



Podnět

Pracovní skupiny k porodnictví k publikování statistických dat

Zpracovala: Pracovní skupina k porodnictví

V Praze dne 26. května 2016

Usnesení

Pracovní skupina k porodnictví

- I. navrhuje Radě vlády pro rovnost žen a mužů, aby
 - a) doporučila Ministerstvu zdravotnictví, resp. Ústavu zdravotnických informací a statistiky (dále jako „ÚZIS“), aby publikoval v rámci pravidelného zveřejňování údajů k ročence Rodička a novorozenec kompletní údaje (viz níže část 2.) ve formě tabulek nebo interaktivních tabulek, a to celkově, a segregovaně podle regionů;
 - b) vyzvala Ministerstvo zdravotnictví, resp. ÚZIS, aby v rámci pravidelného zveřejňování údajů k ročence Rodička a novorozenec zajistil publikaci údajů uvedených níže v části 2. podle jednotlivých zdravotnických zařízení, a to primárně pro zdravotnická zařízení přímo zřizovaná Ministerstvem zdravotnictví a dále i pro všechna ostatní zdravotnická zařízení;
 - c) vyzvala Ministerstvo zdravotnictví, aby podniklo potřebné kroky k zajištění zveřejňování takto segregovaných dat a aby v tomto smyslu poskytlo ÚZIS jasnou legislativní interpretaci;
 - d) doporučila Ministerstvu zdravotnictví zřídit výzkumnou skupinu, která bude aktivně získávat, shromažďovat a vyhodnocovat údaje týkající se mateřské úmrtnosti (například po vzoru britské MBRRACE);
- II. nominuje svou/svého zástupkyni/ce do vznikající Rady registru reprodukčního zdraví.

Odůvodnění

1. Obecné odůvodnění

Veřejná kontrola vynakládaných prostředků z veřejných rozpočtů, včetně prostředků na zdravotní péči, je klíčovým prvkem vedoucím k vyšší efektivitě a vyšší kvalitě poskytované péče. Existuje řada příkladů i z oblasti těhotenské, porodní a poporodní péče, kdy jmenovité srovnání například míry prováděných císařských řezů nebo nástřihů hráze jednotlivými poskytovateli vedlo k významnému snížení těchto výkonů jak k prospěchu klientek zdravotní péče, tak ke snížení vynakládaných prostředků na péči¹.

Data o těhotenské, porodní a poporodní péči segregovaná podle regionů a podle jednotlivých zdravotnických zařízení (dále jako „ZZ“) jsou veřejně přístupná v řadě evropských zemí. Mají podobu ročenek (např. Švédsko²), publikací (např. Slovensko³), podrobných tabulek (např. Velká

¹Úsilí ke snižování míry císařských řezů ve Spojených státech blíže viz:

<http://opinionator.blogs.nytimes.com/2016/01/19/arsdarian-cutting-the-number-of-c-section-births/>,
<http://www.consumerreports.org/doctors-hospitals/your-biggest-c-section-risk-may-be-your-hospital/>.

²Švédská ročenka a interaktivní databáze blíže viz:

<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2014/2014-12-19>,
<http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/graviditeter-forlossningarochnyfodda>.

³Miroslav Korbeř, Zuzana Kosibová, Miroslav Borovský, Ján Danko, Peter Kaščák, Igor Rusnák, Zuzana Nižňanská, Alexandra Krištúfková: Regionálna analýza pôrodníc v slovenskej republike – I. (pôrodnická časť), Gynekol. prax 2013; 11 (1): 25-34. Blíže viz:

<http://www.amed.sk/regionalna-analyza-porodnic-v-slovenskej-republike-i-porodnicka-cast-a3695,3695,3.html>.

Británie⁴) i interaktivních databází (např. Švédsko⁵, Norsko⁶, mimo Evropu např. Kanada – Ontario⁷). Často jsou k dispozici jak komentované publikace, tak otevřená databáze.

Dobře propracovanou inspirací může být právě norská interaktivní databáze Folkehelseinstituttetu, ve které si lze volit třídění dle regionů a ZZ, rozličné faktory týkající se těhotenství, průběhu porodu a zdraví dítěte, kategorizaci rodiček do několika skupin dle parity, typu porodu a termínovosti gravidity, tak také roky (od roku 1999). Data je možné si nechat zobrazit v podobě tabulek, různých typů grafů, exportovat je, tisknout, odkázat pomocí url apod.

Klientky těhotenské, porodní a poporodní péče tak mají přístup ke kompletnímu přehledu základních indikátorů péče v jednotlivých regionech a ZZ, což zaručuje jejich dobrou informovanost při uplatnění jejich práva na svobodnou volbu poskytovatele péče. Informace jsou přitom garantovány státem, sbírané a prezentované jednotným způsobem umožňujícím maximální objektivitu a správnost informací. Rodiče v ČR se nyní již mohou opřít o existující soukromé databáze informací o těhotenské, porodní a poporodní péči (např. Aperio⁸), ty jsou ale závislé na tom, co se jim rozhodnou sdělit a nesdělit jednotlivá ZZ. V případě veřejně publikovaných informací z Národního registru rodiček/novorozenců by rodiče měli mít státem zaručené informace reflektující, jaký je v jednotlivých regionech a ZZ přístup např. k vybraným metodám tišení bolesti, jak obvyklé jsou konkrétní intervence jako nástřih hráze u prvorodiček a vícerodiček, jestli má ZZ praktické zkušenosti s vaginálním porodem při poloze dítěte koncem pánevním a další.

Veřejná publikace vybraných indikátorů těhotenské, porodní a poporodní péče je také výbornou zpětnou vazbou pro ZZ, zejména v těch aspektech péče, které jsou současnou lékařskou vědou již považovány za zbytečné, ale někde jsou však stále používány. Příkladem je užití nástřihu hráze. Četnost tohoto úkonu se v zemích jako je Velká Británie, Dánsko, Švédsko⁹ pohybuje mezi 5 – 15 % ze všech vaginálních porodů. Průměr v Anglii¹⁰ v letech 2014/15 byl 8 % a maximální hodnota 16 %. Analýza anonymizovaných dat ze zdrojů ÚZIS segregovaných podle ZZ publikovaná J. Hnilicovou¹¹ ukázala, že v ČR se v roce 2013 pro jednotlivá ZZ tato hodnota pohybovala od 10 do 79 %, celorepublikový průměr byl 42 %. Z analýzy je zřejmé, že jednak je tato intervence prováděna v ČR celkově 3-4x častěji, než je v moderních medicínských zdrojích považováno za adekvátní, ale že navíc existují podobně velká ZZ, kde je pro rodičku šance na provedení nástřihu 8x vyšší než v některém jiném.

Dalším aspektem veřejného publikování kompletního souboru dat je i veřejná kontrola toho, zda jsou data správně hlášena, sbírána a kontrolována, tedy že prostředky vynaložené na sběr dat jsou vynakládány účelně. V ročenkách Rodička a novorozenec¹², vydávaných ÚZIS, se lze pravidelně o některých indikátorech dočíst, že nejsou příliš dobré kvality, neb některá ZZ nevěnují jejich hlášení náležitou péči. Pravidelné veřejné publikování by mohlo vytvořit náležitý tlak na to, aby data byla ze strany ZZ hlášena co nejkompletněji a nejpresněji, a to bez vynaložení dalších prostředků na kontrolu ze strany správce dat.

K pozitivním krokům, v nichž je třeba dále pokračovat, patří postupné propojování informací o rodičkách a novorozencích mezi ÚZIS a Českým statistickým úřadem. Děje se tak např. v oblasti

⁴ NHS Maternity Statistics blíže viz: <http://www.hscic.gov.uk/catalogue/PUB19127>.

⁵ Viz poznámka č. 2.

⁶ Interaktivní databáze Medisinskfødselsregisterogabortregisteret - statistikbanker norského Folkehelseinstituttet blíže viz: <http://statistikbank.fhi.no/mfr/index.jsp?&language=no>.

⁷ Projekt BORN Ontario, shromažďující, analyzující a publikující data o péči v mateřství ve státě Ontario, včetně zpětné vazby pro jednotlivé poskytovatele péče (až na úroveň jednotlivců/kyň) a informací pro konzumenty/ky péče, blíže viz: <https://www.bornontario.ca/>.

⁸ Průvodce porodnicemi společnosti Aperio, o.s. blíže viz: <http://www.aperio.cz/9/budouci-rodice>.

⁹ The European Perinatal Health Report 2010 blíže viz <http://www.europeristat.com/reports/european-perinatal-health-report-2010.html>.

¹⁰ Viz poznámka č. 4.

¹¹ Hnilicová J., Charvátová J., Jak se liší kvalita péče v jednotlivých českých porodnicích?, poster na společné konferenci ČGPS a SGPS v Bratislavě v květnu 2015.

¹² Ročenka Rodička a novorozenec blíže viz: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/rodicka-novorozenec>.

získávání informací o počtu dětí narozených (plánovaně) mimo ZZ, jejich zdravotním stavu a o jejich případném přesunu do vyšší úrovně zdravotní péče.

Posledním aspektem veřejné publikace kompletního souboru dat o těhotenské, porodní a poporodní péči segregovaných podle regionů a ZZ je i nepřímá kontrola vynakládání prostředků ze zdravotního pojištění. V roce 2013 nahlásilo 14 českých ZZ 4 – 5x vyšší podíl porodů s dítětem v poloze koncem pánevním, než je vůbec biologicky možné (biologicky ospravedlnitelná míra je cca 5 % porodů, v těchto ZZ se pohybovala od 20 do 30 % ze všech porodů)¹³. Lze tak dovozovat, že tyto „nadpočetné“ porody s dítětem v poloze koncem pánevním proběhly císařským řezem a odehrály se jak v malých ZZ s 500 – 1000 porody ročně, tak ve velkých perinatologických centrech s 3000 – 5000 porody ročně. Jiná, srovnatelně velká perinatologická centra, i malá ZZ s 500 porody ročně, přitom uváděla míru porodů dětí s polohou koncem pánevním mezi 3 a 6 %, což odpovídá fyziologickým hodnotám uváděným v odborné literatuře. Je tedy více než pravděpodobné, že v některých ZZ dochází ke zneužívání indikace „poloha koncem pánevním“ k provedení císařského řezu (jehož míra se v ČR také pohybuje nad mírou hodnot doporučených Světovou zdravotnickou organizací). Právě podrobná analýza – a veřejná kontrola – může pomoci takovéto pokusy o zneužívání veřejných prostředků odhalovat a omezovat.

Pokud by tedy byl pravidelně sbírán a veřejně publikován kompletní soubor statistických dat z oblasti těhotenské, porodní a poporodní péče, bylo by možné identifikovat a případně zamezit nadužívání některých nadbytečných zdravotních výkonů a došlo by tak ke snížení ekonomické náročnosti zdravotní péče. Sběr statistických dat může mít tedy i nesporné ekonomické výhody pro zdravotní systém.

V usnesení uvedeném výše je také doporučeno Ministerstvu zdravotnictví zřídit výzkumnou skupinu, která bude aktivně získávat, shromažďovat a vyhodnocovat údaje týkající se mateřské úmrtnosti. V roce 2008 totiž došlo z rozhodnutí Ministerstva zdravotnictví k decentralizaci analýzy jednotlivých případů mateřských úmrtí v České republice. Tím se sběr dat, jejich analýza a vyvození poučení a opatření pro praxi na celostátní úrovni značně ztížily. S tímto stavem, který brání se ze situací, které vedly k vážnému ohrožení života ženy (někdy až k jejímu úmrtí), efektivně poučit a do budoucna jim případně zabránit, jsou nespokojení i sami zdravotníci¹⁴. Stávající situace tak není prospěšná ani pro zdravotníky/ce, kterým chybí dobrá zpětná vazba, ani pro ženy/rodiny samotné. Zásadním problémem tedy je, že neexistuje nezávislý spolehlivý státní zdroj informací. Primární/ky gynekologicko-porodnických oddělení také nemusí mít přehled o úmrtích, ke kterým došlo po propuštění z porodnice nebo o úmrtích nesouvisejících přímo s porodem, jako nehody, sebevraždy, komplikace při jiných onemocněních. I tyto údaje přitom mají tvořit celkový obraz mateřské úmrtnosti – jejich možnou absencí je pak komplikováno i mezinárodní srovnávání. Jako dobrou praxi doporučujeme komplexní přístup ke sběru a analýze, který praktikuje oxfordská skupina MBRRACE¹⁵.

V otázce nominace zástupkyně/ce Pracovní skupiny k porodnictví do vznikající Rady registru reprodukčního zdraví uvádíme, že dne 9. května 2016 došlo ke schůzce náměstkyně pro řízení Sekce pro lidská práva Úřadu vlády ČR se zástupkyní ředitelky ÚZIS. Na schůzce byla mj. rovněž diskutována právě otázka uvedené nominace. V návaznosti na toto jednání je Pracovní skupina k porodnictví připravena s ÚZIS v tomto spolupracovat a nominaci provést.

¹³ Anonymizovaná data ÚZIS za rok 2013, vyžádaná Jarmilou Hnilicovou v roce 2015; skutečnost potvrzená osobní komunikací se zástupkyní ÚZIS na schůzce dne 9. května 2016.

¹⁴ Informace z diskuse v rámci Kulatého stolu pro lékaře a porodní asistentky na téma: Spolupráce porodní asistentky a porodníka a její vliv na matku a dítě, která se uskutečnila 23. dubna 2013 v Brně. (Audionahrávku diskuse použila I. Šmídová ke svým výzkumným účelům.)

¹⁵ Program MBRRACE-UK: Mothers and Babies: Reducing Risk through Audits and Confidential Enquiries across the UK blíže viz: <https://www.npeu.ox.ac.uk/mbrrace-uk>.

Pravidelné publikace včetně podrobné analýzy mateřských úmrtí (Confidential Enquiry into Maternal Death 2015) blíže viz: <https://www.npeu.ox.ac.uk/mbrrace-uk/reports>.

2. Konkrétní návrhy

V návaznosti na výše uvedené navrhuje, aby byly segregovaně podle regionů a zdravotnických zařízení publikovány následující statistické údaje:

- počet porodů celkem, u prvorodiček a u vícero diček,
- počet spontánních vaginálních porodů, operativních vaginálních porodů a porodů císařským řezem (akutních, plánovaných a celkem) celkem, u prvorodiček a u vícero diček,
- počet porodů zahájených indukci porodu, a to celkově, zakončených spontánně vaginálně, operativně vaginálně a císařským řezem celkem, u prvorodiček a u vícero diček,
- počet porodů s dítětem v poloze koncem pánevním celkem, porozených vaginálně a porozených císařským řezem celkem, u prvorodiček a u vícero diček,
- dobu hospitalizace matky podle dní celkem, po nekomplikovaném a komplikovaném porodu,
- počet epiziotomií, spontánních poranění hráze a/nebo čípku, poranění hráze a/nebo čípku společně s epiziotomií a počtu poranění hráze III. a IV. stupně celkem, u prvorodiček a vícero diček, propuštění matky společně s dítětem do domácí péče 0-2 dny po porodu celkem, u prvorodiček a u vícero diček,
- dalších faktorů, které ÚZIS uzná za vhodné nebo potřebné, jako užití porodní analgezie, užití léků během porodu, atp.

Dále navrhuje, aby byly rozlišeny položky o podání uterotonik rozlišené na podání v I. + II. a na podání ve III. době porodní. Stejně tak se doporučuje rozlišit položku „nepodány žádné léky“ na nepodání v I. + II. a na nepodání ve III. době porodní.