

ПОКАЗАТЕЉИ КВАЛИТЕТА РАДА СТАЦИОНАРНИХ ЗДРАВСТВЕНИХ  
УСТАНОВА У БЕОГРАДУ ЗА ПЕРИОД 1.07.-31.12.2011. ГОДИНЕ

*-ГИНЕКОЛОГИЈА И АКУШЕРСТВО-*

Показатељи квалитета који се прате у гинекологији и акушерству су:

- 1) стопа леталитета
- 2) проценат умрлих у току првих 48 сати од пријема
- 3) број трудница и породиља умрлих током хоспитализације
- 4) број живорођене деце умрле до отпуста из болнице
- 5) просечна дужина болничког лечења
- 6) просечан број медицинских сестара по заузетој болничкој постељи
- 7) проценат породиља које су имале повреду при порођају
- 8) проценат новорођенчади која су имала повреду при рађању
- 9) проценат порођаја обављених царским резом
- 10) проценат обдукованих
- 11) проценат подударности клиничких и обдукционих дијагноза
- 12) проценат порођаја обављених у епидуралној анестезији
- 13) просечна дужина лежања у болници за нормалан порођај
- 14) проценат пацијенткиња код којих је извршен поновни пријем на одељење интензивне неге у току хоспитализације на одељењу гинекологије и акушерства
- 15) укљученост породилишта у програм „Болница пријатељ беба“
- 16) проценат порођаја обављених уз присуство партнера или члана породице породиље

У односу на претходну годину, због промене Правилника о показатељима квалитета здравствене заштите, дошло је и до промена у показатељима квалитета рада гинеколошко-акушерских одељења. Додато је 5 нових показатеља (под редним бројем 12, 13, 14, 15 и 16), а више се не прати проценат пацијената који су упућени на лечење у друге здравствене установе. Такође, показатељи који се односе на број повреда породиља и новорођенчади при порођају су промењени и прате се у форми процента, а не апсолутног броја.

Здравствена заштита у области гинекологије и акушерства у Београду је у 2011. години, пружана у 7 здравствених установа. Према Методолошком упутству за поступак извештавања здравствених установа о показатељима квалитета здравствене заштите, Ванболничко породилиште Дома здравља Лазаревац, нема обавезу да доставља показатеље квалитета рада, па су анализом обухваћена гинеколошко-акушерска одељења у 6 болница: Клиничком центру Србије, ГАК „Народни фронт“, 3 клиничко-болничка центра („Звездара, Земун и Др Драгиша Мишовић“) и гинеколошко одељење у Институту за здравствену заштиту мајке и детета Србије „Др Вукан Чупић“. Анализирани су показатељи квалитета за период од 2007. до 2011. године, изузев нових показатеља чије извештавање је почело 2011. године. У складу са Методолошким упутством, подаци за 2007. и 2011. годину односе се на шестомесечне периоде (од 1. јула до 31. децембра), а подаци за

2008, 2009. и 2010. годину за целу годину, о чему треба водити рачуна приликом тумачења добијених резултата.

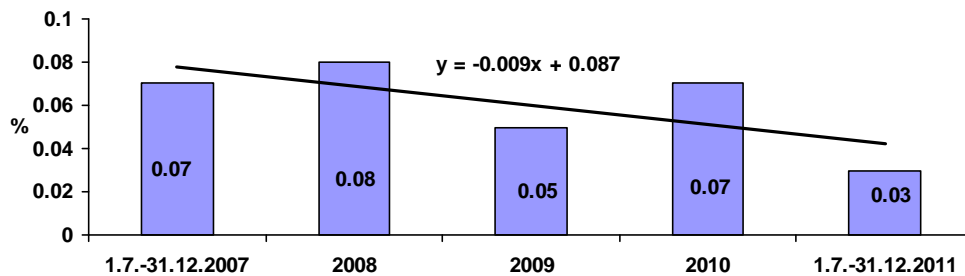
### 1. Стопа леталитета

У посматраном шестомесечном извештајном периоду 2011. године хоспитализована је 23.281 жена на гинеколошко-акушерским одељењима у болницама у Београду. У две највеће установе, Клиничком центру Србије и ГАК „Народни фронт“ лечено је око 16.600 жена или 71,5% од укупног броја хоспитализованих.

Смртних исхода је било 7, од којих 5 у Клиничком центру Србије, 1 у ГАК „Народни фронт“ и 1 у КБЦ „Звездара“. Укупна стопа леталитета на свим гинеколошко-акушерским одељењима је 0,03% и мања је у односу на претходне године (графикон 1).

Стопа леталитета на одељењима гинекологије и акушерства у болницама у Београду, 2007-2011.

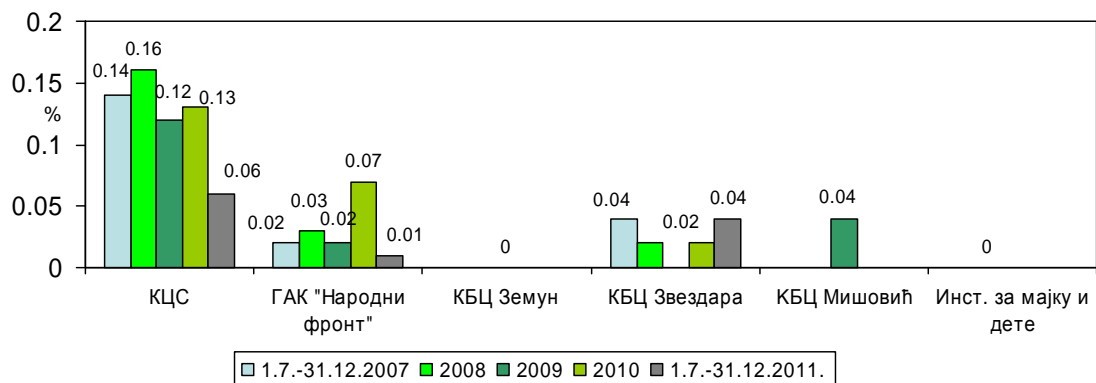
Графикон 1.



Највећа стопа леталитета је у КЦС, 0,06%, али је мања у односу на претходне године. И у ГАК „Народни фронт“ је смањена стопа леталитета, док је повећана у КБЦ „Звездара“. Смртних исхода није било у КБЦ „Земун“, КБЦ „Др Драгиша Мишовић“ и Институту за здравствену заштиту мајке и детета Србије (графикон 2.).

Стопа леталитета по болницама у Београду – гинекологија и акушерство, 2007-2011.

Графикон 2.

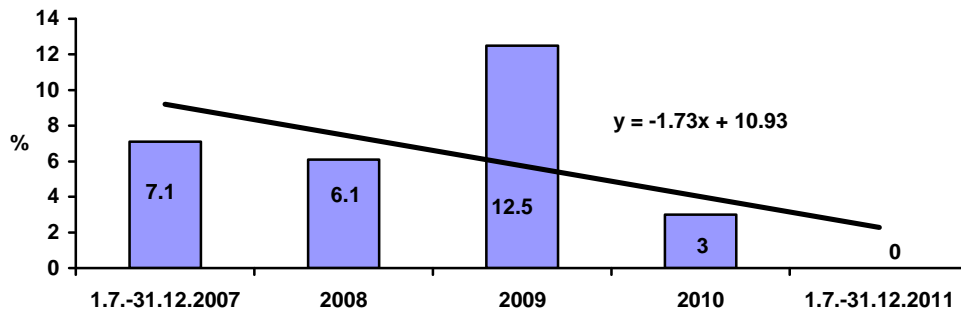


## 2. Процент умрлих у току првих 48 сати од пријема

Смртни исходи у првих 48 сати од болничког пријема су ретки на одељењима гинекологије и акушерства. Од 7 смртних исхода на гинеколошко-акушерским одељењима у периоду јул-децембар 2011. године, ниједан се није десио у првих 48 сати од болничког пријема (графикон 3).

**Процент умрлих у првих 48 сати од пријема у болницу на одељењима гинекологије и акушерства у болницама у Београду, 2007-2011.**

Графикон 3.

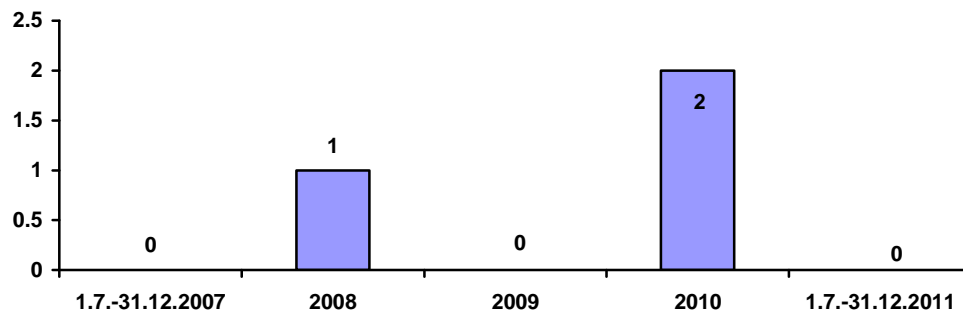


## 3. Број трудница и породиља умрлих током хоспитализације

Смртни исходи код хоспитализованих трудница и породиља су изузетно ретки. У периоду анализе (2007.-2011.) било је укупно 3 смртна случаја (графикон 4). У току шест месеци 2011. године није било умрлих трудница и породиља на гинеколошко-акушерским одељењима у болницама у Београду.

**Број трудница и породиља умрлих током хоспитализације на одељењима гинекологије и акушерства у болницама у Београду, 2007-2011.**

Графикон 4.

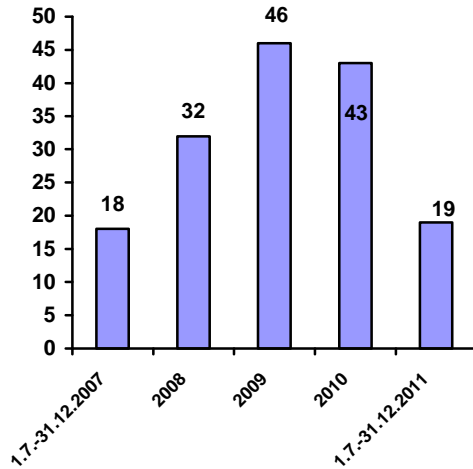


## 4. Број живорођене деце умрле до отпуста из болнице

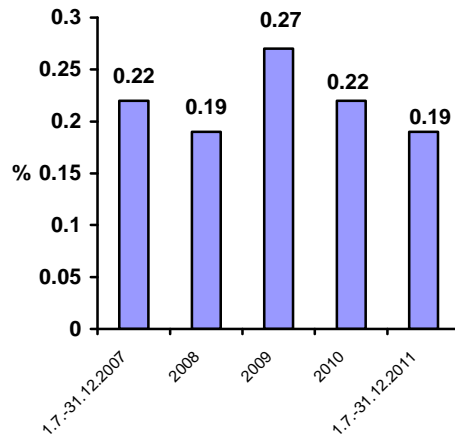
У посматраном извештајном периоду у болницама у Београду било је 19 случаја живорођене деце умрле до отпуста из болнице (графикон 5). С обзиром да се у показатељима квалитета није извештавало о броју рођене деце, број умрле

живорођене деце се може анализирати у односу на број порођаја. Та вредност у 2011. години износи 0,19% и мања је у односу на претходне године(графикон 6).

**Број умрле живорођене деце**  
Графикон 5.



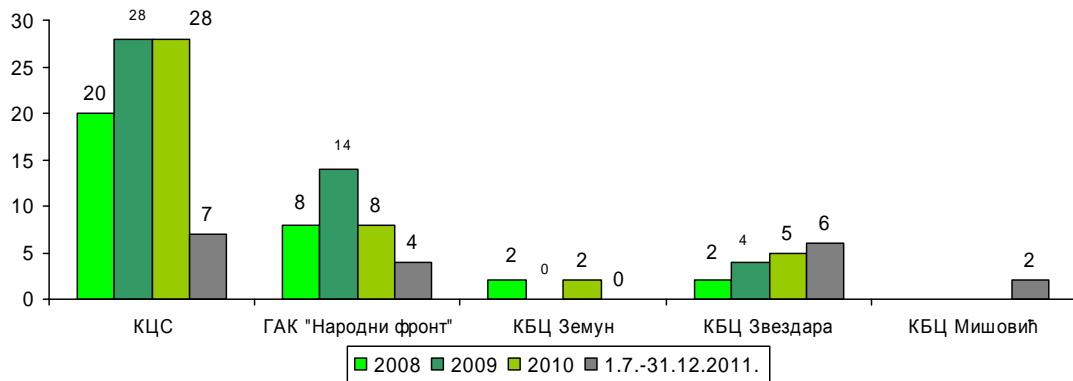
**Процент умрле живорођене деце**  
Графикон 6.



Највише смртних исхода било је у Клиничком центру Србије, 7, а затим у КБЦ „Звездари“, чак 6, иако ова болница има три пута мање порођаја од Клиничког центра. У овој болници се из године у годину повећава број живорођене деце умрле до отпуста (графикон 7).

**Број живорођене деце умрле до отпуста из болнице у Београду, 2008.-2011.**

Графикон 7.



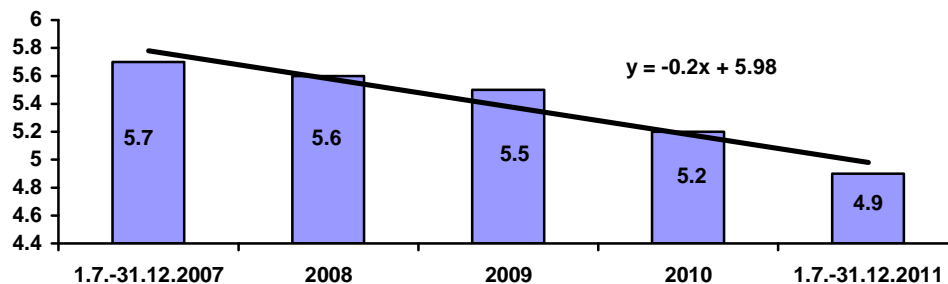
## 5. Просечна дужина лечења

У области гинекологије и акушерства у Београду је у току шест месеци 2011. године стационарно лечен 23.281 пацијент и остварено 114.262 дана болничког боравка.

Просечна дужина лечења за гинеколошке и акушерске пацијенте приказана је збирно за ова одељења и износила је 4,9 дана, што је мање у односу на претходне године (графикон 8).

**Просечна дужина лечења на гинеколошко-акушерским одељењима у болницама у Београду, 2007-2011.**

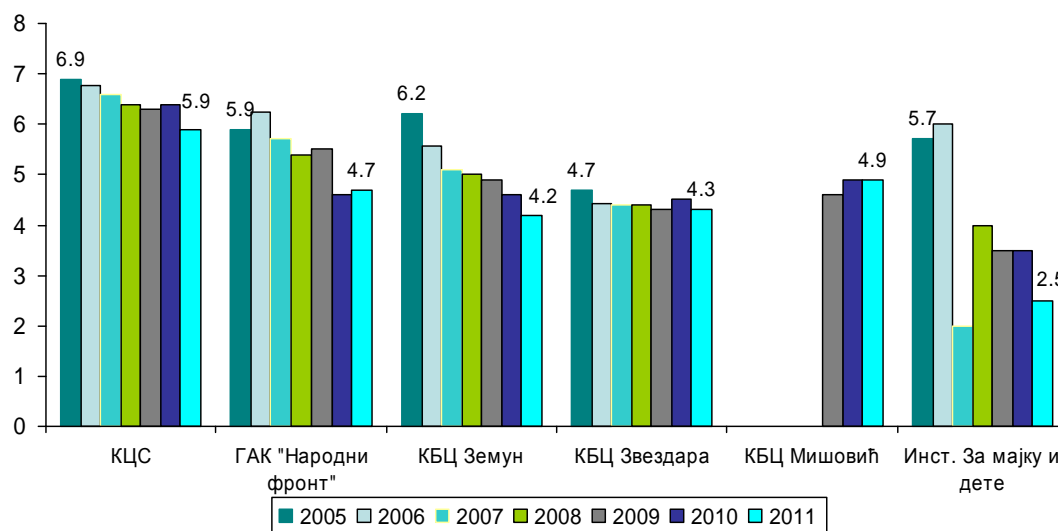
Графикон 8.



Просечна дужина лечења је највећа у Клиници за гинекологију и акушерство КЦС (5,9 дана), што је и очекивано, јер је болница терцијарног нивоа која збрињава најтеже болеснике у овој области. Најкраћа дужина лечења је у Институту за здравствену заштиту мајке и детета Србије, 2,5 дана, где се врши специфична заштита у области гинекологије дечјег и јувенилног доба. С обзиром да методологија праћења просечне дужине лечења на гинеколошко-акушерским одељењима није мењана, могуће је направити поређење од 2005. до 2011. године. Као што се види на графикону 9, у свим установама постоји тенденција скраћења просечне дужине лечења, изузев КБЦ „Др Драгиша Мишовић“, где је породилиште почело да ради 2009. године.

**Просечна дужина болничког лечења по болницама у Београду, 2005-2011. -гинекологија и акушерство-**

Графикон 9.



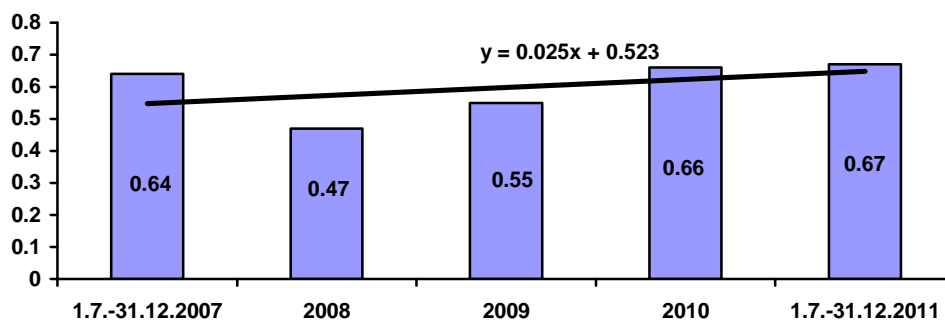
**Напомена:** подаци за 2007. и 2011. годину односе се на шестомесечни период.

## 6. Просечан број медицинских сестара по заузетој болничкој постељи

У оквиру гинекологије и акушерства на нези болесника било је ефективно ангажовано 418,8 медицинских сестара, што је за 2 више у односу на претходну годину. Због смањења заузетости постељног фонда, просечан број медицинских сестара по заузетој постељи је повећан у односу на претходне године и износи 0,67 (графикон 10).

Просечан број медицинских сестара по заузетој болничкој постељи на гинеколошко-акушерским одељењима у болницама у Београду, 2007.-2011.

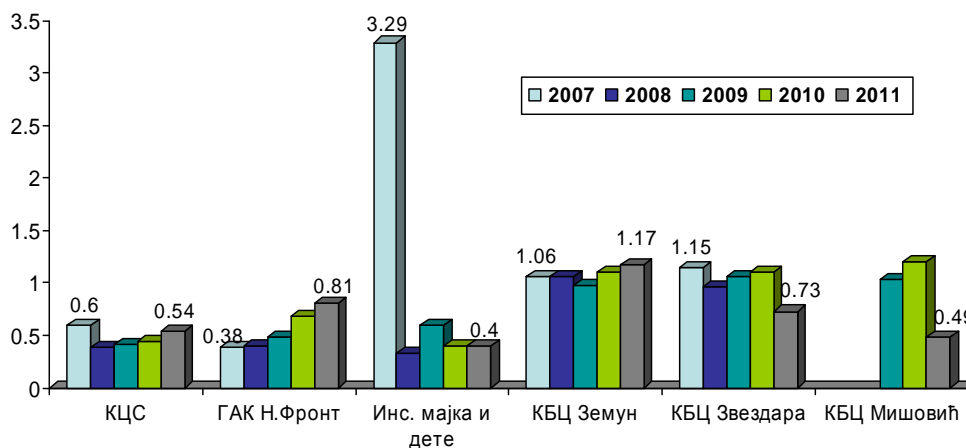
Графикон 10.



Најмањи број сестара по заузетој постељи је био у Институту за здравствену заштиту мајке и детета Србије - 0,4 сестре по постељи, као и у КБЦ „Др Драгиша Мишовић“, где је заузетост постељних капацитета изнад оптималне, док је највећи број у КБЦ „Земун“, где је најмања заузетост постељних капацитета (графикон 11).

Просечан број медицинских сестара по заузетој постељи по болницама у Београду, 2007.-2011. - гинекологија и акушерство-

Графикон 11.



**Напомена:** подаци за 2007. и 2011. годину односе се на шестомесечни период.

Велика разлика у вредности овог показатеља у Институту за здравствену заштиту мајке и детета Србије, као и у Клиничком центру Србије, у односу на 2007. годину, узрокована је нетачним извештавањем у 2007. години у овим установама (био је приказан укупан број медицинских сестара, а не број ефективно ангажованих). Вредности овог показатеља треба разматрати са резервом, јер је питање у којој мери болнице извештавају о броју ефективно ангажованих медицинских сестара.

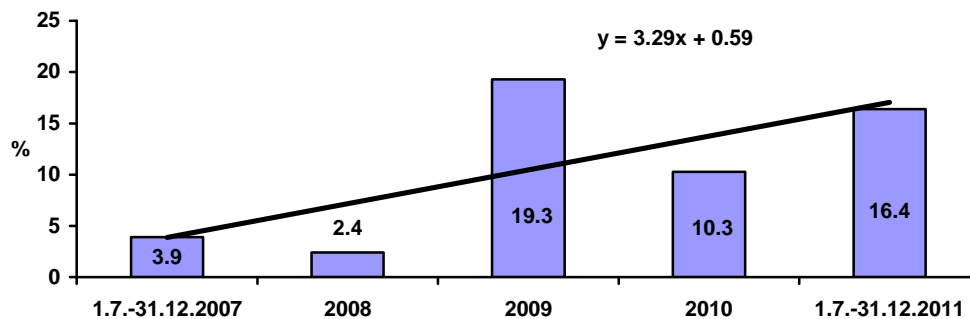
## 7. Процент породиља које су имале повреду при порођају

Повреде породиља по МКБ-10 (O70.0-O71.9) обухватају све повреде међице у току порођаја, као и друге акушерске озледе у току порођаја (прскање материце пре, током или после порођаја, акушерско кидање грлића материце, зида усмине, друге акушерске повреде органа карлице, акушерско оштећење зглобова и веза карлице, накупљање крви у карлици, друга означена акушерска озледа и акушерска озледа, неозначена).

Податке о повредама породиља доставило је свих 5 породилишта. Према добијеним извештајима, у току шест месеци 2011. године, су регистроване 1.654 породиље које су имале повреду при порођају. То значи да је сваки пети - шести порођај био је праћен повредом породиље (16,4%), што више у односу на претходну годину (графикон 12). То је делом условљено бољим извештавањем здравствених установа. Тако је у 2007. години само КБЦ „Земун“ доставио податке о броју повреда породиља, у 2008. години су 2 болнице доставиле податке, а у 2009. години свих 5 породилишта.

**Процент породиља које су имале повреду при порођају у болницама у Београду, 2007-2011.**

Графикон 12.



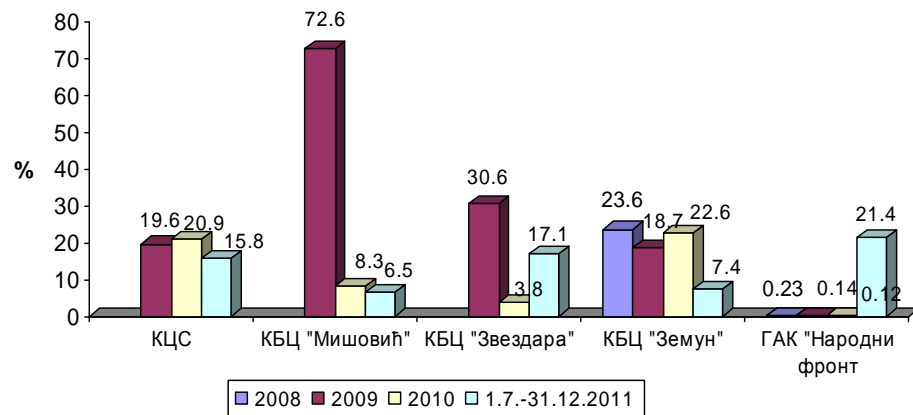
Примера ради, наводимо да се у америчким болницама државе Висконсин, прате повреде породиља при вагиналном порођају без употребе инструмената и са употребом инструмената. У 102 болнице, у периоду од 2007. до 2009. године, проценат повреда породиља код вагиналног порођаја без употребе инструмената био је 2,3% (са вредностима од 0% до 10,7% у различитим болницама), а 16,9% код вагиналног порођаја са употребом инструмената, са вредностима од 3,8% до 29% у различитим болницама (1). У државама чланицама ОЕЦД, у 2009. години, проценат повреда породиља код вагиналног порођаја са употребом инструмената износи

5,5%, са вредностима од 1,5% у Израелу и Словенији до око 13% у САД и Канади (2). Процент повреда породиља код вагиналног порођаја без употребе инструмената износи 1,6%, са вредностима од 0,4% у Француској и Словенији до преко 3% у Данској, Шведској и Швајцарској (2). У Енглеској је учесталост повреда 6% код вагиналног порођаја уз помоћ инструмената, а 3% за вагинални порођај без употребе инструмената (3).

Највише повреда у београдским болницама било је у највећим породилиштима, ГАК „Народни фронт“, 785 и Клиничком центру Србије, 540, а затим у КБЦ „Звездара“, 208. Међутим, стављајући у однос број породиља са повредом при порођају и укупан број породиља, уочава се да је највећи проценат повреда у ГАК „Народни фронт“ и КБЦ „Звездара“ (графикон 13.). У КБЦ „Земун“, КБЦ „Др Д. Мишовић“ и Клиничком центру Србије постоји тенденција смањења процента повреда породиља. Велике вредности у ГАК „Народни фронт“ у 2011. години су због тачнијег извештавања. Високе вредности у 2009. години у КБЦ „Мишовић“ су проузроковане начином извештавања, где су биле обухваћене и епизиотомије, што није у складу са Методолошким упутством за праћење овог показатеља.

**Процент повреда породиља при порођају по болницама у Београду, 2008.-2011.**

Графикон 13.



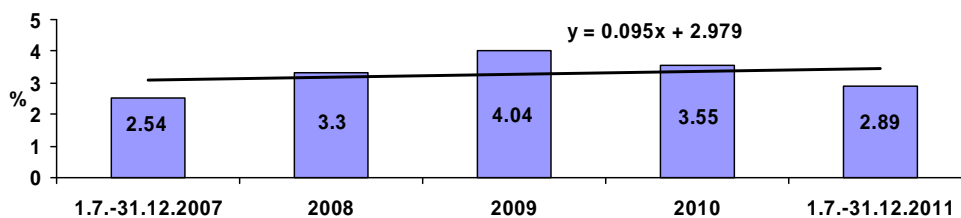
### 8. Процент новорођенчади која су имала повреду при рађању

Под повредом новорођенчета насталом при порођају, према МКБ-10 сматрају се унутарлобањска крварења, друге повреде централног нервног система, повреде поглавине, повреде костију новорођенчета, повреде периферног нервног система и друге повреде новорођенчета у току порођаја (шифре: P10.0 –P15.9). Према добијеним извештајима, из свих 5 породилишта било је укупно 299 повреда новорођенчади насталих при порођају. То значи да је 2,89% од 10.353 новорођенчета имало повреду при рађању (графикон 14).



**Процент новорођенчади која су имала повреду при рађању у болницама у Београду, 2007.-2011.**

Графикон 14.



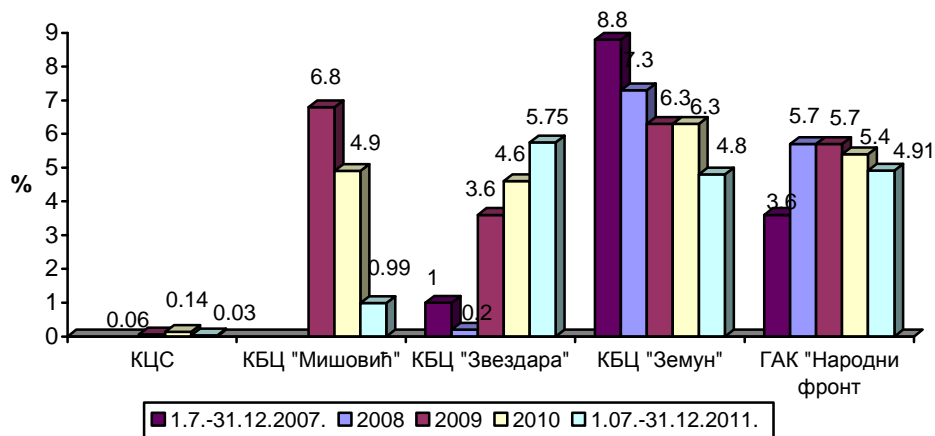
Процент новорођенчади која су имала повреду при рађању има растући тренд, међутим, ове податке су у 2007. и 2008. години доставила само 3 породилишта, а од 2009. године, податке доставља свих 5 породилишта. Приликом тумачења ових резултата треба имати у виду да је од 2007. до 2010. године, проценат повреда рачунат у односу на број порођаја, јер у показатељима квалитета који се прате, није било података о броју новорођене деце, а од 2011. године се рачуна на број живорођене деце.

Процент новорођенчади која су имала повреду при рађању има веће вредности у односу на америчке болнице у држави Висконсин, где је у 102 болнице проценат повреда 0,2% на 100 порођаја, са вредностима од 0% до 1,8% у различитим болницама (1). Ове резултате треба тумачити са резервом због различитих методолошких приступа при израчунавању овог показатеља.

Број повреда се значајно разликује у различитим установама у Београду (распон од 1 до 185), што указује на потребу провере тачности података. Највише повреда новорођенчади пријављује ГАК „Народни фронт“ (185), затим КБЦ „Звездара“ (70), КБЦ „Земун“ (32), а најмање КЦС (1) и КБЦ „Др Драгиша Мишовић“, 11.

**Процент новорођенчади која су имала повреде при рађању по болницама у Београду, 2007-2011.**

Графикон 15.



**Напомена:** Од 2007. до 2010. године проценат повреда рачунат је на број порођаја, а од 2011. године на број живорођене деце.

Међутим, стављајући у однос број повреда и број новорођенчади, види се да 3 породилишта, КБЦ „Земун“, ГАК „Народни фронт“ и КБЦ „Звездара“ имају сличне вредности, око 5%, а остала 2 породилишта знатно ниже вредности, испод 1%. У свим породилиштима, изузев КБЦ „Звездара“, постоји тенденција опадања заступљености повреда новорођенчади (графикон 15).

### 9. Процент порођаја обављених царским резом

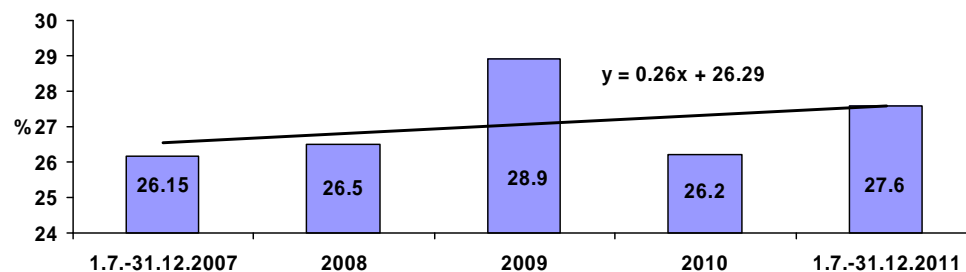
Стопа порођаја обављених царским резом је једна од најчешће коришћених мера перформанси болница и појединих лекара. Велике варијације у проценту царских резова између појединих болница и лекара указују да се царски рез обавља и због разлога који нису медицински.

Царски рез, у односу на вагинални порођај има веће ризике за породиљу због могућих компликација анестезије, инфекција, крварења, емболија. Такође је повећан ризик од респираторног дистрес синдрома код бебе. Опоравак и мајке и бебе дуже траје. Уколико је први порођај завршен царским резом, по правилу ће и следећи бити обављени царским резом, а постоје већи ризици од компликација у следећим трудноћама. Дужи је болнички боравак, а трошкови су знатно већи у односу на нормални порођај. Препорука је Светске здравствене организације да проценат царских резова не би требао да буде већи од 15%.

Од 10.088 порођаја обављених у болницама у Београду за шест месеци 2011. године, царским резом је завршено 2.785 или 27,6%, што је више у односу на претходне године (графикон 16).

#### Процент порођаја обављених царским резом у болницама у Београду, 2007-2011.

Графикон 16.



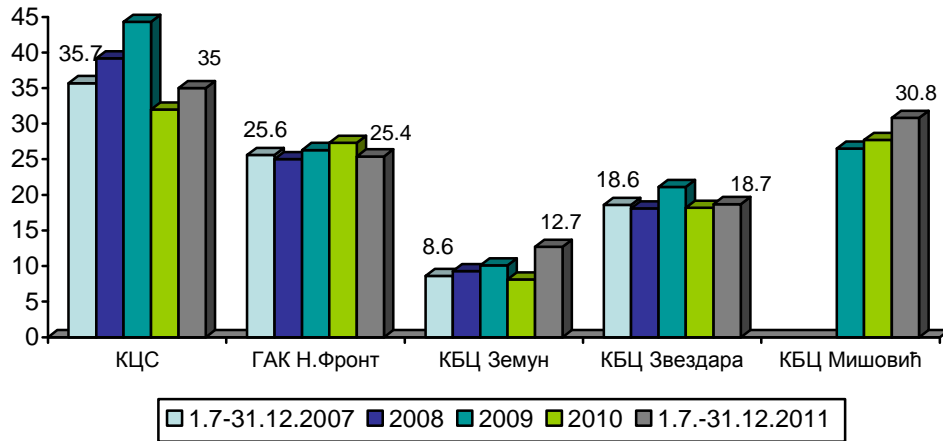
Највећа заступљеност царских резова је у Клиничком центру Србије, 35%, а најмања у КБЦ „Земун“, око 13% (графикон 17.). У односу на прошлу годину, проценат царских резова је повећан у КБЦ „Земун“, КЦС и КБЦ „Др Драгиша Мишовић“.

И у другим развијеним државама проценат царских резова је висок и износио је у 2009. години 38% у Италији, 36% у Португалу, 30% у Немачкој, а према доступним подацима за 2010. годину, у Мађарској 32,5%, а 29% у Аустрији (4). Просек држава европског региона за 2010. годину је 23%. У државама чланицама ОЕЦД-а у 2009. години учесталост царских резова је била 26% на 100 живорођених беба (2). Порођаји се најређе завршавају царским резом у Норвешкој,

14% (у овој земљи се око 30% порођаја обави код куће), а затим у Финској, Норвешкој, Шведској, око 16%. Царски рез је највише заступљен у Бразилу, 47%, а затим у Кини, Турској и Мексику, преко 40%.

### Процент порођаја обављених царским резом по болницама у Београду, 2007-2011.

Графикон 17.



Процент порођаја који се завршавају царским резом је у порасту широм света. Тако је, према подацима Светске здравствене организације, проценат порођаја завршених царским резом у односу на 100 живорођене деце, повећан у Немачкој са 15,7% у 1990. години на 30,3% у 2009. години, у Норвешкој је у периоду од 1970. до 2009. године повећано учешће царских резова са 2,2% на 17,3%, у Мађарској са 12,5% (1994. године) на 32,5% (2010.), а у Аустрији са 6,5% у 1981. години на 28,9% у 2010. години (4). У државама европског региона проценат царских резова је повећан са 9% у 1985. години на 23% у 2010. години, а у државама ОЕЦД-а са 14% у 1990. години на 26% у 2009. години (2). Сматра се да су два главна разлога за повећање процента царских резова: померена старосна граница за порођај и могућност да се царски рез обави на захтев жене. Царски рез је популаран и међу лекарима јер омогућава планирање порођаја и бољу организацију рада у породицишту.

### 10. Процент обдукованих

У области гинекологије и акушерства смртни исходи су ретки, па је и број обдукованих мали. У току шест месеци 2011. године, било је 7 смртних случајева и то: 5 у КЦС, 1 у ГАК „Народни фронт“ и 1 у КБЦ „Звездара“. Урађене су 2 обдукције (1 у КБЦ „Звездара“ и 1 у КЦС), тако да је проценат обдукованих на гинеколошко-акушерским одељењима био 28,6% (у 2010. години урађена је 1 обдукција, а проценат обдукованих је износио 3%, а у 2009. години 25%). Процент обдукованих у КБЦ „Звездара“ износио је 100%, а у КЦС 20%.

### 11. Процент подударности клиничких и обдукционих дијагноза

Процент подударности клиничких и обдукционих налаза је био 100% (као и претходне године), јер су урађене само две обдукције, чији је налаз био подударан са клиничким.

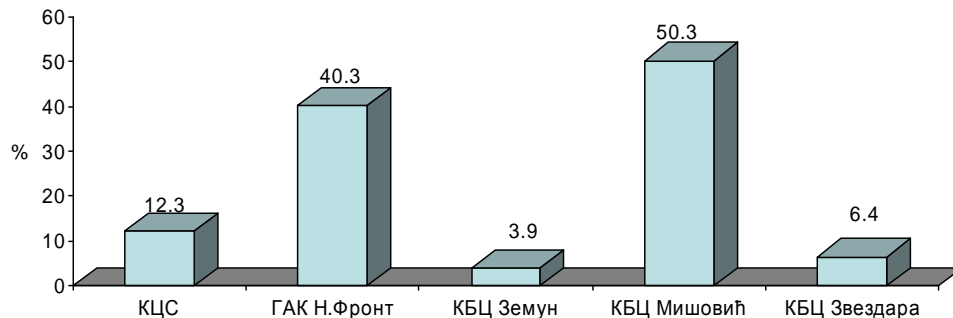
### 12. Процент порођаја обављених у епидуралној анестезији

Процент порођаја обављених у епидуралној анестезији је нови показатељ квалитета, који се прати од 1. јула 2011. године. Епидурална анестезија омогућава безболни порођај, убацивањем локалног анестетика у епидурални простор и блокадом сензорног нерва. Иако постоје и мишљења да примена епидуралне анестезије повећава стопу порођаја завршених царским резом, у Сједињеним америчким државама, епидурална анестезија се користи у приближно 60% порођаја (5).

Од 10.088 порођаја у болницама у Београду у току шест месеци 2011. године, епидурална анестезија је примењена код сваког четвртог (2565 или 25,4%). Међутим, постоје велике разлике између породилишта. Епидурална анестезија је највише коришћена у КБЦ „Др Д. Мишовић“ (50%) и ГАК „Народни фронт“ (40%), а најмање у КБЦ „Земун“ (само 4%) и КБЦ „Звездара“ (графикон 18).

**Процент порођаја у епидуралној анестезији по болницама у Београду, 1.7.-31.12.2011.**

Графикон 18.



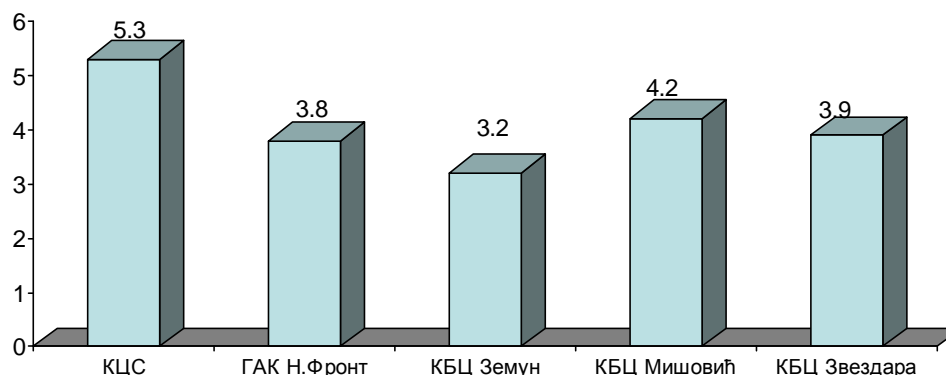
### 13. Просечна дужина лежања у болници за нормалан порођај

Просечна дужина лежања у болници за нормалан порођај је нови показатељ квалитета, који се прати од 1. јула 2011. године. Нормални порођај (шифре О80.0 до О80.9 по МКБ Х) укључује спонтани порођај код једноплодне трудноће (спонтани порођај главом, задњицом или други спонтани порођај код једноплодне трудноће). Очекује се да је у свим породилиштима просечна дужина болничког боравка за нормалан порођај уједначена.

Од 10088 породиља у болницама у Београду у периоду од 1. јула до 31. децембра 2011. године, нормалан порођај је имало 7052 или 69,9%. Оне су боравиле у болницама укупно 29.733 дана, тако да је просечна дужина лежања у болници за нормалан порођај била 4,2 дана. Међутим, постоје велике разлике између породилишта. Просечна дужина болничког боравка породиља које су имале нормалан порођај је најмања у КБЦ „Земун“, 3,2 дана, док је у Клиничком центру Србије за чак 2 дана дужа (графикон 19).

**Просечна дужина болничког боравка за нормалан порођај по болницама у Београду,  
1.7.-31.12.2011.**

Графикон 19.



**14. Процент пацијенткиња код којих је извршен поновни пријем на одељење интензивне неге у току хоспитализације на одељењу гинекологије и акушерства**

Процент пацијенткиња код којих је извршен поновни пријем на одељење интензивне неге у току хоспитализације на одељењу гинекологије и акушерства је нови показатељ квалитета, који се прати од 1. јула 2011. године.

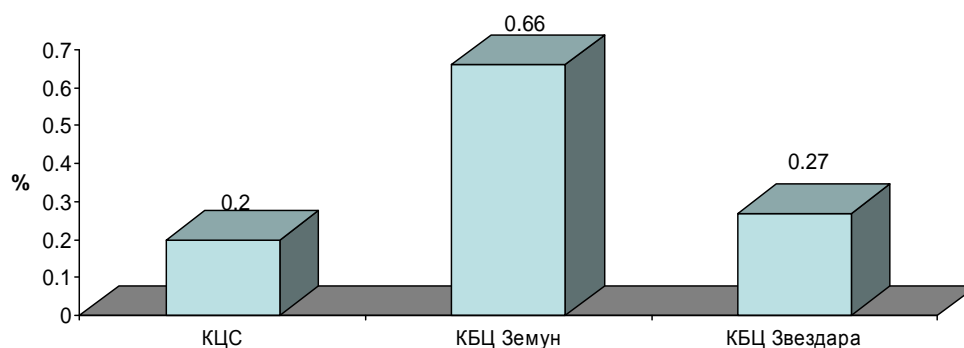
Јединице интензивне неге служе за интензивно лечење и негу пацијената са дисфункцијом (оштећењем) најмање једног органског система код којих је потребна основна респираторна или хемодинамска потпора и за пацијенте који су постоперативном лечењу (ниво 2 интензивног лечења и неге), као и за пацијенте којима је неопходна сложена респираторна потпора или базична респираторна потпора заједно са потпором још најмање 2 органска система (ниво 3 интензивног лечења и неге). Када престане потреба за интензивном негом, пацијент се пребацује у болесничку собу у стандардно болничко одељење. Поновни пријем на одељење интензивне неге указује на могућност да нису биле добро сагледане здравствене потребе пацијента, односно да је прерано упућен на стандардно одељење.

Према добијеним извештајима, од 23.281 хоспитализованих пацијенткиња, на одељењу интензивне неге лечена је свака трећа (7.379 или 31,7%). Највише пацијената лечених на интензивној нези било је у Клиничком центру Србије, 4561 (свака друга пацијенткиња), док је у осталим болницама између 13% и 24% пацијената лечених на интензивној нези. У Институту за здравствену заштиту мајке и детета Србије није било пацијенткиња које су лечене на интензивној нези.

Поновни пријем на одељење интензивне неге извршен је код 11 жена, од којих 9 у КЦС, а по 1 у КБЦ „Звездара“ и КБЦ „Земун“. Процент пацијената код којих је извршен поновни пријем на одељење интензивне неге је 0,15%, а највећи је у КБЦ „Земун“ (графикон 20).

**Процент пацијената код којих је извршен поновни пријем на одељење интензивне неге по болницама у Београду, 1.7.-31.12.2011.**

Графикон 20.



**15. Укљученост породицишта у програм „Болница пријатељ беба“**

Укљученост породицишта у програм „Болница пријатељ беба“ је нови показатељ квалитета, који се прати од 1. јула 2011. године. Овај програм омогућава рани контакт мајке и детета „кожа на кожу“ и почетак дојења пола сата после порођаја, мајке и новорођена деца су заједно у соби 24 сата на дан, а дојење се врши на захтев одојчета, без уоброчавања. Уредбом о националном програму здравствене заштите жена, деце и омладине предвиђено је да сва породицишта у Србији буду укључена у овај програм.

Према добијеним извештајима, у периоду јул – децембар 2011. године, само породициште у Клиничком центру Србије није укључено у програм „Болница пријатељ беба“.

**16. Процент порођаја обављених уз присуство партнера или члана породице породиље**

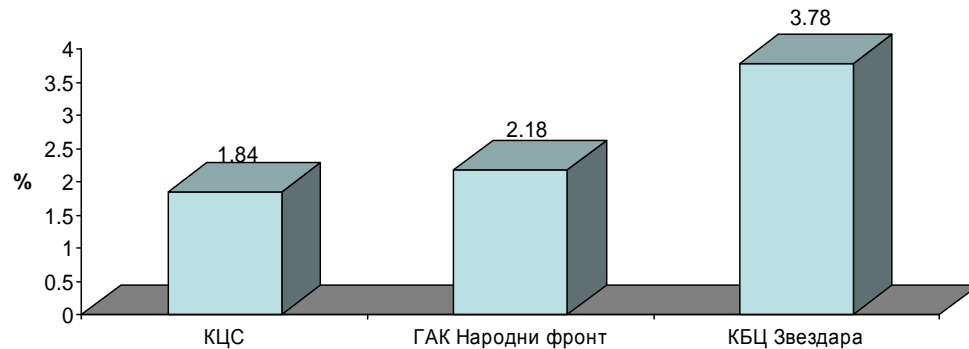
Процент порођаја обављених уз присуство партнера или члана породице породиље је нови показатељ квалитета, који се прати од 1. јула 2011. године. Уредбом о националном програму здравствене заштите жена, деце и омладине и Стручно-методолошким упутством за примену Уредбе о националном програму за здравствену заштиту жена, деце и омладине предвиђено је развијање и примена социјалне компоненте према породиљи и омогућавање присуства породиљи блиске особе на порођају. Присуство супруга или другог члана породице породиље даје осећај сигурности породиљи, односно осећај да није сама и беспомоћна, што омогућава да се порођај обави са што мање компликација.

Према добијеним извештајима, у периоду јул – децембар 2011. године, у 3 породицишта у Београду омогућено је присуство партнера или члана породице породиље на порођају и то у: ГАК „Народни фронт“, КЦС и КБЦ „Звездара“. Међутим, мали је број порођаја обављен уз присуство партнера. Од 10.088 порођаја само 189 или 1,87% је било уз присуство партнера. Највише порођаја уз присуство партнера или члана породице породиље било је у КБЦ „Звездара“, 3,8% (графикон

20). Илустрације ради наводимо да се у Великој Британији више од 90% порођаја обави уз присуство партнера (8).

**Процент порођаја уз присуство партнера по болницама у Београду, 1.7.-31.12.2011.**

Графикон 20.



## ЛИТЕРАТУРА

1. Wisconsin Inpatient Hospital Quality Indicators Report 2009. WHA Information Center, December 2010. Dostupno na: [http://www.whainfocenter.com/data\\_resources/2009wiinpatientqirealise.pdf](http://www.whainfocenter.com/data_resources/2009wiinpatientqirealise.pdf). Pristupljeno:30.04.2012.
2. OECD (2011), Health at a glance 2011: OECD indicators, OECD publishing. DOI:10.1787/health\_glance-2011-en
3. Raleigh VS. patient safety indicators for England from hospital administrative data: case-control analysis and comparison with US data. BMJ, 2008;337
4. WHO Regional Office for Europe. European health for all database (HFA-DB). Dostupno na:<http://www.euro.who.ith/hfadb>. Pristupljeno:30.04.2012.
5. Camann W. Pain relief during labor (editorial). N Engl J Med 2005; 352: 718-720
6. Уредба о националном програму за здравствену заштиту жена, деце и омладине („Службени гласник РС“ бр. 28/09)
7. Институт за здравствену заштиту мајке и детета Србије „Др Вукан Чупић“: Стручно методолошко упутство за спровођење Уредбе о националном програму за здравствену заштиту жена, деце и омладине. 2010.
8. Simps P. A father presence during childbirth makes labour longer and harder and could damage mother and child's health. 2009. Dostupno na: [www.dailymail.co.uk/health/article-1221248/Having-man-present-childbirth-cause-marriage-break-ups-mental-illness.html](http://www.dailymail.co.uk/health/article-1221248/Having-man-present-childbirth-cause-marriage-break-ups-mental-illness.html) Pristupljeno:22.05.2012.