

KLIINILISTE INDIKAATORITE RAPORT

2016

SISUKORD

EESSÕNA	4
ERARSTIABI RAVIKVALITEEDI INDIKAATORID	5
Rinnavähi indikaator 1: aeg esmase rinnavähi diagnoosiga patsientide esimesest visiidist raviasutuses kuni onkoloogilise ravi alguseni	6
Rinnavähi indikaator 3: invasiivse rinnavähiga patsientide osakaal, kes on saanud postoperatiivset kiiritusravi rinnanäärmele pärast rinda säilitavat operatsiooni	10
Kolorektaalvähi indikaator 1: kolorektaalvähi diagnoosiga opereeritud patsientide postoperatiivne 30 päeva suremus	12
Intensiivravi indikaator 3: intensiivravijärgne 12 kuu elulemus	18
Neuroloogia indikaator 1: insuldi diagnoosiga patsientide osakaal, kelle akuutravi toimub keskhaiglas või piirkondlikus haiglas	22
Neuroloogia indikaator 3: isheemilise insuldiga patsientide osakaal, kellel on tehtud intravenoosne trombolüüs ja/või mehaaniline trombi eemaldamine ajuarteritest	25
Neuroloogia indikaator 7: osakaal ajuinfarkti ja kodade virvendusarütmia patsientidest, kellele on määratud püsiv suukaudne antikoagulantravi 12 kuud+1 päev hiljem alates akuutsest ajuinfarktist	28
Neuroloogia indikaator 8: esimese kuu jooksul pärast insulti haigestumist taastusravi saanud patsientide osakaal	32
Neuroloogia indikaator 9: ägeda insuldihaige 30 päeva suremus	34
Kirurgia indikaator 2: päevakirurgia osakaal kubemesonga operatsioonidel	38
Kirurgia indikaator 4: jala amputatsioon 30 päeva peale verevoolu taastamise protseduuri	40
Kirurgia indikaator 6: operatsioonijärgne 30 päeva erakorraline rehospitaliseerimine	43
Kirurgia indikaator 7: operatsioonijärgne 30 päeva suremus	46
Sünnitusabi indikaator 1: väga enneaegsete sündide osamäär sündidest	48
Sünnitusabi indikaator 2: III ja IV astme lahkliha rebendite osamäär	49
Sünnitusabi indikaator 3: keisrilõigete osamäär esmassünnitajatel ajalise üksiksünnituse korral, kui loode on peaseisus (Robson 1+2)	53
Sünnitusabi indikaator 4: keisrilõigete osamäär korduvsünnitajatel ajalise üksiksünnituse korral, kellel vähemalt üks sünnitus on lõppenud keisrilõike teel ja kelle loode on peaseisus (Robson 5)	56
Sünnitusabi indikaator 5: sünnitusega seotud massiivse verekaotuse osamäär	60

PEREARSTI KVALITEEDISÜSTEEM	65
Diabeet II haigete jälgimine (määratud glükohemoglobiin, kreatiniin, üldkolesterool ja kolesterooli fraktsioonid vereseerumis, mikroalbuminuuria uriinis, tehtud pereõe nõustav vastuvõtt) ja väljakirjutatud metformiin või selle kombinatsioonid	66
Müokardi infarkti läbiteinud haigete jälgimine (määratud üldkolesterool, glükoos või glükohemoglobiin vereseerumis), väljakirjutatud beetablokaatorid või nende kombinatsioonid ja statiinid või nende kombinatsioonid	69
Madala riskiga hüpertooniatõve haige jälgimine (määratud glükoos ja üldkolesterool vereseerumis ja tehtud pereõe nõustav vastuvõtt)	73
Mõõduka lisariskiga hüpertooniatõve haige jälgimine (määratud üldkolesterool, kolesterooli fraktsioonid, glükoos, kreatiniin vereseerumis, tehtud kardiogramm, määratud mikroalbuminuuria uriinis, tehtud pereõe nõustav vastuvõtt)	76
Kõrge ja ülikõrge lisariskiga hüpertooniatõve haigete jälgimine (määratud üldkolesterool, kolesterooli fraktsioonid, glükoos ja kreatiniin vereseerumis, määratud mikroalbuminuuria uriinis, tehtud pereõe nõustav vastuvõtt)	79
Toimeainepõhise retsepti väljakirjutus (peremeditsiini poolt) hüpertooniatõve näitel: kõigi riskiastmetega hüpertooniatõve haigetele väljakirjutatud retseptidest toimeainepõhiste retseptide osakaal	82
HAIGLATE NIMEDE LÜHENDID	84

EESSÕNA

Eesti Haigekassa korraldab riiklikku ravikindlustust. Meie missiooniks on tagada enam kui 1,2 miljonile ravikindlustatud inimesele vajalike tervishoiuteenuste, ravimite, meditsiiniseadmete ning rahaliste hüvitiste kättesaadavus ja ravikindlustussüsteemi jätkusuutlikkus. Tervishoiusüsteemi toimivuse ja usaldusväärsuse aluseks on professionaalsed tervishoiutöötajad ning patsiendile ohutud, kaasaegsed ja kvaliteetsed tervishoiuteenused. Kvaliteedi tagamise olulisteks komponentideks on kokku lepitud meetodid ja standardid ning konkreetsete mõõdikud, millega eesmärkide saavutamist hinnata.

Avalik-õigusliku asutusena on haigekassa üheks oluliseks prioriteediks arendada kvaliteeti tervishoius, toetades ravistandardite ja ravijuhiste koostamist, tellides kliinilisi auditeid ning panustades kliiniliste indikaatorite väljatöötamise ja rakendamisse. Kvaliteeti mõjutavate tegevuste peamiseks eesmärgiks on tervikliku kvaliteedisüsteemi loomine ja selle rakendamine Eesti tervishoius, tähtsustades nii raviprotsessi tegevuste standardiseerimist kui ka tulemuste mõõtmist ja terviklikku hindamist.

Ravikvaliteedi arendamisel on lisaks erialaseltsidele, riiklikele tervishoiuinstiitutsioonidele ja raviasutustele haigekassa pikaajaseks ja väga oluliseks partneriks ka Tartu Ülikool.

Eesti Haigekassa ja Tartu Ülikooli arstiteaduskonna koostöölepingu alusel moodustati 2013. aasta detsembris ravikvaliteedi indikaatorite nõukoda, mis on haigekassa juhatusele nõuandvaks organiks. Nõukoja töö eesmärgiks on leppida kokku tervishoiuteenuste kvaliteedi jälgimiseks ja parendamiseks ühtsed standardid. Täpsemalt on võimalik ravikvaliteedi indikaatorite nõukoja tegemistest lugeda Eesti Haigekassa [kodulehelt](#).

Koostöös arstlike erialaseltsidega on oma valdkonna tunnustatud kliinilistest ekspertidest koosnev ravikvaliteedi indikaatorite nõukoda käesolevaks hetkeks kinnitanud ja detailselt kirjeldanud 36 ravikvaliteeti iseloomustavat indikaatorit kirurgia, neuroloogia, intensiivravi, sünnitusabi ja onkoloogia alal. Hetkel on töös psühhiaatria, endokrinoloogia, kardioloogia ja muude vähipaikmete indikaatorite kirjeldamine. Indikaatorite valiku peamiseks kriteeriumiteks on tõendus põhine ning rahvusvaheline võrreldavus. Ravitulemuste mõõtmine indikaatorite abil annab raviasutustele võimaluse analüüsida oma asutuse tulemusi ning võrrelda neid teistega. Oluline on ka erialade põhine analüüs ja vastav rahvusvaheline võrdlus. Pikemas perspektiivis võimaldab ravikvaliteedi indikaatorite tulemuste avalikustamine läbipaistvalt ja süsteemselt hinnata Eesti tervishoiusüsteemi ja ravikvaliteedi muutusi aja jooksul ning võrrelda Eestit teiste arenenud riikidega.

Kvaliteediindikaatorite arvutamisel ning analüüsil on otsustava tähtsusega vajalike algandmete olemasolu ja usaldusväärsus. Käesolevas kvaliteediraportis on ülevaade 18 indikaatorist, mille arvutamiseks vajalikud andmed olid kättesaadavad kas haigekassa raviarvete andmebaasist, retseptikeskusest Tervise Arengu Instituudi sünniregistrist. Lisaks on ülevaade kuuest perearstiabi peegeldavast indikaatorist maakondade lõikes. Ülejäänud, raportis mittesisalduvate indikaatorite arvutamiseks vajalike algandmete saamiseks on edaspidi vaja rakendada kas riiklike registrite või E-tervise võimalusi.

Käesolevas aruandes esitatud indikaatorid mõõdavad ravitegevuse erinevaid aspekte. Tulenevalt indikaatori kirjeldusest on analüüsis kasutatud erinevaid ajavahemikke, peamiselt 2014 a. ja 2015 a. andmeid, kuid ka kolme aasta kokkuvõtlikku analüüsi (2013-2015 a, sünnitusabi indikaatorid). Kuna enamike raportis esinevate indikaatorite arvutamisel on kasutatud raviarvel ja retseptil olevaid andmeid, siis indikaatorite väärtus sõltub mh ka raviasutuses kasutusel olevatest kodeerimispraktikatest.

Aruande lugejal tuleb meeles pidada, et üksnes käesolevas aruandes esitatud indikaatorite alusel ei saa anda hinnanguid haiglase tegevusele, kuna indikaatorite tulemused on sõltuvad väga paljude erinevate asjaolude koosmõjudest. Küll aga pakub aruanne haigla juhtidele ja klinitsistidele võimaluse analüüsida oma haigla näitajaid võrreldes teiste haiglatega, õppida teiste kogemusest ning seeläbi arendada oma haiglat. Peremeditsiinis on kvaliteedisüsteemis osalemine kõigile perearstidele 2015. aastast kohustuslik ning indikaatorite tulemused kõikidele avalikult saadaval – küll aga saab koondtulemusi vaadates hinnata krooniliste haiguste käsitlust maakonnas.

Aruande metoodikaga seotud küsimused ja kommentaarid, samuti ettepanekud edaspidiseks on teretulnud e-posti aadressil pille.lomps@haigekassa.ee.

Avaldame siirast tänu ravikvaliteedi indikaatorite nõukoja liikmetele, erialaseltside liikmetele, Tervise Arengu Instituudi töötajatele ja Eesti Haigekassa töötajatele ning kõigile teistele, kes on panustanud kliiniliste indikaatorite väljatöötamise ja raporti valmimisse. Soovime tänu avaldada ka haigekassa kauaaegsele juhatuse liikmele Mari Mathiesenile, kelle pühendumus ja töö ravikvaliteedi edendamisel on loonud eeldused käesoleva raporti valmimiseks.

Tanel Ross

Eesti Haigekassa juhatuse esimees

Prof Joel Starkopf

Ravikvaliteedi indikaatorite nõukoja esimees

ERIARSTIABI RAVIKVALITEEDI INDIKAATORID

Väljatöötatud ja kinnitatud on kokku 36 indikaatorit, mille hulgast on raviarvetelt väljaarvutatud 13 indikaatori tulemused. Sünnitusabi 5 indikaatori andmeid kogub ja arvutused teostas Tervise Arengu Instituut.

Indikaatorid on välja töötanud järgnevad erialaseltsid:

- Kolorektaalvähi indikaatorite töörühma liikmed: dr A. Elme, dr I. Seire, dr J. Soplepman, dr T. Suuroja, dr M. Valgma
Eesti Onkoloogide Selts
- Rinnavähi indikaatorite töörühma liikmed: dr R. Kütner, dr M. Kuddu, dots P. Padrik, dr K. Ojamaa
Eesti Onkoloogide Selts
- Intensiivravi indikaatorite töörühma liikmed: Prof J. Starkopf, dr I. Rätsep, dr V. Toome, dr Ü. Kivistik, dr J. Ellermaa, dr V. Fedossov, dr S. Sarapuu
Eesti Anestesioloogide Selts
- Kirurgia indikaatorite töörühma liikmed: prof P. Talving, dots U. Lepner, dots P. Padrik, dr T. Meren
Eesti Kirurgide Assotsiatsioon
- Sünnitusabi indikaatorite töörühma liikmed: prof H. Karro koostöös ENS juhatusega
Eesti Naistearstide Selts
- Neuroloogia indikaatorite töörühma liikmed: dr A. Kreis, dots J. Kõrv
Ludvig Puusepa Nimeline Neuroloogide ja Neurokirurgide Selts

Iga indikaatori juures on olemas täpne kirjeldus ja viide andmete allikale, kuid parema ülevaate saamiseks on kõikide indikaatorite detailsed kirjeldused olemas haigekassa kodulehel:

<http://www.haigekassa.ee/et/partnerile/tervishoiuteenuste-kvaliteet>

Osadel juhtudel on ühel indikaatoril kirjeldatud tulemusi mitmel graafikul, et anda parem ülevaade haiguse käsitlusest ja tulemustest, kuid vahel ka seepärast, et sama diagnoosiga haigete käsitlust on erinevalt raviarvetel kodeeritud.

Analüüsis on väljaarvutatud ka tulemuste usaldusvahemikud, mis annavad tuge tulemuste interpreteerimisel. Väga väikeste haigete arvudega maakonnahaiglate protsentuaalsed tulemused graafikul ei pruugi alati üldpilti peegeldada, parema ülevaate saamiseks on graafikutele lisatud tabelid arvuliste väärtustega.

RINNAVÄHI INDIKAATOR 1: AEG ESMASE RINNAVÄHI DIAGNOOSIGA PATSIENTIDE ESIMEST VISIIDIST RAVIASUTUSES KUNI ONKOLOOGILISE RAVI ALGUSENI

Lühiannotatsioon

Sissejuhatus. Indikaator näitab, kui suur osakaal esmastest rinnavähi diagnoosiga patsientidest saavad alustada onkospetsiifilist ravi 42 päeva jooksul peale esmast rinnavähiga tegeleva spetsialisti vastuvõttu.

Arvutus põhineb Eesti Haigekassa raviarvetelt (kirurgiline ja süsteemravi) ja retseptikeskusest (hormoonravi) saadud andmetel spetsialisti vastuvõtu kuupäeva, kirurgilise, palliatiivse või neoadjuvantse süsteemravi alustamise kuupäeva kohta.

Tulemuste interpretatsioon. Antud indikaatori arvutuste juures on kõige keerulisemaks raviarveid kasutades saada kätte patsiendid, kellel on esmaselt vastaval perioodil diagnoositud rinnavähk. Esmase diagnoosi mõiste ei ole arstkonna seas üheselt arusaadav, st kas üldse elus esimest korda konkreetne diagnoos või selles konkreet-ses haiglas esimest korda.

Limitatsioon. Tulemusi analüüsides peab arvestama, et kuna tahetakse teada onkospetsiifilise ravi algust, siis asjakohane on analüüsida vaid rinnavähi spetsiifilise raviga tegelevaid haiglaid (PERH, TÜK, ITK).

Kokkuvõte. Eesmärki, 95% patsientidest on 42 päeva jooksul peale spetsialisti vastuvõttu alustanud onkoloogilist ravi, ei suutnud ükski haiglatest tagada. Suured erinevused haiglati on seletatavad töökorralduslike erinevustega haiglati.

Onkospetsiifilise ravi alguse ajalise kriteeriumi osas on seni lähtunud sotsiaalministeeriumi poolt kinnitatud "Eesti Vähiravi Kvaliteedi Tagamise Nõuded" dokumendis esitatud nõuetest. Viidatud dokumendi indikaator 16 ütleb, et aeg onkoloogi esmasest vastuvõtust kuni ravi alustamiseni ei tohi ületada 8 nädalat. Sellega on põhjendatav alla 6 nädalase ravi alguse väike osakaal. Rahuldava alla 6 nädalase ooteaja osakaalu tagamiseks on vajalik tööjõu, diagnostika, voodikohtade ja operatsioonitubade ressursside analüüs.

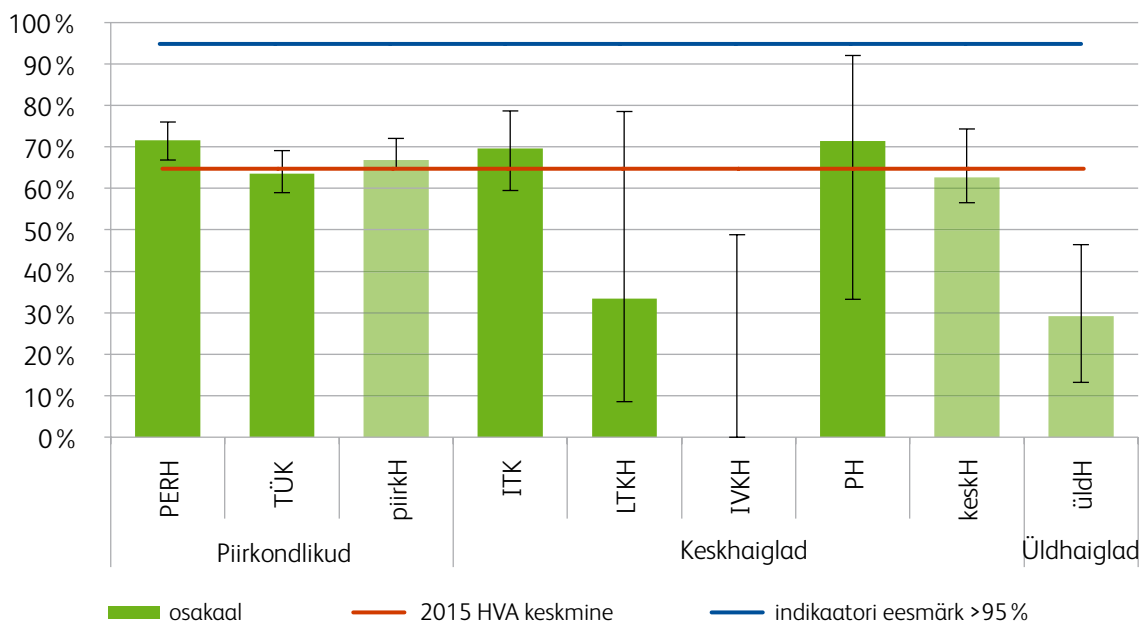
Antud indikaatorit on keeruline võrrelda rahvusvaheliselt erinevate tervishoiukorralduse süsteemide tõttu.

*Dr Riina Kütner, dr Peeter Padrik, dr Kristiina Ojamaa ja dr Margit Valgma
Eesti Onkoloogide Selts*

RINNAVÄHI INDIKAATOR 1: AEG ESMASE RINNAVÄHI DIAGNOOSIGA PATSIENTIDE ESIMESEST VISIIDIST RAVIASUTUSES KUNI ONKOLOOGILISE RAVI ALGUSENI

Nimetus	Aeg esmase rinnavähi diagnoosiga patsientide esimesest visiidist raviasutuses kuni onkoloogilise ravi alguseni.
Andmed	<p><u>Periood:</u> 01.01-31.12.2015 <u>Ravitüüp:</u> ambulatoorne <u>Diagnoos:</u> C50.0- C50.9, raviarvel mäрге „+“ (aasta esimene diagnoos) Fikseeritud vähiravi spetsialisti (üldkirurg E420, günekoloog E370, onkoloog E250, mammoloog) vastuvõtu kuupäev. Fikseeritud on neoadjuvantse, palliatiivse keemiaravi (314R) alustamise kuupäev või operatsiooni (HAB, HAC või PJD) teostamise kuupäev või hormoonravi (tamoksifeen, anastrosool, letrosool, eksemestaan, gosereliin) alustamise kuupäev (retsepti väljakirjutamise kuupäev). Eesmärk: > 95%</p> <p>Indikaatori täpsem kirjeldus on kättesaadav haigekassa kodulehel.</p>
Selgitus	<p>Patsientide osakaal (%), kellel on alustatud 42 kalendripäeva jooksul pärast üldkirurgi, günekoloogi, onkoloogi, mammoloogi vastuvõttu onkoloogilist ravi teostavas asutuses neoadjuvantset keemiaravi, hormoonravi või on teostatud operatsioon.</p> <p>Joonisel 1. on esitatud aeg esmase rinnavähi diagnoosiga patsientide esimesest visiidist raviasutuses kuni onkoloogilise ravi alguseni haiglate ja haiglaliikide lõikes ja HVA haiglad kokku.</p> <p>Joonisel 2. on esitatud aeg esmase rinnavähi diagnoosiga patsiendi esimesest visiidist (üldkirurgi, onkoloogi või günekoloogi juurde) kuni onkoloogilise ravi alguseni haiglate ja haiglaliikide lõikes ja HVA haiglad kokku.</p>

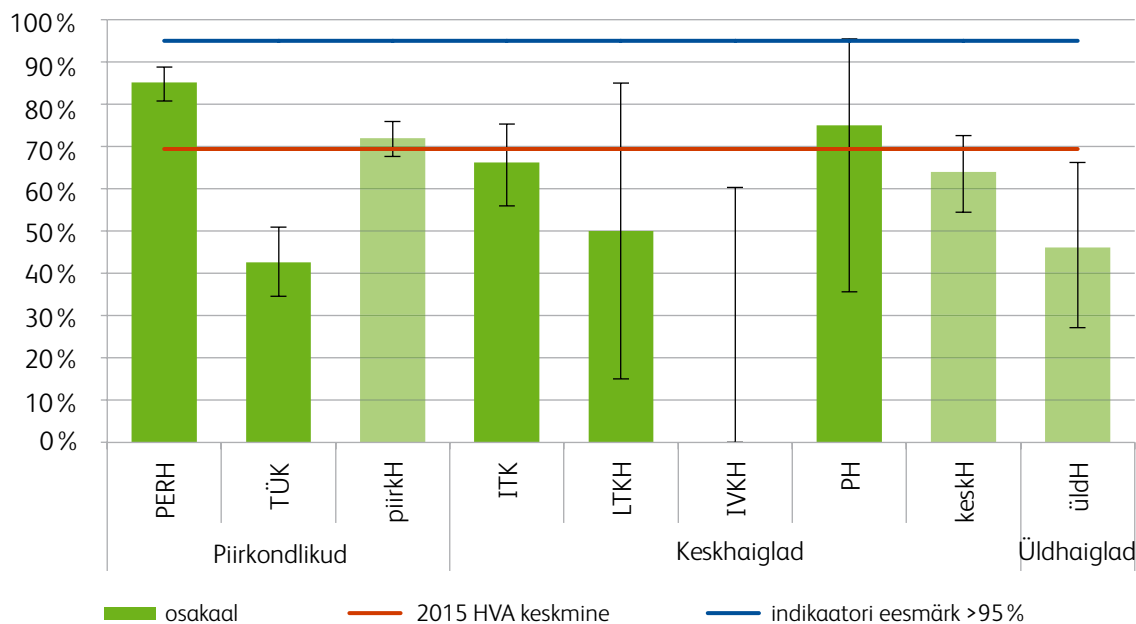
Aeg esmase rinnavähi diagnoosiga patsientide esimesest visiidist raviastutuses kuni onkoloogilise ravi alguseni, eriala kitsendust lisamata



Joonis 1.

Haigaliik	Haigla	2015. a patsiendid, kellel teenuse 314R, hormooniravi, operatsiooni arve väljastatud ≤42 päeva jooksul raviarve algusest			
		2015.a. patsientide arv, kellel esmane C50 dgn arve	arv	osakaal	osakaalu 95% usaldusvahemik
Piirkondlikud	PERH	433	312	72%	67,5-76,2%
	TÜK	280	176	63%	56,9-68,5%
	piirkH	713	488	68%	64,9-71,8%
Keskhaiglad	ITK	104	72	69%	59,3-77,8%
	LTKH	6	2	33%	6,0-75,9%
	IVKH	6	0	0%	0-48,3%
	PH	10	7	70%	35,4-91,9%
	keskH	126	81	64%	55,2-72,5%
Üldhaiglad	üldH	34	10	29%	15,7-47,7%
Kokku:		873	579	66%	63,1-69,4%

Aeg esmase rinnavähi diagnoosiga patsiendi esimesest visiidist (üldkirurgi, onkoloogi või günekoloogi juurde) kuni onkoloogilise ravi alguseni



Joonis 2.

2015. a patsiendid, kellel teenuse 314R, hormoonravi, operatsiooni arve väljastatud ≤42 päeva jooksul raviarve algusest

Haiglaliik	Haigla	2015. a patsientide arv, kellel esmane C50 diagnoosiga arve ja erialaspetsialisti arve	arv	osakaal	osakaalu 95% usaldusvahemik
Piirkondlikud	PERH	331	282	85%	80,8-88,8%
	TÜK	148	63	43%	34,6-51,0%
	piirkH	479	345	72%	67,7-76,0%
Keskhaiglad	ITK	98	65	66%	56,0-75,4%
	LTKH	4	2	50%	15,0-85,0%
	IVKH	4	0	0%	0-60,4%
	PH	8	6	75%	35,6-95,5%
	keskH	114	73	64%	54,5-72,7%
Üldhaiglad	üldH	26	12	46%	27,1-66,3%
Kokku:		619	430	69%	65,6-73,0%

RINNAVÄHI INDIKAATOR 3: INVASIIVSE RINNAVÄHIGA PATSIENTIDE OSAKAAL, KES ON SAANUD POSTOPERATIIVSET KIIRITUSRAVI RINNANÄÄRMELE PÄRAST RINDA SÄILITAVAT OPERATSIOONI

Lühiannotatsioon

Sissejuhatus. Kiiritusravi on oluline komponent varase rinnanäärme vähi ravis mõjutades lokaalset kontrolli ja pikaajalist elulemust.

Arvutustes on kasutatud Eesti Haigekassa raviarvetel olevaid andmeid 2014 aastal opereeritud patsientide kohta kolmes (PERH, TÜK, ITK) rinnavähi kirurgilise raviga tegelevas haiglas.

Eesmärgiks oli seatud, et 95% rinda säilitava operatsiooni läbinutest peab saama postoperatiivset kiiritusravi.

Tulemuste interpretatsioon. Saadud tulemustest lähtuvalt võib arvata, et umbes 15 % patsientidest ei saa ravijuhiste põhise ravi, või ei saa seda õigeaegselt. Põhjused võivad olla nii patsiendi poolsetest näitajatest tingitud, kui ka kiiritusravi halb kättesaadavus. 2014 aastal oli Eestis 4 lineaarkiirendit soovitusliku 8 asemel, mis ilmselt mõjutas kiiritusravi õigeaegset kättesaadavust.

Limitatsioonid. SA PERHi rinnavähi andmekogu analüüsi andmetel võib mõningane osa 15% seas olla ka patsientidel, kellele on tehtud rinda säilitava operatsiooni järgselt mastektomia ja nad ei vajagi operatsiooni-järgset kiiritusravi, kuid neid ei ole siinses arvutuses algalimist välja arvatud.

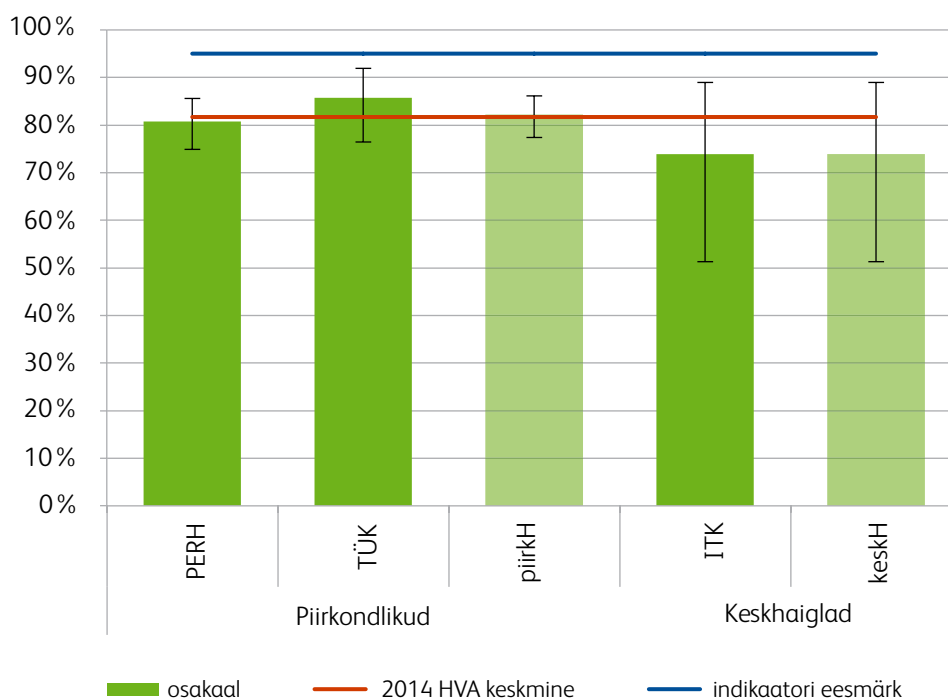
Kokkuvõte. EUSOMA võrgustiku raviasutuste andmed ei ole kahjuks võrdluseks kättesaadavad.

*Dr Riina Kütner, dr Peeter Padrik, dr Kristiina Ojamaa ja dr Margit Valgma
Eesti Onkoloogide Selts*

RINNAVÄHI INDIKAATOR 3: INVASIIVSE RINNAVÄHIGA PATSIENTIDE OSAKAAL, KES ON SAANUD POSTOPERATIIVSET KIIRITUSRAVI RINNANÄÄRMELE PÄRAST RINDA SÄILITAVAT OPERATSIOONI

Nimetus	Invasiivse rinnavähiga patsientide osakaal, kes on saanud postoperatiivset kiiritusravi rinnanäärmele pärast rinda säilitavat operatsiooni.
Andmed	<p><u>Periood:</u> 01.01-31.12.2014</p> <p><u>Ravitüüp:</u> statsionaarne ravi</p> <p><u>NCSP kood:</u> HAB00, HAB10, HAB20, HAB30, HAB40, HAB99</p> <p><u>Diagnoos:</u> RHK10 koodid C50 - C50.9</p> <p>Rinnavähi diagnoosiga patsientide osakaal, kes on saanud adjuvantset rinna kiiritusravi (RHK-10 C50-C50.9 kood ja Z51.0 kombinatsioonis) kuni 10 kuud pärast operatsiooni- kiiritusravi raviarve algust (kuni 31.10.2015).</p> <p>Valim sisaldab kindlustatud isikute raviarveid.</p> <p>Valim ei sisalda raviarveid, millel on märgitud vältimatu arstiabi osutamise tunnus.</p> <p>Eesmärk: 95%</p> <p>Indikaatori täpsem kirjeldus on kättesaadav haigekassa kodulehel.</p>
Selgitus	<p>Invasiivse rinnavähiga patsientide osakaal, kes on saanud postoperatiivset kiiritusravi rinnanäärmele pärast rinda säilitavat operatsiooni (BCT).</p> <p>Joonisel on esitatud invasiivse rinnavähiga patsientide osakaal, kes on saanud postoperatiivset kiiritusravi rinnanäärmele pärast rinda säilitavat operatsiooni haiglate ja haiglaliikide lõikes ja HVA haiglad kokku.</p>

Invasiivse rinnavähiga patsientide osakaal, kes on saanud postoperatiivset kiiritusravi rinnanäärmele pärast rinda säilitavat operatsiooni



2014. a diagnoos C50.0-C50.9 pärast rinnaoperatsiooni C50-C50.9 kood ja Z51.0 kombinatsioonis kiiritusraviarve saanud patsiendid

Haiglaliik	Haigla	2014. a patsientide arv, kellel diagnoosi C50.0-C50.9 teostatud rinda säilitav operatsioon	arv	osakaal	osakaalu 95% usaldusvahemik
Piirkondlikud	PERH	224	181	81%	74,9-85,6%
	TÜK	91	78	86%	76,4-91,9%
	piirkH	315	259	82%	77,4-86,2%
Keskhaiglad	ITK	23	17	74%	51,3-88,9%
	keskH	23	17	74%	51,3-88,9%
Kokku:		338	276	82%	77,0-85,6%

KOLOREKTAALVÄHI INDIKAATOR 1: KOLOREKTAALVÄHI DIAGNOOSIGA OPEREERITUD PATSIENTIDE POSTOPERATIIVNE 30 PÄEVA SUREMUS

Lühiannotatsioon

Sissejuhatus. 30 päeva jooksul peale operatsiooni surnud kolorektaalvähi diagnoosiga patsientide osakaal [C(%)] kõigist kolorektaalvähi diagnoosiga patsientidest, kellele teostatud kas plaaniliselt või erakorraliselt kasvaja algkolde eemaldamine.

Indikaator näitab kirurgilise ja perioperatiivse ravi kvaliteeti ja ohutust, tehtud raviotsuste optimaalsust arvestades patsiendi poolseid näitajaid.

Indikaatori arvutuseks on kasutatud 01.01.-31.12.2015 perioodil Eesti Haigekassa raviarvetelt diagnooside C18-C20 kohta saadud algkolde eemaldamisega seotud kirurgilise ravi kuupäevi ning raviarvelt pärit surma kuupäeva ≤ 30 päeva pärast operatsiooni. Plaanis oli 30 päeva suremus arvutada eraldi vähemalt plaaniliste ja erakorraliste operatsioonide kohta kasutades selleks NOMESCO koode, vastavalt ZXD10 ja ZXD00.

Tulemuste interpretatsioon. Antud raporti analüüsis saab hinnata ainult joonisel 1 kajastatud andmeid üldise 30 päeva suremuse kohta. Joonisel 1 näidatud tulemuste arvutustel ei ole eristatud plaanilisi ja erakorralisi operatsioone NSCP ZXD10 ja ZXD00 järgi. Eesti Haigekassa poolt läbi viidud pilootprojekti raames külastati kõiki kolorektaalvähi kirurgiaga tegelevaid HVA haiglaid ning selgus, et NOMESCO koode plaanilise ja erakorralise protseduuri kohta ei kasutata nn meditsiinilistel eesmärkidel, st lähtuvalt patsiendi seisundist, vaid muudel eesmärkidel, või jäetakse hoopis märkimata. Sellisele järeldusele saab jõuda ka vaadates jooniseid 2., 3., 4. ning teades kliinilist praktikat.

Antud analüüsi tulemusi ei saa seega otseselt võrrelda kirjanduse andmetel indikaatoris püstitatud eesmärkidega, st plaanilise ravi korral 30 päeva suremus alla 5% ja erakorraliste operatsioonide korral alla 15%.

Limitatsioonid. Kui soovida edaspidi kasutada indikaatoris kirjeldatud algandmete päringut raviarvetelt, tuleb raviarvutustes kinni pidada indikaatori tehnilises protokollis ära toodud NOMESCO ZXD10 ja ZXD00 kasutamise tingimustest.

Tuleb arvestada, et andmed ei ole üheselt haiglatai usaldusväärselt võrreldavad opereeritud patsientide suhteliselt väikeste absoluutarvude tõttu. Samuti ei ole arvutused kohandatud case mixi arvestades, patsientide preoperatiivse üldseisundi, vanuse, soo, kasvaja staadiumi, patsientide sotsiaalmajandusliku staatuse, kaasuvate haiguste, operatsiooni erakorralisuse või plaanilisuse, kirurgilise meetodi ega kasvaja asukoha suhtes.

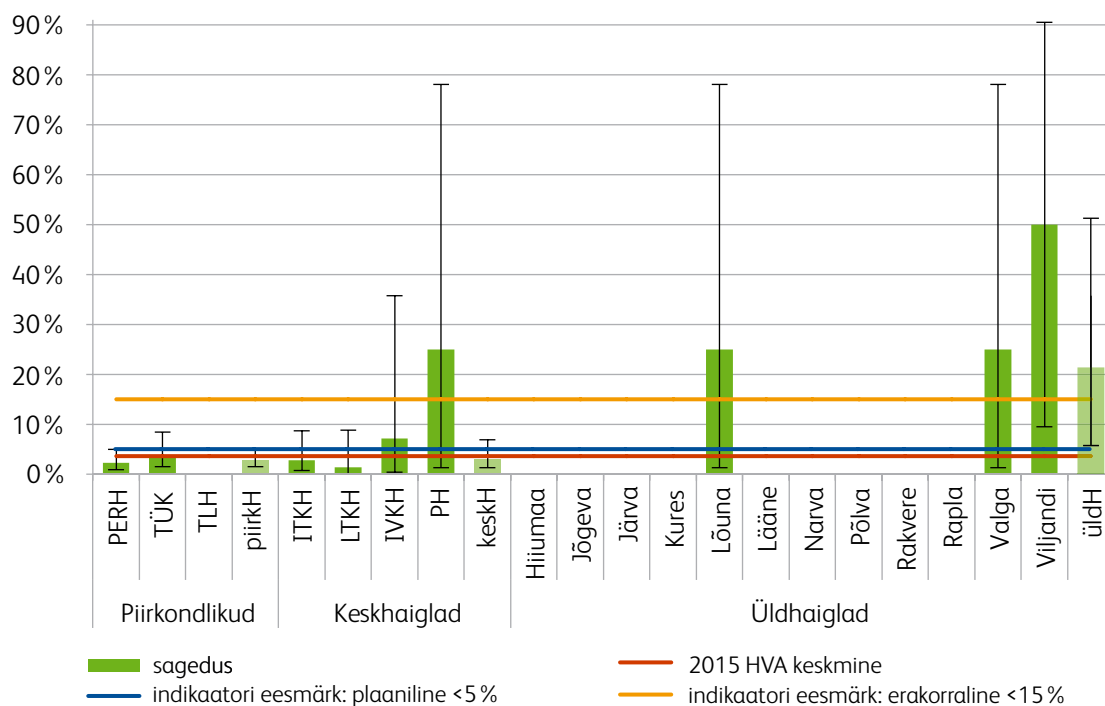
Kokkuvõte. Vaatamata piirangutele Tabelis 1. toodud arvutustes, saab üldist 30 päeva postoperatiivse suremuse näitajat 1-4% neljas süstemaatiliselt kolorektaalvähi kirurgiaga tegelevas haiglas ja 3% kogu Eesti kohta pidada heaks, st toimitakse head kliinilist praktikat järgides. Üldine 30 päeva kolorektaalvähi kirurgia postoperatiivne suremus on olnud Taani, Rootsi, Hollandi ja Ühendkuningriigi andmetel erinevates publikatsioonides 2,8-4,9%.

*Dr Margit Valgma, dr Jaan Tepp ja dr Olav Tammik
Eesti Onkoloogide Selts*

KOLOREKTAALVÄHI INDIKAATOR 1: KOLOREKTAALVÄHI DIAGNOOSIGA OPEREERITUD PATSIENTIDE POSTOPERATIIVNE 30 PÄEVA SUREMUS

Nimetus	Kolorektaalvähi diagnoosiga opereeritud patsientide postoperatiivne 30 päeva suremus.
Andmed	<p><u>Periood:</u> 01.01.- 31.12.2015 <u>Ravitüüp:</u> statsionaarne ravi <u>Põhidiagnoos:</u> C18-C20 <u>NCSP kood:</u> JFB30 JFB31 JFB40 JFB41 JFB43 JFB44 JFB46 JFB47 JFB50 JFB51 JFB60 JFB61 JFB63 JFB64; JFH00 JFH01 JFH10 JFH11 JFH20 JFH30 JFH33 JFH40 JFH96; JGB00 JGB01 JGB10 JGB11 JGB20 JGB30 JGB31 JGB40 JGB60 JGB96 JGB97 30 päeva (\leq 30 päeva operatsiooni kuupäevast) peale kasvaja algkolde eemaldamist surnud patsientide arv. Korralise protseduuri kood on ZXD10, erakorralise protseduuri kood on ZXD00 (kui raviarvel on märgitud mõlemad koodid, siis mõlemaid koode arvestatakse omaette protseduurina). Surma kuupäev. Valim sisaldab kindlustatud isikute raviarveid. Eesmärk: plaaniline operatsioon <5% ja erakorraline operatsioon <15%</p> <p>Indikaatori täpsem kirjeldus on kättesaadav haigekassa kodulehel.</p>
Selgitus	<p>30 päeva jooksul pärast operatsiooni surnud kolorektaalvähi diagnoosiga patsientide osakaal (%) kõigist kolorektaalvähi diagnoosiga patsientidest, kellele on teostatud kas plaaniliselt või erakorraliselt kasvaja algkolde eemaldamine.</p> <p>Joonisel 1. on esitatud 30 päeva jooksul pärast operatsiooni surnud kolorektaalvähi diagnoosiga patsientide osakaal haiglate ja haiglaliikide lõikes ja HVA haiglad kokku.</p> <p>Joonisel 2. on esitatud kolorektaalvähi diagnoosiga patsientide osakaal, kes on 30 päeva jooksul pärast erakorralist operatsiooni surnud haiglate ja haiglaliikide lõikes ja HVA haiglad kokku.</p> <p>Joonisel 3. on esitatud kolorektaalvähi diagnoosiga patsientide osakaal, kes on 30 päeva pärast plaanilist operatsiooni surnud haiglate ja haiglaliikide lõikes ja HVA haiglad kokku.</p> <p>Joonisel 4. on esitatud kolorektaalvähi diagnoosiga patsientide osakaal, kes on 30 päeva pärast operatsiooni (raviarvel puudub märke ZXD10 või ZXD00) surnud haiglate ja haiglaliikide lõikes ja HVA haiglad kokku.</p>

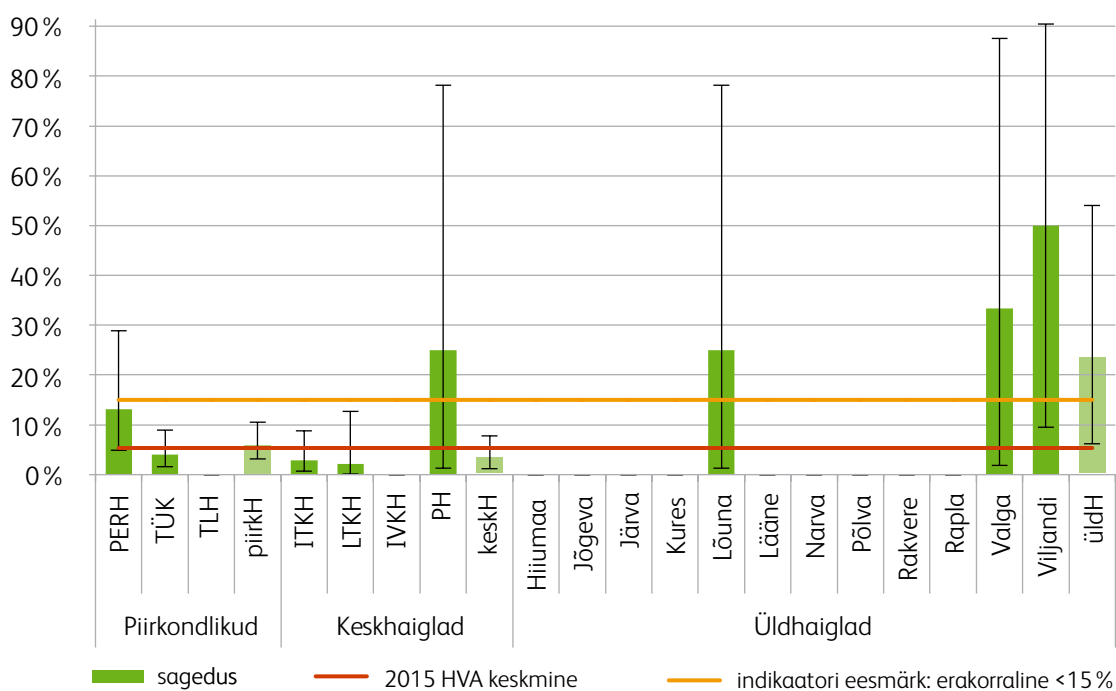
30 päeva jooksul pärast operatsiooni surnud kolorektaalvähiga patsiendid



Joonis 1.

2015. a 30 päeva jooksul peale operatsiooni surnud patsiendid					
Haiglaliik	Haigla	2015. a statsionaarsel ravil operatsiooni saanud patsientide arv	arv	sagedus	sageduse 95% usaldusvahemik
Piirkondlikud	PERH	269	6	2%	0,9-5,0%
	TÜK	159	6	4%	1,5-8,4%
	TLH	0	0	0%	0%
	piirkH	428	12	3%	1,5-5,0%
Kesksaiglad	ITKH	106	3	3%	0,7-8,7%
	LTKH	70	1	1%	0,1-8,8%
	IVKH	14	1	7%	0,4-35,8%
	PH	4	1	25%	1,3-78,1%
	keskH	194	6	3%	1,3-6,9%
Üldhaiglad	Hiiumaa	0	0	0%	0%
	Jõgeva	0	0	0%	0%
	Järva	0	0	0%	0%
	Kures	0	0	0%	0%
	Lõuna	4	1	25%	1,3-78,1%
	Lääne	0	0	0%	0%
	Narva	0	0	0%	0%
	Põlva	0	0	0%	0%
	Ralvere	4	0	0%	0%
	Rapla	0	0	0%	0%
	Valga	4	1	25%	1,3-78,1%
	Viljandi	2	1	50%	9,5-90,5%
	üldH	14	3	21%	5,7-51,2%
	Kokku:		636	21	3%

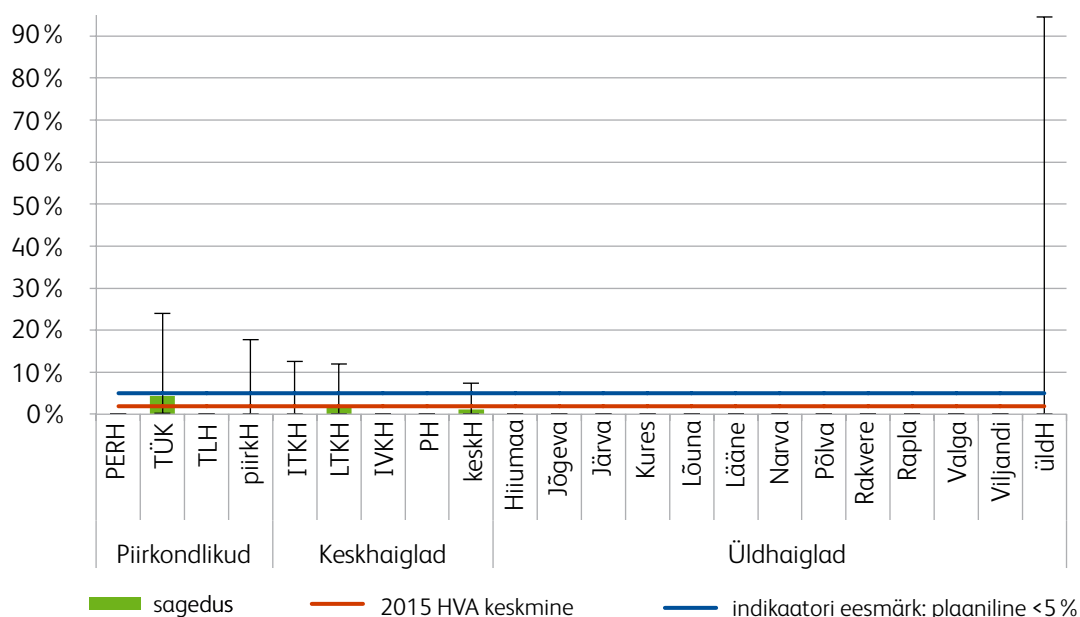
Kolorektaalvähi diagnoosiga patsientide osakaal, kes on 30 päeva jooksul pärast erakorralist operatsiooni surnud



Joonis 2.

Haiglaliik	Haigla	2015. a statsionaarsel ravil erakorralise operatsiooni saanud patsientide arv	2015. a 30 päeva jooksul pärast erakorralist operatsiooni surnud patsiendid		
			arv	sagedus	sageduse 95% usaldusvahemik
Piirkondlikud	PERH	38	5	13%	4,9-28,9%
	TÜK	149	6	4%	1,6-8,9%
	TLH	0	0	0%	0%
	piirkH	187	11	6%	3,1-10,6%
Keskhaiglad	ITKH	104	3	3%	0,7-8,8%
	LTKH	47	1	2%	0,1-12,7%
	IVKH	0	0	0%	0%
	PH	4	1	25%	1,3-78,1%
	keskH	155	5	3%	1,2-7,8%
Üldhaiglad	Hiumaa	0	0	0%	0%
	Jõgeva	0	0	0%	0%
	Järva	0	0	0%	0%
	Kures	0	0	0%	0%
	Lõuna	4	1	25%	1,3-78,1%
	Lääne	0	0	0%	0%
	Narva	0	0	0%	0%
	Põlva	0	0	0%	0%
	Rakvere	4	0	0%	0%
	Rapla	0	0	0%	0%
	Valga	3	1	33%	1,8-87,5%
	Viljandi	2	1	50%	9,5-90,5%
	üldH	13	3	23%	6,2-54,0%
	Kokku:	355	19	5%	3,3-8,4%

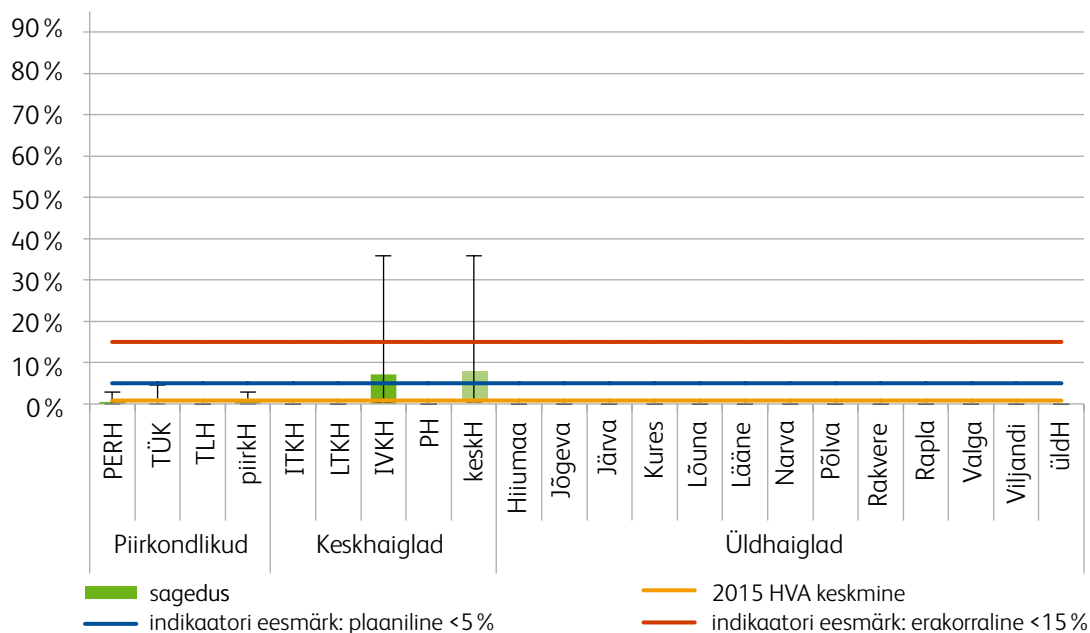
Kolorektaalvähi diagnoosiga patsientide osakaal, kes on 30 päeva pärast plaanilist operatsiooni surnud



Joonis 3.

Haiglaliik	Haigla	2015. a statsionaarsel ravil plaanilise operatsiooni saanud patsientide arv	arv	2015. a 30 päeva jooksul pärast plaanilist operatsiooni surnud patsiendid	
				sagedus	sageduse 95% usaldusvahemik
Piirkondlikud	PERH	0	0	0%	0%
	TÜK	23	1	4%	0,2-24,0%
	TLH	0	0	0%	0%
	piirkH	23	0	0%	0-17,8%
Keskhaiglad	ITKH	34	0	0%	0-12,6%
	LTKH	50	1	2%	0,1-12,0%
	IVKH	0	0	0%	0%
	PH	0	0	0%	0%
	keskH	84	1	1%	0,1-7,4%
Üldhaiglad	Hiiumaa	0	0	0%	0%
	Jõgeva	0	0	0%	0%
	Järva	0	0	0%	0%
	Kures	0	0	0%	0%
	Lõuna	0	0	0%	0%
	Lääne	0	0	0%	0%
	Narva	0	0	0%	0%
	Põlva	0	0	0%	0%
	Rakvere	0	0	0%	0%
	Rapla	0	0	0%	0%
	Valga	1	0	0%	0%
	Viljandi	0	0	0%	0%
	üldH	1	0	0%	0-94,5%
Kokku:		108	2	2%	0,3-7,2%

Kolorektaalvähi diagnoosiga patsientide osakaal, kes on 30 päeva pärast operatsiooni (raviarvel puudub märke ZXD10 või ZXD00) surnud



Joonis 4.

Haiglaliik	Haigla	2015. a statsionaarsel ravil operatsiooni saanud patsientide arv (raviarvel ZXD10 või ZXD00 märke puudub)	arv	sagedus	sageduse 95% usaldusvahemik
Piirkondlikud	PERH	231	1	0%	0-2,8%
	TÜK	1	0	0%	0-94,5%
	TLH	0	0	0%	0%
	piirkH	232	1	0%	0-2,8%
Keskhaiglad	ITKH	0	0	0%	0%
	LTKH	0	0	0%	0%
	IVKH	14	1	7%	0,4-35,8%
	PH	0	0	0%	0%
	keskH	14	1	7%	0,4-35,8%
Üldhaiglad	Hiiumaa	0	0	0%	0%
	Jõgeva	0	0	0%	0%
	Järva	0	0	0%	0%
	Kures	0	0	0%	0%
	Lõuna	0	0	0%	0%
	Lääne	0	0	0%	0%
	Narva	0	0	0%	0%
	Põlva	0	0	0%	0%
	Rakvere	0	0	0%	0%
	Rapla	0	0	0%	0%
	Valga	0	0	0%	0%
	Viljandi	0	0	0%	0%
	üldH	0	0	0%	0%
	Kokku:		246	2	1%

INTENSIIVRAVI INDIKAATOR 3: INTENSIIVRAVIJÄRGNE 12 KUU ELULEMUS

Lühiannotatsioon

Sissejuhatus. Intensiivravi tulemust peegeldavate näitajatena kasutatakse sageli haigla-, 30 päeva, 6 kuu ja 12 kuu elulemuse analüüsi. Intensiivravi kaugtulemusi iseloomustav 12 kuu elulemus on kaasajal erinevate uuringute andmetel 70-75% (1,2). Seda mõjutavad faktorid on haigete vanus, kaasuvad haigused, seisundi raskus intensiivravi alustamisel ning intensiivravisse taashospitaliseerimise vajadus. Intensiivravi läbiteinud patsiendid pöörduvad harva haiglast otse koju, nende elukvaliteet on kogupopulatsioonist oluliselt halvem (2,3).

Käesolevas analüüsis põhineb haigekassa raviarvete andmebaasil. Esialguses valimis on üle 18 a. patsiendid, kes on 2014. aasta jooksul vähemalt ühel päeval saanud intensiivravi (teenuse koodid, mis tähistavad I, II, III ja IIIa astme intensiivravi voodipäeva). Rahvusvaheliseks võrdluseks on alaanalüüsis eraldi vaadeldud patsiente, kes on saanud kõrgema, s.o. III ja IIIa astme intensiivravi. Selle taseme ravi viiakse reeglina läbi eraldiseisvates intensiivravi osakondades.

Tulemuste interpretatsioon. Valim peegeldab adekvaatselt intensiivravi töömahtu Eesti haiglates. Koguvälimis (26 054 patsienti) näeme, et intensiivravi järgne 12 kuu elulemus Eestis on 79 (78,1-79,1)% ja see on suhteliselt ühtlane haiglaliikide lõikes. Pisut üle poole intensiivravist tehakse regionaalhaiglates, kõrgema astme intensiivravist on regionaalhaiglate osakaal 70% raviteenuse kogumahust.

Kõrgema astme intensiivravi elulemus on 68 (66,6-68,9)%, mis on sarnane kirjanduses toodud rahvusvaheliste tulemustega. Regionaalhaiglates on elulemus 76 (74,4-76,9)%, mis on mõnevõrra parem kui kesk- ja üldhaiglates, vastavalt 51 (48,2-53,5)% ja 43 (39,0-47,7)%.

Limitatsioonid. 12 kuu elulemus ei võta arvesse haigete vanust, kaasuvaid haiguseid ega seisundi raskust intensiivravisse hospitaliseerimisel.

Kokkuvõte. Intensiivravi 12 kuu elulemus on Eestis enam-vähem sarnane rahvusvahelise tasemega. Regionaalhaiglate tulemused on mõnevõrra paremad kui kesk- ja üldhaiglates. Täpsemaks hindamiseks on vajalik standardiseeritud suremuskordaja analüüs, mis võtab arvesse haige vanuse, kaasuvad haigused ja seisundi raskuse intensiivravisse hospitaliseerimisel. Samuti on oluline vaadelda intensiivravisse taashospitaliseerimist, hospitaalinfektsioonide esinemist ning hilisemat elukvaliteeti.

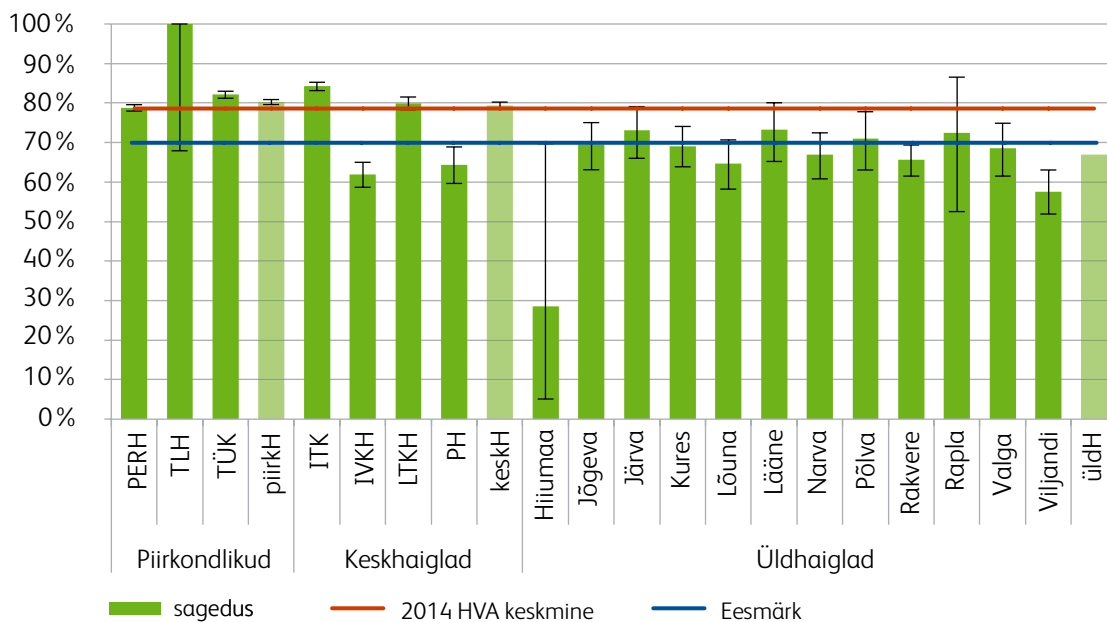
*Prof Joel Starkopf
Eesti Anestesioloogide Selts*

Viited:

1. Seethala RR, Blackney K, Hou P, et al. The Association of Age With Short-Term and Long-Term Mortality in Adults Admitted to the Intensive Care Unit. *J Intensive Care Med.* 2016 Jul 11. pii: 0885066616658230. [Epub ahead of print]
2. Steenbergen S, Rijkenberg S, Adonis T, et al. Long-term treated intensive care patients outcomes: the one-year mortality rate, quality of life, health care use and long-term complications as reported by general practitioners. *BMC Anesthesiol.* 2015 Oct 12;15:142. doi: 10.1186/s12871-015-0121-x.
3. Mukhopadhyay A, Tai BC, See KC, et al. Risk factors for hospital and long-term mortality of critically ill elderly patients admitted to an intensive care unit. *Biomed Res Int.* 2014. doi: 10.1155/2014/960575. Epub 2014 Dec 16.

INTENSIIVRAVI INDIKAATOR 3: INTENSIIVRAVIJÄRGNE 12 KUU ELULEMUS	
Nimetus	Intensiivravijärgne 12 kuu elulemus.
Andmed	<p><u>Arve periood</u>: 01.01.-31.12.2014</p> <p><u>Intensiivravi teenuse koodid</u>: 2044, 2045, 2046, 2059</p> <p><u>Vanus</u>: alates 19 eluaastast</p> <p>Kalendriaasta jooksul intensiivravi osakonnas ravitud patsientide arv (arvesse võetud individuaalse isiku perioodi viimast raviarvet).</p> <p>12 kuu pärast elus olevad patsiendid, keda on ravitud analüüsis esitatud haiglas.</p> <p>Indikaator kirjeldab intensiivravijärgset 12 kuu elulemust (patsient elus >365 päeva viimasest intensiivravi teenuse raviarve algusest)</p> <p>Eesmärk: 70%</p> <p>Indikaatori täpsem kirjeldus on kättesaadav haigekassa kodulehel.</p>
Selgitus	<p>12 kuud pärast intensiivravilt väljakirjutamist elavate patsientide osakaal.</p> <p>Joonis 1. näitab intensiivravi järgset 12 kuu elulemust haiglate ja haiglaliikide lõikes ja HVA haiglad kokku.</p> <p>Joonis 2. näitab kõrgema astme (III ja IIIa astme) intensiivravi järgset 12 kuu elulemust haiglate ja haiglaliikide lõikes ja HVA haiglad kokku.</p>

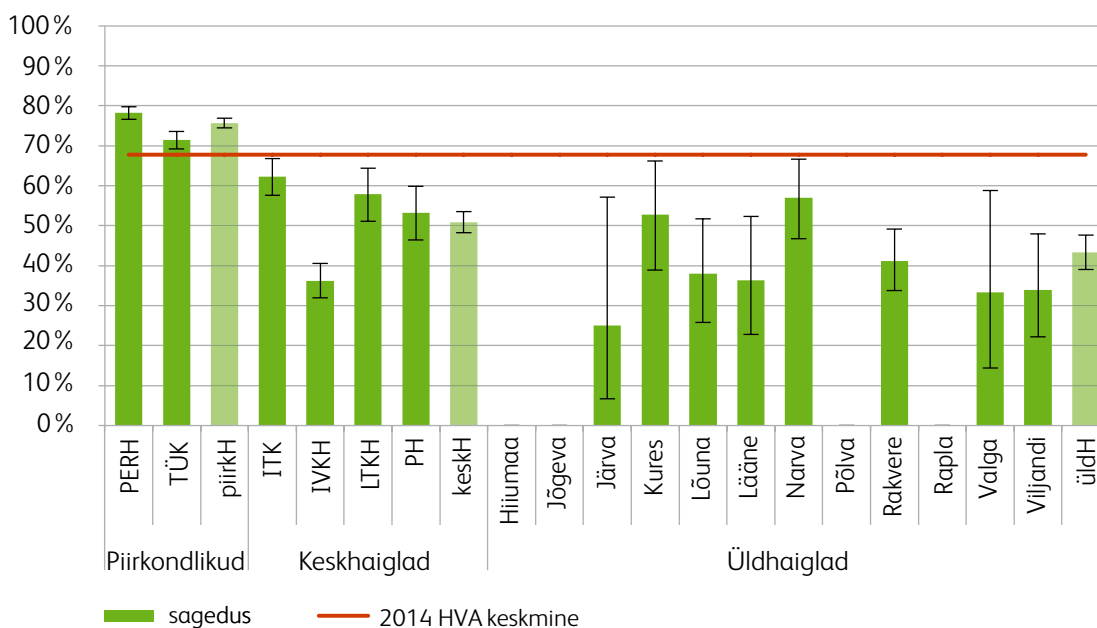
12 kuud pärast intensiivravi elus olevad patsiendid



Joonis 1.

		2014. a 12 kuud pärast hospitaliseerimist elus olevad patsiendid			
Haiglaliik	Haigla	2014. a intensiivravi teenust 2044, 2045, 2046, 2059 saanud patsientide arv	arv	sagedus	sageduse 95% usaldusvahemik
Piirkondlikud	PERH	8785	6921	79%	77,9-79,6%
	TLH	11	11	100%	67,9-100%
	TÜK	6492	5331	82%	81,2-83,0%
	piirkH	15 288	12 263	80%	79,6-80,8%
Keskhaiglad	ITK	4257	3586	84%	83,1-85,3%
	IVKH	907	561	62%	58,6-65,0%
	LTKH	2504	2002	80%	78,3-81,5%
	PH	421	271	64%	59,6-68,9%
	keskH	8089	6420	79%	78,5-80,2%
Üldhaiglad	Hiiumaa	7	2	29%	5,1-69,7%
	Jõgeva	239	166	69%	63,1-75,1%
	Järva	189	138	73%	66,0-79,1%
	Kures	330	228	69%	63,8-74,0%
	Lõuna	235	152	65%	58,2-70,7%
	Lääne	146	107	73%	65,2-80,1%
	Narva	260	174	67%	60,8-72,5%
	Põlva	155	110	71%	63,0-77,8%
	Rakvere	578	379	66%	61,5-69,4%
	Rapla	29	21	72%	52,5-86,6%
	Valga	200	137	69%	61,5-74,8%
	Vilj	309	178	58%	51,9-63,1%
	üldH	2677	1792	67%	65,1-68,7%
	Kokku:		26 054	20 475	79%

Kõrgema astme (III ja IIIa astme) intensiivravi järgne 12 kuu elulemus



Joonis 2.

2014. a 12 kuud pärast hospitaliseerimist elus patsiendid, kes on saanud teenust 2046, 2059						
Haiglaliik	Haigla	2014. a intensiivravi teenust 2046, 2059 saanud patsientide arv	arv	sagedus	sageduse 95% usaldusvahemik	
Piirkondlikud	PERH	2806	2195	78%	76,6-79,7%	
	TÜK	1723	1231	71%	69,2-73,6%	
	piirkH	4529	3426	76%	74,4-76,9%	
Keskhaiglad	ITK	448	279	62%	57,6-66,8%	
	IVKH	490	177	36%	31,9-40,6%	
	LTKH	223	129	58%	51,1-64,4%	
	PH	218	116	53%	46,4-59,9%	
	keskH	1379	701	51%	48,2-53,5%	
Üldhaiglad	Hiiumaa	0	0	0%	MA	
	Jõgeva	0	0	0%	MA	
	Järva	12	3	25%	6,7-57,2%	
	Kures	55	29	53%	38,9-66,1%	
	Lõuna	58	22	38%	25,8-51,7%	
	Lääne	44	16	36%	22,8-52,3%	
	Narva	100	57	57%	46,7-66,7%	
	Põlva	0	0	0%	MA	
	Rakvere	165	68	41%	33,7-49,1%	
	Rapla	0	0	0%	MA	
	Valga	18	6	33%	14,4-58,8%	
	Vilj	56	19	34%	22,2-47,9%	
	üldH	508	220	43%	39,0-47,7%	
	Kokku:		6416	4347	68%	66,6-68,9%

NEUROLOOGIA INDIKAATOR 1: INSULDI DIAGNOOSIGA PATSIENTIDE OSAKAAL, KELLE AKUUTRAVI TOIMUB KESKHAIGLAS VÕI PIIRKONDLIKUS HAIGLAS

Lühiannotatsioon

Sissejuhatus. Vastavalt Euroopa Insuldiorganisatsiooni (ESO) ja Ameerika Südame ja Insuldi Assotsiatsiooni (AHA/ASA) ravisoovitustele peab akuutse insuldi käsitus toimuma insuldiüksuses (Stroke Unit). Metaanalüüs näitas, et ravi spetsialiseeritud insuldiüksuses vähendab patsientide suremust, sõltuvust kõrvalabist kui ka hooldusasutusse paigutamise vajadust võrreldes raviga üldosakonnas. Ravi ja rehabilitatsioon insuldiüksuses on efektiivne kõikidel patsientide gruppidel sõltumata soost, vanusest ja insuldi raskusastmest. Eestis on insuldiüksused piirkondlikes haiglates ja teatud mööndustega (puudub ööpäevaringne neuroloogi valve) osades keskhaiglates. Vastavalt ESO ravijuhisele, tuleb riigis luua \geq sertifitseeritud insuldiüksuste võrgustik.

Insulti haigestunud patsientide osakaal (%), kelle statsionaarne akuutravi toimub kesk- või piirkondlikus haiglas.

Tulemuste interpretatsioon. Kokkuvõttes on tulemus Eestis rahuldav (77%), kuid oluliselt vähem, kui soovitud eesmärk (90%).

Rahvusvaheliseks võrdluseks: 22,3-83,4% (Wiedmann et al. Stroke 2015;46: 579-581), Taani insuldi kvaliteediindikaatori eesmärk on \geq 90%.

Limitatsioonid. Soovitatav on esitada ravitud haigusjuhtude arv ka ravisutuste lõikes (kus insuldiga patsiente ravitakse). Tõenäoliselt on tegemist oluliste geograafiliste erinevustega, parem on ravi kättesaadavus Tartus ja Tallinnas, halvem kaugel keskustest ja saartel.

Kokkuvõte. Vajalik on kõik patsiendid, kellel on prognoos paranemiseks toimetada haiglasse, kus on insuldiüksused (stroke unit) ja ööpäevaringne valmisolek trombolüüsiks. Sertifitseeritud insuldiüksused peavad olema loodud kõikides piirkondlikes- ja keskhaiglates. Üldhaiglasesse jäävad ravile ainult patsiendid, kes on insuldieelselt väga halva funktsionaalse võimekusega (voodihaiged) või on raske kaasuva patoloogia tõttu halva prognoosiga, mistõttu ravi ei paranda patsiendi elukvaliteeti.

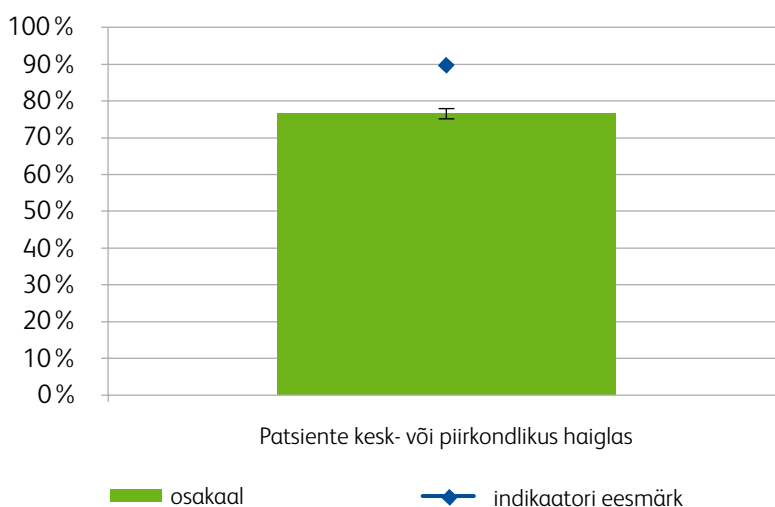
Dots Janika Kõrv ja dr Andrus Kreis

Ludvig Puusepa Nimeline Neuroloogide ja Neurokirurgide Selts

NEUROLOOGIA INDIKAATOR 1: INSULDI DIAGNOOSIGA PATSIENTIDE OSAKAAL, KELLE AKUUTRAVI TOIMUB KESKHAIGLAS VÕI PIIRKONDLIKUS HAIGLAS

Nimetus	Insuldi diagnoosiga patsientide osakaal, kelle akuutravi toimub keskhaiglas või piirkondlikus haiglas.
Andmed	<p><u>Periood</u>: arve algus 01.01.-31.12.2015</p> <p><u>Ravitüüp</u>: statsionaarne</p> <p><u>Põhidiagnoos</u>: I61.0-I61.9 või I 63.0-I63.9</p> <p><u>Vanus</u>: alates 19 eluaastast</p> <p>Hospitaliseerimise kuupäev.</p> <p>Arvesse lähevad patsiendid, kes on erakorraliselt hospitaliseeritud statsionaarsele ravile kesk- või piirkondlikusse haiglasse. Valimisse ei kuulu patsiendid, kes ei ole haiglasse sissekirjutatud - raviarve kestvus ≤ 1 päev.</p> <p>Üldhaiglate puhul lähevad arvesse raviarved, mille lõputunnus on suunamisega üldhaiglast kesk- või piirkondlikusse haiglasse (suunamise tunnused 6 ja 7).</p> <p>Patsiendi korduval insuldi haigestumisel loetakse iga akuutravi eraldi juhtumiks.</p> <p>Valim sisaldab kindlustatud isikuid.</p> <p>Valim sisaldab vältimatuid raviarveid.</p> <p>Eesmärk: 90%</p> <p>Indikaatori täpsem kirjeldus on kättesaadav haigekassa kodulehel.</p>
Selgitus	<p>Insuldi haigestunud patsientide osakaal (%), kelle statsionaarne akuutravi toimub kesk- või piirkondlikus haiglas.</p> <p>Joonisel 1. on esitatud insuldi diagnoosiga patsientide osakaal, kelle akuutravi toimub kesk- või piirkondlikus haiglas.</p> <p>Joonisel 2. Erinevate vanuserühmade 2015. aasta vältimatute insuldi ravijuhtude %, kelle ravi on toimunud kesk- või piirkondlikes haiglates.</p>

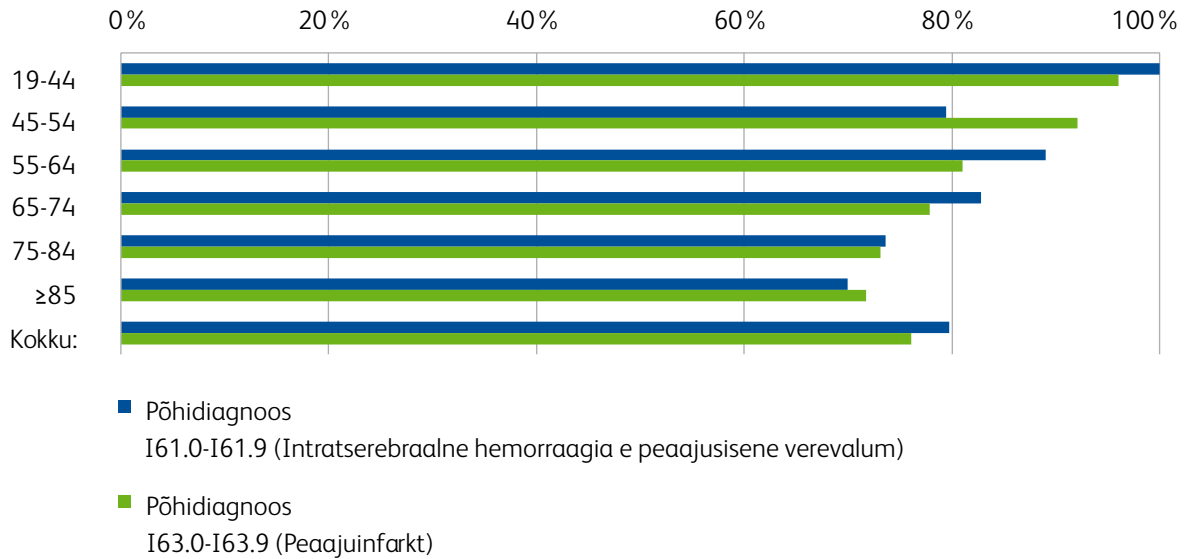
Insuldi diagnoosiga patsientide osakaal, kelle akuutravi toimub kesk- või piirkondlikus haiglas



Joonis 1.

HVA haiglad	2015. a vältimatuid insuldi ravijuhte	2015. a vältimatute insuldi ravijuhtude arv, kus ravi on toimunud kesk-ja piirkondlikes haiglates	2015. a vältimatute insuldi ravijuhtude %, kus ravi on toimunud kesk-ja piirkondlikes haiglates
Kokku:	3699	2830	77%

Erinevate vanuserühmade 2015. aasta vältimatute insuldi ravijuhtude %, kus ravi on toimunud kesk- või piirkondlikes haiglates



Joonis 2.

Vanus	2015. a vältimatuid insuldi ravijuhte		2015. a vältimatute insuldi ravijuhtude arv, kus ravi on toimunud kesk-ja piirkondlikes haiglates		2015. a vältimatute insuldi ravijuhtude %, kus ravi on toimunud kesk-ja piirkondlikes haiglates			
	Põhidiagnoos I61.0-I61.9	Põhidiagnoos I63.0-I63.9	Põhidiagnoos I61.0-I61.9	Põhidiagnoos I63.0-I63.9	Põhidiagnoos I61.0-I61.9 (Intratserebraalne hemorraagia e peajusisene verevalum)	95% usaldusvahemik	Põhidiagnoos I63.0-I63.9 (Peaajuinfarkt)	95% usaldusvahemik
19-44	15	50	15	48	100%	74,7-100%	96%	85,1-99,3%
45-54	34	126	27	116	79%	61,6-90,7%	92%	85,5-95,9%
55-64	73	442	65	358	89%	79,0-94,8%	81%	77,0-84,5%
65-74	99	822	82	640	83%	73,6-89,4%	78%	74,8-80,6%
75-84	129	1188	95	868	74%	65,0-80,8%	73%	70,4-75,6%
≥85	50	671	35	481	70%	55,2-81,7%	72%	68,1-75,0%
Kokku:	400	3299	319	2511	80%	75,4-83,5%	76%	74,6-77,6%
Kokku:	3699		2830		77% (75,1-77,9)			

NEUROLOOGIA INDIKAATOR 3: ISHEEMILISE INSULDIGA PATSIENTIDE OSAKAAL, KELLELE ON TEHTUD INTRAVENOOSNE TROMBOLÜÜS JA/VÕI MEHAANILINE TROMBI EEMALDAMINE AJUARTERITEST

Lühiannotatsioon

Sissejuhatus. Raviasutuse ööpäevane valmisolek rekanaliseerivaks protseduuriks on ravikvaliteedi näitaja. Intravenoosne (iv) trombolüüs on soovitatud kui spetsiifiline ravimeetod akuutse isheemilise insuldiga patsiendil. Eestis peab olema trombolüüsravi piirkondlike- ja keskhaiglate tasemel ööpäevaringselt tagatud.

Kõigist isheemilisse insulti haigestunud patsientide osakaal (%), kellele on teostatud intravenoosne trombolüüs sama haigusjuhu põhiselt. Mehaaniline trombi eemaldamine ajuarteritest (trombektoomia) kood lisatakse tervishoiuteenuste loetellu 2017a, mistõttu hetkel ei ole seda analüüsitud.

Tulemuste interpretatsioon. 16,4% jääb alla eesmärgile. Analüüs tõi esile erinevused raviasutuste tüüpide vahel (piirkondlikud ja keskhaiglad vs üldhaiglad). Keskhaiglate ja piirkondlike haiglate vaheliste erinevuste põhjuseks on erinev võimekus trombolüüsravi läbi viimiseks ööpäevaringselt. Keskhaiglates ei ole kehtiva määrase kohaselt nõutud neuroloogide ööpäevaringne valve, mille tulemuseks on halvem ravi kättesaadavus (Pärnu Haigla, IVKH). Üldhaiglates ei ole üldse võimekust trombolüüsi teostamiseks (pole neuroloogi valvet ka päevasel ajal). Protseuur ei ole kõikides Eesti piirkondades võrdselt kättesaadav (keskustest kaugemalolevad piirkonnad, saared).

Tulemused on paremad, kui mujal (1,3-9,1%)¹. Taani kvaliteediindikaator $\geq 10\%$. Võrreldes teiste riikidega on tulemus hea.

Limitatsioonid. Piiranguid ei ole, andmed on realistlikud.

Kokkuvõte. Indikaatori eesmärk on jälgida trombolüüsi teostuse trende Eestis. Ravistandarditest lähtuv soovitud trombolüüsi teostus on 30% kõikidest isheemilisse insulti haigestunud patsientidest, mis on hetkel standardiks maailma parimates keskustes. Oluline on tagada, et kõik isheemilise insuldiga patsiendid, kellele vastunäidustusi ei ole, saaksid rekanaliseerivat ravi (trombolüüs ja/või trombektoomia). Eestis on probleemiks piirkondlikud erinevused. Keskhaiglates on vajalik tagada neuroloogi ööpäevaringne valvering. Kiirabi peab toimetama sobivad trombolüüsravi kandidaadid otse lähimasse trombolüüsravi võimekusega raviasutusse (kesk- ja piirkondlikud haiglad). Geograafiliselt isoleeritud piirkondades (saared) on vajalik ka üldhaiglate tasemel tagada valmisolek trombolüüsraviks kas telemeditsiini abil või transportida sobivad patsiendid raviasutusse, kus on olemas trombolüüsraviks valmisolek.

Dots Janika Kõrv ja dr Andrus Kreis

Ludvig Puusepa Nimeline Neuroloogide ja Neurokirurgide Selts

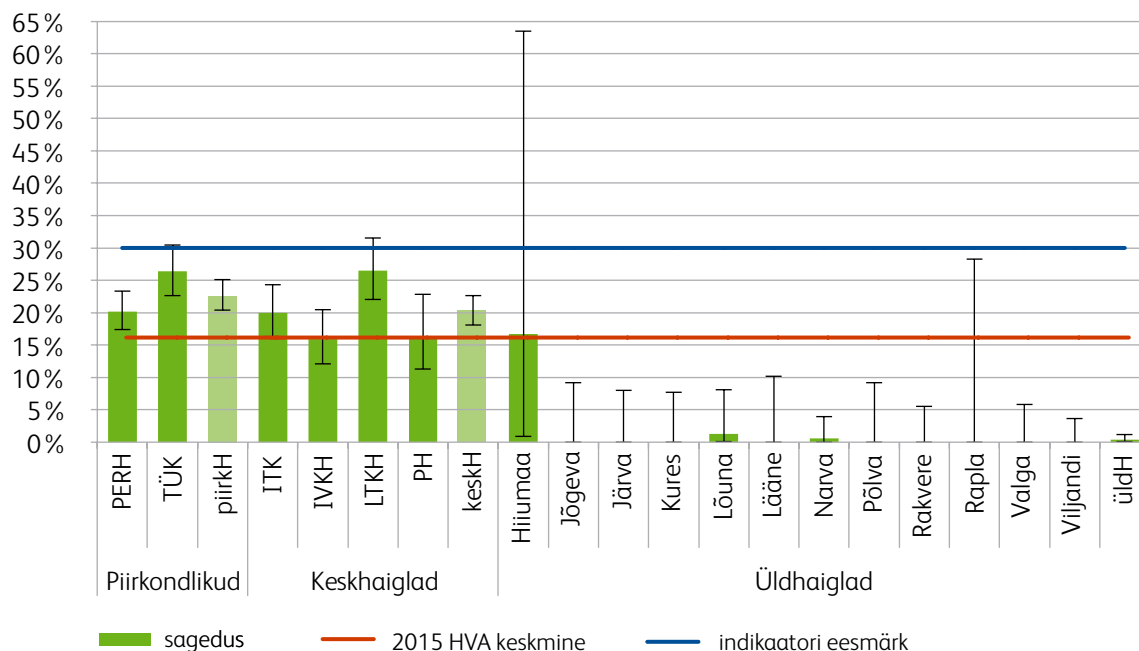
Viited:

1. Wiedmann et al. Stroke 2015;46: 579-581

NEUROLOOGIA INDIKAATOR 3: ISHEEMILISE INSULDIGA PATSIENTIDE OSAKAAL, KELLEL ON TEHTUD INTRAVENOOSNE TROMBOLÜÜS JA/VÕI MEHAANILINE TROMBI EEMALDAMINE AJUARTERITEST

Nimetus	Isheemilise insuldiga patsientide osakaal, kellel on tehtud rekanaliseeriv protseduur (trombolüüs või mehaaniline trombi eemaldamine ajuarteritest).
Andmed	<p><u>Periood</u>: arve algus 01.01.-31.12.2015</p> <p><u>Ravitüüp</u>: statsionaarne</p> <p><u>Põhidiagnoos</u>: RHK I63.0-I63.9</p> <p><u>Trombolüüsi kood</u>: 212R</p> <p>Mehaaniline trombi eemaldamine ajuarteristes (trombektoomia): tervishoiuteenuste loetellu lisatakse kood 2017a.</p> <p><u>Vanus</u>: alates 19 eluaastast</p> <p>Arvesse lähevad patsiendid, kes on erakorraliselt hospitaliseeritud statsionaarsele ravile. Valemissis ei kuulu patsiendid, kes ei ole haiglasse sissekirjutatud - raviarve kestvus < 1 päev.</p> <p>Patsiendi korduval insuldi haigestumisel loetakse iga ravijuhtu eraldi juhtumiks.</p> <p>Eesmärk: 30%</p> <p>Indikaatori täpsem kirjeldus on kättesaadav haigekassa kodulehel.</p>
Selgitus	<p>Kõigist isheemilise insuldi haigestunud patsientide osakaal (%), kellele on teostatud intravenoosne trombolüüs või mehaaniline trombi eemaldamine ajuarteritest sama haigusjuhu põhisel.</p> <p>Joonisel on esitatud isheemilise insuldiga patsientide osakaal, kellel on teostatud rekanaliseeriv protseduur (trombolüüs või mehaaniline trombi eemaldamine ajuarteritest) osakaalud haiglate ja haiglaliikide lõikes ja HVA haiglad kokku.</p>

Isheemilise insuldiga patsiendid, kellel on teostatud rekanaliseeriv protseduur (trombolüüs või mehaaniline trombi eemaldamine ajuarteritest)



2015. a vältimatud isheemilise insuldiga ravijuhud, kus on tehtud rekanaliseeriv protseduur					
Haiglaliik	Haiglad	2015. a vältimatud isheemilise insuldiga ravijuhud	arv	sagedus	sageduse 95% usaldusvahemik
Piirkondlikud	PERH	753	152	20,2%	17,4-23,3%
	TÜK	508	134	26,4%	22,6-30,5%
	piirkH	1261	286	22,7%	20,4-25,1%
Keskhaiglad	ITK	410	82	20,0%	16,3-24,3%
	IVKH	315	50	15,9%	12,1-20,5%
	LTKH	347	92	26,5%	22,0-31,5%
	PH	172	28	16,3%	11,3-22,8%
	keskH	1244	252	20,3%	18,1-22,6%
	Üldhaiglad	Hiiumaa	6	1	16,7%
Jõgeva		48	0	0,0%	0-9,2%
Järva		56	0	0,0%	0-8,0%
Kures		58	0	0,0%	0-7,7%
Lõuna		76	1	1,3%	0,1-8,1%
Lääne		43	0	0,0%	0-10,2%
Narva		157	1	0,6%	0-4,0%
Põlva		48	0	0,0%	0-9,2%
Rakvere		83	0	0,0%	0-5,5%
Rapla		13	0	0,0%	0-28,3%
Valga		79	0	0,0%	0-5,8%
Viljandi		127	0	0,0%	0-3,7%
üldH		794	3	0,4%	0,1-1,2%
Kokku:		3299	541	16,4%	15,2-17,7%

NEUROLOOGIA INDIKAATOR 7: OSAKAAL AJUINFARKTI JA KODADE VIRVENDUSARÜTMIAGA PATSIENTIDEST, KELLELE ON MÄÄRATUD PÜSIV SUUKAUDNE ANTIKOAGULANTRAVI 12 KUUD+1 PÄEV HILJEM ALATES AKUUTSEST AJUINFARKTIST

Lühiannotatsioon

Sissejuhatus. Suukaudne antikoagulantravi on näidustatud patsientidele, kellel on ajuinfarkt ja mittevälvulaarne kodade virvendusartütmiat (paroksüsmaalne või permanentne). Oluline on, et patsient jääks vastunäidustuste puudumisel püsivalt suukaudsele antikoagulantravile. Kõikidele patsientidele ei ole antikoagulantravi näidustatud, kuid riiklikul tasemel on võimalik monitoorida ajalisi trende ja piirkondlikke erinevusi.

Insulti haigestunud ja kodade virvendusarütmiaga patsientide osakaal (%), kellele on määratud püsivalt 12 kuu vältel pärast insulti haigestumist/pärast akuutravi suukaudne antikoagulantravi. Täiendavalt on arvatud isheemilise insuldi ja kodade virvendusarütmiaga patsientide osakaal, kellele on alustatud antikoagulantravi 30 päeva jooksul haigestumisest. Statsionaarist lahkumisel antakse sageli patsientidele kaasa soovitus alustada antikoagulantravi mõne nädala pärast, mistõttu on täpsem analüüsida ravimi määramist 1 kuu jooksul, mitte kohe haiglast lahkumisel. Tähtis on järjepidevuse tagamine, et patsient oleks püsival ravil ka pärast akuutravi lõppu (12 kuud pärast haiglaravi).

Tulemuste interpretatsioon. Analüüs tõi esile suured erinevused raviasutuste lõikes mõlemal ajaetapil (30 p ja 12 k). See võib osaliselt peegeldada erinevusi patsientide osas (rohkem vastunäidustustega patsiente üldhaiglates). Parem on tulemus kesk- ja piirkondlikes haiglates, kuid ka siin on erinevusi. Tallinna ja Tartu suurhaiglatesse ning Pärnu Haigla ja IVKH raviasutustesse satuvad kõik patsiendid vastavast piirkonnast (st ei ole selekteeritud). Siiski on erinevused ka siin suured (Pärnu haigla ja IVKH). Kõikides raviasutustes on tulemused indikaatori eesmärgist halvemad. Suuri erinevusi 30 p vs 12 k pärast hospitaliseerimist ei ole, mis näitab, et suur osa patsientidest saab püsiravi ka 1 aasta pärast ravimi esmakordset määramist.

Antikoagulantravi määramine/soovitamine statsionaarist lahkumisel 23,7 -57,3% (1). Taani kvaliteediindikaatori eesmärk on 95% (alustatud 14 päeva jooksul hospitaliseerimisest). Tulemus on võrreldav teiste riikide andmetega, millega ei või samuti rahule jääda.

Limitatsioonid. Antikoagulantravi vastunäidustusi ei ole võimalik analüüsida retrospektiivselt/raviarvete alusel. Indikaator ei mõõda patsiendi raviskeemi järgimist, st määratud ravi tegelikku kasutamist. Analüüsitud on statsionaarsete raviasutuste järgi, kuhu patsient hospitaliseeriti, kuid 12 kuud pärast akuutset ravi oleks võib olla õigem analüüsida indikaatorit patsientide elukoha järgi (perearstikeskuste kaupa).

Kokkuvõte. Tulemus on oodatust parem, kuid jääb alla eesmärgile. Probleemiks on erinevused raviasutuste vahel, mis ka peegeldavad piirkondlikke erinevusi.

Dots Janika Kõrv ja dr Andrus Kreis

Ludvig Puusepa Nimeline Neuroloogide ja Neurokirurgide Selts

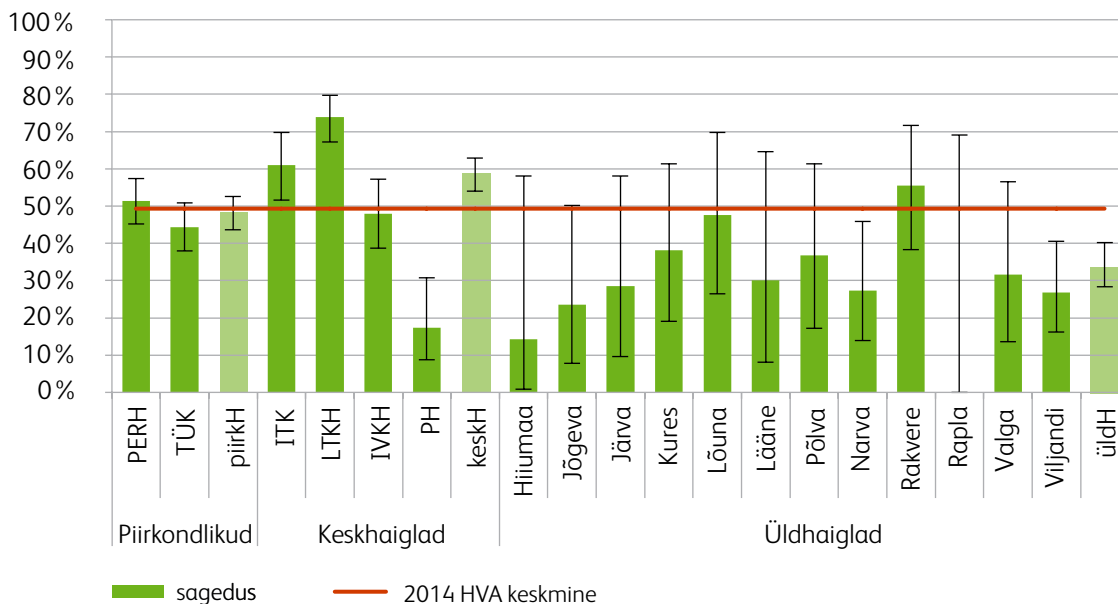
Viited:

1. Wiedmann et al. Stroke 2015;46: 579-581

NEUROLOOGIA INDIKAATOR 7: OSAKAAL AJUINFARKTI JA KODADE VIRVENDUSARÜTMIAGA PATSIENTIDEST, KELLELE ON MÄÄRATUD PÜSIV SUUKAUDNE ANTIKOAGULANTRAVI 12 KUUD+1 PÄEV HILJEM ALATES AKUUTSEST AJUINFARKTIST

Nimetus	Osakaal ajuinfarkti ja kodade virvendusarütmiaaga patsientidest, kellele on määratud püsiv suukaudne antikoagulantravi 12 kuud+1 päev hiljem alates akuutsest ajuinfarktist.
Andmed	<p><u>Period:</u> alanud 01.01-31.12.2014.</p> <p><u>Ravitüüp:</u> statsionaarne</p> <p><u>Põhidiagnoos:</u> I63.0-I63.9</p> <p><u>Kaasuv diagnoos:</u> I48 mittevalvulaarne kodade virvendusartütümia (paroksüsmaalne või permanentne)</p> <p><u>Vanus:</u> alates 19. eluaastast.</p> <p>Arvestuse alguseks on hospitaliseerimise kuupäev.</p> <p>Valim sisaldab raviarveid, millel on märgitud vältimatu arstiabi osutamise tunnus.</p> <p>Retseptikeskusest kogutavad andmed:</p> <p>Toimeained: dabigatran, rivaroksabaan, apiksabaan või varfariin (B01AE07,B01AF01, B01AF02,B01AA03)</p> <p>12 kuud+1 päev hiljem peale hospitaliseerimist on patsiendil olemas Retseptikeskuses aktiivne antikoagulantravi retsept.</p> <p>Antikoagulantravi retsepti kirjutamise kuupäev ja raviastutus kust haige välja kirjutati.</p> <p>Indikaator on välja arvatud raviarvete ja retseptikeskuse andmete põhjal.</p> <p>Eesmärk: 75%</p> <p>Indikaatori täpsem kirjeldus on kättesaadav haigekassa kodulehel.</p>
Selgitus	<p>Insulti haigestunud ja kodade virvendusarütmiaaga patsientide osakaal (%), kellele on määratud püsivalt 12 kuu vältel peale insulti haigestumist suukaudne antikoagulantravi.</p> <p>Joonis 1. Osakaal ajuinfarkti ja kodade virvendusarütmiaaga patsientidest, kellele on määratud suukaudne antikoagulantravi raviarve lõpust 30 päeva jooksul.</p> <p>Joonis 2. Osakaal ajuinfarkti ja kodade virvendusarütmiaaga patsientidest, kellele on määratud püsiv suukaudne antikoagulantravi 12 kuu+1 päev hiljem alates akuutsest ajuinfarktist.</p>

Osakaal ajuinfarkti ja kodade virvendusarütmiaga patsientidest, kellele on määratud püsiv (12 kuud) suukaudne antikoagulantravi raviarve lõpust 30 päeva jooksul

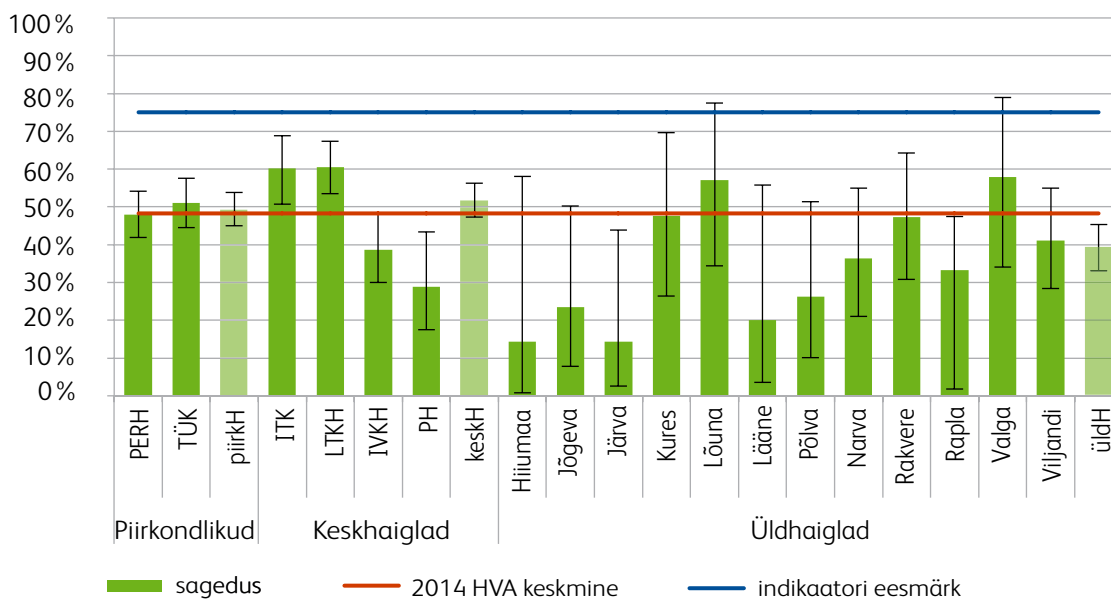


Joonis 1.

2014. a ajuinfarkti ja virvendusarütmiaga patsiendid, kellele on määratud püsiv (12 kuud) suukaudne antikoagulantravi 30 päeva jooksul raviarve lõpust

Haiglaliik	Haigla	2014. a ajuinfarkti ja virvendusarütmiaga patsientide arv	arv	sagedus	sageduse 95% usaldusvahemik
Piirkondlikud	PERH	271	139	51%	45,2-57,4%
	TÜK	237	105	44%	37,9-50,9%
	piirkH	508	244	48%	43,6-52,5%
Keskhaiglad	ITK	118	72	61%	51,6-69,7%
	LTKH	203	150	74%	67,2-79,7%
	IVKH	119	57	48%	38,7-57,2%
	PH	52	9	17%	8,7-30,8%
	keskH	492	288	59%	54,0-62,9%
Üldhaiglad	Hiiumaa	7	1	14%	0,8-58,0%
	Jõgeva	17	4	24%	7,8-50,2%
	Järva	14	4	29%	9,6-58,0%
	Kures	21	8	38%	19,0-61,3%
	Lõuna	21	10	48%	26,4-69,7%
	Lääne	10	3	30%	8,1-64,6%
	Põlva	19	7	37%	17,2-61,4%
	Narva	33	9	27%	13,9-45,8%
	Rakvere	36	20	56%	38,3-71,7%
	Rapla	3	0	0%	0-69,0%
	Valga	19	6	32%	13,6-56,5%
	Vilj	56	15	27%	16,2-40,5%
	üldH	256	87	34%	28,3-40,2%
Kokku:		1256	619	49%	46,5-52,1%

Osakaal ajuinfarkti ja kodade virvendusarütmiaiga patsientidest, kellele on määratud püsiv suukaudne anti-koagulantravi 12 kuud + 1 päev hiljem alates akuutsest ajuinfarktist



Joonis 2.

2014. a ajuinfarkti ja virvendusarütmiaiga patsiendid, kellele on määratud püsiv suukaudne antikoagulantravi 12 kuud+1 päev hiljem alates hospitaliseerimisest

Haigaliik	Haigla	2014. a ajuinfarkti ja virvendusarütmiaiga patsientide arv	arv	sagedus	sageduse 95% usaldusvahemik
Piirkondlikud	PERH	271	130	48%	41,9-54,1%
	TÜK	237	121	51%	44,5-57,6%
	piirkH	508	251	49%	45,0-53,8%
Keskhaiglad	ITK	118	71	60%	50,7-68,9%
	LTKH	203	123	61%	53,5-67,3%
	IVKH	119	46	39%	30,0-48,1%
	PH	52	15	29%	17,5-43,3%
	keskH	492	255	52%	47,3-56,3%
Üldhaiglad	Hiiumaa	7	1	14%	0,8-58,0%
	Jõgeva	17	4	24%	7,8-50,2%
	Järva	14	2	14%	2,5-43,8%
	Kures	21	10	48%	26,4-69,7%
	Lõuna	21	12	57%	34,4-77,4%
	Lääne	10	2	20%	3,5-55,8%
	Põlva	19	5	26%	10,1-51,4%
	Narva	33	12	36%	21,0-54,9%
	Rakvere	36	17	47%	30,8-64,3%
	Rapla	3	1	33%	1,8-47,5%
	Valga	19	11	58%	34,0-78,9%
	Vilj	56	23	41%	28,4-55,0%
	üldH	256	100	39%	33,1-45,4%
Kokku:		1256	606	48%	45,5-51,1%

NEUROLOOGIA INDIKAATOR 8: ESIMESE KUU JOOKSUL PÄRAST INSULTI HAIGESTUMIST TAASTUSRAVI SAANUD PATSIENTIDE OSAKAAL

Lühiannotatsioon

Sissejuhatus. Taastusravi on näidustatud insuldiga patsientidele võimalikult varakult pärast insulti ning see peab jätkuma kuni patsient paraneb. Kõikidele patsientidele ei ole taastusravi vajalik (täielikult paranenud ja nendele, kes ei ole akuutravilt lahkumisel veel aktiivseks taastusraviks võimelised). Seetõttu on indikaatori eesmärk seatud 50%. Riiklikul tasemel on võimalik monitoorida trende ning analüüsida piirkondlikke erinevusi. Osakaal insuldiga patsientidest, kes on saanud taastusravi 1 kuu jooksul alates hospitaliseerimise kuupäevast.

Tulemuste interpretatsioon. Tulemus on üldiselt rahuldav ja keskmine taastusravile suunatud patsientide osakaal on suurem kui indikaatori eesmärk. Paremad tulemused on kesk- ja piirkondlikes haiglates. Samas tulevad esile piirkondlikud erinevused, mis peegeldavad osalt patsientide seleksiooni (mõnedes üldhaiglates raskemad ja halvema prognoosiga patsiendid, nt Rapla Haigla), kuid tõenäoliselt on madal taastusravi saanud patsientide osakaal ülejäänud raviasutustes realne.

Rahvusvahelisi võrdlusandmeid ei ole leitud.

Limitatsioonid. Kuna analüüs põhineb taastusraviga seotud koodidele raviarvetelt, siis võib siin olla kodeerimisega seotud ebatäpsusi.

Kokkuvõte. Taastusravi (kas statsionaarne või ambulatoorne) jätkamine pärast akuutravi lõppu on oluline parema funktsionaalse võimekuse saavutamiseks. Üldiselt on taastusravi kättesaadavus rahuldav, kuid analüüs tõi esile erinevused raviasutuste lõikes. Tuleb välja selgitada piirkondlike erinevuste põhjused.

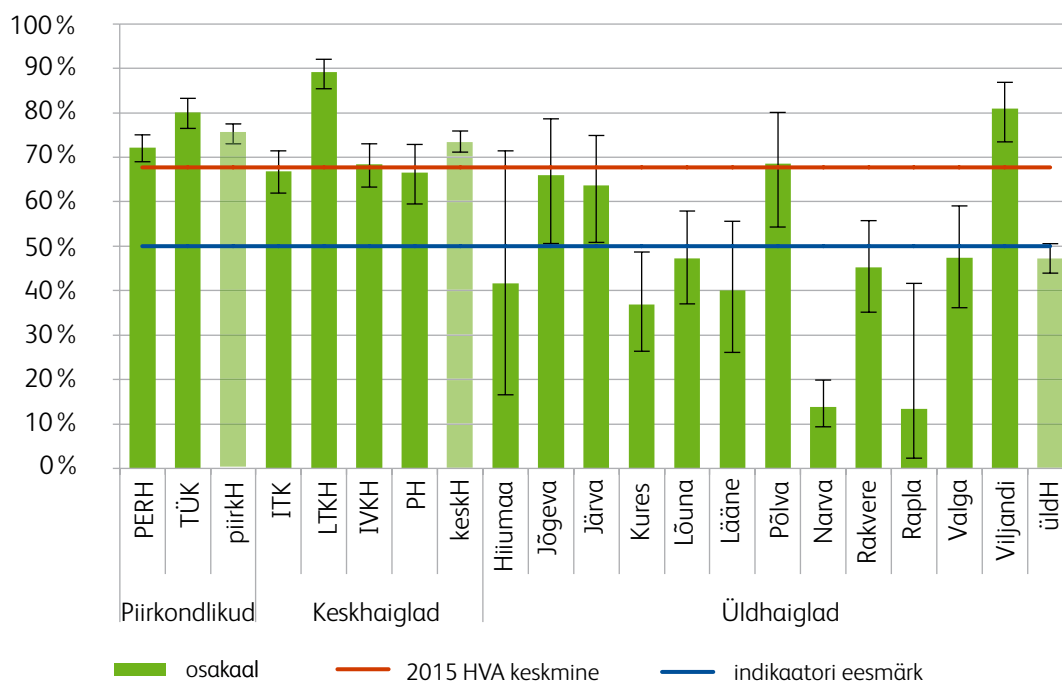
Dots Janika Kõrv ja dr Andrus Kreis

Ludvig Puusepa Nimeline Neuroloogide ja Neurokirurgide Selts

NEUROLOOGIA INDIKAATOR 8: ESIMESE KUU JOOKSUL PÄRAST INSULTI HAIGESTUMIST TAASTUSRAVI SAANUD PATSIENTIDE OSAKAAL

Nimetus	Esimese kuu jooksul pärast insulti haigestumist taastusravi saanud patsientide osakaal.
Andmed	<p><u>Periood:</u> 01.01-31.12.2015</p> <p><u>Ravitüüp:</u> statsionaarne</p> <p><u>Põhidiagnoos:</u> I63.0-I63.9 või I61.0- I61.9</p> <p><u>Taastusravi kood:</u> ambulatoorne 7050,7053 ja/ või statsionaarne TTL 8028, 8029</p> <p><u>Vanus:</u> alates 19 eluaastast</p> <p>Taastusravi alustamise kuupäev.</p> <p>Logopeediline uuring ja kuupäev (TTL 7621).</p> <p>Logopeedilise teraapia vastuvõtu kood ja kuupäev (TTL 7622).</p> <p>Hospitaliseerimise kuupäev.</p> <p>Valim sisaldab vältimatuid raviarveid.</p> <p>Eesmärk: 50%</p> <p>Indikaatori täpsem kirjeldus on kättesaadav haigekassa kodulehel.</p>
Selgitus	<p>Osakaal insuldiga patsientidest, kes on saanud taastusravi esimese kuu jooksul alates hospitaliseerimise kuupäevast.</p> <p>Joonisel on esitatud esimese kuu jooksul pärast insulti haigestumist taastusravi saanud patsientide osakaalud haiglatiikide lõikes ja HVA haiglad kokku.</p>

Esimese kuu jooksul pärast insulti haigestumist taastusravi saanud patsientide osakaalud



Haigaliik	Haigla	2015. a vältimatu insuldi diagnoosiga raviarvetega patsientide arv	2015. a 30 päeva jooksul teenust saanud patsiendid		
			arv	osakaal	osakaalu 95% usaldusvahemik
Piirkondlikud	PERH	866	625	72%	69,0-75,1%
	TÜK	563	451	80%	76,5-83,3%
	piirkH	1429	1076	75%	73,0-77,5%
Keskhaiglad	ITK	389	260	67%	61,9-71,5%
	LTKH	377	336	89%	85,4-92,0%
	IVKH	361	247	68%	63,3-73,1%
	PH	203	135	67%	59,5-72,9%
	keskH	1330	978	74%	71,1-75,9%
Üldhaiglad	Hiiumaa	12	5	42%	16,5-71,4%
	Jõgeva	47	31	66%	50,6-78,7%
	Järva	66	42	64%	50,8-74,9%
	Kures	76	28	37%	26,3-48,7%
	Lõuna	93	44	47%	37,0-57,9%
	Lääne	45	18	40%	26,1-55,6%
	Põlva	54	37	69%	54,3-80,1%
	Narva	181	25	14%	9,3-19,9%
	Rakvere	95	43	45%	35,1-55,8%
	Rapla	15	2	13%	2,3-41,6%
	Valga	78	37	47%	36,1-59,0%
	Vilj	142	115	81%	73,4-86,9%
	üldH	904	427	47%	43,9-50,5%
Kokku:		3663	2481	68%	66,2-69,2%

NEUROLOOGIA INDIKAATOR 9: ÄGEDA INSULDIHAIGE 30 PÄEVA SUREMUS

Lühiannotatsioon

Sissejuhatus. Insult on raske haigus, ligi 26% patsientidest sureb esimese kuu jooksul. Letaalsus esimese 30 päeva jooksul alates haigestumisest akuutsesse insulti (varajane tulemusnäitaja) peegeldab lisaks insuldi raskusele ka insuldi käsitlemist raviasutustes (eelkõige rekanaliseerivat ravi ja tüsistuste vältimist). Indikaatori abil võimalik on jälgida ajalisi trende riigis ning insuldi käsitlemist erinevates raviasutustes.

Insulti (isheemiline insult ja intratserebraalne hemorraagia) haigestunud patsientide osakaal, kelle haigus lõpeb letaalselt 30 päeva jooksul pärast ägedat haigestumist. Erakorraliselt statsionaarsel ravil viibinud insulti haigestunud patsiendid, kes on surnud 30 päeva jooksul peale hospitaliseerimist.

Tulemuste interpretatsioon. 30 päeva suremus on suurem kui indikaatori eesmärk. Analüüs tõi esile erinevused erinevate raviasutuste tüüpide vahel. Parem tulemus on haiglates, kus on insuldiüksused, halvim üldhaiglates. Viimane võib peegeldada selektsiooni (halvema prognoosiga patsiente ei suunata edasi kesk- või piirkondlikku haiglasse). Rahule ei saa jääda letaalsuse erinevustega keskhaiglate lõikes. Raskete surmaga lõppevate insultide põhjuseks võib olla patsientide hiline saabumine haiglasse (spetsiifiline ravi ei ole enam võimalik), ebapiisav primaarne preventatsioon, mille tulemuseks on raskemad insuldid ja haiglas tekkinud (sageli välditavad) tüsistused.

Taani kvaliteediindikaatori eesmärk on <15%, millest tulemused Eestis jäävad maha.

Limitatsioonid. Piiranguid ei ole, kuid edaspidi tuleks analüüsida insuldi alaliikide suremust tervishoiuasutuste kaupa (intratserebraalse hemorraagia letaalsus on tavaliselt 3 korda suurem kui isheemilise insuldi letaalsus).

Kokkuvõte. Analüüs tõi esile suured erinevused raviasutuste ja eri piirkondade lõikes, mille põhjuseks võivad olla erinevused insuldi raskuses (rahvastiku halb terviskäitumine, ebapiisav primaarne preventatsioon), hiline haiglasse saabumine (patsiendid ei tunne ära insuldi sümptomeid, mistõttu vastunäidustused trombolüüsiks, kiirabipersonali madal teadlikkus) ja haiglasiseses käitluses (võiditavad tüsistused). Indikaatori abil on võimalik hinnata trende nii riiklikul kui ka piirkondlikul tasemel.

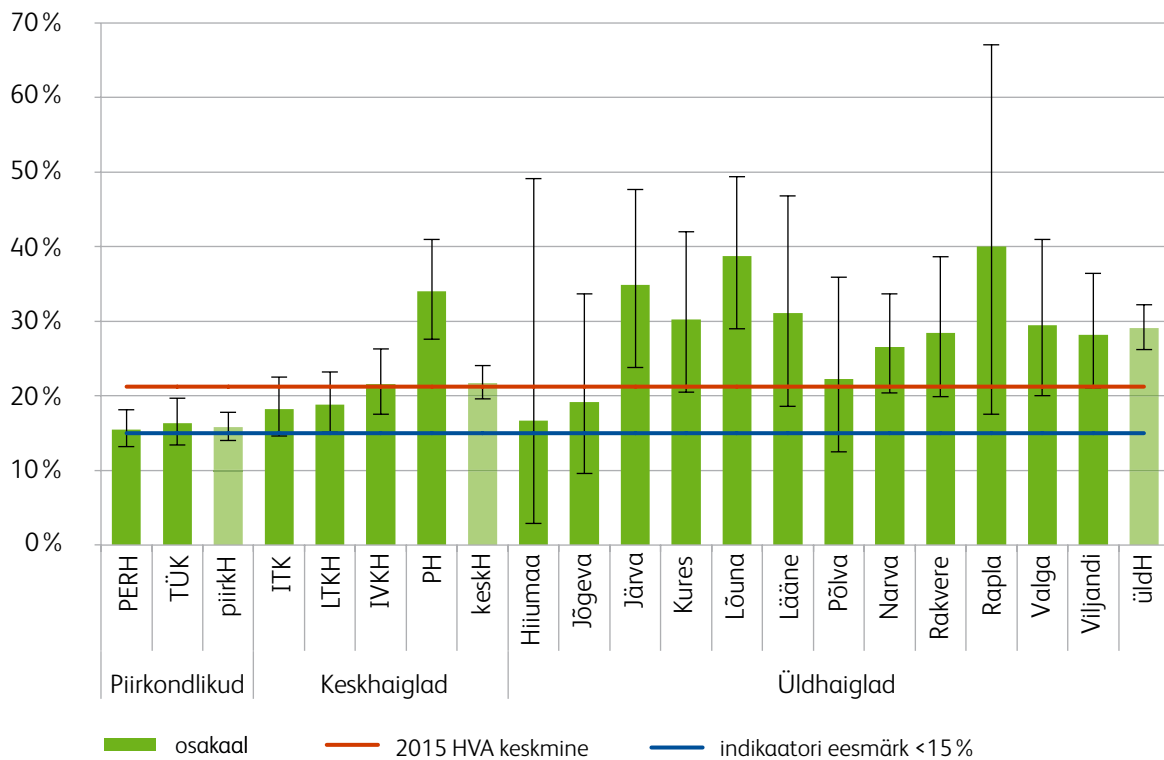
Dots Janika Kõrv ja dr Andrus Kreis

Ludvig Puusepa Nimeline Neuroloogide ja Neurokirurgide Selts

NEUROLOOGIA INDIKAATOR 9: ÄGEDA INSULDIHAIGE 30 PÄEVA SUREMUS

Nimetus	Ägeda insuldihaige 30 päeva suremus.
Andmed	<p><u>Periood</u>: 01.01-31.12.2015 <u>Ravitüüp</u>: statsionaarne <u>Põhidiagnoos</u>: I61.0-I61.9 või I63.0-I63.9 <u>Vanus</u>: alates 19. eluaastast Surmakuupäev. Valim sisaldab vältimatuid raviarveid. Indikaator kirjeldab ägeda insuldihaige 30 päeva suremust. Arvesse lähevad patsiendid, kes on erakorraliselt hospitaliseeritud statsionaarsele ravile ja surnud 30 päeva jooksul (kaasa arvatud 30. päev). Korduva hospitaliseerimise puhul algab arvestus esimesest hospitaliseerimisest ja sinna juurde arvestatakse ka isiku surmakuupäev sõltumata, millises raviasutuses on väljastatud surmakuupäevaga arve. Eesmärk: alla 15%</p> <p>Indikaatori täpsem kirjeldus on kättesaadav haigekassa kodulehel.</p>
Selgitus	<p>Insulti haigestunud patsientide osakaal, kes on surnud 30 päeva jooksul peale hospitaliseerimist.</p> <p>Joonis 1. 2015. a jooksul vältimatu insuldi raviarvega patsientide osakaal, kes on 30 päeva jooksul surnud.</p> <p>Joonis 2. Erinevate vanuserühmade 2015. aasta vältimatu insuldi raviarvega patsientide osakaal, kes on 30 päeva jooksul surnud.</p>

2015. a jooksul vältimatu insuldi raviarvega patsientide osakaal, kes on 30 päeva jooksul surnud

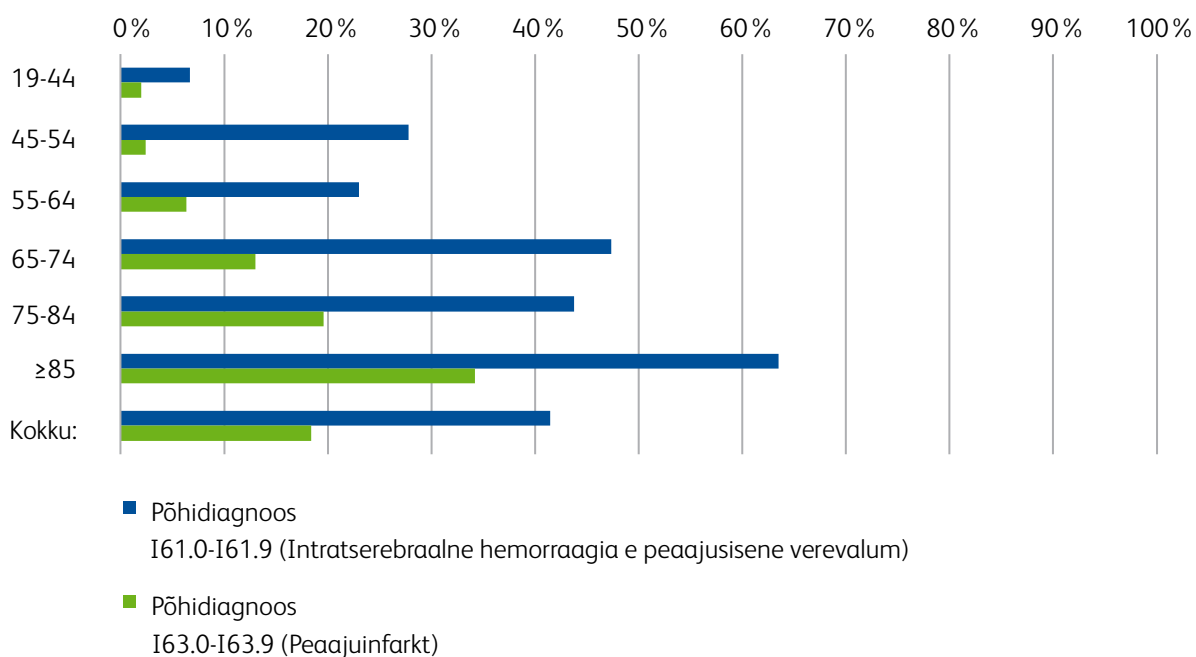


Joonis 1.

2015. a vältimatu insuldi raviarvega patsiendid, kes on 30 päeva jooksul surnud

Haiglaliik	Haigla	2015. a vältimatu insuldi diagnoosiga raviarvega patsientide arv	arv	osakaal	osakaalu 95% usaldusvahemik
Piirkondlikud	PERH	866	134	15%	13,2-18,1%
	TÜK	563	92	16%	13,4-19,7%
	piirkH	1429	226	16%	14,0-17,8%
Keskhaiglad	ITK	389	71	18%	14,6-22,5%
	LTKH	377	71	19%	15,1-23,2%
	IVKH	361	78	22%	17,5-26,3%
	PH	203	69	34%	27,6-41,0%
	keskH	1330	289	22%	19,6-24,1%
Üldhaiglad	Hiiumaa	12	2	17%	2,9-49,1%
	Jõgeva	47	9	19%	9,6-33,7%
	Järva	66	23	35%	23,8-47,7%
	Kures	76	23	30%	20,5-42,0%
	Lõuna	93	36	39%	29,0-49,4%
	Lääne	45	14	31%	18,6-46,8%
	Põlva	54	12	22%	12,5-35,9%
	Narva	181	48	27%	20,4-33,7%
	Rakvere	95	27	28%	19,9-38,7%
	Rapla	15	6	40%	17,5-67,1%
	Valga	78	23	29%	20,0-41,0%
	Vilj	142	40	28%	21,1-36,4%
	üldH	904	263	29%	26,2-32,2%
Kokku:		3663	778	21%	19,9-22,6%

Erinevate vanuserühmade 2015. a vältimatu insuldi raviarvega patsientide % kes on 30 päeva jooksul surnud



Joonis 2.

Vanus	2015. a vältimatu insuldi diagnoosiga raviarvega patsientide arv		2015. a vältimatu insuldi raviarvega patsientide arv, kes on surnud 30 päeva jooksul		2015. a vältimatu insuldi raviarvega patsiendid, kes on surnud 30 päeva jooksul			
	Põhidiagnoos I61.0-I61.9	Põhidiagnoos I63.0-I63.9	Põhidiagnoos I61.0-I61.9	Põhidiagnoos I63.0-I63.9	Põhidiagnoos I61.0-I61.9 (Intratserebraalne hemorraagia e peaajusisene verevalum) osakaal	Põhidiagnooside I61.0-I61.9 osakaalu 95% vahemik	Põhidiagnoos I63.0-I63.9 (Peaajuinfarkt) osakaal	Põhidiagnooside I63.0-I63.9 osakaalu 95% vahemik
19-44	15	49	1	1	7%	0,3-34,0%	2%	0,1-12,2%
45-54	36	122	10	3	28%	14,8-45,4%	2%	0,6-7,6%
55-64	74	423	17	27	23%	14,3-34,5%	6%	4,3-9,3%
65-74	114	797	54	104	47%	38,0-56,9%	13%	10,8-15,6%
75-84	144	1139	63	223	44%	35,6-52,3%	20%	17,3-22,0%
≥85	63	687	40	235	63%	50,4-75,0%	34%	30,7-37,9%
Kokku:	446	3217	185	593	41%	36,9-46,2%	18%	17,1-19,8%
Kokku:	3663		778		21% (19,9-22,6)			

KIRURGIA INDIKAATOR 2: PÄEVAKIRURGIA OSAKAAL KUBEMESONGA OPERATSIOONIDEL

Lühiannotatsioon

Sissejuhatus. Päevakirurgia osakaal kubemesongakirurgias erinevates riikides varieerub 10 ja 99% vahel. Rootsi näitel, on Rootsi keskmiseks 78% ja mõnedes maakondades on päevakirurgia osakaal kuni 93% operatsioonidest. Tulemit mõjutavad faktorid on haigete vanus, kaasuvad haigused ning transpordivõimalused tagasi elukohta peale operatsiooni.

Käesolevas analüüsis põhineb haigekassa raviarvete andmebaasil. Esialguses valimis on kõikide vanusegruppide patsiendid, kes 2015. aasta jooksul on opereeritud kubemesonga plastikaga. Kuna kõik haiglad ei märgi plaanilise protseduuri koodi, siis on arvestatud plaaniliseks kõik operatsiooni arved, millel on kood ZXD10 ja/või ei olnud erakorralise raviarve tunnust.

Tulemuste interpretatsioon. Indikaator seab eesmärgi 70% aga hetkel on keskmine päevakirurgiline kubemesonga operatsioonide osakaal Eestis 39%. Isegi kui 39% on reaalne number siis on kodeerimine algandmetes tulemi interpretatsiooni puuduseks.

Limitatsioonid. Valim ja tulemid vajavad korrastamist algandmete tasandil kus sisestatakse iga protseduuri kood: korraline operatsioon ZXD10, või erakorralise protseduur ZXD00. Hetkel puudub süsteemne koodide märkimine operatsiooni moodulitesse Eesti haiglates.

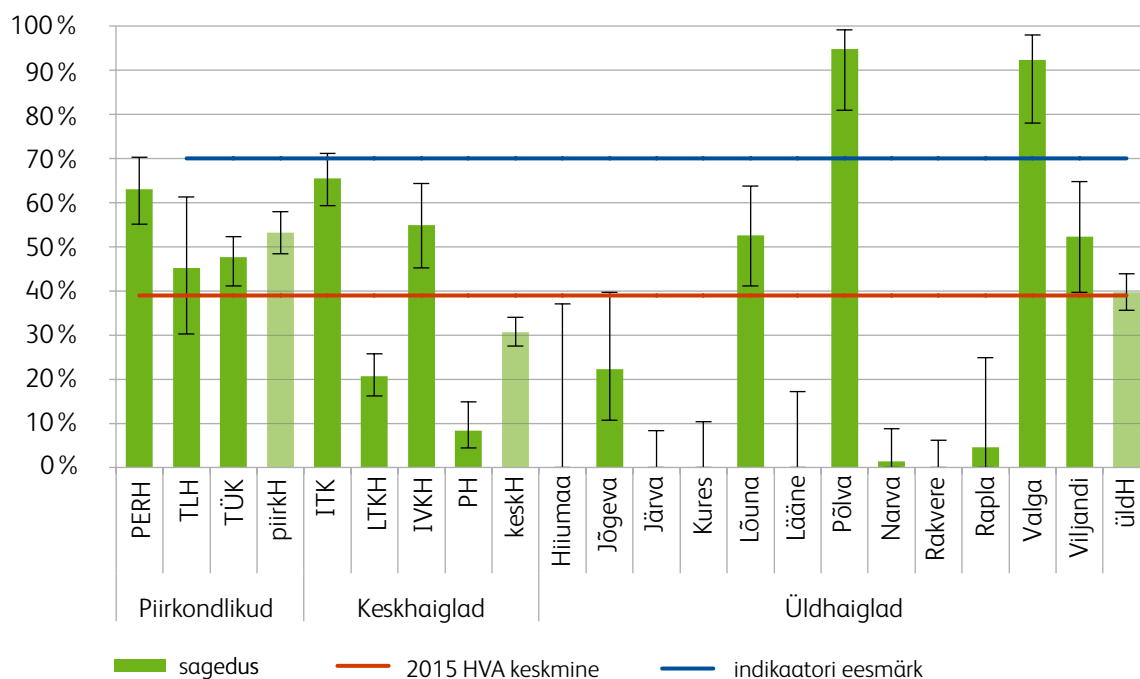
Kokkuvõte. Päevakirurgia osakaal kubemesonga ravis 39% juhtudest oleks Eestis hetkel reaalne number kuid see tulem vajab korrastamist algandmete kodeerimisega.

*Prof Peep Talving ja dots Urmas Lepner
Eesti Kirurgide Assotsiatsioon*

KIRURGIA INDIKAATOR 2: PÄEVAKIRURGIA OSAKAAL KUBEMESONGA OPERATSIOONIDEL

Nimetus	Päevakirurgia osakaal kubemesonga operatsioonidel.
Andmed	<p>Periood: 01.01-31.12.2015 Ravitüüp: päevaravi Põhidiagnoos: K40.2 või K40.9 Vanus: kõik vanusegrupid NCSP kood: JAB10 või JAB11 või JAB20 või JAB30 või JAB96 või JAB97 koodid ja plaanilise protseduuri kood ZXD10. Kuna kõik haiglad ei märgi plaanilise protseduuri koodi, siis arvestatud plaaniliseks kõik operatsiooni arved, millel on kood ZXD10 ja/või ei olnud erakorralise raviarve tunnust. Eesmärk: 70%</p> <p>Indikaatori täpsem kirjeldus on kättesaadav haigekassa kodulehel.</p>
Selgitus	<p>Päevakirurgias opereeritud kubemesonga diagnoosiga patsientide osakaal kõikidest teostatud kubemesonga operatsioonidest. Joonisel on esitatud päevakirurgias teostatud operatsioonide osakaalud haiglaliikide lõikes ja HVA haiglad kokku.</p>

Päevakirurgias teostatud operatsioonide osakaal



2015. a päevakirurgias teostatud plaanilised kubemesonga operatsioonid

Haiglaliik	Haigla	2015. a teostatud plaanilised kubemesonga operatsioonid, arv	arv	sagedus	sageduse 95% usaldusvahemik
Piirkondlikud	PERH	165	104	63%	55,1-70,3%
	TLH	42	19	45%	30,2-61,2%
	TÜK	233	111	48%	41,1-52,3%
	piirkH	440	234	53%	48,4-57,9%
Keskhaiglad	ITK	266	174	65%	59,3-71,1%
	LTKH	291	60	21%	16,2-25,8%
	IVKH	111	61	55%	45,2-64,3%
	PH	132	11	8%	4,4-14,8%
	keskH	800	245	31%	27,5-34,0%
Üldhaiglad	Hiiumaa	9	0	0%	0-37,1%
	Jõgeva	36	8	22%	10,7-39,6%
	Järva	54	0	0%	0-8,3%
	Kures	42	0	0%	0-10,4%
	Lõuna	80	42	53%	41,1-63,7%
	Lääne	24	0	0%	0-17,2%
	Põlva	38	36	95%	80,9-99,1%
	Narva	70	1	1%	0,1-8,8%
	Rakvere	73	0	0%	0-6,2%
	Rapla	22	1	5%	0,2-24,9%
	Valga	39	36	92%	78,0-98,0%
	Vilj	65	34	52%	39,6-64,7%
	üldH	552	219	40%	35,6-43,9%
	Kokku:		1792	698	39%

KIRURGIA INDIKAATOR 4: JALA AMPUTATSIOON 30 PÄEVA PÄRAST VEREVOOLU TAASTAMISE PROTSEDUURI

Lühiannotatsioon

Sissejuhatus. Alajäsemete verevoolu taastamine on sagedaseim veresoontekirurgiline sekkumine ja Eestis sooritatakse ligi 1000 sellist protseduuri aastas. Ligi pooled verevoolu taastavad operatsioonid tehakse Eestis vähem invasiivsete ehk endovaskulaarsete tehnikatega. Varajane amputatsioon, 30 päeva jooksul peale verevoolu taastavat operatsiooni, peaks olema 2-5% suurusjärgus mis sõltub haigete kaasnevatest haigustest, haigete selektsioonist ja kirurgilisest edukusesest.

Tulemuste interpretatsioon. Indikaator seab amputatsioonisageduse eesmärgi kuni 5% ja Eesti keskmine on antud valimis 3% mis on saranane teiste arenenud riikide tulemustega. Amputatsioonidena on indikaatoris defineeritud vaid suuri amputatsioone sääre ja reie tasemel ja varvaste amputatsioonid on valimist eemaldatud. Ateroskleroos on süsteemne haigus ja võib kaasata samal haigel mitmeid veresoonte segmente ja ka kombineeritud protseduurid mitmel veresoonte segmentidel ei ole kaasatud antud valimisse.

Limitatsioonid. Valim ja tulemid peegeldavad reiearteri, põlveõndlaarteri, sääre ja labajalaarterite operatsioone mõõtes tulemusena suurte amputatsioonide sagedust. Sekkumisi mitmetel veresoontesegmentidel käesolev indikaator ei mõõda. Raviarvetelt ei ilmne ka kas haige kannatas kriitilise isheemia või kroonilise isheemia all mille amputatsioonisagedused erinevad mõnevõrra kriitilise isheemia kahjuks.

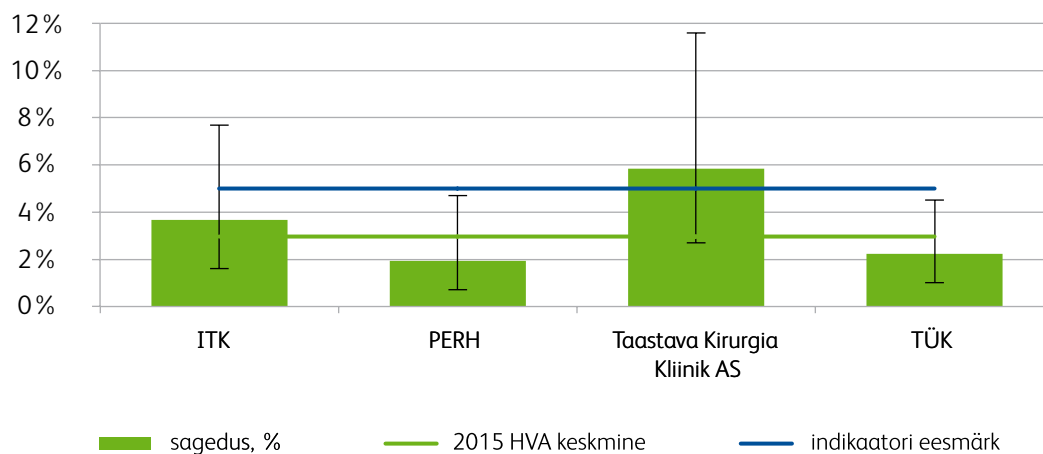
Kokkuvõte. 3% amputatsioonide osakaal alajäseme verevoolu taastava kirurgia järel on hea tulemus süsteemse ateroskleroosilise haigusega haigete grupil.

*Prof Peep Talving ja dots Urmas Lepner
Eesti Kirurgide Assotsiatsioon*

KIRURGIA INDIKAATOR 4: JALA AMPUTATSIOON 30 PÄEVA PÄRAST VEREVOOLU TAASTAMISE PROTSEDUURI

Nimetus	Alajäsemete arteriaalse revaskularisatsioonijärgne sama jäseme amputatsioonide esinemissagedus 30 päeva jooksul pärast esmast operatsiooni.
Andmed	<p><u>Periood:</u> 01.01-31.12.2015 <u>Ravitüüp:</u> statsionaarne <u>Põhidiagnoos:</u> I70.2, I72.4, I74.3 NCSP (revaskularisatsioon) koodid: PEH 10, PEH 11, PEH 12, PEH 20, PEH 30, PFA 10, PFH 10, PFH 20, PFH 21, PFH 22, PFH 23, PFH 24, PFH 25, PFH 26, PFH 27, PFH 28, PFH 29, PFH 99, PEQ10, PEQ11, PEQ12; PFP10, PFP30, PFQ10, PFQ30, PEE10, PEE11, PEE12, PEF10, PEF11, PEF12, PEG10, PEG11, PEG12, PEN10, PEN11, PEN12, PEU74, PEU76, PEU82, PEU99, PEW99, PFE10, PFE30, PFG10, PFL90, PFL95, PFN10, PFU70, PFU74, PFU76, PFU82, PFU99, PFW99.</p> <p>Revaskularisatsiooni kuupäev. Revaskularisteeritud alajäseme amputatsioon (NFQ 19, NGQ 19). Amputatsiooni kuupäev. Revaskularisatsiooni kuupäevast amputatsiooni kuupäevani kuni 30 päeva (≤ 30 päev). Eesmärk: 5%</p> <p>Indikaatori täpsem kirjeldus on kättesaadav haigekassa kodulehel.</p>
Selgitus	<p>Alajäsemete arteriaalse revaskularisatsioonijärgne sama jäseme amputatsioonide esinemissagedus 30 päeva jooksul pärast esmast operatsiooni.</p> <p>Joonisel on esitatud alajäsemete arteriaalse revaskularisatsioonijärgse sama jäseme amputatsioonide esinemissagedust 30 päeva jooksul pärast esmast operatsiooni haiglate ja haiglaliikide lõikes ja HVA haiglad kokku.</p>

Alajäseme arteriaalse revaskularisatsioonijärgse sama jäsme amputatsioonide esinemissagedus 30 päeva jooksul pärast esimest operatsiooni



2015. a teostatud amputatsiooni ravijuhud 30 p peale verevoolu taastamise protseduuri

Haigla	2015. a teostatud verevoolu taastamise protseduuri ravijuhud	arv	sagedus	sageduse 95% usaldusvahemik
ITK	190	7	4%	1,6-7,7%
PERH	258	5	2%	0,7-4,7%
Taastava Kirurgia Kliinik AS	137	8	6%	2,7-11,6%
TÜK	359	8	2%	1,0-4,5%
Kokku:	944	28	3%	2,0-4,3%

KIRURGIA INDIKAATOR 6: OPERATSIONIJÄRGNE 30 PÄEVA ERAKORRALINE REHOSPITALISEERIMINE

Lühiannotatsioon

Sissejuhatus. Operatsioonijärgne 30 päeva erakorraline rehospitaliseerimine varieerub haigete vanuse, operatsiooni raskusastmete, operatsioonide erakorralisuse ning haige riskifaktorite mõjul. Enamus publikatsioone sedastavad taaspöördumise variatsioone 3-32%. Käesolev analüüs põhineb haigekassa raviarvete andmebaasil haigete valimil kes on 2015. aasta jooksul on opereeritud NOMESCO protseduuriga haiged ja kaasatud on nii erakorralised kui plaanilised operatsioonid.

Tulemuste interpretatsioon. Eesti keskmine 3,7% rehospitaliseerimisi peale plaanilist operatsiooni ja 5% peale erakorralist operatsiooni on reaalne ja hea postoperatiivsete rehospitaliseerimiste sagedus.

Limitatsioonid. Valim ja tulemid vajavad korrastamist algandmete tasandil kus peab korrastuma protseduuri kood, kas korraline protseduur ZXD10 või erakorralise protseduur ZXD00. Erakorralised ja plaanilised operatsioonid omavad erinevaid tulemeid. Kuna paljud raviteenuseosutajad ei märgi erakorralise ja plaanilise protseduuride eristavaid koode on tulem teatud limitatsioonidega.

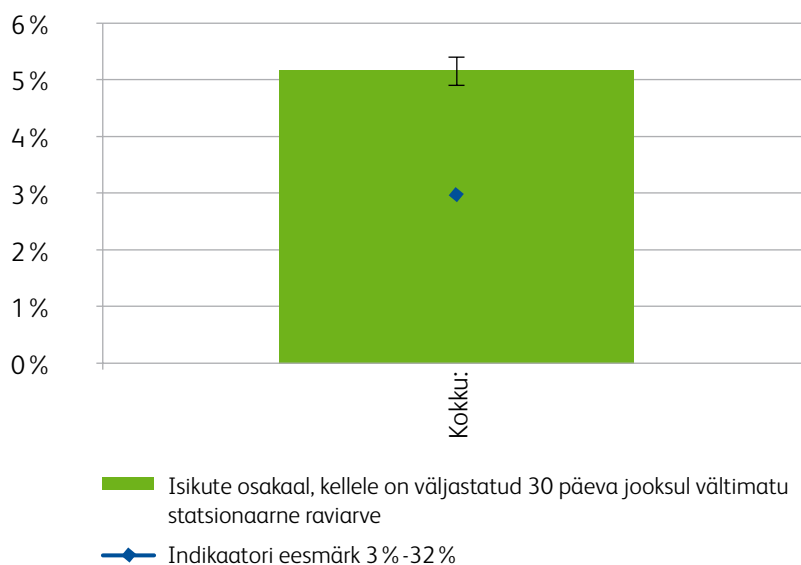
Kokkuvõte. 3,7-5,2% erakorralisi rehospitaliseerimisi 30 päeva peale kõiki operatsioone laia riskiprofiliga haigetel on adekvaatne tulem. Algandmed (erakorraline või plaaniline operatsioon) vajavad korrastamist teenuse osutaja tasemel.

*Prof Peep Talving ja dots Urmas Lepner
Eesti Kirurgide Assotsiatsioon*

KIRURGIA INDIKAATOR 6: OPERATSIOONIJÄRGNE 30 PÄEVA ERAKORRALINE REHOSPITALISEERIMINE

Nimetus	Operatsioonijärgne 30 päeva erakorraline rehospitaliseerimine.
Andmed	<p><u>Arve periood</u>: 01.01-31.12.2015 <u>Ravitüüp</u>: statsionaarne <u>Vanus</u>: kõik vanusegrupid (sh lapsed) Valimisse kuuluvad kõik operatsioonid - eristatakse erakorralised ja plaanilised protseduurid. Raviarvele on märgitud erakorralise protseduuri kood ZXD00 ja plaanilise protseduuri kood ZXD10. Teostatud operatsiooni kuupäev.</p> <p>Selgituseks analüüsi teostamisest: rehospitaliseerimise kuupäev aktiivravile - uut esitatud vältimatut raviarvet (vältimatu raviarve tunnusega) 30 päeva jooksul pärast NCSP koodiga raviarvet, käsitleme siin analüüsis operatsioonijärgse rehospitaliseerimisena. Valimisse kuuluvad kõik operatsiooni-läbi teinud patsiendid, kellel on vältimatu raviarve ja kes on aktiivravile määratud (raviarve rohkem kui 24h).</p> <p>Esmase hospitaliseerimise jälgimisperiood 01. jaanuar- 31. detsember (1 aasta). Erakorralise rehospitaliseerimise jälgimisperiood on 01. jaanuar- 30. jaanuar (1 aasta + 1 kuu). Eesmärk: 3-32%</p> <p>Indikaatori täpsem kirjeldus on kättesaadav haigekassa kodulehel.</p>
Selgitus	<p>Operatsioonijärgne 30 päeva erakorraline rehospitaliseerimine.</p> <p>Joonis 1. on näidatud isikute osakaal, kellel on 30 päeva jooksul pärast erakorralise protseduuri koodiga operatsiooni väljastatud vältimatu statsionaarne raviarve.</p> <p>Joonis 2. on näidatud isikute osakaal, kellel on väljastatud 30 päeva jooksul pärast korralise protseduuri koodiga operatsiooni väljastatud vältimatu statsionaarne raviarve.</p>

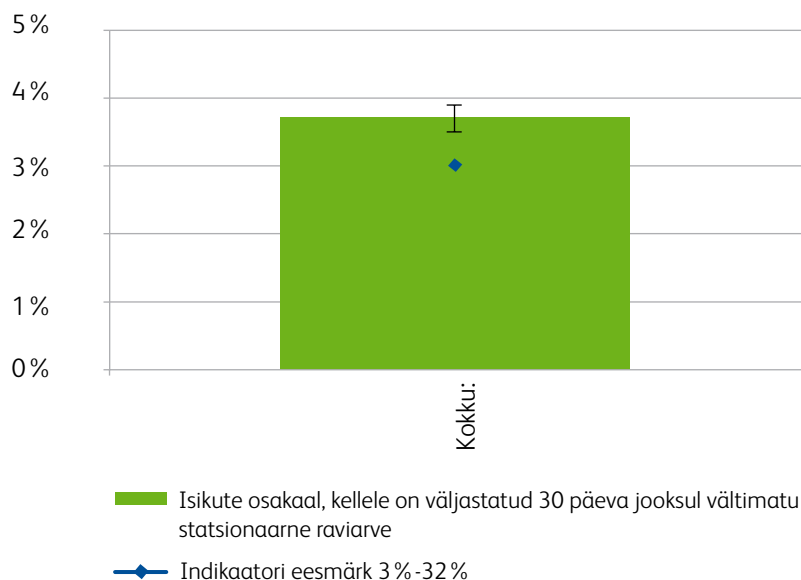
Isikute osakaal, kellele on 30 päeva jooksul pärast erakorralise protseduuri koodiga (ZXD00) operatsiooni väljastatud vältimatu statsionaarne raviarve



Joonis 1.

HVA haiglad	Isikute arv, kellele tehtud erakorraline operatsioon (raviarvel erakorralise protseduuri kood ZXD00)	Isikute arv, kellele on väljastatud 30 päeva jooksul vältimatu statsionaarne raviarve	Isikute osakaal, kellele on väljastatud 30 päeva jooksul vältimatu statsionaarne raviarve	osakaalu 95% usaldusvahemik
Kokku:	34 572	1787	5,2%	4,9-5,4%

Isikute osakaal, kellele on väljastatud 30 päeva jooksul pärast plaanilise protseduuri koodiga (ZXD10) operatsiooni väljastatud vältimatu statsionaarne raviarve



Joonis 2.

HVA haiglad	Isikute arv, kellele tehtud plaaniline operatsioon (raviarvel plaanilise protseduuri kood ZXD10)	Isikute arv, kellele on väljastatud 30 päeva jooksul vältimatu statsionaarne raviarve	Isikute osakaal, kellele on väljastatud 30 päeva jooksul vältimatu statsionaarne raviarve	osakaalu 95% usaldusvahemik
Kokku:	31 744	1179	3,7%	3,5-3,9%

KIRURGIA INDIKAATOR 7: OPERATSIOONIJÄRGNE 30 PÄEVA SUREMUS

Lühiannotatsioon

Sissejuhatus. Operatsioonijärgne 30 päeva suremus varieerub haigete vanuse, operatsiooni tüüpide ja riskifaktorite mõjul. Erinevad publikatsioonid sedastavad seetõttu 0,2%-10% vahemikku.

Käesolevas analüüsis põhineb haigekassa raviarvete andmebaasil haigete valimil kes on 2015. aasta jooksul opereeritud NOMESCO protseduuriga. Kuna paljud raviteenuse osutajad ei märgi erakorralise ja plaanilise protseduuride eristavaid koodi on tulem teatud limitatsioonidega.

Tulemuste interpretatsioon. Eesti keskmine 5% on reaalne ja hea postoperatiivsete surmade sagedus.

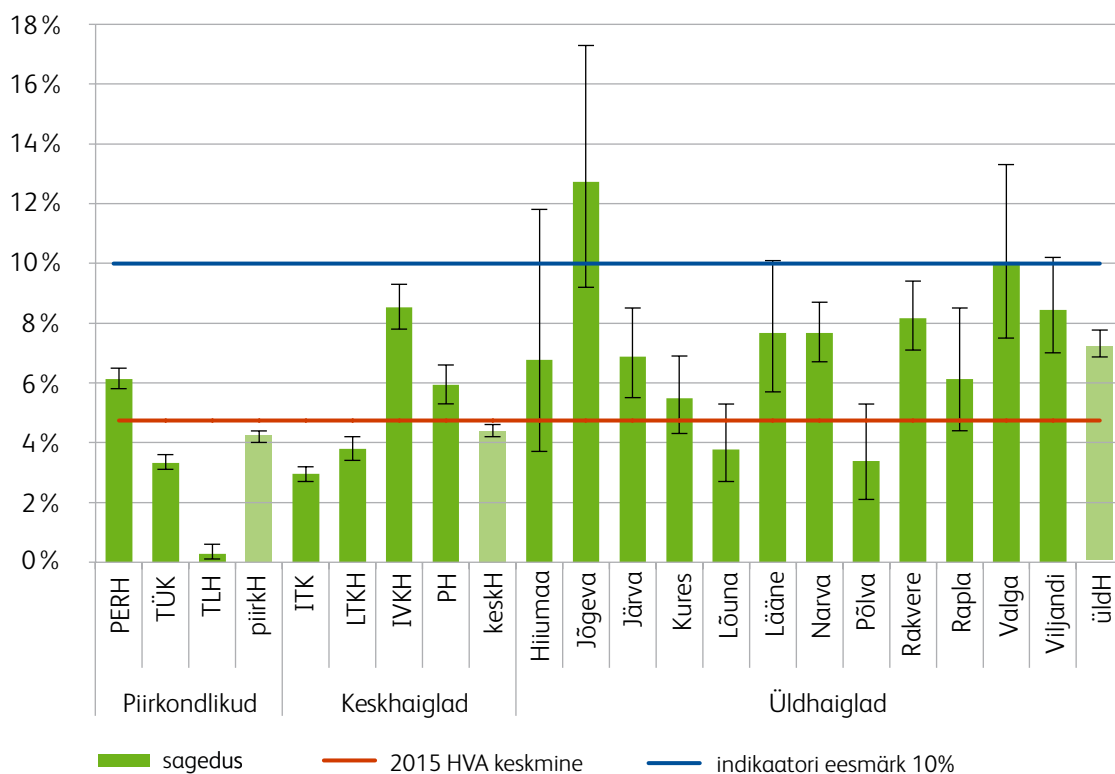
Limitatsioonid. Valim ja tulemid vajavad korrastamist algandmete tasandil kus peab tekkima protseduuri kood, kas korraline operatsioon ZXD10, või erakorralise protseduur ZXD00. Erakorralised ja plaanilised operatsioonid omavad erinevaid tulemeid.

Kokkuvõte. 5% suremust 30 päeva peale kõiki operatsioone on adekvaatne tulem. Algandmed vajavad korrastamist.

*Prof Peep Talving ja dots Urmas Lepner
Eesti Kirurgide Assotsiatsioon*

KIRURGIA INDIKAATOR 7: OPERATSIOONIJÄRGNE 30 PÄEVA SUREMUS	
Nimetus	Operatsioonijärgne 30 päeva suremus.
Andmed	<p><u>Arve periood:</u> 01.01.-31.12.2015. <u>Ravitüüp:</u> statsionaarne <u>Vanus:</u> kõik vanusegrupid Kõik operatsioonid NOMESCO klassifikatsiooni järgi ja nende kuupäev (kõik NCSP koodid). Operatsiooni kuupäev. Surma kuupäev. Arvestus algab haigusjuhu ajaliselt esimese operatsiooni kuupäevast. Eesmärk: 10%</p> <p>Indikaatori täpsem kirjeldus on kättesaadav haigekassa kodulehel.</p>
Selgitus	<p>Patsientide osakaal, kes on surnud 30 päeva jooksul pärast operatsiooni teostamist.</p> <p>Joonisel on esitatud operatsioonijärgne 30 päeva suremus haiglate ja haiglaliikide lõikes ja HVA haiglad kokku.</p>

Operatsioonijärgne 30 päeva suremus



2015. a 30 päeva jooksul pärast aasta viimast operatsiooni surnud patsiendid

Haiglaliik	Haigla	2015. a statsionaarsel ravil operatsiooni saanud patsientide arv (aasta viimase operatsiooni raviarve järgi)	arv	sagedus	sageduse 95% usaldusvahemik
Piirkondlikud	PERH	16 100	986	6%	5,8-6,5%
	TÜK	19 801	656	3%	3,1-3,6%
	TLH	2 950	8	0%	0,1-0,6%
	piirkH	38 851	1 650	4%	4,0-4,4%
Keskhaiglad	ITKH	15 251	451	3%	2,7-3,2%
	LTKH	8 576	325	4%	3,4-4,2%
	IVKH	4 915	419	9%	7,8-9,3%
	PH	5 058	300	6%	5,3-6,6%
	keskH	33 800	1 495	4%	4,2-4,6%
Üldhaiglad	Hiiumaa	177	12	7%	3,7-11,8%
	Jõgeva	283	36	13%	9,2-17,3%
	Järva	1 207	83	7%	5,5-8,5%
	Kures	1 258	69	5%	4,3-6,9%
	Lõuna	925	35	4%	2,7-5,3%
	Lääne	639	49	8%	5,7-10,1%
	Narva	2 948	226	8%	6,7-8,7%
	Põlva	560	19	3%	2,1-5,3%
	Rakvere	2 202	180	8%	7,1-9,4%
	Rapla	587	36	6%	4,4-8,5%
	Valga	438	44	10%	7,5-13,3%
	Viljandi	1 183	100	8%	7,0-10,2%
	üldH	12 407	889	7%	6,7-7,6%
Kokku:		85 058	4 034	5%	4,6-4,9%

SÜNNITUSABI INDIKAATOR 1: VÄGA ENNEAEGSETE SÜNDIDE OSAMÄÄR SÜNDIDEST

Lühiannotatsioon

Sissejuhatus. Indikaator võimaldab hinnata sündide (elus- ja surnultsünnid) osamäära, mis on toimunud raseduskestuses 22–31+6 nädalat (väga enneaegsed sünnid, VES) piirkondliku tasemega raviastutustes, kus on olemas vastsündinute intensiivravi võimalus, ja raviastutustes, kus puudub vastsündinute intensiivravi võimalus (toimub vähem kui 1000 sünnitust aastas).

Enneaegsete vastsündinute haigestumise ja suremuse vähendamiseks ning enneaegsena sündinud laste edaspidise elukvaliteedi tagamiseks on oluline, et väga enneaegsed sünnitused toimuvad raviastutustes, kus on piisavalt suur kogemus, olemas vastsündinute intensiivravi osakond (NICU) ja spetsialistide meeskond.

Eesmärk: väga enneaegseid vastsündinuid on vähem kui 1% raviastutustes, kus puudub vastsündinute intensiivravi võimalus ja aastas on alla 1000 sünnituse.

Indikaatori arvutamiseks kasutatakse Eesti Meditsiinilise Sünniregistri (EMSR) andmeid.

Tulemuste interpretatsioon. Eestis toimub väga enneaegsete sündide tsentraliseerimine hästi. 2013-2015. aastal sündis piirkondliku tasemega haiglates 434 väga enneaegset vastsündinut (1,47% sündidest), ülejäänud keskhaiglates ja üldhaiglates sündis 41 (0,34%) ja erahaiglates ei sündinud ühtegi väga enneaegset vastsündinut. Väga enneaegsetest vastsündinutest (kokku 475 VES) sündis 91,4% piirkondliku tasemega raviastutustes.

Euro-Peristati andmetel toimub EL riikides 20-100% väga enneaegsetest sündidest kõrgema taseme raviastutustes. Tulemust mõjutab lisaks perinataalabi korraldusele see, kuidas kõrgema tasemega raviastutus on defineeritud. Parim abi on tagatud raviastutustes, kus on olemas spetsiaalne vastsündinute intensiivravi üksus (www.europeristat.com).

Limitatsioonid. Arvestades EMSR andmete kõiksust ja kvaliteeti, võime lugeda antud indikaatori informatiivsust väga heaks.

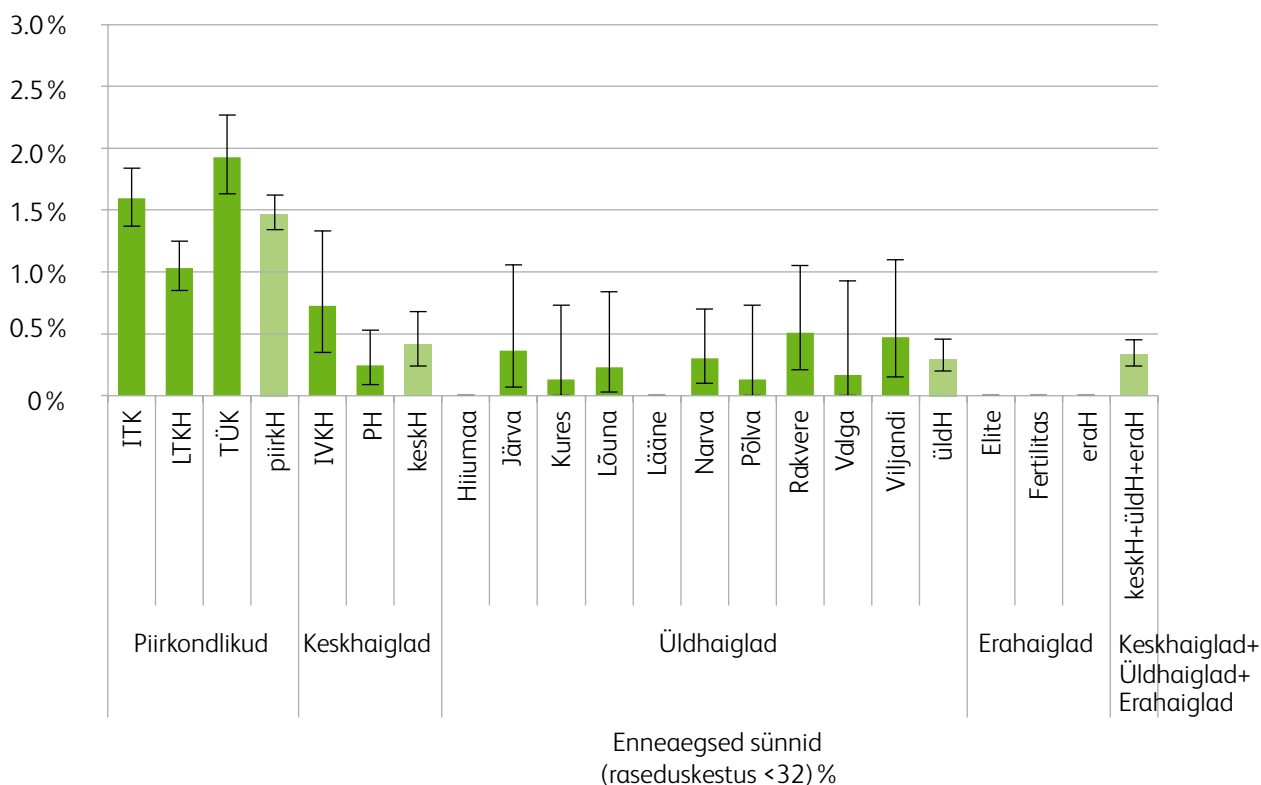
Kokkuvõte. Suurem osa väga enneaegsetest sündidest toimus piirkondliku tasemega haiglates - lisaks SA TÜ Kliinikumile Ida-Tallinna ja Lääne-Tallinna keskhaiglates. Raviastutustes, kus toimub alla 1000 sünni aastas ja puudub vastsündinute intensiivravi, moodustasid väga enneaegsed sünnid 0,34% sündidest. See vastab seatud eesmärgile (alla 1%). Väljaspool Tartu ja Tallinna raviastutusi oli kõrgeim VES osamäär Ida-Viru Keskhaiglas (0,73%) ja Rakvere ning Viljandi Haiglas (vastavalt 0,51 ja 0,47%). Edaspidi võiks eesmärgiks seada, et VES osamäär on raviastutustes, kus puudub vastsündinute intensiivravi võimalus (sünnitusi alla 1000) vähem kui 0,5%.

*Prof Helle Karro ja dr Piret Veerus
Eesti Naistearstide Selts*

SÜNNITUSABI INDIKAATOR 1: VÄGA ENNEAEGSETE SÜNDIDE OSAMÄÄR SÜNDIDEST

Nimetus	Väga enneaegsete sündide osamäär sündidest.
Andmed	<p><u>Period:</u> 01.01.2013-31.12.2015</p> <p>Kõik sünnid, nii elusalt kui surnult sündinud, mis toimusid haiglas.</p> <p>Tingimused EMSR sünnikaardil:</p> <ul style="list-style-type: none"> -laps sündis elusalt või surnult (täidetud üks p.38 alajaotustest, 1-4) -raseduskestus 22–31+6 rasedus nädalat (p.26) <p>Eesmärk: Vähem kui 1% ravisutustes, kus puudub vastsündinute intensiivravi võimalus ja on alla 1000 sünnituse.</p> <p>Indikaatori täpsem kirjeldus on kättesaadav haigekassa kodulehel.</p>
Selgitus	<p>Väga enneaegsete sündide (elus- ja surnultsünnid) osamäär kõikidest sündidest ravisutustes, kus puudub vastsündinute intensiivravi võimalus.</p> <p>Joonisel on esitatud väga enneaegsete sündide osamäär kõikidest sündidest haiglaliikide lõikes ja HVA haiglad kokku.</p>

Väga enneaegsete sündide osamäär sündidest



Märkus. Piirkondlikes haiglates on vastsündinute intensiivravi võimalus olemas.

	Haigla	Sündide arv	Enneaegsed sünnid (raseduskestus <32)	Enneaegsed sünnid (raseduskestus <32) %	usaldusvahemik 95% CI
Piirkondlikud	ITK	11 534	184	1,60%	1,37-1,84
	LTKH	10 461	108	1,03%	0,85-1,25
	TÜK	7362	142	1,93%	1,63-2,27
	piirkH	29 357	434	1,48%	1,34-1,62
Keskhaiglad	IVKH	1379	10	0,73%	0,35-1,33
	PH	2446	6	0,25%	0,09-0,53
	keskH	3825	16	0,42%	0,24-0,68
Üldhaiglad	Hiiumaa	161	0	0,00%	
	Järva	827	3	0,36%	0,07-1,06
	Kures	761	1	0,13%	0,00-0,73
	Lõuna	862	2	0,23%	0,03-0,84
	Lääne	2	0	0,00%	
	Narva	1667	5	0,30%	0,10-0,70
	Põlva	760	1	0,13%	0,00-0,73
	Rakvere	1370	7	0,51%	0,21-1,05
	Valga	600	1	0,17%	0,00-0,93
	Vilj	1062	5	0,47%	0,15-1,10
	üldH	8072	25	0,31%	0,20-0,46
Erahaiglad	Elite	289	0	0,00%	
	Fertilitas	139	0	0,00%	
	eraH	428	0	0,00%	
Keskhaiglad+ Üldhaiglad+ Erahaiglad	keskH+üldH+eraH	12 325	41	0,33%	0,24-0,45
Kokku:		41 682	475	1,14%	1,04-1,25

SÜNNITUSABI INDIKAATOR 2: III JA IV ASTME LAHKLIHA REBENDITE OSAMÄÄR

Lühiannotatsioon

Sissejuhatus. Hinnatakse vaginaalsete sünnituste osamäära, mille korral tekkis lahkliha III või IV astme rebend. Lahkliha III ja IV astme rebendi korral on vigastatud lahkliha nahk, tupe limaskest, vaagnapõhja lihased ja pärasoole sfinkter (sulgurlihas) (III aste) või lisaks on vigastatud pärasool (IV aste). Sulgurlihase vigastus on väga tõsine vaginaalse sünnituse tüsistus, millel võib olla märkimisväärne ja pikaajaline mõju naise tervisele ja elukvaliteedile. Eesmärk on III või IV astme lahkliha rebendite osamäär kuni 3%

Indikaatori arvutamiseks kasutatakse Eesti Meditsiinilise Sünniregistri (EMSR) andmeid.

Tulemuste interpretatsioon. Perioodil 2013-2015 varieerus Eestis III või IV astme rebendite osamäär 0-1,18%. Kõikides ravisutustes oli osamäär väiksem kui seatud eesmärk. Väga madal osamäär on tõenäoliselt seotud aladiagnoosimise ja –raporteerimisega.

Euro-Peristati raporti andmetel varieerub III ja IV astme rebendite osamäär EL riikides 0,1% kuni ligi 6%ni (www.europeristat.com). Rootsi Kvaliteediraporti kohaselt esines 6,3% esmasünnitajatest III või IV astme perineumi rebendit (1).

Limitatsioonid. Probleemiks on tõenäoliselt diagnoosimise korrektsus ja alaraporteerimine EMSR-s. Kui III või IV astme lahkliha rebendit ei ole korrektselt diagnoositud, puudub vastav märged ka sünnikaardil.

Kokkuvõte. III ja IV astme lahkliha rebendite osamäär on oluline patsientide ohutusega seotud indikaator. Rebendite esinemist on võimalik vähendada, pöörates tähelepanu riskiteguritele ja sünnituse vastuvõtmise taktikatele. Täielik vältimine pole siiski võimalik. Eestis tuleb edaspidi rohkem tähelepanu pöörata korrektselle diagnoosimisele ja raporteerimisele – see võimaldab vähendada kaugtagajärgi ja tüsistusi (nt fekaalinkontinentsi). III-IV astme lahkliha rebendite puudumine või ülimaldal osamäär viitab suure tõenäosusega alaraporteerimisele. Edasiseks tegevuseks on koolituste abil III-IV järgu lahkliha rebendite diagnoosimise ja raporteerimise parandamine.

*Prof Helle Karro ja dr Piret Veerus
Eesti Naistearstide Selts*

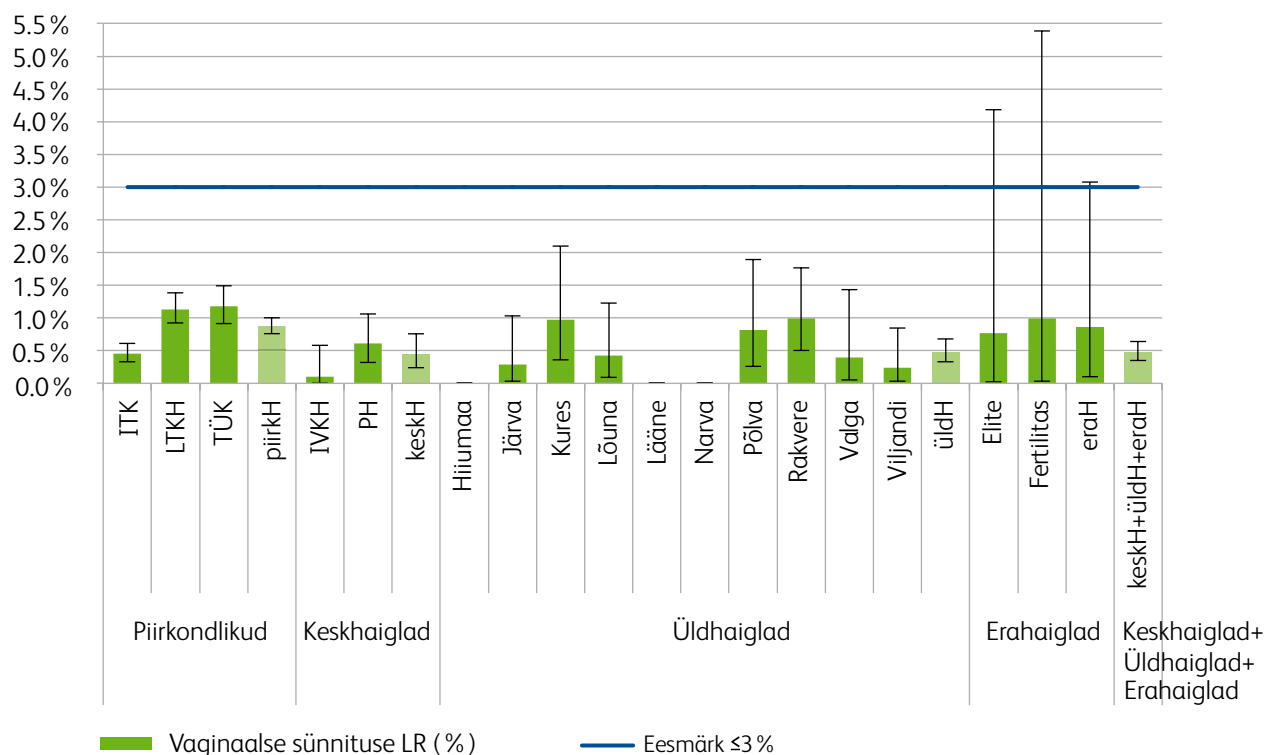
Viited:

1. Quality and efficiency in Swedish health care – regional comparisons 2012. Swedish Association of local authorities and regions. Swedish National Board of Health and Welfare, 2013

SÜNNITUSABI INDIKAATOR 2: III JA IV ASTME LAHKLIHA REBENDITE OSAMÄÄR

Nimetus	III ja IV astme lahkliha rebendite osamäär.
Andmed	<p>Tingimused EMSR sünnikaardil:</p> <p>a) -sünnitus toimus loomulikul teel (täidetud p.28.1) -tekkis lahkliha III või IV astme rebend (täidetud p.27.5)</p> <p>b) -sünnituse korral oli instrumentaalne sekkumine (täidetud p.28.2 või p.28.3) - tekkis lahkliha III või IV astme rebend (täidetud p.27.5)</p> <p>Kõik sünnitused, mis toimusid vaginaalselt (EMSR sünnikaardil täidetud a) p.28.1; b) p.28.2 või 28.3</p> <p>Eesmärk: Lahkliha III või IV astme rebendite osamäär kuni 3% vaginaalsetest sünnitustest.</p> <p>Indikaatori täpsem kirjeldus on kättesaadav haigekassa kodulehel.</p>
Selgitus	<p>III ja IV astme lahkliha rebendite osamäär kõikidest vaginaalsetest sünnitustest:</p> <p>a) Kõikidest sünnitustest, mille puhul ei toimunud instrumentaalset sekkumist (loomulikul teel sünnitus), LRL</p> <p>b) Kõikidest sünnitustest, mille korral toimus instrumentaalne sekkumine (tang sünnitus või vaakumekstraktsioon), LRV</p> <p>Joonisel on esitatud vaginaalselt toimunud sünnituste osakaal, mille korral tekkis III või IV astme lahkliha rebend haiglate ja haiglaliikide lõikes ja HVA haiglad kokku.</p> <p>Tabelis 2. on esitatud loomulikul teel toimunud sünnituste osakaal, mille korral tekkis III või IV astme lahkliha rebend haiglate ja haiglaliikide lõikes ja HVA haiglad kokku.</p> <p>Tabelis 3. on esitatud instrumentaalselt abistatud sünnituste (tang sünnitus, vaakumekstraktsioon) osakaal, mille korral tekkis III või IV astme lahkliha rebend haiglate ja haiglaliikide lõikes ja HVA haiglad kokku.</p>

Vaginaalselt toimunud sünnituste osakaal, mille korral tekkis III või IV astme lahkliha rebend



		Sünnitused		Lahkliharebend (III-IV)	
				Vaginaalsed	
	Haigla	Vaginaalsed arv sh loomulikult ja instrumentaalselt abistatud	arv	Vaginaalse sünnituse LR (%)	usaldusvahemik (95% CI)
Piirkondlikud	ITK	9250	42	0,45%	0,33-0,61
	LTKH	8669	98	1,13%	0,92-1,38
	TÜK	5699	67	1,18%	0,91-1,49
	piirkH	23618	207	0,88%	0,76-1,00
Keskhaiglad	IVKH	957	1	0,10%	0,00-0,58
	PH	1968	12	0,61%	0,32-1,06
	keskH	2925	13	0,44%	0,24-0,76
Üldhaiglad	Hiiumaa	144	0	0,00%	
	Järva	696	2	0,29%	0,03-1,03
	Kures	618	6	0,97%	0,36-2,10
	Lõuna	712	3	0,42%	0,09-1,23
	Lääne	2	0	0,00%	
	Narva	1229	0	0,00%	
	Põlva	614	5	0,81%	0,26-1,89
	Rakvere	1108	11	0,99%	0,50-1,77
	Valga	503	2	0,40%	0,05-1,43
	Vilj	851	2	0,24%	0,03-0,85
üldH	6477	31	0,48%	0,33-0,68	
Eরাহaiglad	Elite	131	1	0,76%	0,02-4,18
	Fertilitas	101	1	0,99%	0,03-5,39
	eraH:	232	2	0,86%	0,10-3,08
Keskhaiglad+ Üldhaiglad+ Eরাহaiglad	keskH+üldH+eraH	9 634	46	0,48%	0,35-0,64
Kokku:		33252	253	0,76%	0,67-0,86

Tabel 1.

Loomulikul teel toimunud sünnituste osakaal, mille korral tekkis III või IV astme lahkliha rebend

		Sünnitused		Lahkliharebend (III-IV) loomulikul teel		
	Haigla	Loomulikul teel sündide arv	arv	LRL (%)		
Piirkondlikud	ITK	8645	34	0,39%		
	LTKH	8152	70	0,86%		
	TÜK	5448	47	0,86%		
	piirkH	22245	151	0,68%		
Keskhaiglad	IVKH	850	0	0,00%		
	PH	1896	10	0,53%		
	keskH	2746	10	0,36%		
Üldhaiglad	Hiiumaa	144	0	0,00%		
	Järva	685	2	0,29%		
	Kures	603	4	0,66%		
	Lõuna	660	3	0,45%		
	Lääne	2	0	0,00%		
	Narva	1130	0	0,00%		
	Põlva	607	4	0,66%		
	Rakvere	1057	6	0,57%		
	Valga	482	2	0,41%		
	Vilj	830	2	0,24%		
	üldH	6200	23	0,37%		
	Erahaiglad	Elite	127	1	0,79%	
		Fertilitas	96	1	1,04%	
eraH:		223	2	0,90%		
Keskhaiglad+ Üldhaiglad+ Erahaiglad Kokku:	keskH+üldH+eraH	9 169	35	0,38%		
		31414	186	0,59%		

Tabel 2.

Instrumentaalselt abistatud sünnituste (tang sünnitus, vaakumekstraktsioon) osakaal, mille korral tekkis III või IV astme lahkliha rebend

		Sünnitused		Lahkliharebend (III-IV) instrumentaalselt abistatud		
	Haigla	Instrumentaalselt abistatud sündide arv	arv	LRV (%)		
Piirkondlikud	ITK	605	8	1,32%		
	LTKH	517	28	5,42%		
	TÜK	251	20	7,97%		
	piirkH	1373	56	4,08%		
Keskhaiglad	IVKH	107	1	0,93%		
	PH	72	2	2,78%		
	keskH	179	3	1,68%		
Üldhaiglad	Hiiumaa	0	0	0,00%		
	Järva	11	0	0,00%		
	Kures	15	2	13,33%		
	Lõuna	52	0	0,00%		
	Lääne	0	0	0,00%		
	Narva	99	0	0,00%		
	Põlva	7	1	14,29%		
	Rakvere	51	5	9,80%		
	Valga	21	0	0,00%		
	Vilj	21	0	0,00%		
	üldH	277	8	2,89%		
	Erahaiglad	Elite	4	0	0,00%	
		Fertilitas	5	0	0,00%	
eraH:		9	0	0,00%		
Keskhaiglad+ Üldhaiglad+ Erahaiglad Kokku:	keskH+üldH+eraH	465	11	2,37%		
		1838	67	3,65%		

Tabel 3.

SÜNNITUSABI INDIKAATOR 3: KEISRILÕIGETE OSAMÄÄR ESMASÜNNITAJATEL AJALISE ÜKSIKSÜNNITUSE KORRAL, KUI LOODE ON PEASEISUS (ROBSON 1+2)

Lühiannotatsioon

Sissejuhatus. Hinnatakse keisrilõigete osamäära esmassünnitajatel (üksiksünnitus, loote peaseis, raseduskestus ≥ 37 rasedusnädalat): 1) erakorraliste keisrilõigete osamäära spontaanselt käivitunud sünnituste korral; 2) keisrilõigete osamäära indutseeritud sünnituse korral (plaaniline medikamentoosne ja/või mitte-medikamentoosne sünnituse esilekutsumine enne spontaanse sünnitustegevuse algust) või enne sünnitustegevuse algust (st plaaniline keisrilõige). Indikaator võimaldab hinnata keisrilõigete osamäära sünnitajatel, kes kuuluvad madala riski rühma. Keisrilõigete osamäära analüüs ja kontrolli all hoidmine selles rühmas omab kõige enam mõju üldisele keisrilõike teel sünnituste sagedusele.

Eesmärk: Robson 1+ Robson 2: 17% või vähem.

Indikaatori arvutamiseks kasutatakse Eesti Meditsiinilise Sünniregistri (EMSR) andmeid.

Tulemuste interpretatsioon. Keisrilõigete osamäär selles rühmas varieerus 2,3% Hiiumaal kuni 53,9%-ni erahaiglas Elite. Keisrilõigete osamäär oli madalaim piirkondliku tasemega raviasutustes, perioodi 2013-2015 keskmine oli 15,4%, ülejäänud keskhaiglates ja üldhaiglates 18,8% ja erahaiglates vastavalt 49,1%. Keisrilõigete osamäär piirkondliku tasemega haiglates on seatud eesmärgi piirides.

Eesti keskmine keisrilõigete osamäär Robson 1+2 rühmas oli 16,7%. See on võrreldav Rootsi näitajaga – Rootsi kvaliteediraporti andmetel oli aastatel 2006-2010 selles rühmas keisrilõigete osamäär 16,5%(1).

Limitatsioonid. Arvestades EMSR andmete kõiksust ja kvaliteeti selle tunnuse osas, võime lugeda antud indikaatori informatiivsust väga heaks.

Kokkuvõte. Oluline on jätkata keisrilõigete osamäära analüüsi vastavalt Robsoni klassifikatsioonile. Robson 1+2 kriteeriumile vastavate keisrilõigete põhjuste süvaanalüüs on vajalik raviasutustes, kus keisrilõigete osamäär ületab seatud eesmärki.

*Prof Helle Karro ja dr Piret Veerus
Eesti Naistearstide Selts*

Viited:

1. Quality and efficiency in Swedish health care – regional comparisons 2012. Swedish Association of local authorities and regions. Swedish National Board of Health and Welfare, 2013

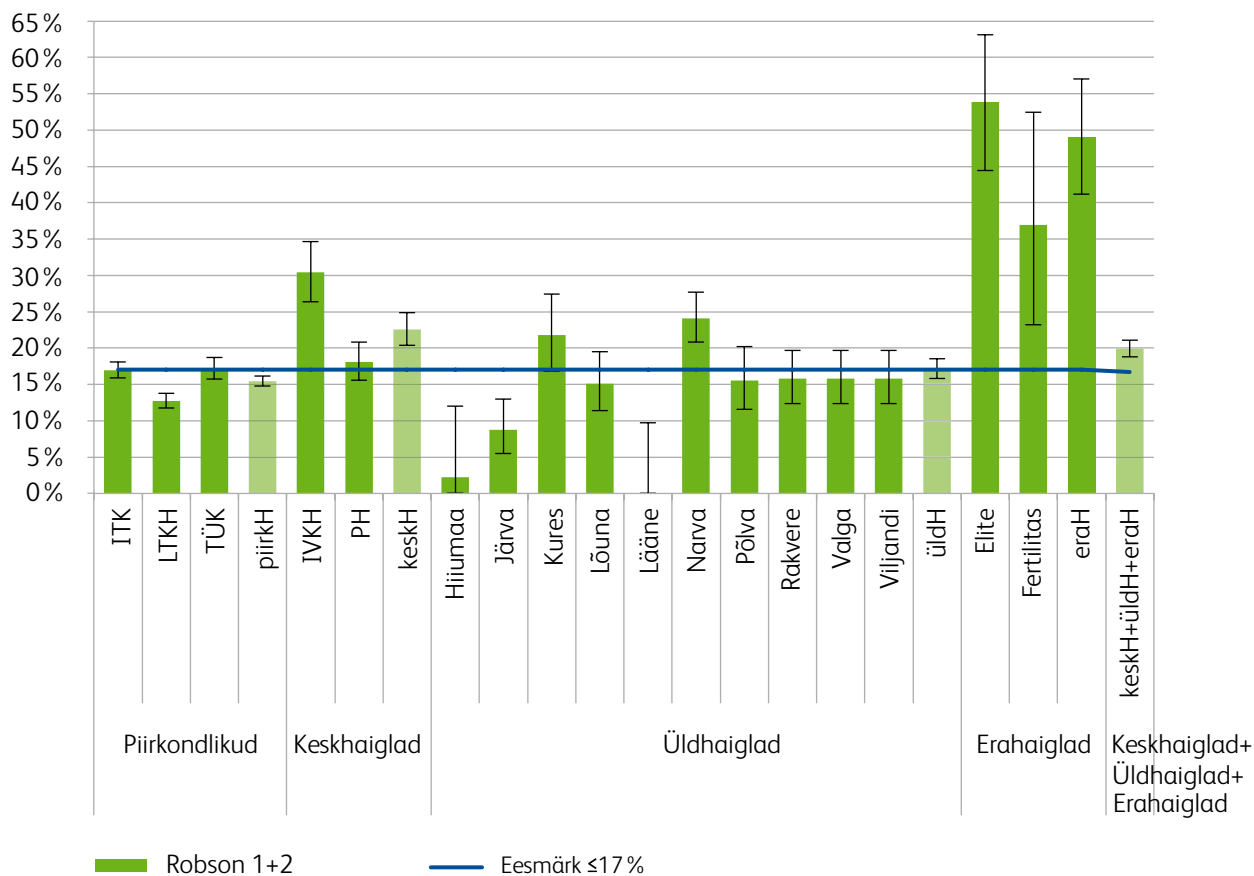
SÜNNITUSABI INDIKAATOR 3: KEISRILÕIGETE OSAMÄÄR ESMASSÜNNITAJATEL AJALISE ÜKSÜKSÜNNITUSE KORRAL, KUI LOODE ON PEASEISUS (ROBSON 1+2)

1)ROBSON 1 (CSR1): ERAKORRALISTE KEISRILÕIGETE OSAMÄÄR ESMASSÜNNITAJATEL (ÜKSÜKSÜNNITUS, LOOTE PEASEIS, RASEDUSKESTUS ≥ 37 RASEDUSNÄDALAT)

2)ROBSON 2 (CSR2): KEISRILÕIGETE OSAMÄÄR ESMASSÜNNITAJATEL (ÜKSÜKSÜNNITUS, LOOTE PEASEIS, RASEDUSKESTUS ≥ 37 RASEDUSNÄDALAT), KELLEL SÜNNITUS INDUTSEERITI VÕI KEISRILÕIGE TEHTI PLAANILISELT

Nimetus	Keisrilõigete osamäär esmassünnitajatel ajalise üksüksünnituse korral, kui loode on peaseisus (Robson 1+2).
Andmed	<p><u>Period:</u> 01.01.2013-31.12.2015</p> <p>Tingimused EMSR sünnikaardil: -varasemad sünnitused (p.16)=0 -raseduskestus sünnituse hetkel (p.26)≥ 37 rasedusnädalat -sündis üks laps (täidetud p36.1) ja p.27 ei ole 8 (vaagnaotsseis) ega 9 (muu atüüpiline loote seis).</p> <p>Robson 1: kõik sünnitused ülal kirjeldatud rühmas, kel sünnitus algas spontaanselt (st p 30.1 ja p 30.2 on sünnikaardil täitmata) ja sünnitasid vaginaalselt (täidetud p.28.1;28.2 või 28.3) või sünnitus toimus erakorralise keisrilõike teel (täidetud p.28.5)</p> <p>Robson 2: kõik sünnitused ülal kirjeldatud rühmas, kel sünnitustegevus indutseeriti (täidetud p.30.1 või p.30.2) ja sünnitasid vaginaalselt (täidetud p.28.1;28.2 või 28.3) või sünnitus toimus erakorralise keisrilõike teel (täidetud p28.5) või sünnitus toimus plaanilise keisrilõike teel (täidetud p.28.4)</p> <p>Eesmärk: keisrilõigete osamäär kuni 17%.</p> <p>Indikaatori täpsem kirjeldus on kättesaadav haigekassa kodulehel.</p>
Selgitus	<p>Keisrilõigete osamäär esmassünnitajatel ajalise üksüksünnituse korral (Robson 1+2).</p> <p>Robson 1: erakorraliste keisrilõigete osamäär esmassünnitajatel (üksüksünnitus, loote peaseis ja ajaline sünnitus), kellel sünnitustegevus käivitus spontaanselt.</p> <p>Robson 2: keisrilõigete osamäär esmassünnitajatel, kellel sünnitustegevus indutseeriti ja tehti keisrilõige või plaaniline keisrilõige tehti enne sünnitustegevuse algust.</p> <p>Joonisel on esitatud keisrilõigete osamäär esmassünnitajatel ajalise üksüksünnituse korral haiglate ja haiglaliikide lõikes ja HVA haiglad kokku.</p>

Keisrilõigete osamäär esmassünnitajatel ajalise üksisünnituse korral, kui loode on peaseisus (Robson 1+2)



	Haigla	Sünnitused rühmas I+II	Nendest keisrilõikega	Robson 1+2	usaldusvahemik 95% CI
Piirkondlikud	ITK	4539	771	16,99%	15,90-18,11
	LTKH	4269	544	12,74%	11,76-13,78
	TÜK	2591	445	17,17%	15,74-18,68
	piirkH	11399	1760	15,44%	14,78-16,12
Keskhaiglad	IVKH	487	148	30,39%	26,33-34,69
	PH	856	155	18,11%	15,58-20,85
	keskH	1343	303	22,56%	20,35-24,89
Üldhaiglad	Hiumaa	44	1	2,27%	0,06-12,02
	Järva	241	21	8,71%	5,47-13,01
	Kures	248	54	21,77%	16,80-27,44
	Lõuna	324	49	15,12%	11,40-19,50
	Lääne	1	0	0,00%	0,00-9,75
	Narva	630	152	24,13%	20,83-27,66
	Põlva	290	45	15,52%	11,55-20,21
	Rakvere	406	64	15,76%	12,36-19,68
	Valga	406	64	15,76%	12,36-19,68
	Vilj	406	64	15,76%	12,36-19,68
	üldH	2996	514	17,16%	15,82-18,55
Erahaiglad	Elite	117	63	53,85%	44,39-63,10
	Fertilitas	46	17	36,96%	23,21-52,45
	eraH	163	80	49,08%	41,18-57,02
Keskhaiglad+ Üldhaiglad+ Erahaiglad	keskH+üldH+eraH	4 502	897	19,92%	18,77-21,12
	Kokku:	15901	2657	16,71%	16,13-17,30

SÜNNITUSABI INDIKAATOR 4: KEISRILÕIGETE OSAMÄÄR KORDUVSÜNNITAJATEL AJALISE ÜSIKSÜNNITUSE KORRAL, KELLEL VÄHEMALT ÜKS SÜNNITUS ON LÕPPENUD KEISRILÕIKE TEEL JA KELLE LOODE ON PEASEISUS (ROBSON 5)

Lühiannotatsioon

Sissejuhatus. Hinnatakse plaaniliste keisrilõigete osamäära korduvsünnitajatel (üksiksünnitus, loote peaseis, raseduskestus ≥ 37 rasedusnädalat), kellel on vähemalt üks eelnev sünnitus lõppenud keisrilõike teel. Seoses keisrilõigete osamäära suurenemisega on enam neid sünnitajaid, kellel on vähemalt üks eelnev keisrilõige (armiga emakas) ja sel juhul suureneb tõenäosus, et järgnev sünnitus toimub keisrilõike teel. Juhul kui ei esine täiendavaid riskitegureid ja näidustusi, ei ole eelnev keisrilõike arm põhjus järgnevas sünnituseks keisrilõike teel. Eesmärk vähem kui 60%

Indikaatori arvutamiseks kasutatakse Eesti Meditsiinilise Sünniregistri (EMSR) andmeid.

Tulemuste interpretatsioon. Keisrilõigete osamäär selles rühmas varieerus 25,3% LTKH-s kuni 76,9%-ni erahaiglas Elite. Keisrilõigete osamäär oli madalaim piirkondliku tasemega raviastutustes, perioodi 2013-2015 keskmine oli 32,3%, ülejäänud keskhaiglates ja üldhaiglates 47,7% ja erahaiglates vastavalt 72,3%. Keisrilõigete osamäär jääb seatud eesmärgi piiridesse, v.a. erahaiglates.

Ajalise üksiksünnituse ja loote peaseisu korral on optimaalne, et eelneva keisrilõike korral, kui perinataalne tulem on hea, ei ületaks keisrilõigete osamäär 50-60%. Maailmas ja Euroopas keisrilõigete osamäär varieerub väga suurtes piirides. Eesti näitajat võib lugeda heaks.

Limitatsioonid. Arvestades EMSR andmete kõiksust ja kvaliteeti selle tunnuse osas, võime lugeda antud indikaatori informatiivsust väga heaks.

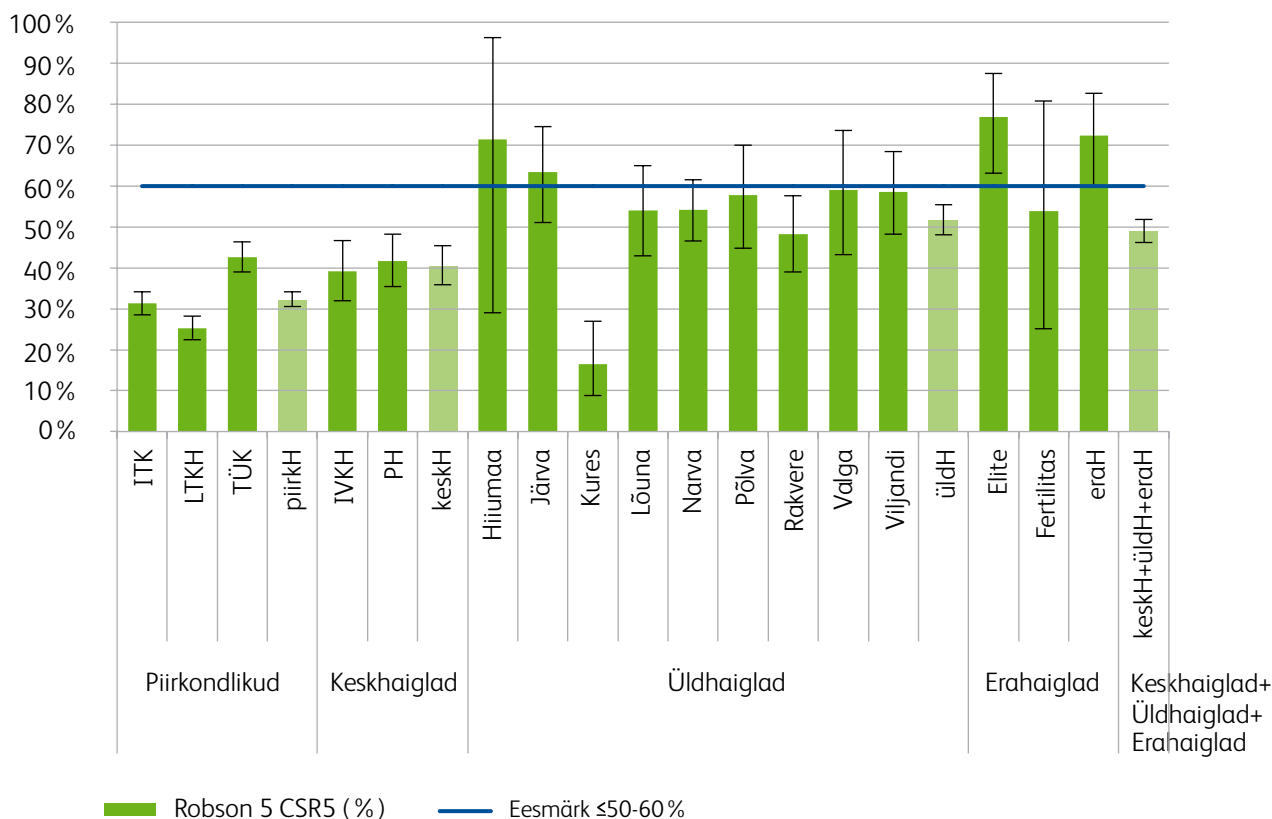
Kokkuvõte. Oluline on jätkata keisrilõigete osamäära analüüsi vastavalt Robsoni klassifikatsioonile. Süvaanalüüs on vajalik raviastutustes, kus Robson 5 kriteeriumile vastavate keisrilõigete osamäär ületab seatud eesmärgi.

*Prof Helle Karro ja dr Piret Veerus
Eesti Naistearstide Selts*

SÜNNITUSABI INDIKAATOR 4: KEISRILÕIGETE OSAMÄÄR KORDUVSÜNNITAJATEL AJALISE ÜKSIKSÜNNITUSE KORRAL, KELLEL VÄHEMALT ÜKS SÜNNITUS ON LÕPPENUD KEISRILÕIKE TEEL JA KELLE LOODE ON PEASEISUS (ROBSON 5)

Nimetus	Keisrilõigete osamäär korduvsünnitajatel ajalise üksiksünnituse korral, kellel vähemalt üks sünnitus on lõppenud keisrilõike teel ja kelle loode on peaseisus (Robson 5).
Andmed	<p>Periood: 01.01.2013-31.12.2015</p> <p>Tingimused EMSR sünnikaardil:</p> <ul style="list-style-type: none"> -varasemad sünnitused (p.16)= 1 või rohkem -raseduskestus sünnituse hetkel (p.26)≥37 rasedusnädalat -sündis üks laps (täidetud p36.1) -varasem keisrilõige (täidetud 25.1)ja p.27 ei ole 8 (vaagnaotsseis) ega 9 (muu atüüpiline loote seis). <p>Kõik sünnitused ülal kirjeldatud rühmas, kes sünnitasid vaginaalselt (täidetud p.28.1;28.2 või 28.3) või sünnitus toimus plaanilise keisrilõike teel (täidetud p.28.4)</p> <p>Eesmärk: plaaniliste keisrilõigete osamäär kuni 50-60% (hea perinataalse tulemuse korral).</p> <p>Indikaatori täpsem kirjeldus on kättesaadav haigekassa kodulehel.</p>
Selgitus	<p>Plaaniliste keisrilõigete osamäär korduvsünnitajatel (üksiksünnitus, loote peaseis ja ajaline sünnitus), kellel on vähemalt üks eelnev sünnitus lõppenud keisrilõike teel.</p> <p>Joonisel 1. on esitatud plaaniliste keisrilõigete osamäär korduvsünnitajatel ajalise üksiksünnituse korral, kellel vähemalt üks eelnev sünnitus on lõppenud keisrilõike teel haiglate ja haiglaliikide lõikes ja HVA haiglad kokku.</p> <p>Joonisel 2. on esitatud plaaniliste keisrilõigete osamäär korduvsünnitajatel ajalise üksiksünnituse korral, kellel vähemalt üks eelnev sünnitus on lõppenud keisrilõike teel (arvestatud sihtgrupist ainult vaginaalseid sünnitusi või sünnitusi, mis on toimunud plaanilise keisrilõike teel) haiglate ja haiglaliikide lõikes ja HVA haiglad kokku.</p>

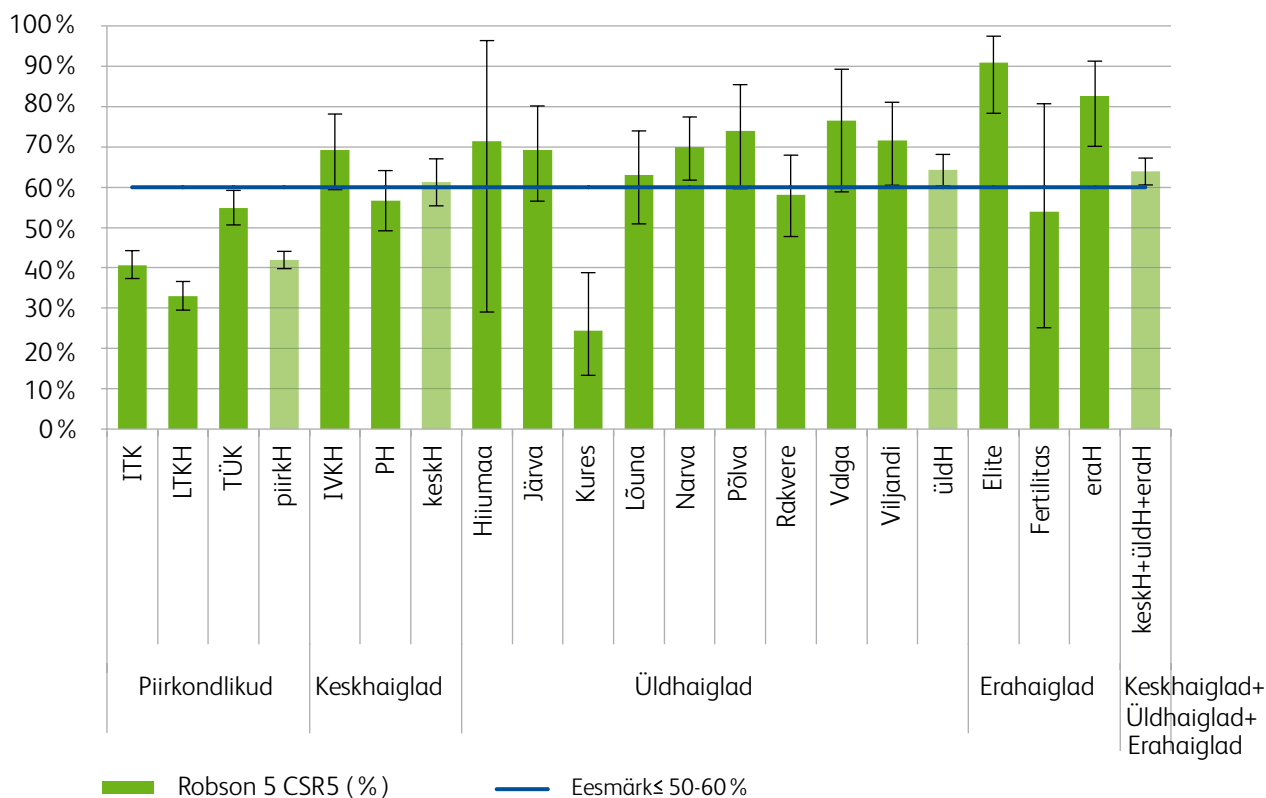
Plaaniliste keisrilõigete osamäär korduvsünnitajatel ajalise üksiksünnituse korral, kellel vähemalt üks eelnev sünnitus on lõppenud keisrilõike teel ja kelle loode on peaseisus



Joonis 1.

Haiglaliik	Haigla	Sünnitused rühmas	Nendest plaanilise keisrilõikega	Robson 5 CSR5(%)	usaldusvahemik 95% CI
Piirkondlikud	ITK	1035	324	31,30%	28,49-34,23
	LTKH	886	224	25,28%	22,45-28,28
	TÜK	706	301	42,63%	38,95-46,38
	piirkH	2627	849	32,32%	30,53-34,14
Keskaiglad	IVKH	179	70	39,11%	31,91-46,67
	PH	242	101	41,74%	35,45-48,22
	keskH	421	171	40,62%	35,89-45,48
Üldhaiglad	Hiiumaa	7	5	71,43%	29,04-96,33
	Järva	71	45	63,38%	51,10-74,50
	Kures	73	12	16,44%	8,79-26,95
	Lõuna	85	46	54,12%	42,96-64,98
	Narva	181	98	54,14%	46,59-61,56
	Põlva	64	37	57,81%	44,82-70,06
	Rakvere	118	57	48,31%	39,01-57,69
	Valga	44	26	59,09%	43,25-73,66
	Vilj	99	58	58,59%	48,24-68,40
	üldH	742	384	51,75%	48,09-55,40
Erahaiglad	Elite	52	40	76,92%	63,16-87,47
	Fertilitas	13	7	53,85%	25,13-80,78
	eraH	65	47	72,31%	59,81-82,69
Keskaiglad+ Üldhaiglad+ Erahaiglad	keskH+üldH+eraH	1 228	602	49,02%	46,19-51,86
	Kokku:	3855	1451	37,64%	36,11-39,19

Plaaniliste keisrilõigete osamäär korduvsünnitajatel ajalise üksiksünnituse korral, kellel vähemalt üks eelnev sünnitus on lõppenud keisrilõike teel ja kelle loode on peaseisus



Joonis 2.

Haiglaliik	Haigla	Sünnitused rühmas*	Nendest plaanilise keisrilõikega	Robson 5 CSR5(%)	usaldusvahemik 95% CI
Piirkondlikud	ITK	796	324	40,70%	37,27-44,21
	LTKH	679	224	32,99%	29,46-36,67
	TÜK	548	301	54,93%	50,65-59,15
	piirkH	2023	849	41,97%	39,81-44,15
Keskhaiglad	IVKH	101	70	69,31%	59,34-78,10
	PH	178	101	56,74%	49,12-64,13
	keskH	279	171	61,29%	55,30-67,04
Üldhaiglad	Hiiumaa	7	5	71,43%	29,04-96,33
	Järva	65	45	69,23%	56,55-80,09
	Kures	49	12	24,49%	13,34-38,87
	Lõuna	73	46	63,01%	50,91-74,03
	Narva	140	98	70,00%	61,68-77,45
	Põlva	50	37	74,00%	59,66-85,37
	Rakvere	98	57	58,16%	47,77-68,05
	Valga	34	26	76,47%	58,83-89,25
	Vilj	81	58	71,60%	60,50-81,07
	üldH	597	384	64,32%	60,33-68,17
Eahaiglad	Elite	44	40	90,91%	78,33-97,47
	Fertilitas	13	7	53,85%	25,13-80,78
	eraH	57	47	82,46%	70,09-91,25
Keskhaiglad+ Üldhaiglad+ Erahaiglad	keskH+üldH+eraH	832	532	63,94%	60,57-67,21
	Kokku:	2956	1451	49,09%	47,27-50,91

* - arvestatud sihtgrupist ainult vaginaalseid sünnitusi või sünnitusi, mis on toimunud plaanilise keisrilõike teel

SÜNNITUSABI INDIKAATOR 5: SÜNNITUSEGA SEOTUD MASSIIVSE VEREKAOTUSE OSAMÄÄR

Lühiannotatsioon

Sissejuhatus. Hinnatakse sünnituste osamäära, mille korral tekkis verekaotus üle 1000 ml. Sünnitusega seotud massiivne verekaotus (PPH) on üks sagedasemaid ja olulisemaid emade suremuse, surmalähedaste ja kriitiliste seisundite põhjuseid.

Eesmärk: Üle 1000 ml verekaotusega sünnituste osamäär ei ületa 3% kõikidest sünnitustest.

Indikaatori arvutamiseks kasutatakse Eesti Meditsiinilise Sünniregistri (EMSR) andmeid.

Tulemuste interpretatsioon. Massiivse verekaotuse osamäär varieerus perioodil 2013-2015 0%st kuni 3,4% -ni. Piirkondlikus haiglates (kus on enam riskisünnitajaid) oli osamäär 1,9% ja teistes keskhaiglates ning üldhaiglates 1,1%, erahaiglates massiivset verekaotust ei esinenud.

PPH esinemissagedus arenenud riikides on suurenenud. Definiitsioon varieerub vastavalt sellele, kas võetakse arvesse kõiki massiivse verekaotuse juhte (verekaotus > 1000 ml) või ainult siis, kui oli vajadus vereülekaneks ja/või kirurgiliseks sekkumiseks. Verekaotuse osamäära mõjutab ka see, kui hästi on verekaotus mõõdetud ja dokumenteeritud. Eestis võtsime analüüsi kõik massiivse PPH juhud sõltumata sellest, kas vereülekanne oli vajalik või ei.

Limitatsioonid. Tulemus sõltub sellest, kui täpselt on verekaotus mõõdetud ja dokumenteeritud. Tulemuste põhjal me ei saa väita, kas suurem osamäär on seotud parema diagnoosimise ja dokumenteerimisega või tegeliku suurema verekaotuse osamääraga. Analüüsi on kaasatud need juhud, kus EMSR sünnikaardil on märgitud, et verekaotus oli > 1000 ml. Ei ole võimalik eristada juhte, mil oli vajalik vereülekanne.

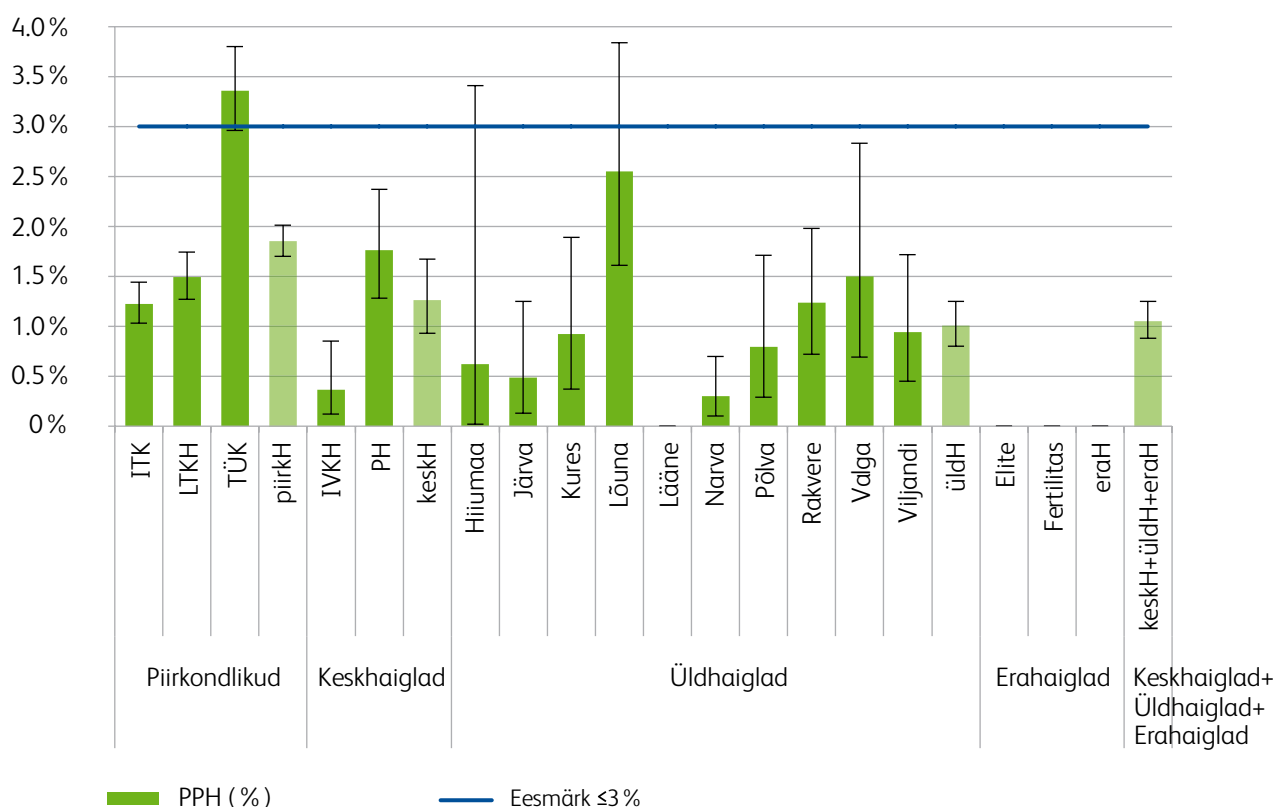
Kokkuvõte. Sünnitusega seotud massiivne verekaotus on potentsiaalselt eluohtlik seisund, mille monitoorimine on oluline. Verekaotuse korrektne hidamine ja dokumenteerimine on olulised patsientide ohutuse tagamiseks. Seetõttu vajab tähelepanu nii väga madal kui ka kõrge esinemissagedus. Verekaotuse hulga täpse hindamise ja põhjuste selgitamiseks on vajalik kliiniline audit. Tähelepanu tuleb pöörata verekaotuse täpsemale diagnoosimisele ning verekaotuse asendamise taktikale sünnitusjärgses perioodis. Edaspidi võiks analüüsis eristada PPH juhte, mil oli vajalik vereasendus neist, mil see vajalik ei olnud.

*Prof Helle Karro ja dr Piret Veerus
Eesti Naistearstide Selts*

SÜNNITUSABI INDIKAATOR 5: SÜNNITUSEGA SEOTUD MASSIIVSE VEREKAOTUSE OSAMÄÄR

Nimetus	Sünnitusega seotud massiivse verekaotuse osamäär
Andmed	<p><u>Periood:</u> arve algus 01.01.2013- 31.12.2015</p> <p>Tingimused EMSR sünnikaardil: -esines verekaotus üle 1000 ml (täidetud p.27.4)</p> <p>Kõik sünnitused</p> <p>Eesmärk: Massiivse verekaotusega sünnituste osamäär on kuni 3% sünnitustest</p> <p>Indikaatori täpsem kirjeldus on kättesaadav haigekassa kodulehel.</p>
Selgitus	<p>Sünnituste osamäär, mille korral esines verekaotus üle 1000 ml, arvutatakse kõikidest sünnitustest.</p> <p>Joonisel on esitatud sünnitusega seotud massiivse verekaotuse osamäär haiglate ja haiglatiikide lõikes ja HVA haiglad kokku.</p>

Sünnitusega seotud massiivse verekaotuse osamäär



		Sünnitused	Verekaotus (>1000ml)		
Haiglaliik	Haigla	Arv (A)	Arv (B)	PPH (%)	usaldusvahemik 95% CI
Piirkondlikud	ITK	11373	139	1,22%	1,03-1,44
	LTKH	10387	155	1,49%	1,27-1,74
	TÜK	7235	243	3,36%	2,96-3,80
	piirkH	28995	537	1,85%	1,70-2,01
Keskhaiglad	IVKH	1367	5	0,37%	0,12-0,85
	PH	2437	43	1,76%	1,28-2,37
	keskH	3804	48	1,26%	0,93-1,67
Üldhaiglad	Hiiumaa	161	1	0,62%	0,02-3,41
	Järva	819	4	0,49%	0,13-1,25
	Kures	758	7	0,92%	0,37-1,89
	Lõuna	862	22	2,55%	1,61-3,84
	Lääne	2	0	0,00%	
	Narva	1652	5	0,30%	0,10-0,70
	Põlva	758	6	0,79%	0,29-1,71
	Rakvere	1372	17	1,24%	0,72-1,98
	Valga	600	9	1,50%	0,69-2,83
	Vilj	1064	10	0,94%	0,45-1,72
	üldH	8048	81	1,01%	0,80-1,25
	Erahaiglad	Elite	284	0	0,00%
Fertilitas		140	0	0,00%	
eraH:		424	0	0,00%	
Keskhaiglad+ Üldhaiglad+ Erahaiglad	keskH+üldH+eraH	12 276	129	1,05%	0,88-1,25
	Kokku:	41271	666	1,61%	1,49-1,74

PEREARSTI KVALITEEDISÜSTEEM

Alates 2006. aastast on Eesti Haigekassa koos Eesti Perearstide Seltsiga välja arendanud perearstide kvaliteedisüsteemi. Perearstide kvaliteedisüsteemi arendamine on haigekassa jaoks väga oluline. Perearsti kvaliteedisüsteemis osalejate arv on alates 2007. aastast pidevalt suurenenud ning osalemine muutus kõigile kohustuslikuks 2015 aastast.

Kvaliteedisüsteemi eesmärk on motiveerida perearste tegelema aktiivselt

- haiguste ennetustööga,
- nakkushaiguste leviku tõkestamisega,
- efektiivsemalt jälgima kroonilise kuluga haigusega patsiente
- innustada perearste osutama kindlustatutele/inimestele laiapõhjalisemat tervishoiuteenust.

Kvaliteediindikaatorite põhine süsteem aitab perearstil analüüsida oma tegevust ning samuti annab see võimaluse võrrelda oma tulemusi teistega, et välja selgitada need valdkonnad, mis enam arendamist vajavad. Indikaatorid kvaliteedi jälgimiseks on kokku lepitud Eesti Perearstide Seltsi ja haigekassa koostöös. Süsteem võimaldab jälgida eesmärgi täitmist, seada uusi eesmärke ja ka rahaliselt tunnustada neid, kes eesmärke täidavad.

Kuidas arvestatakse perearstide tulemusi kvaliteedisüsteemis?

Kvaliteedisüsteemis tulemuse saavutamiseks on tarvis täita nõutav hõlmatus ehk teatud arvule oma nimistu patsientidele peab olema kvaliteedisüsteemi tegevused osutatud. Haigete jälgimiseks kinnitavad nimistuga perearstid nimistus olevad sihtrühma kuuluvad isikud haigekassale (näiteks II tüüpi diabeediga). Vastavalt sellele, kui suurele osale sihtrühmast on tehtud indikaatoriga määratud ravi, vastuvõtt või uuring, moodustub hõlmatus.

Erinevatele indikaatoritele on määratud nõutav hõlmatus, enamusel 90%. Krooniliste haiguste puhul liidetakse nõutava hõlmatus saamiseks eelneva aasta kõigi kvaliteedisüsteemis osalenud perearstide keskmisele hõlmatusale 10% (kuid nõutav hõlmatus ei saa ületada 90%). Pidevalt kasvav nõutav hõlmatus motiveerib arste igal aastal oma tulemust parandama ning püüdlema selle poole, et võimalikult paljud inimesed sihtrühmast oleksid jälgimise all.

DIABEET II HAIGETE JÄLGIMINE (MÄÄRATUD GLÜKOHEMOGLOBIIN, KREATINIIN, ÜLDKOLESTEROOL JA KOLESTEROOLI FRAKTSIOONID VERESEERUMIS, MIKROALBUMINUURIA URIINIS, TEHTUD PEREÕE NÕUSTAV VASTUVÕTT) JA VÄLJAKIRJUTATUD METFORMIIN VÕI SELLE KOMBINATSIOONID.

Lühiannotatsioon

Sissejuhatus. Indikaator kirjeldab diabeedihaigete hüperglükeemia ravi-, organkahjustuse- ja kardiovaskulaarse riski staatust ning haigete nõustamist. Valimi moodustavad kõik II tüüpi diabeedi haiged (RKH-10 kood E11), kes on hinnataval aastal krooniliste haigete loeteludes.

Tulemused indikaatorite kohta saadakse EHK andmebaasist perearstide raviarvetelt: glükohemoglobiini puhul kood 66118 või 9118; kreatiini puhul kood 66102 või 9102; üldkolesterooli puhul kood 66104 või 9104, mikroalbuminuuria puhul kood 66117 või 9117 kasutus ja pereõe nõustamise puhul kood 9061 hindamisaasta vältel. Kolesterooli fraktsioonid kood 66105 või 9105 kasutus 3 aasta vältel. Retseptikeskuse andmekogu alusel sihtgruppi kuuluvatele nimistu patsientidele väljakirjutatud soodusretseptid. Arvestatakse ka eriarstide poolt väljakirjutatud retsepte.

Tulemuste interpretatsioon. Tulemusi esitatakse nii teenuseosutajate kui ka maakondade lõikes. Kõikide vereanalüüside puhul on hõlmatus Eestis keskmiselt juba üle 80% ning tulemuste varieeruvus on väike. Hõlmatus on oluliselt väiksem mikroalbuminuuria testil, mis sageli tähendab patsiendile täiendavat visiiti. 63% patsientidest on keskmiselt kirjutatud välja vähemalt 6 soodusretsepti. See on samuti madalaimalt täidetud indikaator, kuid varieeruvus maakondade lõikes ei ole väga suur. Metformiinravi ei pruugi saada patsiendid, kes on eluviisi muudatustega saavutanud kaalulanguse ning veresuhkru näidud on normaliseerunud. Ravimite määramise hõlmatus on maakondade lõikes suhteliselt ühtlane, kuid madalamate hõlmatusetega eristuvad Ida-Virumaa, Valga, Põlva ja Harjumaa.

Limitatsioonid. Tulemuste interpreteerimisel on oluline arvestada, et patsiendil peab olema soov, huvi ja vastutus analüüsidele ning nõustamistele tulla. On teada, et krooniliste haigete ravi järgimine võib varieeruda 50-70% piires, peab ka selle indikaatori interpreteerimisel arvestama, et tulemust mõjutavad ka patsiendi otsused.

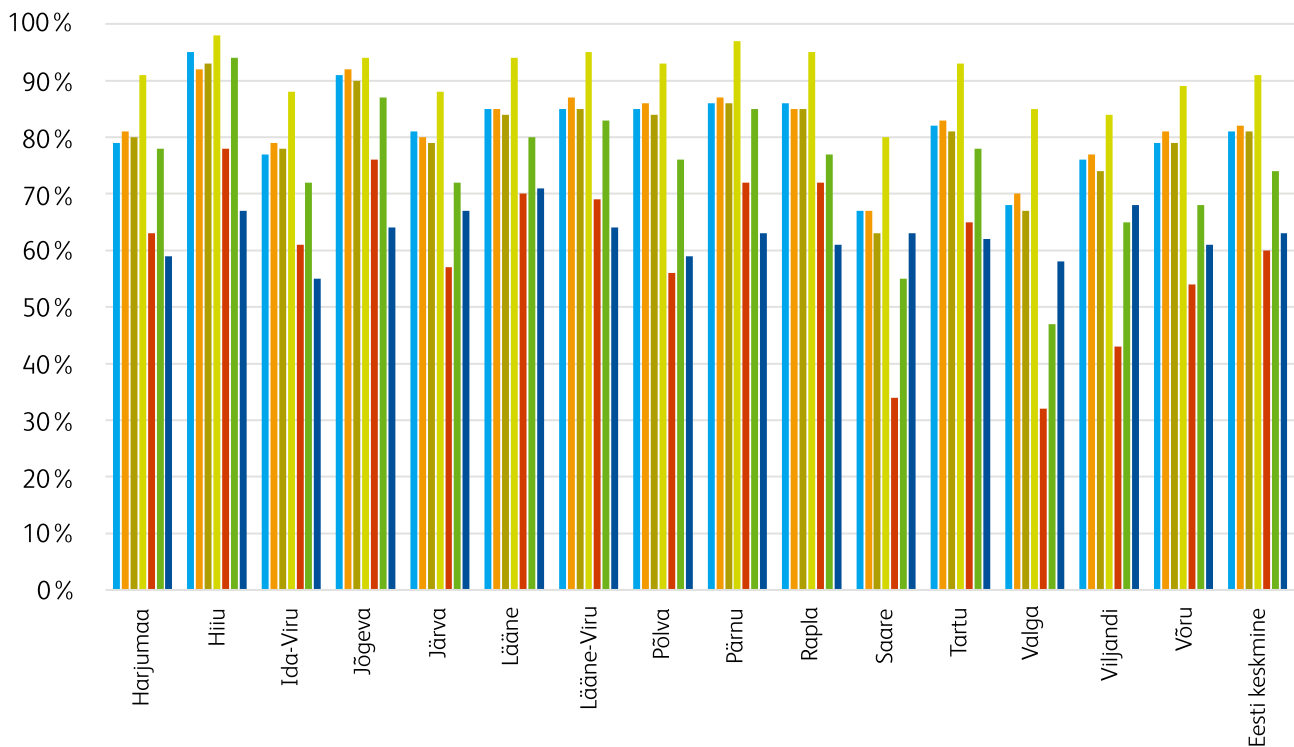
Kokkuvõtteks. Patsientidel tehtud analüüside hõlmatus on suhteliselt kõrge ning piirkondlikud erinevused ei ole suured. Kuna antud kvaliteedi indikaatorid on protsessi indikaatorid, siis on oluline, et meditsiinitöötajad hindaksid peale analüüside teostamist tulemusi ning tõhustaksid vajadusel ravi. Pereõdede nõustamine on kõige suurema varieeruvusega ning vajaks tõhustamist.

Prof Ruth Kalda ja dots Anneli Rätsep
Eesti Perearstide Selts

DIABEET II HAIGETE JÄLGIMINE (MÄÄRATUD GLÜKOHEMOGLOBIIN, KREATINIIN, ÜLDKOLESTEROOL JA KOLESTEROOLI FRAKTSIOONID VERESEERUMIS, MIKROALBUMINUURIA URIINIS, TEHTUD PEREÕE NÕUSTAV VASTUVÕTT) JA VÄLJAKIRJUTATUD METFORMIIN VÕI SELLE KOMBINATSIOONID.

Nimetus	II tüüpi diabeediga haige jälgimine ja väljakirjutatud metformiin või selle kombinatsioonid.
Andmed	<p><u>Arve periood:</u> 01.01. - 31.12.2015 14 kuud väljakirjutatud retseptid (01.11.2014-31.12.2015) Kõik II tüüpi diabeedi haiged (RKH-10 kood E11), kes on jooksva (hinnataval) aastal krooniliste haigete loeteludes. Indikaator on välja arvatud raviarvete ja retseptikeskuse andmete põhjal.</p> <p>EHK andmebaas perearstide raviarvetel esineb glükohemoglobiini puhul kood 66118 või 9118; kreatiini puhul kood 66102 või 9102; üldkolesterooli puhul kood 66104 või 9104, mikroalbuminuuria puhul kood 66117 või 9117 kasutus ja pereõe nõustamise puhul kood 9061 hindamisaasta vältel. Kolesterooli fraktsioonid kood 66105 või 9105 kasutus 3 aasta vältel. Retseptikeskuse andmekogu alusel sihtgruppi kuuluvatele nimistu patsientidele väljakirjutatud soodusretseptid. Arvestatakse ka eriarstide poolt väljakirjutatud retsepte.</p> <p>Indikaatori täpsem kirjeldus on kättesaadav haigekassa kodulehel.</p>
Selgitus	<p>Indikaator kirjeldab % II tüüpi diabeedi haigetest, i. kellel on määratud glükohemoglobiin vähemalt 1x aastas (kui glükohemoglobiin on üle (või võrdne) 7,0% tuleb raviarvele märkida kood 9050), ii. kellel on määratud kreatiniin vähemalt 1x aastas, iii. kellel on määratud üldkolesterool vähemalt 1x aastas (kui patsiendil on üldkolesterooli väärtus üle 5,0 mmol/l, siis sõltumata haigusest või seisundist kantakse alati arvele kood 9040), iv. kellel on määratud kolesterooli fraktsioonid vähemalt 1x 3a jooksva, v. mikroalbuminuuria negatiivsetel haigetel määratud albumiin uriinis vi. keda on nõustanud pereõde (eluviss, haiguse kontrolli all hoidmine) vähemalt 1x aastas</p> <p>14 kuu jooksva välja kirjutatud vähemalt 6 soodusretsepti metformiini või selle kombinatsioonidele II tüüpi diabeedi (diagnoosiga E11) haigele, kes on nimistus.</p> <p>Joonisel on esitatud näitaja maakonna lõikes.</p>

II tüüpi diabeedi haigete jälgimise osakaal %



- Määratud glükosüleeritud hemoglobiin - 2015 a + 10% kuid mitte rohkem kui 90%
- Määratud kreatiniin - 2015 a + 10% kuid mitte rohkem kui 90%
- Määratud üldkolesterool - 2015 a + 10% kuid mitte rohkem kui 90%
- Määratud kolesterooli fraktsioonid 1 kord 3 aasta jooksul - 80%
- Mikroalbuminuuria-negatiivsetel haigetel määratud albumiin uriinis - 2015 a + 10% kuid mitte rohkem kui 90%
- Pereõe nõustav vastuvõtt - 2015 a + 10% kuid mitt vähem kui 50% ja mitte rohkem kui 90%
- Välja kirjutatud vähemalt 6 soodusretsepti metformiini või selle kombinatsioonidele. Keskmise hõlmatus +10% kuid mitte enam kui 90%

MÜOKARDI INFARKTI LÄBITEINUD HAIGE JÄLGIMINE (MÄÄRATUD ÜLDKOLESTEROOL, GLÜKOOS VÕI GLÜKOSÜLEERITUD HEMOGLOBIIN), VÄLJAKIRJUTATUD BEETABLOKAATORID VÕI NENDE KOMBINATSIOONID JA STATIINID VÕI NENDE KOMBINATSIOONID.

Lühiannotatsioon

Sissejuhatus. Indikaator kirjeldab % müokardi infarkti läbiteinud haigetest, kellel on määratud üldkolesterool, kolesterooli fraktsioonid ja glükoos või glükosüleeritud hemoglobiin (HbA1c) vereseerumis vähemalt 1x aastas. Lisaks näitab seda hulka (%) müokardi infarkti haigetest, kel on 14 kuu jooksul välja kirjutatud vähemalt 6 soodusretsepti beetablokaatoridele/statiinidele (üksi või kombinatsioonis).

Kõik müokardi infarkti diagnoosiga ravikindlustust omavad haiged (RKH-10 koodid I21, I22, I23, I25.2, E11) perearsti nimistus, kes on jooksval (hinnataval) aastal krooniliste haigete loeteludes. Indikaatori andmed võetakse raviarvetelt ja retseptikeskusest. Perearstide raviarvetel esineb üldkolesterooli puhul kood 66104 või 9104 ja glükoosi puhul kood 66101 või 9101 või 66118 või 9118 ja kolesterooli fraktsioonide puhul kood 66105 kasutus hindamisaja vältel. Indikaator on välja arvatud raviarvete ja retseptikeskuse andmete põhjal. Arvestatakse ka eriarstide poolt välja kirjutatud retsepte. 14 kuu jooksul peaks olema välja kirjutatud vähemalt 6 soodusretsepti beetablokaatoritele/statiinidele (üksi või kombinatsioonis).

Tulemuste interpretatsioon. On näha, et kehtiv praktika on erinev maakonniti nii teostatud analüüside kui ka väljakirjutatud ravimite osas. Siiski on analüüside teostamine üldkolesterooli, kolesterooli fraktsioonide ja glükoosi määramine on saavutanud ilmselt optimaalse taseme, ulatudes enamasti 80%- hõlmatuseni ja enam. Suuremad on varieeruvused beetablokaatorite ja statiinide määramisel. Vastavalt ravijuhendile peaks müokardi infarkti haigetele olema määratud antud ravimeid, juhul kui ei ole vastunäidustusi (beetablokaatori puhul raske südamepuudulikkus, KOK, astma, A-V tõsine blokaad jt). Eeldatav hõlmatus, kui arvestada individuaalset sobimatust, võiks ulatuda kuni 80%-ni. Parem on seis beetablokaatorite väljakirjutamise osas (hõlmatus 60-70%), kehvem statiinide osas, jäädes 40-50%-se hõlmatusse piiridesse. Tegemist on patsientide edasist prognoosi mõjutava raviga.

On teada, et krooniliste haigete ravi järgimine võib varieeruda 50-70% piires, seetõttu peab ka selle indikaatori interpreteerimisel arvestama, et tulemust võivad mõjutavad ka patsiendi otsused. Tegemist võib olla meditsiini infosüsteemi puudustega ravi järjepidevuse tagamisel. Informatsioon patsiendi uue haigusseisundi tõttu ei jõua perearstini.

2013. a publitseeritud ja 2008-2010 a jooksul läbi viidud uuring Prantsusmaal näitas, et 3 a jooksul on saavutatud mõlema indikaatori osas ligi 90%-ne hõlmatus (1). Arvestama peab meetoodilist erinevust, sest uuritavate hulgast olid välja jäetud need, kel vastunäidustused antud ravimite suhtes olid dokumenteeritud (meil seda ei tehta ja seetõttu oleme hõlmatus, mida soovime saavutada, jätnud madalamaks). Vastunäidustuste sagedus oli uuringus statiinidele 5-6% juures ning beetablokaatorite puhul (arvestades absoluutseid ja suhtelisi) kuni 20%.

Limitatsioonid. Meil vastunäidustusi ei registreerita raviarvetel, seega on see hüpoteetiline. Võimalik, et kui nimistus on müokardi infarkti läbi põdenud inimeste hulk väga väike (endised lastearstide nimistud), siis võib vastunäidustusega isikute hulk olla proportsionaalselt palju suurem - nt 3-st müokardi infarkti haigest juba ühel KOK või astma olemasolu muudab võimaliku hõlmatus % beetablokaatori osas oluliselt madalamaks kui 80% (antud juhul siis 66%). Selliseid juhtumeid peaks siiski analüüsima individuaalselt.

Kokkuvõte. Maailmapanga aruanne 2015 a-st näitas, et kroonilistele haigetele (sh müokardi infarktiga haigetele) on ravimite järjepidev välja kirjutamine madal, võrreldes teiste maade ja kehtivate juhenditega. Lisaks esinevad maakondade vahel küllaltki suured erinevused. Indikaatori lisamine kvaliteedisüsteemi peaks aitama kehtivat praktikat muuta sobivas suunas.

Väga oluline on ravimite tarvitamise teema tõstatamine meditsiinitöötajate poolt, hindamaks millised on meditsiinisüsteemi või patsiendi takistused ravi järgmisel.

Prof Ruth Kalda ja dots Anneli Rätsep
Eesti Perearstide Selts

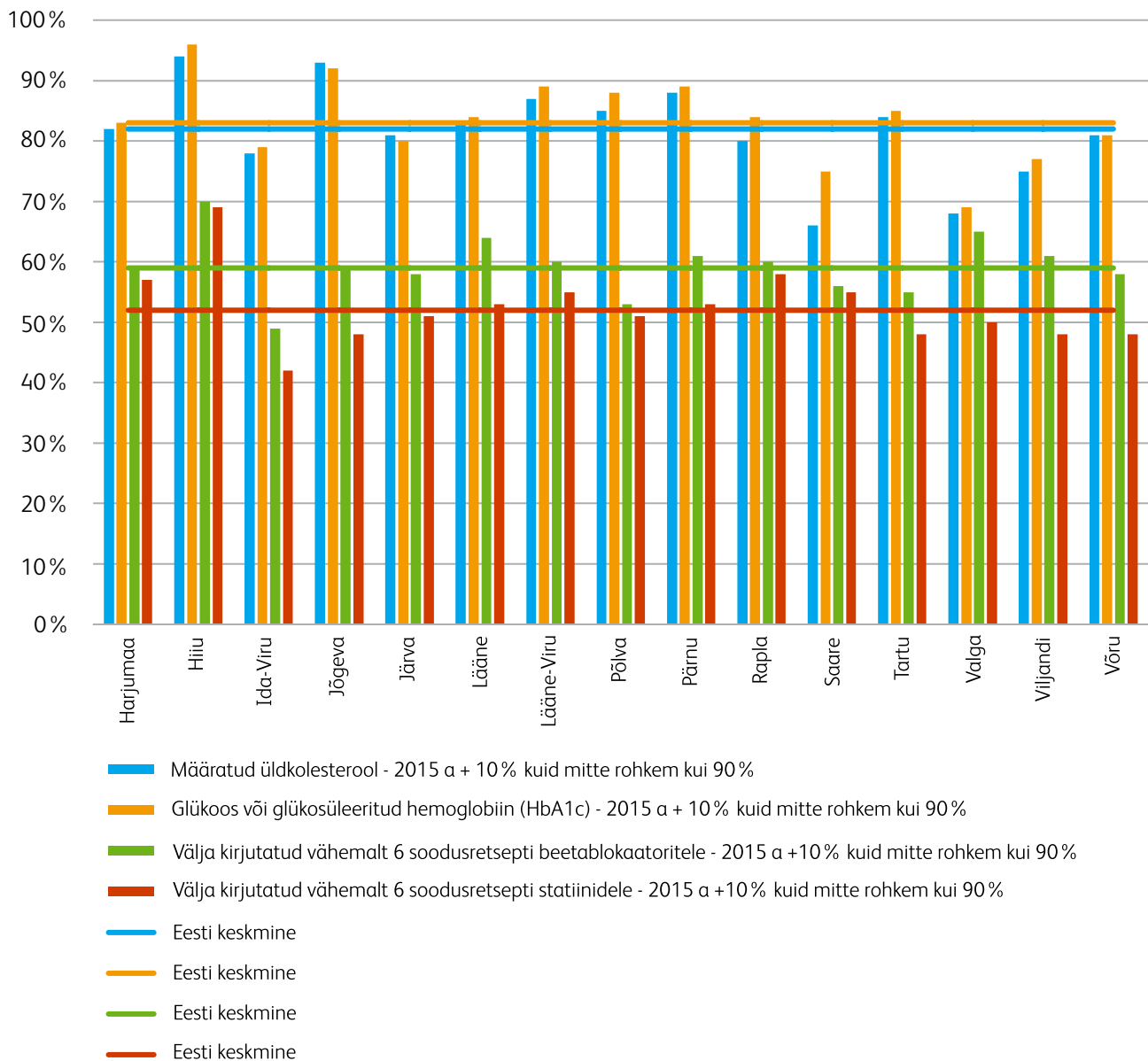
Viited:

1. Schiele et al Hospital Case Volume and Appropriate Prescriptions at Hospital Discharge After Acute Myocardial Infarction A Nationwide Assessment Circ Cardiovasc Qual Outcomes is available at <http://circoutcomes.ahajournals.org>

MÜOKARDI INFARKTI LÄBITEINUD HAIGE JÄLGIMINE (MÄÄRATUD ÜLDKOLESTEROOL, GLÜKOOS VÕI GLÜKOSÜLEERITUD HEMOGLOBIIN), VÄLJAKIRJUTATUD BEETABLOKAATORID VÕI NENDE KOMBINATSIOONID JA STATIINID VÕI NENDE KOMBINATSIOONID

Nimetus	Müokardi infarkti läbiteinud jälgimine, väljakirjutatud beetablokaatorid või nende kombinatsioonid ja statiinid või nende kombinatsioonid.
Andmed	<p><u>Arve periood:</u> 01.01-31.12.2015 14 kuud (01.11.2014-31.12.2015) ravimite puhul</p> <p>Indikaator on välja arvatud raviarvete ja retseptikeskuse andmete põhjal. Kõik müokardi infarkti läbiteinud haiged (RKH-10 koodid I21, I22, I23, I25.2), kes on jooksva (hinnataval) aastal krooniliste haigete loeteludes. Loetelud tehakse kättesaadavaks TORUs. Arvesse lähevad isikud juhul kui nad on hinnataval aastal kindlustatud või juhul, kui nad on tulemuste arvestamise hetkeks (hinnatavale aastale järgneva aasta 1. jaanuar) kindlustatuse kaotanud või surnud, aga sellegipoolest teenuse saanud.</p> <p>EHK andmebaas perearstide raviarvetel esineb üldkolesterooli puhul kood 66104 või 9104 ja glükoosi puhul kood 66101 või 9101 või 66118 või 9118 ja kolesterooli fraktsioonide puhul kood 66105 kasutus hindamisaasta vältel.</p> <p>Retseptikeskuse andmekogu alusel sihtgrupi kuuluvatele nimistu patsientidele väljakirjutatud soodusretseptid. Arvestatakse ka eriarstide poolt väljakirjutatud retsepte.</p> <p>Indikaatori täpsem kirjeldus on kättesaadav haigekassa kodulehel.</p>
Selgitus	<p>Indikaator kirjeldab % müokardi infarkti läbiteinud haigetest, kellel on määratud üldkolesterool, kolesterooli fraktsioonid ja glükoos või glükosüleeritud hemoglobiin (HbA1c) vereseerumis vähemalt 1x aastas.</p> <p>14 kuu jooksul välja kirjutatud vähemalt 6 soodusretsepti beetablokaatoritele/statiinidele (üksi või kombinatsioonis) müokardi infarkti läbiteinul (RKH-10 koodid I21, I22, I23, I25.2) haigele, kes on nimistus.</p> <p>Joonisel on esitatud näitaja maakonna lõikes.</p>

Müokardi infarkti läbiteinud haigete jälgimise osakaal %



MADALA RISKIGA HÜPERTOONIA TÕVE HAIGE JÄLGIMINE (MÄÄRATUD GLÜKOOS JA ÜLDKOLESTEROOL VERESEERUMIS JA TEHTUD PEREÕE NÕUSTAV VASTUVÕTT).

Lühiannotatsioon

Sissejuhatus. Indikaator kirjeldab % madala riskiga hüpertooniatõve haigetest, kellel on määratud glükoos või glükosüleeritud hemoglobiin (HbA1c), teostatud pereõe nõustamine üks kord aasta jooksul hindamisaastal ja määratud üldkolesterool vereseerumis vähemalt 1 x 3 aasta jooksul. Indikaator on oluline, sest vastavate analüüside tulemused on aluseks ravi korrigeerimisel ning patsiendi nõustamisel. Eesmärgiks riski hoidmine madalal.

Kõik jooksval (hinnataval) aastal haigekassa poolt edastatud ja perearsti poolt kinnitatud krooniliste haigete loetelus diagnoosiga I10-I15 (RKH-10 koodid) ja raskusastmega 1 märgitud kindlustatud haiged. EHK andmebaas perearstide raviarvetel glükoosi puhul kood 66101 või 9101 või 66118 või 9118 ning üldkolesterooli puhul kood 66104 või 9104 kasutus 3 aasta vältel.

Pereõe nõustava vastuvõtu puhul hinnatakse kood 9061 kasutust hindamisaasta vältel.

Tulemuste interpretatsioon. Eestis on patsientide keskmine hõlmatus nimetatud analüüsidega küllaltki kõrge, olles analüüside osas ligi 90%. Seega keskmise tasemega probleeme ei ole. Samuti ei ole varieeruvused maakondade piires väga suured, kuigi need eksisteerivad. Oluline varieeruvus on aga pereõe nõustamises, mida on vähemalt üks kord aasta jooksul saanud keskmiselt vaid 63% patsientidest. Varieeruvus maakondade lõikes on väga suur, ulatudes 40-82%-ni. Pereõde roll on krooniliste haigustega patsientide osas väga suur, ning selle osatähtsust peaks oluliselt suurendama.

Antud indikaatori kohta ei ole õe nõustamise hõlmatus osas andmeid leida, küll aga on teada, et nt Põhjamaades ületab krooniliste haigete puhul õe visiitide arv arstiviisiitide arvu, võimaldades nii arstidel tegeleda probleemsemate juhtumitega. 2015.a publitseeritud süstemaatiline ülevaade tõestab, et krooniliste haigete nõustamisel ja jälgimisel on õed sama efektiivsed kui arstid (1). Samas näitasid tulemused, et vähem kui 40% patsientidest eelistas õe poolt tema ravijuhtumi koordineerimist ja see võib olla probleemiks ka meil.

Limitatsioonid. Kuna õe nõustamise koodid võetakse raviarvetelt, siis võib viga tuleneda kodeerimise puudulikkusest (nõustamine toimub, aga raviarvele ei kanta). Samuti võib olla ka tegemist teisipidise nähtusega - ehk et nõustamise kood on raviarvele kantud, aga tegelikku nõustamist ei ole toimunud.

Kokkuvõte. Krooniliste haiguste jälgimisel ning patsientide nõustamisel on õe roll väga oluline. Meil on õe roll võrreldes Põhjamaadega veel küllaltki tagasihoidlik. Teise õe olemasolu nõue ühe nimistu kohta peaks seda situatsiooni parandama.

Tulemuste interpreteerimisel on oluline arvestada, et patsiendil peab olema soov, huvi ja vastutus analüüsidele ning nõustamistele tulla. On teada, et krooniliste haigete ravi järgimine võib varieeruda 50-70% piires, peab ka selle indikaatori interpreteerimisel arvestama, et tulemust mõjutavad ka patsiendi otsused.

*Prof Ruth Kalda ja dots Anneli Rätsep
Eesti Perearstide Selts*

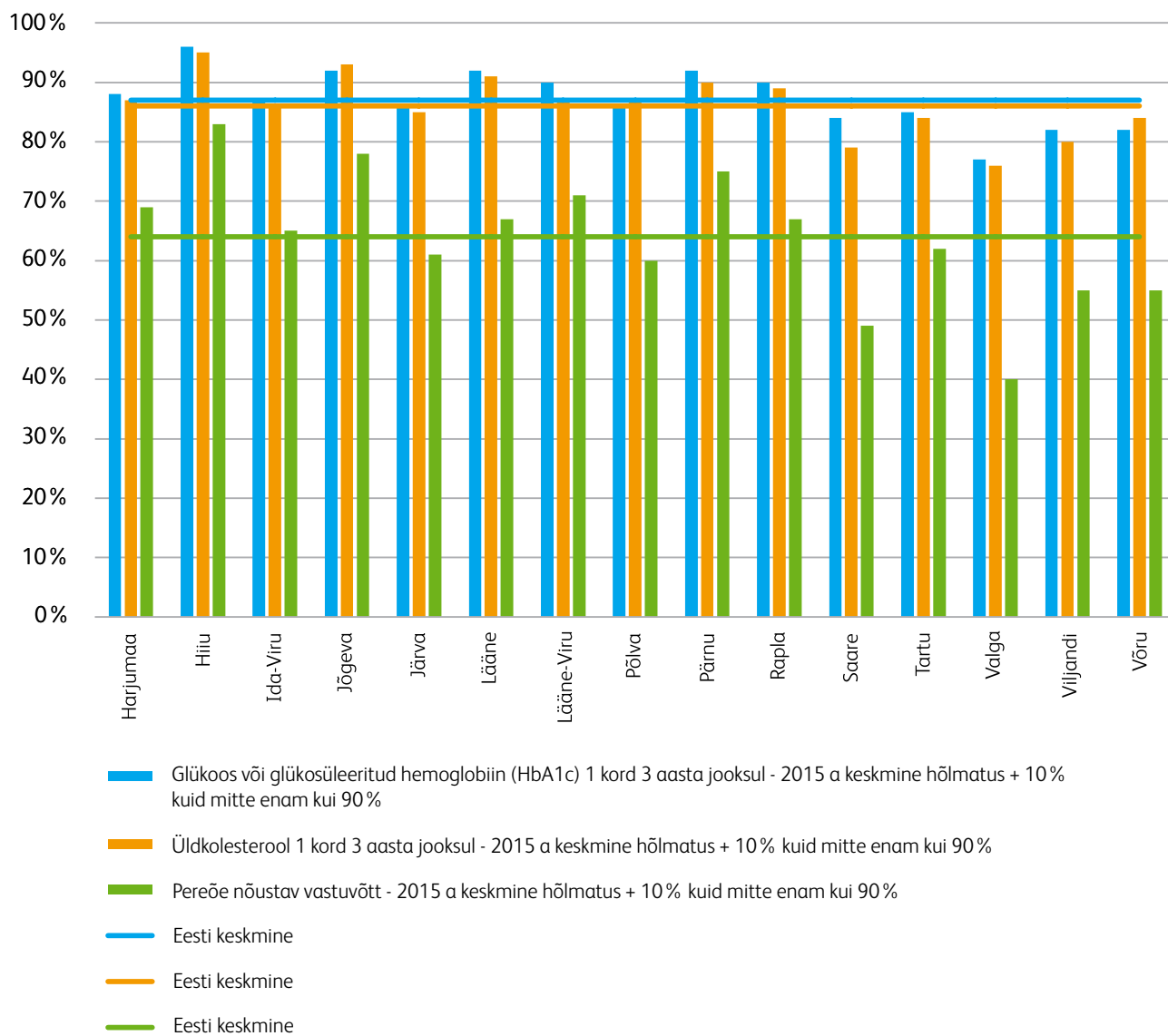
Viited:

1. Nahara Anani Martínez-González. The effect of physician-nurse substitution in primary care in chronic diseases: a systematic review. Swiss Med Wkly. 2015;145:w14031. available at <http://www.smw.ch/content/smw-2015-14031>

MADALA RISKIGA HÜPERTOONIA TÕVE HAIGE JÄLGIMINE (MÄÄRATUD GLÜKOOS JA ÜLDKOLESTEROOL VERESEERUMIS JA TEHTUD PEREÕE NÕUSTAV VASTUVÕTT)

Nimetus	Madala riskiga hüpertooniatõve haige jälgimine (määratud glükoos ja üldkolesterool vereseerumis ja tehtud pereõe nõustav vastuvõtt).
Andmed	<p><u>Arve periood:</u> 3 aastat (2013-2015) ja õe vastuvõtt 01.01-31.12.2015.</p> <p>Kõik jooksval (hinnataval) aastal haigekassa poolt edastatud ja perearsti poolt kinnitatud krooniliste haigete loetelus diagnoosiga I10-I15 (RKH-10 koodid) ja raskusastmega 1 märgitud haiged. Arvesse lähevad isikud juhul kui nad on hinnatavatel aastatel kindlustatud või juhul, kui nad on tulemuste arvestamise hetkeks (hinnatavale aastale järgneva aasta 1. jaanuar) kindlustatuse kaotanud või surnud, aga sellegipoolest teenuse saanud.</p> <p>EHK andmebaas perearstide raviarvetel glükoosi puhul kood 66101 või 9101 või 66118 või 9118 ning üldkolesterooli puhul kood 66104 või 9104 kasutus 3 aasta vältel. Pereõe nõustava vastuvõtu puhul hinnatakse kood 9061 kasutust hindamisaasta vältel.</p> <p>Indikaatori täpsem kirjeldus on kättesaadav haigekassa kodulehel.</p>
Selgitus	<p>Indikaator kirjeldab % madala riskiga hüpertooniatõve haigetest, kellel on määratud glükoos või glükosüleeritud hemoglobiin (HbA1c), teostatud pereõe nõustamine üks kord aasta jooksul hindamisaastal ja määratud üldkolesterool vereseerumis vähemalt 1 x 3 aasta jooksul.</p> <p>Joonisel on esitatud näitaja maakonna lõikes.</p>

Hüpertoonia I (madala riskiga) haigete jälgimise osakaal %



MÕÕDUKA LISARISKIGA HÜPERTOONIA TÕVE HAIGE JÄLGIMINE (MÄÄRATUD ÜLDKOLESTEROOL, KOLESTEROOLI FRAKTSIOONID, GLÜKOOS JA KREATINIIN VERESEERUMIS, TEHTUD KARDIOGRAMM, MÄÄRATUD MIKROALBUMINUURIA URIINIS, TEHTUD PEREÕE NÕUSTAV VASTUVÕTT).

Lühiannotatsioon

Sissejuhatus. Indikaator kirjeldab % mõõduka lisariskiga hüpertooniatõvehaigetest, kellel on määratud üldkolesterool vähemalt 1x aastas, kolesterooli fraktsioonid vähemalt 1x aastas, glükoos või glükosüleeritud hemoglobiin (HbA1c) vereseerumis vähemalt 1x aastas, kreatiniin vereseerumis vähemalt 1x aastas, ja tehtud EKG vähemalt 1 x 3 aasta jooksul ning mikroalbuminuuria negatiivsetel haigetel määratud albumiin uriinis. Lisaks eelpooltoodule mõõdab indikaator nende patsientide hulka, keda on nõustanud pereõde (eluvii, haiguse kontrolli all hoidmine) vähemalt 1x aastas. Indikaator on oluline, sest vastavate analüüside tulemused on aluseks ravi korrigeerimisel ning patsiendi nõustamisel.

Kõik (hinnataval) aastal haigekassa poolt edastatud ja perearsti poolt kinnitatud krooniliste haigete loetelus diagnoosiga I10-I15 (RKH-10 koodid) ja raskusastmega 2 märgitud haiged ning üldkolesterooli kolesterooli fraktsioonide puhul isikud kes on tulemuste arvestamise hetkeks (hinnatavale aastale järgneva aasta 1. jaanuar) nooremad kui 80 elusaastat. Arvesse lähevad isikud juhul kui nad on hinnatavatel aastatel kindlustatud või juhul, kui nad on tulemuste arvestamise hetkeks (hinnatavale aastale järgneva aasta 1. jaanuar) kindlustatuse kaotanud või surnud, aga sellegipoolest teenuse saanud.

Pereõde nõustava vastuvõtu puhul hinnatakse kood 9061 kasutust hindamisaasta vältel.

Tulemuste interpretatsioon. Mõõduka lisariskiga patsientide keskmine hõlmatus eelpooltoodud analüüsidega on maakondade osas varieeruv, olles madalaim Valga, Hiiu ja Valgamaal. Hõlmatus näitajad jäävad alla 70%, kohati ka alla 60%. Vajab eraldi analüüsimist, miks see nii on. On ka näha, et keskmised hõlmatused on madalaimad mikroalbuminuuria teostamises patsiendile ning ka pereõde nõustamises. Kahe viimase indikaatori puhul on ka varieeruvus teenuse osutamises suurim.

Rahvusvahelise projekti EUPRIMCARE raames tehtud uuring näitas, et hüpertooniahaigete jälgimise kliinilise kvaliteedi indikaatorid (mis olid sarnased meie indikaatoritega), olid indikaatorite hõlmatused võrreldes Soome, Hispaania ja Leeduga kas samal tasemel või isegi kõrgemad. Kõikide osalenud maade osas võrdlust ei saanud teostada, sest Itaalias, Ungaris ja Saksamaal rutiinselt andmeid ei koguta(1).

Limitatsioonid. Kuna kõik teised laboriandmed tulevad patsientide kaartidesse elektrooniliselt otse laborist, siis kanduvad nende analüüside koodid ka raviarvetele automaatselt. Mikroalbuminuuria määramine toimub perearstide/pereõdede poolt valdavalt testribaga ning analüüs koodid kantakse käsitsi raviarvetele. Sellest võib tuleneda ka suhteliselt madalam hõlmatus võrreldes teiste analüüsidega e tegemist on sisestamise veaga.

Kuna õe nõustamiste koodid võetakse raviarvetelt, siis võib viga tuleneda kodeerimise puudulikkusega (nõustamine toimub, aga raviarvele ei kanta). Samuti võib olla ka tegemist teisipidise nähtusega- ehk et nõustamise kood on raviarvele kantud, aga tegelikku nõustamist ei ole toimunud.

Tulemuste interpreteerimisel on oluline arvestada, et patsiendil peab olema soov, huvi ja vastutus analüüsidele ning nõustamistele tulla. On teada, et krooniliste haigete ravi järgimine võib varieeruda 50-70% piires, peab ka selle indikaatori interpreteerimisel arvestama, et tulemust mõjutavad ka patsiendi otsused.

Kokkuvõte. Krooniliste haiguste jälgimisel ning patsientide nõustamisel on õe roll väga oluline. Meil on õe roll võrreldes Põhjamaadega veel küllaltki tagasihoidlik. Teise õe olemasolu nõue ühe nimistu kohta peaks seda situatsiooni parandama.

Mikroalbumuuria määramise asemel hakatakse peale kroonilise neeruhaiguse juhise kinnitamist kasutama albumiini/kreatiini suhte määramist, mille tõendus nii neeruhaiguse sõelumiseks kui ka neeruhaiguse kulu jälgimiseks on parem. Seega peaks toimuma ka vastava indikaatori muutus kvaliteedisüsteemis.

*Prof Ruth Kalda ja dots Anneli Rätsep
Eesti Perearstide Selts*

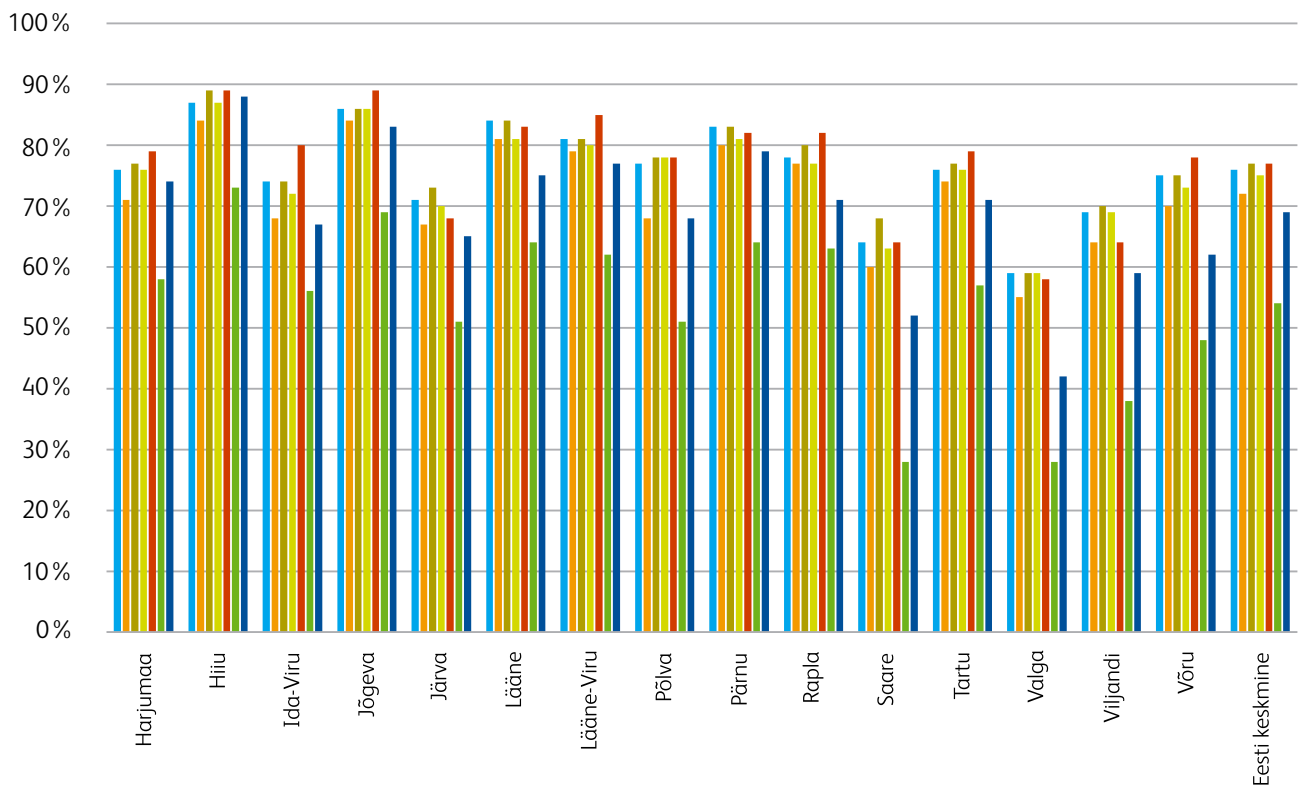
Viited:

1.Suija K, et al. Challenges of audit of care on clinical quality indicators for hypertension and type 2 diabetes across four European countries. Family Practice, 2015; 32: 69-74.

MÕÕDUKA LISARISKIGA HÜPERTOONIATÕVE HAIGE JÄLGIMINE (MÄÄRATUD ÜLDKOLESTEROOL, KOLESTEROOLI FRAKTSIOONID, GLÜKOOS JA KREATINIIN VERESEERUMIS, TEHTUD KARDIOGRAMM, MÄÄRATUD MIKROALBUMUURIA URIINIS, TEHTUD PEREÕE NÕUSTAV VASTUVÕTT)

Nimetus	Mõõduka lisariskiga hüpertooniatõve haige jälgimine (määratud üldkolesterool, kolesterooli fraktsioonid, glükoos ja kreatiniin vereseerumis, tehtud kardiogramm, määratud mikroalbumuuria uriinis, tehtud pereõe nõustav vastuvõtt).
Andmed	<p><u>Arve periood:</u> 01.01.- 31.12.2015 3 aastat (2013-2015) EKG puhul Kõik jooksva (hinnatava) aastal haigekassa poolt edastatud ja perearsti poolt kinnitatud krooniliste haigete loetelus diagnoosiga I10-I15 (RKH-10 koodid) ja raskusastmega 2 märgitud haiged ning üldkolesterooli kolesterooli fraktsioonide puhul isikud kes on tulemuste arvestamise hetkeks (hinnatavale aastale järgneva aasta 1. jaanuar) nooremad kui 80 elusaastat. Arvesse lähevad isikud juhul kui nad on hinnatavatel aastatel kindlustatud või juhul, kui nad on tulemuste arvestamise hetkeks (hinnatavale aastale järgneva aasta 1. jaanuar) kindlustatuse kaotanud või surnud, aga sellegipoolest teenuse saanud.</p> <p>EHK andmebaas perearstide raviarvetel esineb üldkolesterooli puhul kood 66104 või 9104 , kolesterooli fraktsioonide puhul raviarvetel kood 66105 või 9105, glükoosi puhul raviarvetel kood 66101 või 9101 või 66118 või 9118 , kreatiini puhul kood 66102 või 9102 kasutus hindamisaasta vältel. EKG puhul esineb raviarvetel kood 6320 või 6322 või 6323 või 9320 kasutus 3 aasta vältel. Mikroalbumuuria puhul esineb kood 66117 või 9117 ning pereõe nõustamise puhul kood 9061 kasutus hindamisaasta vältel.</p> <p>Indikaatori täpsem kirjeldus on kättesaadav haigekassa kodulehel.</p>
Selgitus	<p>Indikaator kirjeldab % mõõduka lisariskiga hüpertooniatõvehaigetest,</p> <ol style="list-style-type: none"> i. kellel on määratud üldkolesterool vähemalt 1x aastas ii. kellel on määratud kolesterooli fraktsioonid vähemalt 1x aastas iii. kellel on määratud glükoos või glükosüleeritud hemoglobiin (HbA1c) vereseerumis vähemalt 1x aastas iv. kellel on määratud kreatiniin vereseerumis vähemalt 1x aastas v. kellel on tehtud EKG vähemalt 1 x 3 aasta jooksul vi. mikroalbumuuria negatiivsetel haigetel määratud albumiin uriinis vii. keda on nõustanud pereõde (eluviis, haiguse kontrolli all hoidmine) vähemalt 1x aastas <p>Joonisel on näitajad maakonna lõikes.</p>

Hüpertoonia II (mõõduka lisariskiga) haigete jälgimise osakaal



- Alla 80 aastastel määratud üldkolesterool - keskmine hõlmatus + 10% kuid mitte enam kui 90%
- Alla 80 aastastel määratud kolesterooli fraktsioonid - keskmine hõlmatus + 10% kuid mitte enam kui 90%
- Glükoos või glükosüleeritud hemoglobiin (HbA1c) - keskmine hõlmatus + 10% kuid mitte enam kui 90%
- Kreatiniin - keskmine hõlmatus + 10% kuid mitte enam kui 90%
- EKG 1 kord 3 aasta jooksul - keskmine hõlmatus + 10% kuid mitte enam kui 90%
- Mikroalbuminuuria-negatiivsetel haigetel määratud albumiin uriinis (mikroalbuminuuria) - keskmine hõlmatus + 10% kuid mitte enam kui 90%
- Pereõe nõustav vastuvõtt - keskmine hõlmatus + 10% kuid mitte enam kui 90%

KÕRGE JA ÜLIKÕRGE LISARISKIGA HÜPERTOONIATÕVE HAIGETE JÄLGIMINE (MÄÄRATUD ÜLDKOLESTEROOL, KOLESTEROOLI FRAKTSIOONID, GLÜKOOS JA KREATINIIN VERESEERUMIS JA MÄÄRATUD MIKROALBUMINUURIA URIINIS, TEHTUD PEREÕE NÕUSTAV VASTUVÕTT).

Lühiannotatsioon

Sissejuhatus. Indikaator kirjeldab % kõrge ja ülikõrge riskiga hüpertooniatõve haigetest, kellel on määratud üldkolesterool vähemalt 1x aastas, kolesterooli fraktsioonid vähemalt 1x aastas, glükoos või glükosüleeritud hemoglobiin (HbA1c) vereseerumis vähemalt 1x aastas, kreatiniin vereseerumis vähemalt 1x aastas, mikroalbuminuuria negatiivsetel haigetel määratud albumiin uriinis ning keda on nõustanud pereõde (eluviis, haiguse kontrolli all hoidmine) vähemalt 1x aastas. Indikaator on oluline, sest vastavate analüüside tulemused on aluseks ravi korrigeerimisel ning patsiendi nõustamisel. Eesmärgiks tüsistuste ennetamine.

Kõik jooksva (hinnataval) aastal haigekassa poolt edastatud ning perearsti poolt kinnitatud krooniliste haigete loetelus diagnoosiga I10-I15 (RKH-10 koodid) ja raskusastmega 3 märgitud haiged ning üldkolesterooli kolesterooli fraktsioonide puhul isikud, kes on tulemuste arvestamise hetkeks (hinnatavale aastale järgneva aasta 1. jaanuar) nooremad kui 80 eluaastat. Arvesse lähevad isikud juhul, kui nad on hinnatavatel aastatel kindlustatud või juhul, kui nad on tulemuste arvestamise hetkeks (hinnatavale aastale järgneva aasta 1. jaanuar) kindlustatuse kaotanud või surnud, aga sellegipoolest teenuse saanud. Pereõde nõustava vastuvõtu puhul hinnatakse kood 9061 kasutust hindamisaasta vältel.

Tulemuste interpretatsioon. Kõrge ja ülikõrge lisariskiga patsientide keskmine hõlmatus eelpooltoodud analüüsidega on keskmiselt küllaltki kõrge, ulatudes keskmiselt 70-80% juurde. Maakondade osas ei ole varieeruvus nii suur kui madala ja keskmise riskiga hüpertensiooniga patsientide puhul. Eristub siiski Valgamaa, kus võib olla probleemiks see, et paljud perearstide nimistud on püsiva perearstita ning teenindamine tagatakse asendussüsteemi kaudu. Seetõttu kaob ka järjepidevus krooniliste haigetega tegelemisel. Kas see on nii, vajab muidugi eraldi analüüsi. Taaskord on kehvemini täidetud kvaliteediindikaatoris mikroalbuminuuria määramine, põhjus on sama, mis eelpool.

Rahvusvahelise projekti EUPRIMCARE raames tehtud uuring näitas, et hüpertooniahaigete jälgimise kliinilise kvaliteedi indikaatorid (mis olid sarnased meie indikaatoritega), olid indikaatorite hõlmatused võrreldes Soome, Hispaania ja Leeduga kas samal tasemel või isegi kõrgemad. Kõikide osalenud maade osas võrdlust ei saanud teostada, sest Itaalias, Ungaris ja Saksamaal rutiinselt andmeid ei koguta (1).

Limitatsioonid. Kuna kõik teised laboriandmed tulevad patsientide kaartidesse elektrooniliselt otse laborist, siis kanduvad nende analüüside koodid ka raviarvetele automaatselt. Mikroalbuminuuria määramine toimub perearstide/pereõdede poolt valdavalt testribaga ning analüüs koodid kantakse käsitsi raviarvetele. Sellest võib tuleneda ka suhteliselt madalam hõlmatus võrreldes teiste analüüsidega ehk tegemist on sisestamise veaga. Kuna õe nõustamiste koodid võetakse raviarvetelt, siis võib viga tuleneda kodeerimise puudulikkusega (nõustamine toimub, aga raviarvele ei kanta). Samuti võib olla ka tegemist teisipidise nähtusega - ehk et nõustamise kood on raviarvele kantud, aga tegelikku nõustamist ei ole toimunud.

Tulemuste interpreteerimisel on oluline arvestada, et patsiendil peab olema soov, huvi ja vastutus analüüsidele ning nõustamistele tulla. On teada, et krooniliste haigete ravi järgimine võib varieeruda 50-70% piires, peab ka selle indikaatori interpreteerimisel arvestama, et tulemust mõjutavad ka patsiendi otsused.

Kokkuvõte. Sama, mis eelmiste osade puhul. Krooniliste haiguste jälgimisel ning patsientide nõustamisel on õe roll väga oluline. Meil on õe roll võrreldes Põhjamaadega veel küllaltki tagasihoidlik. Teise õe olemasolu nõue ühe nimistu kohta peaks seda situatsiooni parandama.

Mikroalbuminuuria määramise asemel hakatakse peale kroonilise neeruhaiguse juhise kinnitamist kasutama albumiini/kreatiniini suhte määramist, mille tõendus on nii neeruhaiguse sõelumiseks kui ka neeruhaiguse kulu jälgimiseks on parem. Seega peaks toimuma ka vastava indikaatori muutus kvaliteedisüsteemis.

Prof Ruth Kalda ja dots Anneli Rätsep
Eesti Perearstide Selts

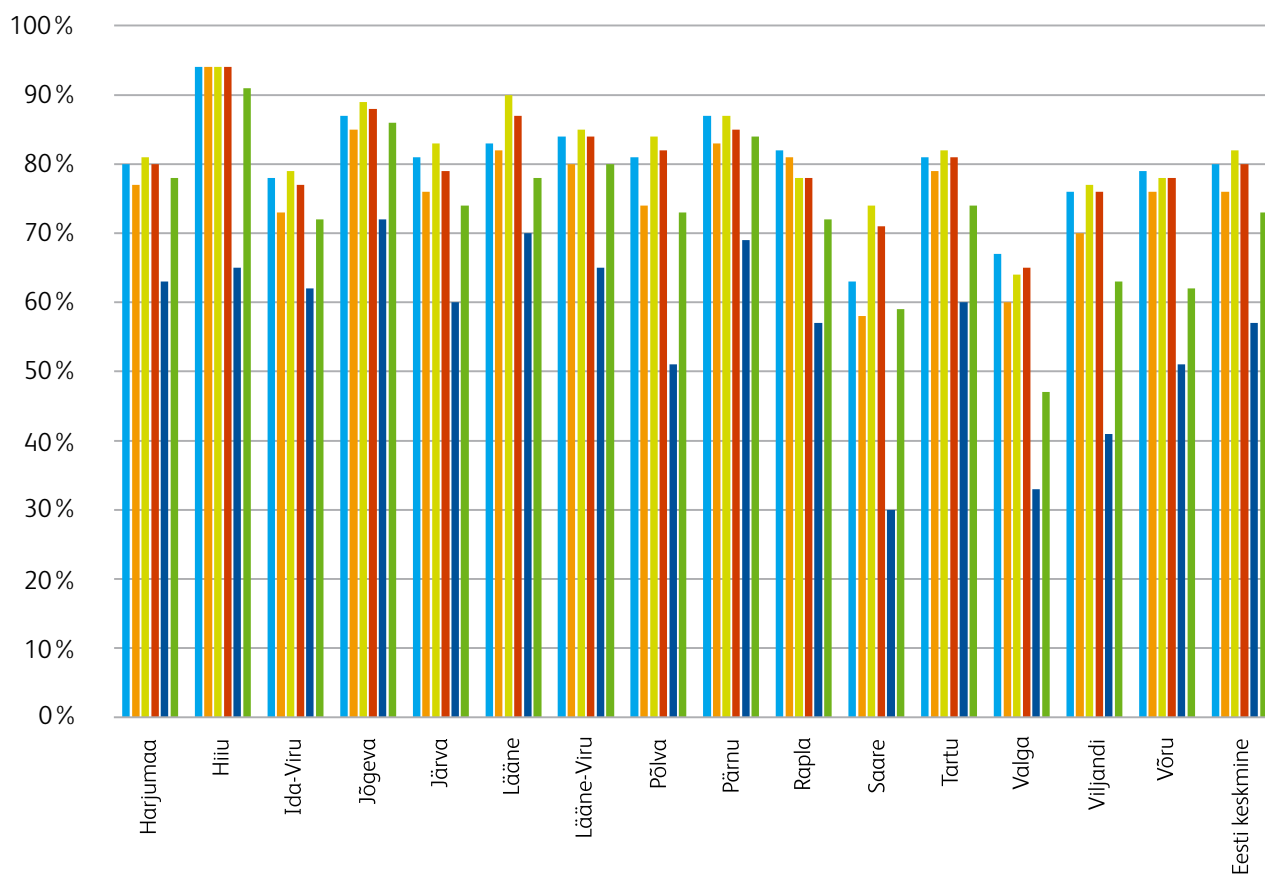
Viited:

1.Suija K, et al. Challenges of audit of care on clinical quality indicators for hypertension and type 2 diabetes across four European countries. Family Practice, 2015; 32: 69-74.

KÕRGE JA ÜLIKÕRGE LISARISKIGA HÜPERTOONIA TÕVE HAIGETE JÄLGIMINE (MÄÄRATUD ÜLDKOLESTEROOL, KOLESTEROOLI FRAKTSIOONID, GLÜKOOS JA KREATINIIN VERESEERUMIS JA MÄÄRATUD MIKROALBUMINUURIA URIINIS, TEHTUD PEREÕE NÕUSTAV VASTUVÕTT).

Nimetus	Kõrge ja ülikõrge lisariskiga hüpertooniatõve haigete jälgimine (määratud üldkolesterool määratud üldkolesterool, kolesterooli fraktsioonid, glükoos ja kreatiniin vereseerumis ja määratud mikroalbuminuuria uriinis, tehtud pereõe nõustav vastuvõtt)
Andmed	<p><u>Arve periood:</u> 01.01.- 31.12.2015.</p> <p>Kõik jooksvad (hinnataval) aastal haigekassa poolt edastatud ning perearsti poolt kinnitatud krooniliste haigete loetelus diagnoosiga I10-I15 (RKH-10 koodid) ja raskusastmega 3 märgitud haiged ning üldkolesterooli kolesterooli fraktsioonide puhul isikud, kes on tulemuste arvestamise hetkeks (hinnatavale aastale järgneva aasta 1. jaanuar) nooremad kui 80 eluaastat. Arvesse lähevad isikud juhul, kui nad on hinnatavatel aastatel kindlustatud või juhul, kui nad on tulemuste arvestamise hetkeks (hinnatavale aastale järgneva aasta 1. jaanuar) kindlustatuse kaotanud või surnud, aga sellegipoolest teenuse saanud.</p> <p>EHK andmebaas perearstide raviarvetel esineb üldkolesterooli puhul kood 66104 või 9104, glükoosi puhul raviarvetel kood 66101 või 9101 või 66118 või 9118, kreatiniini puhul kood 66102 või 9102 kasutus hindamisaasta vältel. Mikroalbuminuuria puhul esineb kood 66117 või 9117 ning pereõe nõustamise puhul kood 9061 kasutus hindamisaasta vältel.</p> <p>Indikaatori täpsem kirjeldus on kättesaadav haigekassa kodulehel.</p>
Selgitus	<p>Indikaator kirjeldab % kõrge ja ülikõrge riskiga hüpertooniatõve haigetest,</p> <ul style="list-style-type: none"> i. kellel on määratud üldkolesterool vähemalt 1x aastas ii. kellel on määratud kolesterooli fraktsioonid vähemalt 1x aastas iii. kellel on määratud glükoos või glükosüleeritud hemoglobiin (HbA1c) vereseerumis vähemalt 1x aastas iv. kellel on määratud kreatiniin vereseerumis vähemalt 1x aastas v. mikroalbuminuuria negatiivsetel haigetel määratud albumiin uriinis vi. keda on nõustanud pereõde (eluvisi, haiguse kontrolli all hoidmine) vähemalt 1x aastas <p>Joonisel on esitatud näitaja maakonna lõikes.</p>

Hüpertoonia III (kõrge ja ülikõrge lisariskiga) haigete jälgimise osakaal %



- Alla 80 aastastel määratud üldkolesterool - keskmine hõlmatus + 10% kuid mitte enam kui 90%
- Alla 80 aastastel määratud kolesterooli fraktsioonid - keskmine hõlmatus + 10% kuid mitte enam kui 90%
- Glükoos või glükosüleeritud hemoglobiin (HbA1c) - keskmine hõlmatus + 10% kuid mitte enam kui 90%
- Kreatiniin - keskmine hõlmatus + 10% kuid mitte enam kui 90%
- Mikroalbuminuuria-negatiivsetel haigetel määratud albumiin uriinis (mikroalbuminuuria) - keskmine hõlmatus + 10% kuid mitte enam kui 90%
- Pereõe nõustav vastuvõtt - keskmine hõlmatus + 10% kuid mitte enam kui 90%

TOIMEAINEPÕHISE RETSEPTI VÄLJAKIRJUTUS (PEREMEDITSIINI POOLT) HÜPERTOONIA TÕVE NÄITEL: KÕIGI RISKIASTMETEGA HÜPERTOONIA TÕVE HAIGETELE VÄLJAKIRJUTATUD RETSEPTIDEST TOIMEAINEPÕHISTE RETSEPTIDE OSAKAAL.

Lühiannotatsioon

Sissejuhatus. Indikaator kirjeldab % perearsti nimistus olevatele kindlustatutele diagnoosidega I10- I15 väljakirjutatud toimeainepõhiseid retsepte kõigist väljakirjutatud retseptidest.

Olulisus: Vastavalt Sotsiaalministri 18.02.2005. a määruse nr 30 kohaselt tuleb ravimretsept väljastada toimeainepõhiselt ning juhul, kui retseptile kirjutatakse konkreetse ravimi nimi, lisada meditsiiniline põhjendus, miks patsiendile on sobilik vaid see ravim. See on oluline meede vähendamaks patsientide omaosaluse määra.

Indikaator on välja arvatud raviarvete ja retseptikeskuse andmete põhjal. Kõik jooksvad (hinnataval) aastal haigekassa poolt edastatud ja krooniliste haigete loetelus diagnoosiga I10-I15 (RKH-10 koodid) kõigi raskusastmetega haiged ning kellele on ordineeritud medikamentoosne ravi hüpertensiooni ravimitega (ravijuhend). Indikaatori hindamisel võetakse arvesse ka nimistuga seotud asendusarsti poolt patsientidele diagnoosidega I10- I15 väljakirjutatud retseptid.

Tulemuste interpretatsioon. Toimeainepõhiste retseptide osakaal hüpertooniatõve haigete ravi määramisel on kõrge, jäädes 90 ja 100% vahele kõikides maakondades. Selle tulemusega võib rahul olla. Eraldi vajab analüüsimist, miks on pisut madalam (osakaal 80-90% ja Võrumaal ka alla 80%) neerukahjustusega haigete väljastatud toimeainepõhiste retseptide osakaal.

WHO on üheks ravimite väljakirjutamisega seotud indikaatoriks seadnud ka geneerilise raviminimetusega retseptide osakaalu kogu retseptide hulgast. Eesmärgiks vältida ka võimalikke mõjutusi ravimfirmade poolt. On teada nt et geneerilise nimega ravimite väljakirjutamine on tõusnud USA-s 2005-2015 a jooksul 50%lt 83%-ni (1).

Limitatsioonid. Antud indikaatori puhul võib olla ainsaks probleemiks see, et ei ole kogutud ja ei teata tõelisi meditsiinilisi põhjuseid, mis võib olla arsti otsustuste aluseks kirjutada välja originaalravim. Samuti on vahel määrav ka patsiendi soov. Seega ei saa eeldada, et indikaatori hõlmatus ulatuks 100%-ni.

Kokkuvõte. Kuigi antud indikaatori puhul on hõlmatus väga kõrge, ei tähenda, et seda indikaatorit ei peaks enam kasutama.

*Prof Ruth Kalda ja dots Anneli Rätsep
Eesti Perearstide Selts*

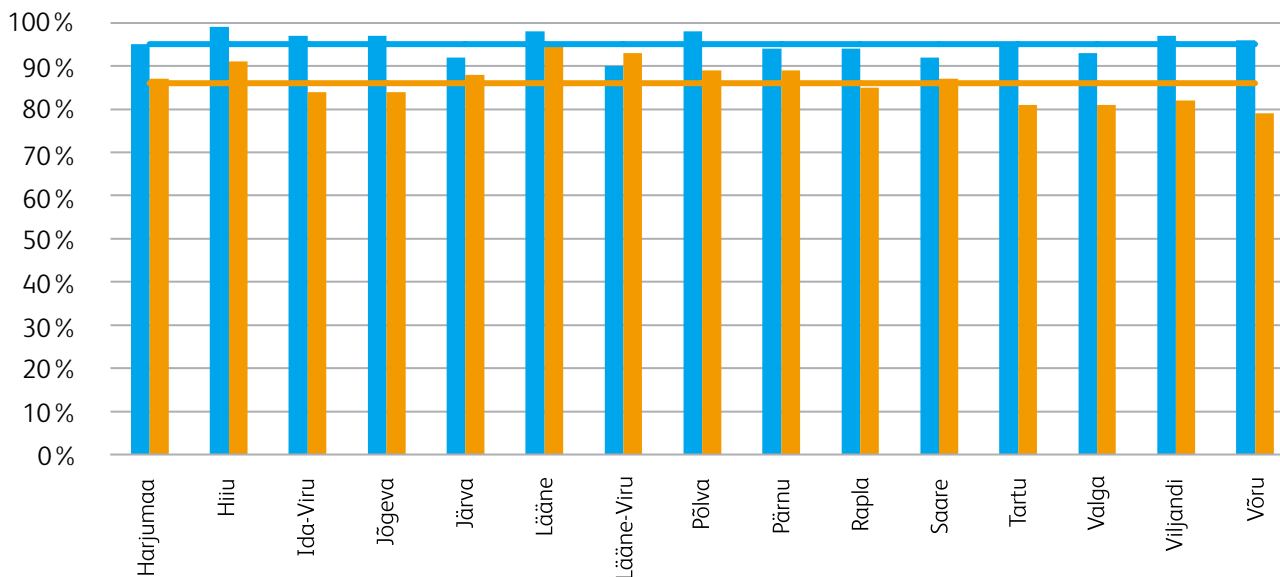
Viited:

1. <https://www.statista.com/statistics/205042/proportion-of-brand-to-generic-prescriptions-dispensed/>

TOIMEAINEPÕHISE RETSEPTI VÄLJAKIRJUTUS (PEREMEDITSIINI POOLT) HÜPERTOONIA TÕVE NÄITEL: KÕIGI RISKIASTMETEGA HÜPERTOONIA TÕVE HAIGETELE VÄLJAKIRJUTATUD RETSEPTIDEST TOIMEAINEPÕHISTE RETSEPTIDE OSAKAAL

Nimetus	Kõigi riskiastmetega hüpertooniatõve haigetele väljakirjutatud retseptidest toimeainepõhiste retseptide osakaal
Andmed	<p>Arve periood: 01.01.- 31.12.2015</p> <p>Indikaator on välja arvatud raviarvete ja retseptikeskuse andmete põhjal. Kõik jooksva (hinnatava) aastal haigekassa poolt edastatud ja krooniliste haigete loetelus diagnoosiga I10-I15 (RKH-10 koodid) kõigi raskusastmetega haiged ning kellele on ordineeritud medikamentoosne ravi hüpertensiooni ravimitega (ravijuhend). Indikaatori hindamisel võetakse arvesse ka nimistuga seotud asendusarsti poolt patsientidele diagnoosidega I10- I15 väljakirjutatud retseptid.</p> <p>Indikaatori täpsem kirjeldus on kättesaadav haigekassa kodulehel.</p>
Selgitus	<p>Indikaator kirjeldab % perearsti nimistus olevatele kindlustatutele diagnoosidega I10- I15 väljakirjutatud toimeainepõhiseid retsepte kõigist väljakirjutatud retseptidest.</p> <p>Joonisel on esitatud näitaja maakonna lõikes.</p>

Välja kirjutatud retseptide osakaal % kõigi riskiastmetega hüpertooniatõve haigetele



- Kõigi riskiastmetega hüpertooniatõve haigetele väljakirjutatud retseptidest toimeainepõhiste retseptide osakaal - Keskmise hõlmatus + 10% kuid mitte enam kui 90%
- Kõigi riskiastmetega mikroalbuminuuria - positiivsetele hüpertooniatõve haigetele väljakirjutatud ravim - Keskmise hõlmatus + 10% kuid mitte enam kui 90%
- Eesti keskmine
- Eesti keskmine

HAIGLATE NIMEDE LÜHENDID

Hiiumaa	SA Hiiumaa Haigla
HVA	Haiglavõrgu arengukava haiglad
ITK	AS Ida-Tallinna Keskhaigla
IVKH	SA Ida-Viru Keskhaigla
Jõgeva	SA Jõgeva Haigla
Järva	AS Järvamaa Haigla
KeskH	keskhaigla
Kures	Kuressaare Haigla SA
LTKH	AS Lääne-Tallinna Keskhaigla
Lõuna	AS Lõuna-Eesti Haigla
Lääne	SA Läänemaa Haigla
Narva	SA Narva Haigla
PERH	SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla
PH	SA Pärnu Haigla
PiirkH	piirkondlik haigla
Põlva	AS Põlva Haigla
Rakvere	AS Rakvere Haigla
Rapla	SA Rapla Maakonna Haigla
TLH	SA Tallinna Lastehaigla
TÜK	SA Tartu Ülikooli Kliinikum
Valga	AS Valga Haigla
Vilj	SA Viljandi Haigla
ÜldH	üldhaigla