

TINKAMA SVEIKATOS PRIEŽIŪRA: PAKARTOTINĖ HOSPITALIZACIJA – NORMA AR NEPAGEIDAUTINAS ĮVYKIS

Vinsas Janušonis

Klaipėdos universitetinė ligoninė, Klaipėdos universitetas

Raktažodžiai: pakartotinė hospitalizacija, ligonių išrašymas, pakartotinės hospitalizacijos rizikos veiksniai, pakartotinės hospitalizacijos prevencija.

Santrauka

Darbo tikslas: ištirti ir įvertinti pacientų pakartotinę hospitalizaciją kaip reiškinį ar problemą sveikatos priežiūroje.

Tyrimas vykdytas analizuojant Klaipėdos universitetinės ligoninės statistinius duomenis 2011-2014 m. ir vertinant hospitalizacijos bei pakartotinės hospitalizacijos pacientų asmens duomenų (unikalių asmens kodų) pagrindū. Pakartotinių hospitalizacijų santykinis skaičius yra nedidelis – iš viso pakartotinių hospitalizacijų buvo 14 proc., 30 dienų laikotarpiu po ankstesnio išrašymo iš ligoninės – 6,8 proc.

Išvados: pakartotinių hospitalizacijų skaičius Klaipėdos universitetinėje ligoninėje yra santykinai nedidelis ir kelis kartus mažesnis nei išsivysčiusiose Europos šalyse ir JAV; pakartotinių hospitalizacijų 30 dienų po ankstesnio išrašymo rodikliui labai turi įtakos tinkama išrašymo iš ligoninės procedūra, sudaryta remiantis priežastiniais pakartotinės hospitalizacijos veiksniais; pakartotinės hospitalizacijos rodiklis 30 d. po ankstesnio išrašymo gali būti vienu ligoninių veiklos vertinimo rodiklių ir santykinai sveikatos priežiūros kokybės rodikliu; taikant pakartotinių hospitalizacijų sisteminę kompleksinę prevencijos priemones, jas galima sumažinti kartu sumažinant ligoninių sveikatos priežiūros kaštus; Lietuvos sveikatos apsaugos ministerija ir ligonių kasos galėtų skirti didesnę dėmesį pakartotinėms hospitalizacijoms, kaip vienai iš sveikatos priežiūros problemų ir galimybių ligoninių sveikatos priežiūros kaštams mažinti.

Įvadas

Sveikatos priežiūros tinkamumą ligoninės vadovai vertina atsižvelgdami į sveikatos ir sveikatos priežiūros politiką, ligonių kasų spaudimą, sveikatos priežiūros organizacijų galimybes ir pacientų nuomonę. Pacientas – pagrindinis tinkamos sveikatos priežiūros proceso dalyvis su savo interesais, poreikiais, lūkesčiais ir viltimis [1]. Į pacientą orientuota, maksimaliai individualizuota, tęstinė (nenutrūkstama) sveikatos priežiūra yra kokybiškos sveikatos priežiūros pagrindas.

Pastaruoju metu vis labiau akcentuojama pakartotinės neplaninės hospitalizacijos problema. Ji nagrinėjama sveikatos priežiūros kokybės, naudos pacientui ir ligoninei, kaštų mažinimo kontekste. Analizuojant pakartotinę hospitalizaciją, reikia atskirti planines hospitalizacijas, pavyzdžiui, sergančių onkologinėmis ligomis, sisteminėmis jungiamojo audinio ligomis ir kt. [2].

Pakartotinės hospitalizacijos analizuojamos įvairiais aspektais – terminologijos, laiko, paciento charakteristikų, ligonių charakteristikų, sąsajų su mirštamumu, gydymosi trukme ir kt.

Daug klausimų ir diskusijų kelia pakartotinės hospitalizacijos, kaip sveikatos priežiūros kokybės žymens, nepageidautino įvykio ar ligoninės veiklos rodiklio vertinimas [3-6]. Toks vertinimas yra gana prieštaringas ir nevienareikšmis.

Daug diskutuojama ir dėl finansinių svertų įtakos pakartotinėms hospitalizacijoms [7,8].

Tačiau dauguma autorių sutinka, kad pakartotinių hospitalizacijų mažinimas yra naudingas pacientui ir ligoninei.

Pakartotinių hospitalizacijų prevencija yra daugiaplanė, susideda iš daugelio komponentų ir jungia daugelį sveikatos priežiūros aspektų.

Tačiau esminiai pakartotinių hospitalizacijų prevencijos momentai yra ligonių išrašymo procedūros standartizavimas ir tobulinimas, lankstus paciento sveikatos priežiūros ligoninėje pakeitimas į ambulatorinę sveikatos priežiūrą ir

gydžiusio gydytojo, paciento ir šeimos gydytojo sąveika.

Darbo tikslas: ištirti ir įvertinti pacientų pakartotines hospitalizacijas kaip reiškinį ir problemą sveikatos priežiūroje.

Darbo objektas ir metodika

Darbo objektas – pakartotinė pacientų hospitalizacija 30 dienų laikotarpiu po hospitalizacijos epizodo. Pagrindiniai darbo metodai – mokslinės literatūros analizė, modeliavimas, statistinių duomenų grupavimas ir analizė.

Tirta pakartotinė pacientų hospitalizacija 30 dienų po išrašymo iš Klaipėdos universitetinės ligoninės (KUL) laikotarpiu 2011-2014 m. (2011-07-01 – 2014-07-01).

Statistinė duomenų analizė atlikta naudojant „SP SS 17.0.1 for Windows“ programą.

Darbą sudaro keturi struktūriniai blokai: pakartotinių hospitalizacijų KUL 2011-2014 m. analizė (1), pacientų išrašymas iš ligoninės (2), pakartotinės hospitalizacijos sveikatos priežiūros kokybės kontekste (3), pakartotinių hospitalizacijų prevencija (4).

Metodologiniai tyrimo ribotumai – dėl statistinės apskaitos trūkumų neatskirtos planinės ir neplaninės pakartotinės hospitalizacijos, neanalizuotos hospitalizacijos dėl tų pačių ligų, taip pat pakartotinai hospitalizuoti pacientai į kitas ligonines, neanalizuotos pakartotinės hospitalizacijos pagal amžių.

Rezultatai ir jų aptarimas

Trumpa pakartotinių hospitalizacijų Klaipėdos universitetinėje ligoninėje 2011-2014 m. apžvalga. KUL 2011-2014 m. (2011-07-01 – 2014-06-30) gydėsi (hospitalizuoti) 133 622 pacientai.

Ligoninių vidutinė gulėjimo trukmė 6,35 (be palaikomojo gydymo ir slaugos bei reabilitacijos pacientų – 5,9). Pakartotinai hospitalizuoti 18761 pacientas (14 proc. hospitalizacijų). Dėl apskaitos netobulumo planinių ir neplaninių pakartotinių hospitalizacijų atskirti nepavyko. S.F. Jencks ir kt. [4] nurodo, kad planinių hospitalizacijų būna apie 10 proc. Bendras pakartotinių hospitalizacijų skaičius KUL yra mažesnis nei daugelyje užsienio šalių.

Iš pakartotinai hospitalizuotų 18761 paciento iš viso du kartus hospitalizuota 13910 (74,1 proc.), tris kartus – 3006 (16,1 proc.), keturis kartus – 886 (4,7 proc.), daugiau kaip keturis kartus – 959 (5,1 proc.) pacientai. Tikėtina, kad didžioji dalis tris ir daugiau kartų pakartotinai hospitalizuoti planine tvarka.

Analizuotos pakartotinės hospitalizacijos 30 dienų laikotarpiu po ankstesnio išrašymo iš ligoninės. Analizuojamu laikotarpiu tokių pakartotinai hospitalizuotų pacientų buvo 9111 (6,8 proc. visų hospitalizacijų ir 48,6 proc. visų

pakartotinai hospitalizuotų).

Lyginant visų iki 30 dienų pakartotinių hospitalizacijų procentinį santykį atskirais metais (2011, 2012, 2013, 2014) jis statistiškai patikimai nesiskyrė ir buvo panašus.

Iš pakartotinai 30 dienų laikotarpiu po išrašymo iš ligoninės hospitalizuotų pacientų iš viso du kartus hospitalizuota 7105 (78 proc.) pacientų, tris kartus – 975 (10,7 proc.), keturis kartus – 414 (45 proc.), daugiau kaip keturis kartus – 617 (6,8 proc.) pacientų.

Pakartotinai hospitalizuotų pacientų per metus ir 30 dienų laikotarpiu po paskutinio išrašymo iš ligoninės hospitalizacijų skaičiaus pasiskirstymas statistiškai patikimai nesiskyrė – kokybės prasme tai yra teigiamas rodiklis.

Pakartotinių hospitalizacijų 30 dienų laikotarpiu po paciento ankstesnio išrašymo iš KUL rodiklis (6,8 proc.) yra du – tris kartus žemesnis nei Europos šalių, Australijos, JAV [4,9-11].

KUL analizuojamu laikotarpiu veikė pacientų išrašymo procedūra, buvo taikoma anketinė pacientų (jų artimųjų) apklausa dėl sveikatos priežiūros kokybės hospitalizacijų epizodo metu (anketas užpildo daugiau nei trys ketvirtadaliai pacientų).

Taikant įvairias prevencines priemones, pakartotines hospitalizacijas 30 dienų laikotarpiu po ankstesnio išrašymo iš ligoninės galima sumažinti 20-80 proc. [12-14].

Tiek pat galima sumažinti ir gydomosi ligoninėse pakartotinių hospitalizacijų metu kaštus.

Sumažinus pakartotines hospitalizacijas KUL 10 proc. (iki 1876) galima būtų išvengti 11913 lovadienių. Įvertinus vieno lovadienio kainą analizuojamu laikotarpiu (345 Lt), galima būtų sutaupyti iki 2 milijonų litų per metus (atmetus šildymo, apšvietimo, dalies darbuotojų atlyginimo ir kitas neamortizuojamas išlaidas).

Pacientų išrašymas iš ligoninės. Ligoninių guldymo į ligoninę (hospitalizacijos) procedūros daugumoje Europos šalių, JAV ir kitose šalyse yra aiškiai apibrėžtos, standartizuotos. Šioms procedūroms daug dėmesio skiria ne tik paslaugų teikėjai, bet ir paslaugų mokėtojai (ligonių kasos).

Ligoninių išrašymo procedūroms skiriama ženkliai mažiau dėmesio, daugumoje ligoninių šios procedūros nestandartizuotos [15]. Tačiau turint galvoje per pastarąjį dešimtmetį iš esmės pasikeitusias indikacijas hospitalizacijai, labai sutrumpėjusį paciento gydymosi ligoninėje laiką dėl naujų medicinos technologijų, vaistų, padidėjusio bendro hospitalizacijų skaičiaus, paciento išrašymo iš ligoninės procedūra tampa vis svarbesne.

Be to, pacientų gydymosi laiko ligoninėje trumpėjimas koreliuoja su pakartotinių hospitalizacijų didėjimu [16-18].

Svarbiausi momentai išrašant ligonį iš ligoninės yra jo sveikatos būklės prognostinis įvertinimas, sveikatos prie-

žiūros epizodo ligininėje duomenų pateikimas išrašymo dieną, tolesnė liginio sveikatos priežiūra pas šeimos gydytoją ar specialistą, galimybė susisiekti telefonu ar el. paštu su gydžiusiu gydytoju. Labai svarbūs tinkami medicinos personalo ir paciento santykiai, paciento informavimas, jo pasitikėjimas medicinos personalu.

Visa tai leidžia išvengti arba sumažinti priešlaikinių išsirašymų iš ligininių skaičių. Vis dėlto pacientų sprendimu, nepaisant gydytojo patarimų, prieš laiką išsirašo 1-2 proc. visų pacientų. Tokie pacientai ženkliai dažniau hospitalizuojami pakartotinai [19]. Be to, išrašai iš ligos istorijų ne visada visiškai atspindi paciento sveikatos priežiūros epizodą, juose pateikti ne visi tyrimų duomenys, specialistų konsultacijos [20,21].

Pacientai nepakankamai supažindinami su pagrindine ir kitomis diagnozėmis, paskirtu gydymu. Visa tai verčia šeimos gydytojus ar kitus specialistus kartoti tyrimus, kurie buvo atlikti ligininėje.

Paciento išrašymo iš ligininės procedūrų sukūrimas, išrašymo proceso standartizavimas leidžia sumažinti nepageidautinus įvykius po paciento išrašymo, pakartotines hospitalizacijas, su jomis susijusius kaštus, didina pacientų pasitenkinimą [3,22].

Didelę įtaką pakartotinėms hospitalizacijoms daro ne tik pirminės sveikatos priežiūros gydytojai, bet ir slaugytojai [22,23].

B.W. Jack ir kt. [24] akcentuoja tokius pacientų išrašymo iš ligininės momentus, teikdami, kad tai sumažina pacientų pakartotines hospitalizacijas ir sveikatos priežiūros kaštus:

- aptarti diagnozes su pacientu jam dar būnant ligininėje;
- numatyti paciento vizitus pas gydytoją po išrašymo iš ligininės (datą, laiką, dažnumą, patekimo galimybes ir kt.);
- aptarti su pacientu tyrimų rezultatus ir galimus jų nuokrypius;
- numatyti medikamentinio gydymo planą ir jo įgyvendinimą;
- aptarti su pacientu galimas sveikatos problemas po išrašymo ir kaip elgtis joms iškilus (kur kreiptis, kokius vaistus vartoti ir kt.);
- paruošti išsamų ligos istorijos išrašą (epikrizę) ir įteikti pacientui bei jo sutikimu – šeimos gydytojui;
- pasitikrinti, ar pacientas viską, kas išdėstyta aukščiau, suprato teisingai; esant reikalui, visa tai aptarti su paciento artimaisiais ar jį prižiūrinčiais žmonėmis;
- įteikti pacientui išrašymo iš ligininės metu raštišką sveikatos priežiūros planą.

Dauguma autorių sutinka, kad šios priemonės veiksmingos (sumažina pakartotinių hospitalizacijų skaičių), jei-

gu jos taikomos kompleksiskai ir sistemingai [6,22,24-27].

Šių priemonių veiksmingumą lemia tinkama sveikatos priežiūros organizacijų vadyba ir palanki jų organizacinė kultūra bei elgsena [3,28,29-32].

Tai patvirtina ir šiuolaikinis požiūris į pakartotinių neplaninių hospitalizacijų, kurių galima išvengti, mažinimą [14].

Jis jungia tris priemonių blokus:

- įvertinti hospitalizuotų pacientų riziką pakartotinei hospitalizacijai, atsižvelgiant į socialinius demografinius veiksnius, sveikatos priežiūros veiksnius bei ligos sunkumą;
- numatyti galimus praradimus ir naudą, mažinant pakartotines hospitalizacijas;
- koordinuoti ligininės darbą ir struktūras, orientuojant į paciento išrašymo planavimą.

Kiekvienoje ligininėje turėtų būti pacientų išrašymo algoritmas, įvertinantis visą eilę rizikos veiksnių – amžių, pasitenkinimą sveikatos priežiūra, informacijos pakankumą, lydinčias ligas, socialinį statusą, ambulatorinę priežiūrą, sveikatos priežiūros ir vaistų prieinamumą, šeimą.

Pakartotinės hospitalizacijos sveikatos priežiūros kokybės kontekste. Pakartotinės hospitalizacijos, nepriklausomai nuo laikotarpio, daugumos autorių vertinamos kaip nepageidautinas įvykis [3,24,33,34,53].

Analizuojami įvairūs laikotarpiai, susiję su pakartotine hospitalizacija, tačiau dažniausiai analizuojamas 30 dienų laikotarpis nepriklausomai nuo hospitalizacijos priežasties arba priklausomai nuo jos (pakartotinė hospitalizacija susijusi su pagrindine buvusios hospitalizacijos diagnoze).

Analizuojant pakartotines hospitalizacijas labai svarbi terminologija (pakartotinės hospitalizacijos apibrėžimas), laikas praėjęs nuo paskutinio išrašymo iš ligininės, kiti kriterijai.

Autorius [35] pakartotinę hospitalizaciją apibrėžė kaip pakartotinai hospitalizuotą pacientą 30 dienų laikotarpiu dėl tos pačios ligos. Pakartotinės hospitalizacijos rodiklis ligininėje apibrėžiamas kaip pakartotinės hospitalizacijos 30 dienų laikotarpiu dėl tos pačios ligos santykis su visų hospitalizacijų skaičiumi. Siektinas idealus rodiklis – 4,25 sigmos (0,2 proc.).

Autorius [3] siūlo pakartotinę hospitalizaciją vertinti kaip nepageidautiną įvykį ir jį kaip svarbų išsamiai analizuoti šiais aspektais:

- pakartotinė hospitalizacija dėl tos pačios ligos;
- 6 mėnesių laikotarpiu, jeigu pacientui daugiau nei 60 metų;
- 12 mėnesių laikotarpiu, jeigu pacientui mažiau nei 60 metų;
- pakartotinę hospitalizaciją vieno mėnesio (30 d.) laikotarpiu, nepriklausomai nuo priežasties.

Pakartotinės hospitalizacijos mėnesio laikotarpiu po

paciento išrašymo iš ligoninės yra gana dažnos ir siekia iki ketvirtadalio visų hospitalizacijų [4,10].

Viena iš penkių hospitalizacijų, po paciento išrašymo iš ligoninės komplikuojasi nepageidautinu įvykiu. Dauguma šių nepageidautinų įvykių yra pakartotinės hospitalizacijos [34]. Jos siekia nuo 19,6 proc. [4] iki 22 proc. [10] visų hospitalizacijų 30 dienų laikotarpiu ir ženkliai didina pacientų sveikatos priežiūros kaštus.

Analizuojant pakartotines hospitalizacijas, reikia turėti galvoje, kad pacientai pakartotinai gali būti hospitalizuojami nebūtinai į tą pačią ligoninę, tačiau dažniausiai į tą pačią ligoninę.

Pakartotinių hospitalizacijų baigtims ir komplikacijoms, įskaitant paciento mirtį, ligoninės (ta pati ar kita) įtakos neturėjo [49].

Atskirose Europos šalyse pakartotinių hospitalizacijų rodikliai 30 dienų laikotarpiu po išrašymo svyruoja nuo 5 iki 15 proc. ir jie priklauso nuo trijų veiksnių grupių – susietų su pacientu, susietų su liga ir susietų su sveikatos priežiūros sistema [10].

Panašų pakartotinės hospitalizacijos teorinį pagrindą siūlo ir R. M. Andersen [36] – jo pateiktos elgsenos modelis grindžiamas trijų veiksnių grupėmis: predisponuojančių, galimybių ir poreikių.

Predisponuojantys veiksniai – tai amžius, lytis, išsilavinimas, darbinė veikla ir kt.

Galimybių veiksniai – tai individualios finansinės galimybės, socialinė parama, sveikatos priežiūros sistema ir kt.

Poreikiai – tai paciento subjektyvus savo sveikatos vertinimas ir objektyvūs (įvertinti) poreikiai, kuriuos nustato medikai. Visos šios rehospitalizacijai įtakos turinčios veiksnių grupės yra glaudžiai tarpusavyje susijusios.

F.K. Wong ir kt. [37] pateikia panašų hipotetinį pakartotinės hospitalizacijos teorinį modelį.

A. Hasan ir kt. [9] nurodo, kad pakartotinių hospitalizacijų skaičius įvairiose kohortose yra apie 17,5 proc.

Ligoninių reitinguose bei vertinant jų sveikatos priežiūros kokybę eilę metų nebuvo atsižvelgiama į pakartotines hospitalizacijas kaip kokybės rodiklį [5,24]. Tačiau pakartotinei hospitalizacijai įtakos turi tiek daug priežastinių veiksnių, kad sunku vertinti, ar tai nepageidautinas įvykis, ar teigiamas rodiklis, įvertinant mirštamumą [38]. Vis dėlto pastaraisiais metais pakartotinės hospitalizacijos vis dažniau įvardijamos kaip pacientų sveikatos priežiūros ligoninėse žymuo [9,24,38].

Tačiau suabsoliutinti to nevertėtų – S. Siddhartha ir kt. [40] nustatė, kad 56,2 proc. pakartotinių hospitalizacijų susiję su paciento charakteristikomis ir tik 9,3 proc. – su ligoninės ir medikų charakteristikomis.

Viena svarbesnių paciento charakteristikų, susietų su

pakartotine hospitalizacija, yra jo amžius. Vyresnio amžiaus pacientai dažniau pakartotinai hospitalizuojami (šalutinės ligos, ambulatorinės sveikatos priežiūros galimybės ir kt.). Daugiau nei pusė hospitalizuojamų pacientų Australijoje ir daugiau nei trečdalis JAV ir JK buvo 65 ir daugiau metų [41].

Todėl dalis autorių pripažįsta, kad sveikatos priežiūros kokybė tik dalinai turi įtakos pakartotinei hospitalizacijai [6]. Nors ir tai pripažįstama, kai kuriose šalyse (JAV, JK) pakartotinės hospitalizacijos veikia sistemos ir sveikatos priežiūros organizacijų biudžetą. Tokios priemonės kritikuojamos [7,8,42-44].

S. Kargovi ir D. Grande [45] savo studijose pateikia, kad pakartotinę hospitalizaciją vertinti kaip kokybės žymenį reikia labai atsargiai – šiuo klausimu yra labai daug prieštaraujančiųjų nuomonių.

Pakartotines hospitalizacijas analizuojančios mokslinės publikacijos dažniausiai yra JAV autorių ir remiasi šios šalies ligoninių duomenimis, mažiau publikacijų autorių iš Australijos, Kanados bei Europos šalių (Šveicarija, Airija, JK) [46]. Dauguma jų nagrinėja pakartotinės hospitalizacijos priežastinius veiksnius, tačiau tik 4,3 proc. publikacijų analizuoja šių veiksnių pagrįstumą [47].

Lietuvoje pakartotinės hospitalizacijos mažai analizuojamos bei vertinamos.

Pakartotinių hospitalizacijų svarba sveikatos priežiūros sistemoje yra didelė, tai viena didžiausių stacionarinės sveikatos priežiūros problemų.

Pakartotinės hospitalizacijos dažniausiai priklauso nuo pakartotinės hospitalizacijos epizodo, tačiau nemažai priklauso ir nuo tolesnės ambulatorinės priežiūros bei paciento individualių charakteristikų – lyties, amžiaus, socialinio statuso, sveikatos būklės, ekonominės padėties ir kt.

Taigi pakartotinei hospitalizacijai svarbios trys sudedamosios: paskutinis hospitalizacijos epizodas ir jo rezultatai, paciento individualios charakteristikos ir jų pokyčiai po išrašymo bei sveikatos priežiūros aplinka ir organizacijų galimybės, priežiūra po išrašymo (pakartotinės hospitalizacijos prieinamumas ir kt.) (1 pav.).

Pacientų priežiūra po išrašymo iš ligoninės turi nemažą įtaką pakartotinių hospitalizacijų skaičiui [48]. Sveikatos priežiūros tęstinumas yra svarbus ne tik pacientui išsirašius iš ligoninės (ambulatorinė priežiūra, kontaktas su gydytosiu gydytoju), bet ir pacientą pakartotinai hospitalizavus. Anksčiau gydytosią pacientą gydytojo konsultacija pakartotinės hospitalizacijos metu suteikia daugiau galimybių padėti pacientui ir sutrumpinti jo pakartotinės hospitalizacijos laiką.

Pakartotinės hospitalizacijos 30 d. laikotarpiu po išrašymo daug priklauso nuo pagrindinės ligos. M.J. Press ir kt.

[11] pateikia tokius pakartotinių hospitalizacijų rodiklius 2004–2005 m. JAV ligoninėse: ūmus miokardo infarktas – 17,8 proc., galvos smegenų insultas – 15,6 proc., kraujavimas iš virškinimo trakto – 13,8 proc., įgimtos širdies ydos – 21 proc., pilvo chirurgija – 12,2 proc., ortopedija–traumatologija – 9,4 proc., kraujagyslių chirurgija – 18,9 proc.

Iki 25 proc. pakartotinai hospitalizuotų pacientų hospitalizuojama į kitas ligonines.

Priežastys įvairios: aukštesnio lygio ligoninė, nemedicininės priežastys, paciento pasitenkinimas buvusia sveikatos priežiūra ligoninėje, gydytojo siuntimas [4].

Pakartotinės hospitalizacijos į kitas ligonines dažniausiai vyksta dėl nemedicininės priežasties – jų kaštai didesni, didesnė rizika dėl pakartotinės hospitalizacijos epizodo rezultatų [49].

A.M. Epstein ir kt. [50] duomenimis, pakartotinės hospitalizacijos po įgimtų širdies ydų 11–32 proc., po pneumonijų – 8–27 proc. C.Feltner ir kt. [51] duomenimis, dėl širdies ligų pakartotinai hospitalizuojami 25 proc. pacientų.

Pakartotinių hospitalizacijų prevencija. Priemonių taikymas pacientų neplaninėms pakartotinėms hospitalizacijoms ligoninėse mažinti susijęs su medicinos personalo supratimu apie jų mažinimo naudą pacientui ir ligoninei.

Norint turėti įtakos pakartotinėms hospitalizacijoms, visų pirma reikia turėti tikslią baigtinių duomenų bazę bei duomenų analizės galimybes. Tai turint, galima įvertinti kiekvieno paciento riziką pakartotinai patekti į ligoninę. Taip pat būtina įvertinti regiono sveikatos priežiūros sistemos ir jos organizacijų galimybes, jų išsidėstymą, paslaugų spektrą, struktūrą.

Pakartotinių hospitalizacijų svarbą ir įtaką sveikatos priežiūros kaštams turi pripažinti Sveikatos apsaugos ministerija, ligonių kasos, sveikatos politikai.

Pakartotinės hospitalizacijos turėtų būti analizuojamos įrengiant sveikatos priežiūros kokybės kontekste, tai kaip

vienas iš ligoninių veiklos rodiklių.

Pripažįstant pakartotinių hospitalizacijų sisteminę prigimtį (sveikatos politikos sprendimai, sveikatos priežiūros reformos, sveikatos priežiūros finansavimo aspektai, vaistų politika, socialinės lengvatos ir kt.), jai mažinti, visų pirma, turėtų būti taikomos sisteminės priemonės, sisteminėmis prielaidomis pagrįsti intervencijų blokai.

Pateikiame keletą šiuolaikinių inovatyvių programų, įgalinusių ženkliai sumažinti pakartotinių hospitalizacijų skaičių. Sveikatos priežiūros tobulinimo institutas (2009) pateikia programą, pagrįstą tokiais komponentais: bendruomenės mokymas ir pagalba pašalinant sisteminius trukdžius pakartotinės hospitalizacijos mažinimui [13].

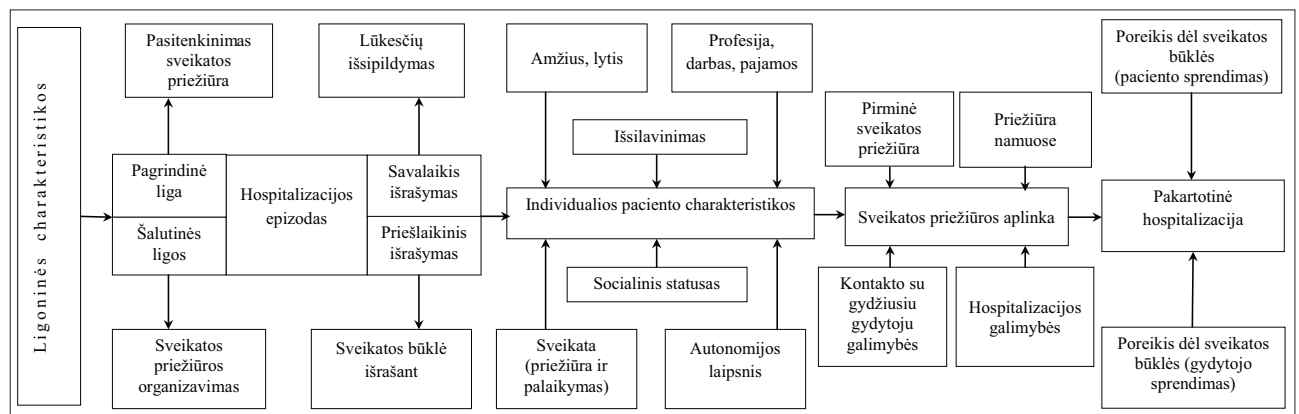
Programa apima tokias sritis:

- pakartotinių hospitalizacijų struktūrizavimas ir standartizavimas;
- sveikatos priežiūros politikos ir finansavimo optimizavimas;
- pakartotinių hospitalizacijų mažinimo naudos finansinis pagrindimas;
- veiksmų koordinavimas tarp bendruomenės ir sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų.

Bostono universiteto medicinos centras, JAV (2010) pateikia ligonių išrašymo pertvarkymo programą, jungiančią 11 komponentų:

- paciento mokymas;
- apsilankymų pas gydytoją tvarkaraštis;
- aptarimas ligonio buvimo vietos po išrašymo;
- priežiūros po išrašymo organizavimas;
- vaistų vartojimo plano aptarimas;
- pacientų išrašymo procedūros su nacionaline sveikatos priežiūros politika suderinimas;
- veiksmų, iškilus problemoms apžvalga;
- ligos istorijos išrašo laiku pateikimas šeimos gydytojui;

1 pav. Pakartotinės pacientų hospitalizacijos priežastiniai veiksniai ir jų sąsajos.



- paciento supratimo, ką jis turi daryti įvertinimas;
- raštiško veiksmų plano po išrašymo iš ligoninės pateikimas pacientui;

- paciento informavimas apie susisiekimą telefonu su gydytoju po išrašymo.

Saugaus paciento perėjimo nuo gydymo ligoninėje prie ambulatorinės sveikatos priežiūros pateikia Hospitalinės medicinos draugija, JAV (2008).

Ši programa susideda iš tokių komponentų:

- sumažinti somatinę ligonių pakartotinę hospitalizaciją 30 dienų laikotarpiu ypatingą dėmesį skiriant pagyvenusiems pacientams;

- gerinti pacientų pasitenkinimą sveikatos priežiūra išrašant;

- gerinti pasikeitimą informacija tarp ligoninių ir pirminės sveikatos priežiūros gydytojų;

- identifiukuoti pacientus su didele pakartotinės hospitalizacijos rizika ir imtis priemonių jai mažinti;

- gerinti pacientų ir jų šeimų mokymą tinkamos ambulatorinės sveikatos priežiūros.

Programa numato tiesioginį gydžiusio gydytojo kontaktą su paciento šeimos gydytoju, gydžiusio gydytojo telefono skambučių per tris paras po išrašymo, galimybę apsilankyti pas gydžiusį gydytoją per 7 dienas, galimybę toliau kontaktuoti su pacientu, jeigu lieka neišspręstų klausimų.

S.G. Parker ir kt. [52] pakartotinėms hospitalizacijoms 30 dienų laikotarpiu po išrašymo siūlo tokius intervencijų blokus:

- pacientų išrašymo planavimo protokolai;
- visapusiškas išsamus paciento amžiaus būklės įvertinimas;

- paramos pacientui jį išrašant suderinimas;

- paciento mokymo intervencijos (procedūros).

L.O. Hansen ir kt. [27] pakartotinei hospitalizacijai 30 dienų laikotarpiu sumažinti siūlo tokias priemones.

Bendrosios priemonės:

- pereinamojo laikotarpio „ligoninė – namai“ paruošimas;

- bendrosios pacientų išrašymo instrukcijos;

- sveikatos priežiūros tęstinumas.

Iki paciento išrašymo iš ligoninės:

- paciento mokymas;

- išrašymo planavimas;

- vaistų suregulavimas;

- vizitų pas gydytojus po išrašymo suplanavimas.

Po paciento išrašymo iš ligoninės:

- paciento vizitų pas gydytojus kontrolė;

- ryšio palaikymas su šeimos gydytoju;

- paciento sveikatos būklės kontrolė susisiekiant telefonu;

- „karštas“ telefonas pacientų konsultacijai;

- gydytojo vizitai į namus.

Atskiri pakartotinės hospitalizacijos prevencinių priemonių blokai ar jų komponentai taikomi KUL:

- išrašymo procedūra ir paciento informavimas;

- sveikatos priežiūros po išrašymo aptarimas;

- vaistų vartojimo plano aptarimas;

- ligos istorijos išrašo pateikimas pacientui išrašymo dieną;

- galimybės pacientui konsultuotis su jį gydžiusiu gydytoju sudarymas (visi gydytojai konsultuoja ambulatoriškai);

- paciento mokymas;

- stacionaro gydytojų kontaktai su šeimos gydytojais;

- didesnis dėmesys pakartotinai hospitalizuotiems pacientams;

- priežastinių pakartotinės hospitalizacijos veiksnių įvertinimas ir analizė;

- kitos priemonės.

Apibendrinant galima daryti išvadą, kad pakartotinių hospitalizacijų prevencijos priemonės (planai, programos, projektai, intervencijos) yra naudingos ir leidžia sumažinti pakartotinių hospitalizacijų skaičių ir pacientų gydymosi ligoninėse kaštus.

Išvados

1. Pakartotinių hospitalizacijų skaičius Klaipėdos universitetinėje ligoninėje yra santykinai nedidelis ir kelis kartus mažesnis nei išsivysčiusiose Europos šalyse ir JAV.

2. Pakartotinių hospitalizacijų iki 30 dienų po ankstesnio išrašymo rodiklį labai veikia tinkama išrašymo iš ligoninės procedūra, sudaryta remiantis priežastiniais pakartotinės hospitalizacijos veiksniais.

3. Pakartotinės hospitalizacijos rodiklis 30 d. laikotarpiu po ankstesnio išrašymo gali būti vienu ligoninės veiklos vertinimo rodiklių ir santykinai sveikatos priežiūros kokybės rodikliu.

4. Taikant pakartotinių hospitalizacijų sistemines prevencijos priemones, jas galima sumažinti kartu sumažinant ligoninių sveikatos priežiūros kaštus.

5. Lietuvos Sveikatos apsaugos ministerija ir ligonių kasos galėtų skirti didesnę dėmesį pakartotinėms hospitalizacijoms, kaip vienai iš sveikatos priežiūros problemų ir galimybių ligoninių sveikatos priežiūros kaštams mažinti.

Literatūra

1. Janušonis V. Sveikata ir valdoma sveikatos priežiūra. 2003; Klaipėda: S. Jokužio leidykla – spaustuvė.
2. Silverstein MD, Qin H, Mercer Q. et al. Risk factors for 30-day hospital readmission in patients greater than or equal to 65

- years of age. *Baylor University Medical Center Proceedings*. 2008; 21:363-372.
3. Janušonis V. Rizikos valdymas sveikatos priežiūros organizacijose. 2005; Klaipėda: S.Jokūžio spaustuvė leidykla.
 4. Jencks SF, Williams MV, Coleman EA. Rehospitalizations among patients in the Medicare Fee-for-Service Program. *New England Journal of Medicine*. 2009; 360:1418-1428.
 5. Scott IA. Preventing the rebound: improving care transition in hospital discharge processes. *Australian Health Review*. 2010; 34:445-451.
 6. Walraven C, Bennett C, Jennings A. et al. Proportion of hospital readmissions deemed avoidable: a systematic review. *Canadian Medical Association Journal*. 2011; 183: E391-E402.
 7. Berenson RA, Paulus RA, Kalman NS. Medicare's readmissions-reduction program – a positive alternative. *New England Journal of Medicine*. 2012; 366:1364-1366.
 8. Fox J, Pyburn R, McAllister J. 42 How do we reduce readmissions? *Age and Ageing*. 2014; 43(31): i10- i10.
 9. Hasan O, Meltzer DO, Shaykevich SA. et al. Hospital readmission in general medicine patients: a prediction model. *Journal of General Internal Medicine*. 2009; 25:211-219.
 10. Kind AJH, Bartels Ch, Mell MW. et al. For profit hospital status and rehospitalizations at different hospital: an analysis of Medicare data. *Annals of Internal Medicine*. 2010; 11:718-725.
 11. Press MJ, Silber JH, Rosen AK. et al. The impact of resident duty hour reform on hospital readmission rates among Medicare beneficiaries. *Journal of General Internal medicine*. 2010; 24:405-411.
 12. Friedman B, Basu J. The rate and cost of hospital readmissions for preventable conditions. *Medical Care Research and Review*. 2003; 61:225-40.
 13. Boutwell A, Griffin F, Hwu S, Shannon D. Effective interventions to reduce rehospitalizations: a compendium of 15 promising interventions. 2009; Cambridge, MA: IHI.
 14. Jweinat J.J. Hospital readmissions under the spotlight. *Journal of Healthcare Management*. 2010; 55:252-264.
 15. Greenwald JJ, Denham CR, Jack BW. The hospital discharge: a review of a high risk care transition with highlights of a reengineered discharge process. *Journal Patient Safety*. 2007; 3:97-106.
 16. Kalra AD, Fisher RS, Axelrod P. Decreased length of stay and cumulative hospitalized days despite increased patient admissions and readmissions in an area of urban poverty. *Journal of General Internal Medicine*. 2010; 25:930-935.
 17. Press MJ, Scanlon DP, Navathe AS. et al. The importance of clinical severity in the measurement of hospital readmission rates for medicare beneficiaries, 1997-2007. *Medical Care Research and Review*. 2013; 70:653-665.
 18. Kathleen C, Meng-Yun L. Hospital length of stay and readmission: an early investigation. *Medical Care Research and Review*. 2014; 71:99-111.
 19. Kaboli PJ, Go JT, Hockenberry J. et al. Associations between reduced hospital length of stay and 30-day readmission rate and mortality: 14-year experience in 129 veterans affairs hospitals. *Annals of Internal Medicine*. 2012; 157:837-845.
 20. Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO. et al. Deficits in communications and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. *JAMA*. 2007; 297: 831-841.
 21. Moore C, McGinn T, Halm E. Tying up loose ends: discharging patients with unresolved medical issues. *Archives of Internal Medicine*. 2007; 167:1305-1311.
 22. Coleman EA, Min SJ, Chomiak A, Kramer AM. Post-hospital care transitions: patterns, complications, and risk identification. *Health Serv. Res.*2004; 39:1449-1465.
 23. Tsilimingros D, Bates DW. Addressing postdischarge adverse events: a neglected area. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. 2008; 34:85-97.
 24. Jack BW, Chetty VK, Anthony D. et al. A reengineered hospital discharge program to decrease rehospitalization. *Annals of Internal Medicine*. 2009; 150:178-187.
 25. Koehler BE, Richter KM, Youngblood L. et al. Reduction of 30-day post discharge hospital readmission or emergency department (ED) visit rates in high-risk elderly medical patients through delivered of a targeted care bundle. *Journal of Hospital Medicine*. 2009; 4:211-218.
 26. Yam CH, Wong EL, Chan FW. et al. Avoidable readmission in Hong Kong-system, Clinician, patients or social factor? *BMC Health Service Research*. 2010; 10:311-311.
 27. Hansen LO, Young RS, Hinami K. et al. Interventions to reduce 30-day rehospitalization: a systematic review. *Annals of Internal Medicine*. 2011; 155:520-528.
 28. Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet*. 2003; 362:1225-1230.
 29. Walraven C, Mamdani M, Fang J, Austin PC. Continuity of care and patient outcomes after hospital discharge. *Journal of General Internal Medicine*. 2004; 19:624-631.
 30. Misky GJ, Wald HL, Coleman EA. Post-hospitalization transitions: examining the effects of timing of primary care provider follow up. *Journal of Hospital Medicine*. 2010; 5:392-397.
 31. Shekelle PG, Pronovost PJ, Wachter RM. et al. Advancing the science of patient safety. *Annals of Internal Medicine*. 2011; 154:693-696.
 32. Harrison PL, Hara PA, Pope JE. et al. The impact of post discharge telephonic follow on hospital readmissions. *Population Health Management* 2011; 14:27-32.
 33. Coleman EA, Min SJ, Chomiak A, Kramer AM. Post-hospital care transitions: patterns, complications, and risk identification. *Health Services Research Journal*. 2004; 39:1449-1465.
 34. Forster AJ, Clark HD, Menard A. et al Adverse events among medical patients after discharge from hospital. *Canadian Medical Association Journal*. 2004; 170:345-349.
 35. Janušonis V., Asadauskienė J. Kokybės gerinimas sveikatos prie-

- žiūros organizacijose. Sveikatos mokslai, 2006; 3(16)16:4-8.
36. Andersen RM, Rice TH, Komishki GF. eds. Changing the US Health Care System. 2001; San Francisco: Jossey-Bass and Willey Company.
 37. Wong FK, Chan MF, Chow S. et al. What accounts for hospital readmission. *Journal of Clinical Nursing*. 2010; 19:3334-3346.
 38. Laudicella M, Li Donni P, Smith PC. Hospital readmission rates: signal of failure or success? *Journal of Health Economics*. 2013; 32:909-921.
 39. Balla U, Malnick S, Schattner A. Early readmissions to the department of medicine as a screening tool for monitoring quality of care problems. *Medicine*. 2008; 87:294-300.
 40. Siddhartha S, Yu-Li L, Yong-Fang K. et al. Variation in the risk of readmission among hospitals: the relative contribution of patient, hospital and inpatient provider characteristics. *Journal of General Internal Medicine*. 2014; 29:572-278.
 41. Courtney M, Edwards H, Chang A. et al. Fewer emergency readmissions and better quality of life for older adults at risk of hospital readmission: a randomized controlled trial to determine the effectiveness of a 24-week exercise and telephone follow-up program. *Journal of American Geriatric Society*. 2009; 57: 395-402.
 42. Petersen LA, Woodard LD, Urech T. et al. Does pay-for-performance improve the quality of health care? *Annals of Internal Medicine*. 2006; 145:265-172.
 43. Hernandez AP, Curtis LH. Minding the gap between efforts to reduce readmissions and disparities. *JAMA*. 2011; 305:715-716.
 44. Alverson BK, O'Callaghan J. Hospital readmission: quality indicator or statistical inevitability? *Pediatrics*. 2013; 132:569-570.
 45. Kangovi S, Grande D. Hospital readmissions – not just a measure of quality. *JAMA*. 2011; 306:1796-1797.
 46. Kansagara D, Englander H, Salanitro A. et al. Risk prediction models for hospital readmission: a systematic review. *JAMA*. 2011; 306:1688-1698.
 47. Fisher C, Anema HA, Klazinga NS. The validity of indicators for assessing quality of care: a review of the European literature on hospital readmission rate. *European Journal of Public Health*. 2012; 22:484-491.
 48. Linertova R, Garcia-Perez L, Vazquez-Diaz JR. et al. Interventions to reduce hospital readmission in the elderly: in-hospital or home care. A systematic review. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2011; 17:1167-1175.
 49. Kind AJ, Bartels C, Mell MW. et al. For-profit hospital status and rehospitalizations at different hospitals: an analysis of Medicare data. *Annals of Internal Medicine*. 2010; 153:718-727.
 50. Epstein AM, Jha AK, Orav EJ. The relationship between hospital admission rates and rehospitalizations. *New England Journal of Medicine*. 2011; 365:2287-2295.
 51. Feltner C, Jones CD, Cene CW. et al. Transitional care interventions to prevent readmission for persons with heart failure. *Annals of Internal Medicine*. 2014; 160:774-784.
 52. Parker SG, Peet SM, McPherson A. et al. A systematic review of discharge arrangements for older people. *Health Technology Assessment*. 2002; 6:1-183.
 53. Coleman EA, Parry C, Chalmers S, Min SJ. The care transitions intervention: results of a randomized controlled trial. *Archives of Internal Medicine*. 2006; 166:1822-1828.

THE RIGHT HEALTH CARE: REHOSPITALIZATION – NORM OR ADVERSE EVENT

V. Janušonis

Key words: rehospitalization, patient's discharge, risk factors of rehospitalization, prevention of rehospitalization.

Summary

The aim of the study – to analyze and estimate rehospitalization as phenomenon or problem of healthcare.

Material and methods. The study was analyzed statistical date of hospitalization and rehospitalization in Klaipeda University hospital (KUH) from July 2011 to July 2014 on the basis of inpatients personal cods. Statistical data analysis was done using programme SP SS 17.01 for Windows.

Results. From July 2011 to July 2014 were hospitalized 133622 patients. Rehospitalization per year was 14%, 30-day rehospitalization – 6.8%.

The rate of all and 30-day rehospitalizations in KUH is more lower than in hospitals of EU and US.

The 10% reduction of rehospitalization in KUH can enable to save about a half million euro per year.

Conclusion. The rate of rehospitalization in KUH is low-level and more lower than in hospital of EU an US.

The 30-day rehospitalization rate lies from discharge procedures made on the causal factors of rehospitalization and might be indicator of hospital performance and relative indicator of health care quality.

The system integrated prevention of rehospitalization is one of tool to decrease hospitals' costs.

Ministry of Health and National health insurance fund must pay more attention to rehospitalization as one of the major problem of healthcare.

Correspondence to: janusonis@kul.lt

Gauta 2014-09-16