

KAZALNIKI KAKOVOSTI

Letno poročilo 2025

KAZALO

STOPNJA PADCEV PACEINTOV V BOLNIŠNICI ZA LETO 2025.....	3
RAZJEDE / POŠKODBE ZARADI PRITISKA (RZP/ PZP) V BOLNIŠNICI V LETU 2025.....	6
KULTURA VARNOSTI ZA LETO 2025.....	8
KAKO STE ZADOVOLJNI Z ZDRAVSTVENO OBRAVNAVO?	10
ČAKANJE NA ODPUST	14
ZADOVOLJSTVO S PREHRANO	16
DELEŽ PACIENTOV V LETU 2024 PRI KATERIH JE BIL IZVEDEN PVU (PVU) S PASOVI V POSTELJO	19
KOLONIZACIJA Z VEČKRATNO ODPORNIMI BAKTERIJAMI (MRSA, ESBL, VRE, CRB) LETO 2025.....	21
ŠTEVILO INCIDENTOV, POŠKODB Z OSTRIMI PREDMETI V LETU 2025.....	32
PORABA RAZKUŽILA ZA ROKE V LETU 2025	35
VARNOSTNI ODKLONI POVEZANI Z ZAPOSLENIMI	39
ABSENTIZEM ZAPOSLENIH.....	41

Kazalniki Kakovosti, Letno poročilo 2025 (Priloga Letnemu Poslovnemu in Strokovnemu poročilu)

Psihiatrična bolnišnica Idrija, 14. 02. 2026

Kazalnike pripravili:

Nace Žgavec, dr. med. spec. psih., ZOBO,
Kristina Križišnik Gnezda, dipl. m. s., SOBO
Ivana Skok Murovec, dipl. dietetik
Lavra Bogataj Derlink, mag. prava
Majda Pirih., univ. dipl. ekon., preizk. rač.
Nataša Hvala, dipl. m. s.

Uredila in oblikovala: Hvala Nataša (Poročila se v originalni papirni ali računalniški verziji nahajajo pri nosilcih posameznih kazalnikov. V primeru razlik med dokumenti se uporabi izvirni dokument, ki se nahaja pri skrbniku dokumenta.)

STOPNJA PADCEV PACEINTOV V BOLNIŠNICI ZA LETO 2025

Definicija kazalnika	Padec je neželen dogodek, pri katerem pacient pade po tleh. Je nenaden dogodek, ki ima za posledico spremembo položaja, zdrs ali padec na podlago, tla ali drugo nižjo podlago zaradi različnih razlogov (Florida Hospital Associaton, 2001). Definicija padca, z ali brez poškodb pri pacientu, vključuje: padec/ zdrs s postelje, zdrs s stola na tla, padec brez prič ali »najden na tleh« (to je padec, ko niti pacient niti kdo drug ne ve, kako je pacient padel), spotik, zdrs, padec pri hoji.
Vir podatkov	Zbirka obrazcev Poročilo o padcu
Števec	Podrobnejši opis števca razviden pri posameznem kazalniku
Imenovalac	Podrobnejši opis imenovalca razviden pri posameznem kazalniku

NAČIN ZBIranJA IN ANALIZE PODATKOV

Podatki so zbrani na osnovi obrazcev Poročilo o padcu (poznejše posledice padca) na katere zaposleni, tekom celega leta, evidentirajo vsak padec. Pri analizi podatkov se spremlja in analizira naslednje kriterije: število padcev; razdelitev padcev po posameznih oddelkih; razdelitev padcev po mesecih; opredelitev mesta dogodka; čas dogodka; vzroka padca; dan v tednu, ko se je padec zgodil; delitev po spolu; posledice padcev (poškodbe); izvedene ukrepe.

Podatke se spremlja ročno, obdelava zbranih podatkov poteka v programu Excel.

REZULTATI

Kazalnik 1 (vsi padcix1000/št. BOD brez dnevne obravnave): **Stopnja vseh padcev v bolnišnici: 1,3**

V letu 2025 je bilo zabeleženih 55 padcev pacientov. Padci so se zgodili na vseh bolniških oddelkih, največja pojavnost pa je bila na intenzivnih oddelkih. Enako število padcev (16) je bilo evidentirano na ženskem in moškem sprejemnem oddelku ter na Oddelku za gerontopsihiatrijo in kognitivno rehabilitacijo.

Največ padcev se je zgodilo **v mesecu** juliju (10) in oktobru (10). **Glede na mesto dogodka** je največ padcev nastalo v sobi (17), na hodniku (11) in v sanitarijah (7). Z enakim številom sledi drugo, prostor za kajenje (3), stopnišče (3), jedilnica (2), dvorišče (2). Največ padcev je bilo evidentiranih **v popoldanskem času** (21), sledi nočni (18) in dopoldanski čas (16). Več padcev se je v letu 2025 zgodilo med tednom. **Dan v tednu**, ko se je padec največkrat zgodil, je bila sicer sobota (14), sledi ponedeljek (10). **Med vzroki za padec** je bila največkrat izpostavljen epileptični napad (14), neznan vzrok (11) ter nestabilnost (11), sledi zdrs (6), spotik (4), drugo (2), dezorientacija (2), spolzka tla (1), polifarmacija (1), nepravilna obutev (1), zaspanost (1), nemir (1). Padec je utrpelo **več moških (37)**.

Kazalnik 2 (padci s posteljeX1000/št. BOD brez dnevne): **Stopnja vseh padcev s postelje: 0,23**

Podrobnejša analiza je pokazala, da je bilo v letu 2025 **vseh padcev s postelje 10**. Padci pacientov s postelje so se zgodili **na treh bolniških oddelkih, največ na Oddelku za gerontopsihiatrijo in kognitivno rehabilitacijo (5)**. Največ padcev s postelje se je zgodilo **v nočnem času**. V štirih (4) primerih je bil vzrok padca epileptični napad, ki z vidika aktivnosti zdravstvene nege ni bil predvidljiv oziroma preprečljiv.

Kazalnik 3 (vsi padci z manjšimi, hujšimi in hudimi poškodbamix100/vsi padci): **Poškodbe pri padcih: 54,5**

Ob spremljanju kazalnika po novih metodoloških navodilih se drugo leto zapored ugotavlja visok delež pacientov, ki ob padcu utrpijo poškodbo. V največjem številu so bile posledice padca manjše poškodbe (bolečina) in sicer v 26 primerih (**stopnja manjših poškodb: 47,2**). V 4 primerih so bile posledice hujše

(oskrba rane s steristripom, šivanje rane), kar predstavlja **stopnjo poškodb s hujšimi posledicami: 7,3**. Pri analizi dogodkov je bilo ugotovljeno, da padca ne bi bilo moč preprečiti (EPI napad) v 4 primerih. V 25 primerih je padec minil brez posledic. V vseh primerih je bil po padcu izveden ukrep obveščanja lečečega in/ ali dežurnega zdravnika. Negovalno osebje je po padcu izvajalo še druge intervencije glede na vzrok in/ ali posledice, od merjenja vitalnih funkcij, opazovanja psihofizičnega stanja, nameščanja hladnih obkladkov, terapijskega razgovora, aplikacije medikamentozne terapije.

Kazalnik 4: Stopnja padcev v zunajbolnišnični obravnavi: 0

V letu 2025 v ambulantni dejavnosti padec ni bil evidentiran.

Tabela 1: Primerjava rezultatov kazalnikov med leti 2014- 2025

	1.kazalnik - Prevalenca vseh padcev v bolnišnici	2. kazalnik - Stopnja padcev s postelje v bolnišnici	3. kazalnik – Poškodbe pri padcih: hujše poškodbe (vse poškodbe)	4. kazalnik – Stopnja padcev v zunaj bolniš. obravnavi
Leto 2014	1,8	0,5	6,5	
Leto 2015	1,5	0,2	8,2	
Leto 2016	1,1	0,3	8,8	
Leto 2017	1,2	0,2	7,8	
Leto 2018	1,4	0,3	7,2	
Leto 2019	1,2	0,3	15,4	
Leto 2020	1,9	0,5	2,6	
Leto 2021	2,8	0,5	9,8	
Leto 2022	2,5	0,5	1,9	
Leto 2023	2,2	0,4	2,9 (56,7)	
Leto 2024	1,6	0,2	2,6 (60)	0
Leto 2025	1,3	0,23	7,3 (54,5)	0

REALIZACIJA CILJEV IN NAČRTOVANIH AKTIVNOSTI

Zastavljeni cilj, da se vse vrednosti kazalnikov izboljšajo za 1 %, v letu 2025 ni bil dosežen. Dosežen je bil le pri kazalniku stopnja vseh padcev.

Kljub temu so bile izvedene pomembne aktivnosti na področju preprečevanja padcev. Ponovno so bila vzpostavljena srečanja članov Delovne skupine za preprečevanje padcev, izvedena sta bila dva nadzora nad izvajanjem Standarda za preprečevanje padcev, redno je potekalo obveščanje oddelkov o številu padcev, prav tako pa so bili pregledani in revidirani dokumenti v okviru standarda preprečevanja padcev v bolnišnici.

PREDLAGANE IZBOLJŠAVE IN NAČRT IZVEDBE IZBOLJŠAV ZA LETO 2025

Kaj	Zmanjšati število padcev pacientov za 1 % (kazalnik 1) oz. 5% (kazalnik 2 in 3) ter dosledno izvajati preventivne ukrepe v skladu s Standardom za preprečevanje padcev.
Kdo	Vodja in člani Delovne skupine za preprečevanje padcev, pomočnik direktorja za področje zdravstvene nege, skrbnik sistema vodenja kakovosti
Kdaj	Do konca leta 2026
Merila za spremljanje ukrepov	1. kazalnik 1: 1,2; kazalnik 2: 2,1; kazalnik 3: 7,5 (51,7); kazalnik 4: 0 <ul style="list-style-type: none">- Izpeljava 2. srečanj članov Delovne skupine- Izpeljava internega izobraževanja- Izpeljava 2. nadzorov nad izvajanjem Standarda za preprečevanje padcev. Doseči 90% delež skladnosti pri kriterijih ocenjevanja tveganja ob sprejemu in tekom hospitalizacije ter načrtovanju programa preprečevanja padcev (ocena stanja in načrt aktivnosti zdravstvene nege).- Redna analiza prijavljenih dogodkov (vsaj dve poročili/ leto), seznanjanje z rezultati kazalnika in spremljanjem uvedbe/ učinka izboljšav (zapisniki/ sprejeti korektivni ukrepi oddelkov).

RAZJEDE / POŠKODBE ZARADI PRITISKA (RZP/ PZP) V BOLNIŠNICI V LETU 2025

Povezava s kakovostjo	Aktivnosti zdravstvene nege in izobraževanje negovalnega osebja zmanjšujejo incidenco razjede zaradi pritiska. Cilj zdravstveno negovalnih intervencij je preventiva nastanka RZP.
Definicija kazalnika	Razjeda zaradi pritiska (RZP) je lokalizirana poškodba kože in/ ali podkožnega tkiva, ponavadi nad kostjo, ki nastane zaradi pritiska ali pritiska v kombinaciji s strižnimi silami ali trenjem (European, National, 2009). <i>European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009</i>
Vir podatkov	Sprotno spremljanje RZP - prisotnih ob sprejemu in pridobljenih v bolnišnici ter števila sprejemov
Števec	Podrobnejši opis števca razviden pri posameznem kazalniku
Imenovalec	Število sprejetih pacientov

NAČIN ZBIRANJA IN ANALIZE PODATKOV

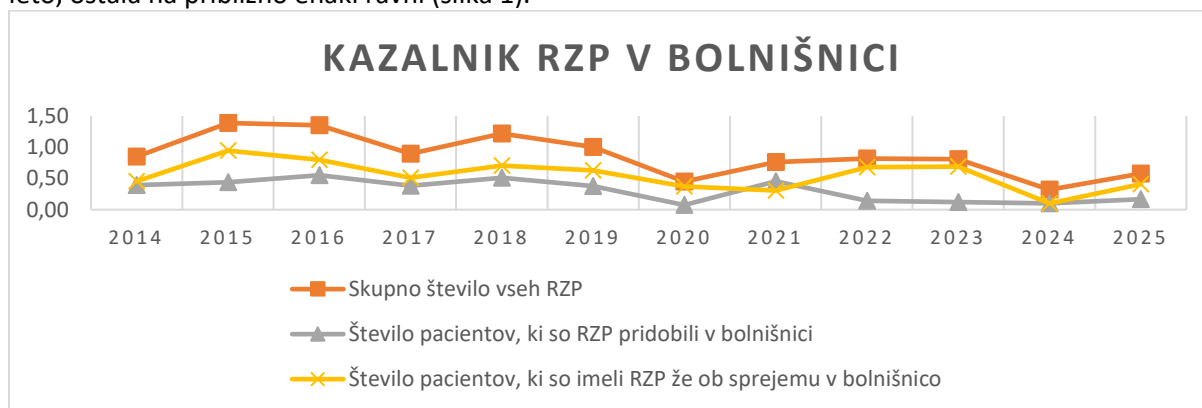
Podatki o številu RZP so pridobljeni iz Poročil o razjedi zaradi pritiska in Poročil o neželenem dogodku/ varnostnem zapletu. Zbiranje in obdelava podatkov poteka ročno. Rezultati so prikazani s pomočjo uporabniške in aplikacijske opreme Excel in Word.

Kazalnik 1: Število vseh obravnavanih pacientov z RZP/PZP na 100 sprejetih pacientov z izključitvenimi kriteriji v letu 2025: 0,58

Kazalnik 2: Število v bolnišnici pridobljenih RZP/PZP na 100 sprejetih pacientov z izključitvenimi kriteriji v letu 2025: 0,17

Kazalnik 3: Število pacientov s RZP/ PZP že ob sprejemu na 100 sprejetih pacientov z izključitvenimi kriteriji v letu 2025: 0,41

V letu 2025 so v bolnišnici nastale 3 razjede zaradi pritiska. Vrednost kazalnika je, glede na prejšnje leto, ostala na približno enaki ravni (slika 1).



Slika 1: Kazalnik Razjede zaradi pritiska v bolnišnici med leti 2014 - 2025

Pojav RZP se v letu 2025 beleži na Sprejemnem moškem oddelku in Oddelku za gerontopsihiatrijo in kognitivno rehabilitacijo. **Anatomska lokacija** nastalih RZP je bila glutealno področje in področje pet. Nastale RZP sta bili ocenjene z 2. stopnjo po EPUAP klasifikaciji. Vse tri so nastale pri **moških**. Povprečna **starost pacientov**, pri katerih je nastala razjeda, je bila 71 let. Nastanek RZP se povezuje z izvajanjem PVU (počivalnik) in pridruženimi se boleznimi.

V letu 2025 je bilo **ob sprejemu v bolnišnico evidentiranih 7 RZP**. Evidentirane so bile ob sprejemu na vse tri intenzivne oddelke.

REALIZACIJA CILJEV IN NAČRTOVANIH AKTIVNOSTI

Cilj, da se kazalnik »Število pacientov, ki so RZP/PZP pridobili v bolnišnici« izboljša za 1 % (0,1), ni bil dosežen. Načrtovane aktivnosti so bile realizirane delno, izveden je bila nadzor nad izvajanjem standarda ter osnovana manjša delovna skupina, dodatna izobraževanja in pregled dokumentacije nista bila realizirana. Navedeno predstavlja izhodišče za ponovno načrtovanje aktivnosti in okrepitev sistematičnega pristopa v naslednjem obdobju.

NAČRT ZA IZBOLJŠAVE

Kaj	<p>CILJ: Kazalnik »Število pacientov, ki so RZP/ PZP pridobili v bolnišnici« izboljšati za 1% (0,1)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manjša delovna skupina prične z aktivnostmi tj. pregled in revidiranje dokumentov, obrazcev in promocijskega materiala, ki sodi pod področje preventive in obravnave PZP/ RZP. Seznanitev zaposlenih. - Pridobivanje dodatnih znanj – udeležba na zunanjem strokovnem izobraževanju in prenos vsebin na člane Delovne skupine - Izvajanje nadzora dokumentiranja. Obdržati rezultate nadzora nad 90 %.
Kdo	Vodja in člani Delovne skupine, pomočnik direktorja za področje zdravstvene nege
Kdaj	Leto 2026
Merila za spremljanje ukrepov	<p>Kazalnik 2 na incidenti 0,1</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Dva srečanja članov Delovne skupine b) 1 zunanje izobraževanje c) Predstavitev internega gradiva po vseh bolniških oddelkih d) 2 poročila na letnem nivoju; redna analiza prijavljenih dogodkov s seznanjanjem z rezultati kazalnika in spremljanjem uvedbe/ učinka izboljšav (zapisniki oddelkov)

KULTURA VARNOSTI ZA LETO 2025

Definicija In povezava s kakovostjo	<p>Varnostni incident pri pacientu je nenameren in nepričakovan dogodek, ki je ali bi lahko škodoval pacientu pri zdravstveni oskrbi in ki ne nastane zaradi narave pacientove bolezni (Svet Evrope, 2006).</p> <p>Polna definicija kazalnika: Število sporočenih varnostnih incidentov pri zdravstveni obravnavi pacientov na 1000 obravnavanih pacientov (bolnišnična in ambulantna obravnava skupaj).</p> <p>Operativna definicija: prevalenca varnostnih odklonov/ incidentov v zdravstveni ustanovi na 100 obravnavanih pacientov</p> <p>Večina varnostnih odklonov/ incidentov je posledica okoliščin, ki jih omogoča sistem dela. Podatki o prepoznanih varnostnih odklonih/ incidentov in ugotovitve obravnav varnostnih zapletov so pomembne informacije, na podlagi katerih se zbirajo primeri najboljših kliničnih praks in smernic za odstranjevanje vzrokov in zmanjšanje posledic varnostnih odklonov/ incidentov. Kazalnik bo pokazal raven kulture varnosti v posameznem zdravstvenem zavodu; več je prepoznanih in sporočenih incidentov, večja je ozaveščenost in motiviranost zaposlenih za nenehno izboljševanje in razvoj varnosti pacientov ter posledično tudi zaposlenih.</p> <p>Kazalnik je rezultat varnosti zdravstvene obravnave, ki odraža raven kulture varnosti zaposlenih in varnost procesov ter učinkovitost izboljševanja klinične prakse. Je odraz kakovostno in varno izvedenih temeljnih procesov ter varnosti vseh podpornih procesov in okoliščin, ki vplivajo na kakovost in varnost zdravstvene dejavnosti.</p>
Vir podatkov	Sprotno spremljanje in analiza obrazcev Poročilo o varnostnem incidentu in SOAS-R lestvice. V zbirko / obravnavo so vključeni vsi varnostni incidenti, vključno s tistimi, ki predstavljajo motnjo v delovnem procesu in lahko posredno nakazujejo zmanjšano varnost pacientov.
Števec	Vsi sporočeni varnostni incidenti v zdravstveni ustanovi zbrani po posameznih sklopih.
Imenovalec	Število zdravstvenih obravnav (ambulantni pregledi, bolnišnična zdravljenja, diagnostika)/ 1000

REZULTATI KAZALNIKA ZA LETO 2025

Rezultat kazalnika Varnostni odkloni v povezavi s pacienti za leto 2025: 15,7 (leto 2024: 16,05).

V letu 2025 je bilo prijavljenih 244 dogodkov (vključene tudi varnostni incidenti, ki posredno nakazujejo tveganje za varnost pacientov). Skladno z Metodološkimi navodili so bili varnostni incidenti kategorizirani v določene sklope.

Iz spodnje tabele je razvidno, da je bilo evidentiranih enajst **varnostni odkloni na področju zdravljenja in oskrbe**. Zabeleženih je 23 **varnostnih odklonov na področju ravnanja z zdravili**. V **sklopu vedenje, odnos, komunikacija je bilo** prijavljenih 133 dogodkov. Največ prijavljenih dogodkov je bilo povezanih z različnimi oblikami agresije in nasilnega vedenja povzročene s strani pacienta.

V **sklopu Drugo** je bilo največ (78) evidentiranih dogodkov povezanih s stanjem (poškodbe) kože, kosti zaznanih ob sprejemu.

	SKUPAJ I.	SKUPAJ II.	SKUPAJ III.	SKUPAJ IV.	SKUPAJ 2025
Skorajšnja napaka					
Identifikacija pacienta	2				2
Privolitev pacienta					
Zdravljenje in oskrba	4	4	3		11
Zdravila	9	3	7	4	23
Vedenje, odnos in komunikacija	38	28	41	26	133
Medicinska oprema/ pripomočki					
Drugo	25	30	4	19	78
SKUPAJ	78	62	55	49	244

REALIZACIJA CILJEV

Izvedenih 6 varnostnih vizit s strani strokovnega vodstva. Na podlagi analize porekla vzrokov se je pristopilo k revidiranju temperaturnega lista. Na podlagi poročil izvedeni korektivni ukrepi povezani s preprečevanjem padcev (L1 in S2) in zdravili (S2). Izpeljano je bilo izobraževanje s področja deeskalacijskih tehnik, izvedeni so bili pogovori o varnosti na oddelkih S2 in S3 ter pogovori z vodstvom (L2). Pripravilo se je načrt uvedbe supervizije na bolniške oddelke, kjer še ni vpeljana (pričetek supervizije januar 2026). Izpeljanih je bilo več izobraževanj s področja zagotavljanja kakovosti in varnosti.

NAČRT ZA IZBOLJŠAVE

Kaj / merila za spremljanje ukrepov	Zagotavljati skladnost z Zakonom o zagotavljanju kakovosti v zdravstvu ter krepiti kulturo varnosti, transparentno poročanje o varnostnih incidentih, nenehno izboljševanje procesov in izobraževanje zaposlenih v kliničnem okolju. Implementacija zakonodaje in standardov kakovosti (100% SKLADNOST) Spremljanje in poročanje varnostnih incidentov (o pojavu in vrsti varnostnih incidentov po posameznih bolniških oddelkih, analiza trendov in identifikacija področij za izboljšave (kvartalna poročila) Izpeljava izobraževanja za vse zaposlene ($\geq 90\%$) Krepitev PDCA (Plan–Do–Check–Act) krogov na nivoju oddelkov/timov in na bolnišnični ravni.
Kdo	Kolegij Službe zdravstvene nege, Strokovni svet, Komisija za kakovost, Odbor za kakovost
Kdaj	do decembra 2026
Merila za spremljanje ukrepov	Sprotna analiza neželenih dogodkov, spremljanje izpeljanih korektivnih ukrepov in njihove uspešnosti, obravnava na kolegijih in sestankih negovalni/ zdravstveno negovalnih sestankih in sestankih Strokovnega sveta/ Komisije/ Odbora (4. sestanki/ leto)

KAKO STE ZADOVOLJNI Z ZDRAVSTVENO OBRAVNAVO? (LETO 2025)

Definicije povezane s kazalnikom	Celovita kakovost javnega zdravstva temelji na kakovosti sistema zdravstvenega varstva, kakovosti zdravstvene obravnave pacienta, izkušnjah in zadovoljstvu pacienta z zdravstveno oskrbo in izidi zdravljenja ter kakovosti poslovanja z gospodarno porabo javnih virov. Kakovost predstavlja stopnjo, do katere zdravstvene storitve za posameznika ali populacije povečajo verjetnost zaželenih zdravstvenih izidov in so v skladu z najnovejšim strokovnim znanjem.
Namen kazalnika	Ugotavljanje zadovoljstva pacientov glede poslovanja z njimi kot uporabniki javnega zdravstva ter, preko tega, izboljševanje celovite kakovosti v javnem zdravstvu.
Vir podatkov	Anketni vprašalnik, ki izhaja iz Metodologije za ugotavljanje kakovosti poslovanja z uporabniki v javnem zdravstvu (Ministrstvo za zdravje, 2019) in je bil s strani pacienta ob odpustu izpolnjen v obliki papirne ali spletne verzije.

Vpeljava anketnega vprašalnika je v bolnišnici potekala skladno z navodili Ministrstva. Pacientom, kot ključnim deležnikom, se je možnost izpolnjevanja anketnih vprašalnikov v papirni ponudila ob odpustu. O možnosti spletne oddaje so bili pacienti seznanjeni ustno in/ali preko informacij na vseh oglasnih deskah.

OPIS VZORCA

V analizo je bilo vključenih 509, za statistično analizo zadovoljivo izpolnjenih, anketnih vprašalnikov, kar predstavlja **27 % delež odpuščenih pacientov**. Anketni vprašalnik so bili, v večinskem deležu, izpolnjeni v papirni obliki, le 2 uporabnika storitev (v nadaljevanju anketiranci) sta uporabila možnost spletnega anketiranja. Vsi anketiranci so ocenjevali bolnišnično obravnavo, ostali pa bolnišnično obravnavo. Za 43% anketirancev je bila zdravstvena obravnava načrtovana, za 53% nenačrtovana, 4% odgovora na vprašanje ni podalo.

V vzorcu je bilo 46% žensk in 53% moških, 1% anketirancev ni podalo odgovora. Največ anketirancev je bilo iz starostne skupine 26 do 45 let (44%), sledijo anketiranci od 46 do 65 let (43%) ter 66 do 85 let (6%) in 16 do 25 let (6%). 1% anketirancev starostne skupine ni označilo. Večina anketirancev je bila s srednješolsko izobrazbo (38%), sledijo anketiranci s poklicno šolo (21%). Z višjo/ visoko strokovno izobrazbo je bilo 14% anketirancev, z osnovno šolo ali manj 13%, 8% z univerzitetno izobrazbo ali strokovnim magisterijem, z znanstvenim magisterijem/ doktoratom znanosti pa 1%. 4% anketirancev ni podalo odgovora o izobrazbi.

Anketiranci so navedli, da koristijo zdravstvene usluge redko, od enkrat do dvakrat letno (41%), občasno, nekajkrat letno (37%), pogosto, mesečno (13%), in zelo pogosto, tedensko (3%). 7% anketirancev odgovora ni podalo.

REZULTATI

Povprečna **splošna ocena izvajalca** zdravstvene obravnave je bila 4,4; povprečna ocena svoje osebne obravnave 4,4 (tabela 1, tabela 2). 49% anketirancev je navedlo, da ob prihodu **na obravnavo** pri zdravstvenem delavcu **niso čakali** (tabela 3).

Anketiranci vidijo priložnosti za izboljšanje predvsem, v največjem deležu, pri prostorih in opremi ter v odnosu do pacientov (tabela 4).

Tabela 1: **Moja splošna ocena izvajalca** (Legenda: n – število, % - odstotek)

ODGOVOR	n	%
(1) Zelo slabo	3	1%
(2) Slabo	8	2%
(3) Niti slabo, niti dobro	35	7%
(4) Dobro	161	32%
(5) Odlično	249	49%
Brez odgovora	53	10%
SKUPAJ	509	100%
POVPREČNA OCENA JAN – DEC 2025 (2024;2023;2022;2021;2020)	4,4 (4,5; 4,4; 4,2; 4,3; 4,4)	

Tabela 2: **Mojo obravnavo pri tem izvajalcu ocenjujem kot** (Legenda: n – število, % - odstotek)

ODGOVOR	n	%
(1) Zelo slabo	1	0%
(2) Slabo	10	2%
(3) Niti slabo, niti dobro	45	9%
(4) Dobro	156	31%
(5) Odlično	295	58%
Brez odgovora	2	0%
SKUPAJ	509	100%
POVPREČNA OCENA JAN – DEC 2024 (2024;2023; 2022; 2021; 2020)	4,4 (4,5; 4,5; 4,3; 4,3; 4,5)	

Tabela 3: **Dejanski čas čakanja pacienta na obravnavo** (Legenda: n – število, % - odstotek)

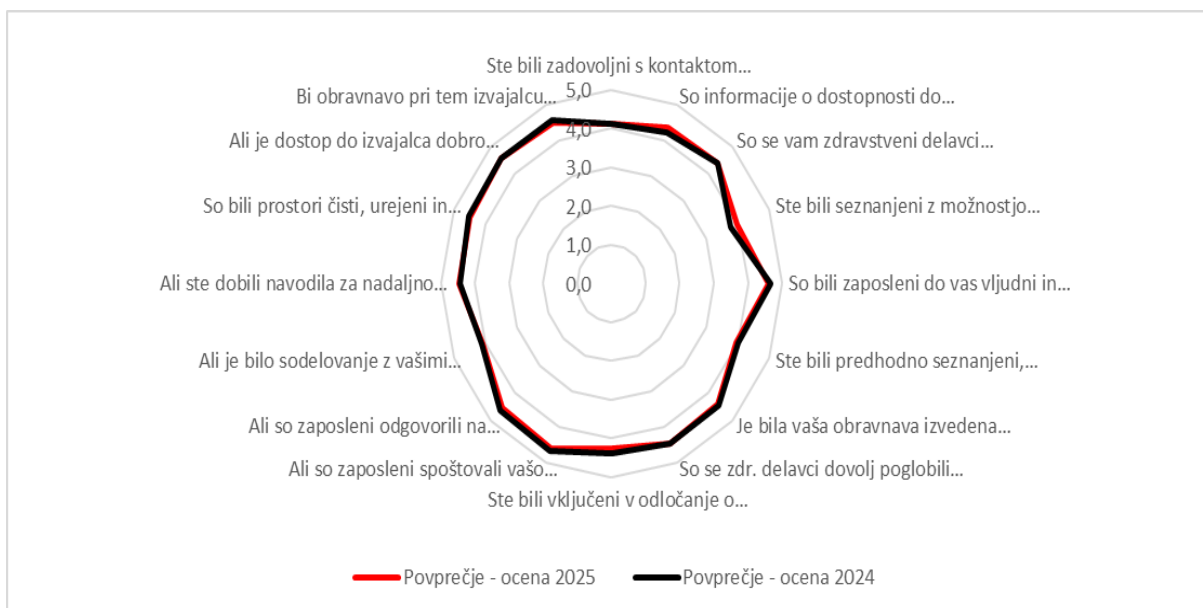
ODGOVOR	n	%
Nič nisem čakal	248	49%
Manj kot pol ure	125	25%
Od pol ure do 1 ure	86	17%
Od 1 do 2 uri	19	4%
Več kot dve uri	24	5%
Brez odgovora	7	1%
SKUPAJ	509	100%

Tabela 4: **Izboljšave in priložnosti**

	Skupaj	Delež
Prostor in oprema	200	32%
Organizacija dela	72	12%
Odnos do pacientov	90	14%
Sodelovanje zaposlenih	56	9%
Varnost pacientov	54	9%
Izidi obravnave	50	8%
Ugled in družbena odgovornost	45	7%
Drugo	56	9%
Skupaj	623	100%

Tudi v letu 2025 se ugotavlja, da v večini oddanih vprašalnikov **ni navedena obrazložitev priporočila. Posledično uvedba izboljšav ni dovolj ciljno usmerjena.** Navedene priložnosti za izboljšave so se navezovala na prostor in opremo (ureditev dodatnih parkirišč, čistočo okolja in sanitarij, ureditev prezračevanja na zunanji lokaciji, nove postelje), organizacijo dela (podaljšana možnost uporabe TV sprejemnika, prostorov za kajenje), in zdravstveno obravnavo (daljši čas aktivnosti delovne terapije, več individualnih pogovorov, več skupinskega dela, daljšo obravnavo, varovanje osebnih podatkov). Anketiranci so videli priložnosti za izboljšave v prehrani. Pri ponujeni možnosti odgovora na zadnje, odprto vprašanje so anketiranci podali predvsem pozitivne odgovore (50) in sicer so ponovno izrazili zadovoljstvo z obravnavo in/ ali zahvalo osebju.

V nadaljevanju je predstavljena ocena zadovoljstva anketirancev po predhodno določenih kriterijih. Pri oceni je bila uporabljena naslednja ocenjevalna lestvica: »sploh ne« (1), »večinoma ne« (2), »delno« (3), »večinoma da« (4), »v celoti da« (5), »ne morem oceniti, ni relevantno zame« (0). Narejena je bila primerjava med letoma 2025 in 2024. Povprečne ocene so se v primerjavi s preteklim letom pri posameznih elementih izboljšale, v večini primerov pa ostale na enakem nivoju.



Slika 1: Ocena zadovoljstva anketirancev po posameznih kriterijih, primerjava povprečnih ocen med 2025 in 2024

REALIZACIJA CILJEV

V letu 2025 je bil cilj spremljanja zadovoljstva pacientov dosežen. Delež izpolnjenih anketnih vprašalnikov je obdržan na ciljnem nivoju 20 %, povprečna ocena zadovoljstva pacientov pa je ostala na povprečni oceni ≥ 4 . Analiza podatkov je bila izvedena skladno s pričakovanji.

Za paciente je v ambulantah na voljo možnost spremljanja zadovoljstva preko QR kode, kar podpira dosego cilja in omogoča enostaven način zbiranja povratnih informacij tudi v prihodnje.

Glede na ugotovitve se je v letu 2025 pristopilo k urejanju dodatnih prostorov v CMZ Postojna, pripravljen je bil načrt prenove ženskega oddelka.

PREDLAGANE IZBOLJŠAVE IN NAČRT IZVEDBE IZBOLJŠAV ZA LETO 2026

Kaj	<p>Letni cilj: Na podlagi rezultatov spremljanja zadovoljstva z obravnavo uvajati izboljšave ter obdržati delež izpolnjenih anketnih vprašalnikov na vsaj 20 % in povprečno oceno zadovoljstva na nivoju 4.</p> <p>Aktivnosti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - izvajanje anketiranja (vključenost oddelkov, spremljanje deleža), - analiza rezultatov (primerjava rezultatov s preteklim letom, preverjanje povprečne ocene zadovoljstva (cilj ≥ 4), - predstavitev ugotovitev (poročilo za vodstvo in predstavitev zaposlenim), - opredelitev izboljšav, - spremljanje izvedbe ukrepov in preverjanje premika pri rezultatih pri izboljšavah.
Kdo	Komisija za kakovost, Odbor za kakovost
Kdaj	Do konca leta 2026
Merila za spremljanje ukrepov	<p>Kvartalno spremljanje deleža izpolnjenih vprašalnikov</p> <p>Izdelana polletna poročila</p> <p>Obravnava v sklopu Sestankov Komisije za kakovost, Odbora za kakovost</p>

ZADOVOLJSTVO S POSAMEZNIMI ELEMENTI KAKOVOSTI OBRAVNAVE

Tabela 5: Ocena zadovoljstva glede na postavljene kriterije (Legenda: n – število; % - odstotek)

	1		2		3		4		5		0		Brez odg.		Povprečje 2025	Povprečje 2024
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Ste bili zadovoljni s kontaktom izvajalca z vami pred obravnavo?	2	0%	7	1%	43	8%	112	22%	290	57%	42	8%	13	3%	4,1	4,1
So informacije o dostopnosti do zdravnika/ zdr. delavca objavljene na vidnem mestu?	5	1%	5	1%	48	9%	104	20%	326	64%	19	4%	2	0%	4,3	4,2
So se vam zdravstveni delavci predstavili ob prvem stiku?	10	2%	17	3%	45	9%	89	17%	336	66%	6	1%	6	1%	4,4	4,4
Ste bili seznanjeni z možnostjo podajanja pritožb, pohval?	38	7%	22	4%	58	11%	71	14%	294	58%	19	4%	7	1%	4,0	3,8
So bili zaposleni do vas vljudni in spoštljivi?	1	0%	1	0%	34	7%	99	19%	370	73%	3	1%	1	0%	4,6	4,7
Ste bili predhodno seznanjeni, kako bo potekala vaša obravnava?	29	6%	18	4%	60	12%	122	24%	256	50%	17	3%	7	1%	4,0	4,0
Je bila vaša obravnava izvedena takrat, ko je bilo to dogovorjeno?	6	1%	6	1%	18	4%	90	18%	360	71%	21	4%	8	2%	4,4	4,4
So se zdr. delavci dovolj poglobili v vaš problem, zdr. stanje?	3	1%	11	2%	49	10%	104	20%	335	66%	3	1%	4	1%	4,5	4,5
Ste bili vključeni v odločanje o vaši obravnavi?	14	3%	18	4%	45	9%	106	21%	304	60%	11	2%	11	2%	4,3	4,4
Ali so zaposleni spoštovali vašo zasebnost?	2	0%	5	1%	24	5%	84	17%	385	76%	5	1%	4	1%	4,6	4,7
Ali so zaposleni odgovorili na vaša vprašanja v povezavi z vašo obravnavo?	2	0%	6	1%	30	6%	113	22%	345	68%	7	1%	6	1%	4,5	4,6
Ali je bilo sodelovanje z vašimi svojci ali bližnjimi v skladu z vašimi željami?	8	2%	10	2%	29	6%	91	18%	312	61%	49	10%	10	2%	4,1	4,1
Ali ste dobili navodila za nadaljnjo (samo)oskrbo?	4	1%	7	1%	38	7%	91	18%	350	69%	13	3%	6	1%	4,5	4,4
So bili prostori čisti, urejeni in dovolj svetli?	12	2%	9	2%	36	7%	110	22%	339	67%	1	0%	2	0%	4,5	4,5
Ali je dostop do izvajalca dobro urejen?	0	0%	1	0%	31	6%	81	16%	380	75%	13	3%	3	1%	4,6	4,6
Bi obravnavo pri tem izvajalcu priporočili svojcem ali drugim?	3	1%	13	3%	34	7%	67	13%	374	73%	14	3%	4	1%	4,5	4,5

ČAKANJE NA ODPUST: DNEVI, KO BOLNIKI, KI SO KONČALI ZDRAVLJENJE V AKUTNI BOLNIŠNICI, ČAKAJO NA ODPUST (LETO 2025)

Definicija	Število dni od dneva, določenega za odpust, do dejanskega odpusta. Dan, določen za odpust, je dan, ko zdravnik ali zdravstveni tim določi, da bolnik (pacient) ne potrebuje več akutne obravnave in je to zapisano v pacientovo dokumentacijo (začetek čakanja).
Povezava s kakovostjo	Pomembno je načrtovanje odpusta že ob samem sprejemu pacienta oz. kmalu po njem ter čim boljše sodelovanje s svojci in drugimi ustanovami na terenu, kar zmanjšuje število dni, ko pacient po nepotrebnem čaka na odpust. Pogosto se ob sprejemu ali pa kmalu po začetku obravnave pokaže potreba po urejanju domačega varstva, stanovanjske skupnosti oz. kasne druge oblike, za pacienta primerne institucionalne oblike bivanja. Nemalokrat pa trenutne domače razmere preprosto ne dopuščajo, da bi se oseba vrnila domov (vsaj dokler se razmere ne uredijo). Večkrat pa se zgodi, da od zaključenega zdravljenja pa do dejanske namestitve v določeno ustanovo mine kar nekaj časa. Navodilo Ministrstva za zdravje in Ministrstva za delo, družino in socialne zadeve pravi, da pacient ne more biti odpuščen, v kolikor mu dane razmere ne dopuščajo dostojnega življenja. Tako ostane v bolnišnici, kjer zdravstveni tim zanj, skupaj z zunanjimi ustanovami, išče najprimernejšo rešitev.
Vir podatkov	Informacijski sistem Birpis Interna Evidenca neakutnih obravnav
Izračun kazalnika (števec/ imenovalec)	$\frac{\text{Število čakalnih dni}}{\text{Število bolnikov, ki čakajo na odpust}} = \text{Povprečno število dni na bolnika}$

REZULTATI

V letu 2025 je v Psihiatrični bolnišnici Idrija potrebovalo podaljšano zdravljenje **23 pacientov**, to je **2,36%** obravnavanih pacientov. Podrobnejše stanje po posameznih oddelkih je prikazano v tabeli 1. **V primerjavi z letom 2024, se je čakalna doba za odpust v letu 2025 zvišala na 65,48 dni** (letu 2021 – 46,9 dni, leto 2022 - 58,19 dni, leto 2023 - 44,6 dni, leto 2024 – 49,95 dni).

Na povečanje števila pacientov in posledično daljše čakalne dobe do odpusta iz bolnišnice je vplivalo podaljšano bivanje pacientov na podlagi sklepa sodišča.

Tabela 1: Prikaz kazalnika podaljšanih zdravljenj za leto 2025

	Skupno št. dni podal. hospitalizacije	Povprečno št. dni na oddelek (v dneh)	Št. pac.
Oddelek za geronopsihiatrijo in kog. rehabilitacijo (L3)	920	65,71	14
Ženski sprejemni oddelek (S2)	13	13	1
Moški sprejemni oddelek (S3)	573	71,6	8
SKUPAJ	1506	65,4	23

NAČRT ZA IZBOLJŠAVE

Kaj	Cilj je sistematično spremljanje trajanja hospitalizacij na varovanem oddelku in redno poročanje o vplivu zunanjih dejavnikov (sodnih odločb, čakalnih dob v SVZ) na dolžino bivanja. Sodelovanje z vsemi pristojnimi službami na terenu
Kdo	Socialna služba
Kdaj	Tekom celega leta.
Merila za spremljanje ukrepov	Sprotno beleženje vseh pacientov, ki čakajo na odpust po zaključeni akutni obravnavi (za celotno bolnišnico in po posameznih oddelkih), vzpostavitev evidence pacientov s sodnim sklepom, redna analiza dolžine hospitalizacij, sistematično dokumentiranje vpliva zunanjih dejavnikov, evidentirani zapisi komunikacije / delovnih srečanj

ZADOVOLJSTVO S PREHRANO V PSIHTRIČNI BOLNIŠNICI IDRIJA ZA LETO 2025

1. POIMENOVANJE KAZALNIKA

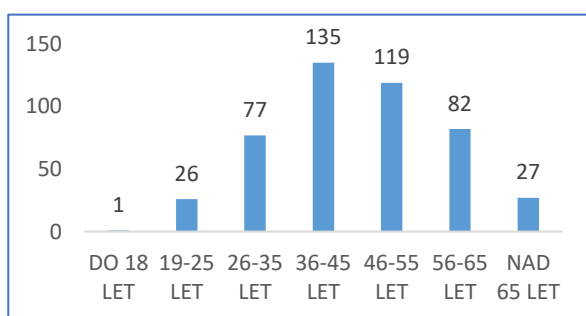
Definicija kazalnika in povezava s kakovostjo	Prehrana v bolnišnici predstavlja neločljivi del zdravljenja. Prilagojena mora biti specifičnim potrebam pacienta, hkrati pa mora biti tudi kakovostna in uravnotežena. Zadovoljstvo s prehrano, dietno prehrano, kvaliteto hrane in zadovoljstvo pacientov z zunanjimi dejavniki, ki vplivajo na prehrano, predstavljajo eno izmed meril kakovosti v določeni zdravstveni organizaciji.
Vir podatkov	Izpolnjeni anketni vprašalniki Zadovoljstvo s prehrano v Psihiatrični bolnišnici Idrija. Pacienti vprašalnik prostovoljno izpolnijo ob odpustu iz bolnišnice. Zagotovljena je anonimnost.
Metoda dela	Anketni vprašalnik, poleg demografskih podatkov in zastavljenega vprašanja o vrsti dietne prehrane, ki jo je posameznik v času hospitalizacije prejemal, vsebuje osem postavljenih trditev: čas obrokov, izbor živil, kakovost pripravljene hrane, postopek razdeljevanja obrokov, odnos zaposlenih pri razdeljevanju obrokov, informacije o jedilniku, higiena jedilnice ter higiena opreme in prostora. Stopnja zadovoljstva navedenih trditev je merjena s 5-stopenjsko ocenjevalno lestvico Likertovega tipa (1- sploh nisem zadovoljen; 5 – v celoti sem zadovoljen). V zadnjem delu anketnega vprašalnika sta dodani še odprti vprašanja za mnenje, pripombe, pohvale. Podatki so bili obdelani v programu Excel, izdelani so bili grafi.

2. REZULTATI KAZALNIKA ZA LETO 2025 IN PRIMERJAVA REZULTATOV MED LETI

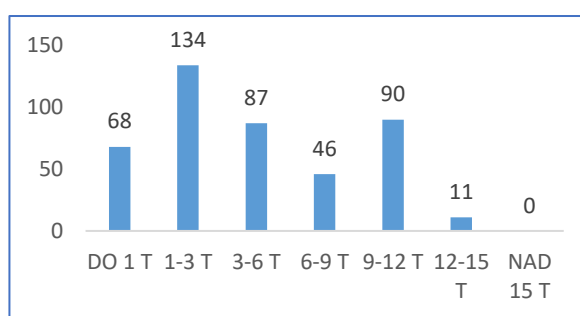
Za statistično obdelavo zadovoljivo izpolnjenih anketnih vprašalnikov je bilo v letu 2025 **484, kar predstavlja 27,6% delež odpuščenih pacientov.**

Vprašalnik je izpolnilo **več moških (268) kot žensk (210)**. Največ jih je bilo iz starostne skupine od 36 do 45 let. Največ jih je bilo v bolnišnici hospitaliziranih (**čas hospitalizacije**) od 1-3 tedne (134).

Med anketiranci je največ prejemalo osnovno bolniško prehrano (311 oseb). Dietno prehrano je prejemalo 169 anketirancev, pri čemer je bilo največ prejemnikov varovalne diete (49), sledila je sladkorna dieta (37), žolčna in želodčna dieta (26), druge diete (25), vegetarijanska in veganska dieta (23), najmanj pa je bilo prejemnikov hipolipemične diete.



Slika 1: Starost anketirancev



Slika 2: Čas hospitalizacije anketirancev v tednih (T - teden)

Stopnja zadovoljstva s posameznimi kriteriji je razvidna iz tabele 1. Najnižjo, vendar še vedno zelo visoko, povprečno oceno dosegata kriterija Izbor živil in Raznolikost živil.

Tabela 1: Stopnja zadovoljstva glede na posamezne kriterije (PV – povprečna vrednost)

LETO	2021			2022			2023			2024			2025		
	n	PV	SD	n	PV	SD	n	PV	SD	n	PV	SD	n	PV	SD
KRITERIJI															
ČAS OBROKOV	408	4,4	0,8	357	4,3	0,8	510	4,5	0,8	529	4,5	0,8	477	4,5	0,7
IZBOR ŽIVIL	407	4,0	1,0	352	3,9	1,0	505	4,1	1,0	526	4,1	1,0	470	4,0	1,0
RAZNOLIKOST ŽIVIL	349	4,0	1,1	344	3,9	1,1	502	4,1	1,0	524	4,1	1,0	470	4,1	1,0
KAKOVOST PRIPRAVLJENE HRANE	400	4,2	1,0	357	4,1	1,0	505	4,2	1,0	526	4,2	0,9	473	4,2	0,9
PREHRANA PRILAGOJENA POTREBAM	349	4,2	1,0	352	4,2	1,0	499	4,3	1,0	521	4,4	0,9	470	4,2	1,1
POSTOPEK RAZDELJEVANJA OBROKOV	402	4,4	0,8	355	4,3	0,9	506	4,5	0,8	525	4,5	0,9	475	4,4	0,9
ODNOS ZAPOSLENIH	409	4,5	0,8	359	4,2	1,0	509	4,5	0,8	523	4,5	0,8	476	4,4	0,9
INFORMACIJE O JEDILNIKU	408	4,5	0,9	357	4,4	1,0	502	4,6	0,8	528	4,6	0,7	474	4,6	0,7
HIGIENA JEDILNICE	412	4,6	0,7	361	4,6	0,7	507	4,7	0,6	529	4,7	0,6	477	4,7	0,6

V zadnjem sklopu ankete so imeli anketiranci možnost podati lastna mnenja, kritike in predloge. Najpogostejše pripombe so se nanašale na količino hrane, kjer so (29) anketiranci izrazili, da je premalo, sledilo pa je nezadovoljstvo s količino sadja (16) in sveže zelenjave (26). Posamezne pripombe so bile povezane s premalo mesa, juh, jogurtov, beljakovin, stročnic in drugih posameznih živil. posamezni so izpostavili prekuhano hrano, neustrezne kombinacije obrokov, premalo začimb ali slabšo uravnoveženost obrokov.

Anketiranci so izpostavili željo po večjih porcijah, večji raznolikosti (solate, juhe, zajtrki, ribje jedi, malice med obroki, sladice, pomfri, enolončnice, različni meniji) ter po izbiri hrane in ustrežnejši začimbenosti. Želeli so vključitev rib, jajc, morskih jedi, stročnic in mesnih jedi vsaj enkrat tedensko.

Kljub nekaterim pripombam pa je večina pacientov prehrano ocenila pozitivno. Najpogostejše ocene so bile odlična (27), okusna (21), zelo okusna (4) in super (11). Pacienti so pohvalili skrb za domače lokalne jedi, pripravo rib, golaža, njokov in žlikrofov ter posebno pozornost do dietnih prehranskih potreb. Poudarili so, da je hrana zdrava, uravnovežena, primerno pripravljena in da obroki dajejo občutek domačnosti, kar je opazno v dodatno izrečenih pohvalah v zaključku ankete.

V anketi so izrazili tudi zadovoljstvo z osebjem in obravnavo. Skupaj je bilo podanih 44 pohval za vse zaposlene na bolniških oddelkih, dodatne pohvale pa so bile namenjene timu kuhinje (23), delivcem prehrane (6), načrtovalcu jedilnikov (3), strežnicam (4) in čistilcem (2). Glede hospitalizacije in obravnave so pacienti izpostavili zadovoljstvo (19), oceno "vse odlično" (22), "vse nadstandardno" (1), "vse ok" (4), hvaležnost (5) in uspešno opravljeno delo (2). Dodali so tudi komentarje, kot so "vse pohvale, kar tako naprej" (5), "naj tako ostane" (4) in "hvala za vaš trud" (3). V jedilnici pacienti opažajo, da je osebje, ki hrano deli, večinoma prijazno in učinkovito, s pohvalami za "super" odnos (7), "dober odnos in hitro podelitev obrokov" (3) ter dobro postrežbo (4). Pojavile pa so se tudi kritike, ki se nanašajo na redke primere nevljudnega ali nestrpnega ravnanja, kot so zahteve, da se obrok konča v 15 minutah, ropotanje s posodo ali neuvidevnost do pacientov (4 primeri).

3. REALIZACIJA CILJEV V LETU 2025

V letu 2025 so bili zastavljeni cilji na področju spremljanja zadovoljstva pacientov in kakovosti prehrane doseženi. Delež izpolnjenih anketnih vprašalnikov je bil ohranjen na ciljnem nivoju 25 %, povprečna ocena zadovoljstva s prehrano pa je ostala nad 4, kar dokazuje ohranjen nivo zadovoljstva. Sistematično je potekalo spremljanje in analiza anketnih vprašalnikov na trimesečni osnovi. Nadaljevalo se je dosledno izvajanje osnovnih pravil higienske prakse, pri zaznanih odklonih ali neželenih dogodkih pa so bili izvedeni korektivni ukrepi (3), s čimer je bila zagotovljena kakovost oskrbe in prehrane.

4. NAČRT IZBOLJŠAV ZA LETO 2026

Kaj	Cilj: vzdrževati redno spremljanje zadovoljstva pacientov s prehrano, ohraniti vsaj 25 % izpolnjenih anket in povprečno oceno 4 ter sproti uvajati izboljšave. Aktivnosti: <ul style="list-style-type: none">- izvedba ankete (spodbujati paciente k izpolnjevanju anket ob obravnavi., spremljati delež izpolnjenih vprašalnikov in zagotoviti, da je vsaj 25 %),- analiza rezultatov (trimesečno pregledovanje rezultatov ankete, primerjava s preteklim letom in identifikacija morebitnih odstopanj),- uvajanje izboljšav (po identifikaciji odstopanj izvesti korektivne ukrepe, dokumentirati izvedene izboljšave in njihov učinek).
Kdo	Služba za oskrbo z prehrano, HACCP tim, Služba zdravstvene nege in oskrbe
Kdaj	Kvartalno do konca leta 2026
Merila za spremljanje ukrepov	Kvartalna analiza vprašalnikov, spremljanje korektivnih ukrepov/ izboljšav ter učinkov

DELEŽ PACIENTOV V LETU 2024 PRI KATERIH JE BIL IZVEDEN PVU (PVU) S PASOVI V POSTELJO

Definicija kazalnika	<p>PVU kot prisilno omejevanje gibanja je vsakršna fizična metoda, fizična ali mehanična naprava, material ali oprema, ki pacienta imobilizira ali zmanjšuje njegovo zmožnost prostega premikanja rok nog, telesa, glave.</p> <p>Je nujen ukrep, ki se ga uporabi zaradi omogočanja zdravljenja osebe ali zaradi odprave oziroma obvladovanja nevarnega vedenja osebe, kadar je ogroženo njeno življenje ali življenje drugih, huje ogroženo njeno zdravje ali zdravje drugih ali z njim povzroča hudo premoženjsko škodo sebi ali drugim in ogrožanja ni mogoče preprečiti z drugimi blažjimi ukrepi. PVU se uporablja v oddelkih pod posebnim nadzorom in varovanih oddelkih. Uporabi se ga le izjemoma in lahko traja le toliko časa, kolikor je nujno potrebno glede na razlog njegove uvedbe, pri čemer PVU telesnega oviranja s pasovi ne sme trajati več kot štiri ure, po preteku tega obdobja zdravnik preveri utemeljenost ponovne uvedbe PVU (Uradni list RS, 2009).</p>
Povezava s kakovostjo	<p>Pri zagotavljanju varnosti z izvajanjem posebnih varovalnih ukrepov je pomembna pravilna izvedba PVU in dosledna uporaba smernic. Izvedba PVU je zahtevna strokovna naloga za celoten terapevtski tim - vsak, ki izvaja posebne varovalne ukrepe, potrebuje redna usposabljanja. Zavedati se mora svoje moralne, etične in pravne odgovornosti.</p> <p>Vsaka uporaba PVU mora temeljiti na tehtanju oz. individualni oceni za uporabo PVU in na ponovni oceni potreb po uporabi PVU. Osebe mora biti educirano, za prepoznavanje dejavnikov tveganja in zgodnjih znakov nasilnega vedenja ter za primerno ukrepanje v smislu deeskalacije (umirjanje konflikta) in izogibanja večanju nasilnega odzivanja v vedenju konkretne osebe. Prav tako mora biti osebe sposobno primerno reagirati na izsiljevanje in odkrite grožnje z nasiljem. Osebe ne sme vstopati v konflikte, ampak mora konfliktno situacije pomirjati in razreševati.</p> <p>Kazalnik določa vloge in odgovornost zdravstvenega osebja tako glede presoje upravičenosti ukrepa, njegove primerne in varne izvedbe kot tudi glede dokumentiranja posameznega primera. Ob tem, ko je v njem še posebej poudarjeno načelo restriktivnosti, je izrazito naravnano v varovanje pacienta samega, drugih pacientov in osebja pred možnimi tveganji, zapleti in drugimi škodljivimi posledicami, ki so nam znane iz lastnih izkušenj in izkušenj iz drugih psihiatričnih bolnišnic. V primeru doslednega upoštevanja priporočil in usmeritev, ki jih vsebuje kazalnik, se lahko v največji možni meri doseže želeno raven spoštovanja pacientovega dostojanstva in pravic, ki jih ima v času, ko je zaradi svojega bolezenskega stanja, terapevtskih in varnostnih razlogov podvržen kočljivemu in zelo zahtevnemu ukrepu telesne omejitve.</p> <p><i>Novak Grubič V, Pišlajr M, Čelofiga A (2018). Priporočila in smernice za uporabo posebnih varovalnih ukrepov v psihiatriji. V: Novak Grubič V, Bon J, Novak Šarotar B, ur. Viceversa: slovenske psihiatrične publikacije: priložniki. Nova dopolnjena izdaja. Ljubljana: Združenje psihiatrov Slovenije.</i></p>
Vir podatkov	<p>Evidenca izvajanja PVU</p> <ul style="list-style-type: none"> - na obrazcu »Evidenca uporabe posebnega varovalnega ukrepa (PVU) telesnega oviranja s pasovi »Segufix«in
Števec	<p>Število pacientov pri katerih je bil izveden PVU x 100</p> <ul style="list-style-type: none"> - Število pacientov pri katerih je bil tekom obravnave izvajan PVU s pasovi »Segufix« v posteljo (Vsak sprejem se evidentira kot samostojen primer, ne glede na število hospitalizacij istega pacienta v koledarskem letu.)
Imenovalec	<p>Število vseh sprejetih pacientov (izključeni so sprejemi na dnevno hospitalizacijo) v bolnišnico v obdobju tekočega leta</p>

METODE DELA

Podatki za analizo so pridobljeni s pomočjo dveh obrazcev in sicer »Evidenca uporabe posebnega varovalnega ukrepa (PVU) telesnega oviranja s pasovi »Segufix«. V kazalniku so zajeti podatki:

- število sprejetih pacientov v obdobju od 01. 01. 2025 do 31.12. 2025;
- število pacientov pri katerih je bil v obdobju od 01. 01. 2025 do 31. 12. 2025 izveden PVU s pasovi »Segufix« na posteljo;
- število vseh oviranj s pasovi »Segufix« na posteljo v obdobju od 01. 01. 2025 do 31. 12. 2025;

REZULTATI

Analiza podatkov kaže, da je bil, **od vseh v bolnišnico sprejetih, v letu 2025 fizično omejevanih v posteljo 107 pacientov**, kar predstavlja (glede na število sprejemov) 6,1 delež (v letu 2024 5,9).

Med najpogostejšimi razlogi za izvedbo PVU je navedeno odpravljanje in obvladovanje nevarnega vedenja ter nezmožnost obvladovanja lastnega vedenja zaradi bolezni ali stanja.

Analiza podatkov kaže, da je bil, **od vseh v bolnišnico sprejetih, v letu 2025 fizično omejevanih v počivalnik 134 pacientov**, kar predstavlja (glede na število sprejemov) 7,6 delež. **Med najpogostejšimi razlogi za izvedbo PVU** je navedeno zagotavljanje varnosti pred padcem.

REALIZACIJA CILJEV IN NAČRTOVANIH AKTIVNOSTI

- V letu 2025 ni bilo evidentiranih pritožb v povezavi z obravnavo pacientov pred ali med izvajanjem posebnega varovalnega ukrepa (PVU).
- Izvedeno je bilo redno letno teoretično in praktično usposabljanje zaposlenih ter preverjanje znanja o protokolih, smernicah in dokumentiranju PVU.
- Delovna skupina za PVU je izvedla štiri planirane sestanke.
- Ohranjen je bil sistem nadzora nad dokumentiranjem PVU; izvedeni so bili štirje nadzori, rezultati pa so bili boljši kot v preteklem letu.

NAČRT ZA IZBOLJŠAVE

Kaj (cilj, aktivnosti in merila)	Zagotavljati strokovno, etično in zakonito obravnavo pacientov pri uporabi posebnih varovalnih ukrepov (PVU) ter z ustreznimi znanji, spremljanjem in nadzorom zmanjševati potrebo po fizičnem oviranju. <ul style="list-style-type: none">- Izvedba 1 letnega teoretičnega in praktičnega usposabljanja s preverjanjem znanja o protokolih, smernicah, zakonodaji in dokumentiranju PVU.- Kvartalno spremljanje obsega in trajanja PVU po oddelkih, analiza podatkov na ravni bolnišnice, posredovanje podatkov skladno z zahtevami MZ- Redno spremljanje pritožb, povezanih z izvajanjem PVU (0 pritožb)- Izvedba 4 notranjih nadzorov dokumentiranja PVU (≥ 95 % skladnost)- Revizija klinične poti glede na nove strokovne smernice in protokole
Kdo	Zdravstveno negovalno osebje: DR; DMS; TZN. Delovna skupina za PVU. Nosilka kazalnika kakovosti.
Kdaj	Do konca leta 2026

KOLONIZACIJA Z VEČKRATNO ODPORNIMI BAKTERIJAMI (MRSA, ESBL, VRE, CRB) LETO 2025

1. POIMENOVANJE KAZALNIKA

Definicija kazalnika in povezava s kakovostjo	<p>Krajše ime: večkratno odporne bakterije (VOB).</p> <p>Polno ime: preprečevanje prenosov VOB v bolnišnicah.</p> <p>VOB:</p> <ul style="list-style-type: none"> • MRSA (proti metilicinu odporni stafilokok aureus) • ESBL (enterobakterije, ki izločajo betalaktamaze razširjenega spektra; <i>Klebsiela pneumoniae</i> ESBL in druge enterobakterije razen <i>E. coli</i>) • VRE (proti vankomicinu odporni enterokoki) • CRB (po gramu negativne bakterije, ki izločajo karbapenemaze: enterobakterije, <i>Pseudomonas aeruginosa</i>, <i>Acinetobacter baumannii</i>) <p>Z ustreznim izvajanjem iskanja nosilcev večkratno odpornih bakterij (VOB) ob sprejemu v bolnišnico in z ustreznim razkuževanjem rok z alkoholnimi razkužili v petih ključnih položajih ob bolniku (pred stikom z bolnikom in po njem, po stiku z njegovo okolico in predmeti, pred čistimi/aseptičnimi posegi, po izpostavljenosti telesnim tekočinam) lahko uspešno preprečimo prenos VOB z enega bolnika na drugega. Z obvladovanjem/zmanjšanjem števila nosilcev VOB bo število bolnikov z okužbo z VOB manjše, kar je ugodno za bolnike, obenem ima ugoden ekološki pomen. Zmanjšanje števila okužb z VOB ima tudi ugoden finančni učinek (manjša poraba dragih protimikrobnih zdravil). Obravnava pacientov z VOB zahteva tudi izolacijo pacientov s kolonizacijo, kar pomembno vpliva na posteljne kapacitete in zmanjšuje izkoriščenost posteljnih kapacitet in drugih virov, vpliva tudi na podaljševanje čakalnih dob.</p> <p>Ustrezno presejanje pacientov na kolonizacijo z VOB ob sprejemu vodi k odkrivanju nosilcev VOB, določa njihovo ustrezno obravnavo v kliničnem okolju s strani vseh udeleženih pri njihovi obravnavi in pripore k zmanjšanju prenosov VOB na druge osebe.</p> <p>Za potrebe poročanja (četrletno, letno) na Ministrstvo za zdravje se od leta 2023 dalje uporablja naslednja navodila:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kratka definicija: Kazalnik kaže, koliko bolnikov je v tekočem letu kolonizacijo z VOB pridobilo v bolnišnici. • Operativna definicija: Število prenosov kolonizacij z VOB v bolnišnici na 1000 bolnišnično oskrbnih dni (BOD). • Števec: Število novoodkritih kolonizacij z VOB* (več kot 48 ur po sprejemu v bolnišnici) (*ločeno za MRSA, ESBL, VRE, CRB). • Imenovalec: Število bolnišnično oskrbnih dni (BOD) <p>V bolnišnici kazalnik kolonizacije z VOB spremljamo širše, opredeljeni so v nadaljevanju. Namen širšega spremljanja je pravočasno ukrepanje (sprejemanje korektivnih / preventivnih ukrepov) ob zaznanih dejavnih tveganja in sledenje strokovnim priporočilom.</p> <p>Podkazalnik MRSA: Cilj kazalnika je ugotavljanje morebitnih prenosov okužbe z MRSA na hospitalizirane paciente v bolnišnici oziroma preprečevanje hospitalnih okužb z MRSA.</p> <p>Kazalnik 1.1 prikazuje: odstotek odvzetih nadzornih kužnin glede na število sprejetih pacientov v bolnišnico. Kriteriji za presejanje pacientov (dejavniki tveganja za kolonizacijo z MRSA) ob sprejemu so: pacient premeščen iz drugih bolnišnic, v kateri je bil hospitaliziran najmanj tri dni, pacient sprejet iz doma starejših občanov, kjer je bival najmanj tri dni, pacient premeščen iz druge socialno varstvene ustanove (nadzorne kužnine se v tem primeru odvzame po presoji sobnega zdravnika), predhodno nosilstvo MRSA, pacient, ki ima ob sprejemu ustavljen urinski</p>
--	---

kateter, pacient, ki ima ob sprejemu stomo, kronično rano, fistulo, razjedo zaradi pritiska, pacient s kirurškim posegom ali dializo v zadnjem letu, pacient, tuj državljan, pacient je bil v zadnjih 6 mesecih hospitaliziran v zdravstveni ustanovi v tujini.

Ob prisotnih dejavnih tveganja za kolonizacijo z MRSA se po strokovnih smernicah v 48 urah izvede presejalne teste.

Namen kazalnika je spremljanje ustreznosti izvajanja presejanja bolnikov na kolonizacijo z MRSA ob sprejemu in sledenje strokovnim priporočilom.

Kazalnik 1.2 prikazuje: **število oziroma incidenco MRSA pozitivnih pacientov, odkritih ob sprejemu** v Psihiatrično bolnišnico Idrija v obdobju od 1.1.2025 do 31.12.2025. Na letnem nivoju izračunamo incidenco MRSA pozitivnih bolnikov (odkritih ob sprejemu) na 1000 sprejetih bolnikov v bolnišnico. Spremljamo tudi prisotne dejavnike tveganja ob sprejemu pri pacientih, pri katerih potrdimo kolonizacijo z MRSA (zabeleženi v letnem poročilu KOBO). Incidenca se izračunava: število MRSA pozitivnih bolnikov (odkritih ob sprejemu) na 1000 sprejetih bolnikov v bolnišnico, število MRSA pozitivnih bolnikov (odkritih ob sprejemu) na 1000 BOD.

Namen kazalnika je spremljanje incidence pacientov, koloniziranih z MRSA že ob sprejemu v bolnišnico.

Kazalnik 1.3 prikazuje: **število oz. incidenco pacientov, ki so okužbo z MRSA pridobili v Psihiatrični bolnišnici Idrija** v obdobju od 1.1.2025 do 31.12.2025. Spremljamo: absolutno število bolnikov, ki so se z MRSA kolonizirali v bolnišnici (t.i. bolnišnično pridobljena MRSA, če so bile nadzorne kužnine odvzete več kot 48 ur po sprejemu bolnika v bolnišnico), število pridobljenih MRSA pri bolnikih (t.i. bolnišnično pridobljena MRSA, če so bile nadzorne kužnine odvzete več kot 48 ur po sprejemu bolnika v bolnišnico) na 1000 sprejemov, število pridobljenih MRSA pri bolnikih (t.i. bolnišnično pridobljena MRSA, če so bile nadzorne kužnine odvzete več kot 48 ur po sprejemu bolnika v bolnišnico) na 1000 BOD.

Namen kazalnika je spremljanje morebitnega prenosa okužbe/kolonizacije z MRSA na hospitalizirane paciente v bolnišnici.

Podkazalniki ESBL:

Cilj kazalnika je ugotavljanje morebitnih prenosov okužbe z ESBL na hospitalizirane paciente v bolnišnici oziroma preprečevanje hospitalnih okužb z ESBL.

Kazalnik 2.1 prikazuje: **odstotek odvzetih nadzornih kužnin** glede na število sprejetih pacientov v bolnišnico. Kriteriji za presejanje pacientov (dejavniki tveganja za kolonizacijo z ESBL) ob sprejemu so: pacient premeščen iz drugih bolnišnic, v kateri je bil hospitaliziran najmanj tri dni, pacient sprejet iz doma starejših občanov, kjer je bival najmanj tri dni, pacient premeščen iz druge socialno varstvene ustanove (nadzorne kužnine se v tem primeru odvzame po presoji sobnega zdravnika), predhodno nosilstvo ESBL pozitivnih bakterij, ob sprejemu ima vstavljen stalni urinski kateter, pacient, tuj državljan, pacient je bil v zadnjih 6 mesecih hospitaliziran v zdravstveni ustanovi v tujini.

Ob prisotnih dejavnih tveganja za kolonizacijo z ESBL v 48 urah izvede presejalne teste v skladu s strokovnimi smernicami.

Namen kazalnika je spremljanje ustreznosti izvajanja presejanja bolnikov na kolonizacijo z ESBL ob sprejemu.

Kazalnik 2.2 prikazuje: **število oziroma incidenco ESBL pozitivnih pacientov, odkritih ob sprejemu** v Psihiatrično bolnišnico Idrija v obdobju od 1.1.2025 do 31.12.2025. Spremljamo tudi prisotne dejavnike tveganja ob sprejemu pri pacientih, pri katerih potrdimo kolonizacijo z ESBL (zabeleženi v letnem poročilu KOBO). Incidenca se izračunava: število ESBL pozitivnih bolnikov (odkritih ob sprejemu) na 1000 sprejetih bolnikov v bolnišnico, število ESBL pozitivnih bolnikov (odkritih ob sprejemu) na 1000 BOD.

Namen kazalnika je spremljanje incidence pacientov, koloniziranih z ESBL, že ob sprejemu v bolnišnico. Ločeno se spremlja:

- Klebsiela pneumoniae ESBL,
- Druge bakterije ESBL, razen E. coli.

Kazalnik 2.3 prikazuje: **število oziroma incidenco pacientov, ki so okužbo z ESBL pridobili v Psihiatrični bolnišnici Idrija** v obdobju od 1.1.2025 do 31.12.2025. Spremljamo: absolutno število bolnikov, ki so se z ESBL kolonizirali v bolnišnici (t.i. bolnišnično pridobljena ESBL, če so bile nadzorne kužnine odvzete več kot 48 ur po sprejemu bolnika v bolnišnico), število pridobljenih ESBL pri bolnikih (t.i. bolnišnično pridobljena ESBL, če so bile nadzorne kužnine odvzete več kot 48 ur po sprejemu bolnika v bolnišnico) na 1000 sprejemov, število pridobljenih ESBL pri bolnikih (t.i. bolnišnično pridobljena ESBL, če so bile nadzorne kužnine odvzete več kot 48 ur po sprejemu bolnika v bolnišnico) na 1000 BOD.

Namen kazalnika je spremljanje morebitnega prenosa okužbe/kolonizacije z ESBL na hospitalizirane paciente v bolnišnici. Ločeno se spremlja:

- Klebsiela pneumoniae ESBL,
- Druge bakterije ESBL, razen E. coli.

Podkazalnik VRE: Cilj kazalnika je ugotavljanje morebitnih prenosov okužbe z VRE na hospitalizirane paciente v bolnišnici oziroma preprečevanje hospitalnih okužb z VRE.

Kazalnik 3.1 prikazuje: **odstotek odvzetih nadzornih kužnin** glede na število sprejetih pacientov v bolnišnico. Kriteriji za presejanje pacientov (dejavniki tveganja za kolonizacijo z VRE) ob sprejemu so: predhodno nosilstvo VRE pozitivnih bakterij, pacient, tuj državljan, pacient je bil v zadnjih 6 mesecih hospitaliziran v zdravstveni ustanovi v tujini.

Ob prisotnih dejavnikih tveganja za kolonizacijo z VRE v 48 urah izvede presejalne teste v skladu s strokovnimi smernicami .

Namen kazalnika je spremljanje ustreznosti izvajanja presejanja bolnikov na kolonizacijo z VRE ob sprejemu.

Kazalnik 3.2 prikazuje: **število oziroma incidenco VRE pozitivnih pacientov, odkritih ob sprejemu** v Psihiatrično bolnišnico Idrija v obdobju od 1.1.2025 do 31.12.2025. Spremljamo tudi prisotne dejavnike tveganja ob sprejemu pri pacientih, pri katerih potrdimo kolonizacijo z VRE (zabeleženi v letnem poročilu KOBO). Incidenca se izračunava: število VRE pozitivnih bolnikov (odkritih ob sprejemu) na 1000 sprejetih bolnikov v bolnišnico, število VRE pozitivnih bolnikov (odkritih ob sprejemu) na 1000 BOD.

Namen kazalnika je spremljanje incidence pacientov, koloniziranih z VRE, že ob sprejemu v bolnišnico.

Kazalnik 3.3 prikazuje: **število oziroma incidenco pacientov, ki so okužbo z VRE pridobili v Psihiatrični bolnišnici Idrija** v obdobju od 1.1.2025 do 31.12.2025. Spremljamo: absolutno število bolnikov, ki so se z VRE kolonizirali v bolnišnici (t.i. bolnišnično pridobljena VRE, če so bile nadzorne kužnine odvzete več kot 48 ur po sprejemu bolnika v bolnišnico), število pridobljenih VRE pri bolnikih (t.i. bolnišnično pridobljena VRE, če so bile nadzorne kužnine odvzete več kot 48 ur po sprejemu bolnika v bolnišnico) na 1000 sprejemov, število pridobljenih VRE pri bolnikih (t.i. bolnišnično pridobljena VRE, če so bile nadzorne kužnine odvzete več kot 48 ur po sprejemu bolnika v bolnišnico) na 1000 BOD.

Namen kazalnika je spremljanje morebitnega prenosa okužbe/kolonizacije z VRE na hospitalizirane paciente v bolnišnici.

Podkazalnik CRB: Cilj kazalnika je ugotavljanje morebitnih prenosov okužbe s CRB na hospitalizirane paciente v bolnišnici oziroma preprečevanje hospitalnih okužb s CRB.

Kazalnik 4.1 prikazuje: **odstotek odvzetih nadzornih kužnin** glede na število sprejetih pacientov v bolnišnico. Kriteriji za presejanje pacientov (dejavniki tveganja za kolonizacijo z CRB) ob sprejemu so: predhodno nosilstvo CRB pozitivnih bakterij, pacient, tuj državljan, pacient je bil v zadnjih 6 mesecih hospitaliziran v zdravstveni ustanovi v tujini.

Ob prisotnih dejavnikih tveganja za kolonizacijo s CRB v 48 urah izvede presejalne teste v skladu s strokovnimi smernicami.

Namen kazalnika je spremljanje ustreznosti izvajanja presejanja bolnikov na kolonizacijo z CRB ob sprejemu.

Kazalnik 4.2 prikazuje:

	<ul style="list-style-type: none"> • število oziroma incidenco CRB pozitivnih pacientov, odkritih ob sprejemu v Psihiatrično bolnišnico Idrija v obdobju od 1.1.2025 do 31.12.2025. Spremljamo tudi prisotne dejavnike tveganja ob sprejemu pri pacientih, pri katerih potrdimo kolonizacijo s CRB (zabeleženi v letnem poročilu KOBO). Incidenca se izračunava: število CRB pozitivnih bolnikov (odkritih ob sprejemu) na 1000 sprejetih bolnikov v bolnišnico, število CRB pozitivnih bolnikov (odkritih ob sprejemu) na 1000 BOD. <p>Namen kazalnika je spremljanje incidence pacientov, koloniziranih s CRB, že ob sprejemu v bolnišnico.</p> <p>Kazalnik 4.3 prikazuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • število oziroma incidenco pacientov, ki so okužbo s CRB pridobili v Psihiatrični bolnišnici Idrija v obdobju od 1.1.2025 do 31.12.2025. Spremljamo: absolutno število bolnikov, ki so se s CRB kolonizirali v bolnišnici (t.i. bolnišnično pridobljena CRB, če so bile nadzorne kužnine odvzete več kot 48 ur po sprejemu bolnika v bolnišnico), število pridobljenih CRB pri bolnikih (t.i. bolnišnično pridobljena CRB, če so bile nadzorne kužnine odvzete več kot 48 ur po sprejemu bolnika v bolnišnico) na 1000 sprejemov, število pridobljenih CRB pri bolnikih (t.i. bolnišnično pridobljena CRB, če so bile nadzorne kužnine odvzete več kot 48 ur po sprejemu bolnika v bolnišnico) na 1000 BOD. <p>Namen kazalnika je spremljanje morebitnega prenosa okužbe/kolonizacije z CRB na hospitalizirane paciente v bolnišnici.</p>
Vir podatkov	Evidence za registracijo pacientov, koloniziranih z VOB. Sprotno spremljanje kolonizacij in okužb s strani SOBO. Sprotno spremljanje podatkov mikrobioloških izvidov.
Metoda dela	Evidence o odvzetih nadzornih kužninah vodi vodja laboratorija in jih posreduje SOBO. Na oddelku se upošteva vse predpisane metode za preprečevanje in obvladovanje bolnišničnih okužb (kontaktna izolacija; odvzem brisov tistim pacientom, ki so bili nameščeni skupaj v sobi s koloniziranim pacientom v skladu z internimi navodili). Na vseh oddelkih v bolnišnici se vodijo evidence za registracijo pacientov z VOB. Zbiranje in obdelava podatkov poteka ročno. Rezultati so prikazani s pomočjo uporabniške in aplikacijske opreme Excel in Word.

2. REZULTATI KAZALNIKA VOB ZA LETO 2025 (januar - december)

Kazalnik VOB 2025: Odstotek odvzetih nadzornih kužnin glede na število sprejetih pacientov

Tabela 1: Odstotek odvzetih nadzornih kužnin glede na število sprejetih pacientov

	Kazalnik 1.1	Kazalnik 2.1	Kazalnik 3.1	Kazalnik 4.1
	MRSA	ESBL	VRE	CRB
Število odvzetih nadzornih kužnin	362	288	28	28
Število sprejetih pacientov	1730			
Delež odvzetih nadzornih kužnin ob sprejemu pacientov	20,92	16,65	1,62	1,62

Kazalnik VOB 2025: Incidenca pacientov, nosilcev VOB, odkritih ob sprejemu

Tabela 2: Incidenca pacientov, nosilcev VOB, odkritih ob sprejemu

	Kazalnik 1.2	Kazalnik 2.2		Kazalnik 3.2	Kazalnik 4.2
	MRSA	ESBL Klebsiela pneumoniae	ESBL druge enterobakterije (razen E.Coli)	VRE	CRB

Število pacientov, koloniziranih z VOB ob sprejemu	9	3	2	0	0
Število sprejetih pacientov	1730				
Število BOD	39017				
Incidenca VOB pozitivnih bolnikov, odkritih ob sprejemu, na 1000 sprejetih bolnikov v bolnišnico	5,20	1,73	0,57	0	0
Incidenca VOB pozitivnih bolnikov, odkritih ob sprejemu, na 1000 BOD	0,23	0,08	0,02	0	0

Tabela 3: Število pacientov, ki so VOB pridobili v bolnišnici

	Kazalnik 1.2	Kazalnik 2.2		Kazalnik 3.2	Kazalnik 4.2
	MRSA	ESBL Klebsiela pneumoniae	ESBL druge enterobakterije (razen E.Coli)	VRE	CRB
Število pacientov, ki so okužbo z VOB pridobili v bolnišnici	0	0	0	0	0
Število pacientov, ki so okužbo z VOB pridobili v bolnišnici in ob sprejemu v bolnišnico niso dosegali kriterijev za presejanje na VOB	0	0	0	0	0
Število sprejetih pacientov	1730				
Število BOD	39017				
Incidenca VOB pozitivnih pacientov, ki so VOB pridobili v bolnišnici, na 1000 sprejetih bolnikov v bolnišnico	0	0	0	0	0
Incidenca VOB pozitivnih pacientov, ki so VOB pridobili v bolnišnici, na 1000 BOD	0	0	0	0	0

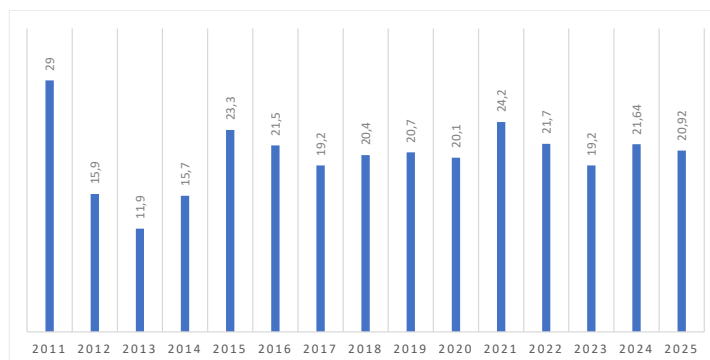
2. PRIMERJAVA REZULTATOV KAZALNIKA MED LETI

Primerjavo rezultatov kazalnika med leti se opravi ob koncu leta (predvidoma v januarju naslednjega leta).

Kazalnik VOB: Odstotek odvzetih nadzornih kužnin glede na število sprejetih pacientov

Kazalnik MRSA

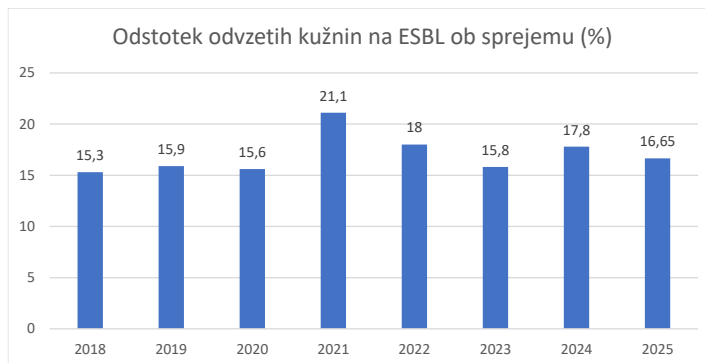
Podatki se spremljajo od leta 2011 dalje.



Grafikon 1: Odstotek odvzetih nadzornih kužnin na MRSA, po letih

Podkazalnik ESBL

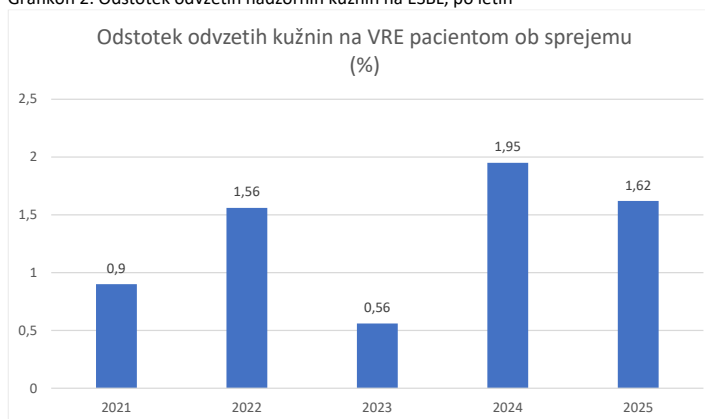
Podatki se spremljajo od leta 2018 dalje.



Grafikon 2: Odstotek odvzetih nadzornih kužnin na ESBL, po letih

Podkazalnik VRE

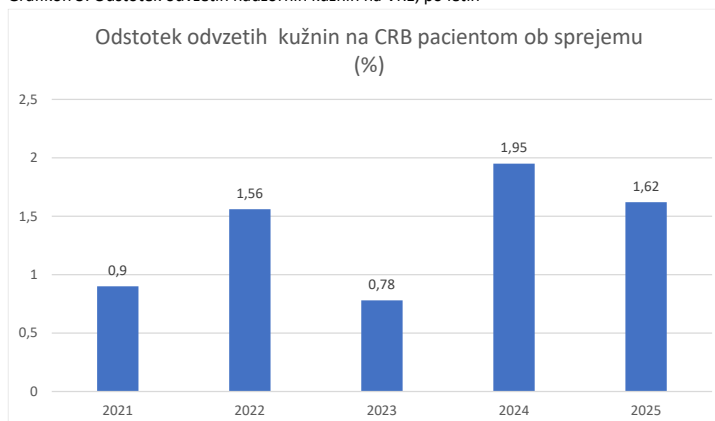
Podatki se spremljajo od leta 2021 dalje.



Grafikon 3: Odstotek odvzetih nadzornih kužnin na VRE, po letih

Podkazalnik CRE

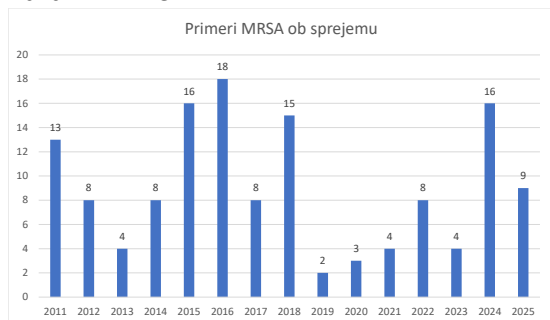
Podatki se spremljajo od leta 2021 dalje.



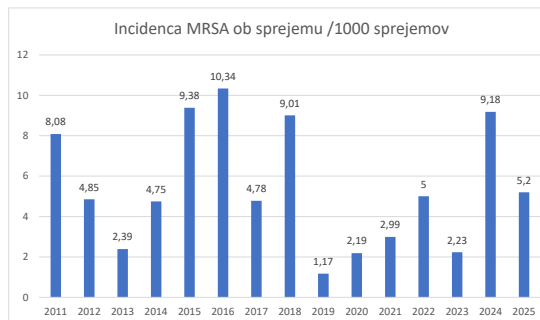
Grafikon 4: Odstotek odvzetih nadzornih kužnin na CRB, po letih

Kazalnik VOB.2: Incidenca pacientov, nosilcev VOB, odkritih ob sprejemu

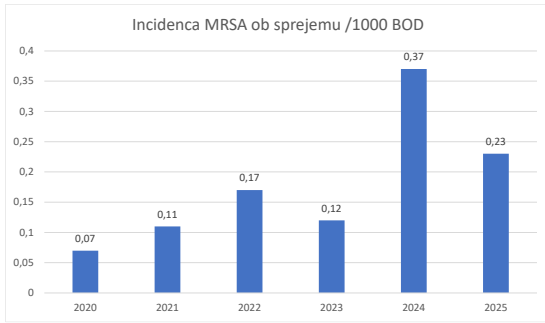
Kazalnik MRSA



Grafikon 5: Število MRSA pozitivnih pacientov ob sprejemu v bolnišnico



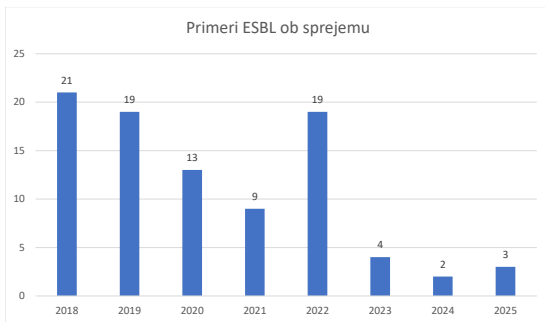
Grafikon 6: Število MRSA pozitivnih bolnikov (odkritih ob sprejemu) na 1000 sprejetih bolnikov v bolnišnico



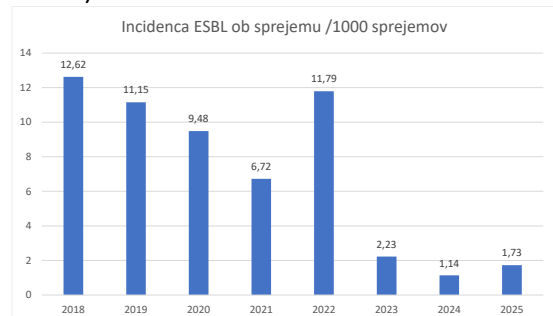
Grafikon 7: Število MRSA pozitivnih bolnikov (odkritih ob sprejemu) na 1000 BOD.

Podkazalnik ESBL

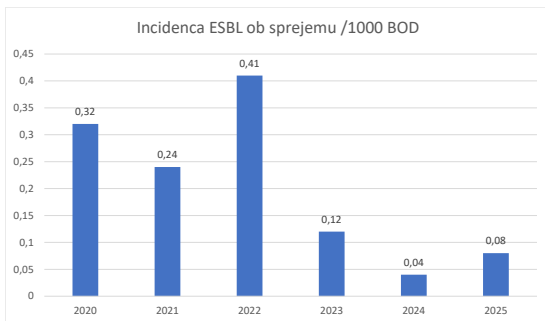
Do leta 2022 smo spremljali skupno število ESBL bakterij. Od leta 2023 dalje se ločeno spremlja ESBL K. pneumonije in ESBL druge enterobakterije (brez E. coli).



Grafikon 8: Število ESBL pozitivnih pacientov ob sprejemu v bolnišnico

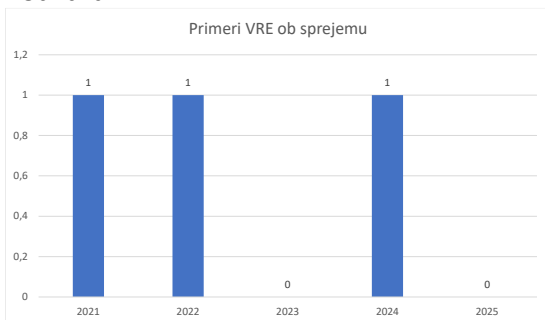


Grafikon 9: Število ESBL pozitivnih bolnikov (odkritih ob sprejemu) na 1000 sprejetih bolnikov v bolnišnico

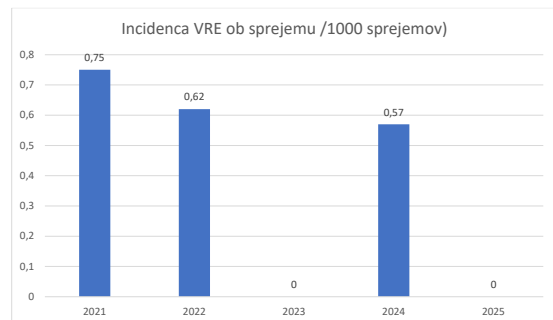


Grafikon 10: Število ESBL pozitivnih bolnikov (odkritih ob sprejemu) na 1000 BOD.

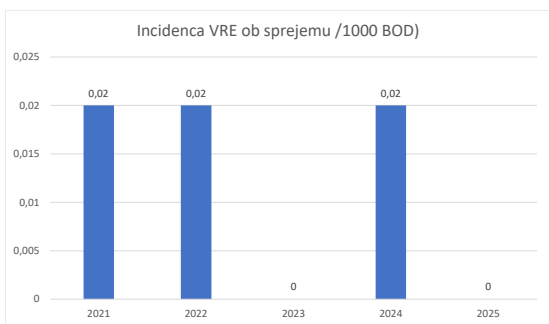
Podkazalnik VRE



Grafikon 11: Število VRE pozitivnih pacientov ob sprejemu v bolnišnico

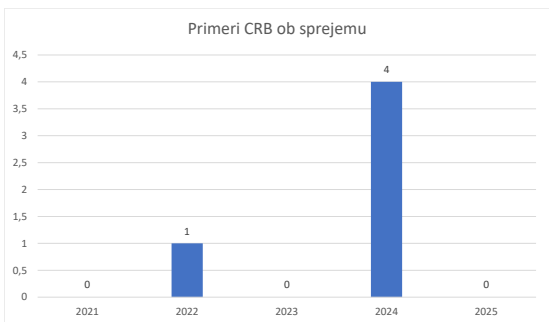


Grafikon 12: Število VRE pozitivnih bolnikov (odkritih ob sprejemu) na 1000 sprejetih bolnikov v bolnišnico

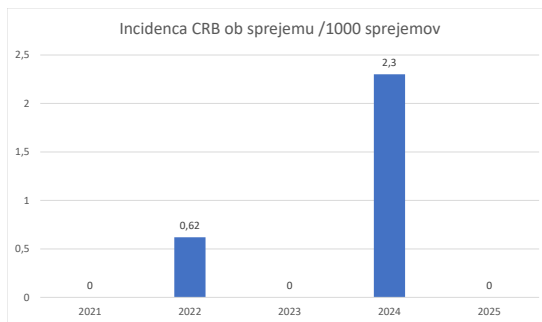


Grafikon 13: Število VRE pozitivnih bolnikov (odkritih ob sprejemu) na 1000 BOD.

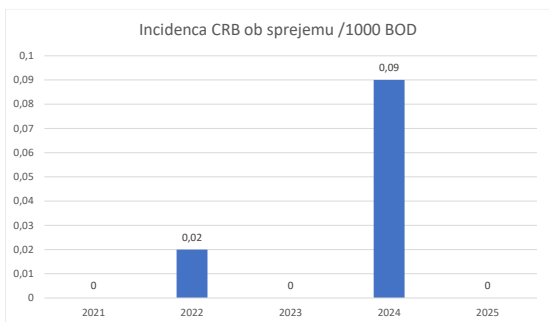
Podkazalnik CRB



Grafikon 14: Število CRB pozitivnih pacientov ob sprejemu v bolnišnico



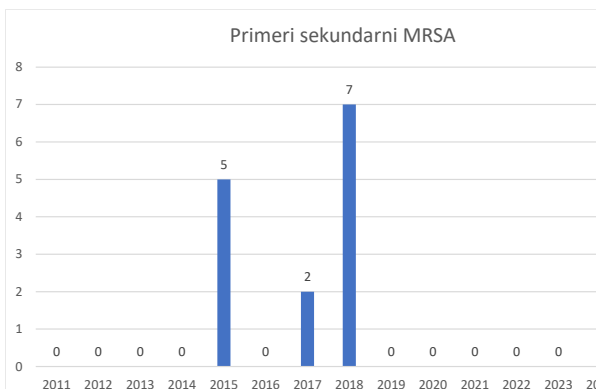
Grafikon 15: Število CRB pozitivnih bolnikov (odkritih ob sprejemu) na 1000 sprejetih bolnikov v bolnišnico



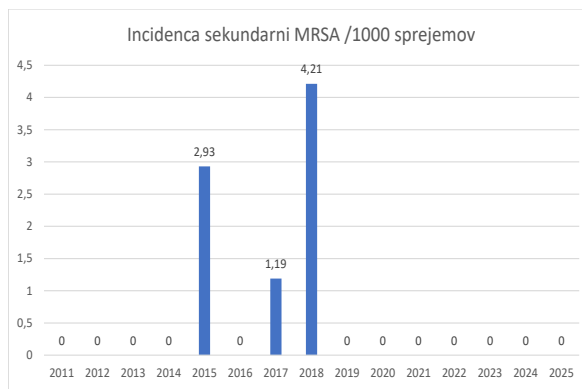
Grafikon 16: Število CRB pozitivnih bolnikov (odkritih ob sprejemu) na 1000 BOD.

Kazalnik VOB.3: Število pacientov, ki so VOB pridobili v bolnišnici

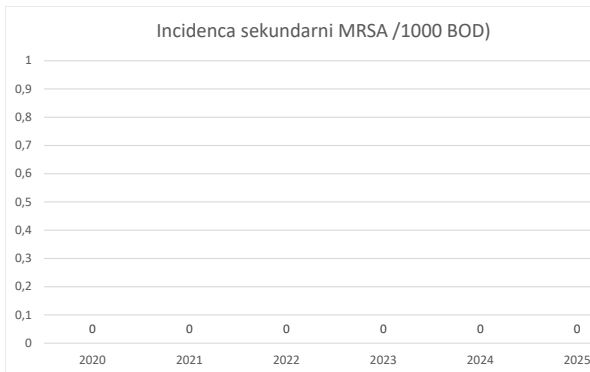
Kazalnik MRSA



Grafikon 17: Število sekundarnih MRSA



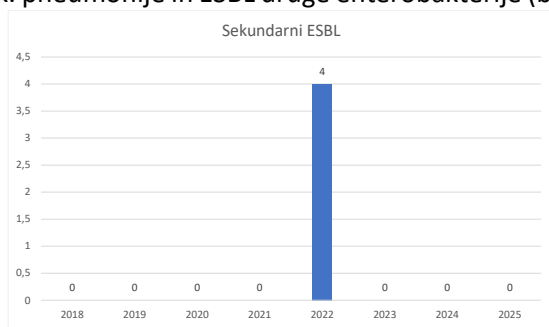
Grafikon 18: Število sekundarnih MRSA na 1000 sprejemov.



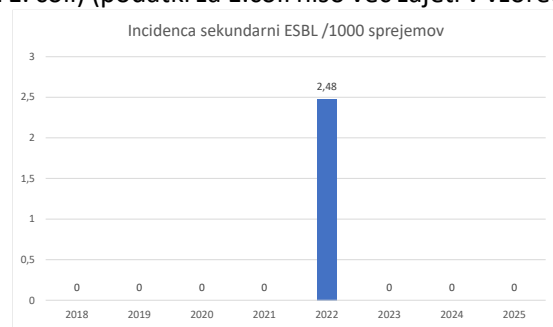
Grafikon 19: Število sekundarnih MRSA na 1000 BOD.

Podkazalnik ESBL

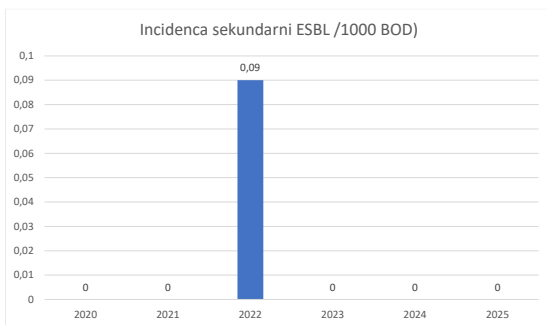
Do leta 2022 smo spremljali skupno število ESBL bakterij. Od leta 2023 dalje se ločeno spremlja ESBL K. pneumonije in ESBL druge enterobakterije (brez E. coli) (podatki za E.coli niso več zajeti v vzorec!).



Grafikon 20: Število sekundarnih ESBL

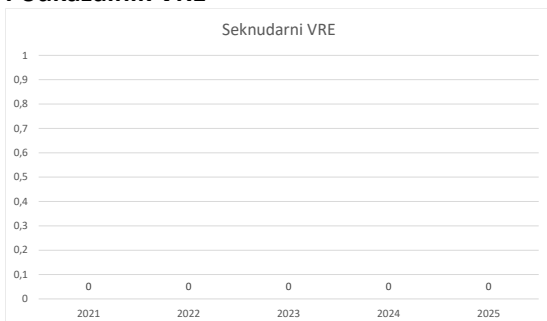


Grafikon 21: Število sekundarnih ESBL na 1000 sprejemov.



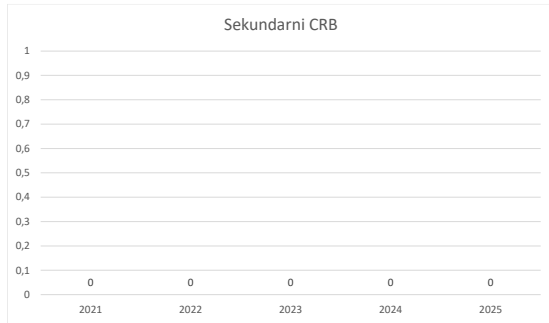
Grafikon 22: Število sekundarnih ESBL na 1000 BOD.

Podkazalnik VRE



Grafikon 23: Število sekundarnih VRE

Podkazalnik CRB



Grafikon 24: Število sekundarnih CRB

3. REALIZACIJA CILJEV V LETU 2025

Cilj: Z izvajanjem higiensko epidemioloških ukrepov preprečiti prenos VOB v bolnišnici na paciente - 0 primerov v bolnišnici pridobljenih VOB pri pacientih	DOSEŽEN. Razvidno iz tabele 3.
Cilj: Izvajanje odvzemov nadzorni kužnin pacientom ob sprejemu znotraj 48 ur v skladu z nacionalnimi smernicami (odstotek odvzemov med 10 in 20 % za MRSA in ESBL) in internim protokolom	DOSEŽEN. Razvidno iz tabele 1.
Cilj: Spremljanje števila pacientov, pri katerih tekom hospitalizacije odkrijemo kolonizacijo z VOB, vendar ob sprejemu ne dosegajo kriterijev za presejanje na VOB	DOSEŽEN.
Cilj: Kontinuirano izobraževanje zdravstvenega osebja o preprečevanju prenosa mikroorganizmov – vsaj enkrat letno	DOSEŽEN. Izobraževanje je bilo izvedeno v marcu in oktobru 2025.

4. NAČRT IZBOLJŠAV ZA LETO 2026

Kaj	<p>CILJ: Z IZVAJANJEM HIGIENSKO EPIDEMIOLOŠKIH UKREPOV PREPREČITI SEKUNDARNO KOLONIZACIJO PACIENTOV Z VOB – 0 PRIMEROV BOLNIŠNIČNO PRIDOBLENIH KOLONIZACIJ Z VOB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Letno izobraževanje osebja o načinih prenosa mikrobov in izolacijskih postopkih (redno letno izobraževanje predvidoma oktobra 2026). - Spremljanje higienskih ukrepov na oddelkih (izvajanje empiričnih in kontaktnih izolacij, izpolnjevanje dokumentacije) v okviru rednih in izrednih notranjih nadzorov. - Spremljanje odstotka odvzetih nadzornih kužnin. - Spremljanje števila prenosov VOB na paciente tekom hospitalizacije. - Spremljanje kazalnikov po novih metodoloških navodilih, poročanje o rezultatih skladno z zahtevami
Kdo	SOBO, ZOBO
Kdaj	Leto 2026
Merila za spremljanje ukrepov	<p>-Kvartalno seznanjanje Komisije za kakovost z rezultati kazalnika (april, julij in oktober 2026 ter januar 2027).</p> <p>-Realizacija letnih izobraževanj zdravstvenega osebja o preprečevanju prenosa mikroorganizmov.</p>

	<ul style="list-style-type: none">-Redni nadzor nad izvajanjem postopkov kontaktne izolacije dvakrat letno na posameznem oddelku.-Spremljanje rezultatov kazalnika.-Odkrivanje vzrokov za nastajanje odklonov (dodatni nadzor nad izvajanjem izolacijskih postopkov na oddelku, kjer smo zaznali znotraj bolnišnični prenos VOB).
--	---

ŠTEVILO INCIDENTOV, POŠKODB Z OSTRIMI PREDMETI V LETU 2025

1. POIMENOVANJE KAZALNIKA

Definicija kazalnika povezava kakovostjo	<p>in s</p> <p>Ustrezno preprečevanje incidentov (vbodov z ostrimi predmeti) vodi k preprečevanju prenosa krvno prenosljivih bolezni na zaposlene, ki so bili udeleženi v incidentu. Izvajanje ustreznih ukrepov za preprečevanje incidentov obsega ustrezno ravnanje z medicinskimi pripomočki (predvsem ostrimi predmeti), pravilno nudenje prve pomoči ob incidentu, ustrezno dokumentacijo incidentov, nadaljnjo diagnostično obravnavo in spremljanje prenosa morebitne okužbe pri udeleženi v incidentu ter izobraževanje zdravstvenega osebja o omenjenih ukrepih.</p> <p>Kazalnik prikazuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> - število incidentov (vbodov z ostrimi predmeti) v obdobju od 1.1.2025 do 31.12.2025, - incidenco incidentov (vbodov z ostrimi predmeti) v posameznem četrtletju pri zaposlenih zdravstvenih delavcih (v vzorec so zajeti zdravstveni delavci, študentje in dijaki na izobraževanju) (števec – število vbodov/vreznin, imenovalc – število zaposlenih zdravstvenih delavcev). <p>Namen kazalnika je spremljanje števila incidentov tekom izvajanja zdravstvene obravnave, in sicer pri vseh zaposlenih, ki lahko prihajajo v stik s pacienti. V bolnišnici k incidentom poleg poškodb z ostrimi predmeti (incident v ožjem pomenu) štejemo tudi primere politja kože ali sluznic s kužnino. Poškodbe z ostrimi predmeti so zajete v nacionalni kazalnik »število incidentov, poškodb z ostrimi predmeti«.</p> <p>Cilj je zmanjšanje števila oziroma preprečevanje incidentov in ustrezno obravnavo udeleženi v incidentu.</p>
Vir podatkov	<p>Evidence incidentov.</p> <p>Sprotno spremljanje doslednosti izvajanja navodil v primeru incidenta s strani SOBO.</p>
Metoda dela	<p>Podrobnejša navodila in postopki ob incidentu so opredeljeni v internem dokumentu »Navodila in postopki ob incidentu« - SOP 2 10.</p> <p>V primeru incidenta je udeleženi zdravstveni delavec dolžen izpolniti obrazca »Poročilo o poškodbi delavca z ostrim predmetom ali ob politju s krvjo« (OB 2/01 10) in »Poročilo o neželjenem dogodku – varnostnem zapletu« (OB KV 1 02) najkasneje 24 ur po incidentu. Obrazca odda SOBO, ki vodi evidence o incidentih.</p> <p>Spremljamo absolutno število incidentov, ki se v enem letu zgodijo v bolnišnici.</p> <p>Zbiranje in obdelava podatkov poteka ročno. Rezultati so prikazani s pomočjo uporabniške in aplikacijske opreme Excel in Word.</p>

2. REZULTATI KAZALNIKA ZA LETO 2025 IN PRIMERJAVA REZULTATOV MED LETI

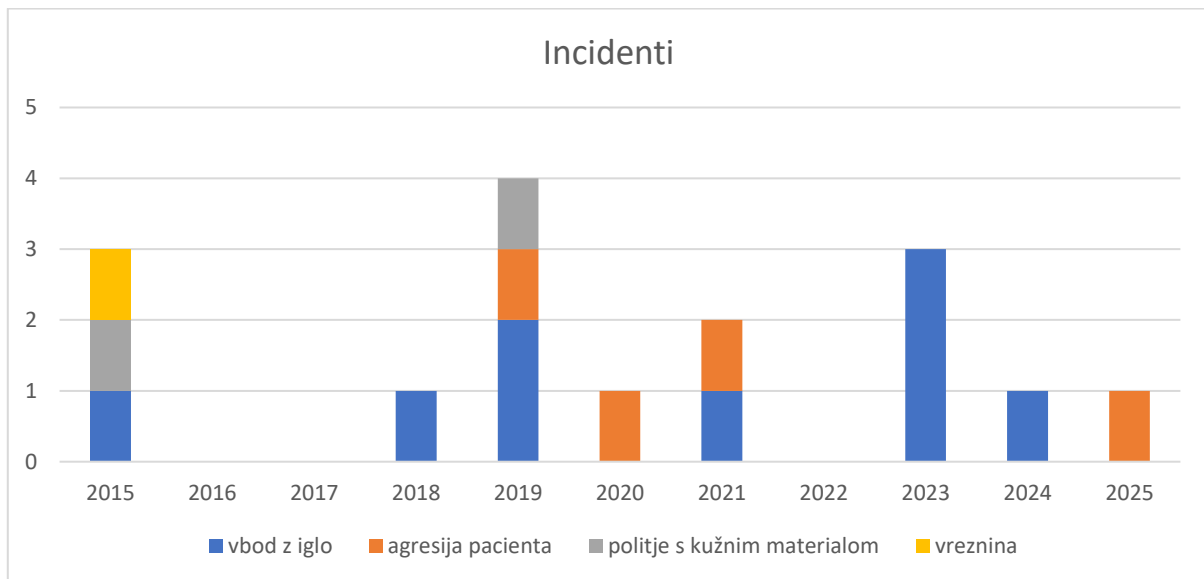
2.1 Rezultati kazalnika za leto 2025

Kazalnik 1: Število incidentov v letu 2025

ŠTEVILO INCIDENTOV	SKUPAJ (JANUAR – DECEMBER 2025)
Število zaposlenih, udeleženi v incidentu	1
Število incidentov	1

Tabela 1: število incidentov v letu 2025

2.2 Primerjava rezultatov kazalnika med leti



Slika 1: Primerjava vrste incidenta po posameznih letih.

	2021	2022	2023	2024	1/2025	2/2025	3/2025	4/2025
Povprečno število zaposlenih	130	127	127,25	123,75	122	120,25	118	119,58
Število poškodb na 100 zaposlenih (vbodi, vreznine)	0,769	0	2,358	0,808	0	0,832	0	0
Število poškodb na 100 zaposlenih (drugi incidenti)	0,769	0	0	0	0	0	0	0
Število poškodb na 100 zaposlenih (skupno incidenti s tveganjem za prenos okužbe)	1,538	0	2,358	0,808	0	0,832	0	0

Tabela 2: Število poškodb na 100 zaposlenih – primerjava med leti (*opomba: rezultat se beleži od leta 2021 dalje; števec predstavlja število poškodb z ostrimi predmeti; imenovalec je število zaposlenih v predmetnem obdobju)

4. REALIZACIJA CILJEV V LETU 2024

CILJ: Z izvajanjem preventivnih ukrepov preprečiti incidente tekom zdravstvene obravnave bolnikov (0 primerov incidentov) in ustrezna obravnava oseb, udeleženih v incidentu	NI DOSEŽEN. Rezultati razvidni v tabeli 1.
Cilj: Obravnava vseh udeleženih v incidentu je bila v skladu z načrtovanim protokolom.	DOSEŽEN.
Cilj: Odkrivanje vzrokov za posamezen incident.	DOSEŽEN.
Cilj: Individualno svetovanje zaposlenim, udeleženim v incidentu, glede na vrsto incidenta, v katerem so bili udeleženi.	DOSEŽEN.

4. NAČRT IZBOLJŠAV ZA LETO 2026

Kaj	<p>CILJ: Z IZVAJANJEM PREVENTIVNIH UKREPOV PREPREČITI INCIDENTE TEKOM ZDRAVSTVENE OBRAVNAVE BOLNIKOV (0 PRIMEROV INCIDENTOV) IN USTREZNA OBRAVNAVA OSEB, UDELEŽENIH V INCIDENTU</p> <ul style="list-style-type: none"> - Letno izobraževanje osebja o postopkih ob incidentu. - Spremljanje števila prijavljenih incidentov. - Obravnava udeleženih v incidentu v skladu z načrtovanim protokolom. - Individualno svetovanje zaposlenim, udeleženim v incidentu, glede na vrsto incidenta, v katerem so bili udeleženi.
Kdo	SOBO
Kdaj	Leto 2026
Merila za spremljanje ukrepov	<ul style="list-style-type: none"> -Kvartalno seznanjanje Komisije za obvladovanje bolnišničnih okužb z rezultati kazalnika (predvidoma april 2026, julij/avgust 2026, oktober 2026, januar 2027). -Realizacija letnih izobraževanj zdravstvenega osebja o ukrepih ob incidentu. -Spremljanje rezultatov kazalnika. -Spremljanje ustreznosti obravnave udeleženih v incidentu. -Odkrivanje vzrokov za nastajanje odklonov in odkrivanje dodatnih možnosti za izboljšave oziroma preprečevanje incidentov.

PORABA RAZKUŽILA ZA ROKE V LETU 2025

3. POIMENOVANJE KAZALNIKA

Definicija kazalnika in povezava s kakovostjo	<p>Ustrezno izvajanje higiene rok vseh udeleženi v zdravstveni dejavnosti je osnova za preprečevanje in obvladovanje bolnišničnih okužb. Znanje o higieni rok zaposleni pridobivajo že tekom njihovega osnovnega izobraževanja, v bolnišnici pa tudi kontinuirano v sklopu rednih izobraževanj. Izboljšanje higiene rok zaposlenih v bolnišnici vpliva na kakovost zdravstvene obravnave pacientov predvsem preko zmanjšanja prenosa hospitalnih okužb na paciente. Poraba razkužila za roke (v nadaljevanju »razkužila«) je posredni pokazatelj higiene rok zaposlenih v bolnišnici.</p> <p>Kazalnik 1 prikazuje</p> <ul style="list-style-type: none"> - porabo razkužila v obdobju od 1.1.2025 do 31.12.2025. Namen kazalnika je spremljanje porabe razkužila v celotni bolnišnici (tako v hospitalni kot ambulantni dejavnosti). <p>Kazalnik 2 prikazuje</p> <ul style="list-style-type: none"> - delež zaposlenih, vključenih v izobraževanje o higieni rok v obdobju od 1.1.2025 do 31.12.2025. Namen kazalnika je spremljanje vključenosti različnih deležnikov v zdravstvu v izobraževanja o pomenu higiene rok kot temeljnega ukrepa za zagotovitev varnosti bolnikov in zaposlenih. <p>Cilj kazalnika je izboljšanje zavedanja o pomenu higiene rok vseh deležnikov in izboljšanje dostopnosti razkužila tako za zaposlene kot paciente in s tem izboljšanje higiene rok.</p>
Vir podatkov	<p>Evidence nabave razkužila. Evidence udeležbe zaposlenih na izobraževanjih v okviru programa Preprečevanja in obvladovanja bolnišničnih okužb.</p>
Metoda dela	<p>Podrobnejša navodila in postopki, vezani na higieno rok, so opredeljeni v internem dokumentu »Standard higieni rok« - SOP 5 10.</p> <p>Podatke o količini porabljenega razkužila za posamezno leto vodi vodja bolnišnične lekarne, ki ga posreduje SOBO in ZOBO v mesecu januarju za preteklo leto. Spremljamo absolutni volumen porabljenega razkužila v posameznem letu.</p> <p>Zbiranje in obdelava podatkov poteka ročno. Rezultati so prikazani s pomočjo uporabniške in aplikacijske opreme Excel in Word.</p>

2. REZULTATI KAZALNIKA ZA LETO 2025 IN PRIMERJAVA REZULTATOV MED LETI

2.1 Rezultati kazalnika za leto 2025

Kazalnik 1: Količina porabljenega razkužila v letu 2025

V letu 2025 je skupna količina porabljenega razkužila v celotni bolnišnici znašala 865 steklenic razkužila (volumen steklenice je 500 ml) in 42 steklenic razkužila v peni (volumen steklenice je 750 ml). Preračunan podatek na steklenice, velikosti 500 ml, bi tako znašal 928 steklenic razkužila.

Kazalnik 2: Delež zaposlenih, vključenih v izobraževanje o higieni rok v letu 2025

Podatki so razvidni v tabeli 2.

2.2 Primerjava rezultatov kazalnika med leti

Kazalnik 1: Količina porabljenega razkužila med leti

Leto	Število porabljenih steklenic razkužila (500 mL)	Sprememba glede na predhodno leto
2017	1183	0
2018	1254	+ 6%
2019	1267	+ 1,0 %
2020	2409	+90,1 %
2021	1810	-24,78 %
2022	1640	-9,39 %
2023	1138	-30,61 %
2024	1005	-11,69 %
2025	928	-7,66 %

Tabela 1: Količina porabljenega razkužila v posameznem letu

Komentar: Menimo, da je poraba razkužila za roke ob nastali epidemiološki situaciji v letu 2020 (pojav bolezni Covid-19) neproporcionalno narastla v primerjavi s predhodnimi leti, na kar kaže tudi velik upad porabe razkužil za roke v letih po koncu epidemije. Slednje lahko kaže tudi na racionalnejšo uporabo in ne odraža nujno manj izraženih potreb. Navedene količine predstavljajo le izdano količino, ki ni nujno enaka porabljeni zaradi zaloga na oddelkih in drugih nahajališčih. Zaskrbljujoč je podatek nadaljnega upada porabe razkužil na novo najnižjo količino porabe, odkar spremljamo kazalnik. Celokupno število zaposlenih zdravstvenih delavcev se sicer prav tako znižalo, vendar je preračunano število porabljenih steklenic na število zaposlenih med letoma 2023 in 2025 kljub temu za več kot steklenico na zaposlenega nižje v celotnem letu. Pomembno je izpostaviti, da je k znižanju porabe razkužila pomembno prispevalo tudi prestrukturiranje oddelka L2 (iz gerontopsihiatričnega v Oddelek za zdravljenje nekemičnih odvisnosti) v zadnjem četrtletju leta 2023. Profil pacientov, nižje število pacientov na oddelku in obdobja, ko je oddelek začasno tudi zaprt, so dejavniki iz katerih je moč sklepati, da pomembno vplivajo na količino porabe razkužila.

Kazalnik 2: Delež zaposlenih, vključenih v izobraževanje o higieni rok med leti 2019, 2020, 2021, 2022, 2023 in 2024

Podatke o deležu zaposlenih spremljamo od leta 2019 naprej. Od leta 2021 smo spremenili metodologijo spremljanja, in sicer se podatki zbirajo ločeno za:

- službo zdravstvene nege in oskrbo,
- zdravniško službo,
- druge službe medicinskega sektorja,
- splošni in finančni sektor.

V letu 2021 rednih izobraževanj s področja POBO v mesecu novembru nismo izvedli zaradi nastale epidemiološke situacije v bolnišnici. Izobraževanja s področja higieni rok so bila izvedena za zaposlene na področju zdravstvene nege v mesecu maju 2021. V nemedicinskem sektorju se tako izobraževanj ni izvedlo, v medicinskem sektorju pa se je izobraževanj udeležilo 42 % zaposlenih (tabela 2).

Od leta 2022 dalje se ponovno izvajajo redna izobraževanja v mesecu marcu za vse profile zaposlenih, prav tako v marcu 2025, izobraževanje pa je bilo ponovljeno tudi v mesecu oktobru.

Služba/Leto	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
ZN in OSKRBA	*	*	88,8	82,3	91	84,3	90
ZDRAVNIŠKA SLUŽBA	65,2	75	0	72	72,7	82	40
DRUGE SLUŽBE MEDICINSKEGA SEKTORJA	*	*	0	73,2	78,5	83,3	81
MEDICINSKI SEKTOR skupno	85,5	78,6	42	75,8	85,3	83,2	79
SPLOŠNI IN FINANČNI SEKTOR	44,7	82,7	0	77,5	77,7	82,1	80

Tabela 2: Delež zaposlenih, vključenih v izobraževanje o higieni rok za posamezno leto

*spremenjena metodologija spremljanja od leta 2021 dalje - ne po posameznih profilih zaposlenih (podatki niso primerljivi z nadaljnjimi leti, izobraževanja pa so bila izvedena)

5. REALIZACIJA CILJEV V LETU 2025

Cilj: S spremljanjem porabe razkužila kot posrednim pokazateljem higieni rok vplivati na dejavnik tveganja za prenos bolnišničnih okužb – povečati porabo razkužila na letni ravni za 5 %.	NI DOSEŽEN. Razvidno iz tabele 1.
Cilj: Letno seznanjanje Komisije za obvladovanje bolnišničnih okužb z rezultati kazalnika (januar 2026).	DOSEŽEN.
Cilj: Izvedba izobraževanj o higieni rok za vse profile zaposlenih v bolnišnici	DOSEŽEN. Podrobne evidence o posameznih izobraževanjih vodi SOBO.
Cilj: Odstotek udeleženih na izobraževanjih o higieni rok vsaj 75 % pri posameznem profilu zaposlenih	DOSEŽEN. Razvidno iz tabele 2.

4. NAČRT IZBOLJŠAV ZA LETO 2026

Kaj	CILJ: Z USTREZNIM IZOBRAŽEVANJEM ZAPOSLENIH O HIGIENI ROK PRISPEVATI K IZBOLJŠANJU HIGIENE ROK (Z OHRANITVIJO PORABE RAZKUŽILA NA TRENUTNI RAVNI OZ. ZNOTRAJ INTERVALA +/- 5 % GLEDE NA LETO PREJ KOT POSREDNIM KAZALCEM STOPNJE HIGIENE ROK) <ul style="list-style-type: none">- Letno izobraževanje vseh zaposlenih o higieni rok.- Spremljanje porabe razkužila na letni ravni.
Kdo	SOBO, ZOBO
Kdaj	Leto 2026
Merila za spremljanje ukrepov	<ul style="list-style-type: none">- Letno seznanjanje Komisije za obvladovanje bolnišničnih okužb z rezultati kazalnika (januar 2027).- Realizacija letnih izobraževanj vseh zaposlenih o higieni rok (predvidoma oktober 2026).- Spremljanje udeležbe zaposlenih na izobraževanjih o higieni rok – odstotek udeleženih na izobraževanjih o higieni rok vsaj 75 % znotraj skupin zaposlenih.- Spremljanje rezultatov kazalnika.

VARNOSTNI ODKLONI POVEZANI Z ZAPOSLENIMI

1. POIMENOVANJE KAZALNIKA

Definicija kazalnika in povezava s kakovostjo	<p>Krajše ime: poškodbe zaposlenih z ostrimi predmeti in druge poškodbe pri delu Polno ime: poškodbe zaposlenih na število zdravstvenih delavcev</p> <p>S kazalnikom merimo varnost delovnih mest zdravstvenih delavcev.</p> <p>Utemeljitev: Preprečevanje poškodb z ostrim predmetom ter drugih izpostavljenosti krvi in drugim telesnim tekočinam je pomemben korak pri preprečevanju prenosa virusov, ki se prenašajo s krvjo, na zdravstveno osebje.</p> <p>Varno delovno okolje je ključni dejavnik za izvajanje varnega dela in omogoča varne razmere za kakovostno izvajanje dela vseh zdravstvenih delavcev s karseda malo poškodb pri delu. Poškodbe pri delu imajo v prvi vrsti neželene posledice za zaposlenega, ki je utrpel poškodbo, hkrati pa negativno vplivajo na proces dela v sami organizaciji. Kazalnik je posredno povezan z absentizmom.</p>
Metodologija	<p>Operativna definicija: število poškodb pri delu (incidenti z ostrimi predmeti in delovne poškodbe) na 100 zaposlenih Števec: število vbodov (incidentov) z ostrimi predmeti + število nezgod na delovnih mestih Imenovalec: število zaposlenih glede na delež zaposlitve* (na zadnji dan četrletja za katerega se poroča)</p> <p><i>Poudariti gre, da se je spremljanje kazalnika Varnostni incidenti povezani z zaposlenimi ohranilo. Obstaja razlika med podatki z internim kazalnikom Incident vsled različne metodologije. Kazalnik v okviru POBO je vezan zgolj na skupino zaposlenih pri katerih je pojav incidenta možen, pričujoči kazalnik pa spremlja vse zaposlene.</i></p>
Vir podatkov	Podatki so se kvartalno pridobili iz informacijsko kadrovskega sistema (Službe za kadre in organizacijo) ter poročil SOBO.

2. REZULTATI

Tabela: Prikaz kazalnika Varnostni odkloni povezani z zaposlenimi po posameznih tromesečjih leta 2025

	1/4	2/4	3/4	4/4	SKUPAJ 2025 (število!)	SKUPAJ 2024 (število!)
število poškodb pri delu (incidenti z ostrimi predmeti in delovne poškodbe) na 100 zaposlenih	0	0	0	0	0	5
Število nezgod pri delu na 100 zaposlenih	0	2	1	0	3	4
Število vbodov z ostrimi predmeti na 100 zaposlenih (+ drugi incidenti s tveganjem)	0	1	0	0	1	1

3. UGOTOVITVE

V letu 2025 se beleži štiri poškodbe pri delu in sicer poškodbo noge (človeški dejavnik), tri poškodbe povzročene s strani pacienta, od tega je en (1) incident opredeljen in povezan s POBO (ugriz), vboda z ostrim predmetom v letu 2025 ni bilo.

Revidirana je bila Ocena tveganja za vsa delovna mesta.

4. PREDLAGANE IZBOLJŠAVE IN NAČRT IZVEDBE IZBOLJŠAV ZA LETO 2026

Kaj	Cilj: Poškodbe pri delu (in incidenti) se ne povečujejo. Nič (0) poškodb pri delu s hudimi posledicami za zaposlenega. Sistematična usposabljanja s področja Varstva in zdravja pri delu. Redna srečanja z novozaposlenimi. Analiza vzrokov pri prijavi poškodbe pri delu. Število izpeljanih korektivnih ukrepov. Izpeljava načrtov zastavljenih v okviru POBO. Pregled in revidiranje dokumenta Ocena tveganja delovnih mest.
Kdo	Odbor za kakovost, Splošni sektor, POBO
Kdaj	Do konca leta 2026
Merila za spremljanje ukrepov	Kvartalno, polletno in letno spremljanje kazalnika, izvedenih ukrepov Obravnava v sklopu Odbora za kakovost, sestankov Kolegija direktorja, POBO

ABSENTIZEM ZAPOSLENIH

1. POIMENOVANJE KAZALNIKA

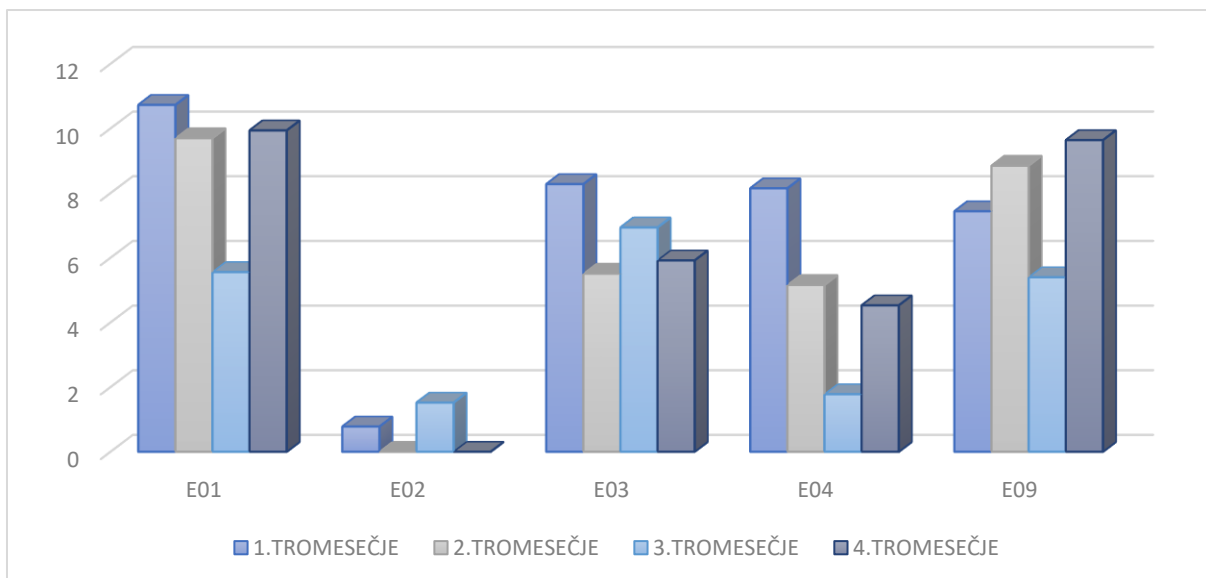
Definicija kazalnika in povezava s kakovostjo	<p>Absentizem zaposlenih zaradi bolezni, poškodb in drugih vzrokov.</p> <p>Absentizem pomeni nenačrtovano odsotnost z dela in motnjo v delovanju sistema. Za posledico ima še večje obremenitve preostalih zaposlenih, ki morajo opravljati tudi naloge odsotnih sodelavcev, kar dodatno povečuje obremenitve in vodi v večje nezadovoljstvo zaposlenih ter otežuje izvedbo kakovostnih storitev.</p> <p>Povišana stopnja absentizma je lahko kazalnik slabšega zadovoljstva zaposlenih, ki je ključni predpogoj za kakovostno opravljanje dela.</p> <p>Operativna definicija: število dni odsotnosti zaposlenih glede na število delovnih dni v opazovanem obdobju (četrletju)</p> <p>Števec: število dni odsotnosti* (bolniške odsotnosti brez porodniške odsotnosti, letnih dopustov, študijskih dopustov in drugih načrtovanih odsotnosti – izrednih dopustov) × 100</p> <p>Imenovalec: število možnih delovnih dni* v opazovanem obdobju brez koncev tedna in dela prostih dni – praznikov × število zaposlenih</p> <p>Opomba: Podatki se zbirajo za vse zaposlene, ne glede na delež zaposlitve. Pri izračunu ustreznega deleža se upošteva navodila MZ.</p>
Vir podatkov	Podatki so se kvartalno pridobili iz informacijsko kadrovskega sistema (Službe za kadre in organizacijo ter Finančnega sektorja).

2. REZULTATI

Tabela: Prikaz kazalnika Absentizem zaposlenih po posameznih tromesečjih leta 2025

(Legenda: do 30 – bolniški stalež do 30 dni, nad 30 – bolniški stalež nad 30 dni)

2025		1.četrletje			2.četrletje			3.četrletje			4.četrletje			SKUPAJ
		do 30	nad 30	SKUPAJ	do 30	nad 30	SKUPAJ	do 30	nad 30	SKUPAJ	do 30	nad 30	SKUPAJ	
D E L O V N O	EO 1	9,32	1,42	10,73	4,88	4,83	9,70	5,34	0,23	5,56	4,67	5,27	9,94	8,98
	EO 2	0,00	0,78	0,78	0,00	0,00	0,00	0,76	0,76	1,52	0,00	0,00	0,00	0,58
	EO 3	5,72	2,57	8,28	2,98	2,53	5,51	4,22	2,72	6,94	3,65	4,94	5,92	6,66
M E S T O	EO 4	3,65	4,51	8,15	2,05	3,11	5,16	0,81	0,97	1,78	3,29	1,24	4,53	4,91
	EO 9	4,30	3,13	7,44	4,12	4,73	8,85	1,67	3,73	5,40	3,85	5,78	9,64	7,83
SKUPAJ PBI		5,30	2,98	8,28	3,16	3,31	6,47	3,01	2,27	5,28	3,67	4,25	7,92	6,99



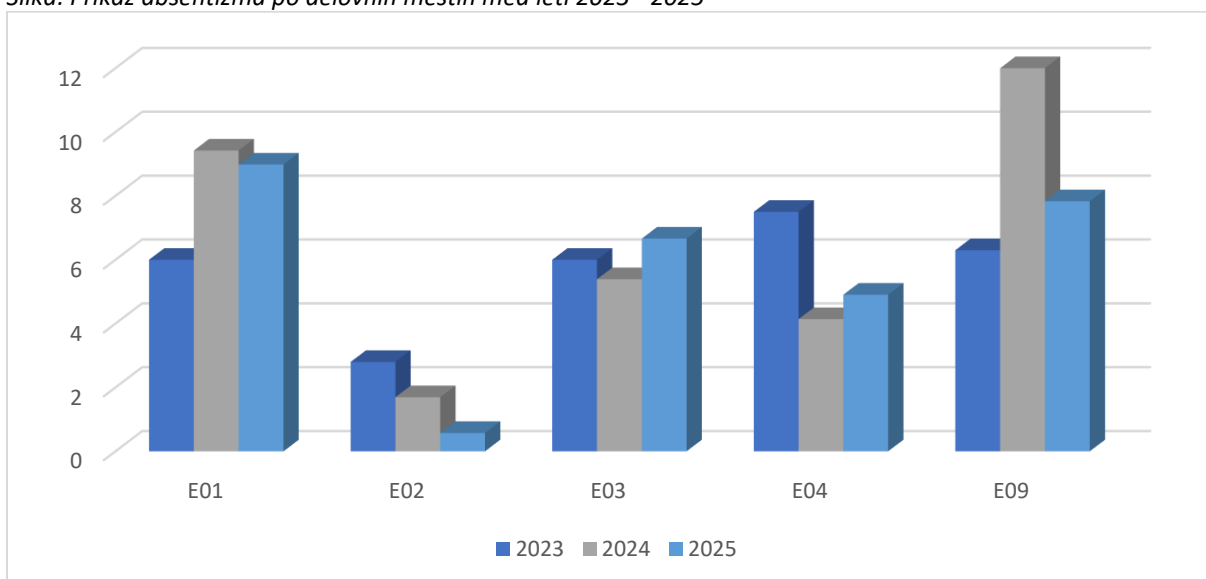
Slika: Prikaz števila dni odsotnosti zaposlenih po delovnih mestih v posameznem tromesečju leta 2025

Bolnišnica spremlja kazalnik o zdravstvenem absentizmu že več let. Iz spodnje tabele je razvidno povečanje odsotnosti v letu 2025. V primerjavi z letom 2024 se je zvišalo število dni bolniške odsotnosti v breme bolnišnice in število dni bolniške odsotnosti v breme ZZS.

Tabela: Prikaz števila dni bolniške odsotnosti (delovni dnevi) po posameznih letih (izpuščeni sta leti 2021 in 2022, ki jih je v celoti zaznamovalo obvladovanje okužbe s Covid, * bolniški stalež do 20 dni!)

Leto	2019	2020	2023*	2024	2025
Št. dni bolniške odsotnosti (delovni dnevi) skupaj	3597	3842	3663	3665	3781
Št. dni bolniške odsotnosti (delovni dnevi) v breme bolnišnice	1969	2485	1827	2020	2094
Št. dni bolniške odsotnosti (delovni dnevi) v breme ZZS	1628	1357	1836	1645	1777

Slika: Prikaz absentizma po delovnih mestih med leti 2023 - 2025



Iz spremljanja kazalnika je razvidno, da je bilo v bolnišnici največje število dni bolniške odsotnosti zaznane v prvem tromesečju leta 2025, večji delež je bil bolniške odsotnosti do 30 dni. Sledi zadnje

tromesečje, v katerem pa se spremlja več bolniške odsotnosti nad 30 dni. Spremlja se je tako v zdravniški službi, službi zdravstvene nege in oskrbe ter podpornih službah. Izračunan kazalnik - odstotek bolniškega staleža pokaže, da je bilo v bolnišnici v letu 2025 izgubljenih približno 7% (6,83) delovnih dni, kar je podobno kot v letu 2024 in 2023.

3. REALIZACIJA CILJEV

V letu 2025 je bilo načrtovanih več aktivnosti, ki so bile neposredno ali posredno povezane z obvladovanjem absentizma. Izvedeno je bilo izobraževanje s področja vedenjsko-kognitivnih tehnik ter skrbi za duševno zdravje («Kako poskrbeti zase»). Aktivirana je bila delovna skupina za promocijo zdravja, ki je pristopila k reviziji krovnega dokumenta ter pripravi letnega programa promocije zdravja. Ob koncu leta je bilo izvedeno merjenje zadovoljstva zaposlenih, ki je poleg zadovoljstva zajemalo tudi zavzetost ter oceno tveganja za izgorelost.

Aktivnosti, povezane z objavo razpisov za deficitarna delovna mesta, sodijo primarno na področje kadrovskega načrtovanja in le posredno vplivajo na obvladovanje absentizma preko zmanjševanja delovnih obremenitev zaposlenih. Kljub temu velja izpostaviti redno ponavljanje razpisov za deficitarna delovna mesta.

Med nerealiziranimi aktivnostmi ostaja kvartalno spremljanje kazalnika absentizma, prav tako ni bila izvedena načrtovana povezava kazalnika z demografskimi in izobraževalnimi podatki zaposlenih.

4. PREDLAGANE IZBOLJŠAVE IN NAČRT IZVEDBE IZBOLJŠAV ZA LETO 2026

Kaj	Letni cilj: vzpostaviti bolj sistematično spremljanje kazalnika absentizma ter okrepiti preventivne aktivnosti na področju promocije zdravja in dobrega počutja zaposlenih. Aktivnosti: - Sistematično spremljanje kazalnika (Vzpostavitev kvartalnega spremljanja kazalnika absentizma, letni pregled trenda). - Analiza strukture absentizma (povezava kazalnika s starostno strukturo, izobrazbeno strukturo, delovno dobo). - Preventivne aktivnosti (izpeljava letnega načrta promocije zdravja, aktivno delovanje skupine za promocijo zdravja)
Kdo	Služba za kadre in organizacijo
Kdaj	Do konca leta 2026
Merila za spremljanje ukrepov	Kvartalno, polletno in letno spremljanje realizacije Obravnava v sklopu Delovne skupine za promocijo zdravja in Odbora za kakovost