

Dr. Kovács Ottó orvos alezredes

A morbiditási statisztikák pluridiagnosztikus feldolgozási rendszerének lehetőségei

A szerző az általa ismert és az MN egészségügyi szolgálatban meglévő vezetésorientált számítógépes morbiditási—betegforgalmi statisztikai rendszer morbiditáshoz kapcsolódó területének kritikáját adja.

Arra a következtetésre jut, hogy a vezető, illetve záródiagnózis gyakoriságának vizsgálata nem lehet végleges cél, és ezt fel váltania a többi elváltozást is tartalmazó értékelő rendszernek. Reprezentatív statisztikai adatokkal alátámasztott bizonyítása a klinikus számára is sokatmondó.

Valamennyi egészségügyi szerv, intézmény, intézményrendszer, így egészségügyi szolgálatunk munkájának is legfontosabb minőségi mutatói közé tartoznak a morbiditási adatok, az egyéb, az egyes intézmény tevékenységére jellemző adatokkal együtt.

A Magyar Néphadsereg integrált egészségügyi ellátási rendszere minden intézményre kiterjesztett, egységes szűrési rendszere lehetővé teszi, hogy nyilvánított morbiditási adatainkat a tényleges morbiditással megegyezőnek tekintsük. Rendelkezésünkre állnak különböző adatok, melyek az egészségügy tervezéséhez, fejlesztéséhez, vezetéséhez, a személyi állomány egészségi állapotának egészségügyi ellátottságának, az egészségügyi intézmények munkájának, hatékonyságának, egymáshoz való viszonyának tanulmányozásához lehetőséget biztosítanak.

A meglévő adatok kellő szintű feldolgozása, értékelése, adatszolgáltatási rendszerünk további korszerűsítése a hagyományos, manuális módszer alkalmazása mellett elképzelhetetlen. A számítógépes feldolgozási lehetőségek, illetve a lehetőségek várható bővülése segít gondjainkon. A lehetőségek kihasználása érdekében több munkacsoport folytat előkészítő tevékenységet részben az alapellátás, részben az intézeti betegstatisztika számítógépes feldolgozásával kapcsolatban. Elgondolással az ő munkájukhoz szeretnék csatlakozni.

A számítógép adta lehetőség nem végtelen. Mivel a gép csak a betáplált adatokat képes feldolgozni, nagy körültekintéssel kell a gyűjtendő, majd feldolgozásra kerülő adatokat meghatározni. Olyan és annyi adatot célszerű és szükséges gyűjteni, amilyen és amennyi kellő információt ad a helyes követke-

tetések levonására. Felmerül azonban a kérdés, hogy elegendők-e a rendelkezésünkre álló adatok arra, hogy a gépi lehetőségek optimális felhasználásával kellő, a korszerű követelményeknek megfelelő információhoz jussunk, vagy szükséges-e az adatgyűjtés kiterjesztése, kibővítése.

Jelenlegi morbiditási statisztikánk monodiagnosztikus. A megfigyelés egysége a megbetegedés, illetve a betegségi eset. Ez az intézeti és az alapellátás betegforgalmának statisztikai feldolgozására egyaránt vonatkozik. A szűrővizsgálatokról készített statisztikákban már több betegség együttes fennállásáról is kapunk adatokat, de egészségügyi statisztikai rendszerünk alapvetően csak egy, a vezető diagnózisról ad felvilágosítást.

Közismert, hogy gyakran több betegségből eredő, szuperponált panaszaival jelentkezik az orvosnál a beteg, vagy egy adott akut megbetegedés kapcsán olyan második, vagy harmadik elváltozással is találkozunk, amely szintén kezelést igényel, vagy a későbbiekben lesz szükség a kezelésre. A kezelőorvos a kezelés során valamennyi elváltozás figyelembe vételével határozza meg a terápiát, a legtöbb esetben dokumentálja is az észlelteket, de statisztikai feldolgozásra csak egy, a „vezető” diagnózis kerül. Így például nem ismeretlen az idegrendszer és a keringési rendszer betegségei közti összefüggés, vagy egyéb megbetegedés mellett előforduló korai idegrendszeri elváltozás, melyről azonban még értékelhető adatokkal nem rendelkezünk, pedig már lehet, hogy ekkor találhatunk olyanokat, amelyek a későbbi cardiovascularis betegségekre utalnak. A mozgásszervi megbetegedések számának napjainkban tapasztalható emelkedésére is voltak már előzetes jelek. A hatvanas évek első éveiben szolgáló csapatorvosok az újoncbevonulások során már tapasztalták a lapostalppal bíró újoncok egyre nagyobb arányát. Ezzel kapcsolatos adatgyűjtésre nem került sor, tehát az elváltozás következményeivel sem számoltunk, de ennek a generációnak a statikai eredetű mozgásszervi betegségeit már kezeljük napjainkban. Amennyiben nem rendelkezünk a várható megbetegedésekről kellő adatokkal, a gyógyszerellátás tervezése is csak illuzórikus lehet. A vezető diagnózist feldolgozó betegstatisztika nem adott — korlátozott lehetőségei miatt nem is adhatott — időben kellő információt.

Az elmondott néhány példával a monodiagnosztikus betegstatisztika hiányosságait igyekeztem szemléltetni. A hiányosságok megszüntetése, a lehetőségek kibővítése érdekében került kidolgozásra pluridiagnosztikus betegstatisztikánk.

Elképzelésünk helyességének bizonyítására kísérletképpen intézetünk 1980. első félévi betegforgalmát pluridiagnosztikus módszerrel dolgoztuk fel.

Feldolgozásunkban az ok szerinti csoportosítás alapját a „betegségek nemzetközi osztályozása” (BNO) képezte, korcsoport, ezen belül állománycsoport bontással. Célszerűnek és kellően informatívnak látszik a BNO három számjegyű (999) rendszerének alkalmazása úgy, hogy minden beteg három diagnózisának regisztrálására legyen lehetőség. (1. táblázat.)

Mielőtt rátérnék a feldolgozott adatok ismertetésére, a tanulságok levonására, előre kell bocsátanom, hogy nem a számszerűséget, hanem a tendenciát tartom figyelemre méltónak. Az intézet profiljából adódik ugyanis, hogy vannak olyan betegségek, melyek kizárják a hozzánk történő beutalás lehetőségét, illetve az intézet profiljába tartozó betegségek aránytalanul nagyobb számmal szerepelnek, mint egy általános kórház beteganyagában.

Betegeink kor szerinti megoszlását a 2. sz. táblázat szemlélteti.

BETEGSÉGEK SZÁZALÉKOS MEGOSZLÁSA
TÖBB DIAGNÓZIS ALAPJÁN

KORCSPORT		0—30 év	31—40 év	41—45 év	46—50 év	51—55 év	56—60 év	61—70 év	70 év.	ÖSSZESEN:
		1	2	3	1	2	3	1		
BETEGSÉGEK MEGOSZLÁSA %-BAN	1	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	2	27,45	31,9	54,00	56,40	61,00	57,30	65,87	90,9	56,09
	3	3,92	7,63	14,28	16,9	19,24	13,33	22,2	43,18	16,8
ÖSSZES BETEG %-ban		3,39	8,73	9,76	32,26	25,83	10,00	7,6	2,67	

A legérintettebb korosztály a 46—50 éves. Betegeink 32,26%-a tartozik ide, 25,83% pedig a következő 51—55 éves korosztályhoz. Ugyanakkor a 41—50 évesek beutalt betegeink 42,02%-át, az 51—60 évesek pedig 35,83%-át alkották.

Magasnak tartom azok arányát, akik több betegséggel bírnak. Betegeink 56,09%-ánál legalább két, illetve 16,8%-nál legalább három betegséget állapítottunk meg.

Az egyes korosztályokon belül is kedvezőtlenek az arányok. Természetesnek tarthatjuk azt, hogy 70 év felett a betegek 90,9%-ánál két és 43,18%-ánál legalább három betegség fordul elő, de 30 év alatt kevésbé természetes, hogy 27,45%-nál legalább két, 3,92%-nál három betegség található.

Arra számítottunk, hogy a kritikus 46—50 évnél kiugróan nagyobb arányban jelentkezik a második és a harmadik betegség megjelenése. A nagyarányú emelkedés azonban előbb jelentkezett. Míg a 31—40 évnél 31,9%-nál legalább két és 7,63%-nál legalább három, addig a 41—45 évnél már 54%-nál legalább két és 14,28%-nál legalább három megbetegedéssel találkozunk. A többi korcsoportban az emelkedés egyenletes.

Jelen saját adatainkból még talán nem, de ha a kórházaink azokat megerősítik, akkor le kell vonnunk azt a következtetést, hogy a betegségek számának emelkedése már néhány évvel korábban megelőzi az állomány egészségi állapotának romlását. Ha ez igaz, akkor már eleve bizonyított a pluridiagnosztikus morbiditási statisztika létjogosultsága.

Az egyes betegségeknel nyert adatok egyértelműen mutatják a monodiagnosztikus feldolgozás korlátait. Diabetes mellitus (BNO 280) vezető diagnózis-ként betegeink 0,8%-ánál szerepelt. Három diagnózis feldolgozása során kiderült, hogy beutaltjaink 3,1%-ra szorul cukorbetegsége miatt kezelésre, illetve megfigyelésre. Hasonló a helyzet neurotikus zavarok (BNO 300) esetében. Az 1,7%-kal szemben a pluridiagnosztikus feldolgozás szerint 5,9%-nál találkozunk ezekkel a panaszokkal. Nem közömbös a korcsoport szerinti megoszlásuk sem. A neurotikusok 12,4%-a 31—40 év, 18,5%-a 41—45 év, 45,4%-a 46—50 év,

18,5⁰/₀-a 51—55 év között található. Hypertonia (BNO 403) 1,15⁰/₀-kal szemben valójában 5,45⁰/₀-nál fordult elő.

Gondoltunk arra is, hogy mivel ezek a betegségek nem alapvetően az intézet profiljába tartoznak, adataink nem valóságok. Ellenkezőjéről győzött meg a mozgásszervi betegségeknel végzett értékelés. Példaként az „Osteoarthritis és rokon állapotok” (BNO 715) diagnózist emelem ki. Itt kitűnik, hogy 8,67⁰/₀-kal szemben betegeink 28,14⁰/₀-ánál találtunk ebbe a csoportba tartozó betegséget.

Az elmondottak alapján felmerül a kérdés, mely területeken biztosíthat bővebb lehetőséget a **pluridiagnosztikus egészségügyi** statisztika alkalmazása? Egyik legfontosabb területének a hivatásos állomány szűrésének feldolgozását tartom. Ebben az esetben a korcsoportokon belül nem állománycsoport (1. táblázat), hanem beosztás szerinti csoportbontást végezhetnénk, melynek kapcsán felvilágosítást kaphatunk arról, hogy mely beosztásoknál kell számítanunk nagyobb fokú egészségkárosodásra. Az évek során nyert adatok összehasonlításával képet kaphatunk arról is, hogy mely beosztásokban, mely életkorban, milyen betegségek jelentkeznek, de feleletet kapunk arra is, hogy egyes betegségek együttes előfordulása esetén milyen későbbi következményekkel kell számolnunk.

Az alapellátás, a szakrendelő és a kórházi betegstatisztika készítésénél, illetve a feldolgozásnál is tájékoztatóbbnak tartom a többdiagnózisos feldolgozási rendszert a jelenleginél. Ennek alapján lehetőség nyílik a csapatorvos és a szakrendelő, a csapatorvos és a kórház betegellátó tevékenységének összehasonlítására, az együttműködési hiányosságok okainak felderítésére. Példaként emlitem az alapellátás és a szakrendelői adatok összehasonlításából felmérhető lehetőség egyikét. E két intézmény adatainak összehasonlításából kiderül, hogy a betegségek mely csoportját látja el az alapellátás és melyeket küldi szakrendelésre. Kiderül, hogy ezek közül mely betegségekkel nem kellett volna igénybe venni a szakellátást, s melyek voltak azok, amelyeket nem az alapellátásnak kellett volna kezelnie. A felállított diagnózisok eltéréséről is informálódhatunk.

A pluridiagnosztikus kórházi betegstatisztika — az intézet belső tevékenységét elemezve — tágabb lehetőséget biztosít az egyes osztályok nagyságának, profiljának, gyógyszerfogyasztásának tervezéséhez. A kapott adatok folyamatos feldolgozása pedig lehetővé teszi, hogy a betegségek alakulását, a változásokat figyelemmel kísérjük, szükség esetén újabb összefüggéseket keressünk, illetve a szükséges intézkedéseket megtegyük.

A tárgyalt, több diagnózist feldolgozó betegstatisztikai rendszer, számítógép alkalmazásával, olyan összefüggések kimutatására is alkalmas lehet, amelyeket jelenleg még nem ismerhetünk, mivel kellő számú adat nem áll rendelkezésünkre.

Intézetünk beteganyagának több diagnózist figyelembe vevő statisztikai feldolgozásából, nemcsak intézetünkre vonatkozó következtetéseket igyekeztem röviden ismertetni. Az ismertetett módon, szélesebb területről nyert adatok a vázolt lehetőségeket módosíthatják, kiterjeszthetik. Egyes, már kidolgozott, vagy kidolgozás alatt levő módszerekkel történő kombinálással további hasznos ismeretekre tehetünk szert. Az adatok számítógépes feldolgozása pedig biztosítaná a gyors, pontos, értékelésre kész adatszolgáltatást. Ehhez a munkához elengedhetetlen a rendszerszervező segítsége, a kapott adatok folyamatos értékeléséhez pedig a jól képzett szervező-orvos, aki a következtetésekről a vezetést rendszeresen tájékoztatja, a további tennivalókkal kapcsolatos javaslatát megteszi.

Tudom, hogy az ismertett rendszer tényleges lehetőségeiről, előnyeiről csak évek múltán kaphatunk teljes képet. Biztos, hogy hiányosságai is felszínre kerülnek, de alkalmazhatóságával, sőt szükségességével kapcsolatban nincsenek kételyeim.

Ковач О., подп. м/с:

СИСТЕМА ДЛЯ ОБРАБОТКИ СТАТИСТИЧЕСКИХ ДАННЫХ ПО ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В МНОГОДИАГНОСТИЧЕСКОМ ПОДХОДЕ

Автор критически освещает раздел по заболеваемости системы, применяемой в медицинской службе ВНА для машинной обработки статистических данных по заболеваемости-обращаемости больных. Устанавливает, что исследование частоты водного и заключительного диагноза не может быть окончательной целью, на смену его должен появиться оценочная система, содержащая и другие изменения.

Аргументация, подкрепленная репрезентативными статистическими данными, представляя определенный интерес и для клинициста.

Dr. Ottó Kovács, Obstl. d. Med. Dienstes:

MÖGLICHKEITEN EINES PLURIDIAGNOSTISCHEN BEARBEITUNGSSYSTEMS DER MORBIDITÄTSSTATISTIKEN.

Es wird eine Kritik des dem Autoren bekannten und im medizinischen Dienst der Ungarischen Volksarmee vorhandenen Morbiditätsteilgebietes des leitungsorientierten elektronischen Datenverarbeitungssystems der Morbidität-Patientenumlauf-Statistik gegeben. Man kommt zu der Schlussfolgerung, dass die Untersuchung der Häufigkeit der führenden, bzw. Schlussdiagnose nicht das Endziel sein kann und dieses durch ein Bewertungssystem abgelöst werden muss, das auch die übrigen Veränderungen enthält. Der mit repräsentativen statistischen Daten unterstützte Beweis ist auch für den Kliniker vielsagend.