



REPUBLIKA SLOVENIJA
MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE



EVROPSKA UNIJA
EVROPSKI
SOCIALNI SKLAD

KAKOVOST ZDRAVSTVENE OBRAVNAVE V SOCIALNOVARSTVENIH ZAVODIH

Priročnik

*Kakovost zdravstvene obravnave
v socialnovarstvenih zavodih*

PRIROČNIK

Naslov dokumenta:

Kakovost zdravstvene obravnave v socialnovarstvenih zavodih – priročnik

Avtorji (po abecednem vrstnem redu):

Slavko Bolčević, mag. Luka Gorup, Sanja Jakac, mag. Klavdija Kobal Straus, Miha Kranjc, Ivanka Limonšek, Tina Lipar, Ani Nuša Masnik, Inge Mesarec, Drago Perger, Mojca Počič, Mircha Poldrugovac, Janja Romih, Biserka Simčič, Draga Štromajer

Jezikovni pregled: Sektor za prevajanje, Generalni sekretariat Vlade Republike Slovenije

Oblikovanje: Kolektiv DVA Urška Bavčar s.p.

Izdajatelj: Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije

Spletni naslov: <https://www.gov.si/drzavni-organi/ministrstva/ministrstvo-za-zdravje/>

Kraj in leto izdaje: Ljubljana, 2021

Različica: 2.0, elektronska izdaja

Datum različice: december 2021

Vrsta dokumenta: priročnik

Financiranje: naložbo sofinancirata Republika Slovenija in Evropska unija iz evropskega socialnega sklada

Namen dokumenta: razvoj državnega modela spremljanja kakovosti zdravstvene obravnave v socialnovarstvenih zavodih

Ciljna populacija: socialnovarstveni zavodi, ki izvajajo zdravstveno dejavnost, njihovi zaposleni, drugi zaposleni v zdravstvu in uporabniki storitev

Brezplačni izvod.

Kataložni zapis o publikaciji (CIP) pripravili v Narodni in univerzitetni knjižnici v Ljubljani

COBISS.SI-ID 90912771

ISBN 978-961-6523-72-1 (PDF)

Vse pravice pridržane. Reprodukcija po delih ali v celoti na kakršen koli način in v katerem koli mediju ni dovoljena brez pisnega dovoljenja Ministrstva za zdravje Republike Slovenije.

Predgovor

Z Resolucijo o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025 Skupaj za družbo zdravja (Uradni list RS, št. 25/16) se je Slovenija zavezala k vzpostavitvi celovitega sistema spremljanja in nenehnega izboljševanja kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave.

Julija 2021 je bil v okviru evropskih kohezijskih projektov, ki jih na področju oskrbe starejših usklajuje Sektor za dolgotrajno oskrbo Ministrstva za zdravje Republike Slovenije, pripravljen prvi predlog priročnika za spremljanje kakovosti zdravstvene obravnave v socialnovarstvenih zavodih. Priročnik je bil podlaga za testno spremljanje kazalnikov kakovosti zdravstvene obravnave v socialnovarstvenih zavodih in poročanje o njih. Najprej smo vanj vključili pet v okviru projektov sodelujočih socialnovarstvenih zavodov, v septembru 2021 pa je testno poročalo skupno 61 socialnovarstvenih zavodov. To so bili prvi zametki spremljanja kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave v socialnovarstvenih zavodih na državni ravni. Septembra 2021 je bila v okviru projekta Model dolgotrajne oskrbe v skupnosti imenovana delovna skupina, ki je pregledala testno spremljane kazalnike kakovosti, opravila revizijo predlaganih kazalnikov kakovosti in pripravila priročnik za njihovo spremljanje, ki je danes pred vami.

Spremljanje kakovosti zdravstvene obravnave omogoča izvajalcem zdravstvene dejavnosti pregled in nadzor nad varnostjo procesov in storitev, ki jih zagotavljajo. Je nujni pogoj za zmanjševanje tveganj in načrtovanje ukrepov za izboljšanje kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave v procesu, v katerem so pacienti oziroma uporabniki in njihovi svojci ali zanje pomembne druge osebe dejaven partner. Poleg navedenega je spremljanje kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave nujni prvi pogoj za vzpostavitev varnih delovnih procesov ter zagotovitev varnega delovnega okolja za zdravstvene delavce in sodelavce.

Pot kakovosti zdravstvene obravnave je pot nenehnega učenja. Je pot nenehnega iskanja priložnosti za izboljševanje procesov zdravstvene obravnave in je pot, na kateri prav vsak posamezen deležnik, vključen v zdravstveno obravnavo, lahko pomembno prispeva, da je ta kakovostna in varna. Socialnovarstveni zavodi so pomemben člen v zagotavljanju zdravstvene obravnave v Republiki Sloveniji. Kakovostna in varna zdravstvena obravnava dosledno dosega izide zdravstvene obravnave, ki so primerljivi s standardi ali najboljšimi praksami, ob upoštevanju temeljnih načel kakovosti, kot so uspešnost, varnost, pravočasnost, neprekinjenost, učinkovitost, enakopravnost in osredotočenost na pacienta. Verjamem, da bo tudi vzpostavitev modela spremljanja kazalnikov kakovosti zdravstvene obravnave v socialnovarstvenih zavodih na državni ravni pripomogla k prepoznavi tako posamičnih kot sistemskih tveganj na področju kakovosti, pa tudi k prepoznavi najboljših praks in iskanju možnosti njihovega umeščanja v sistemske rešitve na področju zdravstvene obravnave.

Janez Poklukar, minister

Vsebina

1	Opredelitev izrazov	6
2	Uvod	9
3	Koraki pri oblikovanju nacionalnih kazalnikov kakovosti zdravstvene obravnave v socialnovarstvenih zavodih	13
4	Kazalniki kakovosti zdravstvene obravnave v socialnovarstvenih zavodih	18
4.1	<i>Razjeda zaradi pritiska</i>	20
4.1.1	<i>Kazalnik: RAZJEDA ZARADI PRITISKA PRI UPORABNIKIH V SOCIALNOVARSTVENIH ZAVODIH</i>	22
4.2	<i>Poškodbe in padci</i>	25
4.2.1	<i>Kazalnik: POŠKODBE IN PADCI UPORABNIKOV V SOCIALNOVARSTVENIH ZAVODIH</i>	28
4.3	<i>Varnostni zapleti pri rabi zdravil</i>	34
4.3.1	<i>Kazalnik: VARNOSTNI ZAPLETI PRI RABI ZDRAVIL V SOCIALNOVARSTVENIH ZAVODIH</i>	36
4.4	<i>Kolonizacije ali okužbe z večkratno odpornimi bakterijami</i>	39
4.4.1	<i>Kazalnik: KOLONIZACIJA ALI OKUŽBA Z VEČKRATNO ODPORNIMI BAKTERIJAMI PRI UPORABNIKIH V SOCIALNOVARSTVENIH ZAVODIH</i>	42
5	Druga področja oziroma podatki, ki jih socialnovarstveni zavodi spremljajo in o njih poročajo Ministrstvu za zdravje	46
5.1	<i>Sestava uporabnikov v socialnovarstvenih zavodih</i>	47
5.2	<i>Število in sestava zaposlenih delavcev, financiranih iz zdravstva, v socialnovarstvenem zavodu</i>	49
5.3	<i>Inkontinenca</i>	51
5.4	<i>Demenca</i>	54
6	Literatura	57

1

Opređelitev izrazov

Kakovostna zdravstvena obravnava je zdravstvena obravnava, ki posameznikom in prebivalstvu zagotovi želene izide zdravljenja skladno s trenutnim strokovnim znanjem. Je stalno prizadevanje vsakogar – izvajalca zdravstvene dejavnosti, zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev, pacientov in njihovih svojcev, raziskovalcev, plačnikov, načrtovalcev in izobraževalcev – za spremembe, ki bodo pripeljale do boljših zdravstvenih izidov za paciente, boljše uspešnosti delovanja sistema in boljšega razvoja strokovnjakov (Institute of Medicine, 1990).

Kazalnik kakovosti je statistična ali druga merljiva enota, ki kaže na uspešnost zdravstvene obravnave, uspešnost delovanja izvajalcev zdravstvene dejavnosti in zdravstvenega sistema. Z njim merimo strukture, procese, izide in vzorce obnašanja (McGlynn in Asch, 1998).

Pacient je bolnik ali drug uporabnik zdravstvenih storitev (v nadaljnjem besedilu: uporabnik) v odnosu do zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev oziroma izvajalcev zdravstvene dejavnosti ne glede na svoje zdravstveno stanje (ZPacP, 2009).

Škoda zaradi zdravstvene obravnave je škoda, ki se pojavi zaradi načrtov ali dejanj med izvajanjem zdravstvene obravnave (ali je z njimi povezana), ne pa zaradi same bolezni ali poškodbe (SZO, 2009).

Varna zdravstvena obravnava je zdravstvena obravnava, temelječa na z dokazi podprtih kliničnih odločitvah, ki do najvišje mere poveča zdravstvene izide posameznika ter do najmanjše mere zmanjša možnost za škodo (Prevolnik Rupel, Simčič, Turk, 2014).

Varnost je stopnja, do katere je tveganje intervencije in tveganje okolja zdravstvene obravnave zmanjšano za uporabnika in druge osebe, vključno z izvajalci zdravstvene obravnave (Prevolnik Rupel, Simčič, Turk, 2014).

Varnost zdravstvene obravnave je lastnost sistema in pomeni nenehno ugotavljanje, ocenjevanje in obvladovanje tveganj za uporabnike z namenom izvajanja zdravstvene obravnave, ki je varna za pacienta, in zmanjšanje škode za paciente na najmanjšo možno raven (Kristensen in drugi, 2007).

Varnostni zaplet oziroma incident pri uporabniku je nenameren ali nepričakovan dogodek ali okoliščina, ki bi lahko imela za posledico ali ima za posledico nepotrebno škodo za uporabnika (Prevolnik Rupel, Simčič, Turk, 2014).



Kakovost in varnost zdravstvene obravnave je človekova pravica, ki jo je Evropska komisija v Luksemburški deklaraciji o varnosti pacientov poudarila že v letu 2005 (European Commission, 2005). Kazalniki kakovosti zdravstvene obravnave merijo sestavo, procese in izide zdravstvene obravnave. Merjenje pomeni zbiranje podatkov, njihovo analizo in pretvorbo v informacije, te pa so podlaga za sprejemanje odločitev, ki omogočajo večjo kakovost in varnost zdravstvene obravnave (Busse, Klazinga, Panteli in Quentin, 2019; Robida, Grabar in Simčič, 2020).

Socialnovarstveni zavodi lahko v skladu z 8. členom Zakona o zdravstveni dejavnosti (Uradni list RS, št. 23/05 – uradno prečiščeno besedilo, 15/08 – ZPacP, 23/08, 58/08 – ZZdrS-E, 77/08 – ZDZdr, 40/12 – ZUJF, 14/13, 88/16 – ZdZPZD, 64/17, 1/19 – odl. US, 73/19, 82/20, 152/20 – ZZUOOP, 203/20 – ZIUPOPĐVE in 112/21 – ZNUPZ; v nadaljnjem besedilu: ZZDej) za svoje uporabnike zagotavljajo tudi zdravstveno nego in zdravstveno rehabilitacijo kot del osnovne zdravstvene dejavnosti. Uporabniki imajo pravico do primerne, kakovostne in varne zdravstvene obravnave. V skladu z Zakonom o pacientovih pravicah (Uradni list RS, št. 15/08, 55/17 in 177/20) je primerna zdravstvena obravnava tista, ki je v skladu s potrebami uporabnika ter zmožnostmi zdravstvenega sistema v Republiki Sloveniji in temelji na preprostih, preglednih in prijaznih postopkih ter z uporabnikom vzpostavlja sodelovanje in zaupanje. Kakovostna zdravstvena obravnava dosledno dosega izide zdravljenja, ki so primerljivi s standardi ali najboljšimi praksami, ob upoštevanju temeljnih načel kakovosti, kot so uspešnost, varnost, pravočasnost, nepretrganost, učinkovitost, enakopravnost in osredotočenost na uporabnika. Varna zdravstvena obravnava preprečuje škodo za uporabnika tako v zvezi z zdravljenjem kot glede fizične varnosti bivanja ali zadrževanja pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti. Celostna obravnava, del katere je tudi zdravstvena obravnava v socialnovarstvenih zavodih, mora biti usmerjena v podporo uporabnikom, da oh-

ranjajo čim višjo stopnjo zdravja in sposobnosti samooskrbe ter da lahko čim dlje živijo čim bolj neodvisno (Lapr in drugi, 2019). Pri spremljanju kakovosti zdravstvene obravnave je treba spremljati tudi dejavnike, ki vplivajo na to, kako to kakovost doživljajo uporabniki, ki so dejavni partnerji v celotnem procesu zdravstvene obravnave.

Predpisi s področja zdravstvene dejavnosti (ZZDej, 2020) in zdravstvenega varstva ter zavarovanja (ZZVZZ, 2020) poudarjajo pomen kakovostne in varne zdravstvene obravnave ter vloge odgovornega nosilca za posamezno vrsto zdravstvene dejavnosti, ki je, upošteva samostojnost in odgovornost posameznih zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev pri opravljanju zdravstvenih storitev, pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti odgovoren za organizacijo dela, ustreznost prostorov, opreme, materialov in kadrov za izvajanje posamezne vrste zdravstvene dejavnosti ter za sistemsko vzpostavitev pogojev za strokovno, kakovostno in varno izvajanje posamezne vrste zdravstvene dejavnosti. V skladu z navedenimi predpisi izvajalec zdravstvene dejavnosti v okviru notranjega nadzora opravlja tudi nadzor nad kakovostjo, strokovnostjo in varnostjo zdravstvene obravnave. Kakovost v zdravstveni obravnavi je pogojena z zahtevo, da so storitve varne, ustrezne, klinično učinkovite in se odzivajo na potrebe uporabnika (Clinical Excellence Commission, 2014; OECD, 2021). Zagotavljanje kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave ter upravljanje kakovosti nista izziv le v Republiki Sloveniji, ampak tudi v številnih drugih državah, ki na primer opisujejo vrzeli pri zagotavljanju kakovosti, varnosti in kontinuirane obravnave ob prehajanju uporabnikov med različnimi izvajalci na področju zdravstva in dolgotrajne oskrbe. Kakovost zdravstvene obravnave je proces dinamičnega učenja in sprotnega uvajanja izboljšav v delovne procese, pri čemer imajo pomembno vlogo odgovorni nosilci za posamezno vrsto zdravstvene dejavnosti, saj močno vplivajo na prepoznavanje priložnosti za izboljšave procesov in

promocijo kulture varnosti (Duffy, 2018; OECD, 2020). V državah z višjim bruto družbenim proizvodom naj bi nastali varnostni zapleti s škodo za paciente pri vsaki deseti obravnavi (WHO, World bank group, OECD, 2018). Varnostni zapleti v procesu zdravstvene obravnave, ki vplivajo na kakovost in varnost zdravstvene obravnave, se bodo v določenem deležu vedno dogajali. Njihovo pogostnost in negativne izide je mogoče zmanjšati oziroma ublažiti z odprtim komuniciranjem ter poročanjem o varnostnih zapletih, iskanjem priložnosti za izboljšave v procesih zdravstvene obravnave in hitrim ukrepanjem v primeru varnostnega zapleta (Vincent in Amalberti, 2016).

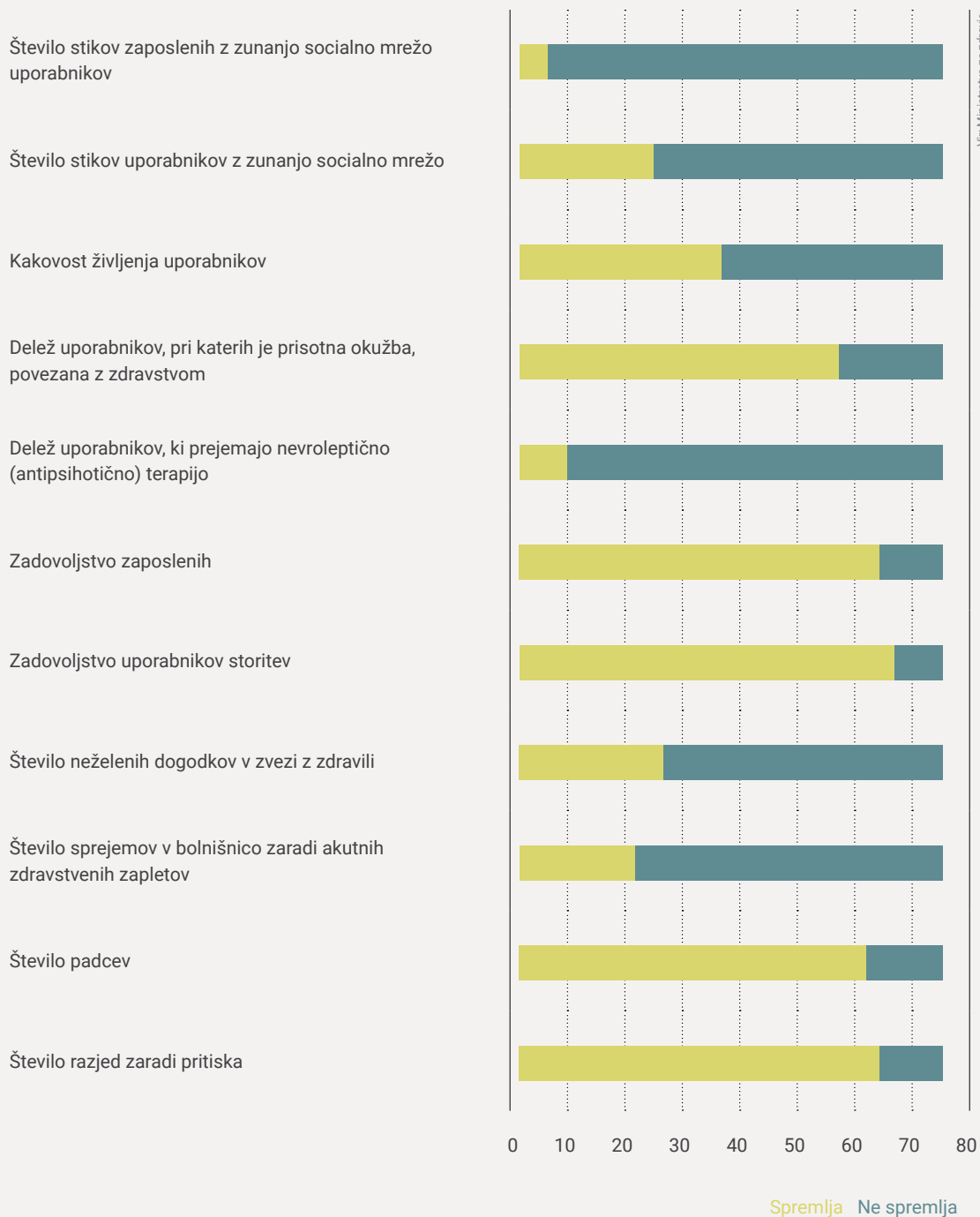
3

***Koraki pri oblikovanju nacionalnih
kazalnikov kakovosti zdravstvene
obravnave v socialnovarstvenih zavodih***

Domovi za starejše in posebni socialnovarstveni zavodi za odrasle (v nadaljnjem besedilu: izvajalci) so bili z dopisom Ministrstva za zdravje in Ministrstva za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti *Spremljanje kakovosti oskrbe v domovih za starejše in posebnih socialno varstvenih zavodih za odrasle št. 170-29/2018/7 z dne 9. avgusta 2018* zaproseni za podajanje informacij o spremljanih kazalnikih kakovosti oskrbe. Vprašalnik, ki je bil priloga prej navedenemu dopisu, je bil 17. avgusta 2018 poslan na elektronske naslove 88 izvajalcev, pri čemer je izpolnjene vprašalnike vrnilo 73 izvajalcev. Analiza prejetih odgovorov je pokazala, da večina izvajalcev spremlja kazalnike kakovosti na področju svoje dejavnosti, pri čemer pa primerjava na državni ravni zaradi različno postavljenih kazalnikov kakovosti in različnega spremljanja ni mogoča. Pogostost spremljanja različnih kazalnikov kakovosti obravnave pri izvajalcih je razvidna iz slike 1.

Prožnost je v procesih zdravstvene obravnave nujna, saj se mora prilagajati individualnim značilnostim in potrebam uporabnika (European Commission, 2010; AGE Platform Europe, 2012). Ne glede na to pa nujna prožnost načrtovanja in izvajanja zdravstvene obravnave ne sme postati izgovor za odsotnost procesne metode dela, katere del je tudi spremljanje kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave. Izvajalci institucionalnega varstva zagotavljajo storitve s področja dolgotrajne oskrbe in zdravstvene obravnave vedno večjemu številu kroničnih, multimorbidnih pacientov. Vzporedno rastejo tudi zasebni in javni izdatki za dolgotrajno oskrbo in zdravstvo. Dobro načrtovana, kakovostna in varna obravnava lahko prepreči nepotrebne napotitve v bolnišnice in s tem zaščiti uporabnika pred nepotrebnimi obremenitvami ter zmanjša kadrovske in finančne obremenitve zdravstvenega sistema. Raziskave (de Bienassis, Llana-Nowal in Klazinga, 2020) kažejo, da je več kot polovico neželenih dogodkov na področju dolgotrajne oskrbe mogoče preprečiti, posledično pa nupo-

Slika 1: Spremljanje kazalnikov kakovosti v domovih za starejše in posebnih socialnovarstvenih zavodih v letu 2018



titve v bolnišnice zmanjšati za 40 odstotkov. Neželene dogodke je v procesih obravnave mogoče odpraviti oziroma zmanjšati z izboljšavami v procesu dela, uvajanjem preventivnih dejavnosti in izobraževanjem ter usposabljanjem zaposlenih.

Ministrstvo za zdravje je na podlagi že uveljavljenih, na dokazih temelječih kazalnikov kakovosti zdravstvene obravnave, ki se spremljajo pri izvajalcih s področja zdravstva in dolgotrajne oskrbe v Sloveniji in tujini (OECD, 2002; Poldrugovac in Simčič, 2010), ter analize, opravljene v letu 2018 glede spremljanih kazalnikov kakovosti obravnave v socialnovarstvenih zavodih, v letu 2021 pripravilo predlog kazalnikov zdravstvene obravnave, ki so se testno spremljali v socialnovarstvenih zavodih, vključenih v projektne aktivnosti v okviru operacij Preoblikovanje obstoječih mrež ter vstop novih izvajalcev za nudenje skupnostnih storitev in programov za starejše (Uradni list RS, št. 38/19) in Preoblikovanje obstoječih mrež ter vstop novih izvajalcev za nudenje skupnostnih storitev in programov za starejše v Kohezijski regiji Vzhodna Slovenija (Uradni list RS, št. 69/19) (v nadaljnjem besedilu: projektne aktivnosti). Projektne aktivnosti se delno financirajo iz sredstev Evropske unije, in sicer iz evropskega socialnega sklada, in so namenjene preizkušanju in uvedbi novih orodij, novih storitev ter povezovanju med sistemi zdravstva in socialnega varstva in doseganju kakovostne, varne in neprekinjene obravnave posameznika. V okviru projektne aktivnosti je bil pripravljen Priročnik o kazalnikih kakovosti zdravstvene obravnave v socialnovarstvenih zavodih (Gorup, Guštin, Jacović in drugi, 2021), v skladu s katerim so se predlagani kazalniki najprej testno spremljali v petih socialnovarstvenih zavodih, vključenih v projektne aktivnosti, od septembra 2021 pa tudi v širši skupini socialnovarstvenih zavodov (v septembru 2021 je poročalo 61, v mesecu oktobru 2021 pa 58 socialnovarstvenih zavodov), ki so k testnemu spremljanju pristopili na zaprosilo Ministrstva za zdrav-

je. Vzpostavljena je bila spletna aplikacija za vnos podatkov kazalnikov zdravstvene obravnave, ki so jo po začetnih izzivih in prvih vnosih socialnovarstveni zavodi prepoznali kot uporabniško prijazno in preprosto za uporabo. Septembra 2021 je minister, pristojen za zdravje, imenoval medresorsko delovno skupino,¹ ki je v okviru svojih nalog opravila revizijo testno spremljanih kazalnikov kakovosti in pripravila ta priročnik za postavitev prvih kazalnikov kakovosti zdravstvene obravnave v socialnovarstvenih zavodih na državni ravni. Gre za prvi gradnik pri vzpostavljanju systemskega modela spremljanja in razvijanja kakovosti zdravstvene obravnave v socialnovarstvenih zavodih na državni ravni, ki se bo v naslednjih fazah razvoja dopolnil tudi s kazalniki ocene kakovosti zdravstvene obravnave z vidika uporabnika storitev in zaposlenih v socialnovarstvenih zavodih. Kazalniki in podatki, spremljani v skladu z navedenim priročnikom, bodo v okviru delovne skupine znova pregledani in po potrebi revidirani po šestih mesecih spremljanja v skladu z navedenim priročnikom, saj je končni cilj oblikovati model sistematičnega spremljanja kakovosti zdravstvene obravnave, ki bo hkrati tudi orodje za prepoznavo dobrih praks in nenehno učenje ter izboljševanje kakovosti zdravstvene obravnave.

¹ Sklep št. C2711-21-026320 o imenovanju delovne skupine za pripravo in razvoj kazalnikov kakovosti zdravstvene obravnave v socialnovarstvenih zavodih v projektih Preoblikovanje obstoječih mrež ter vstop novih izvajalcev za nudenje skupnostnih storitev in programov za starejše in Preoblikovanje obstoječih mrež ter vstop novih izvajalcev za nudenje skupnostnih storitev in programov za starejše v Kohezijski regiji Vzhodna Slovenija z dne 27. 9. 2021.

4

*Kazalniki kakovosti zdravstvene
obravnave v socialnovarstvenih zavodih*

V nadaljevanju kratko povzemamo ključne poudarke po vsebinskih sklopih, ki so bili vodilo pri pripravi nabora kazalnikov kakovosti zdravstvene obravnave v socialnovarstvenih zavodih in drugih podatkov, ki se na državni ravni v skladu s tem priročnikom začnejo spremljati v letu 2022.

Od vključno:

- 1. januarja 2022 socialnovarstveni zavodi spremljajo te kazalnike in poročajo o njih:

4.1.1 RAZJEDA ZARADI PRITISKA PRI UPORABNIKIH V SOCIALNOVARSTVENIH ZAVODIH in

4.3.1 VARNOSTNI ZAPLETI PRI RABI ZDRAVIL V SOCIALNOVARSTVENIH ZAVODIH,

- 1. marca 2022 pa poročajo tudi o drugih kazalnikih in podatkih v skladu z navedenim priročnikom.

Socialnovarstveni zavodi podatke glede spremljanih kazalnikov kakovosti zdravstvene obravnave in druge podatke v skladu s predmetnim priročnikom sporočajo Ministrstvu za zdravje najpozneje do 10. dne v tekočem koledarskem mesecu za pretekli koledarski mesec. Socialnovarstveni zavodi Ministrstvu za zdravje pošiljajo številčne podatke glede kazalnikov, vrednost kazalnikov se izračuna sama. Socialnovarstveni zavodi poročilo o spremljanih kazalnikih objavijo na svojih spletnih straneh vsake tri mesece, in sicer do 20. aprila za stanje na dan 31. marca, do 20. julija za stanje na dan 30. junija, do 20. oktobra za stanje na dan 30. septembra in do 20. januarja za stanje na dan 31. decembra preteklega leta. V poročilu izvajalci navedejo podatke o vrednostih kazalnikov ter načrte in ukrepe za izboljšave.

Razjeda zaradi pritiska je definirana kot lokalizirana poškodba kože oziroma podkožnih struktur, nastala zaradi neposrednega pritiska oziroma vpliva strižne sile. Evropski svetovadni odbor za razjede (EUPAP, 2016) določa klasifikacijski sistem za opredelitev stopenj resnosti poškodb, nastalih zaradi pritiska oziroma delovanja strižne sile:

1. stopnja: nepoškodovana koža z rdečino, ki ob pritisku nanjo ne pobledi;
2. stopnja: povrhnja poškodba kože, ki zajema poškodbo epidermisa ali dermisa;
3. stopnja: rana s poškodbo vseh treh plasti kože (maščobno tkivo je lahko vidno, vendar kost, kita in mišica niso izpostavljene) in
4. stopnja: rana s poškodbo vseh plasti kože, rana se širi do mišic, kosti in sklepov.

Ob tem podaja priporočila za preprečevanje nastanka razjede zaradi pritiska.

Ustrezno diagnosticiranje razjed zaradi pritiska in izbor ustreznih metod za njihovo obravnavo je kompleksen proces, ki zahteva visoko raven znanja in nenehno izobraževanje s področja anatomije, fiziologije in poznavanja mehanizmov nastankov različnih poškodb, sicer lahko prihaja do klinično pomembnih zapletov pri načrtovanju celostne obravnave osebe s poškodovano kožo. V praksi se pogosto dogajajo zamenjave poškodb, povzročenih zaradi pritiska oziroma delovanja strižne sile, z lezijami, ki so povzročene zaradi prisotnosti vlage (na primer zaradi inkontinence urina oziroma blata), kar lahko vodi v izbor neprimernih načinov obravnave poškodovanega področja (Defloor in drugi, 2005). Za oceno tveganja nastanka razjed zaradi pritiska se uporabljajo različne lestvice (na primer Nortonova skala, Waterlowova shema; Agrawal in Chauhan, 2009), ki pa ne smejo biti edino merilo za oceno tveganja, saj je klinična ocena uporabnika ključna za prepoznavanje uporabnikov z velikim tveganjem

nastanka razjede zaradi pritiska (Anthony, Parboteeah, Saleh in Papanikolaou, 2008; Charalambous, Koulori, Vasilopoulos in Roupas, 2018). Razjede zaradi pritiska so povezane z neugodnimi zdravstvenimi izidi in visokimi stroški zdravljenja (do 4 odstotka vseh izdatkov v zdravstveni dejavnosti (Mahalingam, Grewal in Gao, 2014)). Raziskave opozarjajo na nujnost izboljšanja znanja zdravstvenih delavcev in sodelavcev za prepoznavo tveganj nastanka razjed zaradi pritiska ter na učinkovito preventivo in kakovostno oskrbo razjede zaradi pritiska, če do nje pride. Poudarjata se interdisciplinarna obravnava in izvajanje preventivnih ukrepov za preprečevanje nastanka razjed zaradi pritiska, kot so: kakovostna zdravstvena nega in oskrba vključno s skrbjo za ustrezno nego kože, uporabo pripomočkov za preprečevanje razjed zaradi pritiska, pogosto obračanje ali premikanje uporabnikov in uporaba prehranskih dopolnil (Righi in drugi, 2020). Tveganju nastanka razjede zaradi pritiska so bolj izpostavljene starejše nepomične osebe z večjo odvisnostjo od pomoči druge osebe pri zadovoljevanju osnovnih in podpornih dnevnih opravil, s kognitivnim upadom, inkontinenco in povečano telesno težo. Kakovostna zdravstvena nega in oskrba, ocena tveganja nastanka razjede zaradi pritiska in dosledno izvajanje vseh ukrepov za preprečevanje nastanka razjede zaradi pritiska morajo biti zaradi vseh negativnih vplivov, ki jih povzroči takšna razjeda, ena prednostnih nalog zdravstvenonegovalnega osebja (Marvaki, Kadda, Toyliya, Georgia in Marvaki, 2020).

4.1.1

Kazalnik: RAZJEDA ZARADI PRITISKA PRI UPORABNIKI V SOCIALNOVARSTVENIH ZAVODIH

POLNO IME

Število uporabnikov v socialnovarstvenem zavodu z razjedo zaradi pritiska.

KRATKA DEFINICIJA

Razjeda zaradi pritiska (v nadaljnjem besedilu: RZP) je lokalizirana poškodba na koži oziroma spodaj ležečem tkivu, običajno nad kostno štrlino, ki jo povzroči pritisk ali kombinacija pritiska in strižnih sil (Vilar, 2011).

KAZALNIK

$$\text{Kazalnik} = \frac{\text{število vseh uporabnikov v socialnovarstvenem zavodu z RZP na zadnji dan v koledarskem mesecu}}{\text{število nepomičnih uporabnikov v socialnovarstvenem zavodu na zadnji dan v koledarskem mesecu}}$$

Števec: število vseh uporabnikov v socialnovarstvenem zavodu z RZP na zadnji dan v koledarskem mesecu

OPOMBA: Števec pomeni seštevek vseh uporabnikov (ne glede na pomičnost) v socialnovarstvenem zavodu z RZP (upoštevajo se vse stopnje, tudi prva stopnja RZP po EPUAP) na presečni dan, tj. na zadnji dan v koledarskem mesecu, ne glede na to, kdaj in kje (socialnovarstveni zavod, bolnišnica, doma itd.) je RZP nastala. Če ima uporabnik več RZP, ga v števcu upoštevamo le enkrat.

Imenovalec: število nepomičnih uporabnikov v socialnovarstvenem zavodu na zadnji dan v koledarskem mesecu

OPOMBA: Za nepomične štejemo tiste uporabnike v socialnovarstvenem zavodu, ki niso sposobni samostojnega gibanja, niti gibanja s pomočjo pripomočka ali druge osebe. Za nepomične štejemo tudi tiste uporabnike, ki ne zmorejo niti deloma samostojno uporabljati invalidskega vozička (torej potrebujejo pomoč pri presedanju na invalidski voziček in z njega, pomoč pa potrebujejo tudi pri premagovanju že krajših razdalj). Imenovalec je seštevek vseh nepomičnih uporabnikov v socialnovarstvenem zavodu na presečni dan (to je na zadnji dan koledarskega meseca).

Preglednica št. 1: Število RZP pri uporabnikih glede stopnjo RZP in na okolje nastanka

STOPNJA RZP	Število uporabnikov (oba spola) z RZP	
	Število uporabnikov (oba spola) z RZP, ne glede na okolje nastanka*	Število uporabnikov (oba spola), ki imajo vsaj eno RZP, ki je nastala v socialnovarstvenem zavodu**
1. STOPNJA: nepoškodovana koža z rdečino, ki ob pritisku nanjo ne poblede		
2. STOPNJA: povrhnja poškodba kože, ki zajema poškodbo epidermisa ali dermisa		
3. STOPNJA: rana s poškodbo vseh treh plasti kože (maščobno tkivo je lahko vidno, vendar kost, kita in mišica niso izpostavljene)		
4. STOPNJA: rana s poškodbo vseh plasti kože, rana se širi do mišic, kosti in sklepov		
SKUPAJ		

*Če ima uporabnik več RZP, upoštevamo RZP najvišje stopnje.

** Če ima uporabnik več RZP, nastalih v socialnovarstvenem zavodu, pri poročanju upoštevamo RZP najvišje stopnje, ki je nastala v socialnovarstvenem zavodu.

Primer 1: uporabnik ima eno RZP, ki je nastala v socialnovarstvenem zavodu. RZP je 2. stopnje. Primer štejemo enkrat v prvem stolpcu, druga vrstica, in enkrat v drugem stolpcu, druga vrstica.

Primer 2: uporabnik ima 3 RZP, 2 sta nastali zunaj socialnovarstvenega zavoda in sta 3. in 4. stopnje, ena RZP je nastala v socialnovarstvenem zavodu in je 2. stopnje. Primer štejemo enkrat v prvem stolpcu v četrti vrstici (ker je ne glede na okolje nastanka najvišja stopnja RZP, 4.) in enkrat v drugem stolpcu v drugi vrstici (ker je med RZP, nastalimi v socialnovarstvenem zavodu, 2. stopnja RZP najvišja).

Socialnovarstveni zavod v skladu s preglednico št. 1 Ministrstvu za zdravje sporoča podatke o številu uporabnikov z RZP ne glede na okolje nastanka in podatke o številu uporabnikov, ki imajo vsaj eno RZP, ki je nastala v socialnovarstvenem zavodu, v skladu z navodili iz prejšnjega odstavka.

**METODOLOŠKA
POJASNILA IN
PRIPOROČILA**

Odsotnost RZP se vse bolj uporablja kot kazalnik kakovosti zdravstvene obravnave, ki temelji na predpostavki, da je nastanek RZP mogoče preprečiti (Padula, Osborne in Williams, 2008).

RZP se pri posameznem uporabniku ocenjujejo v skladu z mednarodno klasifikacijo NPUAP/EPUAP. Klasifikacija določa štiri stopnje razjede zaradi pritiska:

1. stopnja: nepoškodovana koža z rdečino, ki ob pritisku nanjo ne pobledi;
2. stopnja: povrhnja poškodba kože, ki zajema poškodbo epidermisa ali dermisa;
3. stopnja: rana s poškodbo vseh treh plasti kože (maščobno tkivo je lahko vidno, vendar kost, kita in mišica niso izpostavljene) in
4. stopnja: rana s poškodbo vseh plasti kože, rana se širi do mišic, kosti in sklepov (Belehar, 2016).

Socialnovarstveni zavod vodi dokumentacijo o nastalih RZP pri posameznem uporabniku. Priporoča se, da je dokumentiranje vseh ran, tudi RZP, elektronsko podprto.

Pri načrtovanju kazalnika so bila upoštevana tudi priporočila izsledkov raziskave *International comparison of pressure ulcer measures in long-term care facilities: Assessing the methodological robustness of 4 approaches to point prevalence measurement* (Poldrugovac in drugi, 2021).

Socialnovarstvenim zavodom se za spremljanje tveganja nastanka RZP priporoča uporaba Nortonove lestvice.

Poseben izziv pri celostni obravnavi starejših sta načrtovanje in izvajanje ukrepov, ki bodo podpirali kakovostno in varno življenje uporabnikov v različnih obdobjih zdravja in bolezni, jih motivirali za čim daljšo samostojnost in fizično dejavnost ter jih obvarovali pred neželenimi dogodki. Kazalniki s področja umrljivosti zaradi bolezni ali poškodb, ki bi se jim bilo mogoče izogniti, so izhodišče za oceno kakovosti in učinkovitosti sistemov zdravstvenega varstva. Poškodbe so v kar 21 odstotkih vzrok prezgodnje smrti zaradi razlogov, ki bi jih bilo mogoče zdravili ali preprečiti (OECD, 2021). V Sloveniji so poškodbe vodilni vzrok umrljivosti otrok, mladostnikov in odraslih do 40. leta starosti, hkrati pa tudi eden glavnih vzrokov za izgubo zdravih let življenja zaradi prezgodnje smrti ter zmanjšane zmožnosti samooskrbe oziroma invalidnosti. V zadnjem desetletju zaradi staranja prebivalstva postajajo pomemben izziv tudi poškodbe starejših, saj se število poškodb med starejšimi povečuje, pogosto imajo resne posledice in pogosto vodijo v nepopravljivo slabšanje funkcionalnega stanja, prezgodnjo institucionalizacijo in smrt (NIJZ, 2021).

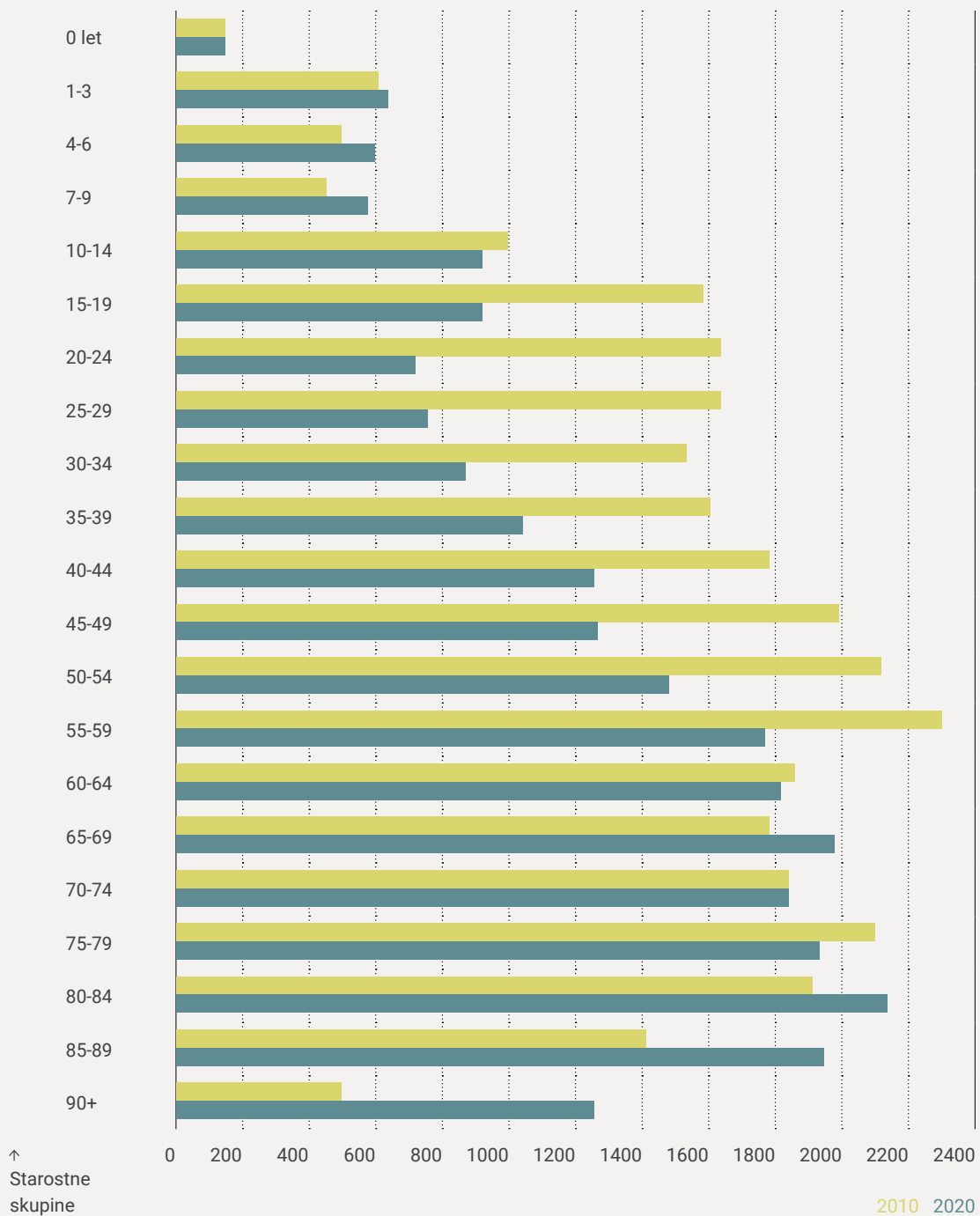
S staranjem se verjetnost poškodb in padcev povečuje. Podatki drugih držav kažejo, da bo ena od treh oseb, starejših od 65 let, padla, pri čemer se bo pri 10 odstotkih starejših od 65 let padec zgodil večkrat letno. Četrtnina starejših zaradi padca utрпи resno škodo, pri 6 odstotkih starejših, ki padejo, pride do zloma kosti (Bennett, 2003). Pojavnost in resnost poškodb zaradi padca se s starostjo povečujeta, prav tako verjetnost, da bo zaradi padca potrebna obravnava v bolnišnici. Zlom kolka je med pogostimi posledicami padca v starosti. Z naraščanjem pričakovane življenjske dobe bodo tovrstne poškodbe lahko pomembno vplivale na javno zdravje v prihodnosti (OECD, 2020a). Raziskave nekaterih držav kažejo, da je sprejem v bolnišnico pri starejših kar v 14 odstotkih posledica padca (Fu, leto neznano). Poškodbe zaradi padca so predvidljive in jih je vsaj del mogoče preprečiti, zato mora biti preventiva padcev pri starejših ena ključnih vse-

bin promocije zdravja na državni ravni (PHAA, 2015). Padci s poškodbo ali brez pri starejšem prebivalstvu pomembno vplivajo na sposobnost samooskrbe. Strah pred padcem se pogosto odraža v zmanjšanem gibanju in posledično slabši mobilnosti starejših, kar je običajno povezano tudi z nadaljnjim fizičnim upadom, socialno izolacijo in težavami v duševnem zdravju (National council on ageing, 2020).

Po podatkih Nacionalnega inštituta za javno zdravje (2021) so bile v letu 2010 zaradi poškodb v bolnišnico sprejete 29.503 osebe (od tega 9.308 starih 65 let ali več), leta 2020 pa 25.164 oseb (od tega 10.788 starih 65 let ali več), pri čemer se je zlasti povečalo število starih 90 let ali več, ki so zaradi poškodbe potrebovali bolnišnično obravnavo (glej sliko 2).

V Sloveniji je v letu 2017 zaradi padcev umrlo 51 oseb, starejših od 64 let, pri čemer umrljivost starejših statistično značilno narašča s starostjo in je v Sloveniji še vedno 2,5-krat višja kakor v državah Evropske unije (Rok Simon, 2020).

Slika 2: Število sprejemov v bolnišnico v Sloveniji zaradi poškodb, primerjalno za leti 2010 in 2022



4.2.1

Kazalnik: POŠKODBE IN PADCI UPORABNIKOV V SOCIALNOVARSTVENIH ZAVODIH

POLNO IME

Število obravnav uporabnikov v socialnovarstvenem zavodu, ki so se poškodovali, in število padcev uporabnikov v socialnovarstvenem zavodu.

KRATKA DEFINICIJA

Padec je nenameren, nepričakovan pristanek na tleh oziroma nižji ravni s poškodbami uporabnika ali brez njih. Definicija padca vključuje: padec/zdrs s postelje, zdrs s stola na tla, padec brez prič (to je padec, ko niti pacient niti kdo drug ne ve, kako je pacient padel), spotik, zdrs, padec pri hoji (Poldrugovac in Simčič, 2010).

KAZALNIKI

$$1. \text{ Kazalnik} = \frac{\text{število zdravniških obravnav, ki so jih potrebovali uporabniki socialnovarstvenega zavoda zaradi poškodbe v koledarskem mesecu}}{\text{seštevek vseh dni oskrbe (vse kategorije) v koledarskem mesecu}} \times 1000$$

Števec: število zdravniških obravnav, ki jo jih potrebovali uporabniki socialnovarstvenega zavoda zaradi poškodbe v koledarskem mesecu

OPOMBA: Števec pomeni število zdravniških obravnav, ki so jih potrebovali uporabniki socialnovarstvenega zavoda zaradi poškodbe v koledarskem mesecu. Če je bil uporabnik zaradi iste poškodbe večkrat obravnavan pri zdravniku, se to v števcu upošteva samo enkrat. Če se je uporabnik v koledarskem mesecu poškodoval večkrat, četudi gre za poškodovanje na enak način (npr. dvakrat v mesecu je prišlo do opekline pri kuhanju kave), in je bil pri zdravniku obravnavan dvakrat, uporabnika v števcu štejemo dvakrat.

Imenovalec: seštevek vseh dni oskrbe (vse kategorije) v koledarskem mesecu

OPOMBA: Imenovalec je seštevek vseh dni oskrbe v vseh kategorijah oskrbe v socialnovarstvenem zavodu.

Ob samostojnem izračunu kazalnika se bo količnik pomnožil s 1.000, da dobimo vrednost kazalnika na dve ali tri decimalna števila natančno.

Preglednica št. 2: Število obravnav glede na način poškodovanja

ŠTEVILO OBRAVNAV GLEDE NA NAČIN POŠKODOVANJA	
Število obravnav zaradi poškodb, ki so nastale nenamerno*	Število obravnav zaradi poškodb, ki so nastale namerno (samopoškodovanje uporabnika oziroma namerno poškodovanje s strani drugega uporabnika)*

*Seštevek vrednosti v preglednici mora biti enak števcu prvega kazalnika v tem sklopu.

Socialnovarstveni zavod v skladu s preglednico št. 2 Ministrstvu za zdravje sporoča podatke o številu obravnav pri uporabnikih glede na način poškodovanja.

*število padcev uporabnikov v socialnovarstvenem
zavodu v koledarskem mesecu*

$$2. \text{ Kazalnik} = \frac{\text{število padcev uporabnikov v socialnovarstvenem zavodu v koledarskem mesecu}}{\text{seštevek vseh dni oskrbe (vse kategorije) v koledarskem mesecu}} \times 1000$$

Števec: število padcev uporabnikov v socialnovarstvenem zavodu v koledarskem mesecu

OPOMBA: Števec pomeni število padcev uporabnikov v socialnovarstvenem zavodu v koledarskem mesecu. Če je uporabnik v dnevni ali mesečni padec večkrat, se v skupno število padcev šteje vsak padec uporabnika.

Imenovalec: seštevek vseh dni oskrbe (vse kategorije) v koledarskem mesecu

OPOMBA: Imenovalec je seštevek vseh dni oskrbe v koledarskem mesecu, pri čemer se v seštevek všttevajo vsi realizirani dnevi oskrbe ne glede na kategorijo oskrbe v koledarskem mesecu.

Ob samostojnem izračunu kazalnika se bo količnik pomnožil s 1.000, da dobimo vrednost kazalnika na dve ali tri decimalna števila natančno.

Preglednica št. 3: Padci in delež uporabnikov v socialnovarstvenem zavodu v koledarskem mesecu, ločeno po spolu

	Število uporabnic	Število uporabnikov	Delež znotraj ženske populacije	Delež znotraj moške populacije
Število padcev uporabnikov v koledarskem mesecu, ločeno po spolu			Samodejni izračun	Samodejni izračun

Izračun deleža znotraj ženske populacije v odstotkih

Število padcev uporabnic/število vseh uporabnic v socialnovarstvenem zavodu x 100

Izračun deleža znotraj moške populacije v odstotkih

Število padcev uporabnikov/število vseh uporabnikov v socialnovarstvenem zavodu x 100

Socialnovarstveni zavod v skladu s preglednico št. 3 Ministrstvu za zdravje sporoča podatke o številu padcev uporabnikov, ki so se zgodili v spremljanem mesecu, in sicer ločeno po spolu. Če je uporabnik padel večkrat, se vsak posamezen padec šteje ločeno (vsak padec se šteje kot ločeni dogodek).

**PRIPOROČILA
ZA SOCIALNO-
VARSTVENE
ZAVODE**

Socialnovarstvenim zavodom se priporoča **elektronsko vodenje dokumentacije o poškodbah posameznega uporabnika.**

Opis poškodbe naj vsebuje vsaj:

- čas poškodbe (ura in dan);
- kraj poškodbe (soba, kuhinja itd.);
- prisotnost oseb ob poškodbi (izvajalci storitev, svojci itd.);
- vzrok poškodbe (če ga je mogoče določiti, na primer zdrs na mokrih tleh, udarec druge osebe ali predmeta, ugriz živali, alkoholiziranost, prometna nesreča, poskus samomora itd.);
- posledice poškodbe (zlom, odrgnina, ureznina, oteklina itd.);
- splošno stanje uporabnika po poškodbi (vznemirjenost, prestrašenost, dezorientiranost itd.);
- če je uporabnik prejel psihotropno zdravilo do 4 ure pred poškodbo (npr. uspavalo), vpišite podatke o zdravilu, ki ga je prejel (ime zdravila, odmerek in čas prejema): _____;
- natančni opis izvedenih postopkov oziroma ukrepanja po poškodbi.

Socialnovarstvenim zavodom se priporoča **elektronsko vodenje dokumentacije o padcih posameznega uporabnika**.

Opis padca naj vsebuje vsaj:

- čas padca (ura in dan);
- kraj padca (soba, kuhinja itd.);
- prisotnost oseb ob padcu (izvajalci storitev, svojci itd.);
- vrsto padca (padec s stojne višine, zdrs itd.);
- vzrok padca (če ga je mogoče določiti, na primer vrtočlavica, zdrs na mokrih tleh, neustrezna obutev, spregled ovire na tleh itd.);
- posledice padca (zlom, zvin, odrgnina itd.);
- splošno stanje uporabnika po padcu (vznemirjenost, prestrašenost, dezorientiranost itd.);
- če je uporabnik prejel psihotropno zdravilo do 4 ure pred padcem (npr. uspavalo), vpišite podatke o zdravilu, ki ga je prejel (ime zdravila, odmerek in čas prejema): _____;
- natančni opis izvedenih postopkov oziroma ukrepanja po padcu.

Socialnovarstvenim zavodom se za spremljanje tveganja padca priporoča uporaba Morsejine lestvice.

Po podatkih Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljnjem besedilu: ZZZS) 6 odstotkov zavarovanih oseb, starih 65 let ali več, v letu 2020 ni imelo predpisanih zdravil, 37 odstotkov jih je imelo predpisanih do pet različnih zdravil, 35 odstotkov od šest do 10 različnih zdravil in 22 odstotkov 11 ali več različnih zdravil (torej kar 57 odstotkov starejših prejema šest ali več različnih zdravil). Raziskave kažejo, da je raba zdravil podvržena številnim tveganjem za varnostne zaplete. Varnostni zapleti najpogosteje nastajajo zaradi nepravilnih tehnik dajanja zdravil (drobljenje zdravil in odsotnost nadzora nad jemanjem zdravil), napačnih časovnih intervalov dajanja zdravil, izpustitve odmerka, prevelikega ali premajhnega odmerka ter zamenjave uporabnika (Pierson in drugi, 2007; van den Bemt, Idzinga, Robertz, Groot Kormelink in Pels, 2009). Varnostni zapleti pri rabi zdravil nastajajo tudi zaradi številnih podobnih lastniških imen zdravil, pri čemer se tveganje varnostnih zapletov pomembno poveča ob nepopolnem poznavanju imen zdravil, prihodu novih farmacevtskih izdelkov na trg zdravil, ob podobnih embalažah in označevanju zdravil, podobnih jakostih in poteh vnosa zdravila, zaradi nečitljivega rokopisa predpisa zdravila in podobno (WHO, 2007). Čeprav nekatere raziskave kažejo, da so resni neželeni dogodki v povezavi z varnostnimi zapleti pri rabi zdravil redki, lahko pomenijo tveganje za zdravje in življenje uporabnikov, še zlasti pri starejših, ki jemljejo večje število zdravil. Raziskave opozarjajo na veliko verjetnost neporočanih ali neprepoznanih varnostnih zapletov pri rabi zdravil. Ključni za zmanjševanje tveganj varnostnih zapletov na področju zdravil so dobro obveščanje in izobraževanje uporabnikov, kakovostno komuniciranje med zdravstvenim osebjem in uporabnikom, nenehno spremljanje režima zdravljenja ter dodatno usposabljanje zaposlenih. Zdravstveni delavci morajo biti pozorni na morebitne dejavnike tveganja varnostnih zapletov pri rabi zdravil in usposobljeni za ustrezno ukrepanje v primerih, ko pride do varnostnega zapleta. Varnost na področju zdravil se povečuje tudi z obdobjem

pregledom predpisanih zdravil in vključitvijo farmacevta s farmakopejskim pregledom zdravil (Hughes, 2008; Caffrey in Mary, 2016; Andalo, 2016; Kosari, 2021). Ob vsem navedenem ne smemo prezreti visokih izdatkov, povezanih z zdravili. Po podatkih ZZZS je skupni strošek predpisanih zdravil (brez vključenih zdravil v primeru bolnišnične obravnave) za 1.458.088 zavarovanih oseb v Republiki Slovenji v letu 2020 znašal 556.271.753 evrov (od tega 272.783.038 evrov za 410.058 oseb, starih 65 let ali več). Ne glede na to, da visoka poraba javnih virov za zdravila sama po sebi še ni zapravljanje javnih sredstev, sta optimizacija uporabe ter racionalno in varno odstranjevanje odpadnih zdravil ena ključnih prvin za doseganje učinkovitega in trajnostnega delovanja zdravstvenih sistemov. Prizadevanja za učinkovito rabo zdravil lahko znatno zmanjšajo njihovo čezmerno predpisovanje in neprimerno uporabo. S predpisovanjem večjega števila zdravil se povečata tveganje terapevtskega neuspeha, neželenih dogodkov in razvoj protimikrobne odpornosti (OECD, 2018). Verjetnost neželenih učinkov se pri sočasnem jemanju petih zdravil poveča za 50 odstotkov, pri jemanju osmih zdravil pa za skoraj 100 odstotkov.

POLNO IME

Število varnostnih zapletov pri rabi zdravil v socialnovarstvenem zavodu.

**KRATKA
DEFINICIJA**

Varnostni zaplet pri rabi zdravila je kakršno koli nenamerno napačno predpisovanje, izdaja ali napačna uporaba zdravila, ne glede na morebitne škodljive posledice za uporabnika in ne glede na deležnike (zdravstveni delavec, uporabnik itd.) (Williams, 2007).

Varnostni zapleti pri dajanju zdravil zajemajo:

- prejem zdravila, ki ni predpisano (npr. uporabnik prejme paracetamol, ki mu ni predpisan);
- napačno zdravilo;
- napačni odmerek zdravila;
- napačni čas danega zdravila;
- napačno obliko danega zdravila;
- napačni predpis zdravila;
- napačno pripravo zdravila;
- manjkajoče zdravilo (zdravilo bi moralo biti dano, pa ni bilo);
- zamenjavo prejemnikov zdravil (zdravila dana napačnemu uporabniku);
- napačno dokumentiranje danega zdravila;
- napačno napisano navodilo za dajanje zdravila;
- skorajšnja napako na področju zdravil (na primer zdravila so bila napačno pripravljena, kar je bilo ugotovljeno pred dajanjem zdravil, in podobno);
- drugo: _____

(vpišite dogodek, prepoznan kot varnostni zaplet pri dajanju zdravil).

KAZALNIK

*število vseh varnostnih zapletov na področju
zdravil v koledarskem mesecu*

$$\text{Kazalnik} = \frac{\text{število vseh varnostnih zapletov na področju zdravil v koledarskem mesecu}}{\text{seštevek vseh dni oskrbe (vse kategorije) v koledarskem mesecu}} \times 1000$$

Števec: število vseh varnostnih zapletov na področju zdravil v koledarskem mesecu

OPOMBA: Vsak varnostni zaplet na področju zdravil (tako nastali kakor skorajšnji) v socialnovarstvenem zavodu se šteje kot en varnostni zaplet (npr. če ugotovimo, da smo uporabniku dali eno napačno zdravilo in še enega zdravila, ki bi ga moral prejeti, ni prejel, to štejemo kot dva varnostna zapleta). Napisano ne velja, kadar ugotovimo, da gre za zamenjavo prejemnikov zdravil (npr. ko ugotovimo, da je bila celotna terapija dana napačno, ker je prišlo do zamenjave uporabnikov, potem ta varnostni zaplet štejemo kot en varnostni zaplet).

Števec je seštevek vseh varnostnih zapletov, ki so se zgodili v posameznem koledarskem mesecu v socialnovarstvenem zavodu, in sicer od prvega do zadnjega dne v posameznem mesecu.

Imenovalec: seštevek vseh dni oskrbe (vse kategorije) v koledarskem mesecu

OPOMBA: Imenovalec je seštevek vseh realiziranih dni oskrbe v koledarskem mesecu, pri čemer se v seštevek všttevajo vsi realizirani dnevi oskrbe ne glede na kategorijo oskrbe v koledarskem mesecu.

Ob samostojnem izračunu kazalnika se bo količnik pomnožil s 1.000, da dobimo vrednost kazalnika na dve ali tri decimalna števila natančno.

**PRIPOROČILA
ZA SOCIALNO-
VARSTVENE
ZAVODE**

Socialnovarstvenim zavodom se priporoča **elektronsko vodenje dokumentacije o varnostnih zapletih na področju zdravil pri posameznem uporabniku.**

Opis varnostnega zapleta naj vsebuje vsaj:

- šifro/podatke zaposlenega, vključenega v aktivnosti, povezane z varnostnim zapletom (na primer zaposleni, ki je pripravil ali dal napačno zdravilo; zaposleni, ki je ugotovil zaplet na področju zdravil ipd.);
- čas dogodka – varnostnega zapleta (ura in dan);
- vrsto varnostnega zapleta (napačno zdravilo, napačni odmerek itd.);
- vzrok za nastanek varnostnega zapleta;
- natančni opis izvedenih intervencij pri uporabniku po ugotovljenem varnostnem zapletu;
- obravnavo zapleta: DA/NE in
- morebitne individualne/sistemske uvedene korektivne/preventivne ukrepe: _____ (navedite).

Protimikrobna odpornost pomeni nevarnost za učinkovito obvladovanje in zajezitev širjenja nalezljivih bolezni ter povzroča tveganje za učinkovitost različnih postopkov zdravljenja (na primer na področju kirurgije, kemoterapije), ki se sicer ob učinkoviti protimikrobni zaščiti lahko izvajajo z majhnim tveganjem za pacienta. Ko mikroorganizmi postanejo odporni proti zdravilom, se možnost zdravljenja nalezljivih bolezni močno zmanjša. Odpornost proti protimikrobnim zdravilom obstaja povsod v svetu, in sicer pri velikem deležu mikroorganizmov, kar ima za posledico podaljševanje obdobja bolezni, povečano umrljivost, povečevanje in podaljševanje potrebe po bolnišnični obravnavi, zmanjševanje možnosti zaščite pacientov v postopku operativne obravnave ali drugih medicinsko-tehničnih postopkov in posegov, negativne vplive na gospodarstvo in produktivnost zaradi večje odsotnosti z dela ter povečanje stroškov zdravstvene obravnave (WHO, 2015). Ob vsem navedenem ne smemo prezreti etičnih vidikov in negativnih vplivov, ki jih s seboj prinašata rezistentna okužba in z njo povezana potreba po izvajanju ukrepa osamitve (izolacije) (Bolčević, 2021). Čezmerna uporaba protimikrobnih zdravil, njihova predolga ali prekratka uporaba in zloraba njihove uporabe povečujejo odpornost mikroorganizmov ter povzročajo neutemeljene in nepotrebne zdravstvene izdatke (OECD, 2018b). Avstralija v Poročilu o raziskavi predpisovanja protimikrobnih zdravil pri starejših (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, 2016), v raziskavi so v študiji zajeli domove za starejše, izvajalce nadomestne in začasne oskrbe v institucijah opozarja, da so bila protimikrobna zdravila v 67,2 odstotka predpisana uporabnikom, pri katerih simptomi oziroma znaki bakterijske okužbe niso bili prisotni, in da je bilo zdravljenje z antimikrobnimi zdravili v 23 odstotkih predpisov predolgo. Protimikrobna odpornost in izvajanje vseh potrebnih ukrepov za preprečevanje prenosa večkratno odpornih mikroorganizmov sta morda vsebini, ki jima je bilo v času epidemije nalezljive bolezni COVID-19 namenjeno premalo pozornosti,

zato ne preseneča opozorilo Evropskega centra za nalezljive bolezni, da tako COVID-19 kakor protimikrobna odpornost zahtevata enotnost med politikami, državami in vsemi družbenimi ravnmi, ki naj med drugim tudi podprejo razvoj novih protimikrobnih zdravil in izvajanje potrebnih ukrepov, da protimikrobna odpornost ne bo postala naslednja svetovna zdravstvena katastrofa (ECDC, 2021). Bolnišnice in druge ustanove za zdravstveno oskrbo, tudi socialnovarstveni zavodi, so prostori, kjer se odporni mikrobi pogosto pojavljajo in širijo. Rezultati nacionalnih presečnih raziskav bolnišničnih okužb kažejo, da bolnišnične okužbe obvladujemo, ni pa nam jih uspelo zmanjšati (Ministrstvo za zdravje, 2019), zato je poleg ustreznega predpisa protimikrobnih zdravil ključno dosledno in pravilno izvajanje ukrepov za preprečevanje prenosa okužb, povezanih z zdravstveno obravnavo. Predpisi s področja zdravstvene dejavnosti (Zakon o nalezljivih boleznih (Uradni list RS, št. 33/06 – uradno prečiščeno besedilo, 49/20 – ZIUZEOP, 142/20, 175/20 – ZIUOPDVE in 15/21 – ZDUOP), Pravilnik o pogojih za pripravo in izvajanje programa preprečevanja in obvladovanja bolnišničnih okužb (Uradni list RS, št. 74/99, 92/06 in 10/11)) določajo, da vsaka fizična ali pravna oseba, ki opravlja zdravstveno dejavnost, izvaja program preprečevanja in obvladovanja okužb, povezanih z zdravstveno obravnavo, ki vsebuje najmanj epidemiološko spremljanje okužb, povezanih z zdravstveno obravnavo, doktrino izvajanja diagnostično-terapevtskih, zdravstveno-negovalnih in drugih postopkov, doktrino sterilizacije, dezinfekcije, čiščenja in ravnanja z odpadki, doktrino ravnanja z bolniki, zdravstvenimi delavci in sodelavci z okužbami, program zaščite zdravstvenih delavcev in sodelavcev na delovnih mestih ter program usposabljanja zdravstvenih delavcev in drugih zaposlenih s področja preprečevanja in obvladovanja okužb. Programi usposabljanja zdravstvenih delavcev in sodelavcev morajo biti obvezni, prilagojeni ravni izobrazbe zdravstvenih delavcev in sodelavcev ter ravni tveganja okužbe pri delu. Usposabljanje na tem področju je treba nepretrgano iz-

vajati. Kazalnik 4.4.1 ne odraža nujno neposredno kakovosti zdravstvene obravnave v socialnovarstvenem zavodu, saj ugotovitev dejanskega izvora kolonizacije oziroma okužbe ni vedno možna. Ne glede na navedeno se kazalnik dodaja v nabor spremljanih kazalnikov v socialnovarstvenih zavodih, saj omogoča spremljanje dinamike števila uporabnikov s kolonizacijo ali okužbo z večkratno odpornimi bakterijami v socialnovarstvenih zavodih v času (morebitna rast števila uporabnikov, pri katerih je potrjena kolonizacija ali okužba z večkratno odpornimi bakterijami, je povezana tudi z dodatnimi obremenitvami (kadrovskimi in finančnimi) socialnovarstvenih zavodov).

4.4.1

Kazalnik: KOLONIZACIJA ALI OKUŽBA Z VEČKRATNO ODPORNIMI BAKTERIJAMI PRI UPORABNIKIH V SOCIALNOVARSTVENIH ZAVODIH

POLNO IME

Delež uporabnikov v socialnovarstvenem zavodu s kolonizacijo ali okužbo z večkratno odpornimi bakterijami.

KRATKA DEFINICIJA

Večkratno odporne bakterije so bakterije s pridobljeno odpornostjo proti vsaj enemu antibiotiku iz vsaj treh skupin antibiotikov.

Kolonizacija z bakterijo je stanje, ko je bakterija prisotna na ali v telesu in ne povzroča bolezenskih znakov, okužba pa je stanje, ko prisotna bakterija na ali v telesu povzroča bolezenske znake (Magiorakos, in drugi, 2011).

KAZALNIK

*število vseh uporabnikov v socialnovarstvenem zavodu
s kolonizacijo ali okužbo z večkratno odporno bakterijo
na zadnji dan v koledarskem mesecu*

Kazalnik = $\frac{\text{število vseh uporabnikov v socialnovarstvenem zavodu na zadnji dan v koledarskem mesecu}}{\text{število vseh uporabnikov v socialnovarstvenem zavodu na zadnji dan v koledarskem mesecu}}$

Števec: število vseh uporabnikov (oba spola) v socialnovarstvenem zavodu s kolonizacijo ali okužbo z večkratno odporno bakterijo na zadnji dan v koledarskem mesecu

OPOMBA: Števec je seštevek vseh uporabnikov v socialnovarstvenem zavodu s kolonizacijo ali okužbo s posamezno vrsto večkratno odporne bakterije na zadnji dan v koledarskem mesecu ne glede na to, kdaj oziroma kje (socialnovarstveni zavod, bolnišnica, doma itd.) je bila kolonizacija ali okužba potrjena. Če je pri posameznem uporabniku prisotna kolonizacija ali okužba z dvema ali več večkratno odpornimi bakterijami, takšnega uporabnika štejemo le enkrat.

Imenovalec: število vseh uporabnikov (oba spola) v socialnovarstvenem zavodu na zadnji dan v koledarskem mesecu

OPOMBA: Imenovalec je seštevek vseh uporabnikov v socialnovarstvenem zavodu na zadnji dan v koledarskem mesecu.

Preglednica št. 4: Število uporabnikov v socialnovarstvenem zavodu s kolonizacijo ali okužbo z večkratno odporno bakterijo

Povzročitelj	Število uporabnikov (oba spola) s kolonizacijo ali okužbo	OPOMBE
MRSA		
VRE		
ESBL		
CRE		
CRE-CP		
CRPs		
CRPs-CP		
CRAb		
Druga večkratno odporna bakterija		
Pri uporabniku potrjena kolonizacija ali okužba z več večkratno odpornimi bakterijami		

V preglednici št. 4 so uporabljene naslednje kratice za najpogostejše večkratno odporne bakterije:

- MRSA: proti meticilinu (oksacilinu) odporni *Staphylococcus aureus*,
- VRE: proti vankomicinu odporni enterokok,
- ESBL: enterobakterija z betalaktamazo razširjenega spektra,
- CRE: proti karbapenemom odporne enterobakterije,
- CRE-CP: proti karbapenemom odporne enterobakterije, ki izločajo karbapenemaze,
- CRPs: proti karbapenemom odporni *Pseudomonas aeruginosa*,
- CRPs-CP: proti karbapenemom odporni *Pseudomonas aeruginosa*, ki izloča karbapenemazo, in
- CRAb: proti karbapenemom odporni *Acinetobacter baumannii*.

Socialnovarstveni zavod v skladu s preglednico št. 4 poroča o številu uporabnikov v njem, pri katerih je bila zadnji dan v koledarskem mesecu prisotna kolonizacija ali okužba z večkratno odporno bakterijo, ne glede na dan same potrditve kolonizacije ali okužbe z večkratno odporno bakterijo, oziroma podatke, kje je bila okužba ugotovljena (socialnovarstveni zavod, bolnišnica, doma itd.). Če je pri uporabniku potrjena kolonizacija oziroma okužba z več povzročitelji, ga v preglednico št. 4 vpišemo le enkrat, in sicer v vrstico »Pri uporabniku potrjena kolonizacija ali okužba z več večkratno odpornimi bakterijami«.

Preglednica št. 5: Število uporabnikov v socialnovarstvenem zavodu s kolonizacijo ali okužbo z večkratno odporno bakterijo, ločeno po spolu

	Število uporabnic	Število uporabnikov	Delež znotraj ženske populacije	Delež znotraj moške populacije
Število vseh uporabnikov s kolonizacijo ali okužbo z večkratno odporno bakterijo v koledarskem mesecu po spolu			Samodejni izračun	Samodejni izračun

Izračun deleža znotraj ženske populacije v socialnovarstvenem zavodu v odstotkih

Število kolonizacij ali okužb pri uporabnicah/število vseh uporabnic v socialnovarstvenem zavodu x 100

Izračun deleža znotraj moške populacije v socialnovarstvenem zavodu v odstotkih

Število kolonizacij ali okužb pri uporabnikih/število vseh uporabnikov v socialnovarstvenem zavodu x 100

Socialnovarstveni zavod v skladu s preglednico št. 5 sporoča število svojih uporabnikov, pri katerih je potrjena kolonizacija ali okužba z večkratno odporno bakterijo na zadnji dan v koledarskem mesecu, ne glede na to, kdaj oziroma kje (socialnovarstveni zavod, bolnišnica, doma itd.) je bila kolonizacija ali okužba potrjena, in sicer ločeno po spolu.

Preglednica št. 6: Število uporabnikov iz preglednice št. 5, pri katerih je bila kolonizacija/okužba znana ob prvem sprejemu ali ponovni vrnitvi v socialnovarstveni zavod

Število uporabnikov (oba spola) iz preglednice št. 5, pri katerih je bila kolonizacija/okužba znana ob prvem sprejemu ali ponovni vrnitvi v SVZ*

* Če je uporabnik sprejet v bolnišnico in je na dan sprejema v bolnišnico opravljeno testiranje na prisotnost rezistentne okužbe ter okužba v SVZ predhodno ni bila znana, se obravnava kot okužba, nastala v SVZ.

Socialnovarstveni zavod v skladu s preglednico št. 6 poroča o številu uporabnikov iz preglednice št. 5, pri katerih je bila kolonizacija/okužba znana ob prvem sprejemu ali ponovni vrnitvi v SVZ.

5

Druga področja oziroma podatki, ki jih socialnovarstveni zavodi spremljajo in o njih poročajo Ministrstvu za zdravje

Po podatkih ZZZS (2021) imamo v Republiki Sloveniji več kot 23.000 posteljnih zmogljivosti v socialnovarstvenih zavodih, kar nas po podatkih OECD (2021) s številom 51,9 postelje v ustanovah s področja dolgotrajne oskrbe na 1.000 oseb, starih 65 let ali več, uvršča nad povprečje OECD (42,5 postelje na 1.000 oseb, starih 65 let). Podatki Skupnosti socialnih zavodov Slovenije (2021) kažejo, da je večina uporabnikov ženskega spola, pri čemer v skupini uporabnikov, ki so stari 90 let ali več, delež žensk presega 87 odstotkov. V skladu z Resolucijo o nacionalnem programu za enake možnosti žensk in moških 2015–2020 (Uradni list RS, št. 84/15), ki poudarja nujnost trajnostnega razvoja enakosti spolov v Republiki Sloveniji in ministrstva usmerja k zagotovitvi, da bodo v vseh dokumentih podatki prikazani po spolu, da se lahko oceni, ali na nekem področju obstajajo pomembne razlike med spoloma, v tem priročniku sledimo tudi tej usmeritvi. K temu usmerjajo tudi Smernice za vključevanje vidika enakosti spolov v delo ministrstev 2016–2020 (MDDSZ, 2016).

Preglednica št. 7: Število in sestava uporabnikov v socialnovarstvenem zavodu

	Število uporabnikov socialnovarstvenega zavoda v delu celodnevnega institucionalnega varstva (zadnji dan koledarskega meseca) glede na spol – ne glede na to, ali so na dan poročanja v socialnovarstvenem zavodu ali kje drugje	
Skupno število posteljnih zmogljivosti socialnovarstvenega zavoda (celodnevno institucionalno varstvo)	Število uporabnic	Število uporabnikov

Socialnovarstveni zavod v skladu s preglednico št. 7 Ministrstvu za zdravje sporoča:

- podatek o skupnem številu svojih posteljnih zmogljivosti v delu celodnevnega institucionalnega varstva,*
- podatek o številu svojih uporabnikov v delu celodnevnega institucionalnega varstva na zadnji dan koledarskega meseca – ne glede na to, ali so na dan poročanja prisotni v socialnovarstvenem zavodu (npr. tudi če je uporabnik v bolnišnici, se upošteva pri poročanju), in sicer ločeno po spolu.*

Število in sestava zaposlenih delavcev, financiranih iz zdravstva, v socialnovarstvenem zavodu

V Sloveniji nimamo enotne zbirke podatkov o zaposlenih v socialnovarstvenih zavodih. Po podatkih Skupnosti socialnih zavodov Slovenije (2021) je bilo v domovih za starejše in posebnih socialnovarstvenih zavodih v letu 2020 zaposlenih 13.033 delavcev, od tega 5.575 za opravljanje zdravstvene dejavnosti. Statistike Nacionalnega inštituta za javno zdravje kažejo, da je bilo v socialnovarstvenih zavodih na področju zdravstvene nege in zdravstvene rehabilitacije zaposlenih 3.771 zdravstvenih delavcev, pri čemer je očitno, da v poročanje niso zajeti vsi bolničarji negovalci, saj podatki kažejo, da jih je bilo v letu 2020 v socialnovarstvenih zavodih zaposlenih le 143. Da bi bil pregled sestave in števila zaposlenih za opravljanje zdravstvene dejavnosti redno posodobljen ter bi imeli na voljo verodostojne podatke, potrebne za poročanje tako na državni kot mednarodni ravni, ter podatke, potrebne za načrtovanje na področju kadrov, se do uvedbe enotne evidence zbirke podatkov uvaja poročanje v skladu s preglednico št. 8.

Preglednica št. 8: Število in sestava zaposlenih delavcev, financiranih iz zdravstva, v socialnovarstvenem zavodu

Število zaposlenih delavcev, financiranih iz zdravstva, v socialnovarstvenem zavodu glede na delovno mesto (na zadnji dan koledarskega meseca) (iz FTE)*											
Bolničarka negovalka/ bolničar negovalec		Tehnica zdravstvene nege/tehnika zdravstvene nege		Diplomirana medicinska sestra/ diplomirani zdravstvenik		Diplomirana delovna terapevtka/ diplomirani delovni terapevt		Diplomirana fizioterapevtka/ diplomirani fizioterapevt		Strežnica/ strežnik v zdravstvenem varstvu	
Ženske (število)	Moški (število)	Ženske (število)	Moški (število)	Ženske (število)	Moški (število)	Ženske (število)	Moški (število)	Ženske (število)	Moški (število)	Ženske (število)	Moški (število)

* FTE (Sporočila se število vseh zaposlenih za polni delovni čas in krajši delovni čas, preračunano na število zaposlenih za polni delovni čas. Pri tem se število zaposlenih za polni delovni čas izračuna tako, da se delovni čas več zaposlenih, ki delajo krajši delovni čas, sešteva do polnega delovnega časa (npr. dva uslužbenca, ki delata krajši delovni čas, in sicer 4 ure dnevno, se sporočata kot en zaposleni, pri čemer se odšteje bolniška odsotnost nad 30 dni, porodniška odsotnost oziroma koriščenje materinskega, starševskega dopusta, v podatek se tudi ne všttevajo pripravniki in študentje, ki opravljajo delo na študentsko napotnico.)

Socialnovarstveni zavod v skladu s preglednico št. 8 Ministrstvu za zdravje sporoča podatke o številu zaposlenih delavcev, financiranih iz zdravstva, na zadnji dan koledarskega meseca, in sicer glede na delovno mesto zaposlenega, ločeno po spolu.

Inkontinenca, uhajanje urina, blata ali nehoteno uhajanje vetrov, je pogosto zamolčana težava, ki prizadene velik delež prebivalstva, pri čemer je pojavnost inkontinence med starejšo populacijo pogostejša, čeprav je zmotno prepričanje, da je to normalen pojav v starosti (McDaniel, Ratnani, Saher, Abid in Surani, 2020). Etiologija za razvoj različnih vrst urinske inkontinence ni v celoti pojasnjena, raziskave kot dejavnike, ki naj bi povečali tveganje za razvoj inkontinence, navajajo višjo starost osebe, raso (belci naj bi bili bolj nagnjeni k pojavu inkontinence), višji indeks telesne mase ter število vaginalnih porodov in prisotnost težav v duševnem zdravju (Musa in drugi, 2019; Skuk in Blaganje, 2020). Delež oseb z urinsko inkontinenco naj bi se gibal med 5 in 72 odstotki (v povprečju 30 odstotkov). Realno oceno razširjenosti inkontinence med prebivalstvom otežuje dejstvo, da je inkontinenca še vedno stigmatizirajoče stanje, o katerem posamezniki težko govorijo oziroma ne poiščejo vedno zdravniške pomoči (Skuk in Blaganje, 2020). V obsežni ameriški raziskavi na populaciji 71.812 posameznikov je 14,4 odstotka anketiranih poročalo o inkontinenci blata (Menees, Almario, Spiege in Chey, 2018). Strokovnjaki opozarjajo, da je tudi inkontinenca blata zlasti pri starejših dokaj pogost simptom, ki mu je namenjeno premalo pozornosti, kar se lahko odraža tudi v nezadovoljenih potrebah oseb z inkontinenco (Perry in drugi, 2002). Po podatkih ZZZS naj bi v Republiki Sloveniji v letu 2020 najmanj en medicinski pripomoček za obvladovanje inkontinence prejelo več kot 87.000 zavarovanih oseb (ZZZS, 2020). Inkontinenca lahko močno negativno vpliva na kakovost življenja. Osebe z inkontinenco svoje zdravstveno stanje pogosteje ocenjujejo kot slabše, pogosteje se pri njih pojavijo težave v duševnem zdravju (pojav depresije) in pogosteje pri izvajanju osnovnih dnevnih dejavnosti (na primer izločanje in odvajanje, osebna higiena, oblačenje in slačenje in tako dalje) potrebujejo pomoč druge osebe. Različne kronične bolezni, kot so sladkorna bolezen, Parkinsonova bolezen, demenca, cerebrovaskularni dogodki, maligna

obolenja prostate, kronična obstruktivna pljučna bolezen, artritis in podobno, povečujejo tveganje nastanka inkontinence. Prezreti ne smemo tudi vpliva okoljskih dejavnikov v povezavi s pojavom inkontinence, kot so neustrezni ali nevarni toaletni prostori, nezadostno število osebja in njegova premajhna usposobljenost, ki prav tako lahko negativno vplivajo na pojav inkontinence (WHO, 2017). Obravnava inkontinence je kompleksen proces, ki vključuje vse od anamneze v povezavi s sposobnostjo zadrževanja urina oziroma blata, analize morebitnih dejavnikov, ki bi lahko negativno vplivali na kontinenco (tudi na primer vpliv zdravil, ki jih pacient prejema), opazovanja dinamike in okoliščin, v katerih prihaja do uhajanja urina oziroma blata, fizičnega pregleda pacienta, laboratorijskih preiskav in testov, odprave možnih prehodnih vzrokov inkontinence do priprave načrta možnega zdravljenja s ciljem izboljšati kontinenco in kakovost življenja ter predpisati ustrezni pripomoček za obvladovanje inkontinence (American Medical Directors Association, 2012).

Pomena prisotnosti inkontinence ne smemo prezreti tudi v povezavi z večjim tveganjem padcev starejših oseb, saj osebe z urgentno inkontinenco v trenutkih nujne potrebe po uriniranju iščejo možnost uriniranja in pri tem večkrat padejo. Ko spoznajo, da nenadne potrebe po uriniranju ne morejo nadzorovati, se izogibajo priložnostim, ko bi se jim to v javnosti lahko spet zgodilo, in se socialno izolirajo, neredko tudi od najbližjih (Voljč, 2015). V socialnovarstvenih zavodih, upoštevajoč razširjenost inkontinence med starejšimi, ne smemo prezreti pomena znanja o inkontinenci, saj številne raziskave opozarjajo na pomanjkanje znanja zaposlenih o inkontinenci, načinu njenega zdravljenja in obvladovanja z inkontinenco povezanih težav (Enriquez, 2004).

Preglednica št. 9: Število uporabnikov (na zadnji dan v koledarskem mesecu) v socialnovarstvenem zavodu, ki uporabljajo pripomoček za inkontinenco, ločeno po spolu

Uporabljeni pripomoček	Število uporabnikov (na zadnji dan v koledarskem mesecu), ki uporabljajo pripomoček za inkontinenco, po spolu	
	Število uporabnic	Število uporabnikov
Za lahko inkontinenco		
Za srednjo inkontinenco		
Za težko inkontinenco		
Za zelo težko inkontinenco		

Socialnovarstveni zavod v skladu s preglednico št. 9 Ministrstvu za zdravje sporoča podatke o številu uporabnikov glede na uporabljeni pripomoček glede na stopnjo inkontinence na zadnji dan v koledarskem mesecu, ločeno po spolu.

Demenca je kronična napredujoča bolezen možganov, ki jo povzročajo spremembe na možganskih celicah, in se kaže z motnjami spomina, mišljenja, orientacije, prepoznavanja, razumevanja, računskih in učnih sposobnosti ter govorjenja, izražanja in presoje. Vzrok za nastanek demence še ni odkrit. Največji dejavnik tveganja je starost, čeprav za demenco oblevajo tudi ljudje že pred 65. letom starosti (kar obsega 9 odstotkov primerov demenc) (Loy in Schofield, 2014). Čeprav je starost najmočnejši znani dejavnik tveganja za upad kognitivnih sposobnosti, demenca ni naravna ali neizogibna posledica staranja (WHO, 2019). Število oseb z demenco se je v državah OECD v obdobju od 2013 do 2018 povečalo za 2,5 milijona. S pojavom demence se v starosti 85 let ali več spoprijema vsak peti državljani držav OECD. Projekcije kažejo, da bo ob nespremenjenih razmerah do leta 2050 v državah OECD živelo 40 milijonov ljudi z demenco (OECD, 2018c). V Sloveniji še nimamo registra pacientov z demenco, zato ni natančnih podatkov o njeni razširjenosti. Po ocenah naj bi bilo v naši državi približno 32.000 pacientov z diagnozo demence (Oikonomidis, Magajna in Konec Juričič, 2015). Podaljševanje življenjske dobe in s tem povezano staranje prebivalstva bosta povzročila povečevanje števila oseb z demenco, čemur bodo najbolj podvržene hitro starajoče se družbe, med katere se uvršča tudi Slovenija (OECD, 2017). Pravočasno prepoznavanje in diagnosticiranje demence ni ključno le zaradi pacientov samih, ampak tudi zaradi njihove socialne mreže. Zgodnje diagnosticiranje demence družinskim članom omogoča, da se pripravijo in usposobijo za izzive, ki jih s seboj prinaša skrb za osebo z demenco (OECD, 2018c). Zgodnja diagnostika, izobraževanje svojcev in zdravljenje pacientov z blagim upadom umskih sposobnosti znatno upočasnijo napredovanje bolezni, izboljšajo pa tudi kakovost življenja pacientov z demenco in njihovih svojcev ter zmanjšajo število bolnišničnih sprejemov in odložijo potrebo po odhodu v institucijo (ReNPZV16–25, 2016). Prisotnost demence je zlasti v obdobju napredovane bolezni povezana z veliko kompleksnostjo potreb osebe ter potrebo

po zagotavljanju celostne obravnave, ki vključuje storitve s področja socialne oskrbe, zdravstva oziroma dolgotrajne in paliativne oskrbe. Glede na navedeno se domovi za starejše kažejo kot primerni prihodnji izvajalci celostne obravnave starejših tako v ustanovi kakor v skupnosti oziroma na domu uporabnika, pa tudi kot primerni izvajalci izobraževanja in usposabljanja izvajalcev neformalne oskrbe ter kot izvajalci nadomestne oskrbe s ciljem razbremeniti izvajalce neformalne oskrbe (Mali, Flaker, Urek in Rafaelič, 2018).

Preglednica št. 10: Število uporabnikov v socialnovarstvenem zavodu z diagnozo demence (MKB F00* – F03), ločeno po spolu

	Število uporabnic	Število uporabnikov	Delež znotraj ženske populacije	Delež znotraj moške populacije
Število vseh uporabnikov v socialnovarstvenem zavodu z diagnozo demence			Samodejni izračun	Samodejni izračun

Izračun deleža znotraj ženske populacije v socialnovarstvenem zavodu v odstotkih

Število uporabnic v socialnovarstvenem zavodu z diagnozo demence/število vseh uporabnic v socialnovarstvenem zavodu x 100

Izračun deleža znotraj moške populacije v socialnovarstvenem zavodu v odstotkih

Število uporabnikov v socialnovarstvenem zavodu z diagnozo demence/število vseh uporabnikov v socialnovarstvenem zavodu x 100

Socialnovarstveni zavod v skladu s preglednico št. 10 Ministrstvu za zdravje sporoča podatke o številu uporabnikov v socialnovarstvenem zavodu, ločeno po spolu, ki so imeli na zadnji dan v koledarskem mesecu postavljeno diagnozo demence (ne glede na vrsto in stopnjo demence).

Socialnovarstveni zavodi podatke v brezosebni obliki mesečno sporočajo Ministrstvu za zdravje. Podatki se vnašajo v spletni vnosnik, ki ga pripravi Ministrstvo za zdravje. Podkazalniki bodo izračunani glede na razpoložljive podatke.



AGE Platform Europe. 2021. European Quality Framework for long-term care services. Dostopno na: https://www.age-platform.eu/sites/default/files/EU_Quality_Framework_for_LTC-EN.pdf (13. 12. 2021).

Agrawal, K., in Chauhan, N. 2009. Pressure ulcers: Back to the basics. *Indian Journal of Plastic Surgery*: 45(2).

American Medical Directors Association. 2012. Urinary incontinence in the long term care setting. Dostopno na: <https://www.guidelinecentral.com/summaries/urinary-incontinence-in-the-long-term-care-setting/#section-society> (7. 12. 2021).

Andalo, D. 2016. Medication errors. Dostopno na: <https://pharmaceutical-journal.com/article/news/drug-errors-occur-in-up-to-27-of-people-living-in-nursing-homes-study-shows> (7. 12. 2021).

Anthony, D., Parboteeah, S., Saleh, M., in Papanikolaou, P. 2008. Norton, Waterlow and Braden scores: A review of the literature and a comparison between the scores and clinical judgement. *Journal of Clinical Nursing*: 17(5).

Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. 2016. Aged Care National Antimicrobial Prescribing Survey Report. Dostopno na: <https://www.safetyandquality.gov.au/sites/default/files/migrated/Report-2016-acNAPS-Sep-2017.pdf> (7. 12. 2021).

Belehar, T. 2016. Znanje medicinskih sester o sodobnih oblogah za oskrbo razjed zaradi pritiska in uporaba v praksi (diplomsko delo). Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Jesenice.

Bennett, J. 2003. Investment in Population Health in Five OECD Countries. Dostopno na: <https://www.oecd.org/health/health-systems/2510907.pdf> (7. 12. 2021).

Bolčević, S. 2021. Etično pravni vidik izolacijskih ukrepov v domovih za starejše (magistrsko delo). Ljubljana: Nova univerza, Fakulteta za državne in evropske študije.

Busse, R., Klazinga, N., Panteli, D., in Quentin, W. 2019. Improving healthcare in Europe. Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies. Dostopno na: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK549276/pdf/Bookshelf_NBK549276.pdf (7. 12. 2021).

Caffrey, M. 2016. Nursing Home Medication Errors Are Common, but Impact Is Low, Study Finds. Dostopno na: <https://www.ajmc.com/view/nursing-home-medication-errors-are-common-but-impact-is-low-study-finds> (7. 12. 2021).

Charalambous, C., Koulori, A., Vasilopoulos, A., in Roupa, Z. 2018. Evaluation of the Validity and Reliability of the Waterlow Pressure Ulcer Risk Assessment Scale. *Med Arch.*: 72(2).

Clinical Excellence Commission. 2014. Open Disclosure Handbook. Dostopno na: https://www.cec.health.nsw.gov.au/_data/assets/pdf_file/0007/258982/CEC-Open-Disclosure-Handbook.pdf (3. 12. 2021).

de Bienassis, K., Llana-Nozal, A., in Klazinga, N. S. 2020. OECD Health Working Papers No. 121: The economics of patient safety Part III: Long-term care: Valuing safety for the long haul. Dostopno na: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/be07475c-en.pdf?expires=1621810167&id=id&accname=guest&checksum=275D2511164C92393085F947F06ECB3A> (7. 12. 2021).

Defloor, T., Schoonhoven, L., Fletcher, J. F., Heyman, H., Lubbers, M., Witherow, A., in Haalboom, J. 2005. Statement of the European Pressure: Differentiation Between Pressure Ulcers and Moisture Lesions. Dostopno na: https://www.researchgate.net/publication/7531195_Statement_of_the_European_Pressure_Ulcer_Advisory_Panel-Pressure_Ulcer_Classification_differentiation_between_pressure_ulcers_and_moisture_lesions (7. 12. 2021).

Duffy, J. R. 2018. Quality caring in nursing and health systems: implications for clinicians, educators, and leaders. New York: Springer Publishing Company.

ECDC. 2021. Antimicrobial consumption database Rates by country. Dostopno na: <https://www.ecdc.europa.eu/en/antimicrobial-consumption/database/rates-country> (7. 12. 2021).

Enriquez, E. L. 2004. A Nursing Analysis of the Causes of and Approaches for Urinary Incontinence Among Elderly Women in Nursing Homes. *Ostomy Wound Manage.* 2004:50.

EUPAP. 2016. QUICK REFERENCE GUIDE. Dostopno na: https://www.epuap.org/wp-content/uploads/2016/10/final_quick_prevention.pdf (7. 12. 2021).

European Commission. 2005. Luxembourg Declaration on Patient Safety. Dostopno na: https://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/ev_20050405_rd01_en.pdf (7. 12. 2021).

European Commission. 2010. European Charter of the rights and responsibilities of older people in need of long-term care and assistance. Dostopno na: https://www.age-platform.eu/sites/default/files/European%20Charter_EN.pdf (13. 12. 2021).

Fu, D. (leto neznano). Health Service Impacts and Costs of Falls in Older Age. Dostopno na: <https://www.who.int/ageing/projects/4%20Health%20service%20impacts%20and%20costs%20of%20falls2.pdf> (7. 12. 2021).

Gorup, L., Guštin, E., Jacovič, A., Kobal Straus, K., Lipar, T., Počič, M., Poldrugovac, M., Simpič, B., in Tičar, Z. 2021. Priročnik o kazalnikih kakovosti zdravstvene obravnave v socialnovarstvenih zavodih. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.

Haylen, B. T., de Ridder, D., Freeman, R. M., Swift, S. E., Berghmans, B., in Lee, J. 2010. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Int Urogynecol Journal*.

Hughes, R. G. 2008. Patient Safety and Quality. An Evidence-Based Handbook for Nurses. Fishers Lane: Agency for Healthcare Research and Quality.

McGlynn, E. A., in Asch, S. M. 1998. Developing a clinical performance measure. *American journal of preventive medicine*, 14(3), 14–21.

Institute of Medicine (1990). Medicare: a strategy for quality assurance. Washington DC: National Academy Press.

Kristensen, S., Mainz, J., Bartels, P., in All , O. P. 2007. Establishing a set of patient safety indicators. *Safety Improvements for Patients in Europe Working package*, 4.

Kosari, S. 2021. Medication errors in nursing homes: the role of pharmacological knowledge. Dostopno na: <https://www.alliedacademies.org/articles/medication-errors-in-nursing-homes-the-role-of-pharmacological-knowledge.pdf> (7. 12. 2021).

Lapré, F., Stevenson, D., Leser, M., Horecký, I. J., Kaserer, B., in Mattersberger, M. 2019. Long-Term Care 2030. Dostopno na: https://www.ecreas.eu/uimg/ecreasportal/b80760_att-report-ean-ltc-2030-digital.pdf (7. 12. 2021).

Loy, C. T., in Schofield P. R, T. A. 2014. Genetics of dementia. *Lancet*. 2014. 383: (9919).

Magiorakos, A., S. A., Carey, R. B., Carmeli, Y., Falagas, M. E., Giske, C. G., in Vatopoulos, A. 2011. Multidrug-resistant, extensively drug-resistant and pandrug-resistant bacteria: an international expert proposal for interim standard definitions for acquired resistance. *Clin Microbiol Infect*.

Mahalingam, S., Grewal, P., in Gao, L. (2014). Improving pressure ulcer risk assessment and management using the Waterlow scale at a London teaching hospital. *Journal of Wound Care*: 23(12).

Mali, J., in Kejžar, A. 2017. Celostna oskrba stanovalcev z demenco. *Socialno delo*: 56(3).

Mali, J., Flaker, V., Urek, M., in Rafaelič, A. 2018. Inovacije v dolgotrajni oskrbi: primer domov za stare ljudi. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo Univerze v Ljubljani.

Marvaki, A., Kadda, O. V., Toylia, G., in Marvaki, C. 2020. Support Surfaces for Pressure Ulcer Prevention in Intensive Care Patients: A Short Review Article. *Health Sci J*: 14(3).

McDaniel, C., Ratnani, I., Saher, F., Abid, M. H., in Surani, S. 2020. Urinary Incontinence in Older Adults Takes Collaborative Nursing. Efforts to Improve. *Cureus*: 12(7).

Menees, S. B., Almario, C. V., Spiege, B. M., in Chey, W. D. 2018. Prevalence of and Factors Associated With Fecal Incontinence: Results From a Population-Based Survey. *Gastroenterology*: 154(6).

Ministrstvo za zdravje. 2019. Državna strategija »eno zdravje« za obvladovanje odpornosti mikrobov (2019–2024) z akcijskim načrtom za obdobje 2019–2021. Dostopno na: <https://www.gov.si/novice/nov-vlada-sprejela-drzavno-strategijo-eno-zdravje-za-obvladovanje-odpornosti-mikrobov-2019-2024-z-akcijskim-nacrtom-za-obdobje-2019-2021/> (7. 12. 2021).

Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti. Smernice za vključevanje vidika enakosti spolov v delo ministrstev 2016–2020. Dostopno na: <https://www.gov.si/assets/ministrstva/MDDSZ/Dokumenti/Enakost-spolov/6bb50055f7/EnakostSpolovKoordinatorstvoSmernice.pdf> (8. 12. 2021).

Musa, M. K., Saga, Susan, Blekken, L. E., Harris, R., Goodman, C., in Norton, C. 2019. The Prevalence, Incidence, and Correlates of Fecal Incontinence Among Older People Residing in Care Homes: A Systematic Review. *JAMDA*: 20(8).

National council on ageing. 2020. Falls Prevention Awareness Week. Dostopno na: <https://www.ncoa.org/article/the-2020-falls-prevention-awareness-week-impact-report> (7. 12. 2021).

NIJZ. 2021. Poškodbe. Dostopno na: <https://www.nijz.si/sl/podrocja-dela/moj-zivljenjski-slog/poskodbe> (7. 12. 2021).

NIJZ. 2021a. Število hospitalizacij zaradi poškodb, Slovenija, po starostnih skupinah. Dostopno na: https://podatki.nijz.si/Table.aspx?layout=tableViewLayout2&px_tableid=BO_10.px&px_path=NIJZ%20podatkovni%20portal_4%20dravstveno%20varstvo_06%20Bolni%20a1ni%20c4%20dne%20obravnavave__2%20Hospitalizacije%20zaradi%20po%20a1kodb%20in%20zastrupitev&px_language=sl&px_db=NIJZ%20podatkovni%20portal&rxid=a3d44ff6-4573-4e76-ad29-f61cb929ea38 (7. 12. 2021).

OECD. 2002. Measuring the Quality of Long-term Care in Institutional and Community Settings. Dostopno na: https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/measuring-up/measuring-the-quality-of-long-term-care-in-institutional-and-community-settings_9789264195950-15-en#page10 (7. 12. 2021).

OECD. 2017. Health at a Glance 2017. Dostopno na: <https://www.health.gov.il/publicationsfiles/healthataglance2017.pdf> (7. 12. 2021).

OECD. 2018. Health at a Glance: Europe 2018. Dostopno na: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2018_health_glance_eur-2018-en;jsessionid=jGd5Ttsq2KPYE2GH_9ChU7aq.ip-10-240-5-84 (7. 12. 2021).

OECD. 2018a. Renewing priority for dementia: Where do we stand? Dostopno na: <https://www.oecd.org/health/health-systems/Renewing-priority-for-dementia-Where-do-we-stand-2018.pdf> (7. 12. 2021).

OECD. 2018b. Stemming the Superbug Tide. Dostopno na: <https://www.oecd.org/health/health-systems/Stemming-the-Superbug-Tide-Policy-Brief-2018.pdf> (7. 12. 2021).

OECD. 2018c. Care Needed. Improving the lives of people living with dementia. Dostopno na: https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/care-needed_9789264085107-en#page4 (7. 12. 2021).

OECD. 2019. Health at a Glance 2019. Dostopno na: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/4dd50c09-en.pdf?expires=1621807158&id=id&accname=guest&checksum=7C37877877929B81178AAC687BFA870B> (7. 12. 2021).

OECD. 2020. CULTURE AS A CURE: ASSESSMENTS OF PATIENT SAFETY CULTURE IN OECD COUNTRIES. Dostopno na: [https://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=DELSA/HEA/WD/HWP\(2020\)4&docLanguage=En](https://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=DELSA/HEA/WD/HWP(2020)4&docLanguage=En) (7. 12. 2021).

OECD. 2020a. Health at a Glance: State of Health in the EU Cycle. Dostopno na: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/82129230-en.pdf?expires=1620750967&id=id&accname=guest&checksum=30D16CD66999C3B4182027291866E837> (7. 12. 2021).

OECD. 2021. Health at a Glance 2021. Dostopno na: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/ae3016b9-en.pdf?expires=1636928588&id=id&accname=guest&checksum=97CE16C2DFE6BA63C70203BEA6DBE4C7> (7. 12. 2021).

Oikonomidis, C., Magajna, A., in Konec Juričič, N. 2015. Pogled na epidemiološke podatke o demenci in z njo povezanimi boleznimi v Sloveniji. Dostopno na: <https://www.nijz.si/sl/21-september-2016-svetovni-dan-alzheimerjeve-bolezni> (7. 12. 2021).

Padula, C. A., Osborne, E., in Williams, J. 2008. Prevention and early detection of pressure ulcers in hospitalized patients. *Journal Wound Ostomy Continence Nurs.*

Psihiatrična bolnišnica Idrija. 2021. Demenca. Dostopno na: <https://www.pb-idrija.si/zdravljenje-in-pomoc/katere-bolezni-zdravimo/demenca> (7. 12. 2021).

Perry, S., Shaw, C., McGrother, C., Matthews, R. J., Assassa, R., Dallosso, H., in Williams, K. 2002. Prevalence of faecal incontinence in adults aged 40 years or more living in the community. *Gut*: 50.

PHAA. 2015. Public Health Association of Australia: Policy-at-a-glance – Fall Injury Prevention in Older People Policy. Dostopno na: <https://www.workingwitholderpeople.edu.au/documents/fall-injury-prevention.pdf> (7. 12. 2021).

Pierson, S., Hansen, R., Greene, S., Williams, C., Akers, R., Jonsson, M., in Carey, T. 2007. Preventing medication errors in long-term care: results and evaluation of a large scale web-based error reporting system. *Qual Saf Health Care*.

Poldrugovac, M., in Simčič, B. 2010. Priročnik o kazalnikih kakovosti. Dostopno na: <https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/Dostopnost-in-varnost-zdravstvenega-varstva/Kakovost-zdravstvenega-varstva/Navodila/11cc816388/Prirocnik-o-kazalnikih-kakovosti.pdf> (7. 12. 2021).

Poldrugovac, M., Padget, M., Schoonhoven, L., Thompson, N. D., Klazinga, N. S., in Kringos, D. S. (2021). International comparison of pressure ulcer measures in long-term care facilities: Assessing the methodological robustness of 4 approaches to point prevalence measurement. *Journal of Tissue Viability*: 30(2).

Prevolnik Rupel, V., Simčič, B., in Turk, E. 2014. Terminološki slovar izrazov v sistemu zdravstvenega varstva. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.

Regan, M. 2016. The interface between dementia and mental health: an evidence review. London: Mental Health Foundation.

Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025 Skupaj za družbo zdravja (Uradni list RS, št. 25/16). Dostopno na: <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=RESO102> (7. 12. 2021). Resolucija o nacionalnem programu za enake možnosti žensk in moških 2015–2020 (Uradni list RS, št. 84/15). Dostopno na: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=RESO108> (8. 12. 2021).

Righi, L., Ourahmoune, A., B n , N., Rae, A.-C., Courvoisier, D. S., in Chopard, P. 2020. Effects of a pressure-ulcer audit and feedback regional programme at 1 and 2 years in nursing homes: A prospective longitudinal study. Dostopno na: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0233471> (7. 12. 2021).

Robida, A., Grabar, D., in Simčič, B. 2020. Osnove kakovosti in varnosti v zdravstvu. Dostopno na: https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/d.grabar_osnove_kakovosti_in_varnosti_mz_jun_2020.pdf (20. 12. 2021).

Rok Simon, M. 2020. Padci starejših odraslih – naraščajoči problem javnega zdravja. Dostopno na: https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/padci_pri_starejsih_2019_publikacija_oblikovano_2020_koncna_mrs.pdf (7. 12. 2021).

Skuk, E., in Blaganje, M. 2020. Urinska inkontinenca pri ženski: pregled področja. *Javno zdravje 2020*: 12. Pridobljeno iz *Javno zdravje 2020*: 12.

Skupnost socialnih zavodov Slovenije. 2021. Poudarki iz analiz področja institucionalnega varstva starejših in posebnih skupin odraslih. Dostopno na: <https://www.ssz-slo.si/wp-content/uploads/POUDARKI-IZ-ANALIZ-2020-1.pdf> (8. 12. 2021).

Svetovna zdravstvena organizacija. 2009. Konceptualni okvir za mednarodno klasifikacijo za varnost pacientov. Dostopno na: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70882/9789616523486_slv.pdf (8. 12. 2021).

van den Bemt, P., Idzinga, J. C., Robertz, H., Groot Kormelink, D., in Pels, N. 2009. Medication Administration Errors in Nursing Homes Using an Automated Medication Dispensing System. *JAMIA*.

Vanja, V. 2011. Evropske smernice za preventivo in oskrbo. Dostopno na: https://www.dors.si/wp-content/uploads/2017/02/euro_rzp_2011.pdf (7. 12. 2021).

Vilar, V. 2011. Evropske smernice za preventivo in oskrbo razjede zaradi pritiska. Dostopno na: https://www.dors.si/wp-content/uploads/2017/02/euro_rzp_2011.pdf (7. 12. 2021).

Vincent, C., in Amalberti, R. 2016. *Safer Healthcare: Strategies for the Real World*. New York: Springer International Publishing.

Voljč, B. 2015. Aktivno in zdravo staranje za aktivno in zdravo starost. Javno-zdravstveni pomen padcev med starejšimi in preventivne usmeritve. Dostopno na: http://www.staranje.si/sites/www.staranje.si/files/upload/images/aha.si_preventiva_padcev_porocilo_v1.pdf (7. 12. 2021).

Voljč, B. 2016. Aktivno in zdravo staranje za aktivno in zdravo starost. Javno-zdravstveni pomen padcev med starejšimi in preventivne usmeritve v Sloveniji. Dostopno na: http://www.staranje.si/sites/www.staranje.si/files/upload/images/analitsko_porocilo3_padci_0.pdf (7. 12. 2021).

Watson, J. 2009. *Caring as the essence and science of Nursing and health care*. O Mundo da Sa de S o Paulo: 2009: 33(2).

Werner, N. E., Nelson, E. T., in Boehm-Davis, D.A. 2012. Human factors methods to reduce medication error: using task analysis in a pediatric and adult pharmacy. *Work* 4 (Suppl 1): 5665-7.

WHO. 2007. Look-Alike, Sound-Alike Medication Names. Dostopno na: [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-\(ihs\)/psf/patient-safety-solutions/ps-solution1-look-alike-sound-alike-medication-names.pdf?sfvrsn=d4fb860b_6](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-(ihs)/psf/patient-safety-solutions/ps-solution1-look-alike-sound-alike-medication-names.pdf?sfvrsn=d4fb860b_6) (7. 12. 2021).

WHO. 2015. Global Action Plan on Antimicrobial Resistance. Dostopno na: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/193736/9789241509763_eng.pdf;jsessionid=8843B959A81FBD92856EE56A32804C55?sequence=1 (7. 12. 2021).

WHO. 2017. ICOPE guidelines – World Health Organization: Evidence profile: urinary incontinence. Dostopno na: <https://www.who.int/ageing/health-systems/icope/evidence-centre/ICOPE-evidence-profile-urinary-incont.pdf> (7. 12. 2021).

WHO. 2019. Risk reduction of cognitive decline and dementia: WHO guidelines. Dostopno na: <https://www.who.int/publications/i/item/risk-reduction-of-cognitive-decline-and-dementia> (7. 12. 2021).

WHO, World bank group, OECD. 2018. Delivering quality health services: a global imperative for universal. Dostopno na: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272465/9789241513906-eng.pdf?ua=1> (7. 12. 2021).

Williams, D. J. P. 2007. Medication errors. *J R Coll Physicians Edinb*, 37(1): 343–6.

Zakon o nalezljivih boleznih (Uradni list RS, št. 33/06 – uradno prečiščeno besedilo, 49/20 – ZIUZEOP, 142/20, 175/20 – ZIUOPDVE, 15/21 – ZDUOP, 82/21 in 178/21 – odl. US). Dostopno na: <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO433> (7. 12. 2021).

Zakon o zdravilih (Uradni list RS, št. 17/14 in 66/19). Dostopno na: <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO6295> (7. 12. 2021).

Zakon o pacientovih pravicah (Uradni list RS, št. 15/08, 55/17 in 177/20). Dostopno na: <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO4281> (7. 12. 2021).

Zakon o zdravstveni dejavnosti (Uradni list RS, št. 23/05 – uradno prečiščeno besedilo, 15/08 – ZPacP, 23/08, 58/08 – ZZdrS-E, 77/08 – ZDZdr, 40/12 – ZUJF, 14/13, 88/16 – ZdZPZD, 64/17, 1/19 – odl. US, 73/19, 82/20, 152/20 – ZZUOOP, 203/20 – ZIUPOPdve in 112/21 – ZNUPZ). Dostopno na: <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO214> (7. 12. 2021).

Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 114/06 – ZUTPG, 91/07, 76/08, 62/10 – ZUPJS, 87/11, 40/12 – ZUJF, 21/13 – ZUTD-A, 91/13, 99/13 – ZUPJS-C, 99/13 – ZS-VarPre-C, 111/13 – ZMEPIZ-1, 95/14 – ZUJF-C, 47/15 – ZZSDT, 61/17 – ZUPŠ, 64/17 – ZZdej-K, 36/19, 189/20 – ZFRO, 51/21 in 159/21). Dostopno na: <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO213> (7. 12. 2021).

ZZZS. Letno poročilo ZZZS 2020. Dostopno na: [http://api.zzzs.si/ZZZS/info/egradiva.nsf/0/a998991f0f548b4bc125868c0040ba61/\\$FILE/Letno%20poro%C4%8Dilo%20ZZZS%202020.pdf](http://api.zzzs.si/ZZZS/info/egradiva.nsf/0/a998991f0f548b4bc125868c0040ba61/$FILE/Letno%20poro%C4%8Dilo%20ZZZS%202020.pdf) (7. 12. 2021).

ZZZS. 2021. E-gradiva. Splošni dogovor za leto 2021. Dostopno na: <https://www.zzzs.si/?id=126&detail=F6C-ODA6F659694F6C12586EF00234EDE> (7. 12. 2021).



December, 2021

