIVNA TERAPIJA	123,22	128,47	132,98	124,54	68,07 (SB Trbovlje)	163,40 (SB Izola)
KIRURŠKA INTENZIVNA TERAPIJA	181,76	173,75	175,49	178,5	103,15 (SB Trbovlje)	286,50 (UKC Ljubljana)

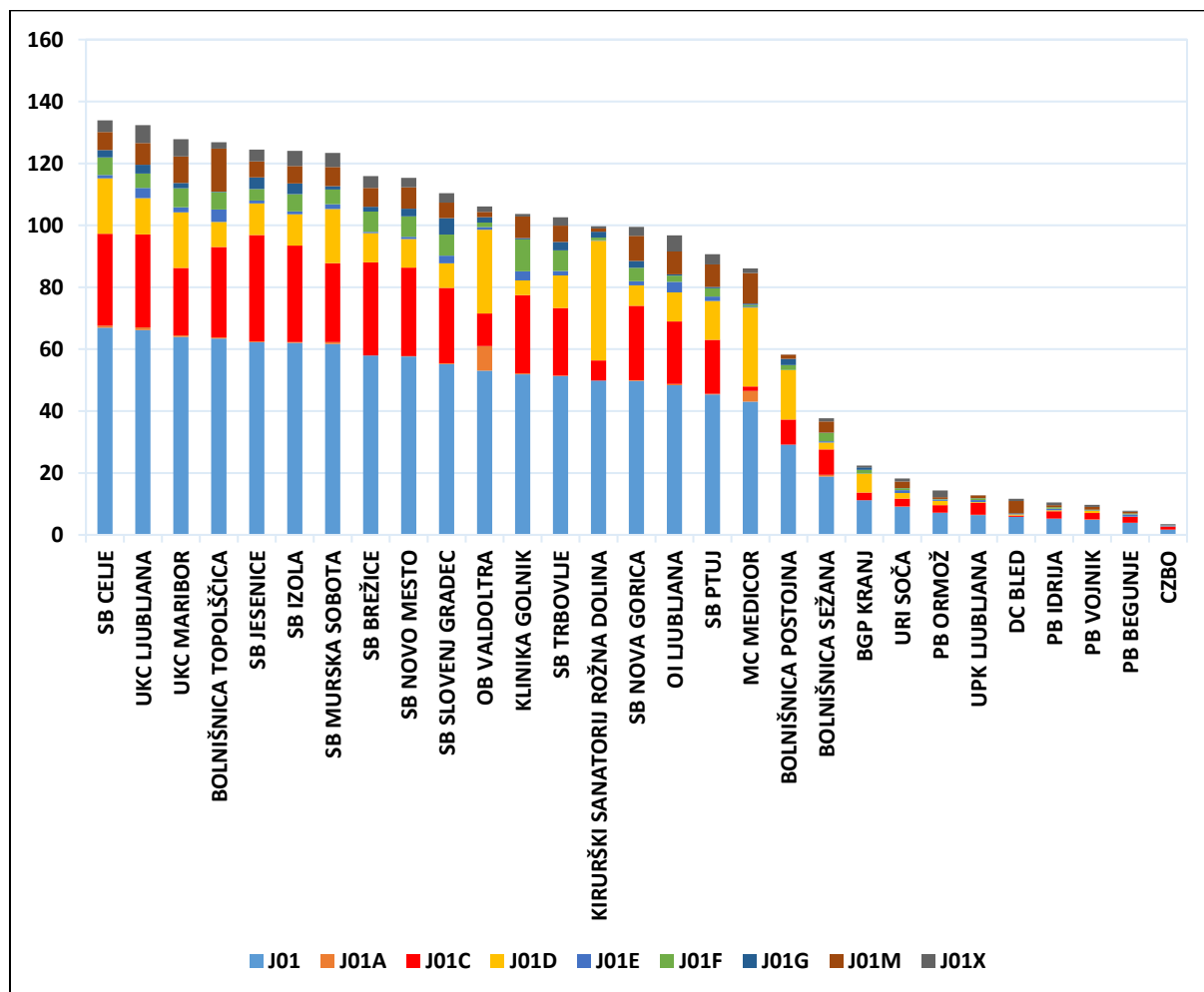
Slika 71: Poraba protivirusnih zdravil (J05) po posameznih zdravstvenih ustanovah v letu 2019 (DDD na 100 BOD)



Slika 72: Poraba protiglivnih zdravil (J02) po posameznih zdravstvenih ustanovah v letu 2019 (DDD na 100 BOD)



Slika 73: Poraba antibiotikov (J01) po posameznih zdravstvenih ustanovah v letu 2019 (DDD na 100 BOD)



VARNOST BOLNIKA IN OSEBJA

KK65 – POŠKODBE OSEBJA Z OSTRIMI PREDMETI

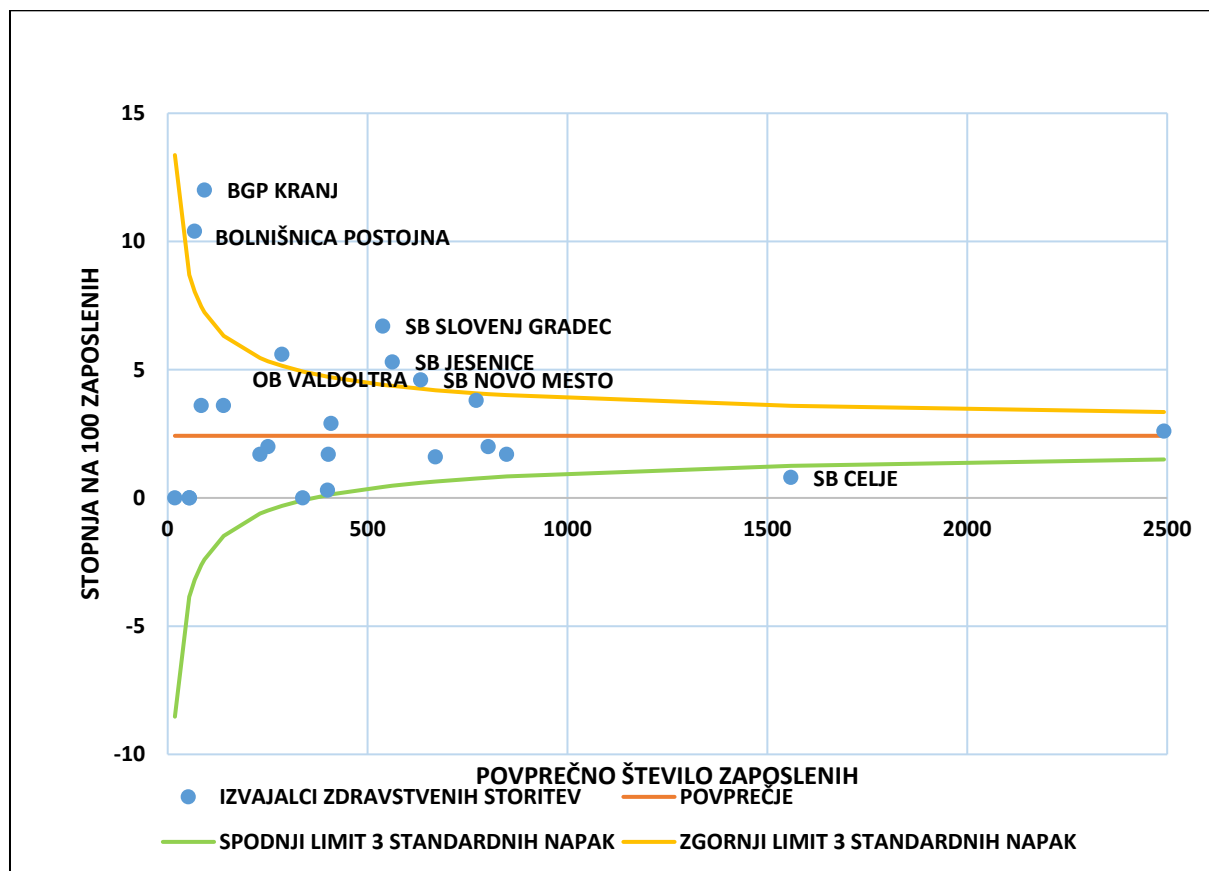
Kazalnik poškodbe osebja z ostrimi predmeti je določen kot število poročenih poškodb zdravstvenega osebja z ostrimi predmeti na zdravstvenega delavca, zaposlenega s polnim delovnim časom v koledarskem letu. Kazalnik izraža varnost zdravstvenega osebja.

Bolnišnice o številu poškodb osebja z ostrimi predmeti četrtletno poročajo MZ. Zanesljivost podatkov je odvisna od tega, kako natančno izvajalci zdravstvenih storitev spremljajo poškodbe. Pogoj 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 2019 se znova kaže, da nekateri izvajalci zdravstvenih storitev podatkov ne zbirajo ustrezno ali jih sploh ne zbirajo (UKC Ljubljana, SB Murska Sobota, MC Medicor, Arbor Mea, Bolnišnica Sežana), zato podatki za te bolnišnice niso prikazani. Podatki so zaradi majhnega števila poškodb z ostrimi predmeti prikazani v obliki lijakastega diagrama, pri čemer je upoštevano povprečno število zaposlenih v letu 2019 (četrtletno poročanje).

Opazno je, da imajo izvajalci z manjšim številom zaposlenih še vedno več poškodb osebja z ostrimi predmeti kot izvajalci z večjim številom zaposlenih (**Slika 74**). Iz primerjave vrednosti med bolnišnicami tudi še vedno ni mogoče ugotoviti, ali je število poškodb osebja z ostrimi predmeti pri izvajalcih z manjšim številom zaposlenih odraz boljšega načina spremljanja dogodkov ali njihove dejanske večje pogostnosti in, nasprotno, ali je manjša pogostnost poškodb osebja z ostrimi predmeti pri izvajalcih z večjim številom zaposlenih odraz slabšega načina spremljanja dogodkov ali njihove dejanske manjše pogostnosti.

Slika 74: Povprečno število poškodb osebja z ostrimi predmeti na leto na 100 zaposlenih pri nekaterih izvajalcih bolnišničnega zdravljenja v Sloveniji v letu 2019



KK67 – PADCI

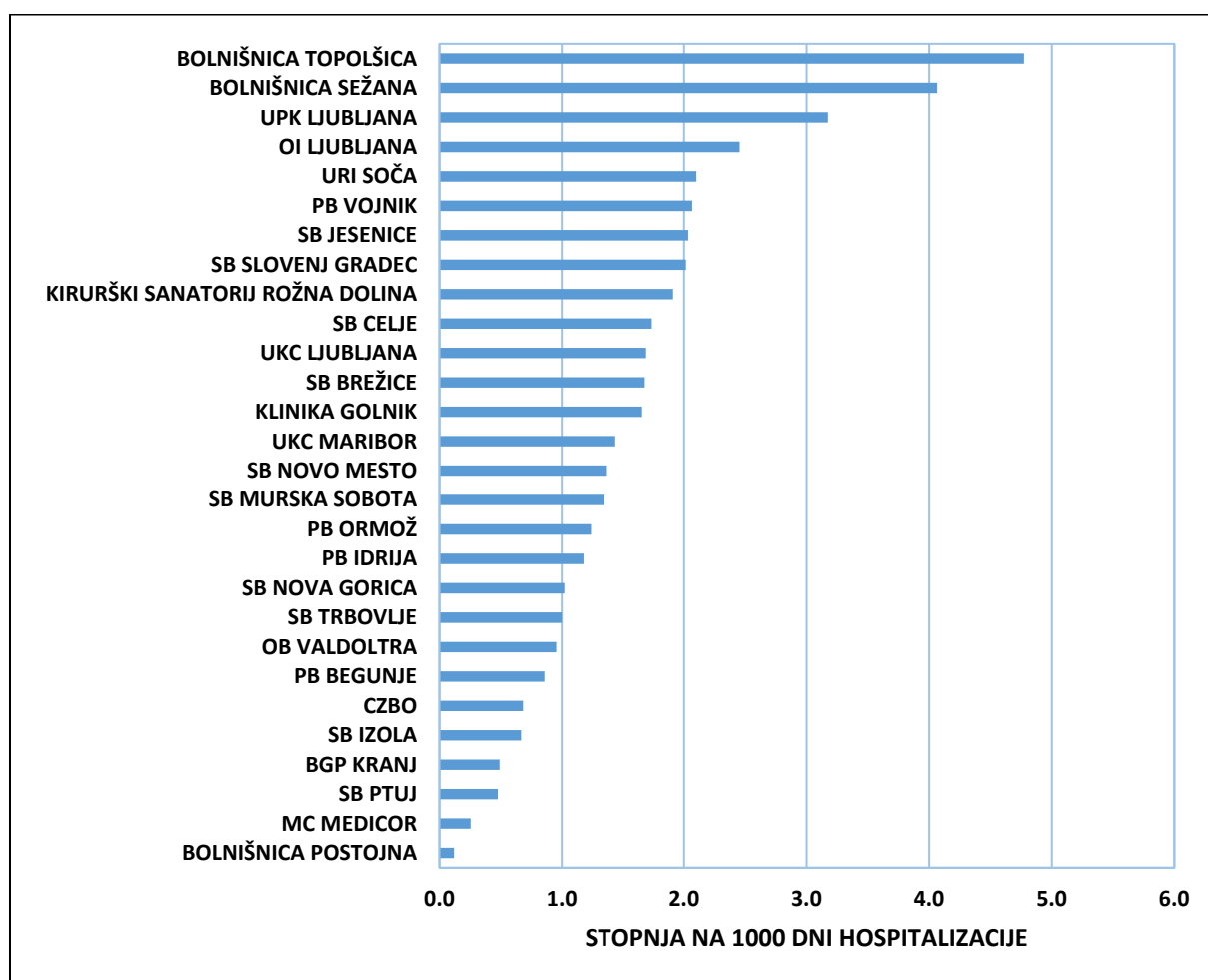
Število padcev med hospitalizacijo je kazalnik bolnikove varnosti. Njihovo število bi se lahko zmanjšalo s sprejetjem preprečevalnega programa. Preventivna strategija bi lahko zajemala redno ocenjevanje tveganja za padce z napovednimi lestvicami, zaznavo bolnikov z velikim tveganjem za padce, komunikacijo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

Večina bolnišnic podatke o padcih dosledno sporoča, kar omogoča primerjavo postopkov zbiranja in vrednotenja podatkov. V analizo niso bili zajeti izvajalci, ki podatkov niso poslali ali so poslali le delne in nepopolne podatke za leto 2019.

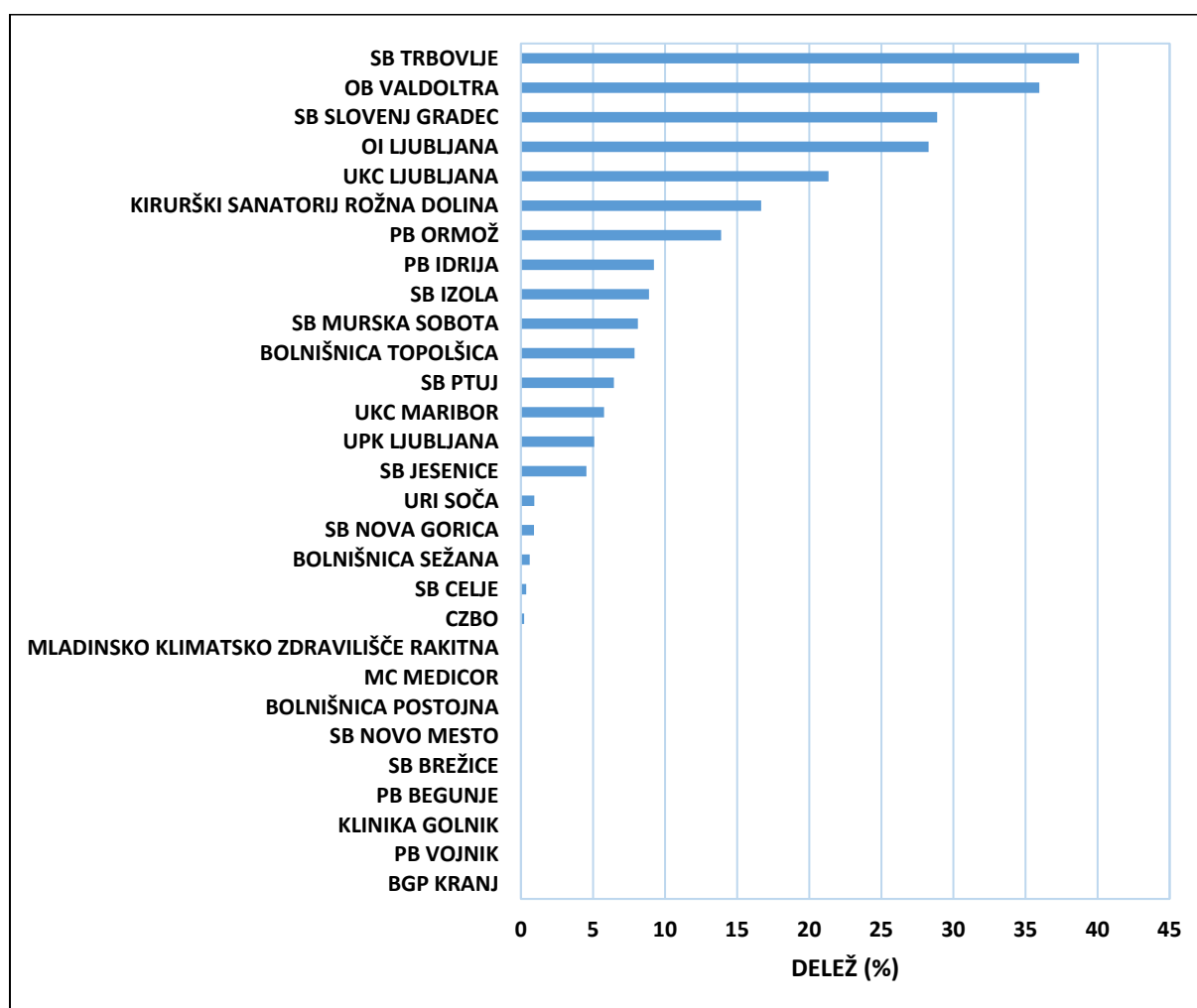
Razlike v načinih zbiranja podatkov še vedno so in onemogočajo boljše neposredne primerjave. Merjenje kazalnika stopnje padcev je zato koristno, saj ga bolnišnice prepoznajo kot orodje za ukrepanje in izboljševanje stanja na tem področju. Zaradi dolgaletnega sistematičnega zbiranja podatkov lahko bolnišnice same ugotavljajo, kako posamezni ukrepi vplivajo na število padcev v njihovi ustanovi. Znatnih razlik v stopnji padcev med posameznimi bolnišnicami v letu 2019 ni bilo, vendar je opaziti, da je bila stopnja padcev najvišja v Bolnišnici Topolšica, najmanjša pa v Bolnišnici Postojna (**Slika 75**). Opazne so razlike v deležu poškodb zaradi padca (**Slika 76**). Največji delež padcev s poškodbami so imeli v SB Trbovlje, najmanjšega v več različnih bolnišnicah.

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

Slika 75: Stopnja padcev po posameznih slovenskih bolnišnicah na 1000 dni hospitalizacije v letu 2019



Slika 76: Delež padcev s poškodbami po posameznih slovenskih bolnišnicah v letu 2019

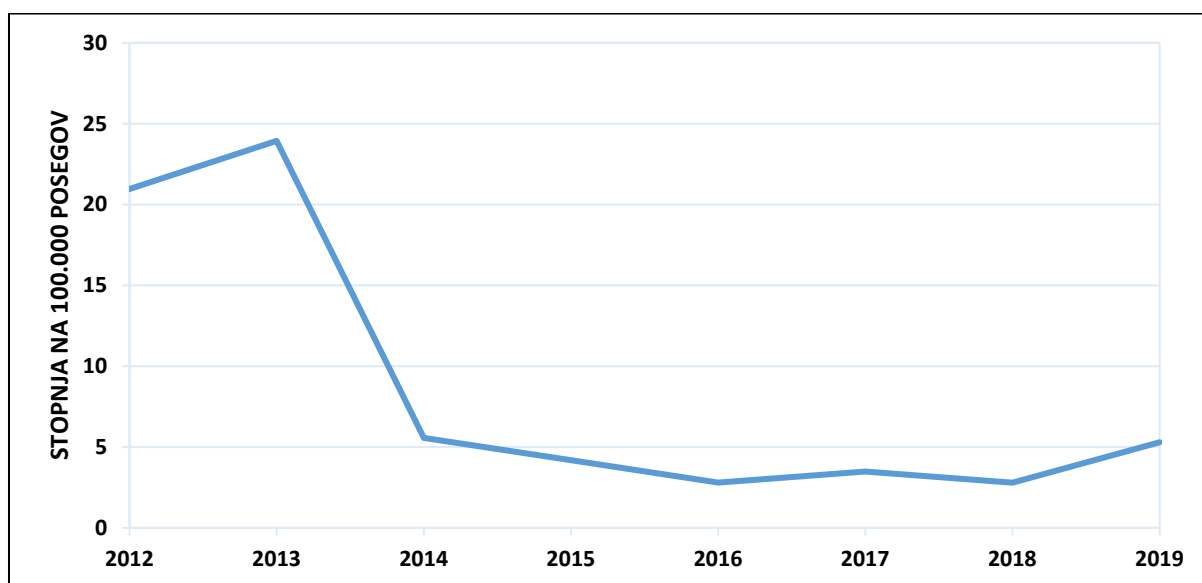


KK69 – TUJKI V TELESU PO OPERACIJSKEM POSEGU

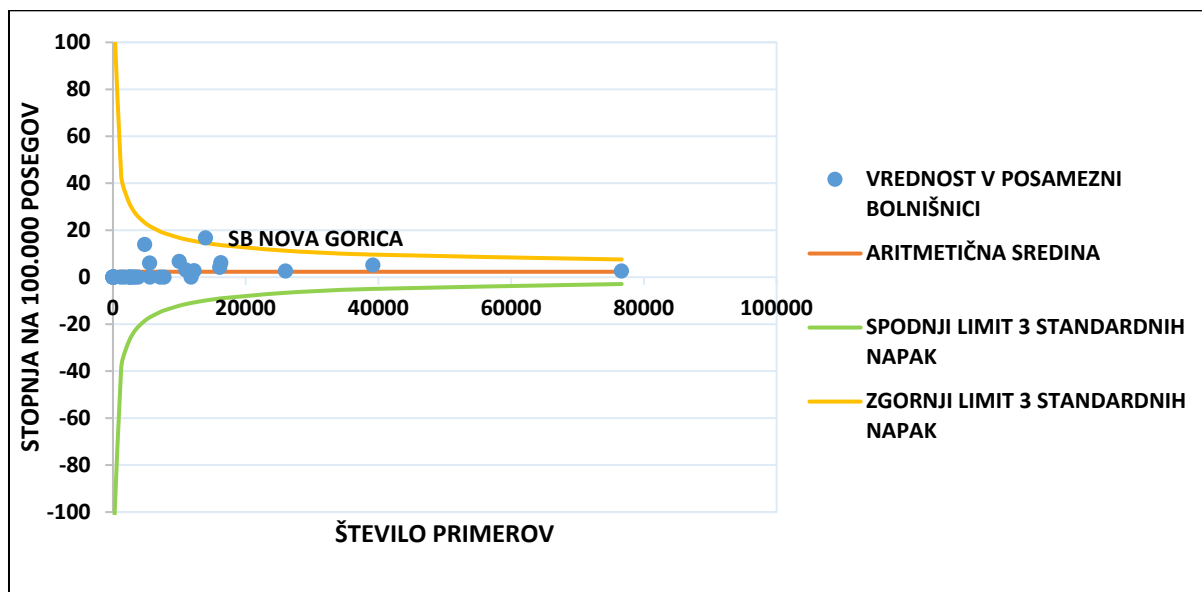
Kazalnik kakovosti tujki v telesu po operacijskem posegu je določen kot stopnja odpuščenih bolnikov, starih 15 let ali več, pri katerih je po operacijskem posegu ostal tujek v telesu (diagnostične kode T81.6, Y61.0–Y61.9). Tujki so v telesu lahko ostali zaradi kirurške operacije, infuzije ali transfuzije,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

Analiza pridobljenih podatkov kaže, da se je stopnja tujkov v telesu po operacijskem posegu po letu 2013 znatno zmanjšala, vendar z manjšim upadanjem po letu 2014 in manjšim vnovičnim povišanjem v letu 2019 (**Slika 77**). Podrobnejša analiza izvajalcev ne kaže večjih razlik med njimi, morebiti le nekoliko izstopa SB Nova Gorica zaradi številnejših primerov v letu 2019 (**Slika 78**).

Slika 77: Stopnja tujkov v telesu po operacijskem posegu na 100.000 operacijskih posegov v Sloveniji med letoma 2012 in 2019



Slika 78: Groba stopnja tujkov v telesu po operacijskem posegu na 100.000 operacijskih posegov po bolnišnicah, povprečna vrednost treh let (2017–2019)



KK71 – MRSA

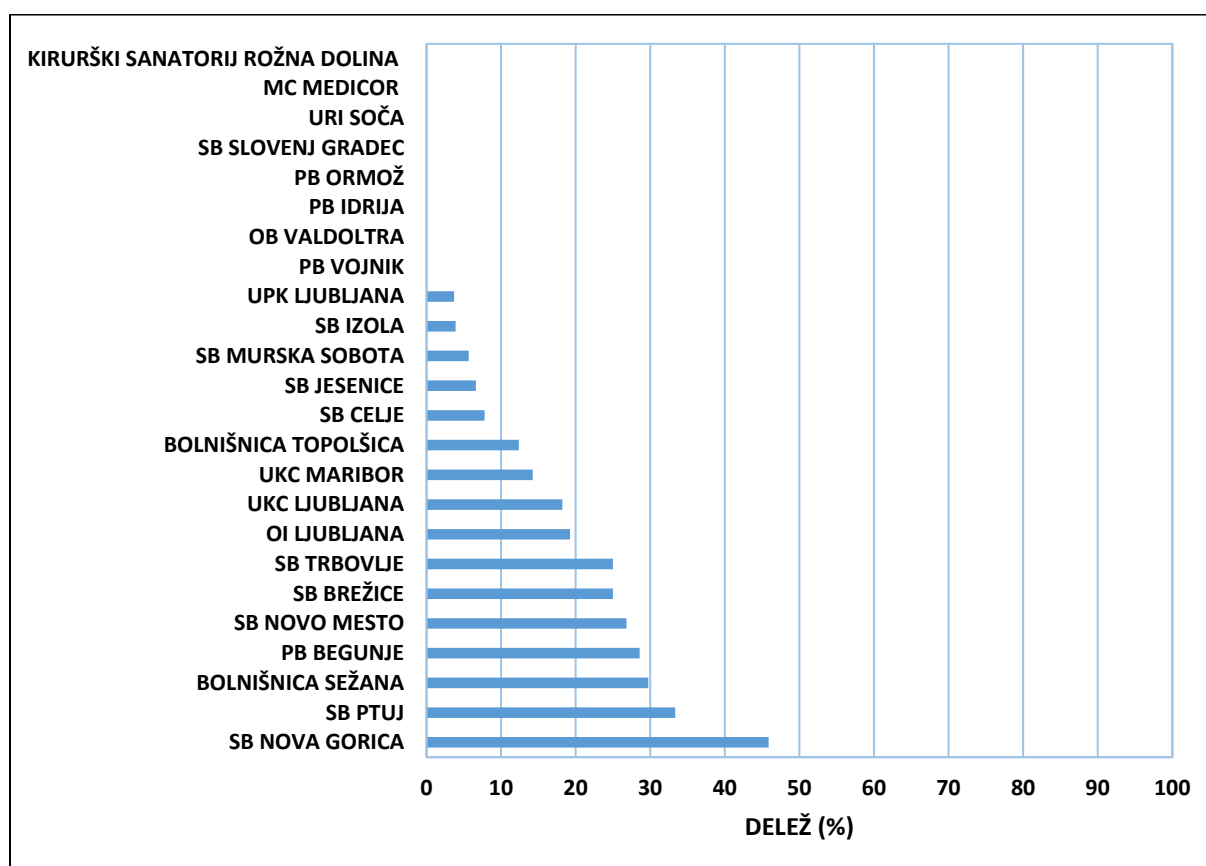
Kazalnik MRSA (proti meticilinu odporni *Staphylococcus aureus*) opredeli delež bolnikov z bolnišnično MRSA v posamezni bolnišnici glede na skupno število bolnikov, pri katerih je bila ugotovljena kolonizacija ali okužba z MRSA v tekočem letu.

V primerjavi s prejšnjimi leti je večina bolnišnic poslala zahtevane podatke. Vendar nekatere bolnišnice niso poslale podatkov za vsa četrtletja.

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 2019, prikazuje **Slika 79**. 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 še vedno velik delež bolnikov z bolnišnično dobljeno MRSA. Zlasti vzbuja skrb stanje v SB Nova Gorica.

Slika 79: 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 2019.



KK73 – POOPERACIJSKA SEPSA

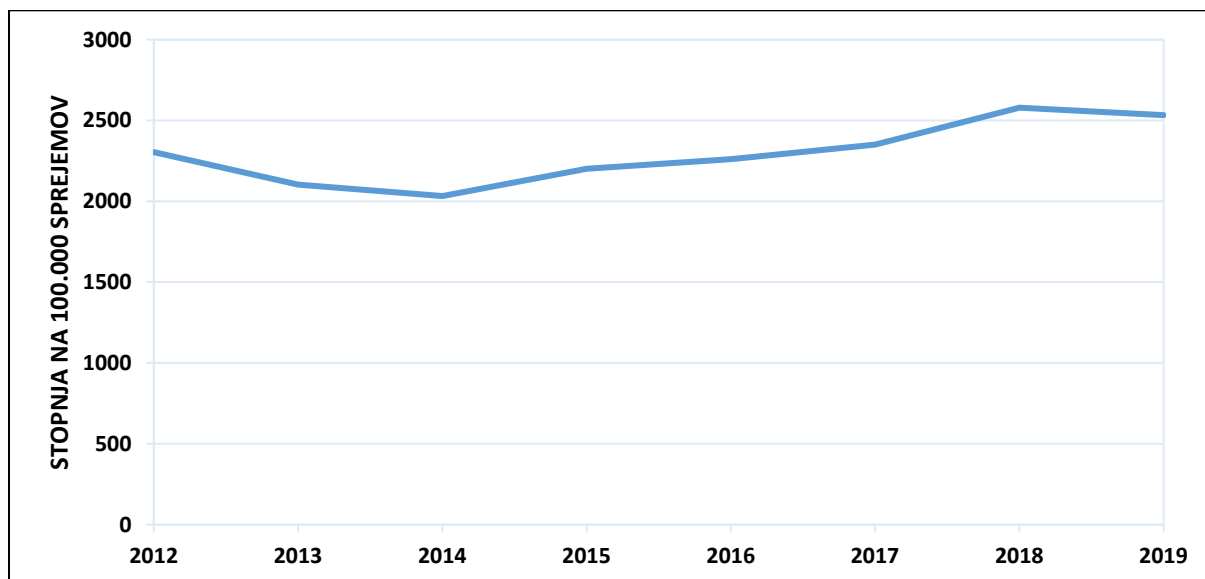
Kazalnik pooperacijska sepsa je določen kot stopnja bolnikov, starih 15 let ali več, ki so bili odpuščeni s sekundarno diagnostično kodo sepsa (A40.0–A40.9, A41.1–A41.9, R57.2, R57.8, R65.0, R65.1, T81.1) po abdominopelvični kirurški obravnavi. Izključitvena merila so nosečnost, porod, poporodno obdobje,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

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

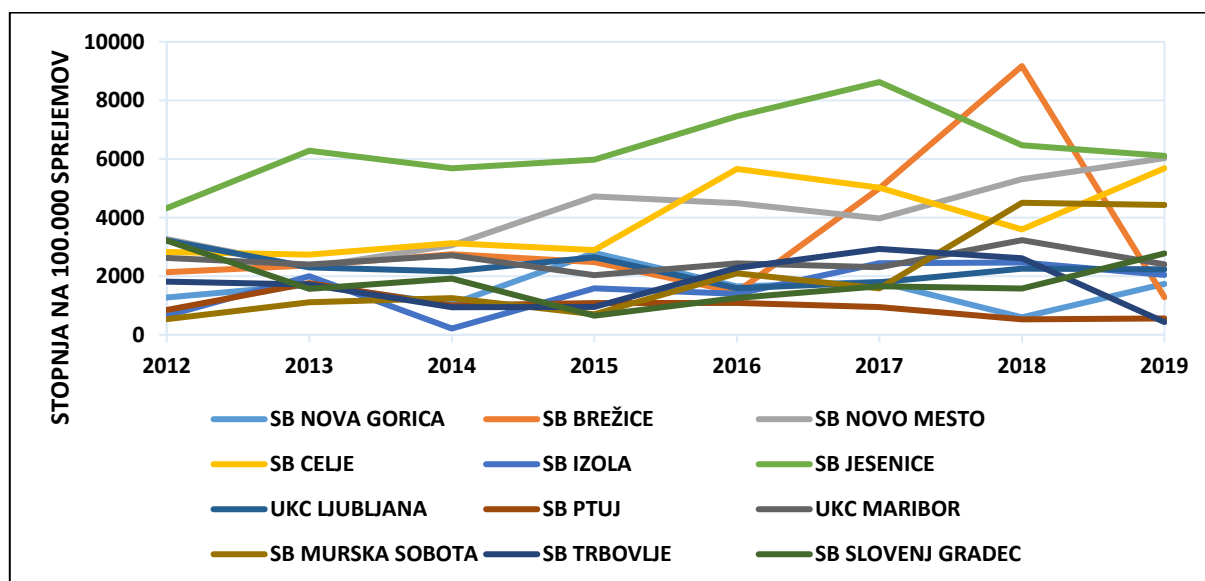
Iz pridobljenih podatkov je razvidno, da se je stopnja pooperacijskih seps med letoma 2012 in 2014 zmanjševala in se po letu 2014 začela povečevati do te meje, da je leta 2017 presegla stopnjo, izmerjeno v letu 2012, po letu 2018 pa je opazen blag padec (**Slika 80**).

Medbolnišnična analiza prav tako kaže povečevanje stopnje pooperacijskih seps v zadnjih letih (**Slika 81**). Podrobnejša analiza povprečij zadnjih treh let kaže nekoliko izstopajočo SB Jesenice, kjer so imeli najvišjo stopnjo pooperacijskih seps (**Slika 82**). 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. Tudi v letu 2019 gre lahko za podobne okoliščine.

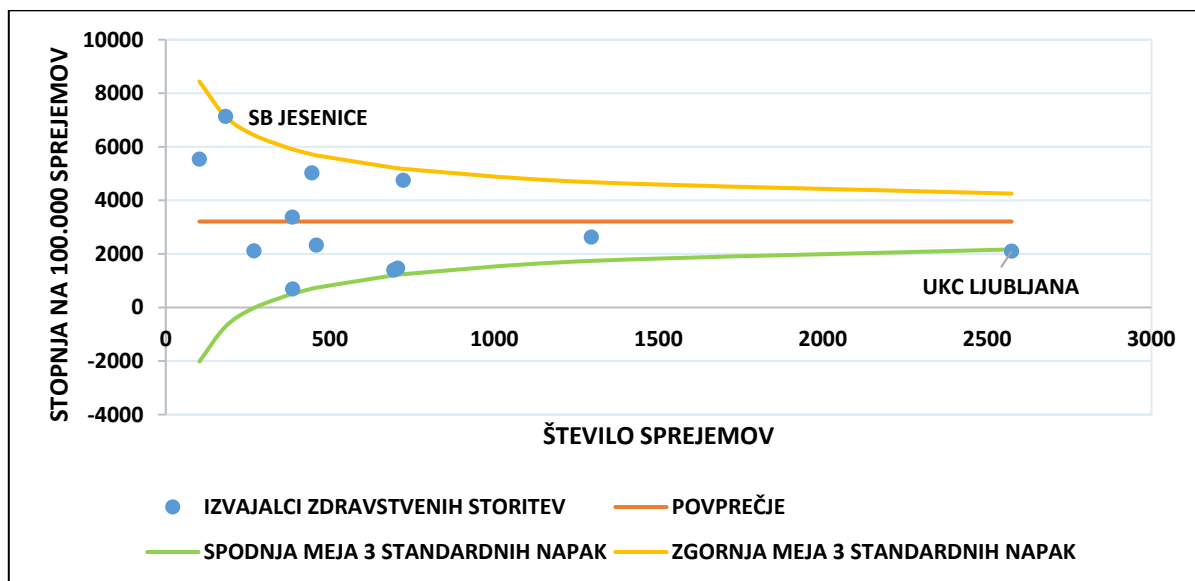
Slika 80: Groba stopnja primerov pooperacijske sepse zaradi kirurškega posega na 100.000 sprejemov, standardizirana po starosti in spolu, v Sloveniji med letoma 2012 in 2019



Slika 81: Groba stopnja primerov pooperacijske sepse zaradi kirurškega posega na 100.000 sprejemov, standardizirana po starosti in spolu, po posameznih bolnišnicah med letoma 2012 in 2019



Slika 82: Groba stopnja primerov pooperacijske sepse zaradi kirurškega posega na 100.000 sprejemov po posameznih bolnišnicah v Sloveniji, povprečna vrednost treh let (2017–2019)



DODATEK

HIGIENA ROK

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

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

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

Sporočanje podatkov o doslednosti izvajanja higiene rok iz bolnišnic na MZ poteka dvakrat letno (za prvo in drugo polletje), posebej za doslednost higiene rok v enotah intenzivne terapije (EIT) in na drugih bolnišničnih oddelkih (DBO).

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 2019 so prikazani v **preglednici 6**.

Preglednica 6: Higiena rok zdravstvenih delavcev in sodelavcev v EIT in na DBO za leto 2019

	EIT	DBO
število sporočevalcev	17	23
sporočeno število dejanj	od 16 do 1592	od 18 do 8727
sporočeno število priložnosti	od 17 do 2052	od 96 do 11238
sporočena doslednost higiene rok	od 64,6 do 96,4 %	od 54 do 95,6 %
skupno število opazovanih dejanj	9493	32.036
skupno število opazovanih priložnosti	12.374	41.344
skupna doslednost higiene rok	76,7 %	77,5 %

Podatke so poslale vse bolnišnice. Stopnja doslednosti higiene rok v letu 2019 je v EIT bila 76,7 odstotna in na DBO 77,5 odstotna, vendar so med bolnišnicami zelo velike razlike. Število opazovanih dejanj in opazovanih priložnosti je bilo višje na DBO kakor v EIT, kar je razumljivo, ker je več bolnišničnega kadra zaposlenega na DBO kot v EIT. Zbrani podatki kažejo velike razlike v številu opazovanj po bolnišnicah,

kar je lahko povezano z velikostjo bolnišnice in ob tem s številom postelj. Vendar, večje ko je skupno število opazovanih dejanj, bolj stvarna je ocena stopnje doslednosti.

V **preglednici 7** so podatki o higieni rok zdravstvenih delavcev in sodelavcev v EIT prikazani med letoma 2017 in 2019.

Preglednica 7: Higiena rok zdravstvenih delavcev in sodelavcev v EIT med letoma 2017 in 2019

	2017	2018	2019
število sporočevalcev	15	18	17
sporočeno število dejanj	od 91 do 1419	od 21 do 2006	od 16 do 1592
sporočeno število priložnosti	od 93 do 1773	od 44 do 2604	od 17 do 2052
sporočena doslednost higiene rok	od 59 do 95,7 %	47,7 do 97,9 %	64,6 do 96,4 %
skupno število opazovanih dejanj	8717	10753	9493
skupno število opazovanih priložnosti	10912	13919	12374
skupna doslednost higiene rok	79,9 %	77,3 %	76,7 %

Število opazovanih dejanj in priložnosti se je v letih 2017 in 2018 povečevalo, vendar je to lahko povezano z večjim številom sporočevalcev. V letu 2019 je prišlo do zmanjšanja števila opazovanih dejanj in priložnosti. Skupna doslednost higiene rok zdravstvenih delavcev in sodelavcev ter drugih zaposlenih v EIT po letu 2017 nekoliko upada, vendar je v dovoljenih okvirih.

Podatki o higieni rok na DBO med letoma 2017 in 2019 so prikazani v **preglednici 8**.

Preglednica 8: Higiena rok na DBO med letoma 2017 in 2019

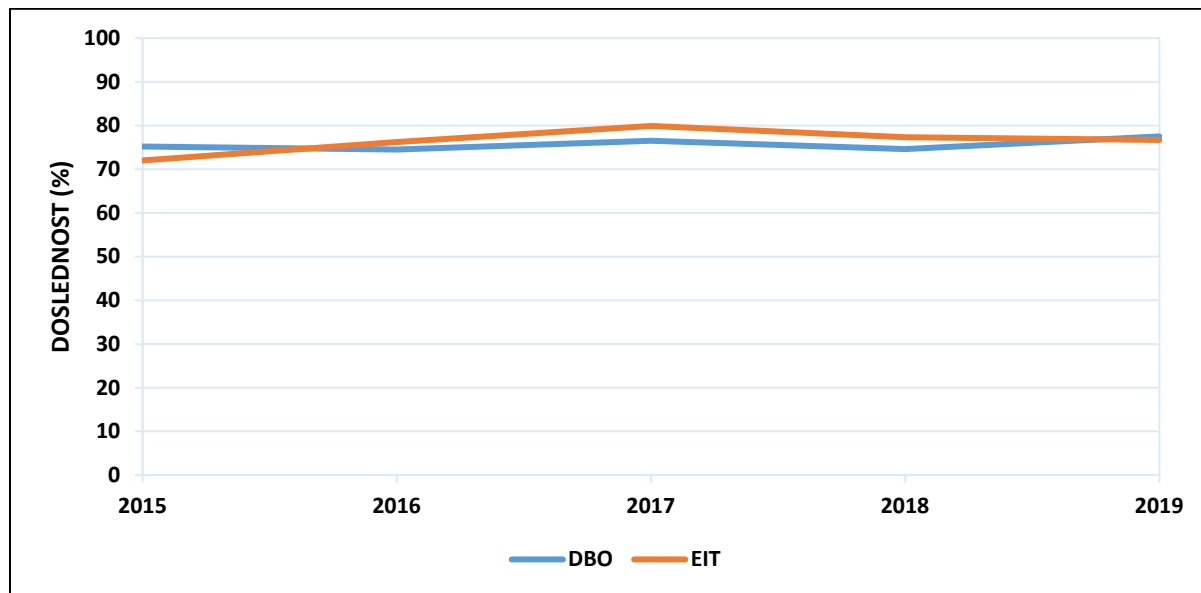
	2017	2018	2019
število sporočevalcev	17	23	23
sporočeno število dejanj	od 238 do 8911	od 29 do 9141	od 18 do 8727
sporočeno število priložnosti	od 479 do 11.392	od 35 do 11.682	od 96 do 11.238
sporočena doslednost higiene rok	od 50 do 96,4 %	od 43,5 do 97,8 %	od 54,5 do 95,6 %
skupno število opazovanih dejanj	21.470	30.504	32.036
skupno število opazovanih priložnosti	28.050	40.918	41.344
skupna doslednost higiene rok	76,5 %	74,6 %	77,5 %

Podobno kot pri EIT je tudi pri DBO opazno, da se je število dejanj in priložnosti v letih 2017 in 2018 povečevalo in v letu 2019 upadlo. Skupna doslednost higiene rok zdravstvenih delavcev in sodelavcev ter drugih zaposlenih na drugih oddelkih bolnišnic nekoliko niha, vendar je opazno naraščanje.

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

Slika 83 prikazuje doslednost higiene rok v EIT in na DBO med letoma 2015 in 2019.

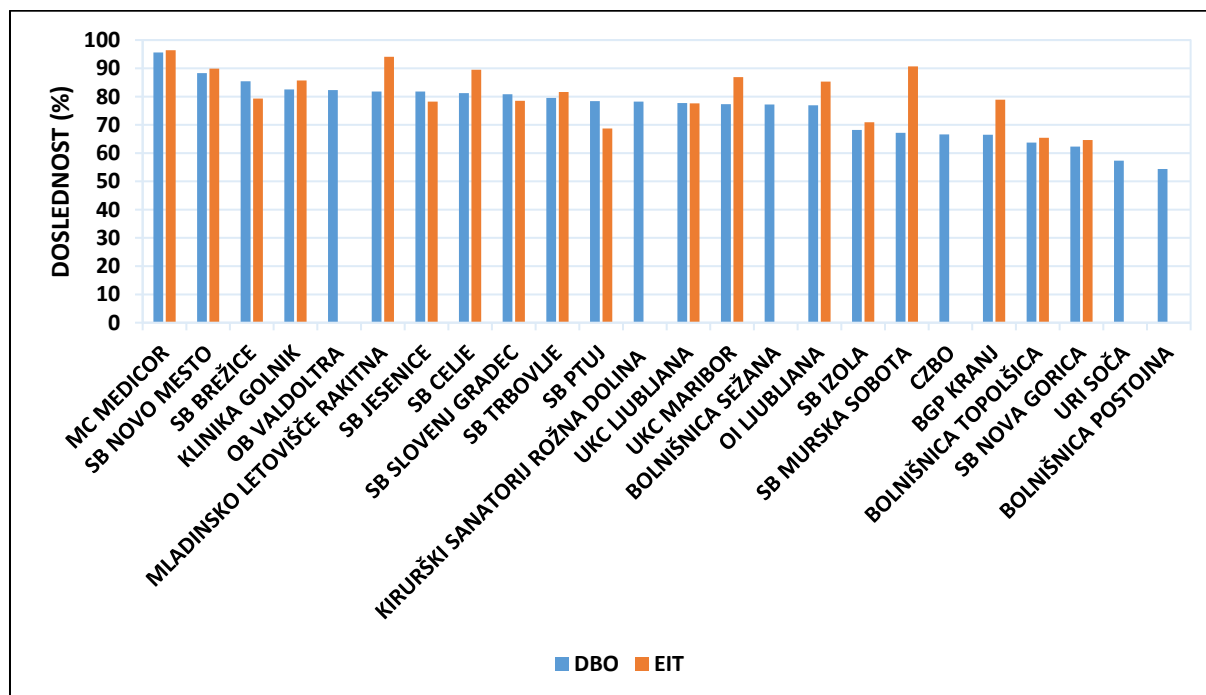
Slika 83: Doslednost higiene rok v EIT in na DBO med letoma 2015 in 2019



Pregled doslednosti higiene rok od uvedbe kazalnika kaže na ustalitev doslednosti med 70 in 80 %. Doslednosti v EIT in na DBO sta na primerljivi ravni.

Slika 84 prikazuje doslednost izvajanja higiene rok po posameznih bolnišnicah, ločeno za EIT in DBO.

Slika 84: Doslednost izvajanja higiene rok po posameznih bolnišnicah v letu 2019



Vrednosti doslednosti izvajanja higiene rok po posameznih bolnišnicah kažejo, da se v slovenskih bolnišnicah dosledno izvaja opazovanje higiene rok, kar je za obvladovanje bolnišničnih okužb

pomembno. V Bolnišnici Postojna in URI Soča so potrebni takojšnji ukrepi, saj je ocenjena stopnja doslednosti pod priporočljivo vrednostjo. Opazno je, da je med doslednostjo higiene rok v EIT in nekaterih DBO posameznih bolnišnic večja razlika. V večini primerov, ko imajo bolnišnice EIT, je bila doslednost higiene rok pričakovano višja v EIT, razen v SB Brežice, SB Jesenice, SB Slovenj Gradec in SB Ptuj.

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 **preglednici 9**.

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, boljšo kakovost merjenja doslednosti zaradi večjega števila opazovanih dejanj in podobno.

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

V letu 2020 je znova potekalo izobraževanje za opazovalce higiene rok v bolnišnicah. Povabljeni so bili 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, kar se je izkazalo tudi v času pandemije covid-19.

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

Sklepna ugotovitev: Kazalnik kakovosti »higiena rok« se je uveljavil v slovenskih bolnišnicah. V dveh zdravstvenih zavodih so potrebni takojšnji ciljni ukrepi za izboljšanje doslednosti higiene rok med zdravstvenimi delavci in sodelavci. Opazovalci higiene rok si morajo prizadevati za čim višje število opazovanih dejanj in vzdrževati svoje strokovne usposobljenosti za prepoznavo vseh priložnosti za higieno rok ter izobraževati in spodbujati sodelavce k doslednemu izvajanju higiene rok.

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

Preglednica 9: Doslednost izvajanja higiene rok po posameznih bolnišnicah (EIT, DBO) med letoma 2016 in 2019

Bolnišnica	EIT				DBO				Ocena
	(%)				(%)				
	2016	2017	2018	2019	2016	2017	2018	2019	
Klinika Golnik	81,8	80,7	87,8	85,7	83,7	85,2	77,1	85,2	↑
Bolnišnica Topolšica	66,5	66	63,7	65,4	60	69	59,1	63,7	↔
Bolnišnica Sežana					80,7	72,7	84,9	77,2	↔
URI Soča					41,3	50	53,5	57,3	↑
UKC Ljubljana		78	77	77,6		78,5	78,2	77,7	↔
OB Valdobitraglia					76,9	71,1	71,1	82,3	↑
SB Brežice	88,8	96,4	82,3	79,3	82,5	82,3	81	85,4	↑
SB Celje	84,7	83	90,8	89,5	76,9	91,4	85	81,2	↓
SB Nova Gorica	64	68	69,6	64,6	66	59	69,3	62,3	↓
SB Izola			75,6	70,9			69,5	68,2	↔
SB Jesenice	70,7	76,6	81,6	78,2	61,7	72	75,9	81,8	↑
UKC Maribor	67,8	72,3	80,5	86,9	66,3	82	68,8	77,7	↑
SB Murska Sobota		63,1	77,6	90,7	60,9		78,5	76,2	↕
SB Novo mesto	86,2	90,9	87,6	89,9	90,8	95,6	91,2	88,3	↔
SB Ptuj	95	83,6	76,3	68,7	86	85,4	82,4	78,4	↔
SB Slovenj Gradec	78,3	75,4	64,1	78,5	77,8	80	55,5	80,5	↑
SB Trbovlje	61,1	69,7	75,7	81,6	62,6	70,9	76,8	79,5	↑
OI Ljubljana	74,9	73,4	79	85,3	68,4	68,3	73,9	76,9	↑
MC Medicor	100		97,5	96,4	97,9	95,7	97	95,6	↔
BGP Kranj	52,7		47,7	78,9	53, 6		71,8	66,5	↓
Bolnišnica Postojna			81,8				77,6	54,4	↓
Kirurški sanatorij Rožna dolina					53, 6		81	78,2	↔
Mladinsko letovišče Rakitna							82,5	76,9	↓

