

ПОКАЗАТЕЉИ КВАЛИТЕТА ЗА 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, максилофацијалну хирургију и 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

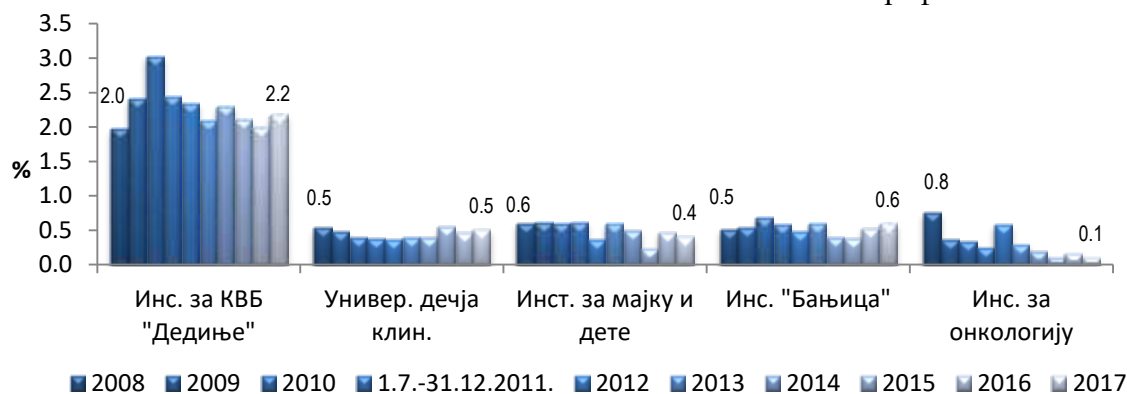
Хируршке гране медицине заступљене су у укупно 11 београдских стационарних установа. И Завод за здравствену заштиту студената је доставио извештај о квалитету рада стационара, тако да је и он укључен у анализу. С обзиром да су у различитим болницама заступљене различите медицинске дисциплине у оквиру 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 Драгиша 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.

У КБЦ „Земун“ постоји тенденција пораста стопе леталитета, посматрано у периоду од 2008. до 2017. године, 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. Међутим, треба напоменути и да је у КБЦ „Земун“ и КБЦ „Звездара“ стопа леталитета у односу на претходну годину нешто нижа.

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 и његова вредност се креће у распону од 2 до 2,4%, са изузетком 2010. године. У Универзитетској дечјој клиници стопа леталитета има уједначене вредности у посматраном периоду (око 0,5%), као и у Институту за здравствену заштиту мајке и детета Србије (између 0,2% и 0,6%) и Институту за ортопедско-хируршке болести „Бањица“ (0,4%-0,7%). У Институту за онкологију и радиологију Србије је забележен благо опадајући тренд у посматраном периоду (графикон 3). У стационару Завода за здравствену заштиту студената није било умрлих.

Стопа леталитета у болницама у Београду, изузев КЦС и КБЦ– хируршке гране медицине, 2008-2017.

Графикон 3.



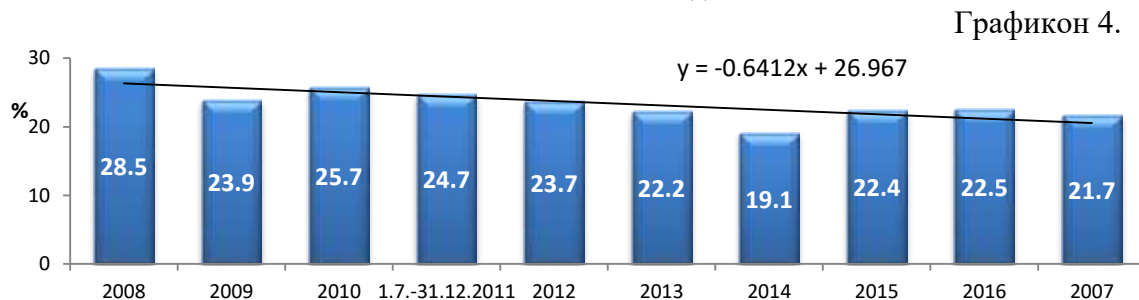
Поређење различитих установа у оквиру исте медицинске дисциплине за 2017. годину, могуће је само у областима ортопедије, кардиоваскуларне хирургије и дечје хирургије. Као и претходне године, у КЦС стопа леталитета на ортопедији (1,3%) је већа у односу на Институт за ортопедско-хируршке болести „Бањица“ (0,6%), а такође, и у области кардиоваскуларне хирургије (2,8% у Клиници за васкуларну хирургију КЦС, 5,6% у Клиници за кардиохирургију КЦС, 0,2% у Пејсмејкер центру КЦС, а 2,2% у Институту за кардиоваскуларне болести „Дедиње“). На дечјој хирургији стопа леталитета је у Институту за здравствену заштиту мајке и детета Србије (0,4%) приближно једнака стопи у Универзитетској дечјој клиници (0,5%).

2. Процент умрлих у току првих 48 сати од пријема

Од 2.476 смртних исхода на хируршким одељењима у болницама у Београду, 536 се десило у првих 48 сати од болничког пријема. Процент умрлих у првих 48 сати од

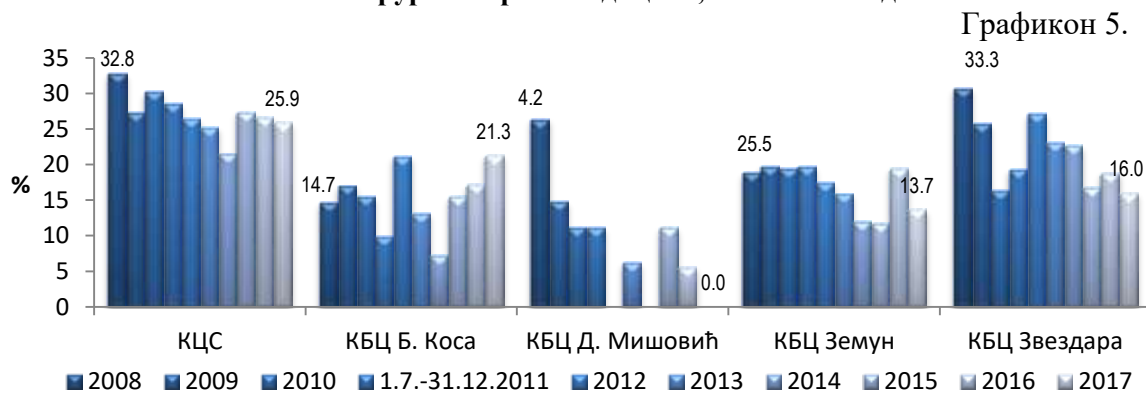
болничког пријема износи 21,7% и нешто је нижи у односу на претходну годину (графикон 4).

Процент умрлих у току првих 48 сати од пријема на хируршка одељења у Београду, 2008-2017. год.



Највећи проценат умрлих у првих 48 сати од болничког пријема је у КЦС и износи 25,9%, затим у КБЦ „Бежанијска коса“ (21,3%), Институту за здравствену заштиту мајке и детета Србије (21,2%) и Универзитетској дечјој клиници (19,4%). У односу на претходну годину наведени проценат је повећан у КБЦ „Бежанијска коса“ и Институту за кардиоваскуларне болести „Дедиње“, а смањен у свим осталим КБЦ-има и Институту „Бањица“ (графикон 5 и графикон 6).

Процент умрлих у току првих 48 сати од пријема у КЦС и клиничко-болничким центрима – хируршке гране медицине, 2008-2017. год.



За разлику од претходних година, када у Институту за онкологију и радиологију није било умрлих у првих 48 сати, у 2017. години од 4 смртна исхода, 2 су наступила у првих 48 сати.

Поређење различитих установа у оквиру исте медицинске дисциплине за 2017. годину, могуће је само у областима ортопедије, кардиоваскуларне хирургије и дечје хирургије. У КЦС, као и претходне године, проценат умрлих у току првих 48 сати од пријема на кардиоваскуларној хирургији (46,5% на Клиници за васкуларну хирургију, 16,1% на Клиници за кардиохирургију и ни један умрли у пејсмејкер центру) је знатно већи у односу на Институт за кардиоваскуларне болести „Дедиње“ (8,8%). У области ортопедије и трауматологије био је 1 смртни исход (1,8%) у првих 48 сати од болничког пријема у Институту за ортопедско-хируршке болести „Бањица“, а у Клиници за ортопедију КЦС 6 (15%). На дечјој хирургији стопа леталитета у току првих 48 сати од

пријема је нешто нижа у Универзитетској дечјој клиници (19,4%) у односу на Институт за здравствену заштиту мајке и детета Србије (21,2%).

Процент умрлих у току првих 48 сати од пријема у болницама у Београду (сем КЦС и КБЦ) – хируршке гране медицине, 2008-2017.

Графикон 6.

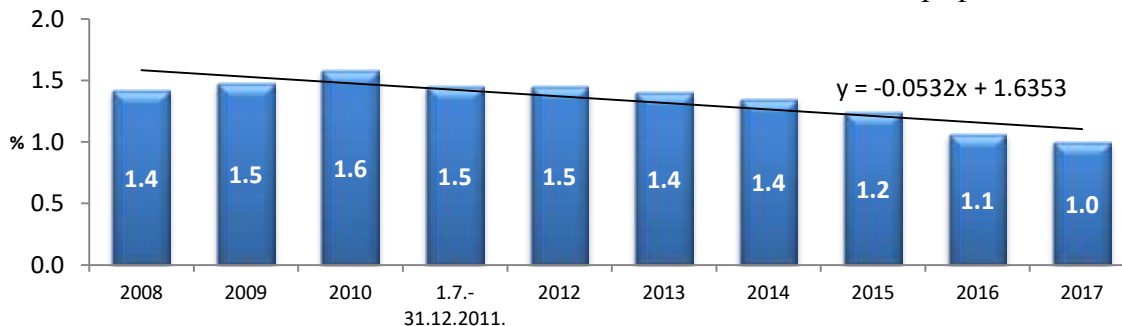


3. Стопа леталитета оперисаних пацијената

Податке о леталитету оперисаних пацијената доставило је 11 болница (с тим да у Заводу за здравствену заштиту студената није евидентиран ни један умрли оперисани пацијент). У њима је исписано 103.588 оперисаних пацијента, а смртним исходом је завршено лечење код 1.035 оперисаних пацијената. Међутим, треба узети у обзир да се за Клинику за кардиохирургију КЦС не располаже податком о броју умрлих после операције због неадекватног праћења овог показатеља током 2017. године. Стопа леталитета оперисаних пацијената за 2017. годину износи 1,0% (графикон 7). Према методологији за праћење овог показатеља, **урачунати су и подаци из дневних хируршких болница.**

Стопа леталитета оперисаних пацијената у болницама у Београду, 2008-2017.

Графикон 7.

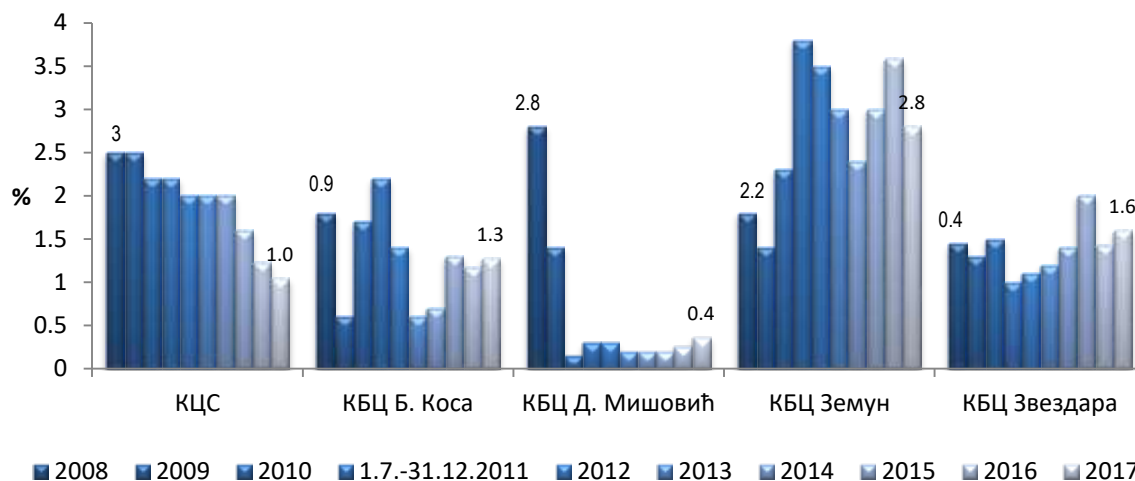


Када се посматрају КЦС и клиничко-болнички центри, највећа стопа леталитета била је у КБЦ „Земун“ (2,8%), (графикон 8). До смањења ове стопе у односу на прошлу годину је дошло у КБЦ „Земун“, а до благог повећања у преостала три КБЦ-а. Најнижа

стопа леталитета је у КБЦ „Др Драгиша Мишовић“, где су на лечење примани само елективни пацијенти. Када је у питању КЦС, не може се анализирати тренд промене овог показатеља јер недостаје податак о боју умрлих после операције у 2017. години за Клинику за кардиохирургију.

Стопа леталитета оперисаних пацијената у КЦС и клиничко-болничким центрима, 2008-2017.

Графикон 8.

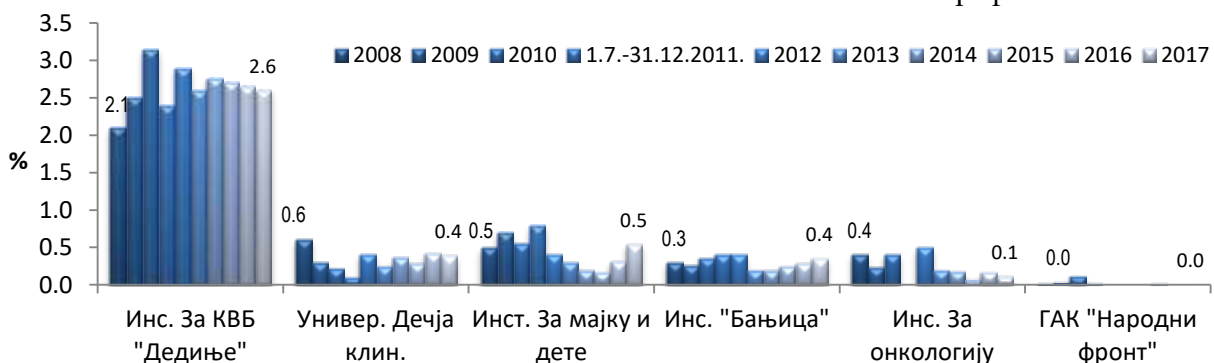


Напомена: У 2017. години недостаје податак за Клинику за кардиохирургију.

Од осталих болница, највећу стопу леталитета оперисаних, као и претходних година, има Институт за кардиоваскуларне болести „Дедиње“, 2,6% (графикон 9). То је и очекивано због сложености кардиохируршких операција. У преостале 4 болнице стопа леталитета оперисаних пацијената је знатно нижа и креће се у распону од 0% до 0,5%.

Стопа леталитета оперисаних пацијената у болницама у Београду (сем КЦС и КБЦ), 2008-2017.

Графикон 9.



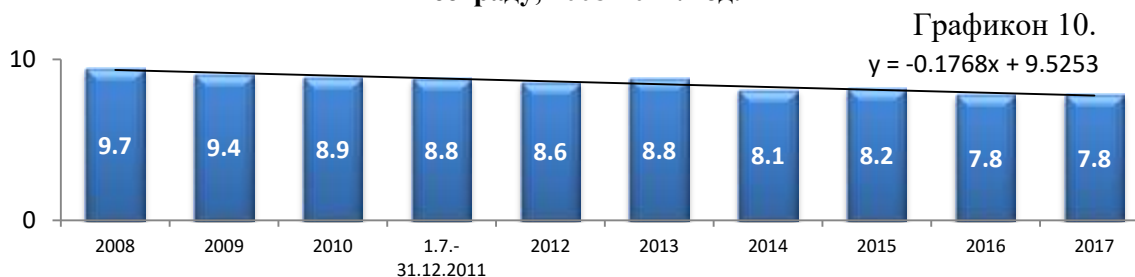
Због различите заступљености медицинских дисциплина у оквиру хируршких грана медицине, које имају и различите очекиване вредности оперативног леталитета, није могућа адекватна компарација здравствених установа. Поређење различитих установа у оквиру исте медицинске дисциплине могуће је само у областима ортопедије, кардиоваскуларне хирургије, гинекологије и акушерства и дечје хирургије. Стопа

леталитета оперисаних пацијената на васкуларној хирургији у КЦС износи 2,9%, у пејсмејкер центру 0, а у Институту за кардиоваскуларне болести „Дедиње“ (2,6%). Стопа леталитета на ортопедији КЦС (0,9%) је два 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% (6 умрлих пацијената), док у ГАК „Народни фронт“ није било умрлих пацијента после операције у 2017. години. На дечјој хирургији стопа леталитета оперисаних пацијената у 2017. години је незнатно већа у Институту за здравствену заштиту мајке и детета Србије 0,5%, у односу на Универзитетску дечју клинику 0,4%.

4. Просечна дужина болничког лечења

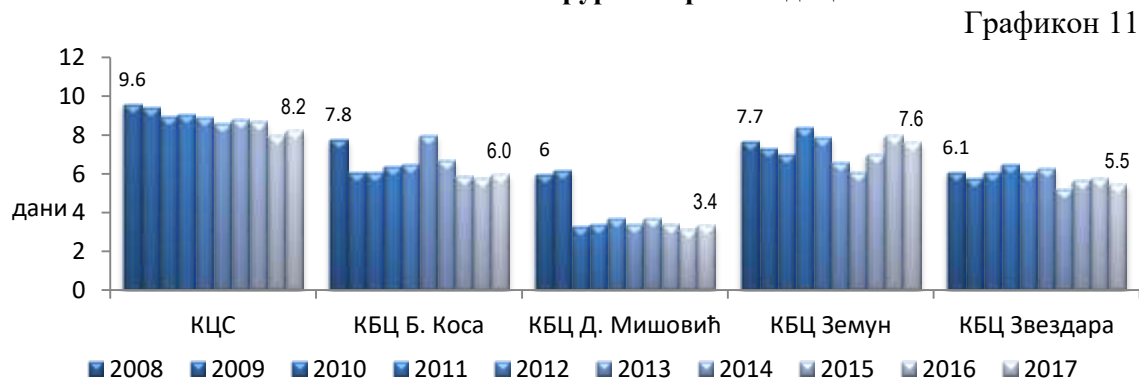
У току 2017. године на хируршким одељењима у болницама у Београду (без дневних хируршких болница) лечено је 107.784 пацијента и остварено 841.579 дана болничког лечења. Просечна дужина лечења била је 7,8 дана, што је једнако прошлој години. У посматраном периоду постоји изразити тренд опадања просечне дужине лечења на хируршким одељењима (графикон 10).

Просечна дужина болничког лечења на хируршким одељењима у болницама у Београду, 2008-2017. год.



У КЦС-у и КБЦ „Земун“ просечна дужина лечења износила је око 8 дана, док су остала 3 КБЦ-а имали мање вредности. Најкраћа просечна дужина болничког лечења је забележена у КБЦ „Др Драгиша Мишовић“ и износила је 3,4 дана. У КБЦ „Бежанијска коса“ (6 дана) и КБЦ „Звездара“ (5,5 дана) овај показатељ је имао приближно једнаке вредности (графикон 11). У протеклом десетогодишњем периоду просечна дужина лечења у КЦС и КБЦ-има има опадајући тренд.

Просечна дужина болничког лечења у КЦС и клиничко-болничким центрима, 2008-2017. -хируршке гране медицине-



У Институту за ортопедско-хируршке болести „Бањица“ и Институту за здравствену заштиту мајке и детета Србије просечна дужина лечења у оквиру хируршких дисциплина је ове године смањена у односу на претходну годину, док је повећана у Универзитетској децјој клиници, Институту за онкологију и радиологију Србије и Институту за кардиоваскуларне болести „Дедиње“. У Заводу за здравствену заштиту студената овај показатељ има исту вредност као претходне године (табела 1).

Табела 1. Просечна дужина лечења-хируршке гране медицине, 2008-2017.

ЗДРАВСТВЕНА УСТАНОВА	2008	2009	2010	1.07.-31.12.2011.	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Универзитетска децја клиника	7,6	6,6	6,8	7,2	6,8	6,5	5,4	6,3	5,4	5,7
Институт за ортоп.хируршке бол. „Бањица“	19,5	18,8	19,6	17,2	18,5	21,5	15,0	16,0	15,0	14,7
Инст. за здрав. заш. мајке и детета Србије	5,6	6,6	7,2	5,9	5,9	6,3	6,0	5,4	5,8	5,2
Институт за онкологију и радиол. Србије	9,1	8,9	8,2	7,4	7,2	7,9	8,2	6,8	7,1	7,7
Инс. за кардиоваскуларне бол. „Дедиње“	11,5	11,2	11,9	11,95	11,4	11,3	11,3	11,4	10,7	11,0
Стационар Завода за здравств. заштиту студената						1,8	1,0	1,0	1,0	1,0

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 (13,2 дана) мања је од дужине лечења у Институту „Бањица“ (14,7), док је у оквиру децје хирургије просечна дужина лечења у Институту за здравствену заштиту мајке и детета Србије (5,2 дана) нешто мања него на Универзитетској децјој клиници (5,7 дана). Просечна дужина лечења на кардиоваскуларној хирургији у КЦС (5,9 дана на васкуларној хирургији, 9,3 на кардиохирургији, 1,8 у пејсмејкер центру, а 6,2 узимајући у обзир обе клинике) је знатно мања од Института за кардиоваскуларне болести „Дедиње“ где је просечна дужина болничког лечења у 2017. години износила 11 дана.

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

5. Просечан број преоперативних дана лечења

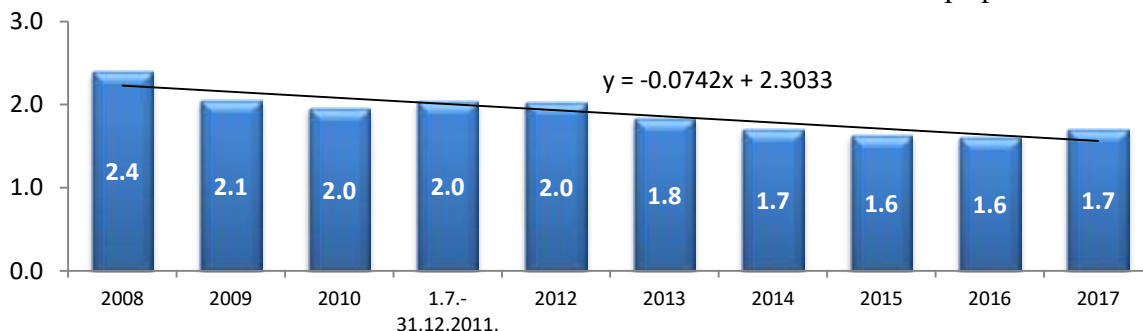
Дужина преоперативног боравка пацијента у болници зависи од преоперативне припреме пацијента, а директно утиче на трошкове здравствене заштите, оптерећеност болничког кадра, али и на могућност настанка интрахоспиталних инфекција. Просечна дужина преоперативног боравка према *Gertmani* и *Restucii* не 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 2017. године у београдским болницама је извршено 139.020 хируршких интервенција у операционим салама и остварено 229.946 дана преоперативног боравка (рачунајући и дневне хируршке болнице). Просечна дужина преоперативног боравка била је 1,7 дана и незнатно је већа од претходне године (графикон 12).

Просечан број преоперативних дана лечења у болницама у Београду, 2008-2017.

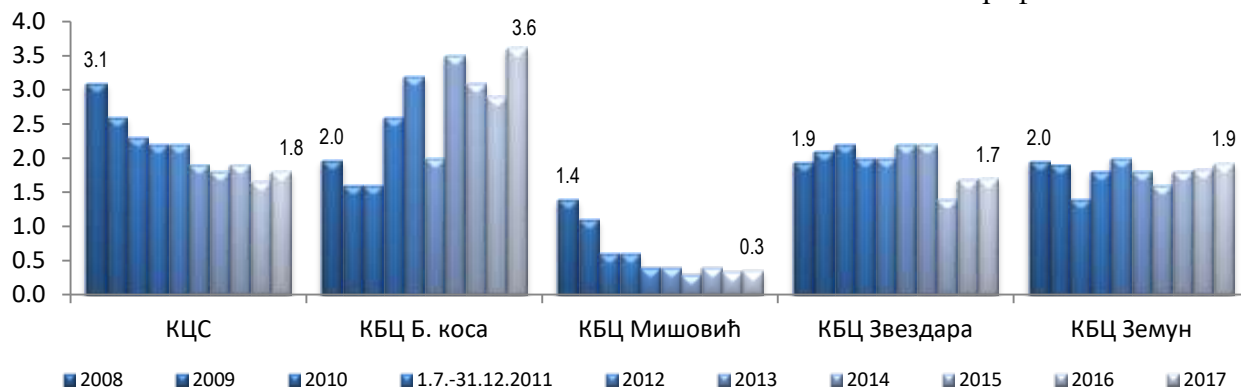
Графикон 12.



У Клиничком центру Србије просечан број преоперативних дана у 2017. години износи 1,8 дана и незнатно је већи у односу на претходну годину. Овај показатељ има приближно једнаке вредности као и претходне године у КБЦ „Земун“, КБЦ „Звездара“ и у КБЦ „Др Драгиша Мишовић“, где се раде само елективне операције, па преоперативни боравак износи 0,3 дана. КБЦ „Бежанијска коса“ је једина установа у којој је забележен већи просечан број преоперативних дана у односу на све године посматраног периода (графикон 13).

Просечан број преоперативних дана болничког боравка у КЦС и клиничко-болничким центрима, 2008-2017.

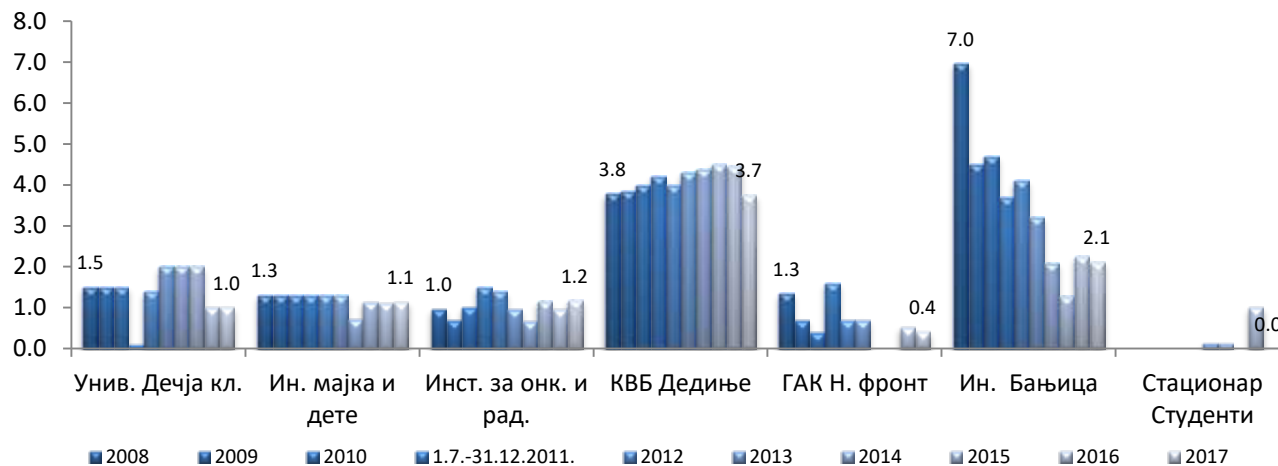
Графикон 13.



Од осталих болница, најдужи преоперативни боравак је у Институту за кардиоваскуларне болести „Дедиње“ (3,7 дана), али уз значајно смањење у односу на претходну годину, и Институту за ортопедско-хируршке болести „Бањица“ (2,1 дана), а најкраћи у ГАК „Народни фронт“ (0,4 дана). (графикон 14).

Просечан број преоперативних дана болничког боравка у болницама у Београду, изузев КЦС и КБЦ, 2008-2017.

Графикон 14.



У оквиру исте медицинске дисциплине постоје разлике у дужини преоперативног лечења између установа и у 2017. години. На гинекологији и акушерству у КЦС преоперативни боравак је износио 2,6 дана, а у ГАК „Народни фронт“ 0,4 дана. У Институту за кардиоваскуларне болести „Дедиње“ број преоперативних дана је био 3,7, а у КЦС знатно мањи (1,4 дана на васкуларној хирургији, 1 дан на кардиохирургији и 0,1 у пејсмејкер центру). У Институту за ортопедско-хируршке болести „Бањица“ преоперативни боравак је био 2,1 дан и краћи је у односу на ортопедију у Клиничком центру Србије (2,8 дана). У области дечје хирургије, број преоперативних дана у Институту за здравствену заштиту мајке и детета Србије је износио 1,1 дан, а у Универзитетској дечјој клиници 1 дан.

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

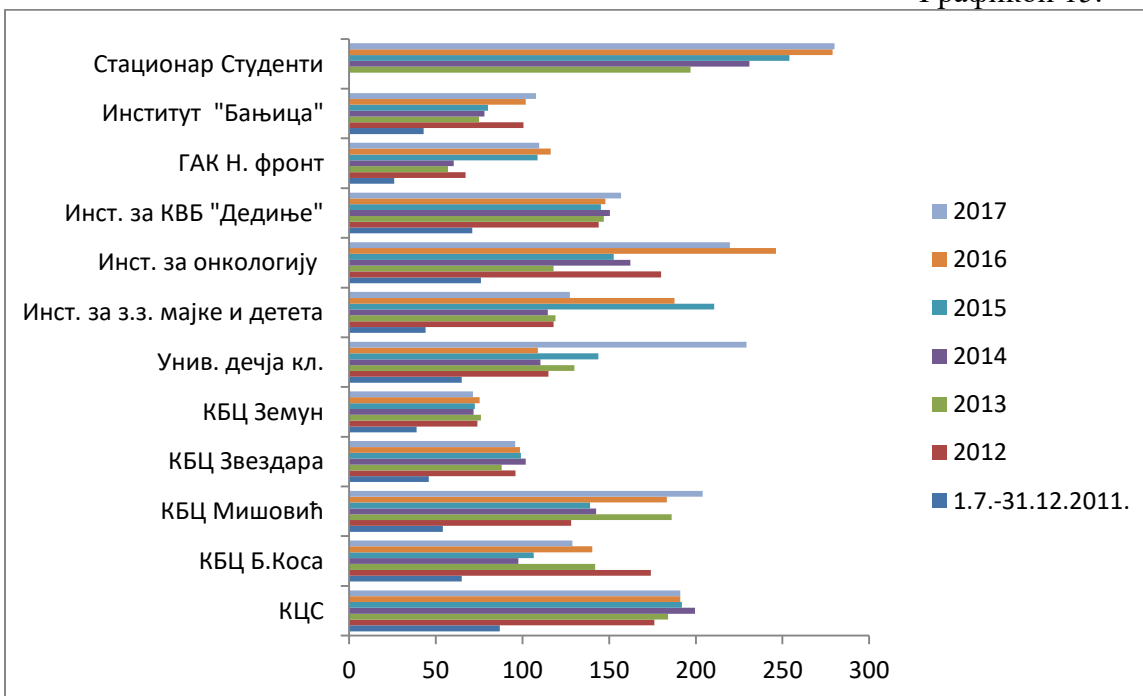
Број операција у општој, регионалној и локалној анестезији по хирургу није директна мера квалитета, али показује обим рада, односно искуство које имају лекари у болници. Верује се да квалитет хируршког рада зависи од обима рада (2, 3, 4, 5). *Posnett* је у систематском претраживању литературе показао 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 2017. године у Београду је урађено 103.588 операција у општој, регионалној или локалној анестезији (урачунате су и операције у дневним хируршким болницама). У хируршки програм било је укључено ефективно 704 хирурга. У просеку је оперисано 147 пацијената у општој, регионалној и локалној анестезији по хирургу или 12 месечно.

Највише оперисаних пацијената по хирургу је било у Заводу за здравствену заштиту студената (280), али треба узети у обзир да су у питању мање хируршке интервенције, а затим у Универзитетској дечјој клиници (229), Институту за онкологију и радиологију Србије (220), КБЦ „Др Д. Мишовић“ (204) и КЦС (191). Најмање оперисаних пацијената по хирургу је било у КБЦ „Земун“ (71) и КБЦ „Звездара“ (96). (графикон 15.)

Просечан број оперисаних пацијената у општој, регионалној и локалној анестезији по хирургу у болницама у Београду, 2011-2017.

Графикон 15.



Могуће је поређење са претходних 5 година, 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 јула до децембра, тј. за шест месеци. У односу на претходну годину до највећег повећања просечног броја оперисаних пацијената по хирургу је дошло у Универзитетској дечјој клиници (за 120) што је објашњено тиме, да су у претходном периоду у број лекара укључених у оперативни програм рачунати и специјалисти анестезиологије са реанимацијом. Највеће смањење је забележено у Институту за здравствену заштиту мајке и деца Србије (за 60), што је, према наводима из установе, последица промењеног начина извештавања о овом показатељу у 2017. години (уместо из фактуре подаци се узимају из операционих сала).

И у оквиру појединих хируршких дисциплина постоје значајне разлике између установа. Тако ортопед у Клиници за ортопедску хирургију и трауматологију КЦС оперише годишње у просеку 121 пацијента у општој, регионалној и локалној анестезији, што је више од колега у Институту за ортопедско-хируршке болести „Бањица“ (108). У ГАК „Народни фронт“ оперише се 110 пацијената по хирургу, а на Клиници за гинекологију и акушерство КЦС 115. На Институту за кардиоваскуларне болести

На хируршким одељењима у осталим болницама, просечан број медицинских сестара по заузетој болничкој постељи износи око 1. Скоро три пута већим бројем сестара по постељи у односу на остале болнице се истиче стационар Завода за здравствену заштиту студената, што је узроковано ниском заузеташћу постељног фонда (графикон 18).

Број медицинских сестара по постељи у болницама у Београду (сем КЦС и клиничко-болничких центара) - хируршке дисциплине, 2008-2017.

Графикон 18.



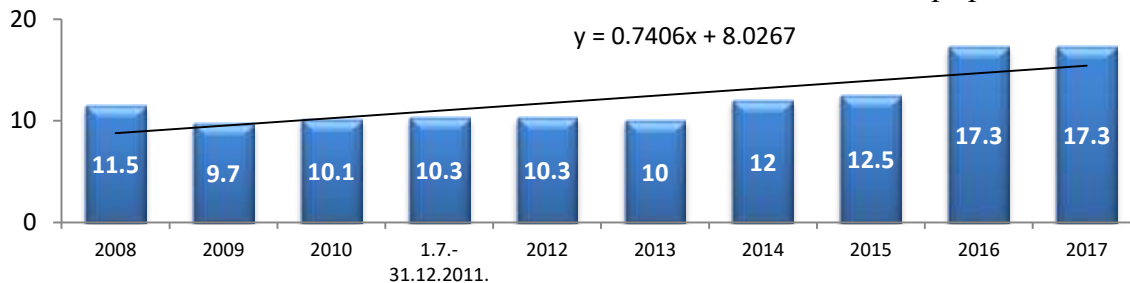
Због различите заступљености медицинских дисциплина у оквиру хируршких грана медицине по болницама и различитих норматива за сестрински кадар за медицинске дисциплине, исправније је вршити поређење различитих установа у оквиру исте медицинске дисциплине. На Институту за ортопедско-хируршке болести „Бањица“ било је 1,1, а у КЦС 0,6 медицинских сестара по заузетој постељи. На дечјој хирургији у Институту за здравствену заштиту мајке и детета Србије била је 1 ангажована медицинска сестра по заузетој постељи, што је мање у односу на Универзитетску дечју клинику (1,3). Када је у питању кардиоваскуларна хирургија, у Институту „Дедиње“ била је ангажована 1,1 сестра по заузетој постељи, док је у КЦС овај број нешто мањи (Клиника за васкуларну хирургију- 0,7; Клиника за кардиохирургију- 1, Пејсмејкер центар- 0,8).

8. Процент обдукованих

Од 2.476 пацијената умрла на хируршким одељењима у току 2017. године, на обдукцију је упућено 427 или 17,3%, што је једнако претходној години (графикон 19).

Процент обдукованих у болницама у Београду (хируршке гране медицине), 2008-2017.

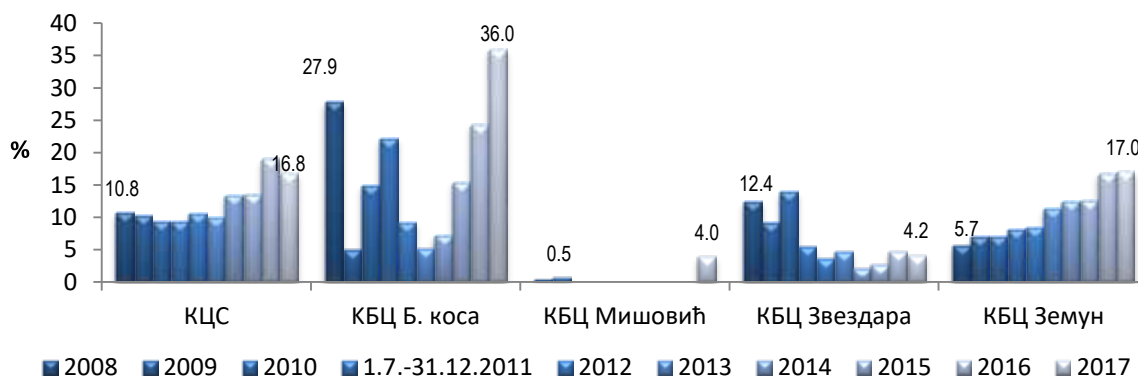
Графикон 19.



Анализирајући КЦС и 4 клиничко-болничка центра највећи проценат обдукованих током 2017. године забележен у КБЦ „Бежанијска коса“ (36%), а затим у КБЦ „Земун“ (17%) и Клиничком центру Србије, 16,8% (графикон 20). У односу на претходну годину до највећег повећања процента обдукованих дошло је у КБЦ „Бежанијска коса“.

Процент обдукованих у КЦС и клиничко-болничким центрима (хируршке гране медицине), 2008-2017.

Графикон 20.



У осталим болницама, највећи проценат обдукованих пацијената био је у Институту за здравствену заштиту мајке и детета (60,6%) и у Универзитетској дечјој клиници (38,7%), где је забележено и значајно повећање у односу на претходну годину. У Институту за онкологију и радиологију Србије, где је било 4 смртна исхода, нису рађене обдукције, док у Институту за кардиоваскуларне болести „Дедиње“ тај проценат износи 6,9%. У ИОХБ „Бањица“ обдуковано је 3,6%, што је значајно мање у односу на претходне године (графикон 21).

Процент обдукованих у болницама у Београду (изузев КЦС и КБЦ) -хируршке гране медицине, 2008-2017.

Графикон 21.



Поређење истих медицинских дисциплина могуће је само у оквиру ортопедије, кардиоваскуларне и дечје хирургије. У Институту за кардиоваскуларне болести „Дедиње“ обдуковано је 6,9% умрлих пацијената, а у КЦС на васкуларној хирургији 40,9%, а на кардиохирургији 5,9%. У оквиру дечје хирургије, већи проценат обдукованих је забележен у Институту за здравствену заштиту мајке и детета Србије (60,6%) него у Универзитетској дечјој клиници (38,7%). У области ортопедије у Институту за ортопедско-хируршке

Поређење истих медицинских дисциплина могуће је 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“ било је 100% подударних клиничких и обдукционих дијагноза, у Клиници за васкуларну хирургију КЦС 85,7%, док у Клиници за кардиохирургију није враћен ни један извештај о укупно 7 урађених обдукција.

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

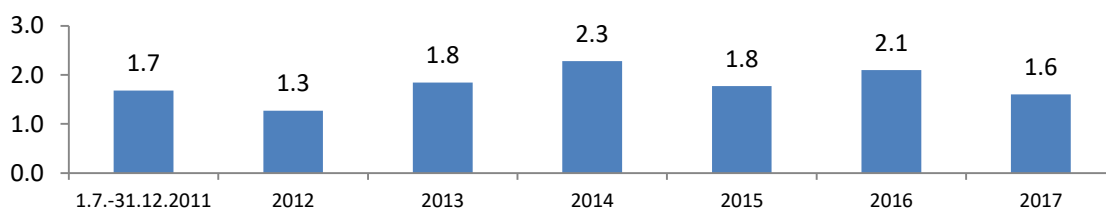
Процент пацијената код којих је извршен поновни пријем на одељење интензивне неге у току хоспитализације на свим одељењима хируршких грана медицине је показатељ квалитета рада болница који се прати од 1. јула 2011. године.

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 на 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 107.784 хоспитализована пацијента на хируршким одељењима, на одељењу интензивне неге лечено је 38.390 (35,6%). Највише хируршких пацијената је лечено на интензивној нези у Клиничком центру Србије, 17.549 и Институту за ортопедско-хируршке болести „Бањица“, 7.380, иако овај Институт има мање постеља интензивне неге од клиничко-болничких центара. Укупно је 610 пацијената или 1,6% поново враћено на одељење интензивне неге у току исте епизоде хоспитализације, што је мање у односу на прошлу годину (графикон 24).

Процент пацијената код којих је извршен поновни пријем на одељење интензивне неге у болницама у Београду- хируршке гране медицине, 2011-2017.

Графикон 24.

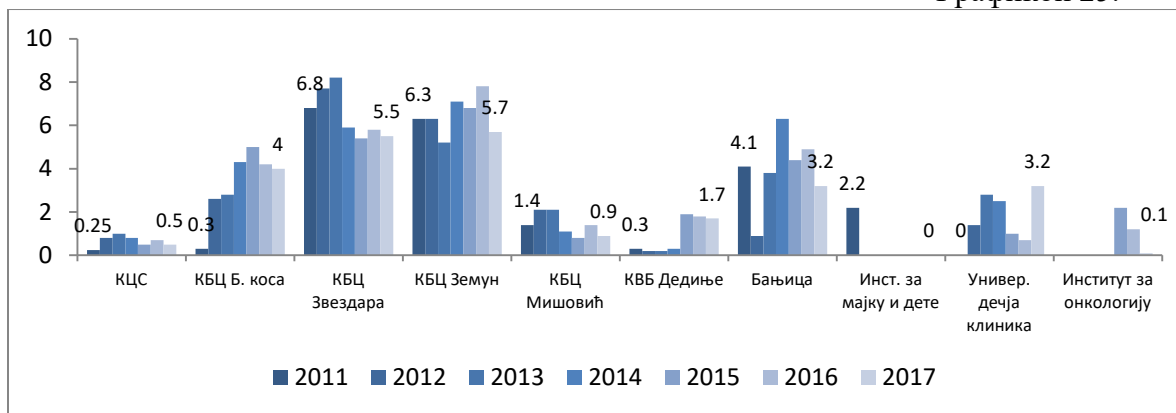


Поновни пријем хируршких пацијената на одељење интензивне неге регистрован је у 9 болница, док у Институту за здравствену заштиту мајке и детета Србије „Др В. Чупић“ и стационару Завода за здравствену заштиту студената није било поновних пријема.

Највећи проценат пацијената враћених на одељење интензивне неге је забележен у КБЦ „Земун“ (5,7%), КБЦ „Звездара“ (5,5%) и КБЦ „Бежанијска коса“ (4%), (графикон 25). Постоје велике разлике у вредности овог показатеља између различитих болница (од 0% до 5,7%). Највећи пад овог процента у односу на прошлу годину је забележен у КБЦ „Земун“ и ИОХБ „Бањица“, а повећање у Универзитетској дечјој клиници.

Процент пацијената код којих је извршен поновни пријем на одељење интензивне неге у болницама у Београду- хируршке гране медицине, 2011-2017. године

Графикон 25.



Поређење различитих здравствених установа у оквиру исте медицинске дисциплине могуће је само у области ортопедије, дечје хирургије и кардиоваскуларне хирургије. У области ортопедије 4 пацијента (0,2%) враћено је на одељење интензивне неге у КЦС, а у Институту за ортопедско-хируршке болести „Бањица“ је било 235 поновних пријема (3,2%). 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, док је у Универзитетској дечјој клиници било 18 поновних пријема (3,2%). У области кардиоваскуларне хирургије у Институту за кардиоваскуларне болести „Дедиње“ било је 56 поновних пријема (1,7%), а у Клиници за васкуларну хирургију КЦС 26 (2,8%), док је у Клиници за кардиохирургију КЦС било 5 поновних пријема (0,3%).

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 2017. и 2016. години се није догодио ни један смртни случај после апендектомије, док је у свакој од претходне 4 године забележен по 1 смртни исход после апендектомије и то у КБЦ „Звездара“.

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.

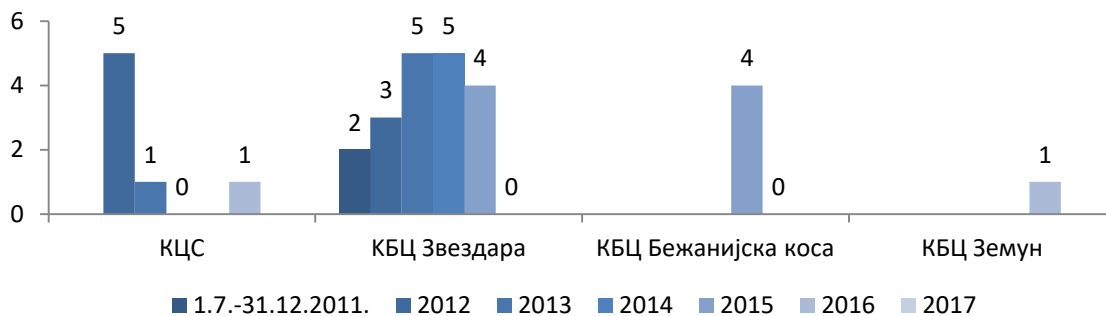
Холецистектомија спада у најчешће оперативне захвате у абдоминалној хирургији, а сваки смртни исход у току или после холецистектомије, као и код апендектомије, се сматра „стражарским“ или „сигналним“ догађајем. То значи да је за сваки смртни исход неопходно брзо реаговање у здравственој установи, истраживање 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 2017. године, није било умрлих после холецистектомије (графикон 26). Од увођења овог показатеља, ово је прва година у којој није било смртних исхода после холецистектомије ни у једној установи.

У складу са методологијом извештавања показатеља квалитета, не извештава се старост преминулих пацијената после холецистектомије.

Број умрлих пацијената после холецистектомије у болницама у Београду, 2011-2017.

Графикон 26.



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.).

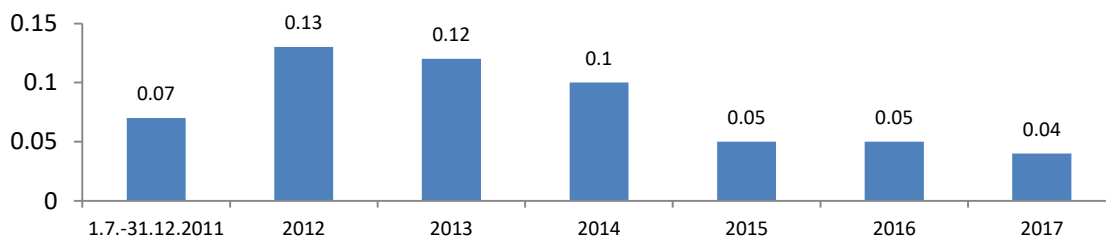
У Београду је у 7 болница регистровано 38 пацијената који су добили сепсу после операције, док је у претходној години овај број износио 55. Међутим, приказани пад не представља реалну промену показатеља, јер током 2017. године он није адекватно праћен у Клиници за кардиохирургије КЦС, на шта упућује и само један пријављени случај сепсе у односу на 21 прошле године. Стога су и за цео КЦС пријављена само 4 пацијента који су добили сепсу после операције (23 у 2016. години). Међу осталим установама највише их је било у КБЦ „Бежанијска коса“ (14), а затим у Институту за здравствену заштиту мајке и

детета Србије (10), у ИОХБ „Бањица“ и Институту за кардиоваскуларне болести „Дедиње“ (по 4) и у КБЦ „Др Д. Мишовић“ и ГАК „Народни фронт“ (по 1).

У односу на 103.588 оперисаних пацијента, проценат пацијената који су добили сепсу после операције износи 0,04%, али треба имати у виду горе поменућу мањкавост податка за Клинику за кардиохирургију КЦС (графикон 27).

Процент пацијената који су добили сепсу после операције у болницама у Београду, 2011-2017. године

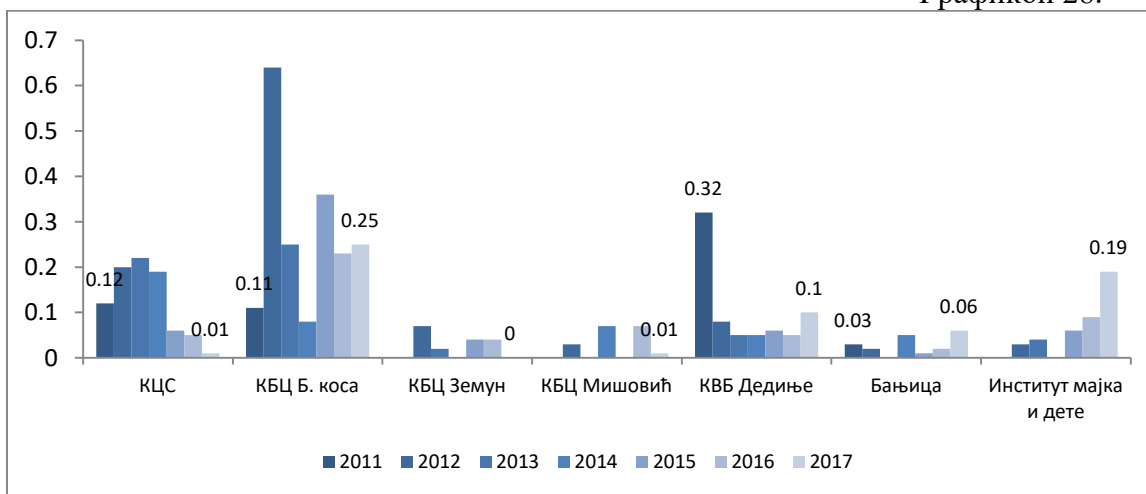
Графикон 27.



Овај проценат је највећи у КБЦ „Бежанијска коса“ (0,25%), као и претходне године, а затим у Институту за здравствену заштиту мајке и детета Србије (0,19%) и Институту за кардиоваскуларне болести „Дедиње“ (0,1), (графикон 28).

Процент пацијената који су добили сепсу после операције по болницама у Београду, 2011-2017. године

Графикон 28.



Наведене вредности су мање у односу на Сједињене америчке државе, где стопа постоперативне сепсе износи од 1,2% до 4,5% и има растући тренд (8).

У земљама ОЕЦД-а, стопа постоперативне сепсе у оквиру абдоминалне хирургије у 2015. години била је 2,1%, са вредностима у распону од 0,3% у Пољској, до 3,7% у Ирској. (9).

Закључак

Подаци о квалитету рада хируршких одељења анализирани су за 12 болница. Ова одељења се значајно разликују по величини, али и по намени, односно врсти обољења која се у њима дијагностикују и лече, што утиче на вредности показатеља квалитета, али због методологије извештавања, за већину хируршких грана није могуће поређење болница по истим дисциплинама.

Годишње се на хируршким одељењима болница у Београду хоспитализује око 100.000 лица. Највећи број, више од две трећине од укупног броја (око 75.000), се лечи у Клиничком центру Србије и четири клиничко-болничка центра, око 13% на хируршким одељењима у Универзитетској дејој клиници и Институту за здравствену заштиту мајке и детета Србије, око 9% у ИОХБ „Бањица“, 4% на Институту за кардиоваскуларне болести „Дедиње“, 3% на Институту за онкологију и радиологију Србије и 0,3% у Заводу за здравствену заштиту студената.

Стопа леталитета је у 2017. години достигала најмање вредности од почетка праћења ових показатеља квалитета, односно од друге половине 2007. године (2,3%). И проценат умрлих у првих 48 сати на хируршким одељењима (21,7%) има благо опадајући тренд. Ако изузмемо КБЦ „Др Д. Мишовић“ и стационар Завода за здравствену заштиту студената, где није било умрлих у 2017. години, вредности стопе леталитета се крећу од 0,1% колико је у Институту за онкологију и радиологију Србије до 4,0% у КБЦ „Земун“. Процент умрлих у првих 48 сати од болничког пријема је највећи у Институту за онкологију и радиологију Србије (од укупно 4- 2 умрла у првих 48 сати) и КЦС (26%), а најмањи у ИОХБ „Бањица“ (1,8%). Стопа леталитета оперисаних пацијената у 2017. години износи 1%.

Просечна дужина болничког лечења била је 7,8 дана, што је и најмања вредност за овај показатељ од почетка праћења, тако да и код овог показатеља постоји тренд опадања. У односу на 2008. годину просечна дужина лечења је смањена на хируршким одељењима свих београдских болница.

Просечна дужина преоперативног боравка има опадајући тренд и у 2017. години је износила 1,7 дана.

По једној заузетој болничкој постељи било је ангажовано 0,77 медицинских сестара и овај показатељ има благо растући тренд.

Процент обдукованих пацијената на хируршким одељењима је 17,3%, што је једнако претходној години и представља највећу вредност у протеклом десетогодишњем периоду. Процент подударности клиничких и обдукционих дијагноза (86,9%) има растући тренд.

Више од једне трећине пацијената (око 38.400) на хируршким одељењима лечено је на одељењу интензивне неге, док је 610 пацијената (1,6%) поново враћено на одељење интензивне неге у току исте епизоде хоспитализације, што је мање у односу на прошлу годину (2,1%).

У болницама у Београду, у 2017. години се није догодио ни један смртни исход после апендектомије, као ни после холецистектомије.

На основу анализе показатеља квалитета рада хируршких одељења у 12 београдских болница, за период од 2008. до 2017. године, може се закључити да је у већини сегмената дошло до унапређења квалитета рада.

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 health care 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. Liu V, Escobar GJ, Greene JD, et al. Hospital Deaths in Patients With Sepsis From 2 Independent Cohorts. *JAMA*. 2014;312(1):90-92. doi:10.1001/jama.2014.5804.
9. OECD (2017), *Health at a glance 2017: OECD indicators*, OECD publishing. Paris http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en. Pristupljeno: 07.11.2018