

Kokkuvõte
“Müokardiinfarkti haige käsitus Eesti haiglates”
auditist

Auditi “ Müokardiinfarkti haige käsitus Eesti haiglates” viisid läbi Eesti Kardioloogide Seltsi poolt määratud eksperdid.

1. Auditi eesmärk

Auditi eesmärgiks oli hinnata

- 1) ägeda müokardiinfarkti (ÄMI) diagnoosi valiidsust;
- 2) Eesti haiglates ÄMI haigete ravikvaliteeti vastavalt üldtunnustatud ravikvaliteedi indikaatoritele põhinedes kehtivatele ravijuhenditele;
- 3) ajalisi viivitusi selgitamaks ÄMI haigete ravi korraldusega seotud probleeme, mida on võimalik tuvastada haiguslugude põhjal;
- 4) ÄMI haige koronarograafialet mittesuunamise põhjuste arusaadavust;
- 5) ravitulemusi.

2. Auditi valim ja meetod

Valimi koostamiseks läbiti kaks etappi:

I Eesti Haigekassa koostas auditi läbiviimiseks haigete loetelu, arvestades järgmisi tingimusi:

- 1) loetelusse võeti kõik statsionaarsed raviarved, kus põhidiagnoosiks oli äge või korduv müokardiinfarkt (RHK-10 järgi I21 – I22 koos laiendusega);
- 2) raviarve alguskuupäev jäi ajavahemikku **01.01.2007 – 31.12.2007**;
- 3) loetelusse võeti kõik tervishoiuteenuse osutajad ja erialad.

II Haigekassa ja Eesti Kardioloogide Seltsi töörühm otsustas, et auditeerimisele kuuluvad Eesti Kardioloogide Seltsi poolt ST elevatsiooniga ägeda müokardiinfarkti (edaspidi *ÄMI*) haigete raviks soovitatud I ja II valiku haiglad ning lisaks valitud kesk- ja üldhaiglad, kus viibis ravil märkimisväärne arv ägeda müokardiinfarkti diagnoosiga haigeid.

Kuna auditi eesmärgiks oli eelkõige hinnata just ÄMI haigete esmast ravikäsitlust, siis saadud valimist jäeti välja:

- 1) isikud, kes olid korduvalt hospitaliseeritud 28 päeva jooksul alates eelmisest hospitaliseerimisest;
- 2) regionaalhaiglate valimi koostamisel isikud, kes on toodud sama ravijuhu vältel madalama etapi haiglast;
- 3) madalama etapi haiglate valimi koostamisel isikud, kes on toodud sama ravijuhu vältel regionaalhaiglatest.

Lisaks välistati raviarved, mille puhul ÄMI diagnoos oli kaheldav - isik, kes oli haiglas viibinud ≤ 3 päeva kui teda ei viidud üle teise haiglasse või ta ei surnud.

Eeltoodud kriteeriumite alusel koostatud valimist koostati omakorda juhuvalim, mis oli aluseks haiguslugude tellimisel. Kokku auditeeriti 881 haiguslugu, neist 81 olid jätkulood (juhud, kus isik on liikunud madalama etapi haiglast piirkondlikusse haiglasse)

3. Lühikokkuvõtte auditi tulemustest (väljavõtte auditist)

Auditeerijad toovad auditi aruandes välja järgmised probleemid:

1. ÄMI diagnoos ja kodeerimine peab põhinema hetkel kehtival ravijuhendil. Auditi käigus leiti sageli puudujääke diagnoosi korrektsel vormistamisel, ennekõike I21 ja I22 diagnoosi koodi kasutamise ja diagnoosi osiste täielikkuse osas.
2. Riskifaktorite kirjeldus peab leiduma haigusloo anamneesi osas ja epikriisis, sest nende varane teadvustamine tagab nii arstile kui haigele eelduse riskiga tegelemiseks. Nende olemasolu/puudumist tuleb süstemaatiliselt kirjeldada igal haigel (suitsetamine, arteriaalne hüpertensioon, düslipideemia, diabeet, perekondlik soodumus, kehakaal, pikkus). Samuti tuleb suurendada tähelepanu riskifaktorite käsitlemisele haiglaperioodil ja koduste soovitude andmisele (suitsetamisest loobumine, kehakaalu langetamine, kolesteroolilangev dieet).
3. Soovitatud laborianalüüsid tuleb määrata õigeaegselt vältides kasutute kordusanalüüside korraldamist. Auditeerijad märgivad, et haiguslugude epikriisidesse pole tarvilik kopeerida kõigi teostatud analüüside loendit, see on asjakohane ainult dünaamika esitlemisel tabelina või oluliste analüüside valikuna.
4. Sümptomaatika algus tuleb fikseerida haigusloos võimalikult täpselt. Antud tegevus on vajalik ravikäsitluse ja ravitulemuse hindamiseks, samuti ravikvaliteedi parandamise programmide väljatöötamiseks.
5. Haigete saabumine haiglasse ja liikumine osakondade vahel tuleb fikseerida võimalikult täpselt, sh osakonniti ja kellaajaliselt. Koronarograafia ja angioplastika ajad peavad olema toodud kõigis protokollides.
6. Haige tuleb hospitaliseerida asjakohase astme intensiivravi palatisse. Konkreetsetes haiglas vastava astme intensiivravi astmega osakonna puudumisel peab juba kiirabibrigaad tegema õige otsuse viies haige sobivat kvalifikatsiooni omavasse haiglasse/osakonda vältimaks asjatuid viivitusi tänapäevase ravi alustamiseni. ST elevatsiooniga müokardiinfarkti haigete hospitaliseerimisel tuleb järgida Eesti Kardioloogide Seltsi soovitusi haiglate valikuks.
7. Kõigil haigetel peab olema teostatud esmane EKG võimalikult kiiresti. EKGd peavad olema leitavad haiguslugude vahelt, kindlasti peab EKG olema varustatud haige nimega, teostamise kohaga, täpse kuupäeva ja kellaajaga, mis on vajalik hindamiseks ravikäsitluse ajalisi viivitusi ja põhjendusi. Esmase EKG leid peab olema haigusloos arsti poolt detailselt kirjeldatud, kuna sellest sõltub kogu haige edasine ravitaktika.
8. Kõik ST-elevatsiooniga müokardiinfarktihaiged peavad saama õigeaegset reperfusioonravi (trombolüüs/primaarne angioplastika). Kui seda ei teostata, siis peab olema haigusloos fikseeritud selge põhjendus. Trombolüüsi teostamise korral on vajalik kõigil haigetel hinnata selle edukust põhjendamaks haige edasi suunamise vajadust ja võimalikku viivitust.
9. Ravijuhendites soovitatud ravimite mittekasutamisel või mittetraditsiooniliste ravimite kasutamisel peab haigusloos olema leitav asjakohane põhjendus lähtudes tõenduspõhise meditsiini ja ratsionaalse farmakoteraapia põhialustest.

10. Kõigil ÄMI haigetel on vajalik haiglaperioodi jooksul läbi viia koronaarhaiguse riskianalüüs - koormustestide läbiviimise mahtu tuleb oluliselt suurendada ning koronarograafia peab olema kättesaadav kõigile näidustust omavatele haigetele varajases perioodis ennetamiseks tüsistuste teket (auditeeritud valimis leiti haigete puudulik suunamine koronarograafiale). Teostatud riskianalüüsi tulemused tuleb dokumenteerida haigusloos põhjendamaks valitud ravitaktikat.
11. Haiguslugu kui dokument on sageli halvasti loetav ja kasutatav. Auditeerijad soovivad rohkem püüelda trükitud haiguslugude, eelisjärjekorras trükitud uuringutulemuste poole. Vajalik oleks haigusloos oleva informatsiooni parem süstematiseerimine, töötlemine ja resümeerimine raviarsti poolt. Kõik haiguslugude sissekanded peavad olema eestikeelsed.
12. Epikriis peab olema kirjeldatud haige riskiprofiil, haiguse kulg haiglaperioodil, valitud ravitaktikate põhjendused. Epikriis võiks sisaldada esmase EKG ja haiglast lahkumise EKG kirjeldusi. Epikriis peab olema eestikeelne ja andma järgneva raviga tegelevale arstile selge sõnumi edasise ravi jätkamiseks.
13. Ambulatoorsele ravile suunamisega peaks kaasnema soovitus kõigi oluliste riskifaktorite modifitseerimiseks - sekundaarse preventsiiooni kompleksne käsitlus, samuti patsientide suunamine taastusravile.
14. Kiirabilehed peavad olema korrektselt täidetud, auditeerimise käigus leiti hulgaliselt puudusi kellaegade märkimise kohta.

4. Tagasiside auditeeritutele

Eesti Haigekassa saatis 16-le auditeeritud asutusele auditi kokkuvõtte ja konkreetset asutust puudutavad tulemused. Tervishoiuteenuse osutajalt oodati auditi tulemuste omapoolset analüüsi ja ettepanekuid, kas ja kuidas auditis toodud probleeme ja küsimusi oleks võimalik haiglate seisukohast lahendada. Kirjaliku tagasiside esitas 11 asutust.

08.05.2009 toimus auditeeritud asutuste, haigekassa ja sotsiaalministeeriumi esindajate kohtumine auditeerijatega ja auditi arutelu.

Arutelul esitatud kommentaarid:

- Eesti Kardioloogide Seltsi töörühm külastab 2009. aasta jooksul kõiki auditeeritud asutusi, et arutada kohapeal konkreetset asutust puudutavaid auditi tulemusi ja anda arengusoovitusi. Eesmärgiks on toetada kitsaskohtade likvideerimist saavutamaks ÄMI haigete käsitlemise ühtlane tase kõigis haiglates ja tõstmaks ravikvaliteeti.
- Inimressursi piiratus ja sellega seonduvalt töömahu suur hulk võib olla võimalike dokumentatsiooni täitmise vigade põhjuseks.
- Tutvustati Eesti Müokardiinfarkti registrit ja sellega liitumise eeliseid ja võimalusi..
- Esineb probleeme EKG interpreteerimisega, tase ei ole ühtlane (sh kiirabi).
- Arstide omavaheline suhtlemine on mõnedel juhtudel vähene, arendamist vajab telemeetria.
- Elanikkonna teadlikkus infarktist ja selle sümptomitest on vähene ning kuna ajafaktor on selle diagnoosi puhul oluline, tuleks pöörata tähelepanu inimeste koolitamisele.

- Arendamist vajab omavaheline koostöö patsient-kiirabi-perearst, vajalik on täpsustada igäühe rolli infarkti kiires diagnostikas ning raviasutustes koostada konkreetsed tegutsemisjuhised.
- Arendamist vajab infarktihaigete järel- ja taastusravi.

|

5. Ettepanekud

Käesolevate ettepanekute aluseks on auditeerijate ettepanekud auditi aruandest, auditeeritud asutuste kirjalik tagasiside ning auditi arutelul 08.05.2009 tehtud ettepanekud osutatava tervishoiuteenuse kvaliteedi parendamiseks.

Ettepanekud erialaseltsile

- Viia läbi koostöös Tartu Ülikooli Arstiteaduskonna, Eesti Perearstide Seltsi ja Eesti Kiirabi Liiduga täiendkoolitusi perearstidele ja kiirabitöötajatele EKG interpretatsiooni ja infarktihaige käsitlemise osas.
- Arendada koostöös Eesti Taastusarstide Seltsiga infarktihaigete taastusravi.
- Leida võimalusi koostöös Eesti SüdameLiiduga teavitada ühiskonda infarkti sümptomitest ja käitumisest infarktihaigete korral.
- Toetada raviasutusi asutusesiseste müokardiinfarkti haigete käsitlusjuhendite koostamisel.
- Esitada haigekassale tagasiside kohapeal toimuvatest auditi tulemuste aruteludest kõigis auditeeritud raviasutustes

Ettepanekud raviasutuste juhtidele

- Tagada ravidokumentatsiooni korrektne täitmine, haiguslugude vahel peavad säiluma tehtud EKGd (või nende koopiad).
- Muuta kohustuslikuks koronarograafia ja angiograafia aja täpne dokumenteerimine. Juhul, kui vastavaid protseduure ei teostata, nõuda põhjenduste korrektset dokumenteerimist.
- Parandada ja tõhustada osakondade vahelist (kardioloogia, EMO) koostööd.
- Kaaluda haiglasisesse müokardiinfarktiga haige käsitlusjuhendi koostamist.

Ettepanekud haigekassale

- Kaaluda ST-elevatsiooniga müokardiinfarkti ravijuhendi kaasajastamise ja ST-elevatsioonita müokardiinfarkti ravijuhendi koostamise rahastamist.
- Toetada patsientidele mõeldud trükiste välja töötamist ja levitamist.
- Korraldada 3 aasta möödudes järelaudit, hindamaks ravikvaliteedi muutusi.

Nimetatud ettepanekute rakendumise jälgimiseks haigekassa:

1. vaatab tehtud ettepanekute rakendumise üle 2010. aasta I kvartalis pöördudes vajadusel asjaomaste institutsioonide poole.