



LANDLÆKNISEMBÆTTIÐ

TALNABRUNNUR

Fréttabréf landlæknis um heilbrigðistölfraði

2. árg. 5. tölublað. Maí 2008.

EFNI:

Próun kransæðasjúkdóma og áhættuþátta þeirra **bls. 1**

Færri legur og styttri legutími á sjúkraeildum en áður **bls. 2**

Ritstjórn

Sigríður Haraldsdóttir sviðsstjóri, ábm.

Anna Björg Aradóttir
Matthías Halldórsson
Svanhildur Þorsteinsdóttir

Ritstjóri
Jónína M. Guðnadóttir

LANDLÆKNISEMBÆTTIÐ HEILBRIGÐISTÖLFRAÐISVIÐ

Austurströnd 5
170 Seltjarnarnes
Sími: 510 1900
Bréfasími: 510 1919

Netfang: mottaka@landlaeknir.is
Veffang: www.landlaeknir.is

Heimilt er að nota efni þessa fréttabréfs, sé heimildir getið.

ÞRÓUN KRANSÆÐASJÚKDÓMA OG ÁHÆTTUÞÁTТА ÞEIRRA

Í tilefni þess að 40 ár eru liðin frá því að fyrstu þátttakendur komu í Reykjavíkurrannsókn Hjartaverndar hefur Hjartavernd gefið út upplýsingarit sem kallast *Handbók Hjartaverndar*. Þar er að finna margvíslegar og merkar upplýsingar um þróun kransæðasjúkdóma á Íslandi, sem að nokkru leyti eru byggðar á tölum frá Hagstofu Íslands um dánarorsakir en einnig skráningu kransæðatilfella frá Hjartavernd allt frá árinu 1981. Einnig er þar að finna mikinn fróðleik úr gögnum Hjartaverndar um þróun áhættuþátta fyrir hjartasjúkdómum.

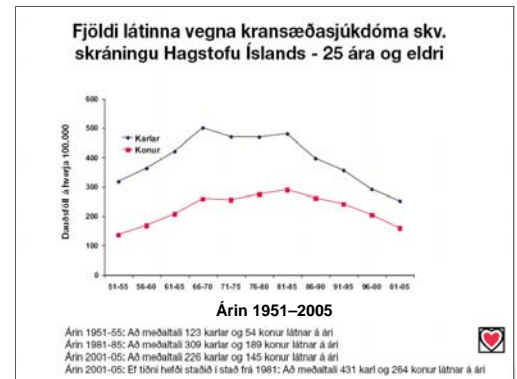
Á mynd 1 sést að fjöldi látinna vegna kransæðasjúkdóma jókst hratt til u.þ.b. ársins 1970, en stóð því næst í stað hjá konum og byrjaði að falla hjá körlum til ársins 1980. Eftir það minnkar dánartíðnin verulega hjá báðum kynjum og hefur sú þróun haldist. Hún er meira áberandi hjá körlum og er munur á dánartíðni karla og kvenna af völdum kransæðasjúkdóma nú minni en en áður var. Hlutfall ótímabærs dauða hjá 25–74 ára árið 1981 var 8/1000 íbúa meðal karla, en 4,3 meðal kvenna, en árið 2006 voru sambærilega tölur 4,3 á hverja 1000 karla en 3,0 á hverjar þúsund konur.

Áhættuþættir

Margir áhættuþættir kransæðasjúkdóma hafa færst í betra horf. Sem dæmi má nefna heildarreykingar 45–64 ára frá árinu 1967 til ársins 2007, sem sýndar eru á mynd 2. Vísindamenn Hjartaverndar hafa reiknað út að dauðsföllum vegna reykinga hafi fækkað úr 366 á ári á tímabilinu 1985–1994 í 263 á ári á tímabilinu 1995–2004. Aðrir áhættuþættir sem færst hafa til betri vegar eru blóðfita, of hár blóðþrýstingur og hreyfing, en á móti kemur að ofþyngd og sykursýki af gerð 2 hafa aukist.

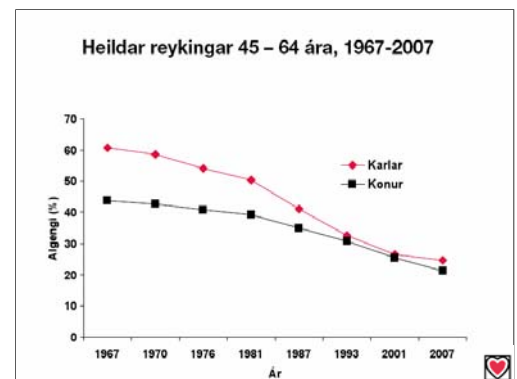
Lækkun dánartíðni má að verulegu leyti einnig rekja til bættrar meðferðar lengra genginna kransæðasjúkdóma, svo sem hjáveituaðgerða og í seinni tíð einkum kransæðavíkkana. Tilfellum kransæða-

Mynd 1



Niðurstöður úr 40 ára rannsóknun Hjartaverndar.
Heimild: Handbók Hjartaverndar. 2008.

Mynd 2



Niðurstöður úr 40 ára rannsóknun Hjartaverndar.
Heimild: Handbók Hjartaverndar. 2008.

stíflu, sem leiddu til dauða innan 28 daga frá kransæðastíflu, hefur fækkað verulega, einkum hjá körlum. Þá má ekki gleyma forvarnargildi lyfjameðferðar, bæði við of háum blóðþrýstingi og blóðfitu.

Upplýsingar í *Handbók Hjartaverndar* eru mjög greinargóðar og auðlesnar. Þær má finna á vefslóðinni:

<http://www.hjarta.is/Uploads/document/Timarit/Handbok%20Hjartaverndar.pdf>

Matthías Halldórsson

Aðsókn á legudeildir sjúkrahúsa er mismunandi eftir kynjum og er munurinn mismikill eftir aldurshópum.

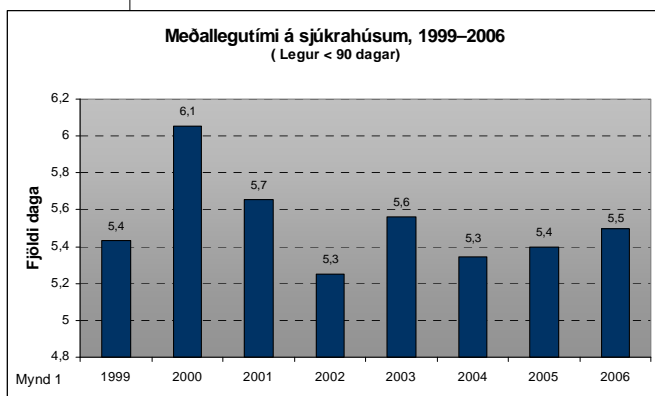
FÆRRI LEGUR OG STYTTRI LEGUTÍMI Á SJÚKRADEILDUM EN ÁÐUR

Nýjar tölur á vef Landlæknisembættisins um aðsókn á legudeildir sjúkrahúsa árin 1999–2006 sýna að legum á sjúkradeildum hefur fækkað miðað við íbúafjölda. Einnig hefur meðallegutími styst á árabílinu frá 2001 til 2006. Er þróunin á Íslandi hin síðustu ár svipuð og annars staðar í heiminum að þessu leyti.

Sjúkrahúsatölfræði

Aðsóknartölur sjúkrahúsa sýna að legur voru færri á sjúkradeildum árið 2006 en árin áður miðað við íbúafjölda. Meðal skýringa gæti verið aukin aðsókn á göngudeildir sjúkrahúsa og má í því sambandi nefna að aukning varð á göngudeildarstarfsemi Landspítala árið 2006 miðað við fyrri ár.

Árið 2001 var meðallegutími 5,7 dagar en 5,5 dagar árið 2006. Árið 2000 var meðallegutími nokkru lengri en 2001, eða 6,1 (mynd 1). Meðallengd hverrar legu hér á landi hefur þannig farið niður fyrir 6 daga á síðustu árum líkt og gerst hefur í öðrum löndum.



Aðsókn á legudeildir sjúkrahúsa er mismunandi eftir kynjum og er munurinn mismikill eftir aldurshópum. Til dæmis eru fleiri legur meðal karla en kvenna í yngsta aldurshópnum, en í aldurshópnum milli 15 og 44 ára reyndist fjöldi lega mun meiri meðal kvenna. Munar þar mestu um legur vegna fæðinga. Þegar dregur nær efri árum eru legur karla hins vegar aftur hlutfallslega fleiri en kvenna. Þess ber að geta að tölurnar sýna fjölda þeirra miðað við þann íbúafjölda sem liggur að baki hverjum aldurshópi (mynd 2).

Gagnaöflun

Ofangreindar tölur byggja á gögnum um starfsemi sjúkrahúsa, svokölluðum vistunarupplýsingum, sem eru kallaðar inn einu sinni á ári samkvæmt þar til gerðu sniði. Sjúkrahúsatölfræði er almennt birt um það bil einu og hálfu ári eftir lok hvers skráningarárs. Ástæða þess er meðal annars sú að tímafrekt getur verið að safna gögnum frá öllum sjúkrahúsum auk þess sem sannreyna þarf áreiðanleika gagnanna og vinna úr þeim þegar þau eru komin í hús hjá Landlæknisembættinu.

Úr gögnunum eru unnar margvíslegar yfirlitstöflur sem sýna starfsemi sjúkrahúsa út frá mismunandi sjónarhorni, svo sem um aðsókn, þ.e. fjölda lega (útskrifta), legudaga, meðallegutíma og fjölda einstaklinga sem fá þjónustu sjúkrahúsa á völdum tímabilum. Öll gögn eru birt eftir kyni og aldri sjúklinga og miðast við legur sem vara skemur en 90 daga (langlegur undanskildar). Gögnum er safnað frá öllum legudeildum sjúkrahúsa í landinu. Er þetta gert í samræmi við lögbundið hlutverk Landlæknisembættisins um að afa þekkingar á heilsufari og heilbrigðisþjónustu, hafa eftirlit með þjónustunni, tryggja gæði hennar og meta árangur þjónustunnar.

Tölulegar upplýsingar um heilsufar og heilbrigðisþjónustu í landinu eru nauðsynlegar við skipulagningu og stefnumótun í heilbrigðismálum. Gögn um starfsemi sjúkrahúsa nýtast einnig við alþjóðlegan samanburð og leggja Íslendingar árlega til gögn í ýmsa alþjóðlega gagnagrunna, svo sem Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar (WHO), Efnahags- og framfarastofnunarinnar (OECD), Hagstofu Evrópusambandsins (EUROSTAT) og Norræna Heilbrigðistölfræðiráðsins (NOMESCO).

Ágústa Benný Herbertsdóttir

