

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

-ПОКАЗАТЕЉИ КВАЛИТЕТА ЗА ЗДРАВСТВЕНУ УСТАНОВУ У ЦЕЛИНИ-

Показатељи квалитета који се прате за стационарну здравствену установу у целини су:

1. стопа леталитета
2. проценат умрлих у току првих 48 сати од пријема
3. просечна дужина болничког лечења
4. просечан број медицинских сестара по заузетој болничкој постељи
5. проценат обдукованих
6. проценат подударности клиничких и обдукционих дијагноза
7. проценат пацијената код којих је извршен поновни пријем на одељење интензивне неге у току хоспитализације
8. Процент пацијената који се прате по процесу здравствене неге
9. Процент сестринских отпусних писама патронажној служби

Од 1. јула 2011. године, с обзиром да је промењен Правилник о показатељима квалитета здравствене заштите, промењени су и показатељи квалитета за стационарне установе. Више се не прати показатељ који се односи на проценат пацијената упућених на лечење у друге установе, а додата су 3 нова показатеља, од којих се 2 односе на квалитет сестринске неге (процент пацијената који се прате по процесу здравствене неге и проценат сестринских отпусних писама патронажној служби) и показатељ који се односи на поновне пријеме на одељење интензивне неге витално угрожених пацијената.

1. Стопа леталитета

Болнички леталитет је показатељ исхода болничког лечења. Он зависи од низа фактора, пре свега од правовремене и адекватне дијагностике и терапије, које су условљене знањем, техничким и интерперсоналним вештинама здравствених радника, опремом и другим ресурсима, организацијом рада, менаџментом и др., односно директно зависи од квалитета пружене здравствене заштите. Међутим, леталитет зависи и од фактора на које болница не може утицати. Познато је да старост пацијента, пол, тежина обољења, коморбидитет, могу повећати ризик од смртог исхода. Због тога се у свету користе стопе леталитета кориговане за ове факторе (risk adjusted rate), што омогућава компарацију различитих установа, или истих установа кроз различите временске периоде, док код нас још увек не постоје техничке могућности за овако израчунавање стопа. Сем тога, вредност леталитета се све више користи као показатељ квалитета за одређене дијагнозе, хируршке процедуре или болничка одељења, а мање као мера укупних болничких перформанси.

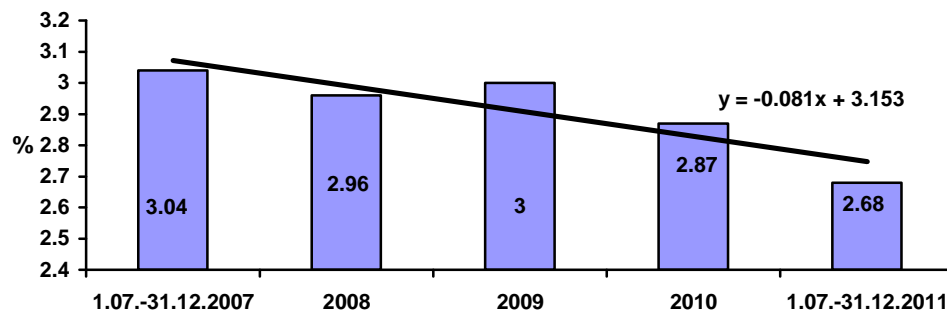
На болнички леталитет могу утицати и други фактори, као што је транспорт најтежих случајева у друге болнице, због чега се прати и број, односно проценат пацијената упућених на лечење у друге здравствене установе.

Недостатак стандарда за овај показатељ, као и значајне разлике између београдских болница у врсти и тежини болести лечених пацијената, старости, коморбидитету и сл. онемогућавају адекватну компарацију установа. Због тога, овако праћен болнички леталитет у нашим условима служи превасходно самој болници за праћење „свог“ леталитета током различитих временских периода. Болница у којој се деси смртни исход у лечењу пацијента треба да анализира факторе који су довели до смрти пацијента и процени да ли се смртни исход могао спречити и на основу тога предузме мере за спречавање превентабилних леталних исхода.

У београдским болницама у периоду јул-децембар 2011. године лечено је 140.304 пацијента. Смртним исходом завршено је лечење код 3.763 пацијента. **Стопа леталитета је износила 2,68%**, мања је од прошлогодишње и има опадајући тренд (графикон 1). **У ове вредности нису укључени лечени и умрли неонатолошки пацијенти у породилиштима. Такође, у клиничко-болничким центрима нису укључени лечени и умрли пацијенти на геријатријским и психијатријским одељењима.**

Стопа леталитета у болницама у Београду, 2007.-2011.

Графикон 1.



Највећа стопа леталитета је у Специјалној болници за цереброваскуларне болести „Свети Сава“, 18,2% и Институту за неонатологију, 10,6%. То је и очекивано због врсте и тежине обољења, које се лече у овим установама, као и старосне структуре лечених пацијената. Значајно је да у обе установе, стопа леталитета опада из године у годину.

Вредност леталитета изнад просечне вредности за град Београд имају и: Специјална болница за ендемску нефропатију (5,7%), Специјална болница за интерне болести Младеновац (4,7%), клиничко-болнички центри „Бежанијска коса“ (3,7%), „Земун“ (4,46%) и Клинички центар Србије (3,49%), где су веће вредности и очекиване с обзиром на патологију и старосну структуру лечених пацијената.

Клинички центар Србије и 4 клиничко-болничка центра збрињавају више од половине свих лечених у болницама у Београду (79.660 или 56,8%), а спадају у групу сродних установа, па их анализирамо одвојено од других болница. У њима је био 2.726 смртних исхода (72% од укупног броја умрлих у београдским

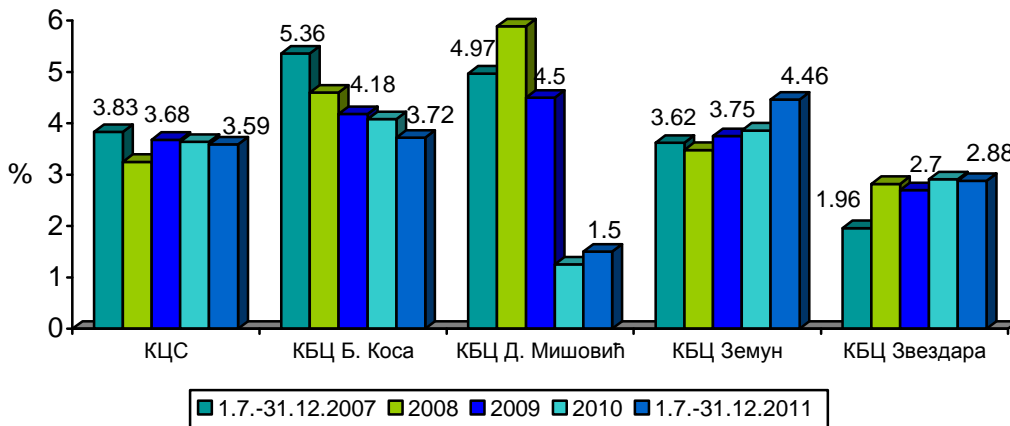
болницама), а болнички леталитет има вредности од 1,5% у КБЦ „Др Драгиша Мишовић“ до 4,46% у КБЦ „Земун“ (графикон 2.).

Поређење стопе леталитета у односу на претходне године могуће је само за 2009., 2008. годину и за период јул-децембар 2007. године, због промене у методологији праћења и израчунавања овог показатеља. Наиме, од 1. јула 2007. године, да би се омогућила адекватна компарација клиничко-болничких центара, у израчунавање овог показатеља нису укључена геријатријска одељења, као ни неонатолошка одељења при породилиштима. Ова одељења се разликују по величини, односно броју постеља, а и не постоје у свим клиничко-болничким центрима (КБЦ „Бежанијска коса“, као и Клинички центар Србије немају геријатријско одељење, а КБЦ „Бежанијска коса“ нема ни неонатолошко одељење). Геријатријска одељења имају висок леталитет, док је на неонатолошким одељењима велики број исписаних пацијената (новорођене бебе), а низак леталитет. Те специфичности утичу на стопу леталитета на нивоу болнице у целини, па се ова одељења искључују при израчунавању стопе леталитета за здравствену установу у целини.

Иако се подаци за 2011. годину односе на период од 6 месеци, а за 2008. 2009. и 2010. годину обухватају целу годину, податке о леталитету смо анализирали поредећи ове године, уз сва, напред наведена ограничења.

Тенденција смањења стопе леталитета из године у годину, присутна је у КБЦ „Бежанијска Коса“ и Клиничком центру Србије, док у КБЦ „Земун“ и КБЦ „Звездара“ постоји тренд лаганог повећања стопе леталитета. У КБЦ „Др Драгиша Мишовић“, у 2008. и већим делом 2009. године нису радила одељења урологије, ОРЛ, гинекологије и акушерства, неурологије и психијатрије због реновирања објеката, а због пожара који се десио у октобру 2009. године, одељење хирургије није радило током целе 2011. године (за хируршке пацијенте је коришћено 10 уролошких постеља), што је утицало на значајно смањење стопе леталитета. Повећање леталитета у КБЦ „Земун“ у 2011. години делом је проузроковано завршетком грађевинских радова и почетком рада болнице пуним капацитетом, односно пријемом теже оболелих пацијената.

Болнички леталитет у КЦС и клиничко-болничким центрима, 2007.-2011.
Графикон 2.



У осталим болницама у Београду, методологија извештавања омогућава поређење са претходним годинама, од 2005. до 2011. године. Може се констатовати

да је болнички леталитет смањен у свим болницама у односу на претходну годину, а такође и да има опадајући тренд у односу на 2005. годину. (табела 1).

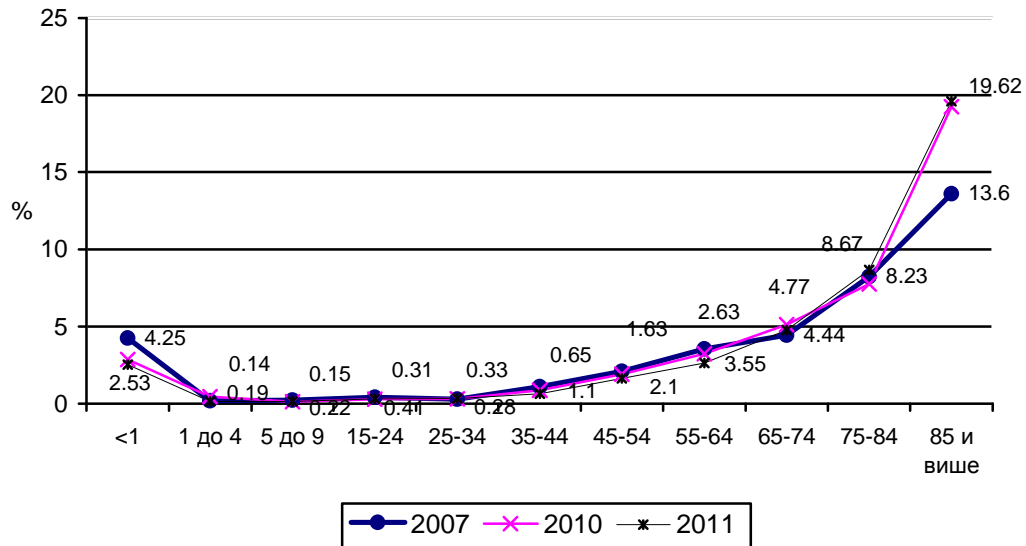
Смртних исхода није било једино у мањим стационарима у: Специјалној болници за болести зависности, Заводу за здравствену заштиту студената, Заводу за психофизиолошке поремећаје и говорну патологију „Проф. др Цветко Брајовић“, Клиници за неурологију и психијатрију за децу и омладину, Специјалној болници за церебралну парализу и развојну неурологију, Специјалној болници за болести зависности и Институту за ментално здравље. У овим установама смртни исходи нису ни очекивани, имајући у виду врсту и тежину обољења који се у њима збрињавају.

Табела 1. Леталитет у болницама у Београду (сем КБЦ и КЦС), 2005.-2011.

ЗДРАВСТВЕНА УСТАНОВА	2005	2006	1.07.- 31.12. 2007	2008	2009	2010	1.07.- 31.12. 2011
Спец. бол. за цереброваскул. бол. „Свети Сава“	22,9	18,27	15,33	20,69	21,24	22,53	18,21
Институт за неонатологију	17,84	16,29	14,09	13,04	10,89	13,86	10,57
Специјална болница за ендемску нефропатију	7,13	6,35	5,92	5,35	6,31	7,66	5,74
Специјална болница за интерне болести	5,39	4,93	4,07	5,32	4,64	4,73	4,73
Спец. болница за психијатријске болести „Др Ј. Лазаревић“	3,45	1,90	0,79	0,94	1,45	1,02	1,41
Институт за КВБ „Дедиње“	1,95	1,58	1,07	1,06	1,37	1,65	1,60
Универзитетска дечја клиника	0,99	0,91	0,76	0,68	0,58	0,51	0,50
Институт за здрав. заш. мајке и детета Србије	0,75	0,78	0,57	0,64	0,60	0,60	0,44
Клиника за рехабилитацију „Др М. Зотовић“	0,78	0,78	0,81	0,49	0,60	0,72	0,17
Специјална болница за рехабилитацију и ортопедску протетику	0,95	0,78	0	0,81	1,44	0,61	0,36
Институт за ортопедско-хируршке болести „Бањица“	0,68	0,78	0,67	0,76	0,54	0,68	0,59
Институт за онкологију и радиологију Србије	0,55	0,66	0,57	0,76	0,71	0,80	0,58
Институт за рехабилитацију	0,17	0,34	0,27	0,53	0,69	0,81	0,37
Институт за реуматологију	0,08	0,19	0	0	0	0	0,04
ГАК „Народни фронт“	0,10	0,06	0,02	0,03	0,02	0,07	0,01
Институт за ментално здравље	0	0	0	0	0	0,09	0

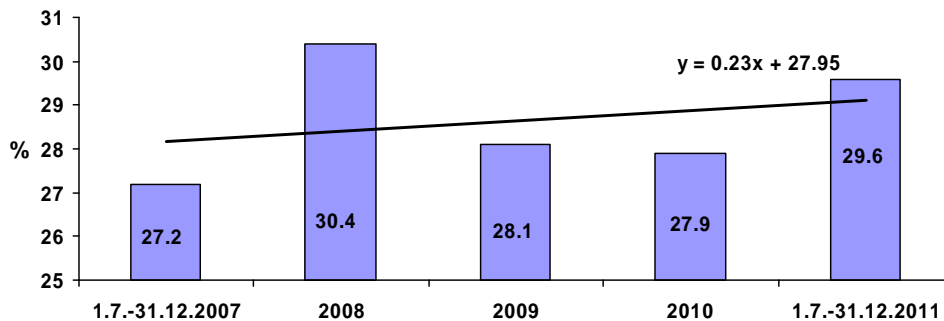
На квалитет болничког рада указује и добро специфична стопа леталитета (графикон 3). Она у Београду, према очекивању, има облик деформисаног латиничног слова У. То значи да је у дечјем узрасту стопа болничког леталитета највећа код деце млађе од годину дана, што је узроковано стањима насталим у пренаталном периоду и конгениталним аномалијама. Стопа затим опада, а од 35. године расте и све је већа са повећањем старости пацијената. У односу на 2007. годину, значајно је смањена смртност деце млађе од 1 године (са 4,25% на 2,53%), благо је смањена смртност код млађих добних група (до двадесетпете године), а повећана је стопа леталитета старијих од 65 година, а посебно у добној групи старијих од 85 година (са 13,6% на 19,6%).

Болнички леталитет у Београду према добним групама, 2007-2011.
Графикон 3.



2. Процент умрлих у току првих 48 сати од пријема
 Време од појаве симптома болести до пружања стручне помоћи, код многих болести је од виталног значаја за исход лечења, односно преживљавање пацијента. Од 3.763 смртних исхода у болничким установама, 1.114 пацијената **или 29,6% је умрло у току првих 48 сати од пријема у болницу**, што је више у односу на претходну годину (графикон 4).

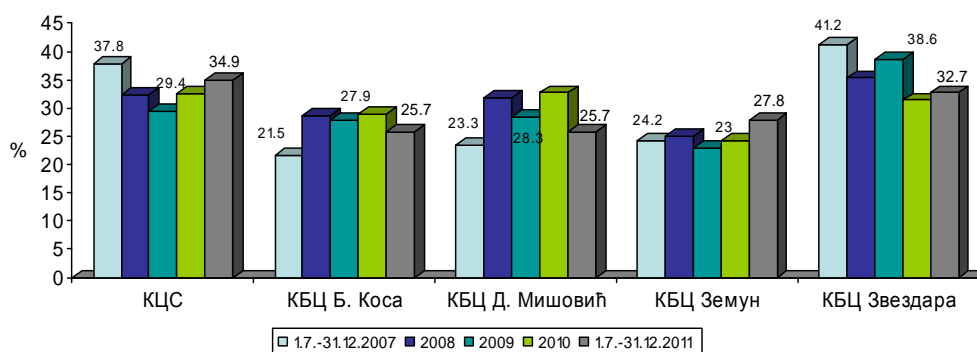
Процент умрлих у првих 48 сати од болничког пријема у болницама у Београду
Графикон 4.



Највише смртних исхода у првих 48 сати било је у Клиничком центру Србије и клиничко-болничким центрима, 882 (79,2%), а 129 (11,6%) у Специјалној болници за цереброваскуларне болести „Свети Сава“. У свим посматраним годинама, проценат умрлих у току првих 48 сати од болничког пријема у клиничко-болничким центрима је био најмањи у КБЦ „Земун“ и имао уједначене вредности око 24%, уз пораст у 2011. години на око 28% (графикон 5.). У КБЦ „Звездара“ и КБЦ „Бежанијска коса“ постоји тренд смањења вредности процента умрлих у првих 48 сати од пријема, док у КЦС овај проценат расте у последње 2 године.

Процент умрлих у току првих 48 сати од пријема у Клиничком центру Србије и клиничко-болничким центрима, 2007.-2011.

Графикон 5.



У осталим болницама, број умрлих пацијената у току првих 48 сати од пријема у болницу је знатно мањи (табела 2) и има највеће вредности у Специјалној болници за интерне болести Младеновац (29 умрлих) и Институту за неонатологију (20 умрлих).

Табела 2. Процент умрлих у току првих 48 сати од пријема у болницама у Београду (сем КЦС и КБЦ), 2007.-2011.

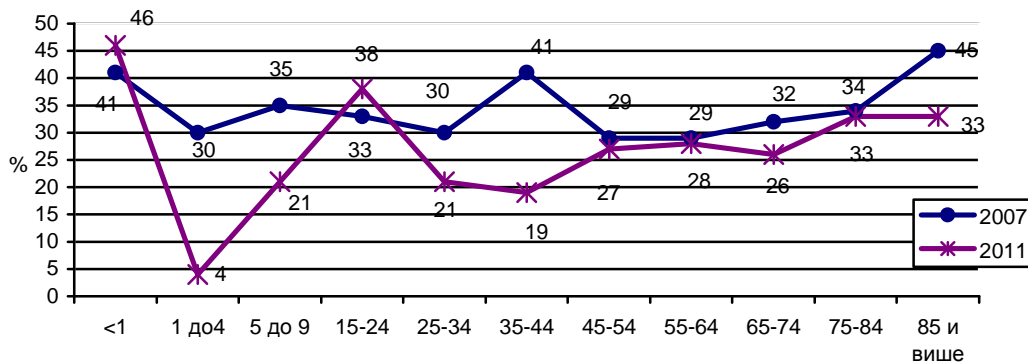
ЗДРАВСТВЕНА УСТАНОВА	1.07.-31.12.2007	2008		2009		2010		1.07.-31.12.2011	
	Процент умрлих у току првих 48 сати од пријема у болницу	Умрли у току првих 48 сати од пријема у болницу		Умрли у току првих 48 сати од пријема у болницу		Умрли у току првих 48 сати од пријема у болницу		Умрли у току првих 48 сати од пријема у болницу	
		Број	%	Број	%	Број	%	Број	%
Спец. бол. за енд. нефропатију	53,85	12	25,5	10	17,9	16	22,9	5	18,5
Спец. болница за интерне бол.	39,0	91	42,9	57	39,4	54	28,1	29	31,2
Институт за неонатологију	33,3	35	31,5	40	39,2	51	41,8	20	43,5
Инст. за здр. заш. мајке и детета Србије	60,0	28	29,8	12	13,6	30	32,3	17	38,6
Универзитетска дечја клиника	27,2	28	31,5			27	34,2	18	45,0
Спец. бол. за психијатријске болести „Др Л. Лазаревић“	18,18	6	23,1	3	7,7	5	13,9	4	18,2
Институт за ортопедско-хир. болести „Бањица“	12,9	5	7,2	7	13,4	7	11,3	1	3,45
Инст за кардиоваскуларне болести „Дедиње“	12,3	6	5,6	18	12,95	10	6,2	5	6,8
ГАК „Народни фронт“	50,0	0	0	0	0	0	0	0	0
Инст. за рехабилитацију	7,7	1	2,2	0	0	1	1,6	0	0
Институт за онкологију и радиологију Србије	0	0	0	0	0	6	6,5	2	5,71
Клиника за рехабилитацију „Др М. Зотовић“		0	0	0	0	0	0	2	100
Спец. болница за рехабилит. и ортопедску протетику		1	25	2	28,6	0	0	0	0
Специјална болница за цереброваскул. бол. „С. Сава“	Нема података	464	30,65	420	28,7	307	21,6	129	21,4

Као и прошле године, највећи проценат умрлих пацијената у првих 48 сати од болничког пријема је у Институту за неонатологију, 43,5% и Универзитетској дечјој клиници, 45%. У обе болнице постоји тенденција повећања процента умрлих пацијената у првих 48 сати од болничког пријема.

На квалитет болничког рада указује и проценат умрлих у току првих 48 сати од пријема у болницу исказан по добним групама. За разлику од криве болничког леталитета која има облик деформисаног латиничног слова У, крива која приказује проценат умрлих у току првих 48 сати од болничког пријема је скоро праволинијска, уз највеће вредности у првој години и у најстаријим добним групама (графикон 6).

Процент умрлих у току првих 48 сати од пријема у болнице у Београду по добним групама, 2007.-2011.

Графикон 6.



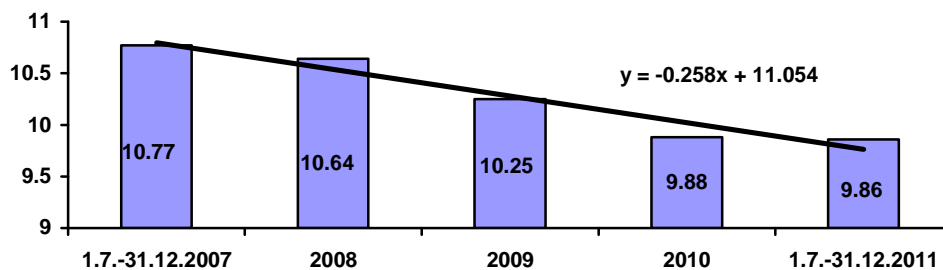
3. Просечна дужина болничког лечења

Просечна дужина болничког лечења зависи од низа фактора: квалитета пружене заштите, али и врсте и тежине обољења, коморбидитета, старости и пола пацијента. С обзиром да се београдске болнице значајно разликују по врсти и тежини лечених пацијената, старости, коморбидитету и сл. постоје и разлике у дужини лечења на нивоу установе.

Просечна дужина болничког лечења за све болнице у Београду износи 9,86 дана и има опадајући тренд у анализираном периоду (графикон 7).

Просечна дужина болничког лечења у болницама у Београду, 2007.-2011.

Графикон 7.



Највећа просечна дужина лечења је у установама за „дуготрајну хоспитализацију“ - болницама за рехабилитацију и психијатријским болницама (97 дана у Специјалној болници за рехабилитацију и ортопедску протетику, 77 дана у Специјалној болници за церебралну парализу и развојну неурологију, 51 дан у Институту за неонатологију и 42 дана у Клиници за рехабилитацију „Др Мирослав Зотовић“).

У болницама за „краткотрајну хоспитализацију“ дужина лечења је најкраћа у стационару Завода за здравствену заштиту студената - 3,1 дан и ГАК „Народни фронт“ 4,7 дана.

У скоро свим болницама постоји тренд смањења просечне дужине болничког лечења у периоду од 2007. до 2010. године, сем у Специјалној болници за цереброваскуларне болести „Свети Сава“, Специјалној болници за ендемску нефропатију, Специјалној болници за болести зависности, као и у Институту за рехабилитацију, где је дужина болничког лечења повећана због промене критеријума за упућивање пацијената на болничку рехабилитацију. Међутим, у шестомесечном периоду 2011. године, просечна дужина лечења је повећана у већини болница у односу на претходну годину (Табела 3.).

Табела 3. Просечна дужина лечења у болницама у Београду (без КЦС и КБЦ-а), 2007-2011.

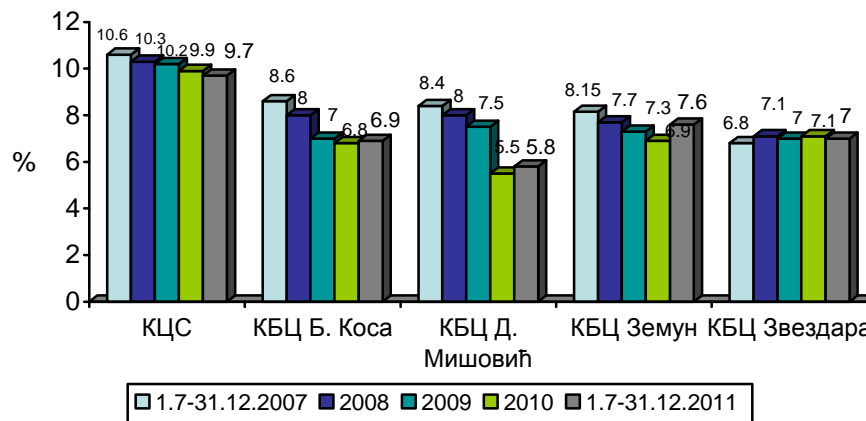
ЗДРАВСТВЕНА УСТАНОВА	1.07.- 31.12.2007	2008	2009	2010	1.07.- 31.12.2011
Спец. бол. за цереброваскул. бол. „Свети Сава“	8,6	10,1	9,95	12,1	13,2
Институт за неонатологију	49,1	50,25	47,9	44,6	50,8
Специјална болница за ендемску нефропатију	10	10	9,9	10,7	10,8
Специјална болница за интерне болести	9,5	9,1	9,2	8,85	9,0
Спец. бол. за психијатр. бол. „Др Л. Лазаревић“	48,5	49,5	52,6	42,2	36,1
Спец. бол. за болести зависности	14,8	13,8	13,6	16,3	18,8
Институт за КВБ „Дедиње“	6,4	6,3	6,2	6,7	7,4
Универзитетска дечја клиника	7,6	7,1	6,4	6,1	6,3
Институт за здрав. заш. мајке и детета Србије	5,5	6,7	6,4	6,4	5,4
Институт за ментално здравље	37	32,7	32,2	33,6	32,2
Клиника за рехабилитацију „Др М. Зотовић“	43,3	47,7	47,5	36,6	42,4
Спец. бол. за рехабил. и ортопедску протетику	89,5	99,6	90,5	99,9	97,4
Спец. бол. за цер. парализу и развој. неурологију	102,7	175,6	72,8	118,6	77,5
Институт за ортопедско-хир. болести „Бањица“	19,5	19,5	18,8	19,6	17,2
Институт за онкологију и радиологију Србије	10,9	10,6	10,3	7,2	10,7
Институт за рехабилитацију	16,9	18,7	21,0	22,2	18,6
Институт за реуматологију	13,3	12,99	7,4	7,2	7,5
Завод за психофиз. поремећаје и гов. патологију	12,8	10,4	12,7	12,3	13,1
Завод за здравствену заштиту студената	4,6	3,7	3,65	3,8	3,1
Клиника за неуролог. и псих. за децу и омладину	17,5	19,1	18,8	15,9	19,9
ГАК „Народни фронт“	5,7	5,4	5,5	4,6	4,7

Промене у просечној дужини болничког лечења у Специјалној болници за церебралну парализу и развојну неурологију у периоду од 2007. до 2011. године, проузроковане су променама у начину извештавања у овој установи.

Просечна дужина лечења у клиничко-болничким центрима је слична, око 7 дана, с тим што је у КБЦ „Др Драгиша Мишовић“ значајно смањена, јер је болница радила смањеним капацитетом због оштећења објекта хирургије у пожару. У Клиничком центру Србије просечна дужина лечења је 9,7 дана и већа је у односу на клиничко-болничке центре, што је и очекивано, јер је знатно већа заступљеност пацијената из унутрашњости, односно пацијената са тежим обољењима и стањима.

И у Клиничком центру Србије и у клиничко-болничким центрима, просечна дужина лечења је скраћена у односу на 2007. годину (графикон 8).

Просечна дужина лечења у КЦС и клиничко-болничким центрима, 2007.-2011.
Графикон 8.



4. Просечан број медицинских сестара по заузетој болничкој постељи

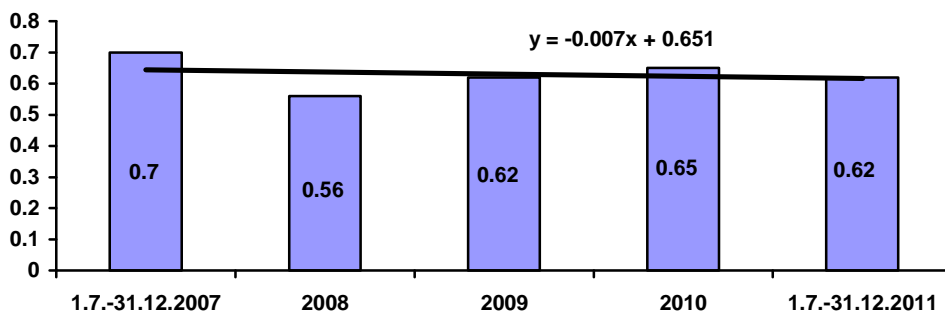
Број медицинских сестара по заузетој болничкој постељи није директан показатељ квалитета здравствене неге, али указује на аспекте који утичу на квалитет (недовољан број сестара).

За израчунавање овог показатеља коришћен је ефективни број медицинских сестара, односно еквивалент пуног радног времена. То је стандардна мера оптерећења медицинских сестара, која се користи са намером да се квантификује њихова пракса у односу на стандард пуног радног оптерећења у току једне године (220 радних дана у току године, односно 110 за пола године, по одбијању годишњих одмора, државних празника и просечних дана боловања).

Према добијеним извештајима, у 26 стационарних здравствених установа, ефективно је радило 4.728,2 медицинских сестара или 0,62 по заузетој постељи. Приказани број медицинских сестара је за 18 мањи у односу на претходну годину (графикон 9). Број медицинских сестара по заузетој болничкој постељи има опадајући тренд, међутим мора се имати у виду, да су неке болнице у 2007. години приказале укупан број медицинских сестара, а не ефективан број како је Методолошким упутством прописано.

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

Графикон 9.

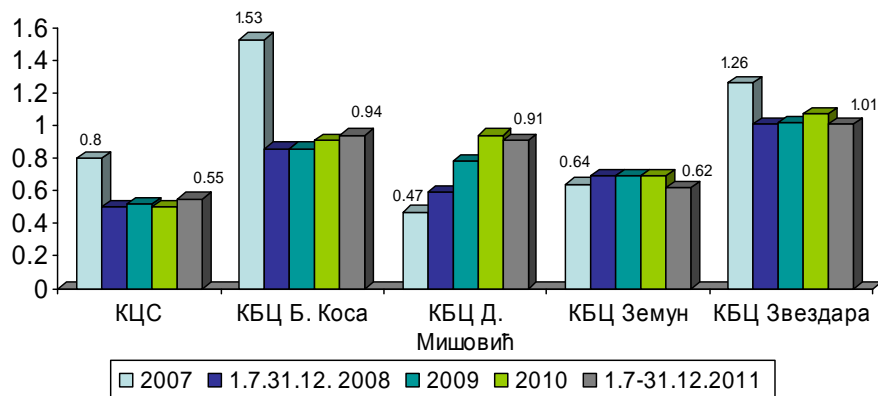


Број медицинских сестара по заузетој постељи је најмањи у болницама за „дуготрајну хоспитализацију“ (Институт за рехабилитацију 0,18, Специјална болница за рехабилитацију и ортопедску протетику 0,24, Завод за психофизиолошке поремећаје и говорну патологију „Проф. др Цветко Брајовић“ 0,24), што је и очекивано јер је и прописани норматив кадра најмањи у овим установама. Највећи број медицинских сестара по заузетој постељи је у Институту за неонатологију 1,23, КБЦ „Звездара“ 1,01 и Специјалној болници за болести зависности, 1,03.

У различитим болницама заступљене су различите медицинске гране, при чему су у оквиру медицинске гране заступљене различите медицинске дисциплине за које су и прописани нормативи сестринског кадра различити. Због тога је и компарација могућа само у оквиру истих медицинских дисциплина, али се може констатовати да КБЦ „Звездара“ има више медицинских сестара по постељи у односу на остале КБЦ, а да КБЦ „Земун“ има најмање медицинских сестара по заузетој постељи (графикон 10).

Број медицинских сестара по заузетој постељи у КБЦ И КЦС, 2007.-2011.

Графикон 10.



Велике разлике у вредности овог показатеља у односу на 2007. годину, у КБЦ „Бежанијска коса“ и Клиничком центру Србије, узроковане су нетачним

извештавањем у овим установама (био је приказан укупан број медицинских сестара, а не број ефективно ангажованих).

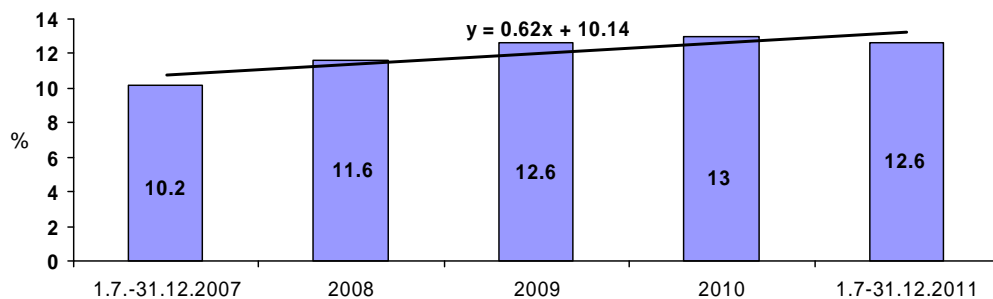
5. Процент обдукованих

Обдукције, као средство да се утврди узрок смрти пацијента, су значајне из више разлога. Оне омогућавају да се унапреди квалитет здравствене заштите проценом тачности клиничке дијагнозе, користе се као оруђе за процену квалитета пружене заштите, унапређују квалитет статистичких података о узроку смрти, омогућавају процену и праћење успешности нових дијагностичких и терапијских метода. Обдукције се сматрају „златним стандардом“ у мерењу исхода лечења и квалитета рада болнице (1).

Од 3.763 умрлих пацијената у току посматраних 6 месеци 2011. године, на обдукцију је упућен сваки осми (**475 или 12,6%**), што одговара вредностима из претходне године, уз тренд лаганог пораста броја обдукција (графикон 11).

Процент обдукованих у болницама у Београду, 2007.-2011.

Графикон 11.



У другим државама бележе се сличне вредности обдукованих пацијената. Према подацима Светске здравствене организације проценат обдукованих пацијената умрлих током болничког лечења у 2010. години је имао вредности од 0,01% Босни и Херцеговини, 0,4% у Израелу, 3,4% у Малти, 4,7% у Португалу (податак се односи на 2008. годину), 10% у Холандији (податак се односи на 2008. годину), 11,3% у Хрватској, 21,7% у Словенији (податак се односи на 2009. годину), 35,7% у Мађарској, 36% у Чешкој Републици, 26,9% у Аустрији, док су вредности веће од 50% у државама бившег СССР (47,6% у Киргистану, 52% у Белорусији, 57% у Узбекистану, 65,6% у Украјини (податак се односи на 2009. годину), 79,5% у Јерменији, а 80,7% у Републици Молдавији) (2).

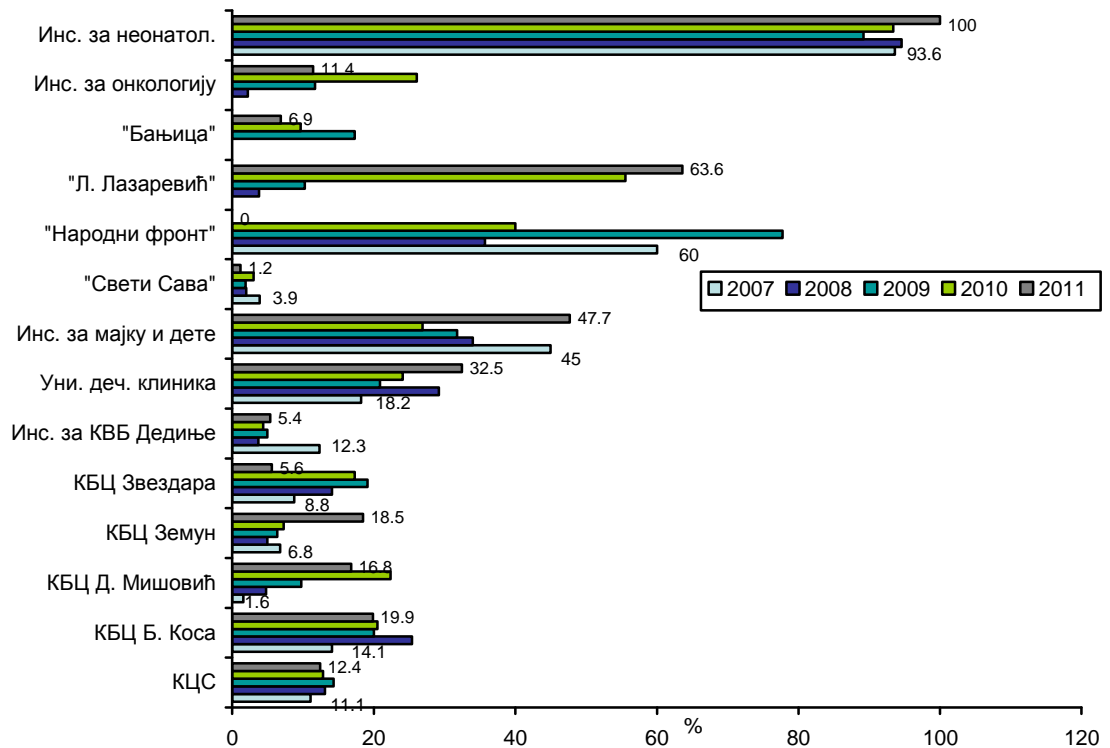
Процент обдукованих пацијената опада широм света током последњих деценија. У Royal Victoria Hospital, Belfast, проценат обдукованих је у периоду 1990-1999. године смањен са 21,6% на 7,9%. (3). Национално истраживање у Аустралији је показало да је мање од 5% урађених обдукција одраслих пацијаната умрлих у болницама у периоду 2002-2003 (4). У Великој Британији обдукује се 10% умрлих пацијената (5). У болницама Чикага проценат обдукованих је био 11% у 1995. години (1) а 3,7% у наставној болници терцијарног нивоа у Паризу (6). У САД у 1994. години стопа обдукција била је 6% (7). Према подацима Светске здравствене организације, проценат обдукованих у Данској је смањен скоро три

пута у периоду од 1985. до 2005. године (са 31,4% на 11,6%), у Аустрији је смањен са 48,3% у 1984. години на 26,9% у 2010. години, у Холандији са 27,9% у 1980. години на 10% у 2008. години, а у Литванији са 57,3% у 1989. години на 8,9% у 2010. години (2). У САД, стопа обдукција је смањена за више од 50% у периоду од 1972. године до 2007. године (са 19,3% на 8,5%), а смањење је нарочито изражено код пацијената који су преминули услед болести (са 16,9% на 4,3%), док је стопа обдукција повећана код пацијената преминулих услед спољног узрока смрти или повређивања (8).

Сматра се да је развој медицинских технологија (скенери, магнетне резонанце, могућност биопсије скоро свих органа и др.) главни разлог смањења броја обдукција. И тешкоће да се добије сагласност породице и дуго време чекања на резултате обдукције утичу да болнички лекари све мање траже обдукцију. Истраживање из САД показује да је на трећем месту водећих узрока опадања броја обдукција страх клиничких лекара да ће обдукција открити њихову грешку или пропуст. (1)

Процент обдукованих у болницама у Београду, 2007.-2011.

Графикон 12.



Напомена: Институт за ортопедско-хируршке болести „Бањица“ није доставио податке за 2007. и 2008. годину. Подаци за ГАК „Народни фронт“ у периоду од 2007. до 2010. године укључују и неонатолошка одељења, а од 2011. године само гинеколошко-акушерска одељења.

Подаци за 2007. и 2011. годину обухватају шестомесечни период (од 1. јула до 31. децембра).

У београдским болницама највећи проценат обдукованих је, као и прошле године, у Институту за неонатологију (100%), Специјалној болници за психијатријске болести „Др Лаза Лазаревић“ (63,6%), затим у Институту за

здравствену заштиту мајке и детета Србије 47,7% и Универзитетској дечјој клиници (32,5%). У односу на претходне године постоји тенденција пораста процента обдукованих у највећим болницама, у којима се дешава и највише смртних исхода (Клинички центар Србије и клиничко-болнички центри), Универзитетској дечјој клиници и Специјалној болници за психијатријске болести «Др Лаза Лазаревић» (графикон 12).

И резултати других земаља показују да се највећи проценат обдукција уради код умрле превремено рођене деце, односно новорођенчади која су кратко живела. Изразит је пораст обдукција фетуса рођених пре навршених 20 недеља трудноће (4). У САД највише обдукованих је у добној групи од 15 до 24 године (60% умрлих у овој добној групи је обдуковано), а изразито опада после 65 године (8).

У 7 болничких установа, у којима је било смртних исхода (укупно 143), није било обдукованих пацијената (Специјална болница за интерне болести Младеновац, Специјална болница за ендемску нефропатију Лазаревац, Институт за рехабилитацију, Клиника за рехабилитацију „Др Мирослав Зотовић“, Специјална болница за рехабилитацију и ортопедску протетику, ГАК „Народни фронт“ и Институт за реуматологију).

Искуства из света показују да и у случајевима када је обдукција урађена, често се обдукциони налази не користе за унапређење квалитета (3). Мора се изнаћи начин да се резултати обдукције системски користе у програмима обезбеђења квалитета.

6. Процент подударности клиничких и обдукционих дијагноза

Обдукциона дијагноза користи се за процену квалитета клиничке дијагнозе, унапређује знање клиничких лекара и смањује стопу тешких лекарских грешки. Неподударност клиничке и обдукционе дијагнозе не значи аутоматски грешку клиничког лекара, већ може потицати од атипичне клиничке слике или ограничења постојећих дијагностичких и терапијских средстава.

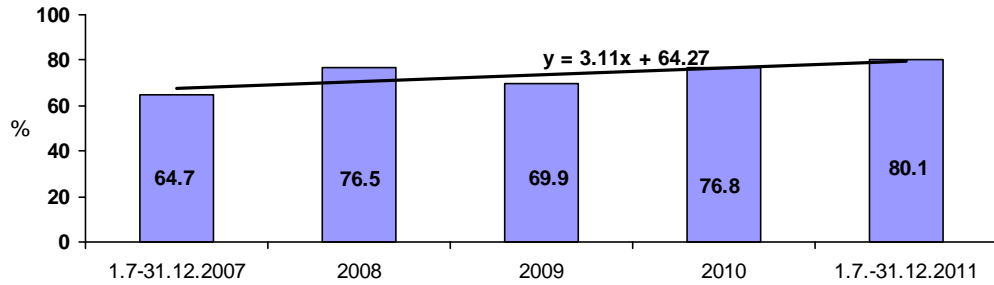
У свету се, у случају неслагања клиничке и обдукционе дијагнозе, користи Голдбергова скала, која неподударне дијагнозе сврстава у 4 категорије. Истраживања показују да је у око 10% неподударних дијагноза у питању грешка која је могла утицати на исход лечења (3). У САД се процењује да се ове велике грешке дешавају у најмање 8% случајева, а могуће у 22,8% случајева, с тим да од 1960-тих показују тренд опадања (9). Истраживање из Балтимора је показало да се велике дискрепанце између клиничке и обдукционе дијагнозе дешавају у 17,2% случајева (10). Грешке у дијагнози, укључујући и погрешан узрок смрти, али које вероватно не утичу на лечење и преживљавање пацијента, откривене су у 24% обдукционих налаза (4). У Великој Британији једна трећина клиничких дијагноза није подударна са обдукционом, а 50% обдукција открива податке о здравственом стању који нису били познати пре смрти (11).

У нашим условима прати се само подударност клиничких и обдукционих дијагноза, без класификације неподударних дијагноза. У болницама у Београду, у периоду јул - децембар 2011. године, клиничка и обдукциона дијагноза биле су

подударне у 270 случајева или 80,1%, што је више у односу на претходне године (графикон 13).

Процент подударних клиничких и обдукционих дијагноза у болницама у Београду, 2007-2010. год.

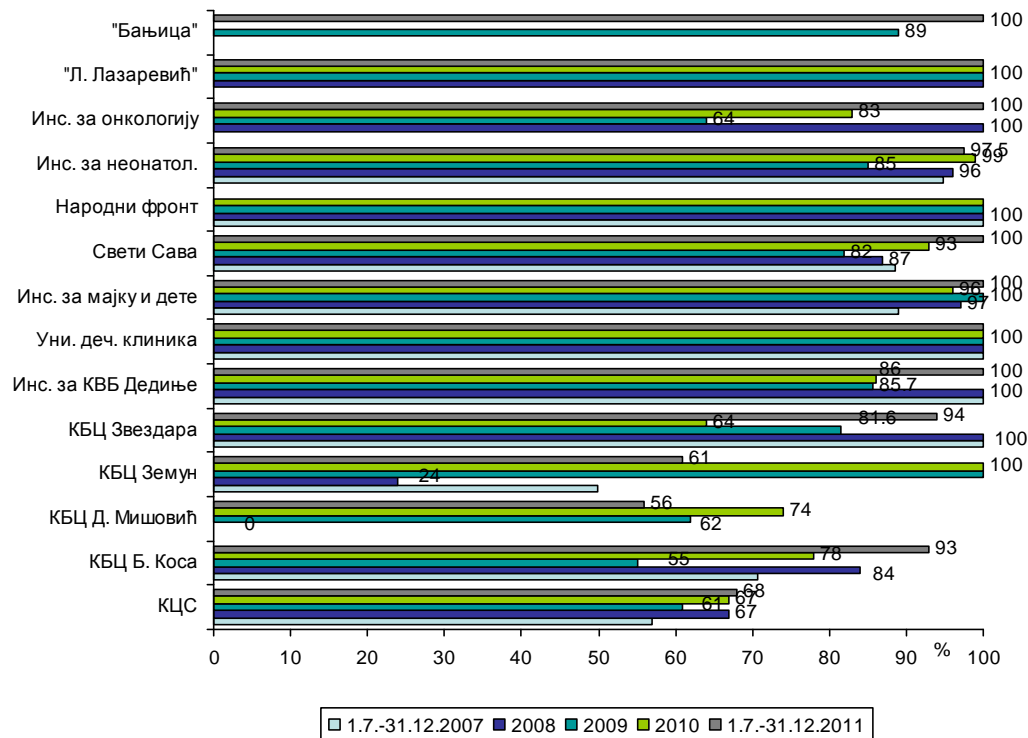
Графикон 13.



Најмање подударних дијагноза било је у КБЦ „Др Драгиша Мишовић“ 56% и КБЦ „Земун“, 61% (графикон 14).

Процент подударности клиничких и обдукционих дијагноза по болницама у Београду, 2007-2011.

Графикон 14.



Напомена: Институт за ортопедско-хируршке болести „Бањица“ и КБЦ „Др Драгиша Мишовић“ нису доставили податке за 2007. и 2008., а Институт „Бањица“ и за 2010. годину.

Са изузетком Клиничког центра Србије и клиничко-болничких центара, где се дешава и највећи број смртних исхода и где је најмање подударних клиничких и обдукционих дијагноза, у већини осталих болница, проценат подударних

клиничких и обдукционих дијагноза је веома висок и износи 100% у чак 7 болница. С обзиром да је у овим установама проценат обдукованих пацијената низак, могуће је да се ради о селекционом бајасу при упућивању пацијената на обдукцију.

7. Процент пацијената код којих је извршен поновни пријем на одељење интензивне неге у току хоспитализације

Процент пацијената код којих је извршен поновни пријем на одељење интензивне неге у току хоспитализације је нови показатељ квалитета рада здравствених установа 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.

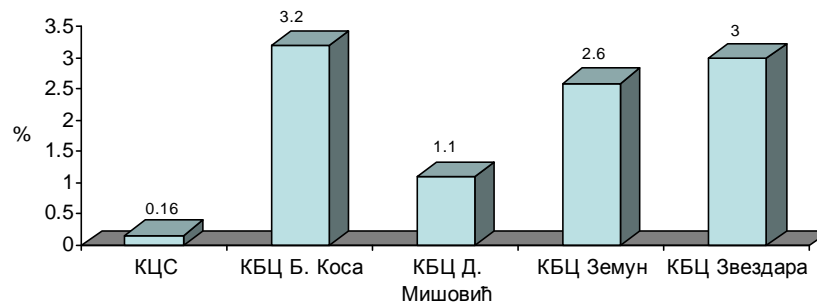
Од укупно 140.304 хоспитализована пацијента у току шест месеци 2011. године, сваки четврти (38.546 или 27,5%) је лечен на одељењу интензивне неге. Највише пацијената лечених на интензивној нези било је, према очекивању, у Клиничком центру Србије, 19.049 или половина од укупног броја. Интересантно је да је Институт за ортопедско-хируршке болести, иако има мање постеља за интензивну негу, пријавио знатно више лечених пацијената на интензивној нези од клиничко-болничких центара.

Поновни пријем на одељење интензивне неге извршен је код 551 пацијента или 1,43%. Постоје велике разлике између болница, а вредности се крећу од 0% до 10%. Према добијеним подацима, поновних пријема на одељење интензивне неге није било у 7 болница: Универзитетској дечјој клиници, ГАК „Народни фронт“, Институту за онкологију и радиологију Србије, Специјалној болници за болести зависности, Специјалној болници за рехабилитацију и ортопедску протезу и Заводу за здравствену заштиту студената.

У клиничко-болничким центрима проценат поновних пријема на интензивну негу има сличне вредности, око 2%-3%, док у Клиничком центру Србије има знатно мање вредности (графикон 15).

Процент пацијената код којих је извршен поновни пријем на одељење интензивне неге у току хоспитализације у КЦС и клиничко-болничким центрима, 1.7.-31.12.2011.

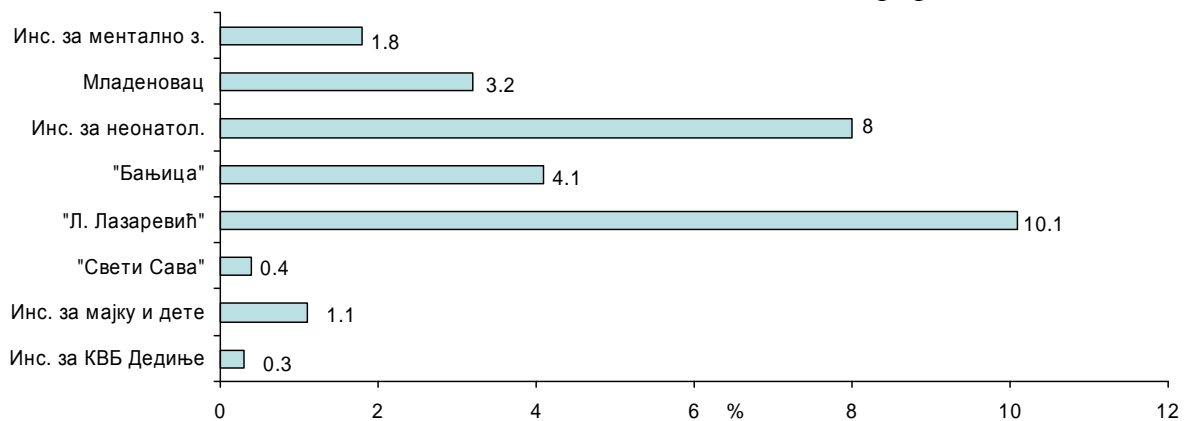
Графикон 15.



Највише поновних пријема било је у Специјалној болници за психијатријске болести „Др Лаза Лазаревић“, чак 10% и у Институту за неонатологију, 8% (графикон 16).

Процент пацијената код којих је извршен поновни пријем на одељење интензивне неге у току хоспитализације по болницама у Београду (сем КЦС и КБЦ), 1.7.-31.12.2011.

Графикон 16.



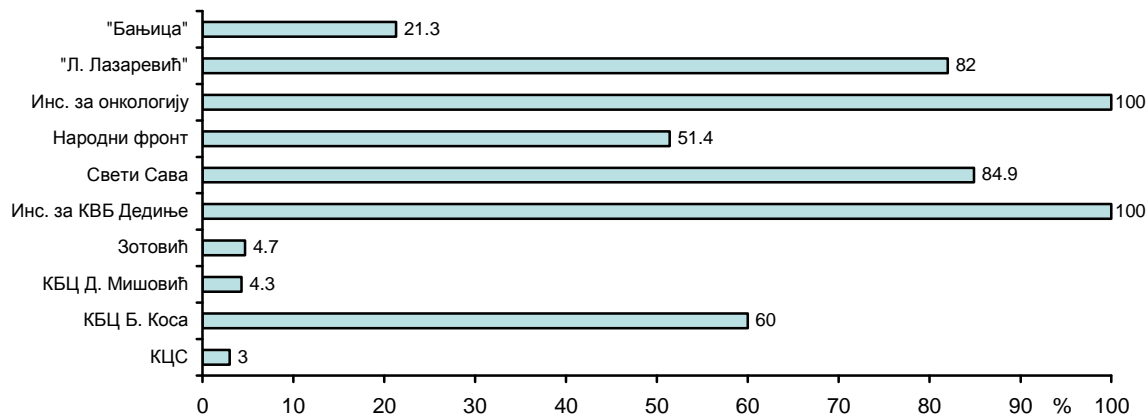
8. Процент пацијената који се прате по процесу здравствене неге

Процент пацијената који се прате по дефинисаном процесу здравствене неге је нови показатељ квалитета рада здравствених установа који се прати од 1. јула 2011. године и указује на квалитет сестринске неге.

Према добијеним подацима, у 10 болница у Београду се пацијенти прате по дефинисаном процесу здравствене неге. Од укупно 140.304 пацијента, по овом процесу неге је праћено 26.306 пацијената или 18,75%. Постоје велике разлике између болница, а у 2 болнице (Институт за онкологију и радиологију Србије и Институт за кардиоваскуларне болести „Дедиње“) су сви пацијенти обухваћени овим процесом неге (графикон 17).

Процент пацијената који се прате по процесу здравствене неге у болницама у Београду, 1-7.-31.12.2011.

Графикон 17.



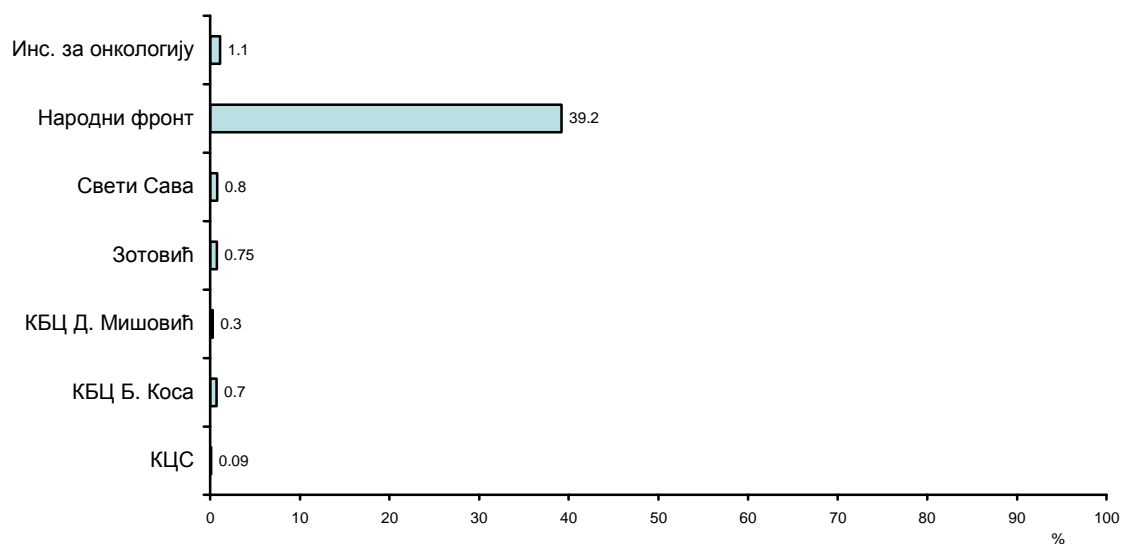
9. Процент сестринских отпусних писама патронажној служби

Процент сестринских отпусних писама патронажној служби је нови показатељ квалитета рада здравствених установа који се прати од 1. јула 2011. године.

У 7 болница у Београду у периоду јул - децембар 2011. године, медицинске сестре су написале и упутиле патронажној служби домова здравља укупно 3.502 отпусна писма или 2,5% у односу на број хоспитализованих пацијената. Међутим, чак 94% свих сестринских писама је написано у ГАК „Народни фронт“, а у свим осталим болницама само 213. Посматрано по болницама у којима су писана сестринска отпусна писма, најмање их је било у КЦС“, 0,09%, а највише у ГАК „Народни фронт“, 39% (графикон 18).

Процент сестринских отпусних писама патронажној служби у болницама у Београду, 1-7.-31.12.2011.

Графикон 18.



ЛИТЕРАТУРА

1. Hastings MM, Andres S, Hsu A. The promises of autopsy: still the “gold standard” of quality? Abstr Book Assoc Health Serv Res Meet. 1997;14 (181).
2. WHO Regional Office for Europe. European health for all database (HFA-DB). Dostupno na: <http://www.euro.who.ith/hfadb>. Pristupljeno:30.04.2012.
3. Loughrey MB, Mc Cluggage WG, Toner PG. The declining autopsy rate and clinicians attitudes. The Ulster Medical Journal, 2000, (69):2, 83-89.
4. Robotham J. Concern at declining hospital autopsy rates. 2004. Dostupno na: www.theage.com.au/articles/2004. Pristupljeno:15.04.2008.
5. Ayoub T, Chow J. The conventional autopsy in modern medicine. J R Soc Med. 2008, 101 (4):177-181.
6. Chariot P. Declining autopsy rate in French hospital: Physicians attitudes to the autopsy and use of autopsy material in research publications. Arch Pathol Lab Med 2000,124:739-745.
7. Shojania KG. Autopsy Revelation. Case and Commentary. Pathology, march 2004. Dostupno na: <http://www.webmm.ahrq.gov>
8. Hoyert LD. The changing profile of autopsied deaths in the United States, 1972-2007. NCHS Data brief, no.67, august 2011. U.S. Department of health and human services, Centers for disease control and prevention, National centre for Health Statistics. Dostupno na: www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db.67.pdf. Pristupljeno 22.05.2012.
9. Shojania KG, Burton EC, Mc Donald KM, Goldman L. Changes in rates of autopsy-detected diagnostic errors over time: a systematic review. JAMA, 2003; 289:2848-56.
10. Tavora F, Crowder CD, Sun CC, Burke AP. Discrepancies between clinical and autopsy diagnoses: a comparasion of community and private autopsy practices. Am J Clin Pathol. 2008; 129 (1):102-9.
11. Roulson J, Benbow EW, Hasleton PS. Discrepancies between clinical and autopsy diagnosis and the value of post mortem histology; a meta - analysis and review. Histipathology 2005, 47 (6): 551-9.