

ПОКАЗАТЕЉИ КВАЛИТЕТА РАДА СТАЦИОНАРНИХ ЗДРАВСТВЕНИХ
УСТАНОВА У БЕОГРАДУ ЗА ПЕРИОД 1.01.-31.12.2012. ГОДИНЕ

-ХИРУРШКЕ ГРАНЕ МЕДИЦИНЕ-

Хируршке гране медицине обухватају: општу хирургију, абдоминалну хирургију, кардиоваскуларну хирургију, торакалну хирургију, неурохирургију, ортопедију, офталмологију, оториноларингологију, трауматологију, пластичну и реконструктивну хирургију, урологију, максилатофацијалну хирургију, дечју хирургију.

С обзиром да је промењен Правилник о показатељима квалитета здравствене заштите, од 1. јула 2011. године, дошло је до промена показатеља квалитета хируршких грана медицине. Више се не прати проценат пацијената упућених на лечење у друге установе, додата су 4 нова показатеља (број умрлих пацијената после апендектомије и холецистектомије, проценат пацијената који су добили сепсу после операције и проценат пацијената код којих је извршен поновни пријем на одељење интензивне неге), а 1 показатељ је промењен (просечан број оперисаних пацијената по хирургу сада укључује и пацијенте оперисане у регионалној и локалној анестезији).

Показатељи квалитета који се прате за хируршке гране медицине су:

- 1) стопа леталитета
- 2) проценат умрлих у току првих 48 сати од пријема
- 3) стопа леталитета оперисаних пацијената
- 4) просечна дужина болничког лечења
- 5) просечан број преоперативних дана лечења
- 6) просечан број оперисаних пацијената у општој, регионалној и локалној анестезији по хирургу
- 7) просечан број медицинских сестара по заузетој болничкој постељи
- 8) проценат обдукованих
- 9) проценат подударности клиничких и обдукционих дијагноза
- 10) проценат пацијената код којих је извршен поновни пријем на одељење интензивне неге у току хоспитализације на свим одељењима хируршких грана медицине
- 11) број умрлих пацијената после апендектомије
- 12) број умрлих пацијената после холецистектомије
- 13) проценат пацијената који су добили сепсу после операције

Хируршке гране медицине заступљене су у 11 београдских болница. С обзиром да су у различитим болницама заступљене различите медицинске дисциплине у оквиру хируршких грана медицине, које имају и различите очекиване вредности показатеља квалитета, у овој анализи је вршено поређење показатеља квалитета истих медицинских дисциплина, где год је то било могуће. У клиничко-болничким центрима постоје разлике у заступљеним хируршким дисциплинама (КБЦ „Земун“ и „Звездара“ имају одељења ОРЛ, а КБЦ „Звездара“ има и одељење офталмологије, којих нема у КБЦ „Бежанијска Коса“ и „Др Д. Мишовић“, КБЦ

„Бежанијска коса“ има одељење грудне хирургије које немају остали клиничко-болнички центри, КБЦ „Земун“ има одељење неурохирургије и сл.), што утиче на вредности показатеља квалитета, али због методологије извештавања, није могуће поређење клиничко-болничких центара по истим медицинским дисциплинама.

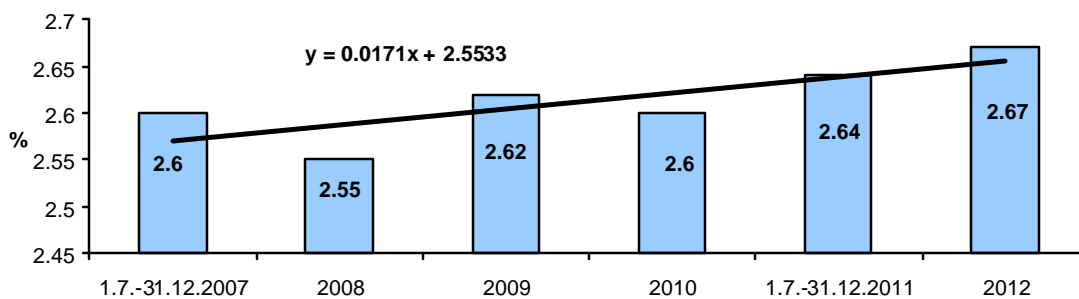
Клинички центар Србије и 4 клиничко-болничка центра збрињавају више од половине свих лечених на хируршким одељењима у болницама у Београду (71.922 или 71,3%), а спадају у групу сродних установа, тако да је посебно анализиран и упоређиван рад ових установа, и поред напред наведених методолошких недостатака.

1. Стопа леталитета

У току 2012. године у болницама у Београду је лечено 100.889 пацијената у оквиру хируршких грана медицине. Смртним исходом завршено је лечење код 2.690 пацијента. **Стопа леталитета је износила 2,67%** и скоро је непромењена у односу на претходне године, уз лагано растући тренд (графикон 1). У ове вредности нису укључени лечени и умрли пацијенти у дневним хируршким болницама.

Стопа леталитета на хируршким одељењима у Београду, 2007. – 2012.

Графикон 1.



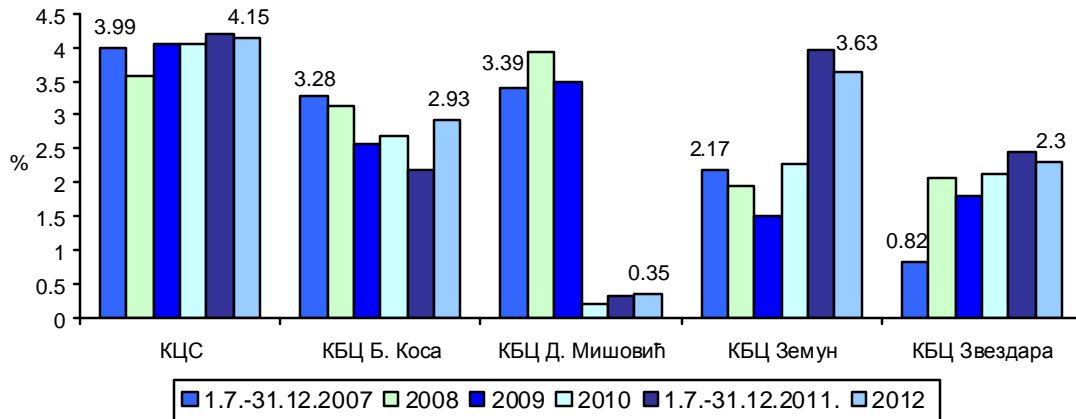
Највећу стопу леталитета има, према очекивању, Клинички центар Србије, 4,15% (графикон 2.). У овој установи се збрињава скоро половина (43,6%) од укупног броја хируршких пацијената у Београду и дијагностикују се и лече пацијенти са најтежим хируршким обољењима и стањима из целе Србије. Стопа леталитета је уједначена у целом посматраном периоду, око 4%. У КБЦ „Бежанијска коса“ постоји тенденција смањења стопе леталитета, као и у КБЦ „Др Драгиша Мишовић“, где су, због последица пожара на хируршко лечење примани само елективни пацијенти, због чега је стопа леталитета била само 0,35%.

У КБЦ „Звездара“ и КБЦ „Земун“ постоји тенденција пораста стопе леталитета, што се делом може тумачити и завршетком грађевинских радова на реконструкцији хируршких одељења, и због тога, повећаним обимом рада и пријемом пацијената са тежим обољењима. Треба имати у виду да у КБЦ „Звездара“ постоје велика одељења офталмологије и оториноларингологије, која, због природе обољења која лече, имају велики број исписаних пацијената, а мали

број умрлих. Зато би било исправније пратити леталитет у оквиру истих медицинских дисциплина, што садашњом методологијом није могуће.

Стопа леталитета у КЦС и клиничко-болничким центрима– хируршке гране медицине, 2007-2012.

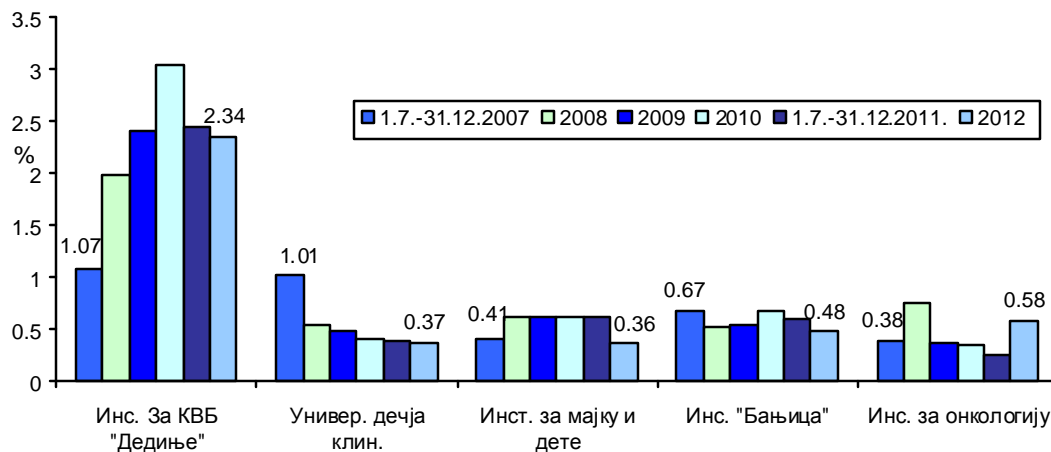
Графикон 2.



У осталим здравственим установама које се баве хируршким лечењем одређених обољења (малигних, ортопедских и кардиоваскуларних) или дечје популације, Институт за кардиоваскуларне болести „Дедиње“ има највећу стопу леталитета у свим посматраним годинама. Иако је у односу на податке из 2011. године стопа леталитета смањена, према прикупљеним подацима у периоду од 2007.-2012. године, у овој установи постоји тренд пораста смртних исхода. У Универзитетској дечјој клиници стопа леталитета опада из године у годину, у Институту за здравствену заштиту мајке и детета Србије и Институту за ортопедско-хируршке болести „Бањица“ забележен је пад стопе леталитета у односу на претходну годину, док је у Институту за онкологију забележен значајан пораст у односу на претходну годину, са 0,25% на 0,58% (графикон 3).

Стопа леталитета у болницама у Београду, изузев КЦС и КБЦ– хируршке гране медицине, 2007-2012.

Графикон 3.



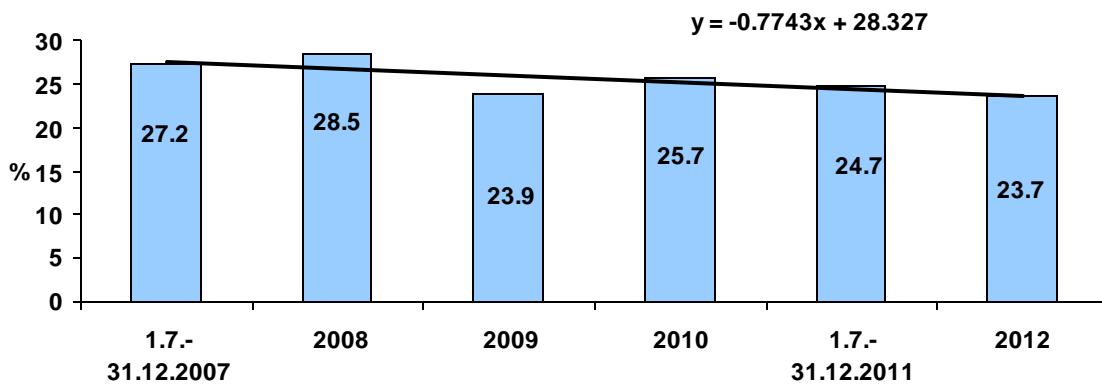
Поређење различитих установа у оквиру исте медицинске дисциплине за 2012. годину, могуће је само у областима ортопедије, кардиоваскуларне хирургије, дечје хирургије и гинекологије и акушерства. Као и претходне године, у КЦС стопа леталитета на ортопедији (2,3%) је већа у односу на Институт за ортопедско-хируршке болести „Бањица“ (0,48%), а такође, и у области кардиоваскуларне хирургије (3,1% у Клиници за васкуларну хирургију КЦС, 7,7% у Клиници за кардиохирургију КЦС, а 2,3% у Институту за кардиоваскуларне болести „Дедиње“). У области гинекологије и акушерства, леталитет у КЦС је 0,1%, а у ГАК „Народни фронт“ 0,05%. На дечјој хирургији стопа леталитета је подједнака у Универзитетској дечјој клиници (0,37%) и у Институту за здравствену заштиту мајке и детета Србије (0,36%).

2. Процент умрлих у току првих 48 сати од пријема

Од 2.690 смртних исхода на хируршким одељењима у болницама у Београду, 638 се десио у првих 48 сати од болничког пријема. Процент умрлих у првих 48 сати од болничког пријема износи 23,7%, и најнижи је од када са прати овај показатељ (графикон 4).

Процент умрлих у току првих 48 сати од пријема на хируршка одељења у Београду, 2007.-2012. год.

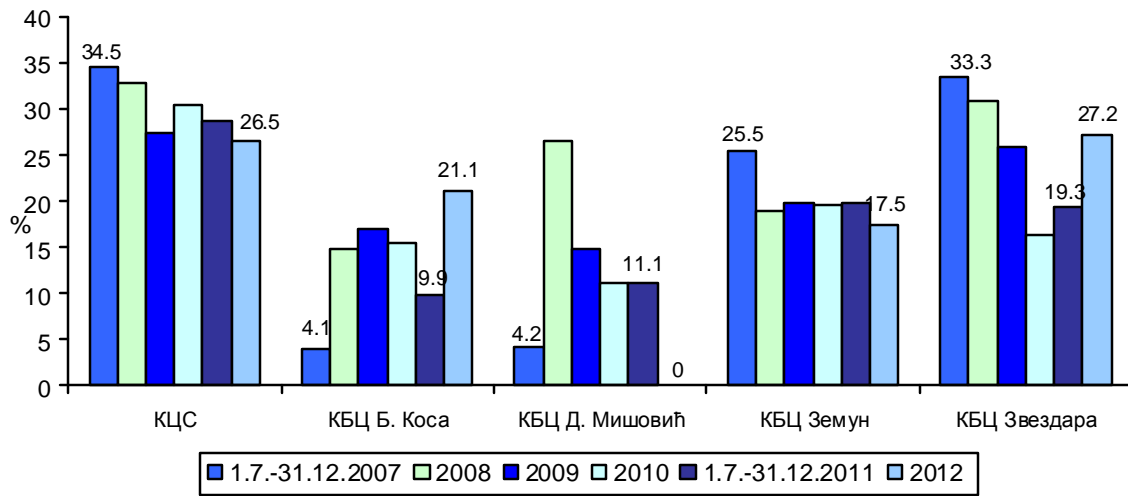
Графикон 4.



Највећи проценат умрлих у првих 48 сати од болничког пријема је, као и претходне године, у Универзитетској дечјој клиници и износи 29,2%, што је значајно ниже него у претходној години, КБЦ „Звездара“ (27,2%) и КЦС (26,5%). У КБЦ „Б. Коса“ и КБЦ „Звездара“ забележен је велики пораст процента умрлих у првих 48 сати од болничког пријема у односу на претходну годину (графикон 5.). Према прикупљеним подацима у КБЦ „Др. Д. Мишовић“ није забележен ниједан случај умрлог пацијента у току 48 сати од пријема.

Процент умрлих у току првих 48 сати од пријема у КЦС и клиничко-болничким центрима – хируршке гране медицине, 2007.-2012.

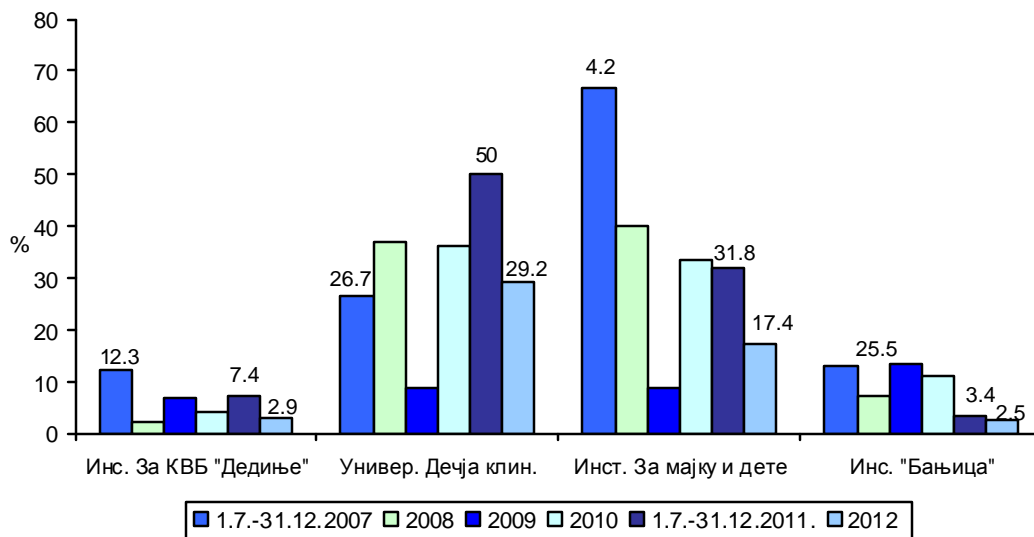
Графикон 5.



Опадајући тренд овог показатеља забележен је у свим осталим установама, са изузетком Универзитетске дечје клинке која, и поред тога што је забележила значајан пад вредности у односу на 2011. годину и даље има растући тренд (графикон 6). У Институту за онкологију и радиологију Србије није било смртних исхода у првих 48 сати од болничког пријема ни у једној посматраној години.

Процент умрлих у току првих 48 сати од пријема у болницама у Београду (сем КЦС и КБЦ) – хируршке гране медицине, 2007.-2012.

Графикон 6.



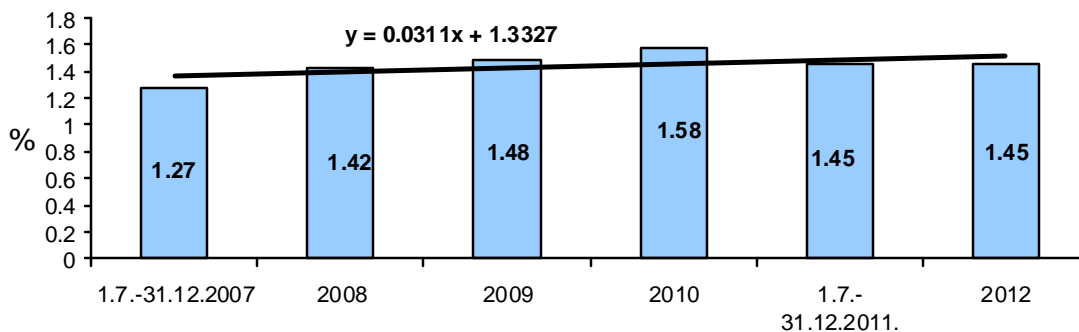
Поређење различитих установа у оквиру исте медицинске дисциплине за 2012. годину, могуће је само у областима ортопедије, кардиоваскуларне хирургије, гинекологије и акушерства и дечје хирургије. У КЦС, као и претходне године, проценат умрлих у току првих 48 сати од пријема на кардиоваскуларној хирургији

(35,1% на Клиници за васкуларну хирургију, 20,2% на Клиници за кардиохирургију) је знатно већи у односу на Институт за кардиоваскуларне болести „Дедиње“ (2,9%). У области ортопедије и трауматологије био је 1 смртни исход у првих 48 сати од болничког пријема и у КЦС (1,7%) и у Институту за ортопедско-хируршке болести „Бањица“ (2,5%). У области гинекологије и акушерства у КЦС је било 2 смртна исхода у првих 48 сати од болничког пријема (12,5%), у ГАК „Народни фронт“ 1 смртни исход (11%). На дечјој хирургији стопа леталитета у току првих 48 сати од пријема је већа у Универзитетској дечјој клиници (29,2%) у односу на Институт за здравствену заштиту мајке и детета Србије (17,4%).

3. Стопа леталитета оперисаних пацијената

Податке о леталитету оперисаних пацијената доставило је 10 болница (податке није доставила једино ГАК „Народни фронт“). У њима је исписано 97.442 оперисаних пацијената, а смртним исходом је завршено лечење код 1.413 оперисаних пацијената. Стопа леталитета оперисаних пацијената за 2012. годину је идентична као и претходне године и износи 1,45%, а има тенденцију благог пораста у односу на претходне године (графикон 7). Према методологији за праћење овог показатеља, **урачунати су и подаци из дневних хируршких болница.**

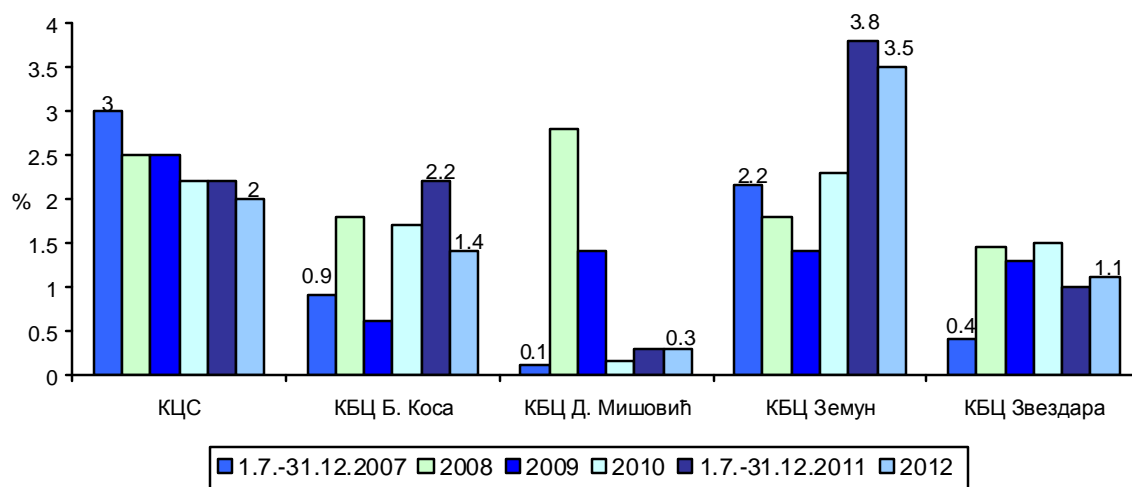
Стопа леталитета оперисаних пацијената у болницама у Београду, 2007-2012.
Графикон 7.



Највећа стопа леталитета била је у КБЦ „Земун“ (3,5%). У овој болници, као и у КБЦ „Бежанијска коса“ и КБЦ „Звездара“ стопа леталитета оперисаних пацијената има тренд повећања, док у остала два клиничко-болничка центра и Клиничком центру Србије има тренд опадања (графикон 8.). Најнижа стопа леталитета је у КБЦ „Др Драгиша Мишовић“, где су, на лечење примани само елективни пацијенти.

Стопа леталитета оперисаних пацијената у КЦС и клиничко-болничким центрима, 2007.-2012.

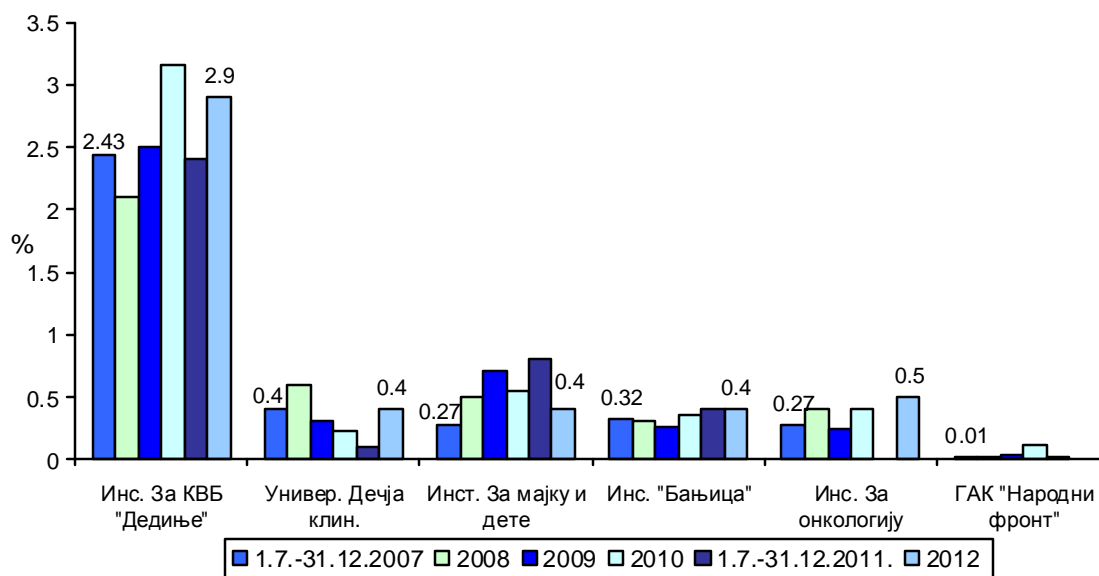
Графикон 8.



Од осталих болница, највећу стопу леталитета оперисаних, као и претходних година, има Институт за кардиоваскуларне болести „Дедиње“, 2,9% (графикон 9). То је и очекивано због сложености кардиохируршких операција. Најмања стопа леталитета је у Институту за ортопедско хируршке болести „Бањица“, Универзитетској дечјој клиници и Институту за здравствену заштиту мајке и детета Србије „Др Вукан Чупић“.

Стопа леталитета оперисаних пацијената у болницама у Београду (сем КЦС и КБЦ), 2007-2012.

Графикон 9.



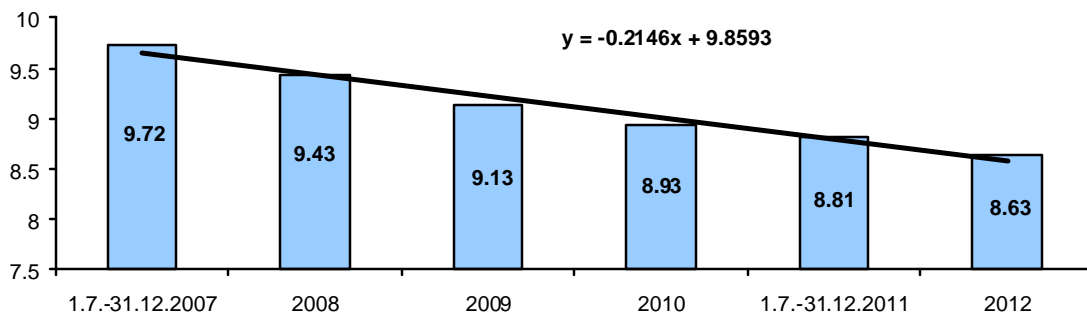
Због различите заступљености медицинских дисциплина у оквиру хируршких грана медицине, које имају и различите очекиване вредности оперативног леталитета, није могућа адекватна компарација здравствених установа. Поређење различитих установа у оквиру исте медицинске дисциплине могуће је само у областима ортопедије, кардиоваскуларне хирургије, гинекологије и акушерства и дечје хирургије. Као и претходне године, у КЦС стопа леталитета оперисаних пацијената на кардиоваскуларној хирургији (3,1% на васкуларној хирургији, а 7,7% на кардиохирургији) је већа у односу на Институт за кардиоваскуларне болести „Дедиње“ (2,9%), док је на ортопедији (2,3%), скоро шест пута већа у односу на Институт за ортопедско-хируршке болести „Бањица“ (0,4%). На гинеколошко-акушерским одељењима стопа леталитета оперисаних пацијената је у КЦС 0,1% (2 умрла пацијента), док ГАК „Народни фронт“ није доставио податке. На дечјој хирургији стопа леталитета оперисаних пацијената је приближно иста и износи у Универзитетској дечјој клиници 0,37%, а у Институту за здравствену заштиту мајке и детета Србије 0,35%.

4. Просечна дужина болничког лечења

У току 2012. године на хируршким одељењима у болницама у Београду (без дневних хируршких болница) лечено је 100.889 пацијената и остварено 870.269 дана болничког лечења. Просечна дужина лечења била је 8,6 дана и наставља тренд опадања (графикон 10).

Просечна дужина болничког лечења на хируршким одељењима у болницама у Београду, 2007.-2012. год.

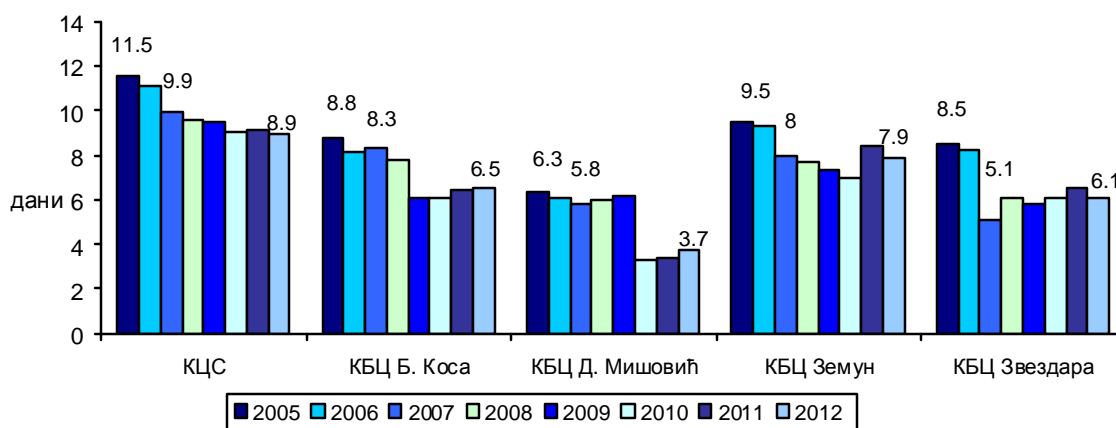
Графикон 10.



У КЦС-у просечна дужина лечења износила је око 8,9 дана, док су четири КБЦ-а имали нешто мање вредности. У КБЦ „Земун“ забележена је просечна дужина од 7,9 дана, док је најкраћа просечна дужина лечења била у КБЦ „Др. Драгиша Мишовић“ и износила је 3,7 дана. (графикон 11). С обзиром да овај показатељ није мењан од 2005. године, анализирали смо период од 2005. до 2012. године. У односу на 2005. годину, у свим клиничко-болничким центрима и Клиничком центру Србије, остварено је значајно скраћење дужине болничког лечења, за 2 до 3 дана.

**Просечна дужина болничког лечења у КЦС и клиничко-болничким центрима,
2005-2012. -хируршке гране медицине-**

Графикон 11.



И у већини осталих болница, просечна дужина лечења у оквиру хируршких дисциплина је скраћена у односу на претходне године, сем Института за ортопедско-хируршке болести „Бањица“ и у Институту за здравствену заштиту мајке и детета „ Др В. Чупић“ где је забележена иста вредност као и претходне године (табела 1.).

Табела 1. Просечна дужина лечења-хируршке гране медицине, 2005-2012.

ЗДРАВСТВЕНА УСТАНОВА	2005	2006	1.07.- 31.12. 2007.	2008	2009	2010	1.07.- 31.12. 2011.	2012
Универзитетска дечја клиника	9,9	9,4	7,9	7,6	6,6	6,8	7,2	6,8
Институт за орто.хируршке бол. „Бањица“	20,8	21,7	19,5	19,5	18,8	19,6	17,2	18,5
Инст. за здрав. заш. мајке и детета Србије	7,96	7,96	6,1	5,6	6,6	7,2	5,9	5,9
Институт за онкологију и радиол. Србије	8,6	8,9	9,3	9,1	8,9	8,2	7,4	7,2
Инс. за кардиоваскуларне бол. „Дедиње“	7,9	6,6	13,4	11,5	11,2	11,9	11,95	11,4

Мора се имати у виду да у болницама постоје разлике у заступљеним хируршким дисциплинама. Различите медицинске дисциплине се разликују и у дужини лечења, па је боље вршити компарацију у оквиру исте медицинске дисциплине. Поређење дужине лечења у оквиру исте хируршке дисциплине, а у различитим здравственим установама је показало велике разлике између установа. На ортопедији у КЦС дужина лечења (18,9 дана) и приближно је једнака дужини лечења у Институту „Бањица“ (18,5), док је у оквиру дечје хирургије просечна дужина лечења у Институту за здравствену заштиту мајке и детета Србије (5,9 дана) краћа него у Универзитетској дечјој клиници (6,8 дана). У области гинекологије и акушерства дужина лечења у КЦС (6 дана) је за 1,5 дан већа у односу на ГАК „Народни фронт“ (4,5 дана). У оквиру кардиоваскуларне хирургије,

као једне од најсложенијих и најскупљих хируршких дисциплина, није могуће поређење просечне дужине лечења у две наше највеће установе, с обзиром да КЦС приказује одвојено васкуларну и кардиохирургију, а Институт за кардиоваскуларне болести „Дедиње“ приказује збирно кардиоваскуларну хирургију.

Овакве вредности треба да буду сигнал болницама за даљу анализу и преиспитивање могућности скраћења хоспитализације.

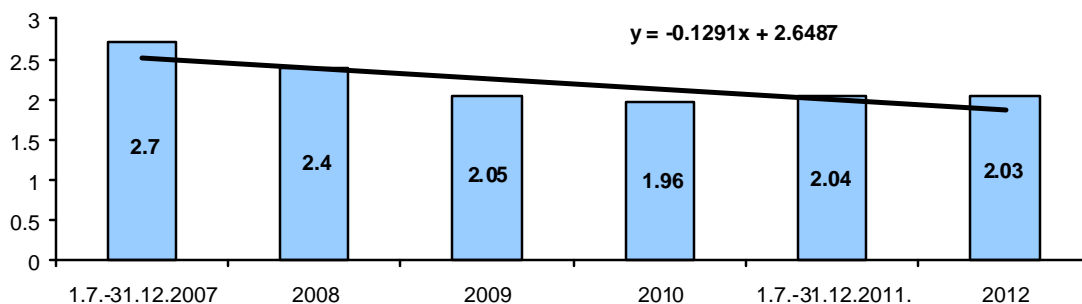
5. Просечан број преоперативних дана лечења

Дужина преоперативног боравка пацијента у болници зависи од преоперативне припреме пацијента, а директно утиче на трошкове здравствене заштите, оптерећеност болничког кадра, али и на могућност настанка интрахоспиталних инфекција. Просечна дужина преоперативног боравка према Gertmanu и Restucii не треба да буде већа од 24 сата, јер се очекује да хитни пацијенти буду оперисани истог дана када су примљени на болничко лечење, а елективни пацијенти да буду припремљени за операцију у ванболничким условима (1).

У току 2012. године у београдским болницама је извршено 133.482 хируршке интервенције у операционим салама и остварено 271.101 дана преоперативног боравка (рачунајући и дневне хируршке болнице). Просечна дужина преоперативног боравка била је 2,03 дана и нешто је мања у односу на претходну годину, и наставља опадајући тренд у односу на све године праћења овог параметра, мада од 2009. године не постоји значајна разлика у смањењу просечног броја преоперативних дана лечења у Београду (графикон 12).

Просечан број преоперативних дана лечења у болницама у Београду, 2007.-2012.

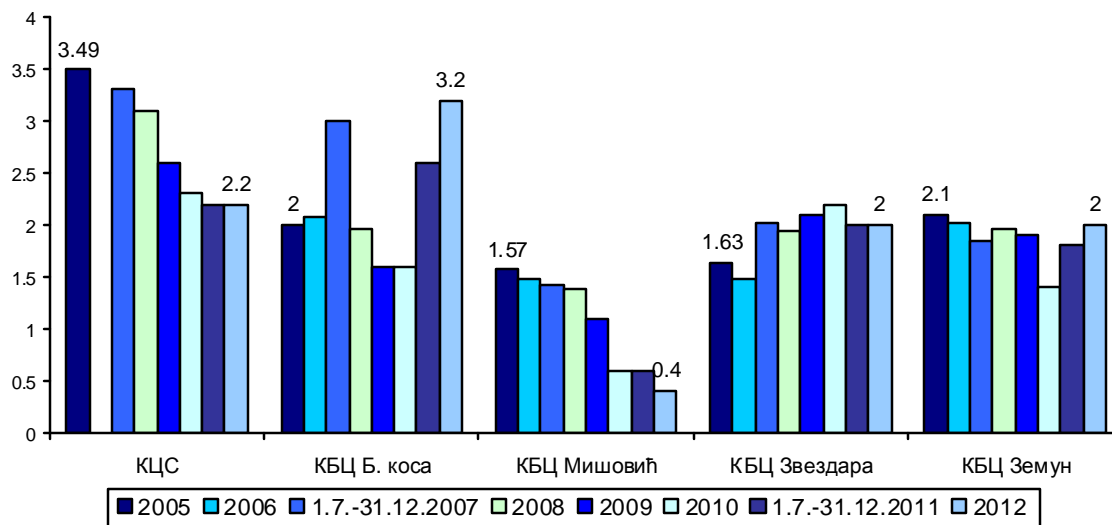
Графикон 12.



У Клиничком центру Србије, КБЦ „Звездара“ и КБЦ „Земун“, просечна дужина преоперативног болничког боравка је око 2 дана, а у КБЦ „Др Драгиша Мишовић“, где се раде само елективне операције, је знатно краћа и износи 0,4 дана. У односу на претходну годину, КЦС и КБЦ „Звездара“ су забележиле исте вредности, док је у КБЦ „Бежанијска Коса“ и КБЦ „Земун“ забележено повећање просечног броја преоперативних дана (графикон 13.).

Просечан број преоперативних дана болничког боравака у КЦС и клиничко-болничким центрима, 2005-2012.

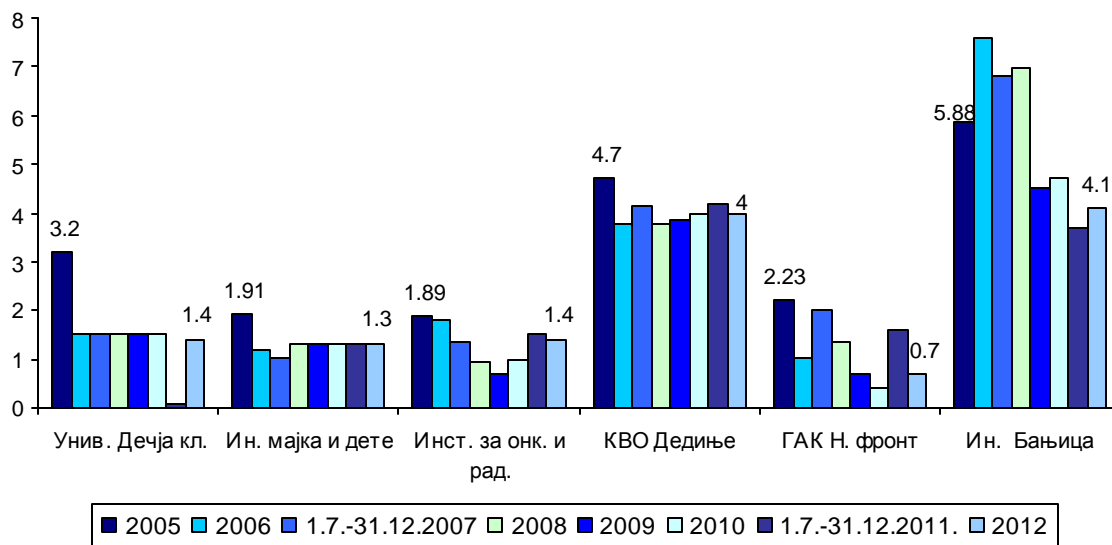
Графикон 13.



Од осталих болница, најдужи преоперативни боравак је у Институту за кардиоваскуларне болести „Дедиње“ и Институту за ортопедско-хируршке болести „Бањица“ (око 4 дана), а најкраћи у ГАК „Народни фронт“, где износи 0,7 дана (графикон 14).

Просечан број преоперативних дана болничког боравака у болницама у Београду, изузев КЦС и КБЦ, 2005-2012.

Графикон 14.



У оквиру исте медицинске дисциплине постоје разлике у дужини преоперативног лечења између установа и у 2012. години. На гинекологији и акушерству у КЦС преоперативни боравак је 3 дана, а у ГАК „Народни фронт“ износи 0,7 дана. У Институту за кардиоваскуларне болести „Дедиње“ број преоперативних дана је 4, а у КЦС је знатно мањи (1,4 на васкуларној хирургији, а

1,8 на кардиохирургији). У Институту за ортопедско-хируршке болести „Бањица“ преоперативни боравак је 4,1 дана и краћи је за 1 дан у односу на ортопедију у Клиничком центру Србије (5,1 дана). У области дечје хирургије, број преоперативних дана је 1,3 у Институту за здравствену заштиту мајке и детета Србије, а 1,4 у Универзитетској дечјој клиници.

Наведене вредности треба да послуже за даљу анализу у здравственим установама и утврђивање оправданости дужег преоперативног боравка.

6. Просечан број оперисаних пацијената у општој, регионалној и локалној анестезији по хирургу

Број операција у општој, регионалној и локалној анестезији по хирургу није директна мера квалитета, али показује обим рада, односно искуство које имају лекари у болници. Верује се да квалитет хируршког рада зависи од обима рада (2, 3, 4, 5). Posnett је у систематском претраживању литературе показао да је мањи укупни леталитет, постоперативни леталитет или ризик од компликација у болницама са већим волуменом рада код пацијената оболелих од СИДЕ, карцинома колоне, ректума, дојке, желуца и панкреаса, као и код неких кардиохируршких интервенција (6). Међутим, има и супротних мишљења, а Sowden и сарадници су показали да, када се елиминишу разлике у прогнози болести за индивидуалног пацијента (везане за тежину болести, коморбидитет, старост пацијента и др.), веза између исхода и волумена опада, па чак и нестаје (7).

У току 2012. године у Београду је урађено 99.361 операција у општој, регионалној или локалној анестезији (урачунате су и операције у дневним хируршким болницама). У хируршки програм било је укључено ефективно 771,5 хирурга, што је за 51 мање у односу на претходну годину. У просеку је оперисано 128,8 пацијента у општој, регионалној и локалној анестезији по хирургу или 10,7 месечно. Поређење са претходним годинама није могуће, јер је до 2007. године праћен број операција у општој анестезији по хирургу, а од 2007. до 2010. године је праћен број операција у општој, спиналној и епидуралној анестезији по хирургу. Такође, поређење са 2011. годином, када је овај параметар почет са праћењем није довољно поуздано из разлога што су подаци у 2011. години прикупљени само за период од 01.07.-31.12.2011., тј. за шест месеци. (графикон 15.)

Број оперисаних пацијената у општој, регионалној и локалној анестезији по хирургу, посматрано по болницама, креће се у распону од 67 у ГАК „Народни фронт“ до око 180 у Институту за онкологију и радиологију Србије.

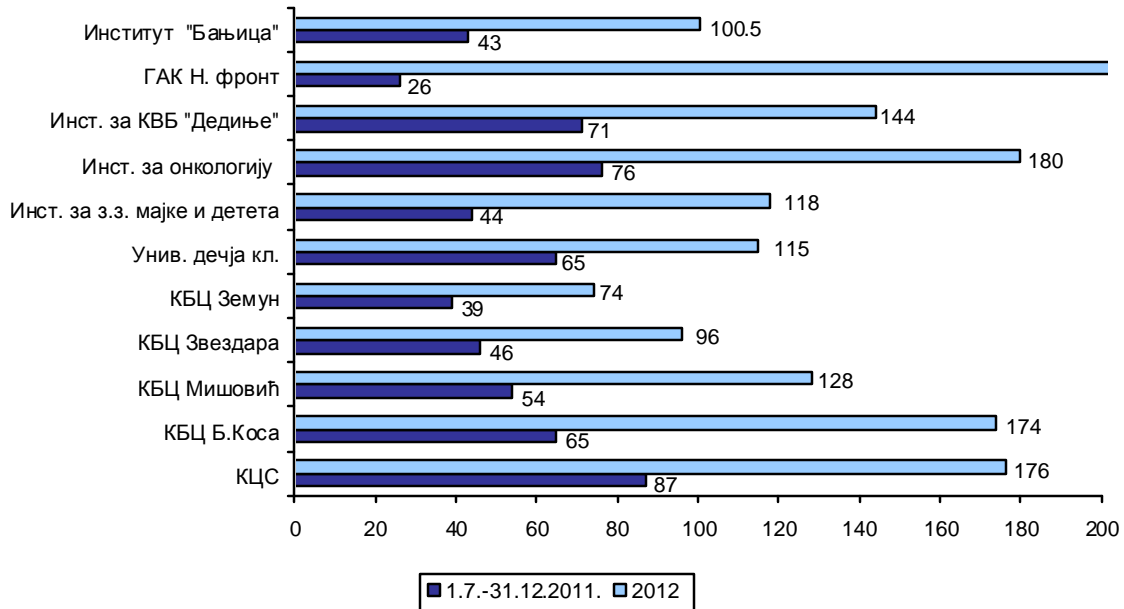
Већи број операција од просечне вредности за град Београд, такође се обавља у КЦС, КБЦ „Бежанијска Коса“ и Институту за КВБ „Дедиње“.

И у оквиру исте хируршке дисциплине постоје значајне разлике између установа. Тако ортопед у Клиници за ортопедску хирургију и трауматологију КЦС оперише у просеку 118,6 пацијента у општој, регионалној и локалној анестезији, што је више од колеге у Институту за ортопедско-хируршке болести „Бањица“ (100,5). У ГАК „Народни фронт“ оперише се за 67 пацијената по хирургу што је за око 28 мање у односу на Клинику за гинекологију и акушерство КЦС (94,8). На Институту за кардиоваскуларне болести “Дедиње” оперисан је 144 пацијент по хирургу, а у КЦС 228 пацијента по хирургу на васкуларној хирургији, а 209 на

кардиохирургији. У области дечје хирургије у Универзитетској дечјој клиници урађено је 115 операција по хирургу, а у Институту за здравствену заштиту мајке и детета Србије 118 операција по хирургу.

Просечан број оперисаних пацијената у општој, регионалној и локалној анестезији по хирургу у болницама у Београду, 2011.-2012.

Графикон 15.

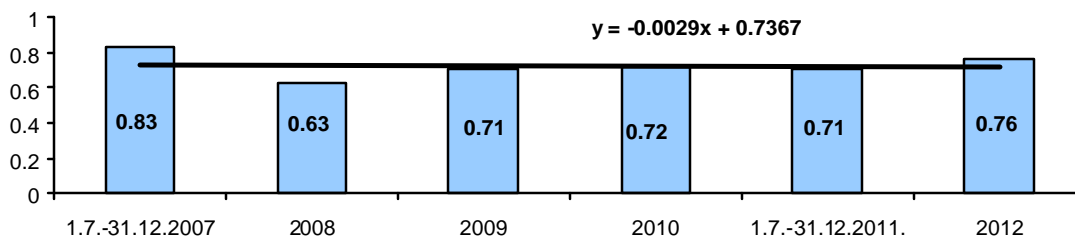


7. Просечан број медицинских сестара по заузетој постељи

У току 2012. године на хируршким одељењима у болницама у Београду на нези болесника било је ефективно ангажовано 1.818,3 медицинске сестре (25 више у односу на претходну годину). По једној заузетој болничкој постељи била је ангажовано 0,76 медицинских сестара. То је нешто већа од вредности из претходних година (графикон 16). Најбоља обезбеђеност сестринским кадром била је 2007. године, међутим, овај податак треба узети са резервом, јер су неке болнице приказале укупан број медицинских сестара, а не број медицинских сестара које су ефективно ангажоване на нези болесника.

Просечан број медицинских сестара по заузетој постељи на хируршким одељењима у болницама у Београду, 2007-2012.

Графикон 16.

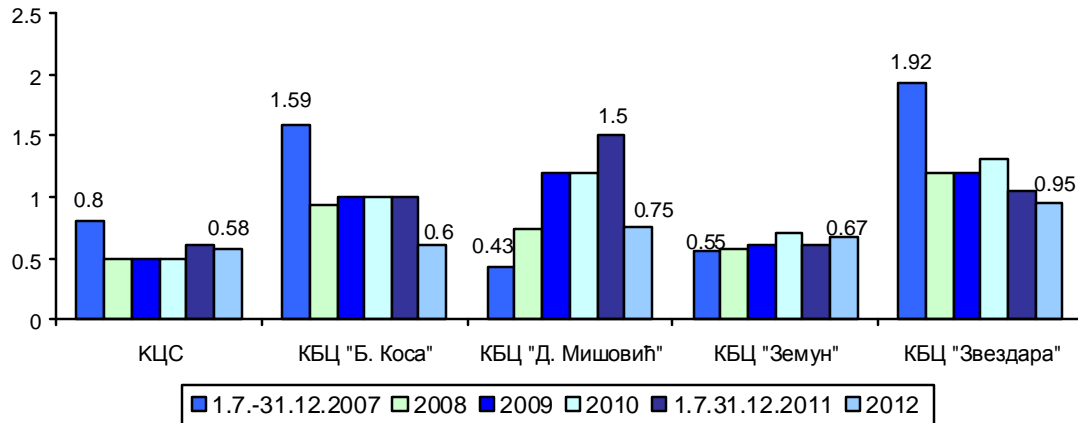


У оквиру хируршких дисциплина, највећи број медицинских сестара по заузетој постељи имала је КБЦ „Звездара“, око 1 и КБД „Др Д. Мишовић“, 0,75. Најнижи

просечан број медицинских сестара по заузетој хируршкој постељи је забележен у КЦС (0,58) и КБЦ „Бежанијска Коса“, где износи 0,6 (графикон 17.). У односу на претходну годину пораст овог параметра је забележен једино у КБЦ „Земун“, а у КБЦ „Др Драгиша Мишовић“ је значајно смањење јер је део медицинских сестара са одељења хирургије које ради смањеним капацитетом, пребачен на одељење гинекологије и акушерства.

Просечан број медицинских сестара заузетој постељи на хируршким одељењима у КЦС и клиничко-болничким центрима, 2007-2012.

Графикон 17.

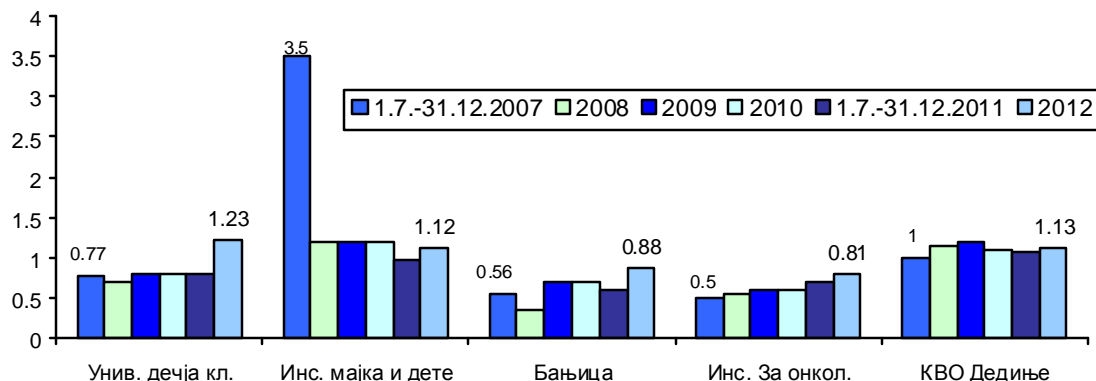


На осталим хируршким одељењима, забележен је пораст просечног броја медицинских сестара по заузетој болничкој постељи у свим болницама, а најбољом обезбеђеношћу истичу се Универзитетска дечја клиника, Институт за здравствену заштиту мајке и детета Србије и Институт за кардиоваскуларне болести „Дедиње“ (графикон 18).

Велике разлике у вредности овог показатеља у односу на претходне године у неким установама (Институт за здравствену заштиту мајке и детета Србије, КБЦ „Бежанијска коса“ и др.), узроковане су грешкама у извештавању у 2007. години (рачунат је укупан, а не ефикасни број медицинских сестара).

Број медицинских сестара по постељи у болницама у Београду (сем КЦС и клиничко-болничких центара) - хируршке дисциплине, 2007-2012.

Графикон 18.

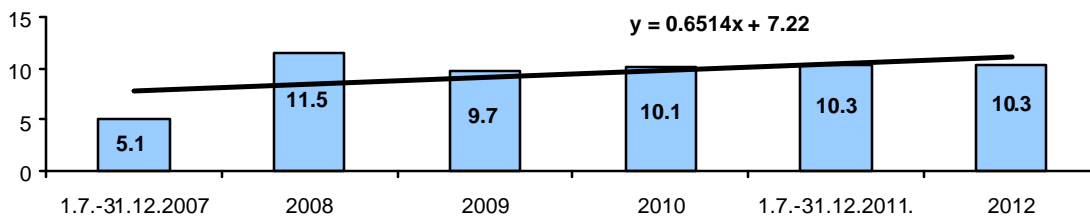


Међутим, због различите заступљености медицинских дисциплина у оквиру хируршких грана медицине по болницама и различитих норматива за сестрински кадар за медицинске дисциплине, исправније је вршити поређење различитих установа у оквиру исте медицинске дисциплине. Тако је у ГАК „Народни фронт“ ангажовано 0,83 медицинских сестара по заузетој постељи, а 0,6 у Клиници за гинекологију и акушерство КЦС. На Институту за ортопедско-хируршке болести „Бањица“ било је око 0,9, а у КЦС 0,5 медицинских сестара по заузетој постељи. На дечјој хирургији у Институту за здравствену заштиту мајке и детета Србије било је 1,1 ангажованих медицинских сестара по заузетој постељи, што је нешто мање у односу на Универзитетску дечју клинику (1,2).

8. Процент обдукованих

Од 2.696 пацијената умрлих на хируршким одељењима у току 2012. године, на обдукцију је упућено 277 или 10,3%, што је идентичан проценат у односу на претходну годину (графикон 19).

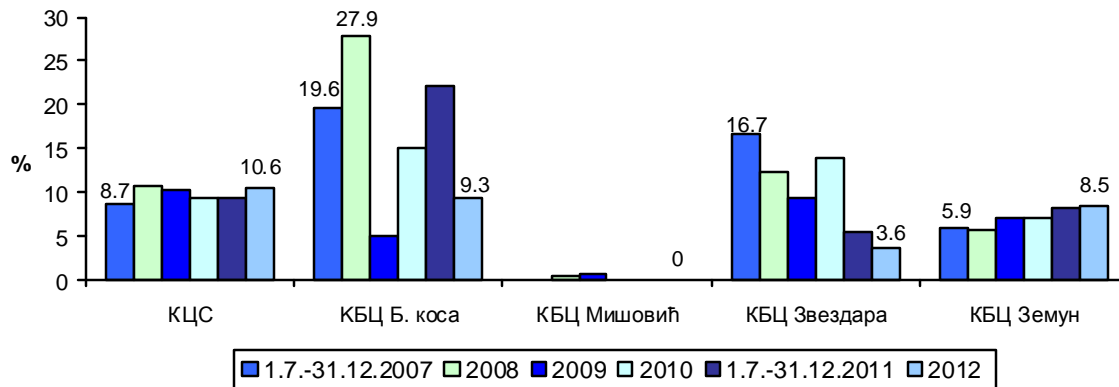
Процент обдукованих у болницама у Београду (хируршке гране медицине), 2007-2012
Графикон 19.



У КБЦ „Др Драгиша Мишовић“, где је било 20 смртних исхода, није урађена ниједна обдукција, док је у највећи проценат обдукованих током 2012. године забележен у КЦС-у, 10,6% (графикон 20). У КБЦ „Звездара“ проценат обдукованих се смањује из године у годину, а у КЦС и КБЦ „Земун“ постоји тенденција лаганог пораста, док у КБЦ „Бежанијска Коса“ постоје велике разлике у проценту обдукованих по посматраним годинама.

Процент обдукованих у КЦС и клиничко-болничким центрима (хируршке гране медицине), 2007-2012.

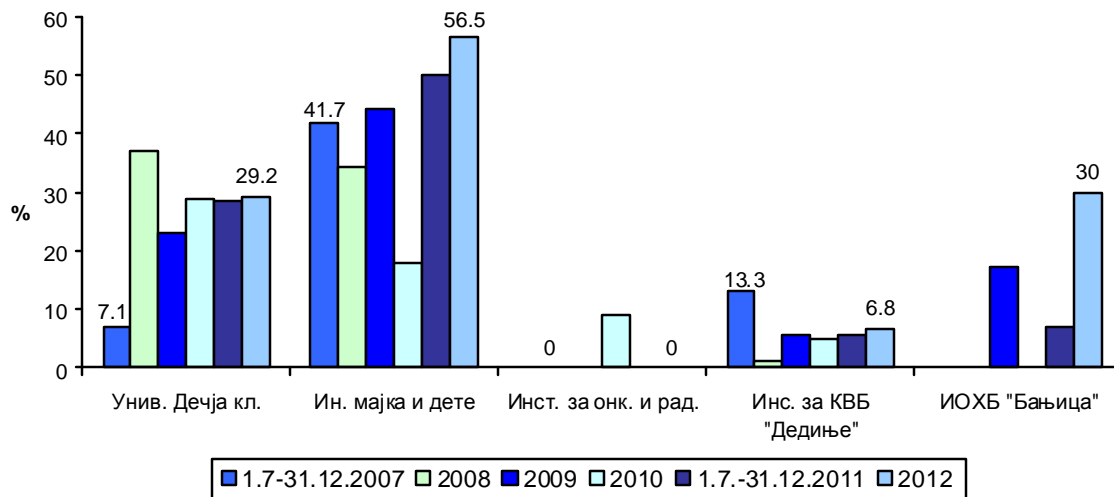
Графикон 20.



У осталим болницама, као и претходних година, највећи проценат обдукованих пацијената био је у Институту за здравствену заштиту мајке и детета Србије где је забележена највећа вредност од када се прати овај показатељ, 56,5%. Велики проценат обдукованих такође је забележен у Институту за ортопедско-хируршке болести „Бањица“ (30%) и Универзитетској дечјој клиници (29,2%). У Институту за онкологију и радиологију Србије, где је било 20 смртних исхода, нису рађене обдукције, док је у Институту за кардиоваскуларне болести „Дедиње“ тај проценат износи 6,8% (графикон 21.).

Процент обдукованих у болницама у Београду (изузев КЦС И КБЦ) (хируршке гране медицине), 2007-2012.

Графикон 21.



Поређење истих медицинских дисциплина могуће је само у оквиру ортопедије, кардиоваскуларне, дечје хирургије и у области гинекологије и акушерства. У ГАК „Народни фронт“ је обављена 1 обдукција (11%), као и у КЦС (6%). У Институту за кардиоваскуларне болести „Дедиње“ обдуковано је 6,8% умрлих пацијената, а у КЦС на васкуларној хирургији 31,1%, а на кардиохирургији 41,4%. У оквиру дечје хирургије, већи проценат обдукованих је забележен у Институту за здравствену заштиту мајке и детета Србије (56,5%) него у Универзитетској дечјој клиници (29,2%). Велика разлика је забележена у области ортопедије у Институту за ортопедско-хируршке болести „Бањица“ где је стопа обдукованих 30%, и у КЦС где је проценат обдукованих износио 1,7%.

Клиничко-болнички центри нису упоредиви, јер се подаци приказују збирно за све хируршке гране, како је прописано методолошким упутством.

9. Процент подударности клиничких и обдукционих дијагноза

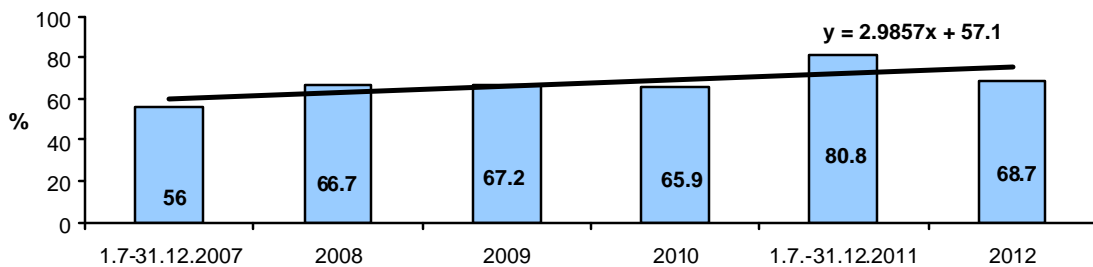
Од 277 урађених обдукција пацијената умрлих на хируршким одељењима, у 230 случајева је добијен извештај о обдукцији, а клиничка дијагноза је потврђена обдукцијом у 158 случајева. Процент подударности клиничких и обдукционих дијагноза износи 68,7% и значајно је мањи у односу на претходну годину, али ипак

нешто већи од свих осталих година од када се извештава о овом параметру (графикон 22). **Напомињемо да је начин израчунавања овог показатеља промењен у 2011. години и да је то могло утицати на добијени резултат.** Раније се проценат подударности клиничких и обдукционих дијагноза рачунао у односу на број обдукција, а сада на број завршених извештаја о обдукцији.

Према добијеним извештајима, у свим болницама у којима су рађене обдукције, проценат подударности клиничких и обдукционих дијагноза је износио 100%, изузев Клиничког центра Србије, где је био 59,2% и КБЦ „Бежанијска Коса“ где је износио 52,9%. Овако високе вредности у осталим болницама захтевају детаљнију контролу података у наредном периоду.

Процент подударних клиничких и обдукционих дијагноза на хируршким одељењима у болницама у Београду, 2007-2012. год.

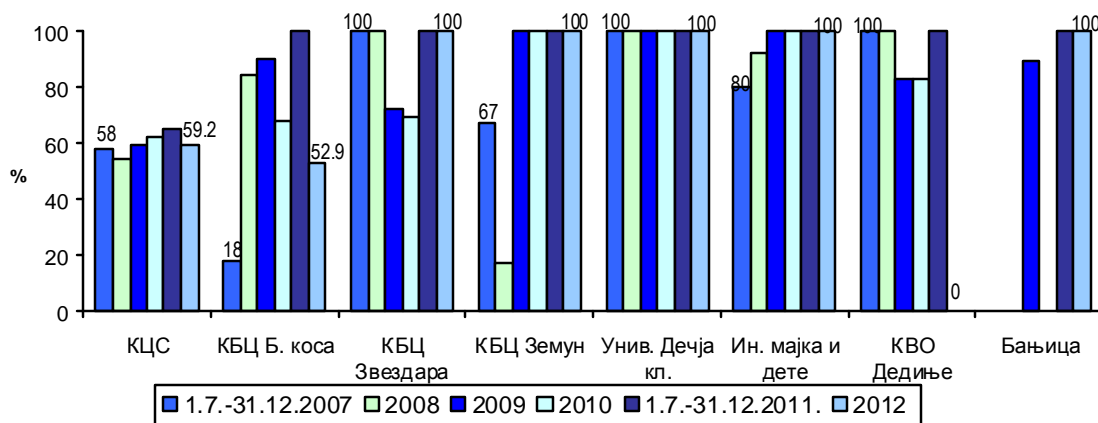
Графикон 22.



Клинички центар Србије обави највише обдукција, а проценат подударности клиничких и обдукционих дијагноза има тенденцију пораста (графикон 23.).

Процент подударности клиничких и обдукционих дијагноза у болницама у Београду (хируршке гране медицине)

Графикон 23.



Поређење истих медицинских дисциплина могуће је само у оквиру дечје хирургије. И у Универзитетској дечјој клиници и у Институту за здравствену

заштиту мајке и детета Србије било је 100% подударних дијагноза. У Институту за кардиоваскуларне болести „Дедиње“, као и Клиници за васкуларну хирургију КЦС било је такође 100% подударних клиничких и обдукционих дијагноза. Овако високе вредности подударних обдукционих и клиничких података указују на потребу провере квалитета података.

Клиничко-болнички центри нису упоредиви, јер се подаци приказују збирно за све хируршке гране, како је прописано методолошким упутством.

10. Процент пацијената код којих је извршен поновни пријем на одељење интензивне неге у току хоспитализације на свим одељењима хируршких грана медицине

Процент пацијената код којих је извршен поновни пријем на одељење интензивне неге у току хоспитализације на свим одељењима хируршких грана медицине је показатељ квалитета рада болница 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.

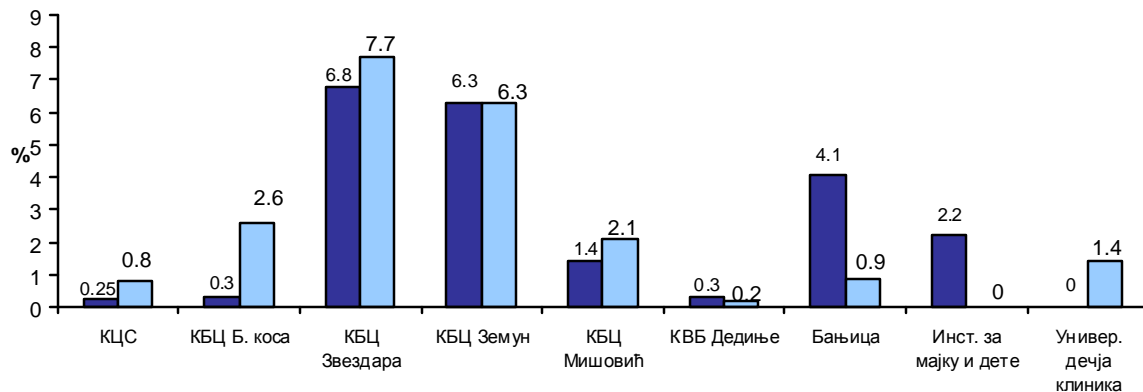
Према добијеним извештајима, од 100.889 хоспитализованих пацијената на хируршким одељењима, на одељењу интензивне неге лечен је сваки трећи (32.980). Највише хируршких пацијената је лечено на интензивној нези у Клиничком центру Србије (16.617) и Институту за ортопедско-хируршке болести „Бањица“, 6.294, иако овај Институт има мање постеља интензивне неге од клиничко-болничких центара.

Поновни пријем хируршких пацијената на одељење интензивне неге регистрован је у 8 болница, док у Институту за здравствену заштиту мајке и детета „Др В. Чупић“ и Институту за онкологију и радиологију Србије није било поновних пријема.

Укупно је 419 пацијената или 1,27% поново враћено на одељење интензивне неге. Највећи проценат пацијената враћених на одељење интензивне неге је забележен у КБЦ „Звездара“ (7,66%) и КБЦ „Земун“ (6,28%). (графикон 24). Постоје велике разлике у вредности овог показатеља између различитих болница (од 0% до скоро 8%).

Процент пацијената код којих је извршен поновни пријем на одељење интензивне неге у болницама у Београду- хируршке гране медицине, 2011.-2012.

Графикон 24.



Поређење различитих здравствених установа у оквиру исте медицинске дисциплине могуће је само у области ортопедије, гинекологије и акушерства, дечје хирургије и кардиоваскуларне хирургије. У области ортопедије било је 2 пацијента код којих је извршен поновни пријем на одељење интензивне неге у КЦС (0,1%), а у Институту за ортопедско-хируршке болести „Бањица“ је било 57 поновних пријема (0,91%). У области гинекологије и акушерства није било пацијената код којих је извршен поновни пријем на одељење интензивне неге у ГАК „Народни фронт“, а било је 25 пацијената у КЦС (0,3%). Такође, у области дечје хирургије није било пацијената код којих је извршен поновни пријем на одељење интензивне неге у Институту за здравствену заштиту мајке и детета Србије, а било је 5 поновних пријема у Универзитетској дечјој клиници (1,4%). У области кардиоваскуларне хирургије у Институту за кардиоваскуларне болести „Дедиње“ било је 7 поновних пријема (0,23%), а у Клиници за васкуларну хирургију КЦС 19 (2%), док је у Клиници за кардиохирургију КЦС било 30 поновних пријема (2,6%).

Клиничко-болнички центри нису упоредиви, јер се подаци приказују збирно за све хируршке гране, како је прописано методолошким упутством.

11. Број умрлих пацијената после апендектомије

Број умрлих пацијената после апендектомије је показатељ квалитета рада хируршких одељења, који се прати од 1. јула 2011. године. Апендектомија је један од најчешћих оперативних захвата у абдоминалној хирургији, а сваки смртни исход у току или после апендектомије се сматра „стражарским“ или „сигналним“ догађајем. То значи да је за сваки смртни исход неопходно брзо реаговање у здравственој установи, истраживање узрока који су довели до смрти пацијента и предузимање превентивних мера.

Према добијеним извештајима, у болницама у Београду, у 2012. години догодио се 1 смртни исход после апендектомије и то у КБЦ „Звездара“ (током шест месеци 2011. године није забележен ниједан случај).

12. Број умрлих пацијената после холецистектомије

Број умрлих пацијената после холецистектомије је показатељ квалитета рада хируршких одељења, који се прати од 1. јула 2011. године.

Холецистектомија спада у најчешће оперативне захвате у абдоминалној хирургији, а сваки смртни исход у току или после холецистектомије, као и код апендектомије, се сматра „стражарским“ или „сигналним“ догађајем. То значи да је за сваки смртни исход неопходно брзо реаговање у здравственој установи, истраживање узрока који су довели до смрти пацијента и предузимање превентивних мера. Међутим, треба имати у виду да су оперативни захвати на билијарном тракту код старијих особа компликованији и праћени већим ризиком, а процењује се да оперативни морталитет код пацијената старијих од 80 година износи између 5% и 10%.

Према добијеним извештајима, у болницама у Београду, у току 2012. године, 8 пацијената је умрло после холецистектомије, од којих 5 у КЦС и 3 у КБЦ „Звездара“. Међутим у складу са методологијом извештавања показатеља квалитета, не извештава се старост преминулих пацијената после холецистектомије.

13. Процент пацијената који су добили сепсу после операције

Процент пацијената који су добили сепсу после операције је показатељ квалитета рада хируршких одељења, који се прати од 1. јула 2011. године.

Сепса спада у најтеже постоперативне компликације, смртност износи око 30%, а код септичног шока око 50%. Око 30% случајева сепсе региструје се код хируршких пацијената (8). Сагледавање учесталости постоперативне сепсе омогућава предузимање адекватних превентивних мера (профилактичка употреба антибиотика, стерилне хируршке технике, адекватна постоперативна нега и др.).

У Београду је у 7 болница регистровано 128 пацијената који су добили сепсу после операције. Највише оболелих било је у Клиничком центру Србије, 84, у КБЦ „Бежанијска коса“, 32, по 3 случаја у КБЦ „Земун“ и Институту за кардиоваскуларне болести „Дедиње“ и по 2 случаја у КБЦ „Др Д. Мишовић“, Институту за здравствену заштиту мајке и детета „Др В. Чупић“ и Институту за ортопедско-хируршке болести „Бањица“.

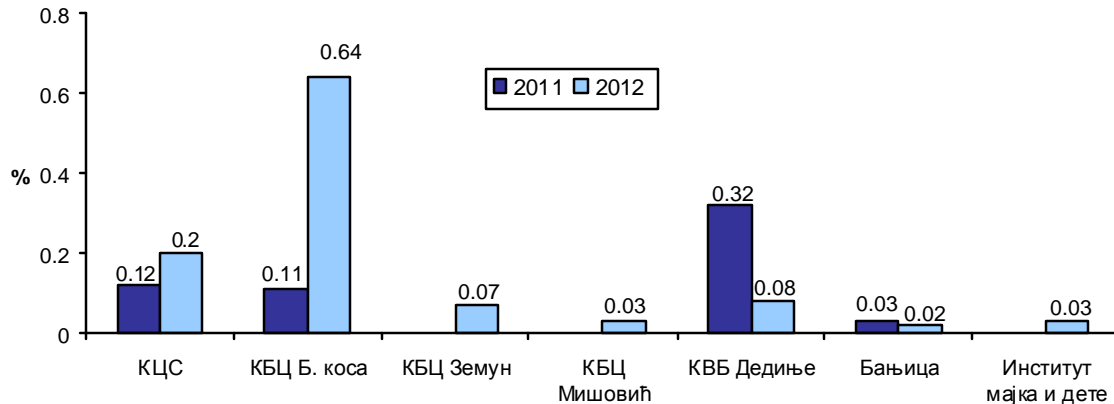
У односу на 97.442 оперисана пацијента, процент пацијената који су добили сепсу после операције износи 0,13% и већи је од података из претходне године када је износио 0,07%. Овај процент је највећи у КБЦ „Бежанијска Коса“, где износи 0,64%, и у односу на претходну годину порастао је за око 6 пута (графикон 25).

Наведене вредности су мање у односу на америчку државу Њу Џерси, где је инциденца постоперативне сепсе после елективних операција, у периоду од 1990. до 2006. године, порасла са 0,67% на 1,74%. Истовремено, стопа морталитета због сепсе није значајно промењена (8). Према подацима америчке Агенције за истраживање и квалитет здравствене заштите, учесталост сепсе после елективних операција износи 1,16% (9). У земљама ОЕЦД-а, стандардизована стопа у 2009. години била је 1,035% (рачуната на број болничких отпуста), са вредностима у распону од 0,35% у Швајцарској, до 1,5% у Аустралији (10). У 117 болница у

америчкој држави Висконсин, у периоду од 2009. до 2011. године, учесталост сепсе је 0,9% код елективних операција, са вредностима од 0% до 4% у различитим болницама (11).

Процент пацијената који су добили сепсу после операције у болницама у Београду, 2011.-2012.

Графикон 25.



ЛИТЕРАТУРА

1. Gertman PM, Restucia JD. The appropriateness evaluation protocol: a ethnic for assessing unnecessary days of hospital care. *Medical Care*, 1981, 18: 855
2. Banta D, Bos M. The relation between quantity and quality with coronary artery bypass graft (CABG) surgery. *Health Policy* 1995, 18:1-10.
3. Black N, Johnston A. Volume and outcome in hospital care: evidence, explanations and implications. *Health Service Management Research* 1990, 3:108-14.
4. Luft HS, Bunker JP, Enthoven AC. Should operation be regionalized? The empirical relationship between surgical volume and mortality, *NEJM* 1979, 301:1364-9.
5. Stiller CA. Centralised treatment, entry to trials and survival. *British Journal of Cancer* 1994, 70:252-62.
6. Posnett J. Are Bigger Hospitals Better? In: McKee M, Healy J. *Hospitals in a changing Europe*. European Observatory on Health Care Systems, Open University press, 2001.
7. Sowden AJ, Watt I, Sheldon TA. Volume of activity and healthcare quality: Is there a link? In Ferguson B, Sheldon TA, Posnett J (eds). *Concentration and Choice in Healthcare*. 1997, London: Royal Society of Medicine.

8. Vogel TR, Dombrovskiy VY, Lowry SF. Trends in Postoperative Sepsis: Are we improving outcomes? *Surgical Infections*, 2009; (10), 1:71-78.
9. Vogel TR, Dombrovskiy VY, Carson JL, Graham AM, Lowry SF. Postoperative sepsis in the United States. *ANN Surg*, 2010; 252 (6): 1065-1071.
10. OECD (2011), *Health at a glance 2011: OECD indicators*, OECD publishing. DOI:10.1787/health_glance-2011-en
11. Wisconsin Inpatient Hospital Quality Indicators Report 2009-2011. WHA Information Center, October 2012. Dostupno na: http://www.whainfocenter.com/data_resources/2011wiinpatientqirealise.pdf. Pristupljeno: 10.04.2013.