

AMBULATORIŠKAI VALDOMŲ LIGŲ PAPLITIMO YPATUMAI LIETUVOJE 2012 M.

Sandra Mekšriūnaitė, Romualdas Gurevičius

Higienos institutas

Santrauka

Tikslas. Nustatyti išvengiamų hospitalizacijų (IH) dėl atskirų ambulatoriškai valdomų ligų (AVL) skirtumus pagal amžių, lytį ir gyvenamąją vietovę Lietuvoje 2012 m.

Tyrimo medžiaga ir metodai. Tyrimui panaudoti duomenys apie 2012 m. hospitalizacijas, kurie gauti iš stacionare gydomo asmens statistinės kortelės (forma Nr. 066/a-LK). Suskaičiuoti IH rodikliai: IH skaičius 1 000 gyv., lovdienių skaičius 1 000 IH. Nustatyti IH sk. 1 000 gyv. skirtumai pagal dažniausias AVL tarp skirtingų gyventojų grupių.

Rezultatai. IH dėl lėtinių ligų rodikliai didėjo su amžiumi (išskyrus I tipo cukrinio diabeto atveju). IH dėl ūmių ligų buvo dažnesnės vaikams ir vyresnio amžiaus asmenims. Darbingo amžiaus asmenų IH rodikliai dėl dažniausių AVL buvo mažiausi. Gulėjimo ligoninėje trukmė ilgėjo su amžiumi. Ilgiausiai buvo hospitalizuojami pacientai, sergantys gripu ir pneumonija (vidutiniškai 10,1 d.), trumpiausiai – ausų, nosies ir gerklės infekcijomis (vidutiniškai 4,7 d.).

Išvados. Siekiant sumažinti IH skaičių, labai svarbu pagerinti lėtinėmis ligomis sergančių pacientų gydymą ir ligų kontrolę ambulatorinėje grandyje. Taip pat svarbu padidinti ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, ypač laiko požiūriu. Vykstant lėtinių ligų profilaktiką tikslinga dirbti su jauno amžiaus gyventojais, kurių elgesio pokyčius lengviau paveikti, ir tai teigiamai atsiliptų ne tik IH, bet ir bendros gyventojų sveikatos būklės rodikliams.

Reikšminiai žodžiai: išvengiama hospitalizacija, ambulatoriškai valdomos ligos, lovdieniai, cukrinis diabetas, krūtinės angina, stazinis širdies nepakankamumas, gripas, pneumonija, pielonefritas.

ĮVADAS

Daugelio Europos šalių politikos formuotojai sutaria dėl pagrindinių uždavinių, kuriuos turi atlikti sveikatos priežiūros sistemos. Šie uždaviniai yra labai aiškūs ir nesudėtingi: visiems piliečiams prieinama ir veiksminga sveikatos priežiūra siekiant geresnės gyventojų sveikatos būklės, efektyvus išteklių panaudojimas, aukštos kokybės paslaugos ir dėmesys pacientų interesams [1]. Siekiant įgyvendinti šiuos uždavinius reikia žinoti esamas problemas, galimus jų sprendimo būdus ir atlikti racionalius valdymo pokyčius. Tačiau dažnai galimi sprendimo būdai labai priklauso nuo finansinių išteklių. Jei jų pakaktų, būtų galima patenkinti visų sveikatos priežiūros dalyvių poreikius: paslaugų teikėjai turėtų sąlygas tinkamai teikti paslaugas ir už jas gauti sąžiningą atlygį, o paslaugų gavėjams būtų laiku prieinama sveikatos priežiūra, padedanti išsaugoti ar pagerinti jų sveikatą.

Deja, valstybių sveikatos priežiūros biudžetai visada yra riboti ir Lietuva nėra išimtis. Dėl šios priežasties visi galimi būdai sutaupyti Privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšų yra svarstylini. Vienas iš tokių galimų būdų – hospitalizacijų, kurios laikomos išvengiamomis, skaičiaus mažinimas [2].

Pasaulyje išvengiamų hospitalizacijų (IH, angl. *avoidable hospitalizations, preventable hospitalizations*) koncepcija nėra naujiena [3], tačiau Lietuvoje apie šį reiškinį pradėta kalbėti tik per paskutinius kelerius metus [4], o siekiant sumažinti IH skaičių jau imtasi tam tikrų veiksmų:

- nuo 2012 m. sausio 1 d. įteisintas mokėjimas šeimoms gydytojams už gerus darbo (sergančiųjų lėtinėmis ligomis sveikatos priežiūros) rezultatus pagal arterinę hipertenziją sergančių asmenų hospitalizacijos rodiklį [5];
- nuo 2011 m. liepos 1 d. įteisintas mokėjimas už gerus darbo rezultatus, vertinamus pagal cukriniu diabetu ir bronchine astma sergančių asmenų hospitalizacijos rodiklius [6].

Arterinė hipertenzija, cukrinis diabetas ir bronchinė astma nėra vienintelės ligos, dėl kurių hospitalizacijų galima išvengti. Literatūroje nurodoma, kad IH taip pat gali būti laikomos hospitalizacijos dėl gripo,

Adresas susirašinėti: Sandra Mekšriūnaitė
Higienos institutas
Didžioji g. 22, 01128 Vilnius
El. p. Sandra.Meksriunaite@hi.lt

pneumonijos, krūtinės anginos, pielonefrito, gangrenos, geležies stokos anemijos, inkstų ar šlapimo takų infekcijų, celiulito, dantų ligų, dehidracijos ir kitų ligų [3]. Sutinkama, kad viena iš pagrindinių sąlygų siekiant, jog hospitalizacijų dėl minėtų ligų nebūtų arba jų skaičius būtų kuo mažesnis, – kokybiška ir prieinama ambulatorinė sveikatos priežiūra. Todėl bendrai išvardytos ligos vadinamos ambulatoriškai valdomomis ligomis (AVL, angl. *ambulatory care sensitive conditions*), o jų hospitalizacijų skaičius gali atspindėti ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumo problemas [7].

Kaip ir kiekvienos intervencijos metu, taip ir mažinant IH skaičių nepakanka žinoti dažniausias AVL [4], nes jų dažnis paprastai skiriasi pagal amžių, lytį, gyvenamąją vietovę, socioekonominį statusą, bendrą gyventojų sveikatos būklę, gretutines ligas ir pan. [2]. Todėl šios publikacijos tikslas – nustatyti gyventojų grupes (pagal amžių, lytį ir gyvenamąją vietovę), į kurias reikia atkreipti didesnę dėmesį mažinant IH skaičių dėl skirtingų AVL šalyje (2012 m. duomenimis).

TYRIMO MEDŽIAGA IR METODIKA

Tyrimą atlikome Australijoje naudojamos metodikos pagrindu. Ši metodika taikoma jau daugiau nei dešimtmetį ir yra kasmet atnaujinama [7, 8]. Be to, Australijoje naudojama TLK-10-AM ligų klasifikacija Lietuvoje įdiegta nuo 2011 m. Tai sudaro puikias galimybes pritaikyti ją Lietuvos IH rodikliams skaičiuoti kuo mažiau keičiant. IH rodikliams skaičiuoti panaudoti TLK-10-AM ligų kodai, suskirstyti į 21 AVL grupę [4].

Tyrimo populiaciją sudarė visi Lietuvos gyventojai, 2012 m. hospitalizuoti dėl AVL (įtraukti atvejai, kurių hospitalizacijos pabaiga buvo 2012 m.). Informacijos šaltiniai:

- hospitalizacijų duomenys gauti iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo informacinės sistemos „Sveidra“, kurioje kaupiami stacionare gydomų asmenų statistinės kortelės (forma Nr. 066/a-LK [9]) duomenys (pagrindinė ir gretutinė diagnozė, lytis, gyvenamoji vietovė, amžius, hospitalizavimo trukmė, atvejo tipas);
- 2012 ir 2013 m. pradžios gyventojų skaičių pagal lytį, amžių, gyvenamąją vietovę gavome iš Lietuvos statistikos departamento duomenų bazių.

Atmetėme hospitalizacijos atvejus pagal hospitalizacijos tipą: medicininę reabilitaciją, ilgalaikį gydymą ir dienos stacionaro atvejus. Atlikome IH dėl skirtingų AVL aprašomąją analizę pagal amžių, lytį,

gyvenamąją vietovę, hospitalizavimo trukmę. Apskaičiavome IH procentinę struktūrą pagal AVL grupes, IH skaičių 1 000 gyventojų. IH rodiklį 1 000 gyv. standartizavome remdamiesi Lietuvos gyventojų amžiaus struktūra (2011 m. vidutinis metinis gyventojų sk.).

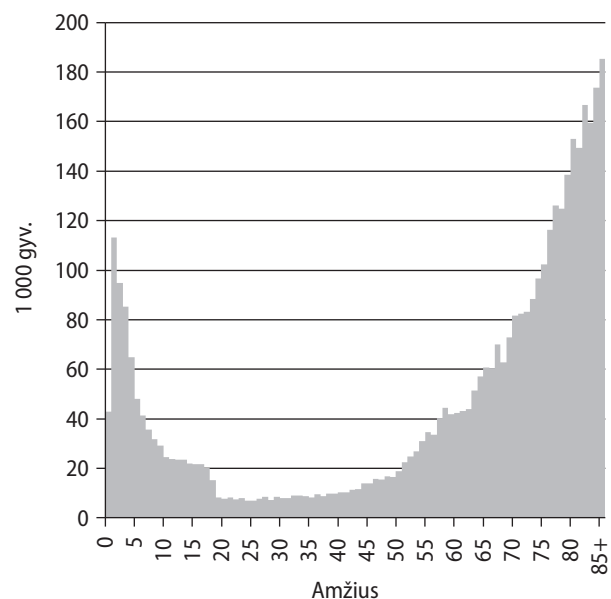
IH rodiklių skirtumams pagal lytį ir gyvenamąją vietovę įvertinti taikėme χ^2 testą. Hospitalizuotų asmenų amžiui ir hospitalizavimo trukmei palyginti panaudojome Mano ir Vitnio (*Mann-Whitney*) U, arba Vilkoksono (*Wilcoxon*), testą (dviem grupėms palyginti), kadangi šių kintamųjų skirstiniai skyrėsi nuo normaliojo. Palyginome vidutinę pacientų gulėjimo trukmę skirtingose amžiaus grupėse ir pagal AVL.

Pasirinktas statistinio reikšmingumo lygmuo $\alpha = 0,05$.

REZULTATAI

IH mastas Lietuvoje 2012 m.

Lietuvoje 2012 m. iš viso buvo 110 856 IH (16,2 proc. nuo visų aktyvaus gydymo stacionaro atvejų). Pagal Pareto dėsnį (80 proc.) nustatyta, kad didžiausią dalį IH sudarė hospitalizacijos dėl šių AVL: cukrinio diabeto ir jo komplikacijų (17,9 proc. nuo visų IH; 6,6 atvejo 1 000 gyv.), krūtinės anginos (16,1 proc.; 6 atv. 1 000 gyv.), stazinio širdies nepakankamumo (13,8 proc.; 5,1 atv. 1 000 gyv.), gripo ir pneumonijos (11,9 proc.; 4,4 atv. 1 000 gyv.), ausų, nosies ir gerklės infekcijų (8,9 proc.; 3,3 atv. 1 000 gyv.), lėtinės obstrukcinės plaučių ligos (7,6 proc.; 2,8 atv. 1 000 gyv.) ir pielonefrito (5,8 proc.; 2,2 atv. 1 000 gyv.). Atitinkamai jos sudarė ir didžiausią lovdienių dalį. Kitos AVL grupės sudarė 0,03–5,3 proc. nuo visų IH.



1 pav. Asmenų, hospitalizuotų dėl visų AVL, paamžiniai hospitalizacijų rodikliai 1 000 gyv. Lietuvoje 2012 m

2012 m. dažniausiai dėl AVL buvo hospitalizuojami vaikai, ypač mokyklinio amžiaus, bei pensinio amžiaus asmenys (1 pav.). Vyrai buvo stacionarizuojami dažniau nei moterys, kaimo gyventojai – dažniau nei miesto (1 lentelė). Moterys ir kaimo gyventojai hospitalizuoti vyresnio amžiaus nei vyrai ir miesto gyventojai (2 lentelė). Moterys

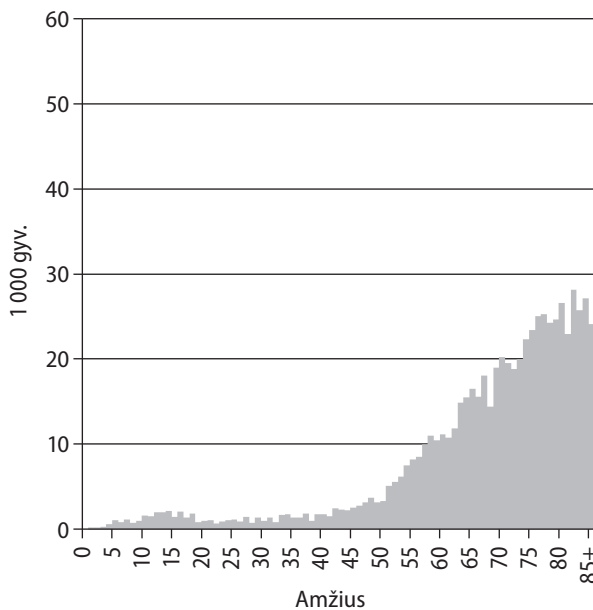
ir kaimo gyventojai taip pat gulėjo ligoninėje ilgiau nei vyrai ir miesto gyventojai. Toliau nagrinėjamos atskiros AVL, kurios sudarė 80 proc. visų IH (cukrinis diabetas ir jo komplikacijos, krūtinės angina, stazinis širdies nepakankamumas, gripas ir pneumonija, ausų, nosies ir gerklės infekcijos, LOPL ir pielonefritas).

1 lentelė. AVL rodiklių 1 000 gyv. skirtumai pagal lytį ir gyvenamąją vietovę Lietuvoje 2012 m. (standartizuoti rodikliai)

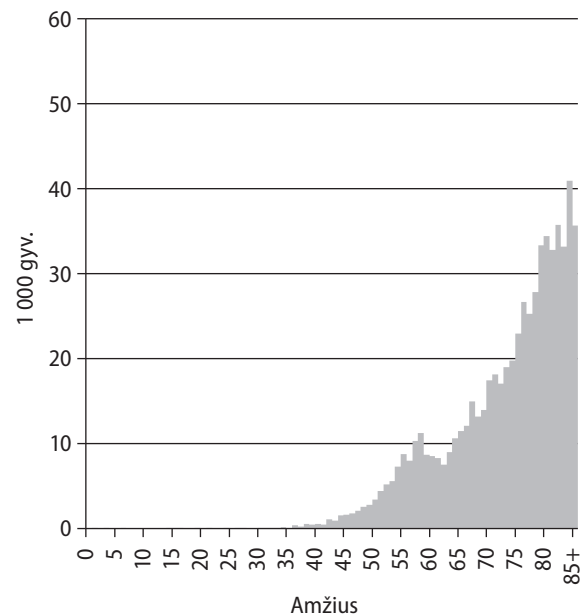
Lyginamos grupės	Lytis						Gyvenamoji vietovė					
	Iš viso		Gyvenamoji vietovė				Iš viso		Lytis			
			Miestas		Kaimas				Vyrai		Moterys	
	Vyrai	Moterys	Vyrai	Moterys	Vyrai	Moterys	Miestas	Kaimas	Miestas	Kaimas	Miestas	Kaimas
Visos AVL	42,2	33,7	40,8	32,0	43,5	35,5	36,4	39,5	40,8	43,5	32,0	35,5
	$p < 0,001$		$p < 0,001$		$p < 0,001$		$p < 0,001$		$p < 0,001$		$p < 0,001$	
Cukrinis diabetas ir jo komplikacijos	6,9	5,9	8,0	6,2	5,8	5,6	7,1	5,7	8,0	5,8	6,2	5,6
	$p < 0,001$		$p < 0,001$		$p < 0,01$		$p < 0,001$		$p < 0,01$		$p < 0,001$	
Krūtinės angina	6,2	5,4	6,7	5,5	5,8	5,3	6,1	5,5	6,7	5,8	5,5	5,3
	$p < 0,001$		$p < 0,001$		$p < 0,001$		$p < 0,001$		$p < 0,001$		$p < 0,01$	
Stazinis širdies nepakankamumas	6,4	4,4	6,0	3,7	6,8	5,1	4,9	5,9	6,0	6,8	3,7	5,1
	$p < 0,001$		$p < 0,001$		$p < 0,001$		$p < 0,001$		$p < 0,001$		$p < 0,001$	
Gripas ir pneumonija	6,3	3,3	5,8	3,2	6,9	3,4	4,5	5,2	5,8	6,9	3,2	3,4
	$p < 0,001$		$p < 0,001$		$p < 0,001$		$p < 0,001$		$p < 0,001$		$p < 0,001$	
Ausų, nosies ir gerklės infekcijos	3,5	3,1	3,2	2,8	3,8	3,4	3,0	3,6	3,2	3,8	2,8	3,4
	$p < 0,001$		$p < 0,001$		$p < 0,001$		$p < 0,001$		$p < 0,001$		$p < 0,001$	
Lėtinė obstrukcinė plaučių liga	4,7	2,1	3,5	1,6	5,8	2,6	2,5	4,2	3,5	5,8	1,6	2,6
	$p < 0,001$		$p < 0,001$		$p < 0,001$		$p < 0,001$		$p < 0,001$		$p < 0,001$	
Pielonefritas	1,5	2,9	1,6	2,6	1,5	3,1	2,1	2,3	1,6	1,5	2,6	3,1
	$p < 0,001$		$p < 0,001$		$p < 0,001$		$p < 0,001$		$p > 0,05$		$p < 0,01$	

2 lentelė. Dėl AVL hospitalizuotų asmenų amžiaus ir hospitalizavimo trukmės palyginimas pagal lytį ir gyvenamąją vietovę Lietuvoje 2012 m. (Mano ir Vitnio U testas; lyginami vidutiniai rangai, jeigu nenurodyta kitaip)

Lyginamos grupės	Lyginamas kintamasis – hospitalizuotų asmenų amžius				Lyginamas kintamasis – hospitalizavimo trukmė			
	Lytis		Gyvenamoji vietovė		Lytis		Gyvenamoji vietovė	
	Vyrai	Moterys	Miestas	Kaimas	Vyrai	Moterys	Miestas	Kaimas
Visos AVL	49 725,6	60 227,4	54 776,5	55 836,4	53 413,5	57 124,1	54 087,1	57 057,3
	$p < 0,001$		$p < 0,001$		$p < 0,001$		$p < 0,001$	
Cukrinis diabetas ir jo komplikacijos	8 265,2	11 137,0	10 027,0	9 537,6	9 706,4	10 047,3	9 807,1	10 052,2
	$p < 0,001$		$p < 0,001$		$p < 0,001$		$p < 0,01$	
Krūtinės angina	7 271,4	10 037,7	8 831,2	9 082,6	8 053,1	9 521,2	8 691,8	9 364,1
	$p < 0,001$		$p < 0,01$		$p < 0,001$		$p < 0,001$	
Stazinis širdies nepakankamumas	6 190,1	8 753,0	7 681,7	7 592,1	7 507,0	7 775,3	7 490,1	7 868,4
	$p < 0,001$		$p > 0,05$		$p < 0,001$		$p < 0,001$	
Gripas ir pneumonija	6 254,1	7 023,2	6 370,2	6 885,6	6 549,4	6 664,7	6 442,0	6 766,5
	$p < 0,001$		$p < 0,001$		$p > 0,05$		$p < 0,001$	
Ausų, nosies ir gerklės infekcijos	4 755,1	5 102,4	4 849,6	4 865,8	4 809,3	5 039,3	4 641,4	5 227,7
	$p < 0,001$		$p > 0,05$		$p < 0,001$		$p < 0,001$	
Lėtinė obstrukcinė plaučių liga	3 960,6	4 564,1	4 165,2	4 230,8	4 110,1	4 371,1	4 082,4	4 324,2
	$p < 0,001$		$p > 0,05$		$p < 0,001$		$p < 0,001$	
Pielonefritas	3 625,8	3 079,5	3 251,6	3 160,0	3 480,4	3 137,4	7,0 (mediana)	7,0 (mediana)
	$p < 0,001$		$p > 0,05$		$p < 0,001$		$p > 0,05$	



2 pav. Asmenų, hospitalizuotų dėl cukrinio diabeto ir jo komplikacijų, paamžiniai hospitalizacijų rodikliai 1 000 gyv. Lietuvoje 2012 m.



3 pav. Asmenų, hospitalizuotų dėl krūtinės anginos, paamžiniai hospitalizacijų rodikliai 1 000 gyv. Lietuvoje 2012 m.

Cukrinis diabetas ir jo komplikacijos

Cukrinis diabetas ir jo komplikacijos Lietuvoje 2012 m. buvo dažniausia IH priežastis (iš viso 19,8 tūkst. atvejų).

Paamžiniai hospitalizacijų rodikliai iki 40–45 metų amžiaus buvo ne didesni nei 2 atv. 1 000 gyv., vėliau pradėjo didėti ir pasiekė 28,2 atv. 1 000 gyv. (2 pav.). Bendras vyrų IH dėl cukrinio diabeto ir jo komplikacijų rodiklis buvo didesnis nei moterų, o miesto gyventojų – didesnis nei kaimo.

Moterys, hospitalizuotos dėl cukrinio diabeto ir jo komplikacijų, buvo vyresnio amžiaus nei vyrai ir ligoninėje jos gulėjo ilgiau. Miesto gyventojai, hospitalizuoti dėl tos pačios priežasties, buvo vyresni nei kaimo gyventojai, tačiau miesto gyventojai ligoninėje gulėjo trumpiau nei kaimo gyventojai.

Nagrinėjant šią AVL smulkiau, galima išskirti IH, susijusias su I tipo (2 673 atvejai) ir II tipo (17 085 atvejai) cukriniu diabetu. IH dėl I tipo cukrinio diabeto paamžiniai rodikliai buvo ne didesni nei 2,2 atv. 1 000 gyv., jaunesni asmenys pagal IH rodiklius neišsiskyrė (nepaisant to, kad I tipo cukrinis diabetas laikomas jaunų žmonių liga). Paamžiniai IH dėl II tipo cukrinio diabeto rodikliai pradėjo didėti sulaukus maždaug 40–45 metų amžiaus (kaip ir 2 pav.). Apibendrinant galima sakyti, kad didžioji dalis IH dėl cukrinio diabeto ir jo komplikacijų buvo nulemtos II tipo cukrinio diabeto.

Krūtinės angina

Išvengiamų hospitalizacijų dėl krūtinės anginos 2012 m. buvo 17,9 tūkst. Hospitalizacijų rodikliai didėjo su amžiumi, ypač nuo 40–45 m. ir vyresnių nei 80 m. amžiaus asmenų grupėje pasiekė 40 atv. 1 000 gyv. (3 pav.).

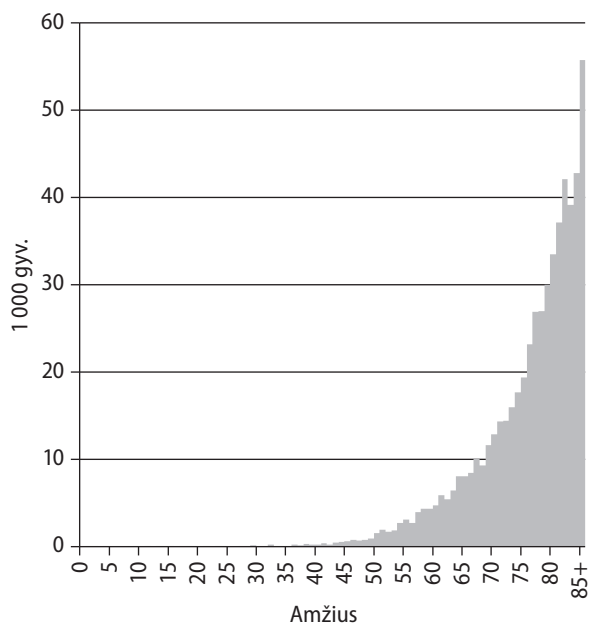
Krūtinės angina buvo dažnesnė vyrų nei moterų IH priežastis ir mieste, ir kaime. Miesto gyventojai dėl krūtinės anginos ligoninėje gulėjo dažniau nei kaimo gyventojai.

Hospitalizuotos moterys buvo vyresnės nei vyrai ir jų hospitalizavimo trukmė buvo ilgesnė. Taip pat kaimo gyventojai, hospitalizuoti dėl krūtinės anginos, buvo vyresni nei miesto gyventojai ir jų hospitalizavimo trukmė buvo ilgesnė.

Stazinis širdies nepakankamumas

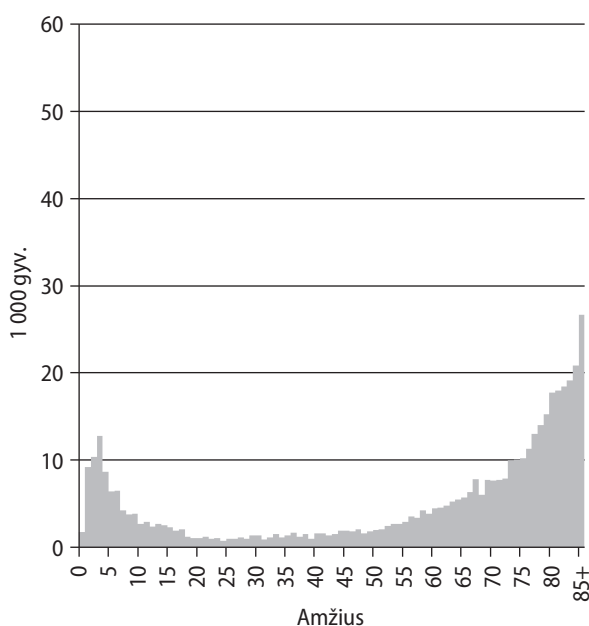
Stazinio širdies nepakankamumo, kaip IH priežasties, 2012 m. buvo 15,3 tūkst. atvejų. Lyginant su krūtinės anginos atvejais, stazinio širdies nepakankamumo paamžiniai rodikliai pradėjo didėti maždaug penkeriais metais vyresnių asmenų – nuo 45–50 metų amžiaus (4 pav.). Šis rodiklių didėjimas su amžiumi buvo spartesnis ir vyresnių nei 84 m. amžiaus asmenų grupėje pasiekė didesnę reikšmę – 55 atv. 1 000 gyv.

Stazinis širdies nepakankamumas (kaip cukrinis diabetas ir jo komplikacijos ar krūtinės angina) buvo dažnesnė vyrų nei moterų IH priežastis ir mieste, ir kaime. Tačiau šios AVL atveju kaimo gyventojų IH rodikliai buvo didesni nei miesto gyventojų (priešingai nei dėl anksčiau aptartų ligų).



4 pav. Asmenų, hospitalizuotų dėl stazinio širdies nepakankamumo, paamžiniai hospitalizacijų rodikliai 1 000 gyv. Lietuvoje 2012 m.

Moterys, hospitalizuotos dėl stazinio širdies nepakankamumo, buvo vyresnės nei vyrai. Taip pat jos ligoninėje gulėjo ilgiau. Hospitalizuotų asmenų amžius pagal gyvenamąją vietovę nesiskyrė, tačiau kaimo gyventojai buvo hospitalizuojami ilgiau nei miesto.



5 pav. Asmenų, hospitalizuotų dėl gripo ir pneumonijos, paamžiniai hospitalizacijų rodikliai 1 000 gyv. Lietuvoje 2012 m.

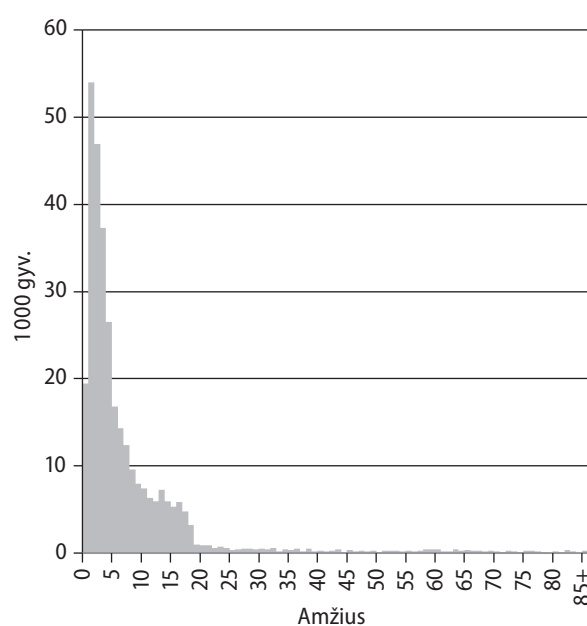
Gripas ir pneumonija

Šalyje dėl gripo ir pneumonijos 2012 m. buvo 13,2 tūkst. hospitalizacijų. Atsižvelgiant į paamžinius rodiklius, darbingo amžiaus asmenys dėl šių priežasčių buvo hospitalizuojami mažiausiai. IH rodiklių pikai buvo ikimokyklinio amžiaus vaikų ir pensinio amžiaus gyventojų grupėse (5 pav.). 3 metų amžiaus vaikų rodiklis buvo 12,8 atv. 1 000 gyv., o nuo pensinio amžiaus pradžios paamžiniai rodikliai didėjo ir vyresnių nei 84 m. amžiaus asmenų grupėje padidėjo iki 26,6 atv. 1 000 gyv.

Vyrų hospitalizacijos dėl gripo ir pneumonijos buvo dažnesnės nei moterų, kaimo gyventojų – dažnesnės nei miesto. Moterys ir kaimo gyventojai, gulėję ligoninėje dėl gripo ir pneumonijos, buvo vyresni nei vyrai ir miesto gyventojai. Hospitalizacijos trukmė pagal lytį nesiskyrė, tačiau kaimo gyventojai ligoninėje praleido daugiau laiko nei miesto gyventojai.

Nagrinėjant šią AVL grupę smulkiau pastebėta, kad IH dėl pneumonijos buvo gerokai daugiau nei dėl gripo. Iš viso su pneumonija buvo susijusios 12 850 IH, o su gripu – 735 IH. Paamžiniai rodikliai dėl gripo nebuvo didesni nei 1,5 atv. 1 000 gyv.

IH dėl pneumonijos paamžinių rodiklių pasiskirstymas atitiko bendrą gripo ir pneumonijos IH rodiklių pasiskirstymą (skirtumas buvo ne didesnis nei 0,9 atv. 1 000 gyv.).



6 pav. Asmenų, hospitalizuotų dėl ausų, nosies ir gerklės infekcijų, paamžiniai hospitalizacijų rodikliai 1 000 gyv. Lietuvoje 2012 m.

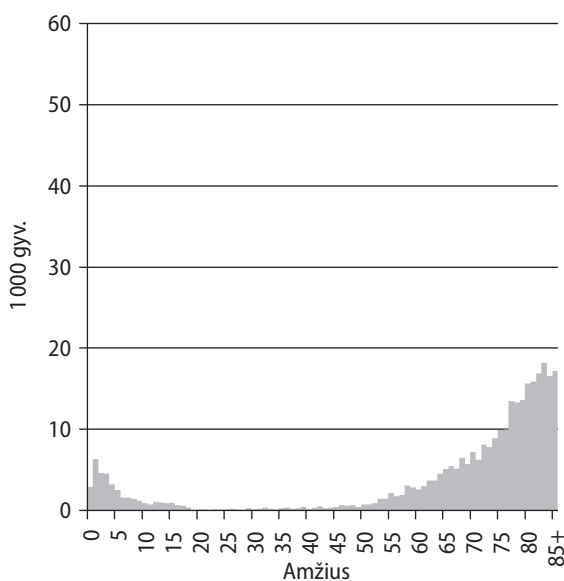
Ausų, nosies ir gerklės infekcijos

Ausų, nosies ir gerklės infekcijos buvo 9,8 tūkst. hospitalizacijų priežastis. Daugiausiai dėl šios priežasties buvo hospitalizuota vaikų ir paauglių – net 68,4 proc. sudarė 0–7 m. amžiaus vaikų hospitalizacijos, asmenų iki 18 m. imtinai – 91 proc. visų hospitalizacijų dėl ausų, nosies ir gerklės infekcijų atvejų (6 pav.).

Ausų, nosies ir gerklės infekcijos buvo dažnesnė berniukų hospitalizacijų priežastis nei mergaičių, tačiau mergaitės ligoninėje gulėjo ilgiau nei berniukai. Kaimo gyventojai buvo hospitalizuojami dažniau nei miesto gyventojai. Taip pat kaimo gyventojai buvo hospitalizuojami ilgiau. Į ligoninę dėl ausų, nosies ir gerklės infekcijų paguldytos mergaitės buvo vyresnio amžiaus nei berniukai. Pagal gyvenamąją vietovę hospitalizuotų asmenų amžius nesiskyrė.

Lėtinė obstrukcinė plaučių liga (LOPL)

LOPL buvo 8,4 tūkst. hospitalizacijų priežastis. Didžiausia dalis šių atvejų – ikimokyklinio amžiaus vaikai ir asmenys, sulaukę maždaug 60 metų amžiaus (7 pav.). Vaikų paamžiniai rodikliai siekė 6,3 atv. 1 000 gyv. (1 m. vaikų). Maždaug nuo 50–55 m. amžiaus IH dėl LOPL rodiklis pradėjo didėti ir 83 m. amžiaus asmenų grupėje pasiekė 18,3 atv. 1 000 gyv.



7 pav. Asmenų, hospitalizuotų dėl lėtinės obstrukcinės plaučių ligos, paamžiniai hospitalizacijų rodikliai 1 000 gyv. Lietuvoje 2012 m.

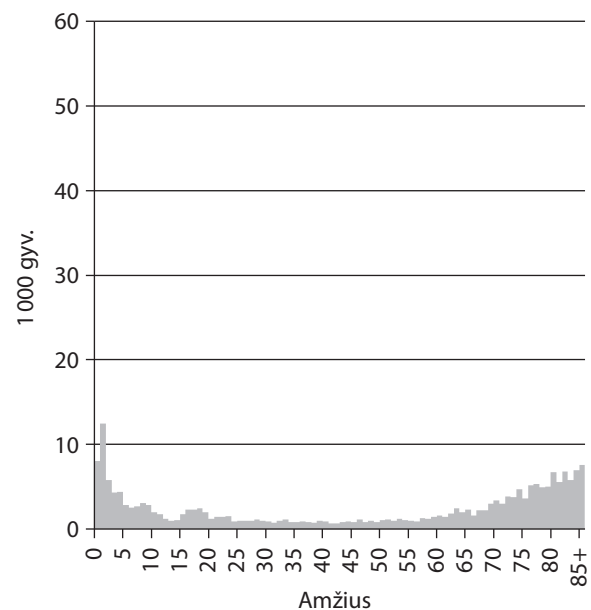
Vyrai dėl LOPL buvo hospitalizuojami dažniau nei moterys, tačiau jų hospitalizavimo trukmė buvo trumpesnė. Kaimo gyventojai hospitalizuoti dėl šios priežasties dažniau nei miesto ir jų hospitalizavimo trukmė buvo ilgesnė. Hospitalizuojamos moterys buvo vyresnės nei vyrai, o pagal gyvenamąją vietovę hospitalizuotų asmenų amžius nesiskyrė.

Pielonefritas

Pielonefritas buvo 6,5 tūkst. IH priežastis 2012 m. Darbingo amžiaus asmenų IH sudarė mažumą šių hospitalizacijų. Vaikų IH rodikliai svyravo nuo 1,0 iki 12,5 atv. 1 000 gyv., o pensinio amžiaus asmenų – nuo 1,6 iki 7,6 atv. 1 000 gyv. (8 pav.).

Dėl pielonefrito dažniau buvo hospitalizuojamos moterys nei vyrai, tačiau jų hospitalizacijos trukmė buvo trumpesnė. Bendrai skaičiuojant, kaimo gyventojai dėl pielonefrito buvo hospitalizuojami dažniau nei miesto gyventojai, tačiau vyrų IH pagal gyvenamąją vietovę nesiskyrė (ši skirtumą nulėmė tik moterų hospitalizacijos).

Hospitalizuotų asmenų amžius ir hospitalizacijos trukmė pagal gyvenamąją vietovę nesiskyrė. Vis dėlto vyrai, hospitalizuoti dėl pielonefrito, buvo vyresni nei moterys ir jie ligoninėje gulėjo ilgiau.

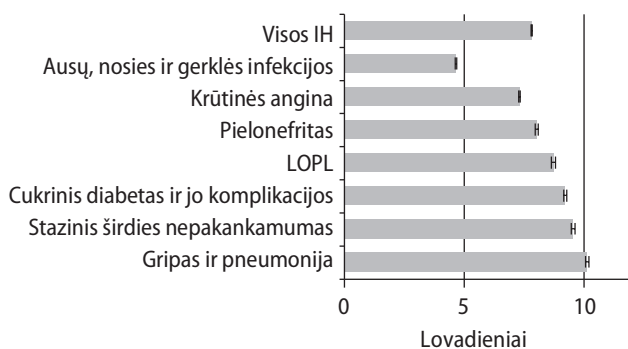


8 pav. Asmenų, hospitalizuotų dėl pielonefrito, paamžiniai hospitalizacijų rodikliai 1 000 gyv. Lietuvoje 2012 m.

Hospitalizavimo trukmės palyginimas

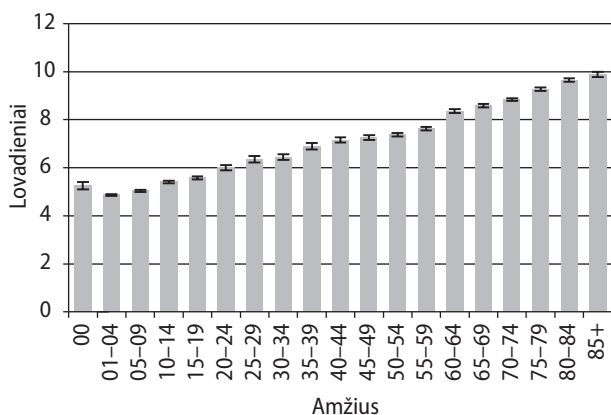
Remiantis 2012 m. IH duomenimis, dėl skirtingų AVL hospitalizuotų asmenų gulėjimo trukmė skyrėsi. Vidutinė gulėjimo trukmė buvo 7,8 dienos (9 pav.), mediana – 7 dienos.

Nagrinėjant dažniausias AVL, ilgiausiai pacientai buvo hospitalizuojami dėl gripo ir pneumonijos (10,1 d.), stazinio širdies nepakankamumo (9,6 d.) ir cukrinio diabeto ir jo komplikacijų (9,2 d.), trumpiausiai – ausų, nosies ir gerklės infekcijų (4,7 d.).



9 pav. Vidutinė hospitalizavimo trukmė dėl dažniausių AVL Lietuvoje 2012 m. (vidurkis ir 95 proc. pasikliautinis intervalas)

Hospitalizavimo trukmė taip pat skyrėsi pagal amžiaus grupes (10 pav.). Trumpiausiai ligoninėje gulėjo 1–4 m. amžiaus vaikai (4,9 d.), kūdikių gulėjimo trukmė buvo šiek tiek ilgesnė (5,3 d.), o vėliau su amžiumi pacientų hospitalizacijos trukmė ilgėjo ir 85 m. bei vyresni asmenys ligoninėje praleido daugiausiai laiko (9,9 d.).



10 pav. Vidutinė hospitalizavimo trukmė skirtingose amžiaus grupėse Lietuvoje 2012 m. (vidurkis ir 95 proc. pasikliautinis intervalas; visos IH)

Apibendrinant hospitalizacijos trukmės ypatumus pagal skirtingas AVL ir amžiaus grupes galima sakyti, kad gulėjimo trukmė labai susijusi su paciento

amžiumi. Hospitalizacijų trukmės skirtumai pagal AVL gali būti paaiškinami remiantis kiekvienos ligos eigos ypatumais ir konkrečia AVL sergančių pacientų amžiaus skirtumais.

REZULTATŲ APTARIMAS

Kaip jau žinome, 2012 m. Lietuvoje dažniausios buvo IH dėl cukrinio diabeto ir jo komplikacijų, krūtinės anginos, stazinio širdies nepakankamumo, gripo ir pneumonijos, ausų, nosies ir gerklės infekcijų, lėtinės obstrukcinės plaučių ligos ir pielonefrito [4]. Priemonės, kurias galima panaudoti mažinant IH dėl šių ligų skaičių, yra įvairios ir jau išbandytos kai kuriose užsienio šalyse.

Remiantis JAV atlikto tyrimo rezultatais, didinant ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą socialiai pažeidžiamiems asmenims, galima sumažinti jų hospitalizacijų skaičių (ypač vyresnių asmenų) [10]. Taip pat didesnis bendrosios praktikos gydytojų skaičius yra susijęs su mažesniu aptarnaujamos teritorijos gyventojų mirtingumu ir IH skaičiumi, tačiau toks reiškinys labiau aiškinamas remiantis ne pačiu gydytojų skaičiumi, bet jų suteiktų paslaugų pacientams skaičiumi [11]. Kadangi Lietuvoje taip pat turimi duomenys apie gydytojų ir jų suteiktų paslaugų skaičių, būtų naudinga atlikti papildomą šių duomenų analizę.

Tyrimai rodo, kad kai kurios intervencijos pacientams, sergantiems staziniu širdies nepakankamumu, gali sumažinti hospitalizacijų dėl daugelio ligų (ne tik stazinio širdies nepakankamumo) skaičių. Taip pat žinoma, kad hospitalizacijų dėl LOPL ir astmos skaičių galima sumažinti padedant valdyti šias ligas jomis sergantiems pacientams [12]. Vis dėlto kalbant apie atskiras ligų grupes turbūt daugiausia nagrinėtos širdies ir kraujagyslių ligų grupei priklausančios AVL ir cukrinis diabetas.

Dažniausiai aptariamas II tipo cukrinis diabetas, kurio sergamumas didėja su amžiumi ir atitinkamai su amžiumi didėja IH dėl šios ligos bei jos komplikacijų rodikliai. Tai pastebima ne tik mūsų tyrime, bet ir kituose anksčiau atliktuose tyrimuose [7]. JAV atliktame tyrime, kurio imtį sudarė 193,6 tūkst. 64 metų ir vyresni II tipo cukriniu diabetu sergantys pacientai, nustatyta, jog 96 proc. šių pacientų sirgo bent viena gretutine liga, o 46 proc. respondentų – bent penkiomis gretutinėmis ligomis. Dažniausiai II tipo cukriniu diabetu sergantys pacientai kartu sirgo širdies ir kraujagyslių liga ir dėl to jiems kilo didesnė rizika būti hospitalizuotiems dėl AVL. Iš širdies ir kraujagyslių ligų IH riziką II tipo cukriniu diabetu sergantiems pacientams padidino stazinis širdies

nepakankamumas, kardiomiopatija, aterosklerozė, hipertenzija ir širdies aritmijos (stazinis širdies nepakankamumas ir hipertenzija taip pat yra AVL). Iš kitų ligų, kurios nepriklauso širdies ir kraujagyslių ligų grupei, IH riziką didina lėtinė obstrukcinė plaučių liga, astma (abi yra AVL), apatinių kvėpavimo takų sutrikimai, Alzheimerio liga, depresija ir kitos ne AVL grupei priklausančios ligos [13]. Be to, kaip nustatėme savo tyrime, su amžiumi ilgėjo gulėjimo ligoninėje trukmė. Šį reiškinį taip pat gali paaiškinti dažnesnės gretutinės ligos vyresniame amžiuje nei jauname, o dėl gretutinių ligų dažniausiai yra sunksnis ir ilgesnis bet kokios sveikatos būklės gydymas.

Tokie tyrimų rezultatai rodo glaudų AVL ryšį ir optimistines galimybes sumažinti IH skaičių, nes, kontroliuojant vienos AVL eigą, sumažėja rizika būti hospitalizuotam dėl kitos AVL. Tačiau, tyrimų duomenimis, saugios, veiksmingos ir efektyvios intervencijos, skirtos cukriniu diabetu sergantiems pacientams, dažnai nepasiekia tikslinės grupės [14].

Efektyvių intervencijų diegimas ypač aktualus kalbant apie lėtinėmis ligomis sergančius pacientus, kurių ligų kontrolė yra vienas pagrindinių IH lemiančių veiksnių. Tačiau šių intervencijų taikymą apsunkina pačių pacientų požiūris, nenoras ir menkos pastangos laikytis gydytojo rekomendacijų, kurios dažnai apima ne tik teisingą vaistų vartojimą, bet ir gyvenamosios įpročių keitimą: mitybos, kasdienės veiklos pokyčius, fizinį aktyvumą [15]. Viename iš atliktų tyrimų nagrinėta nutukimo įtaka IH rizikai: 20 metų stebėti 6,8 tūkst. 25–74 metų amžiaus asmenų, apskaičiuotas jų kūno masės indeksas (KMI) ir IH skaičius. Tyrimo metu nustatyta, kad nutukusiems asmenims buvo didesnė rizika gulėti ligoninėje dėl AVL ir jų IH dažnis buvo didesnis lyginant su asmenimis, kurių KMI buvo normalus [16]. Apskritai nesveika gyvenama, kurios rezultatu galima laikyti nutukimą, tikriausiai padidina IH dėl cukrinio diabeto, stazinio širdies nepakankamumo, krūtinės anginos, lėtinės obstrukcinės plaučių ligos skaičių, t. y. tų AVL, kurių hospitalizacijų rodikliai didėja su amžiumi.

IH prevencijos atžvilgiu norėtume atkreipti dėmesį į IH dėl I ir II tipo cukrinio diabeto ir jo komplikacijų paamžinius rodiklius. Kaip atskleidė mūsų tyrimo rezultatai, I tipo cukriniu diabetu sergančių pacientų IH rodikliai su amžiumi beveik nesikeitė, nepaisant to, kad šio tipo cukriniu diabetu dažniausiai suserga jauno amžiaus žmonės ir ši liga trunka visą gyvenimą. Be to, kartais I tipo cukriniu diabetu sergantys asmenys vėliau suserga ir II tipo cukriniu diabetu. Dėl minėtų priežasčių I tipo cukriniu diabetu sergantys pacientai

turi daugiau laiko, kad jiems išsivystytų įvairios komplikacijos. Tačiau II tipo cukriniu diabetu sergančių pacientų hospitalizacijų rodikliai dėl šios ligos yra daug didesni ir didėja su amžiumi. Žinoma, tam įtaką daro didėjantis sergamumas šia liga, bet ambulatorinė sveikatos priežiūra vis dar turėtų būti pajėgi sukontroliuoti ligos eigą. Deja, tai priklauso ir nuo paties paciento. Tad kyla klausimas, kodėl I tipo cukriniu diabetu sergantys asmenys geba kontroliuoti ligą, o II tipo cukriniu diabetu sergantys pacientai to nesugeba? Juk galima daryti prielaidą, kad ambulatorinė sveikatos priežiūra turėtų būti vienodai teikiama ir jauno, ir vyresnio amžiaus pacientams, sergantiems cukriniu diabetu, jeigu jie jos kreipiasi.

Iš dalies prie didesnių vyresnio amžiaus asmenų IH rodiklių gali prisidėti jau minėtos gretutinės ligos, kurių kontrolė yra sudėtinga. Kaip minėta anksčiau, dažniausios gretutinės širdies ir kraujagyslių ligos ir atsiranda dėl netinkamos gyvenamosios: rūkymo, alkoholio vartojimo, netinkamos mitybos ir mažo fizinio aktyvumo. Visi šie veiksniai yra koreguojami. Deja, II tipo cukriniu diabetu ir kitomis lėtinėmis AVL sergantys pacientai vyresniame amžiuje retai geba ir tikriausiai mažai nori kontroliuoti šiuos veiksnius, o tai yra paaiškinama remiantis salutogenezės teorija.

Ši teorija, pristatyta dar 1979 m., teigia, kad kiekvienas žmogus turi bendrusius atsparumo išteklius, kurie padeda jam įveikti gyvenimo sunkumus ir ligas, tačiau galimybė juos panaudoti priklauso nuo kiekvieno asmens vidinės darnos, kuri formuojasi tik jaunystėje (maždaug iki 30 metų amžiaus) [17]. Remiantis šia teorija, galima paaiškinti mažesnius I tipo cukriniu diabetu sergančių asmenų IH rodiklius, palyginti su II tipo cukriniu diabetu sergančių asmenų IH rodikliais. Jauni asmenys, susirgę cukriniu diabetu, geba pakeisti savo gyvenimą taip, kad valdytų ligą, ir tai jiems nesukelia didelių sunkumų, o II tipo cukriniu diabetu sergantys pacientai paprastai yra vyresni ir negeba pasikeisti taip, kad galėtų kontroliuoti savo ligą. Tačiau tokia teorija tinkama tik lėtinėmis ligomis sergančių pacientų IH rodikliams paaiškinti. Kartu galima teigti, kad bet kokia ilgalaikė intervencija į lėtinųjų ligų profilaktiką turi būti orientuota jau į jauno amžiaus asmenis.

Priešingai ūmių ligų atveju. Mūsų tyrimo duomenimis, iš jų daugiausia IH buvo dėl ausų, nosies ir gerklės infekcijų, dauguma pacientų, gulėjusių ligoninėje dėl šių priežasčių, buvo vaikai. Pagrindinė priemonė šių IH skaičiui mažinti – ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo gerinimas laiko požiūriu ir tinkamas gydymas [7]. Be to, turint omeny tai, kad

didžioji dalis pacientų buvo vaikai, suprantama, kaip svarbu dirbti su tėvais juos mokant atpažinti simptomus ir nedelsiant vykti pas šeimos gydytoją bet kuriuo paros metu. Kartu turi būti sudarytos sąlygos patekti pas šeimos gydytoją bet kada ir greitai.

Žinoma, galima svarstyti, ar vienerių metų duomenys yra pakankamai tikslūs apibūdinant pagrindinius IH ypatumus Lietuvoje. Tai galima laikyti tyrimo trūkumu. Nepaisant to, mažai realu, kad kiekvienais metais AVL struktūra kardinaliai keičiasi, todėl bendros tendencijos turėtų išlikti kiekvienais metais. Klausimas dėl problemos sprendimo būdų ir aktualiausių AVL turėtų nebekilti, kai Lietuvoje kasmet bus pradėti skaičiuoti ir analizuoti IH rodikliai (šių rodiklių skaičiavimo metodikai parengti sudaryta darbo grupė) [18]. Kol kas ryškėja pagrindinės problemos, kurias reikės spręsti, o pagrindinės veiksmų kryptys yra lėtinių ligų kontrolė (cukrinio diabeto, širdies ir kraujagyslių ligos) ir ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo didinimas.

IŠVADOS

1. IH dėl lėtinių ligų rodikliai (išskyrus I tipo cukrinio diabeto) didėja su amžiumi. IH dėl ūmių ligų rodikliai vaikų ir vyresnio amžiaus asmenų grupėse yra panašūs, išskyrus IH dėl ausų, nosies ir gerklės infekcijų, kurios yra dažna vaikų IH priežastis.
2. Ilgiausiai pacientai hospitalizuojami dėl gripo ir pneumonijos (vidutiniškai 10,1 d.), trumpiausiai – dėl ausų, nosies ir gerklės infekcijų (vidutiniškai 4,7 d.).
3. Mažinant IH skaičių Lietuvoje svarbu pagerinti lėtinėmis ligomis sergančių pacientų ligų kontrolę ir gydymą ambulatorinėje grandyje (ypač vyresnio amžiaus asmenų). Taip pat intervencijos, skatinančios sveiką gyvenseną, ypač ankstyvame amžiuje, turi potencialo sumažinti IH skaičių ateityje.

Straipsnis gautas 2015-02-24, priimtas 2015-03-20

Literatūra

1. McKnee M et al. Health policy and European Union enlargement. World Health Organization, 2004, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
2. Katterl R et al. Potentially avoidable hospitalisations in Australia: Causes for hospitalisations and primary health care interventions. Primary Health Care Research & Information Service (PHCRIS), 2012.
3. Maslow K, Ouslander JG. Measurement of potentially preventable hospitalizations. Long-term Quality Alliance, 2012.
4. Mekšriūnaitė S, Gurevičius R. Išvengiamų hospitalizacijų mastas Lietuvoje 2012 metais: bendra apžvalga. Visuomenės sveikata. 2014;4(67):26-35.
5. LR sveikatos apsaugos ministro 2011 m. spalio 4 d. įsakymas Nr. V-882 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymo Nr. V-943 „Dėl pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo bei pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir bazinių kainų sąrašo tvirtinimo“ pakeitimo“. Valstybės žinios. 2011;122-5774.
6. LR sveikatos apsaugos ministro 2012 m. rugpjūčio 3 d. įsakymas Nr. V-757 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymo Nr. V-943 „Dėl Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo bei Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir bazinių kainų sąrašo tvirtinimo“ pakeitimo“. Valstybės žinios. 2012;94-4863.
7. Health Outcomes Section, Development and Resources Branch, Public Health Division. The Victorian Ambulatory Care Sensitive Conditions Study: Preliminary Analyses [interaktyvus]. Public Health Division, Victorian Government Department of Human Services, Melbourne, Victoria, 2001 [žiūrėta 2015-02-10]. Prieiga per internetą: <[http://docs.health.vic.gov.au/docs/doc/D98EB1945C0A612ECA25787300137A6F/\\$FILE/prelimanalyses.pdf](http://docs.health.vic.gov.au/docs/doc/D98EB1945C0A612ECA25787300137A6F/$FILE/prelimanalyses.pdf)>.
8. Australian Institute of Health and Welfare. National Healthcare Agreement: PI 22-Selected potentially preventable hospitalisations, 2012 [interaktyvus]. Metadata Online Registry, 2015 [žiūrėta 2015-02-10]. Prieiga per internetą: <<http://meteor.aihw.gov.au/content/index.phtml/itemId/443687>>.
9. LR sveikatos apsaugos ministro įsakymas 2011 m. gegužės 26 d. Nr. V-532 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1998 m. lapkričio 26 d. įsakymo Nr. 687 „Dėl medicininės apskaitos dokumentų formų tvirtinimo“ pakeitimo“. Valstybės žinios. 2011;65-3053.
10. Probst JC et al. Association between community health center and rural health clinic presence and county-level hospitalization rates for ambulatory care sensitive conditions: an analysis across eight US states. BMC Health Research. 2009;9:134.
11. ProQuest Research Library. Outcomes Improve Based on Primary Care Provided, Not the Number of Primary Care Docs. Trustee, 2011.
12. Clinical Epidemiology Health Service Evaluation Unit. Potentially preventable hospitalisations: a review of the literature and Australian policies. Final report. Victoria, 2009.
13. Niefeld MR et al. Preventable hospitalization among elderly Medicare beneficiaries with type 2 diabetes. Diabetes Care. 200;26(5):1344-1349.
14. Braden JM et al. Enrolment in primary care networks: impact on outcomes and processes of care for patients with diabetes. CMAJ, 2012;184(2):144-152.
15. Freund T et al. Strategies for Reducing Potentially Avoidable Hospitalizations for Ambulatory Care-Sensitive Conditions. Annals of Family Medicine. 2013;11(4):363-370.
16. Schafer MH, Ferraro KF. Long-term obesity and Avoidable Hospitalization among Younger, Middle-aged, and Older Adults. Archives of Internal Medicine. 2007;167(20):2220.
17. Antonovsky A. Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well. San Francisco: Jossey-Bass, 1987.
18. LR sveikatos apsaugos ministro 2014 m. gruodžio 12 d. įsakymas Nr. V-1313 „Dėl darbo grupės išvengiamos hospitalizacijos rodiklių skaičiavimo metodikai parengti sudarymo“.

Prevalence patterns of ambulatory care sensitive conditions in Lithuania in 2012

Sandra Mekšriūnaitė, Romualdas Gurevičius
Institute of Hygiene

Summary

Aim of the study. To evaluate differences among different demographic groups in Lithuania in 2012 with regard to avoidable hospitalizations (AH) and ambulatory care sensitive conditions (ACSC).

Material and methods. Data on hospitalizations in 2012 was gathered from the statistical card of inpatient care. AH rates per 1000 inhabitants and bed days per 1000 AH were calculated. Differences in ACSC rates between demographic groups were estimated.

Results. AH rates due to chronic conditions were increasing with age (except for type 1 diabetes mellitus). AH rates for acute conditions were more common in childhood and older ages than in working ages. Bed days per 1000 IH were increasing with age. The longest stays in hospital were related to influenza and pneumonia (10,1 bed days on average), and the shortest stays were related with ear, nose and throat infections (4,7 bed days on average).

Conclusions. Control and treatment of chronic diseases should be improved in outpatient care level to decrease

the number of AH. The improvement of timely outpatient care is also necessary. Public health programs should aim to change young people's health behaviour, as it could improve health outcomes in the future.

Keywords: avoidable hospitalization, ambulatory care sensitive conditions, bed days, diabetes mellitus, angina pectoris, congestive heart failure, influenza, pneumonia, pyelonephritis.

Correspondence to Sandra Mekšriūnaitė
Institute of Hygiene
Didžioji str. 22, LT-01128 Vilnius, Lithuania
E-mail: Sandra.Meksriunaite@hi.lt

*Received 24 February 2015,
accepted 20 March 2015*