

PATH'09 – DRAFT – PROSLIJEĐENO DRŽAVNIM KOORDINATORIMA
– VERZIJA 19 MAJ 2009 – molimo šaljite komentare/pitanja do 29. maja

PATH'09 indikatori – draft	
Maj 2009	
Kratki naziv	Stopa carskog reza
Detaljan naziv	Stopa carskog reza nakon isključenja poroda sa visokim rizikom za carski rez (prijevremeni porod, multipla trudnoća, porođaj zadkom, abnormalan položaj)
Kratka definicija	Broj carskih rezova naspram ukupnog broja poroda živorođenih, izražen kao postotak. Kategorije poroda sa visokim rizikom od carskog reza su isključene (prijevremeni porod, multipla trudnoća, položaj zadkom, abnormalan položaj)
Logička osnova (uključujući opravdanje, snage i ograničenja) Zašto pratiti stopu carskog reza?	<p><u>Logička osnova:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Carski rez je jedna od najčešćih operacionih procedura u mnogim industrijaliziranim državama. Godine 2002, u Europi, stopa carskog reza varirala je od 6.2 do 36% sa prosjekom od 19% (1) a te stope sigurno rastu u većini država europske regije. Ti brojevi su značajno iznad preporuka SZO da se održavaju stope koje nisu više od 10-15% (2). Iako optimalna stopa carskog reza ostaje kontradiktorna, u razvijenim državama sa stopom koja je značajno viša od 15%, pažnja se fokusira na strategije da se smanji korištenje te procedure zbog zabrinutosti da više stope carskog reza možda ne donose dodatnu zdravstvenu korist već mogu povećati rizik za majku, imati implikacije na buduće trudnoće i imati resursne implikacije na zdravstvene usluge (1). Ovaj indikator može imati veliki potencijal za poboljšanje kvaliteta u brojnim okruženjima. 2) Opterećenje prikupljanjem podataka je malo. Indikator se gradi na podacima koji su već dostupni u administrativnim bazama podataka (otpusna pisma) u većini država i već se redovno prati. Postoji jak konsenzus o korištenju ovog indikatora. 3) Inicijative poboljšanja kvaliteta na osnovu podataka podržale su sniženje stope carskog reza (3, 4) <p>Ovaj indikator je multidimenzionalan pošto se odnosi na</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Kliničku efektivnost</u>: da li je medicinska njega odgovarajuća - <u>Sigurnost pacijenata</u>: rizici po majku i novorođenče povezani su sa neprimjerenim (prevelikim ili premalim) korištenjem carskog reza, defanzivnom praksom ljekara - <u>Efikasnost</u>: veće korištenje resursa za carski rez nego za vaginalne porođaje - <u>Odgovorno upravljanje</u>: Pristup, dostupnost - <u>Orijentiranost na pacijenta</u>: informirani izbor pacijenta, odgovornost ljekara za pružanje usklađenih informacija i poštivanje izbora pacijenta za elektivni carski rez <p><u>Ograničenje</u>: Kako brojni faktori mogu uticati na stopu carskog reza i kako ne postoji «zlatni standard» za optimalnu stopu carskog reza, ovaj indikator je teško interpretirati. I vrlo niske kao i vrlo visoke stope treba pažljivo razmotriti kako bi se razumjeli razlozi za varijacije.</p>

PATH'09 – DRAFT – PROSLIJEĐENO DRŽAVNIM KOORDINATORIMA
– VERZIJA 19 MAJ 2009 – molimo šaljite komentare/pitanja do 29. maja

<p>Radna definicija</p>	<p><u>Brojnik</u>: Ukupan broj poroda iz nazivnika sa kodom procedure carskog reza (pogledaj dodatak A)</p> <p><u>Nazivnik</u>: Ukupan broj poroda</p> <p><u>Isključenje</u>: porodi prije 37. sedmice gestacije, abnormalan položaj, fetalna smrt, multipla gestacija i porod zadkom (pogledaj dodatak B)</p>																								
<p>Lekcije naučene iz PATH-pilot i PATH-II i adaptacija definicije u PATH'09</p>	<p>Internacionalni rezultati i diskusija o ovom indikatoru mogu se naći u PATH biltenu br 4.</p> <p>Definicija indikatora <i>Stopa carskog reza</i> je identična za PATH-pilot, PATH-II i PATH'09. Međutim, u PATH-II, nisu bili specificirani kodovi za kriterije uključenja i isključenja. U PATH-II, predloženo je da se indikator <i>Stopa carskog reza</i> dopuni mjerom ponovljenog carskog reza (broj vaginalnih poroda u odnosu na broj poroda sa prethodnim porodom obavljenim carskim rezom) i primarnog carskog reza (broj carskih rezova u odnosu na broj primarnih poroda). Ova dva prilagođena indikatora mjerilo je samo nekoliko bolnica putem <i>ad-hoc</i> prikupljanja podataka tokom ograničenog perioda (i stoga za ograničen broj slučajeva), a pouzdanost podataka je bila niska zbog lošeg razumijevanja definicije. Stoga je odlučeno da se ova dva prilagođena indikatora ne uključuju u PATH'09.</p> <p>U PATH II bolnice su vrlo rijetko predstavljale stope carskog reza ispod 10%. Države 2, 3, i 5 (slika 4, crveno) imale su više stope (median i prosjek) kao i širu disperziju (interkvartile i standardnu devijaciju) u poređenju sa državama 1 i 4 (slika 4, plavo). Ovo bi moglo da ukazuje na generalno bolje prakse u državama 1 i 4 sa više homegenosti u procesu oko prihvaćenije mediane i prosjeka stopa. Ako socio-kulturološki faktori (carski rez tražen od strane majke iz nekliničkih razloga) mogu doprinijeti višim stopama u nekim državama, to ne objašnjava šire varijacije u tim istim državama. Ipak, naizgled bolji rezultati u državama 1 i 4 mogli bi se također objasniti homogenijom populacijom pacijenata u obje države i dovesti u pitanje pouzdanost kriterija za isključenje identificiranih u administrativnim bazama podataka kao i prakse kodiranja u državama 2, 3 i 5. U PATH-II, neke bolnice su navele da nisu bile u mogućnosti da identificiraju kriterij isključenja, a neke su se oslanjale na druge izvore.</p> <p>U PATH-II, u nekoliko država se navodio zahtjev od strane majke kao glavni uzrok za visoke stope carskog reza, naročito kod primarnih poroda. Ovo potvrđuje brojne komentare u medicinskoj literaturi koji sugeriraju da zahtjev pacijenata značajno doprinosi kontinuiranom porastu poroda carskim rezom na međunarodnom planu (5). Međutim, pregled literature (2000-2005), naglašava da samo mali broj žena zahtijeva carski rez. Preferencije žena prema carskom rezu varirale su između 0.3 i 14% kod samo 3 studije koje su posmatrale direktno ove preferencije bez kliničkih indikacija (5).</p> <p>Slika 1: Internacionalno poređenje prosjeka stope carskog reza unutar država (min. kvartil 1. kvartil 3. max. u %)</p> <table border="1"> <caption>Data for Slika 1: Internacionalno poređenje prosjeka stope carskog reza unutar država</caption> <thead> <tr> <th>Država</th> <th>Min. kvartil 1 (%)</th> <th>Kvartil 3 (%)</th> <th>Max. (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>country 1</td> <td>11</td> <td>17</td> <td>23</td> </tr> <tr> <td>country 2</td> <td>10</td> <td>33</td> <td>55</td> </tr> <tr> <td>country 3</td> <td>18</td> <td>28</td> <td>30</td> </tr> <tr> <td>country 4</td> <td>8</td> <td>15</td> <td>20</td> </tr> <tr> <td>country 5</td> <td>17</td> <td>33</td> <td>68</td> </tr> </tbody> </table>	Država	Min. kvartil 1 (%)	Kvartil 3 (%)	Max. (%)	country 1	11	17	23	country 2	10	33	55	country 3	18	28	30	country 4	8	15	20	country 5	17	33	68
Država	Min. kvartil 1 (%)	Kvartil 3 (%)	Max. (%)																						
country 1	11	17	23																						
country 2	10	33	55																						
country 3	18	28	30																						
country 4	8	15	20																						
country 5	17	33	68																						

PATH'09 – DRAFT – PROSLIJEĐENO DRŽAVNIM KOORDINATORIMA
– VERZIJA 19 MAJ 2009 – molimo šaljite komentare/pitanja do 29. maja

Izvor podataka	<p>Retrospektivno prikupljanje podataka iz administrativne baze podataka (otpusna pisma).</p> <p>Ovaj indikator se računa za posljednje dostupne 3 godine (2006, 2007, 2008). Ako se podaci prikupljaju ručno iz papirne baze podataka, indikator se može računati na osnovu uzorka (svi porodi koji zadovoljavaju kriterije uključenja za mjesec oktobar i februar 2006, 2007, 2008). PATH koordinate u državi treba izvijestiti o proceduri uzorkovanja.</p> <p>Podatke na nivou pacijentica (jedan zapis za svaku pacijenticu) treba poslati PATH koordinatoru u državi (PATH Coordinator in the Country (PCC)). Za svaku pacijenticu, uključuju se podaci relevantni za izračunavanje brojnika i nazivnika (specifikacija kriterija uključenja/isključenja), a mogu se također uključiti polja za dob majke, dan/vrijeme poroda, obstetričara, status zdravstvenog osiguranja, itd. O tim dodatnim poljima će se diskutirati na nivou države ovisno o dostupnosti podataka (lakoći prikupljanja) i relevantnosti u kontekstu države.</p> <p>Bolnice učesnice treba da diskutiraju o praksi kodiranja da bi se procijenilo koliko su kriteriji za isključenje specificirani u otpusnim pismima ili je potrebno ad-hoc prikupljanje podataka iz alternativnih izvora podataka.</p>
Domen	Klinička efektivnost i sigurnost. Ali također i efikasnost, orijentiranost na pacijenta i odgovorno upravljanje. Ovaj indikator je zaista multidimenzionalan.
Tip indikatora	Procesna mjera
Prilagođavanje/stratifikacija	<p>Nema prilagođavanja riziku. Prilagođavanje riziku od carskog reza je onemogućeno neadekvatnostima u postojećim sekundarnim izvorima podataka ili potrebom za ekstenzivnim pregledom medicinske dokumentacije. Stoga to nije ni predloženo. Treba biti veoma oprezan kada se interpretiraju rezultati koji pokazu da je prilagođavanje riziku moglo imati značajniji uticaj na "poredak" bolnica (6, 7). Isključivanjem nekih poroda sa visokim rizikom od carskog reza, ovaj indikator donekle smanjuje varijabilnost u karakteristikama pacijenata.</p> <p>Predlaže se da se poredi % poroda koji su isključeni iz nazivnika od ukupnog broja poroda. Ova mjera može ukazivati na razlike u mješavini slučajeva ili razlike u načinima identificiranja i kodiranja kriterija za isključenje u otpusnim pismima ili alternativnim izvorima. Stoga je preporučivo da se poredi ova mjera za različite nivoe zdravstvene zaštite (npr. univerzitetska bolnica sa neonatalnom intenzivnom njegom naspram opće bolnice). Onda treba diskutirati unutar grupe bolnica učesnica da li razlike zaista predstavljaju razlike mješavine slučajeva (složeniji porodi orijentirani prema višem nivou zdravstvene zaštite).</p> <p><i>Predlaže se stratifikacija u podgrupe za poređenje stope carskog reza između jedinica i za reviziju rezultata ukupne stope carskog reza (Robson klasifikacija, 8, 9)</i></p>

PATH'09 – DRAFT – PROSLIJEĐENO DRŽAVNIM KOORDINATORIMA
– VERZIJA 19 MAJ 2009 – molimo šalјite komentare/pitanja do 29. maja

<p>Podindikatori</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Po dobnim grupama majki (manje od 20, 20-35, više od 35) - Po statusu zdravstvenog osiguranja majke (ako je relevantno za državu) - Po elektivno naspram hitno ili danu u sedmici, vremenu u toku dana - Po kategorijama BMI majke - Po kategorijama tjelesne težine novorođenčadi - Po paritetu
<p>Srodni indikatori</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Medijana dužine boravka za pacijenta (majku) u brojnik, medijana dužine boravka pacijenta (majke) u nazivnik sa vaginalnim porodom, medijana dužine boravka za sve pacijente (majke) u nazivnik - Duboka venska tromboza <p>Sljedeći indikatori se ne izračunavaju u okviru PATH'09, ali ako se prate u bolnici mogu biti relevantni za vezu sa stopom carskog reza</p> <ul style="list-style-type: none"> - AGPAR score na rođenju - Antibiopropfilaksa prije elektivnog carskog reza
<p>Interpretacija i akcije za poboljšanje</p>	<p>Kako je već gore pomenuto, ovaj indikator je teško interpretirati zbog brojnih povoda za carski rez (klinički faktori, ali također i kulturološki i socio-ekonomski faktori) i postojanja slabog konsenzusa o optimalnoj stopi carskog reza. Ovaj indikator je dvosmijeran. To znači da i visoke i niske stope treba pažljivo razmotriti. Očekivan je i selekcionni bias (visokorizične trudnoće koncentrirane u nekim ustanovama, majke odabiru ljekara koji će odgovarati njihovim preferencijama u smislu poroda carskim rezom ili vaginalno). Stoga je najbolja referentna tačka bolnica sama sebi. Krucijalno je da se pogleda evolucija tokom vremena i razumije koji faktori su mogli uticati na trendove. Poređenje između bolnica unutar iste države može biti relevantno da se identificiraju neke najbolje prakse; razumjeti zašto je stopa carskog reza stabilna u nekim bolnicama dok je opći trend stope carskog reza u (jakom) porastu. Internacionalna poređenja su od manje vrijednosti jer brojni vanjski faktori (kulturološki, socio-ekonomski) mogu uticati na ishode, a njihove je uticaje veoma teško izolirati ili jasno naznačiti.</p> <p>Brojni organizacioni faktori pokazuju jak uticaj i značajan efekt na stopu carskog reza (10).</p> <p>Brojne strategije su pokazale uticaj na smanjenje stopa carskog reza, kao npr. klinička revizija i povratne informacije, poboljšanje kvaliteta, i multidimenzionalne strategije, dok je poboljšanje kvaliteta bazirano na aktivnom menadžmentu poroda pokazalo mješovite efekte u meta analizi (11). Također se pokazalo da je potrebna prospektivna identifikacija efikasnih strategija, kao i barijera za promjene, kako bi se postigla bolja adaptacija intervencije i poboljšanje upotrebe vodilja za kliničku praksu (12).</p> <p>Iz perspektive okrenute pacijentu, predlaže se da se prilikom poređenja stope carskog reza također poredi procedure pribavljanja pristanka i kvalitet informacija koje se pružaju trudnicama o rizicima i koristima carskog reza.</p>

PATH'09 – DRAFT – PROSLIJEĐENO DRŽAVNIM KOORDINATORIMA
– VERZIJA 19 MAJ 2009 – molimo šaljite komentare/pitanja do 29. maja

	<p>Poređenje sadržaja informiranog pristanka je važno (pogledajte na primjer, draft informiranog pristanka na carski rez koji je razvio UK Royal College of Obstetricians and Gynaecologists – 13). Bojazan za majku ili za bebu izgleda da su glavni razlozi zahtijeva majki za carski rez, zajedno sa vjerovanjem da je carski rez najsigurniji za bebu (12). Stoga je savjetovanje majki ključno u priznavanju preferencija žena prilikom pružanja najadekvatnije zdravstvene usluge.</p> <p><u>Dopunske mjere za dodatno proučavanje – ispitivanje uljeza (outlier-a):</u></p> <p><u>Ključne specifične mjere/podaci za ispitivanje uzroka uljeza:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - analiza po podgrupama (Robson) - proporcija po kategoriji urgentnosti (neposredna ugroženost života majke ili fetusa) - maternalni ili fetalni kompromis koji ne ugrožava neposredno život, - majci je potreban rani porod ali bez maternalnog ili fetalnog kompromisa, porod planiran za vrijeme koje odgovara i majci i osoblju) (klasifikacija prema National Confidential Enquiry into Perioperative Deaths NCEPOD) - distribucija carskog reza u vremenu (npr. radni dani / vikend) - stope za pojedine hirurge / opstetričare - stopa korištenja epiduralne analgezije - proporcija neuspjelih vaginalnih poroda nakon carskog reza - indukcija poroda - prisustvo vodilja o indikacijama za carski rez na jedinicama - prisustvo materijala za podršku ženama u donošenju informiranog izbora
Vodilje	
Reference	<p>(1) Betrán AP, Merialdi M, Lauer JA, Bing-Shun W, Thomas J, Van Look P, Wagner M. Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates. Paediatric and Perinatal Epidemiology, 2007;21: 98-113.</p> <p>(2) World Health Organization. Appropriate technology for birth. Lancet 1985; 2:436-437.</p> <p>AHRQ Quality/Patient safety indicators http://www.qualityindicators.ahrq.gov</p> <p>(4) Main EK. Reducing cesarean birth rates with data driven quality improvement activities. Pediatrics 1999;103(1supp.E):374-383.</p> <p>(5) McCourt C, Weaver J, Statham H, Beake S, Gamble J, Creedy DK. Elective cesarean section and decision-making: a critical review of the literature. Birth 2007;34(3):273-274.</p> <p>(3) Kazandjian VA, Lied TR. Cesarean section rates: effects of participation in a performance measurement project. Joint commission Journal on Quality Improvement 1998;24(4):187-196.</p> <p>(6) Aaron DC, Harper DL, Shepardson LB, Rosenthal GE. Impact of risk-adjusting cesarean delivery rates when reporting hospital performance. Journal of the American Medical Association 1998;279:1968-1972.</p> <p>(7) Pasternak DP, Pine M, Nolan K, French R. Risk-adjusted measurement of primary cesarean sections: reliable assessment of the quality of obstetrical services. Quality Management in Health Care 1999;8(1):47-54. 1999</p> <p>(8) Robson MS. Classification of caesarean sections. Fetal and Maternal Medicine Review 2001; 12(1) 23-39)</p> <p>(9) McCarthy FP, Rigg L, Cady L, Cullinane F. A new way of looking at caesarean section births. Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology 2007;47:316-320.</p> <p>(10) Naiditch M, Levy G, Chale JJ, Cohen H, Colladon B, Maria B, Nisand I, Papiernik E, Souteyrand P. Cesarean sections in France: impact of organizational factors on different utilization rates (French). Journal de Gynécologie, Obstétrique et Biologie de la Reproduction 1997;26(5):484-495.</p>

***PATH'09 – DRAFT – PROSLIJEĐENO DRŽAVNIM KOORDINATORIMA
– VERZIJA 19 MAJ 2009 – molimo šaljite komentare/pitanja do 29. maja***

	<p>(11) Chaillet N, Dumont A. Evidence-based strategies for reducing caesarean section rates: a meta-analysis. Birth 2007;34(1):53-64.</p>
--	--

(12) Chaillet N, Dubé E, Dugas M, Audibert F, Tourigny C, Fraser WD, Dumont A. Evidence-based strategies for implementing guidelines in obstetrics: a systematic review. Birth 2007;34(1):65-79.

(13) <http://www.rcog.org.uk/womens-health/consultation-documents>

PATH'09 – DRAFT – PROSLIJEĐENO DRŽAVNIM KOORDINATORIMA
– VERZIJA 19 MAJ 2009 – molimo šaljite komentare/pitanja do 29. maja

Appendix A:	
Name	
INCLUDE - ICD-9-CM Cesarean delivery procedure codes:	
CLASSICAL C-SECTION	740
CESAREAN SECTION NEC	744
LOW CERVICAL C-SECTION	741
CESAREAN SECTION NOS	7499
EXTRAPERITONEAL C-SECT	742
Exclude:	
HYSTEROTOMY TO TERMIN PG	7491

Appendix B	
<i>Name</i>	<i>WHO's "International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-9)</i>
EARLY ONSET DELIV-UNSPEC	64420
EARLY ONSET DELIVERY-DEL	64421
TWIN PREGNANCY-UNSPEC	65100
TWIN PREGNANCY-DELIVERED	65101
TWIN PREGNANCY-ANTEPART	65103
TRIPLLET PREGNANCY-UNSPEC	65110
TRIPLLET PREGNANCY-DELIV	65111
TRIPLLET PREG-ANTEPARTUM	65113
QUADRUPLET PREG-UNSPEC	65120
QUADRUPLET PREG-DELIVER	65121
QUADRUPLET PREG-ANTEPART	65123
TWINS W FETAL LOSS-UNSP	65130
TWINS W FETAL LOSS-DEL	65131
TWINS W FETAL LOSS-ANTE	65133
TRIPLETS W FET LOSS-UNSP	65140
TRIPLETS W FET LOSS-DEL	65141
TRIPLETS W FET LOSS-ANTE	65143
QUADS W FETAL LOSS-UNSP	65150
QUADS W FETAL LOSS-DEL	65151
QUADS W FETAL LOSS-ANTE	65153
MULT GES W FET LOSS-UNSP	65160
MULT GES W FET LOSS-DEL	65161
MULT GES W FET LOSS-ANTE	65163
MULTI GESTAT NEC-UNSPEC	65180
MULTI GESTAT NEC-DELIVER	65181
MULTI GEST NEC-ANTEPART	65183
MULTI GESTAT NOS-UNSPEC	65190
MULT GESTATION NOS-DELIV	65191
MULTI GEST NOS-ANTEPART	65193
BREECH PRESENTAT-UNSPEC	65220
BREECH PRESENTAT-DELIVER	65221

PATH'09 – DRAFT – PROSLIJEĐENO DRŽAVNIM KOORDINATORIMA
– VERZIJA 19 MAJ 2009 – molimo šaljite komentare/pitanja do 29. maja

BREECH PRESENT-ANTEPART	65223
TRANSV/OBLIQ LIE-UNSPEC	65230
TRANSVER/OBLIQ LIE-DELIV	65231
TRANSV/OBLIQ LIE-ANTEPAR	65233
FACE/BROW PRESENT-UNSPEC	65240
FACE/BROW PRESENT-DELIV	65241
FACE/BROW PRES-ANTEPART	65243
MULT GEST MALPRESEN-UNSP	65260
MULT GEST MALPRES-DELIV	65261
MULT GES MALPRES-ANTEPAR	65263
INTRAUTERINE DEATH-UNSP	65640
INTRAUTER DEATH-DELIVER	65641
INTRAUTER DEATH-ANTEPART	65643
LOCKED TWINS-UNSPECIFIED	66050
LOCKED TWINS-DELIVERED	66051
LOCKED TWINS-ANTEPARTUM	66053
DELAY DEL 2ND TWIN-UNSP	66230
DELAY DEL 2ND TWIN-DELIV	66231
DELAY DEL 2 TWIN-ANTEPAR	66233
BREECH EXTR NOS-UNSPEC	66960
BREECH EXTR NOS-DELIVER	66961
MULT PREGNANCY AFF NB	7615
DELIVER-SINGLE STILLBORN	V271
DELIVER-TWINS, BOTH LIVE	V272
DEL-TWINS, 1 NB, 1 SB	V273
DELIVER-TWINS, BOTH SB	V274
DEL-MULT BIRTH, ALL LIVE	V275
DEL-MULT BRTH, SOME LIVE	V276
DEL-MULT BIRTH, ALL SB	V277
ICD-9-CM breech procedure codes	
PART BRCH EXTRAC W FORCP 7253 TOT BRCH EXTRAC W FORCEP	7251
PART BREECH EXTRACT NEC 7254 TOT BREECH EXTRAC NEC	7252