

ÚVAHA O STATISTICE A VÝKAZNICTVÍ

Statistika je užitečný nástroj. Umožňuje podívat se na jevy s souvislostech – časových, věcných i vzájemných. Údaje o činnosti nejen našeho oboru pravidelně přinášel Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky (ÚZIS). Jiné podobné souborné údaje k dispozici nemáme. Paní docentka Drábková v tomto čísle časopisu Anesteziologie a intenzivní medicína nám – již tradičně – přináší údaje za rok 2014. Patří jí za to dík a je užitečné se s nimi seznámit. V této podobě se s informacemi setkáváme velmi pravděpodobně naposledy. Nelitujeme toho. Vedoucí oborové pracovníci si dobře pamatují pracnost, s níž byly ÚZISu poskytovány podklady pro vytváření Ročního výkazu o činnosti zdravotnických zařízení (později o činnosti poskytovatele zdravotnických služeb). Tužka a papír byly běžné pracovní nástroje, potřebné údaje byly do předem určených kolonek doplňovány ručně, zpětně za uplynulý rok. Sběr dat měl metodologicky vskutku diluviální úroveň a výsledek tomu odpovídal. Informatici říkají: „Rubbish in, rubbish out“. Bylo to nepřesné a bylo to v podstatě k ničemu – údaje nevypovídaly nic o úrovni, kvalitě, ani náročnosti naší práce. Měly nanejvýše deskriptivní povahu a i tak byla chybovost značná.

Při vědomí všech nedostatků je ale přeci jen možné se ohlédnout zpět a zamyslet se nad vývojem našeho oboru v delším časovém období. ÚZIS mi poskytl údaje za rok 1995 a já si dovoluji porovnat je s údaji zcela recentními. Není to snadné: v roce 1995 poskytovaly zmiňované výkazy 23 kategorií údajů, v roce 2014 to již bylo 64 kategorií. Bylo to potřebné? Počet údajů se v průběhu dvou desetiletí navýšil téměř trojnásobně, navýšila se s tím ale informační hodnota výstupu? Dozvíme se snad, kolik nás bylo, kde a co jsme dělali – určitě se ale nedozvíme, jak jsme si počínali a jaké jsme měli výsledky. Přibýlo mnoho údajů, ale s minimální výtěžností. Mnohé kategorie měnily svůj obsah – např. v roce 1995 se údaje týkající se

dětí vztahovaly na jedince do dovršení 14 let věku, v roce 2014 do dovršení 18 let. Posunula se věková hranice seniorů – poklesla ze 70 na 65 let. Údaje o léčebných výsledcích nebyly v roce 1995 sledovány vůbec, v roce 2014 uvádí Roční výkaz jen 148 *mors in tabula* – zde je přeci jen zajímavé (a snad i pravdivé), že více než polovina z nich se odehrála v období ústavní pohotovostní služby (ÚPS). V době ÚPS je přitom podáno jen o málo více než 12 % všech anesteziologických výkonů; jejich rizikovost je naprosto zřejmá.

Co nám tedy údaje získané v odstupu dvou desetiletí o vývoji našeho oboru snad sdělují? Podívejme se na tabulku údajů ÚZIS v roce 1995 a 2014 (tab. 1).

Jsou tato čísla věrohodná? Těžko mohu přimnout, že před 20 lety bylo k dispozici Skrát méně anesteziologů než v loňském roce, stejně tak je pro mne neuvěřitelná jejich tehdejší výkonnost. V roce 1995 se již na anesteziologické činnosti pracovníci jiných oborů nepodíleli (či jen okrajově) a 2187 anesteziologických výkonů na lékaře ročně je absurdně vysoké číslo, násobně překračující doporučené rozmezí 600–800 anesteziologických výkonů. Nicméně – přibýlo ARO, přibýlo anesteziologických výkonů, na oborových pracovištích přibýlo lůžek i přijatých pacientů. Počet anestezií rostl rychleji než počet pracovišť, přibýlo nám tedy více práce. Také počet přijatých pacientů rostl rychleji než počet resuscitačních lůžek, zkrátila se doba hospitalizace.

Podívejme se na jiné zajímavé korelace, percentuální vyjádření podílu ze všech anesteziologických výkonů může být výmluvnější než samotný počet (tab. 2).

Nárůst výkonů v ÚPS více či méně koresponduje s nárůstem počtu výkonů celkem a nárůstem kapacit (více ARO). Velmi potěšující je skutečnost, že přesto všechno se více než zdvojnásobil počet anestetizovaných, ošetřovaných po výkonu na pro-

Tab. 1 Vývoj oboru

	Anesteziologové celkem*	ARO celkem	Anestezií celkem	Přepočet anestezií na anesteziologa**	Lůžka na pracovištích oboru	Pacienti přijatí na lůžka oboru
1995	310	119	677 958	2187	596	20 815
2014	1683	131	787 955	468	854	34 133
Rozdíl v %	+543%	+10 %	+16 %	-467 %	+43 %	+64 %

Pozn.: *přepočtené úvazky celkem, **vlastní přepočet

Tab. 2 Porovnání roku 1995 a 2014

	1995	2014	Relativní změna
Anesteziologické výkony v ÚPS	10,9 %	12,3 %	+13 %
Anestetizovaní s poskytnutým dohledem na probouzecím pokoji	12,6 %	27,3 %	+117 %
Ambulantní anesteziologické výkony	9,9 %	6,5 %	-34 %

Tab. 3 Léčba bolesti

	1995	2014	Nárůst (přibližně)
Výkony v ambulanci léčby bolesti	54 063	148 758	3krát
Výkony v anesteziologické ambulanci	31 965	400 092	13krát

bouzecím pokoji. Je to však stále málo, pacientů překládaných z operačního sálu přímo na oborový JIP či ARO jsou řádově jednotky procent, a tak dostupnost řádné poanestetické péče je v tuzemsku stále nedostatečná. Naprosto katastrofický údaj se týká anestezie pro ambulantní výkony. Během dvou desetiletí jsme zaznamenali pokles o 1/3! V Evropě i zámoří byla uplynulá dvě desetiletí léty explozivního růstu ambulantního operování, podíl takto ošetřených dnes činí několik desítek procent a tento trend měl u nás zcela opačnou tendenci. Z toho ale neobviňujeme anesteziology, to je jen jeden ze symptomů nezvládnuté či snad ani nezapočaté reformy ústavnictví, respektive celého zdravotnictví. Jsou ale i dobré zprávy (tab. 3).

Údaje v tabulce 3 jasně dokládají, že tématu léčby bolesti – jedné z oborových činností – jsme se důstojně zhostili. Stejně tak je potěšující, že v roce 1995 bylo v anesteziologické ambulanci vyšetřeno 4,7 % operovaných, zhruba každý dvacátý. V roce 2014 jich bylo již 51 %, tedy každý druhý. Srovnání dvou desetiletí vývoje oboru je možné uzavřít údajem o resuscitační péči, respektive o jednom z jejích klíčových výkonů: v roce 1995 bylo z přijatých na ARO po jakoukoliv dobu ventilováno 68 % z 20 815 na lůžka ARO přijatých pacientů. V roce 2014 to bylo 59 % přijatých z 34 133. Resuscitační péče se stala dostupnější, mohli jsme přijmout více pacientů v ohrožení, v časnějších či méně vyhraněných podobách dechové nedostatečnosti.

V předchozím jsem se pokusil ukázat, že – ač máme o přesnosti předkládaných údajů oprávněné pochybnosti – jisté zobecnění a užití je zpětně možné. Míra obecnosti je však taková, že údaje sice postačí pro zamyšlení nad uplynulým dvacetiletím, jsou ale nedostatečné pro cokoli jiného. Co potřebujeme? Chceme-li skutečně vidět, co se na našich pracovištích děje, chceme-li nástroje pro kontrolu a řízení kvality, chceme-li se poučit z povahy a četnosti komplikací péče a systematicky zvyšovat míru bezpečnosti i úrovně zdravotnických služeb, chceme-li se (jistěže anonymně) srovnávat s ostatními, pak musíme začít především u sebe. Chceme to ale doopravdy a jsme připraveni skutečnost přijmout, byť nemusí být pro nás lichotivá? Jsme ochotni spolupracovat a beze strachu z postihu registrovat údaje o skutečně vzniklých i jen možných nehodách, komplikacích a nedostacích? Vnímáme takovou sdílnost jako vlastní příspěvek k systematickému zvyšování kvality péče, nebo přiznání provinění? Odpovíme-li si ano, pak hledejme nástroje. Dostupné databáze mají obrovské možnosti. Lze zjistit, kdy, kde a proč byl pa-

cient hospitalizován. Každý výkon u daného pacienta je pro plátce zdravotnických služeb zaznamenán, víme, kdo byl jeho nositelem, na jakém pracovišti byl proveden. Lze zjistit, jaký rozsah zdravotnických služeb byl poskytován. Lze zjistit, jak dlouho, kde a na jakém oddělení byl nemocný hospitalizován a s jakými diagnózami byl propuštěn. A protože každý pacient má své unikátní rodné číslo, lze z registru obyvatel v libovolném odstupu od provedení výkonu či od propuštění zjistit, zda žije. Jinými slovy, pokud máme přístup do databází a položíme správnou otázku, dostaneme více či méně přesnou odpověď. Pomocí vhodného a nijak komplikovaného softwaru lze požadované údaje získávat a hodnotit, plošně či výběrově, bez naší spolupráce či jen s minimální účastí. A zde narážíme na problém – obdobně jako v jiných rozvinutých zemích je ochrana důvěrných osobních údajů prioritní. Údaje o zdravotním stavu a péči jsou vysoce intimní, soukromá věc a musejí být chráněny před zneužitím. Zákonodárci i Úřad pro ochranu osobních údajů jsou o tom přesvědčeni. Proto zde hledáme – podobně jako v mnoha jiných zemích – křehkou rovnováhu mezi potřebností co nejnázne získávat co nejvíce relevantních dat, mezi naší přirozenou a pochopitelnou nechutí odhalovat na sebe cokoli, co by mohlo být vnímáno jako náš nedostatek, a mezi nutnou diskretností, která je u údajů o zdravotním stavu plně namístě. Není to snadné. Držme palce novému vedení ÚZIS, které má upřímnou snahu pohnout výkaznictví směrem k co nejvíce automatizovanému sběru dat a k jejich využití, které by bylo pro statistiku i kontrolu a řízení kvality co nejefektivnější. ÚZIS za nás ale vše neudělá. Měli bychom začít u sebe, u kultivace vlastních postojů. Začneme na vlastním pracovišti: máme věrohodný přehled o komplikacích, nehodách skutečných či potenciálně možných? To jsou databáze, které můžeme zřídit a spravovat sami. Pracujeme s těmito přehledy tak, abychom se z nich poučili a aby byly východiskem případných systémových změn? Jsou rozborů úmrť a komplikací pravidelným, nikoliv jen *ad hoc* užívaným nástrojem řízení i poučení všech? Přiznat pochybení či připustit jeho možnost nebývá vždy snadné, někdy je obtížné přestat rozpaky, obavy či ješitnost. Je to ale v zájmu pacientů, těch stávajících i budoucích, v zájmu kvality poskytovaných zdravotnických služeb. Bonum aegroti suprema lex – to by mělo platit i zde.

prof. MUDr. Karel Cvachovec, CSc., MBA
předseda výboru ČSARIM