

# Kvalita listov o prehliadke mŕtveho Súčasný stav, nové možnosti

● **MUDr. Anna Baráková**  
vedúca oddelenia registrov chronických chorôb  
Národné centrum zdravotníckych informácií  
anna.barakova@nczisk.sk



List o prehliadke mŕtveho (LoPM) je dôležitým zdrojom informácií o príčine smrti človeka. Údaje v ňom uvedené však majú širší význam.

Zodpovedne vypísané LoPM by mali byť základom pre analytické výstupy, ktoré by umožnili objektívnejšie interpretovať zmeny vo vývoji: ● nielen jednej štatisticky spracovávanej príčiny smrti, ale aj iných chorobných stavov (komplikácií základného ochorenia a/alebo príslušných komorbidít), ktorých uvedenie v LoPM má pre spätné vyhodnotenie rizikového profilu exitovaných osôb z epidemiologického hľadiska veľký význam; ● úroveň zdravotnej starostlivosti, ktorej cieľom je znížiť fatálne dôsledky závažných (najmä chronických) hromadne sa vyskytujúcich skupín chorôb. Český demograf Smolík povedal: „Poznávame preto, aby sme mohli predvídať...“ Len objektívne údaje môžu spoločnosti nastaviť správne zrkadlo tomu, čo sa reálne dosiahlo a kam sa má uberať. V dodržiavaní štandardných postupov vo vypisovaní LoPM lekármi a v následnom výbere jednej príčiny smrti pre štatistické spracovanie (ŠÚ SR) má SR značné rezervy. Práve nedostatky vo výbere príčiny smrti, ktoré do roku 1998 vykonávali jednotlivé matriky, boli pre ŠÚ SR podnetom pre centralizovanie výberu príčiny smrti z LoPM na detašovanom pracovisku ŠÚ SR v Trnave. Napriek výraznému zlepšeniu práce však ŠÚ SR nemohol a nemôže pri viac ako 55 000 úmrtiach ročne odstraňovať všetky nedostatky v LoPM. Tie súvisia najmä s neúplnými alebo nesprávnymi uvedenými kódmi, ktoré nekorešpondujú so slovným vyjadrením diagnózy v LoPM zo strany lekárov.

Elektronický LoPM (e-LoPM), na ktorom pracoval ÚDZS v rokoch 2009 až 2011, by chybovosť tohto charakteru dokázal úplne odstrániť. Navyše, do

e-LoPM by sa vpisovali informácie o všetkých závažných chorobách/stavoch príslušného človeka, nielen jedna príčina smrti, ktorá ako demografický ukazovateľ pre potreby ŠÚ SR a požiadavky EUROSTATu úplne postačovala a postačovať bude. Pre komplexnejšie epidemiologické analýzy, na objektivite ktorých by malo záležať najmä MZ SR a odborným spoločnostiam, je doterajší stav v SR nevyhovujúci. Pracovníci ŠÚ SR by mali objektívnu príčinu smrti u zomretých osôb „prebrať ako hotovú vec“ od iného príslušného rezortu, resp. inej kompetentnej inštitúcie. Návrhy na riešenie vyššie uvedených dlhodobých problémov vrátane určenia kompetencií a zodpovednosti za skvalitnenie údajov v LoPM, a to v prvom kroku s uvedením e-LoPM do praxe, boli predmetom pracovného stretnutia na NCZI dňa 5. decembra 2011 za účasti vedúcich pracovníkov ŠÚ SR, ÚDZS, MZ SR aj iných osôb zainteresovaných do problematiky objektivizácie príčin smrti v SR.

V 90. rokoch minulého storočia sa globálne kontrolou kvality údajov v LoPM zaoberalo viac tímov, napr. pracovníci Národného onkologického registra (NOR), či súčasných regionálnych úradov verejného zdravotníctva. Navrhované zmeny v systéme práce, ktorý by nastavili efektívnejšie kontrolné mechanizmy na kvalitu LoPM, sa však v tom čase nepresadili. MZ SR, od ktorého sa očakávala garancia pri zabezpečovaní pravidelných školení pracovníkov ŠÚ SR, a pred vznikom ÚDZS aj lekárov, potrebnú edukáciu, pre uplatnenie štandardných postupov v praxi podľa metodiky WHO, neriešilo. Po vzniku ÚDZS nebol systém edukácie lekárov dobre nastavený: zmluvní lekári Úradu sú po-

Tab. 1: Zmeny v podiele úmrtí na prioritné skupiny chorôb z celkového počtu úmrtí na choroby obehovej sústavy v príslušných rokoch v SR a ČR

Krajina	Rok	CHOS*		z nich podiel v %				
		kód MKCH (I00 - I99)	ICHS* (I20 - 25)	z toho IM (I21 - I22)	Hypertenzné choroby (I10 - I15)	Cievne choroby mozgu (I60 - I69)	Ateroskleróza (I70)	Ostatné choroby CHOS
Slovensko	2006	29 297	49,1	12,0	10,6	14,1	17,3	8,9
	2007	29 289	54,9	15,2	5,1	17,9	10,2	11,9
	2008	28 502	60,4	24,2	2,1	21,6	1,6	14,3
	2010	28 541	59,4	20,4	3,0	20,5	2,9	14,2
Česko	2007	52 464	50,1	25,4	4,6	22,2	9,6	13,5
	2008	52 280	49,4	26,3	3,7	22,4	9,7	14,8

\*CHOS = choroby obehovej sústavy, ICHS = ischemické choroby srdca. Kódy pri skupinách chorôb sú uvedené podľa MKCH-10. Zdroj: ŠÚ SR

Tab. 2: Vzorovo vypísaná vyčerpávajúca informácia o zhubnom nádore u exitovaného pacienta

Príčina smrti podľa klinického nálezu a 4-miestna značka (kód)			
I.	a) Choroba (stav), ktorá priamo privodila smrť	Metabolický rozvrat a zlyhanie srdca pri základnom ochorení	E86
	b) Predchádzajúca príčina	detto	
	c) prvotná príčina	<b>AdenoCa pulm. I.dx s MTS pľúc 1.sin</b>	C34.1
II.	Iné závažné chorobné stavy a zmeny	CHOCHP, stav po extirpácii bazaliómu na tvári vľavo, ICHS	J44.0
III.	Išlo o pracovný úraz, náhodný úraz, vraždu, samovraždu?	nie	

Zdroj: ŠÚ SR, LoPM

vinní absolvovať iba prvé odborné školenie zamerané na vypisovanie LoPM, ďalšie však už nie. Navyše, potrebný systém priebežnej kontroly správnosti vyplňania LoPM v SR doteraz absentoval. Preto musíme veriť, že tvorba e-LoPM bude prvým krokom k minimalizovaniu doteraz pretrvávajúcich nedostatkov v LoPM.

Prínosom na poukázanie rezerv v úrovni kvality LoPM boli po roku 2002 cieľné analýzy pracovníkov súčasného Národného centra zdravotníckych informácií (NCZI) na odbore národných zdravotných registrov (NZR). V roku 2005 sa analýzou LoPM v rámci prierezovej internej štúdie zistilo v SR podhodnotenie prípadov úmrtí na cieвне mozgové príhody (CMP) o 50 % (!) v „prospech“ hypertenzie (Baráková a kol., 2005). Takýto záver NCZI potvrdil aj SÚ ČR. Štatisticky sa totiž spracovávala a doteraz spracováva iba jedna choroba ako príčina smrti, preto zohľadnenie choroby, ktorá je z epidemiologickeho hľadiska výpovednejšia, je pri výbere veľmi dôležité. V databáze exitovaných v SR i pre medzinárodné databázy (EUROSTAT, WHO) má informácia o tom, koľko osôb zomrelo na CMP, väčšiu výpovednú hodnotu ako úmrtia „len“ na hypertenziu. Preto je nevyhnutné z LoPM spracovávať všetky údaje. Len tak sa zároveň dozvieme, koľko osôb exitovaných na CMP malo zároveň hypertenziu a/alebo napr. diabetes. Takéto špecifické výstupy by mali byť určené odborným spoločnostiam, ktoré by to určite privítali. V rámci činnosti odboru NZR NCZI sa však takéto nadštandardné analýzy nevykonávali bežne (neboli na to podmienky). e-LoPM by však tieto informácie umožnil získavať centrálné. Samozrejme, za predpokladu, že obsah e-LoPM bude objektívny.

Vyššie uvedené zistenie nadhodnotenia, resp. podhodnotenia úmrtí na príslušnú chorobu bolo pre NCZI podnetom na vypracovanie metodických pokynov pre ŠÚ SR v optimalizácii výberu príčiny smrti. Pokyn zohľadňoval usmernenie najmä dovtedy rutinne vyberaných príčin smrti: išlo napr. o dlhodobé nadhodnotenie aterosklerózy (I 70) v neprospech chronickej ischemickej choroby srdca (I 25), ktorá má podľa metodiky WHO prednosť pred I70 (ak je samozrejme v LoPM uvedená). Zmeny v podiele príčin smrti na choroby obehovej sústavy v SR v období pred a po uplatnení pokynov v praxi (v roku 2007) vrátane ich porovnaní v príslušných rokoch s ČR uvádza tab. 1.

Chýbanie pravidiel v kontrolných mechanizmoch na kvalitu dát v LoPM skresľuje vývoj úmrtí na rôzne skupiny chorôb v SR, najviac však na zhubné nádory pre ich rozmanité orgánové lokalizácie (na rozdiel od chorôb patriacich do jedného systému). Nie je jedno, či sa pre zlé kódovanie spracuje úmrtie na nádor kože, napriek slovnému uvedeniu, že ide o nádor pľúc (t. j. C44.x namiesto C34.x) alebo sa namiesto nádoru vagíny (C52.9) napíše C19.x (čo zodpovedá nádoru rektosigmoidného spojenia). Je zarážajúce, ak sa pri úmrti pacienta v nemocnici na zhubný nádor s metastázami napíše do LoPM iba ischemická choroba srdca (!). Našťastie, niektorí lekári dokážu do LoPM napísať aj vyčerpávajúcu informáciu o zhubnom nádore (tab. 2). Žiaľ, takýchto

prípadoch je málo. V e-LoPM sa s možnosťou podrobnejšie uvedených údajov o zhubnom nádore počíta.

V roku 2010 sa NCZI kvôli svojim aktivitám v analýze LoPM zapojilo do Dohody o dvojročnej spolupráci medzi MZ SR a WHO projektom zameraným na zlepšenie medzirezortnej spolupráce v zavedení kontrolných mechanizmov kvality LoPM. Doterajšie výsledky po prehodnotení 820 LoPM v SR (1) poukázali na skutočnosť, že: ● vhodné bola príčina smrti vybratá v 80 % (najmä vďaka ŠÚ SR); ● v 8 % nebola diagnóza presná, ale patrila ešte do príslušnej kapitoly; ● v 10 % mala príčina smrti patriť do celkom inej kapitoly; ● v 2 % sa príčina smrti vo vzorke analyzovaných LoPM nedala (v rámci jej prehodnotenia pracovníkmi NCZI), objektívne posúdiť (údaje neboli dostatočné) (bližšie informácie o výstupoch z predmetného projektu sú u autorov na NCZI). Medzi jednotlivými krajinami boli zistené veľké rozdiely. Príslušní lekári boli na chyby upozornení, v ich oslovení sa pokračuje. V prepočte podielov neobjektívnych príčin úmrtia z analyzovanej vzorky LoPM na počet úmrtí v SR v roku 2010 patrilo teda „iba“ do širšej kapitoly okolo 4300 úmrtí a úplne do inej kapitoly takmer 5400 úmrtí. Pre skresľovanie údajov o príčinách úmrtí v SR je to vysoký počet.

Od roku 2012 budú mať krajiny EÚ povinnosť uvádzať v LoPM 4-miestny kód. Na základe kvantitatívnej analýzy nedostatkov v kódovaní príčiny smrti, ktoré pre SR i pre EUROSTAT vykonal ŠÚ SR (Infostat) sa zistilo, že 4-miestne nebola príčina smrti v LoPM (v 1. polroku 2010) uvedená až v 35 % (Pilinská, INFostat). Ešte aj rok 2011 je „testovacím“ rokom v tomto smere, ale v roku 2012 je už 4-miestne kódovanie záväzné. Preto je postupné zavedenie e-LoPM ako prvý krok k zlepšeniu kvality dát z LoPM (úroveň text – kód) veľmi dôležitý. Samozrejme, zodpovednosť lekárov za objektivitu údajov v LoPM však musí byť prvoradá. Univerzálnym indikátorom pre posúdenie efektivity integračných aktivít rezortov v dopade na zdravie populácie je dĺžka prežívania človeka so špecifickou chorobou. Dospieť k objektívnemu výpočtu tohto ukazovateľa je možné iba v prípade dostupnosti informácie o vzniku choroby (ktorými disponujú populačné zdravotné registre v správe i mimo správ NCZI, www.nczi) a v dostupnosti objektívnej informácie o úmrtí človeka so špecifickou chorobou (z LoPM, resp. e-LoPM).

Ak sa nevytvoria v SR optimálne podmienky pre monitorovanie kvality LoPM, dĺžka prežívania pacientov s príslušnou chorobou môže byť falošne nižšia alebo vyššia. V oboch prípadoch by výstupy nezodpovedali úsiliu, ktoré sa do efektivity manažmentu snažia vkladať viaceré odborné spoločnosti či inštitúcie, ktorých činnosťou je monitorovať epidemiologickú situáciu vo vývoji výskytu chorôb i úmrtí osôb na príslušné skupiny chorôb, či príslušné rizikové faktory zdravia (NCZI, ÚVZ a iné). Administratívne úkony, ktorým nevenujeme náležitú pozornosť, by nemali skresľovať realitu. Pri odpočte úloh v roku 2020, v rámci odporúčaní cieľov z materiálu WHO „Zdravie 21“, by sme na to mohli doplatiť. Je čas, aby sme tomu zabránili. ●