

## Czy dane o umieralności są wiarygodnym źródłem informacji o stanie zdrowia ludności?

dr hab. n. med. Irena Maniecka-Bryła

Zakład Epidemiologii i Biostatystyki, Uniwersytet Medyczny w Łodzi



Dane o umieralności bardzo często są wykorzystywane do oceny stanu zdrowia ludności zarówno w kontekście porównań między populacjami, jak i zmian zachodzących w czasie. Karta statystyczna do karty zgonu jest uznawana za najbardziej wiarygodne źródło informacji spośród wszystkich wtórnych (pośrednich) źródeł danych o stanie

zdrowia ludności. Spowodowane jest to tym, że wnosi w zasadzie wyczerpujące informacje o wielkości umieralności — najbardziej negatywnym mierniku stanu zdrowia populacji. Jednak dane te mogą być obciążone błędami jakościowymi, wynikającymi z niepoprawnego ustalenia i zakodowania wyjściowych (pierwotnych) przyczyn zgonów [1]. Warto podkreślić, że wyjściową przyczynę zgonu określa się na podstawie rozpoznania klinicznego, zaś kategorie klasyfikacyjne w Międzynarodowej Klasyfikacji Statystycznej Chorób i Problemów Zdrowotnych uwzględniają także inne kryteria, na przykład objawowe, etiologiczne czy histopatologiczne.

W odniesieniu do klasyfikowania choroby niedokrwiennej serca (ChNS), zwłaszcza w latach poprzednich, nadużywano kategorii klasyfikacyjnej „miażdżyca”, która jest jej podłożem, ale *stricte* rozpoznaniem histopatologicznym. Determinowane to było/jest wieloma czynnikami wynikającymi między innymi z przygotowania, wiedzy, przyzwyczajenia lekarzy czy nawet tradycji szkół medycznych, z których się wywodzą.

Jasiński i wsp. [2] podkreślają fakt niedoszacowania rozpoznania ChNS kosztem nadużywania rozpoznania miażdżycy, zwłaszcza przed 1997 rokiem w Polsce, a więc przed okresem wprowadzenia X Rewizji Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10).

Należy nadmienić, że kategoria klasyfikacyjna „miażdżyca” w IX Rewizji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób, Urazów i Przyczyn Zgonów była oznaczona numerem 440 [3] i znajduje się także w ICD-10 pod numerem I70 [4]. Dlatego też większy pozytywny wpływ na poprawność kodowania ChNS po 1997 roku należy przypisać lepszym możliwościom diagnostycznym i faktowi wprowadzenia specjalnie przeszkolonych lekarzy koderów wojewódzkich, którzy wyręczyli

przede wszystkim lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w tej procedurze.

Choroby układu sercowo-naczyniowego stanowią najważniejszy problem zdrowotny mieszkańców regionu europejskiego, ponieważ w 2007 roku spowodowały 3 472 696 zgonów; standaryzowany wskaźnik umieralności wyniósł 427,22/100 000 ludności. Choroba niedokrwienne serca była przyczyną 1 620 678 zgonów (standaryzowany wskaźnik umieralności 199,38/100 000), miała więc kluczowe znaczenie w klasie „chorób układu sercowo-naczyniowego”, gdyż udział zgonów z jej powodu wynosił 46,7%. Znacznie lepsza sytuacja epidemiologiczna w tym zakresie dotyczyła 15 krajów „starej” Unii Europejskiej, ponieważ standaryzowany wskaźnik umieralności z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego wyniósł 192,25/100 000, a z powodu choroby niedokrwiennej serca — 73,22/100 000 [5, 6].

Transformacja społeczno-ekonomiczna w Polsce, nakładająca się na transformację demograficzną i epidemiologiczną, wpłynęła na wdrożenie wielu elementów walki z chorobami układu sercowo-naczyniowego w ramach prewencji pierwotnej i wtórnej (w tym coraz powszechniejszych zabiegów z zakresu kardiologii interwencyjnej), co w sumie spowodowało odwrócenie niekorzystnych trendów epidemii na początku lat 90. XX wieku. Standaryzowany wskaźnik umieralności z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego w 1991 roku wynosił 532,1/100 000, a w 2007 roku spadł do 450,0/100 000, natomiast wskaźnik umieralności proporcjonalnej — odpowiednio z 50,4% do 45,4%. Standaryzowany wskaźnik umieralności z powodu ChNS w 1991 roku był równy 114,8/100 000, w 2007 roku zaś — 127,0/100 000, a udział zgonów w klasie „chorób układu sercowo-naczyniowego” wzrósł z 21,5% do 28,5% [7, 8].

Analiza sytuacji epidemiologicznej wskazuje, że paradoks odnotowania wyższych wskaźników zgonów z powodu ChNS w sytuacji spadkowego trendu natężenia zgonów z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego może wynikać z błędów związanych z poprawnym określeniem i klasyfikowaniem przyczyn wyjściowych zgonów przed 1997 rokiem, a nie z faktycznego pogorszenia sytuacji w zakresie szczegółowych wskaźników umieralności po tym okresie.

Dlatego też próba doszacowania liczby zgonów z powodu ChNS w latach 1991–1996 z wykorzystaniem zaproponowanego przez Jasińskiego i wsp. [2] modelu matematycznego jest niezwykle ważna i potrzebna nie tylko ze względów poznawczych, ale również użytkowych. Wiarygodne dane o dynamice umieralności z powodu ChNS są niezbędne do ewaluacji efektów zdrowotnych realizowanych programów profilaktycznych z zakresu prewencji pierwotnej i wtórnej [9, 10]. Komentowane opracowanie [2] jest nowatorskie i przyczynia się do lepszego zrozumienia zmian w sytuacji epidemiologicznej chorób układu sercowo-naczyniowego, a także poprawniejszej interpretacji trendów umieralności szczegółowej z powodu choroby niedokrwiennej serca.

### **Piśmiennictwo**

1. Maniecka-Bryła I, Martini-Fiwek J eds. *Epidemiologia z elementami biostatystyki*. Wyd. UM, Łódź 2005: 15–47.
2. Jasiński B, Bandosz P, Wojtyński B. Mortality from ischaemic heart disease in Poland in 1991–1996 estimated by the coding system used since 1997. *Kardiologia Polska*, 2010; 68: 520–527.
3. Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób, Urazów i Przyczyn Zgonów (IX Rewizja). PZWL, Warszawa 1979: 22–23.
4. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10). Kategorie 3-znakowe. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków 1997: 38–39.
5. WHO Statistical Information System (WHOSIS), [http://apps.who.int/whosis/database/mort/table1\\_process.cfm](http://apps.who.int/whosis/database/mort/table1_process.cfm) (plik pobrany 27.03.2010).
6. European Health for All DataBase (HFA-DB), <http://data.euro.who.int/hfadb> (plik pobrany 22.03.2010).
7. *Rocznik Statystyczny 1992*. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 1992: 55.
8. *Rocznik Demograficzny 2009*. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2009: 330, 336.
9. Bryła M, Maciak A, Marcinkowski JT, Maniecka-Bryła I. Programy profilaktyczne w zakresie chorób układu krążenia przykładem niwelowania nierówności w stanie zdrowia. *Probl Hig Epidemiol*, 2009; 90: 6–17.
10. Pająk A, Jankowski P, Kawecka-Jaszcz K et al. Changes in secondary prevention of coronary artery disease in the post-discharge period over the decade 1997–2007. Results of the Cracovian Program for Secondary Prevention of Ischaemic Heart Disease and Polish parts of the EUROASPIRE II and III surveys. *Kardiologia Polska*, 2009; 67: 1353–1359.