

Kliinilise auditi „Virvendusarütmiaga patsiendi käsitus Eesti Haiglates“

Kokkuvõte

Kliinilise auditi „Virvendusarütmiaga patsiendi käsitus Eesti haiglates“ viisid läbi järgmised spetsialistid:

Tiina Uuetoa – auditimeeskonna juht, AS ITK Südamekeskuse juhataja;

Heli Kaljusaar – AS Ida-Tallinna Keskhaigla (ITK) esindaja;

Kai Sukles – AS Ida-Tallinna Keskhaigla (ITK) esindaja;

Riina Vettus – SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla (PERH) esindaja;

Piibe Muda – SA Tartu Ülikooli Kliinikum (TÜK) esindaja;

Margus Viigimaa – SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla (PERH) esindaja;

Kaarel Puusepp – SA Pärnu Haigla esindaja;

Priit Pauklin – kardioloogia resident;

Maarja Jekimov – kardioloogia resident;

Viktoria Matrosova – kardioloogia resident;

Karmen Püvi – sisehaiguste resident;

Viktoriya Voronova – sisehaiguste resident;

Liisi Linnasmägi – sisehaiguste resident.

Eesti Haigekassa esindajad olid:

Tervishoiu peaspetsialist Ulla Raid;

Tervishoiu spetsialist Reili Kaber;

IT peaadministraator Priit Lund.

1. Auditi eesmärk

Auditi eesmärgikoli hinnata virvendusarütmiaiga patsientide käsitlese vastavust tõenduspõhise meditsiini seisukohtadele.

Auditi ülesanded:

- hinnata antiagregantravi/antikoagulantravi ravi ajakohasust;
- hinnata, kas hospitaliseeritud AF-patsientidel alustatakse ja kasutatakse trombembooliliste tüsistuste ennetamiseks antiagregante/antikoagulante sihipäraselt ja põhjendatult;
- kas antikoagulandi mittekasutamise põhjendused on esitatud;
- haiglaravi ja järelravi dokumenteerimine (patsiendi anamnees ja diagnostika, riskiprofiil, elukvaliteedi hindamine, antiarütmiline ravi, patsiendi jälgimine).

2. Auditi valim

Valimisse kaasati statsionaaris ravitud patsiendid järgmistel tingimustel:

- Kindlustatud isikud eriarstiabi statsionaaris;
- Erialad: kardioloogia ja sisehaigused;
- RTA esitatud 2013 kuluperioodil (01.01.2013 – 31.12.2013);
- RTA-l põhi- ja kaasuva diagnoos I48 (esmane diagnoos).

Valimist välja jäänud patsiendid:

- Vanus alla 40 ja alates 90 aastased;
- Kaasuvana Z95.1- aortokoronaarne sunteerimine ja Z95.5 – perkutaanne koronaarinterventsioon (angioplastika);
- Isikul põhidiagnoos I48 ja sama ravijuhu raames kardiokirurgiline operatsioon op. (juhul kui Z diagnoosi haigusloos ei ole, siis valimist välistamine läbi operatsioonikoodi);
- Kardiokirurgia operatsioonikoodid: 100606, 100607, 100608.

Üldvalim tehti perioodil 01.01.2013 – 31.12.2013 statsionaaris ravitud patsientidest, kellel oli põhi-ja kaasuv diagnoos I48 (esmane diagnoos).

Auditeerimiseks valiti 569 haiguslugu juhuvalimina. Valimi, moodustasid 73 haigusjuhtu regionaalsetest haiglatest, 144 keskhaiglatest ja ülejäänud 352 maakonnahaiglatest ja väiksematest raviasutustest.

Auditeeriti järgmiseid tervishoiuasutusi:

Asutus	Auditeeritud haigusjuhtude arv
Tartu Ülikooli SA	36
Lääne-Tallinna Keskhaigla	40
Pärnu Haigla SA	40
Põhja-Eesti Regionaalhaigla SA	37
SA Ida-Viru Keskhaigla	35
Ida-Tallinna Keskhaigla AS	29
Viljandi Haigla SA	40
SA Narva Haigla	39
AS Rakvere Haigla	40
Põlva Haigla AS	41
Kuressaare Haigla SA	40
Lõuna-Eesti Haigla AS	39
Läänemaa Haigla SA	31
Valga Haigla AS	25
Jõgeva Haigla SA	21
Järvamaa Haigla AS	15
Rapla Maakonna Haigla SA	13
SA Hiiumaa Haigla	8

3. Auditis kasutatud ravijuhendid ja hindamiskriteeriumid

Auditeerimisel kasutati järgmiseid ravijuhendeid:

- 1) 2012 focused update of the ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation. An update of the 2010 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation. –European Heart Journal (2012) 33, 2719–47.

Virvendusarütmiaga patisendi ravi ajakohasust hinnati järgmiste indikaatorite abil: diagnoos, tromboosirisk e. insuldirisk, veritsusrisk, riskihindamisest tekkiv antiagregant-antikoagulantravi otsus; ravimid: antiagregantantikoagulantravi, antiarütmiline ravi, sümptomaatilisus, lisauuringud kui kvaliteedi indikaatorid AF-patsiendi käsitlemisel vastavalt Euroopa Kardioloogide Seltsi nõuetele: ehokardiograafia (ehhoKG), kilpnäärme hormoonid, neerufunktsioon, AF-patsiendi edasine ambulatoorne jälgimine.

4. Lühikokkuvõte auditi tulemustest

Üldandmed

AF-patsiente raviti auditi andmetel peamiselt kardioloogide poolt regionaal- ja keskhaiglates, maakonnahaiglates ülekaalukalt sisearstide poolt. Märkimisväärselt ravisid muu profiiliga arstid patsiente maakonna haiglates, lisaks oli märkimisväärselt suur residentide osakaal raviarstina. Valimisse kaasati 207 mees- ja 313 naispatsienti. AF-patsientide keskmine vanus oli 71 aastat.

AF diagnoos – diagnoosi püsistamise uuringud, toetav informatsioon haiguslugudest

Auditi üldvalimis olid AF diagnoosimise alusdokumendid haiguslugudes enamasti leitavad. Kuigi auditeerijad leidsid toetava info haiguslugude kannetest, oli märkimisväärne, et mitmetes haiglates puudusid paljudel juhtudel EKG-d haiguslugudes.

Epikriisid oli pinnapealised ja sisutud või puudulike juhustega edasise ravi korraldamiseks.

Lisauuringud kui kvaliteedi indikaatorid AF-patsiendi käsitlemisel: EhhoKG -uuring,

kilpnäärme hormoonid, neerufunktsiooni hindamine

Auditi valimi alusel tehtud üldhinnangul teostatakse haiglates uuringuid ja analüüse AF-patsientide riskiprofiili hindamiseks suhteliselt sarnaselt.

Neerufunktsiooni määratakse enamasti patsiendi kodusele ravile kirjutamisel, üldvalimi alusel 96,4%-l juhtudest, mis on väga hea tulemus.

Kilpnäärme funktsiooni teste esmase AF-patsiendi hindamisel tehti võrreldavalt sageli regionaal- ja keskhaiglates, mõnevõrra vähem maakonnahaiglates.

Tromboosiriski riski hindamine CHA2DS2-VASC-skoori kasutamiseega esmastel AF-patsientidel

Esmase AF-iga hospitaliseeritud patsiendi haiglakäsitluses prioritseeris audit tromboosi- ja veritsusriskide hindamise ja antitrombootilise (s.o. antiagregant- ja antikoagulantravi) ravi korraldamise. Tromboosi riski hindamine oli puudulik ja AF-patsiendi riskikäsitlus oli ebahühtlane.

Veritsusriski hindamine esmastel AF-patsientidel HAS-BLED skoori kasutamiseega

Veritsusriski hinnatakse vähe. Auditis analüüsitud valimi hindamisel selgus, et arstide oskus kasutada veritsusriski skoori on puudulik: esines palju kliiniliste andmete interpretatsioonivigu ja sellest tingitult veritsusriski väärhindamist (enamasti veritsusriski ülehindamist). Probleemiks insuldi- ja veritsusriski hindamisel oli, et saadud riskitabelite tulemusi ei leitud haigusloo vahelt ja ei kasutatud raviotsuste tegemisel.

Riskihindamisest tekkiv antiagregant/antikoagulant-ravi otsus statsionaaris ravitud esmastel AF-patsientidel

Anitkoagulantravi määramine Eesti raviasutustes on tagasihoidlik. Paljudel juhtudel ei ole määratud raviks ka antireganti. Kõrge AF-patsientidest jätkas ambulatoorses ravis ilma igasuguse antiregandita/antikoagulandita. Audit hindas ka raviarsti esitatud põhjendusi, miks antikoagulantravi kõrge insuldiriskiga AF-patsiendile ei ordineeritud. Haiglate vahelisi olulisi erinevusi ei leitud, kuid selgitused haigusloos/epikriisis enamasti puudusid.

Elukvaliteedi hindamine esmastel AF-patsientidel

Euroopa Kardioloogide Seltsi ravijuhendi alusel on antiarütmilise ravi korraldamisel ja taastamisel/ säilitamisel tähtis patsiendi sümptomaatilisus. Euroopas Kardioloogide Seltsi ravijuhendis soovitatud spetsiaalset nn. EHRA-skoori 2013.a. auditi andmetel Eestis sisuliselt ei kasutatud.

Antiarütmilise ravi käsitus: evalvatsioon haiglaperioodil ja haiglajärgse korralduse hindamine

Auditi valimi alusel kasutati AF-patsientidel antiarütmilisi ravimeid haiglaperioodil tagasihoidlikult ja ühtegi antiarütmikumi ei kasutatud haiglaperioodil üle poolte valimis olnud patsientidest. Auditi tulemuste alusel puudus korrektne sihipärane tegevuse selgitus antiarütmilise ravi korraldamise osas. Haiguslugudes, kus ravieesmärk oli määratletud, selgus antiarütmilise ravi profiili analüüsimisel, et enamasti on ravi eesmärgiks püstitatud siinusrütmi säilitamine.

Esmaste AF-patsientide ambulatoorse jälgimise hindamine

Edasises ambulatoorses käsitluses leiti olulisi puudjääke. Kui soovitus edasiseks jälgimiseks oli raviarsti poolt tehtud, siis jätkasid patsiendid valdavalt perearst jälgimisel. Auditis leiti et esmaste AF-patsientide antitrombootiline ja antiarütmilise ravi korraldused on puudulikud.

5. Ettepanekud

1) Üldised ettepanekud

- Tervishoiuteenuse osutajad
 - Vajalik AF-seotud dokumentatsiooni kvaliteedi parandamine tervishoiuasutustes.
 - Haigusloos oleva informatsiooni parem süstematiseerimine, töötlemine ja resümeerimine raviarsti poolt.
 - AF diagnoosimisel tuleb raviasutustes võtta rutiinselt kasutusele tromboosi- ja veritsusriski hindamise skoorid: vastavalt CHA2DS2–VASc skoor ja HAS-BLED skoor.
- Digiloo arendajatele koostöös, koostöös raviasutustega
 - Juurutada digi-riskiskoorid insuldi- ja veritsusriski hindamiseks AF-patsientidel e-terviseloos.
 - Ettepanek raviasutuste ja e-terviseloo laiapõhjaliseks koostööks, eesmärgiga digiloo parendamine.

- Sotsiaalministeerium ja Eesti Haigekassa
 - Kehtestatud riiklike ravi- ja käsitlusstandardite kasutamine raviasutuste töö parendamiseks.
 - Töötada välja internetipõhised CHA2DS2-VASc-skoori ja HAS-BLED skoori hindamiskeskonnad, kuhu andmeid sisestada ja millel tulemusena genereeritakse kokkuvõtvalt punktiskoor ja aastane tromboosi- ja veritsusrisk.
 - Välja töötada virvendusarütmia kodulehekül, mis sisaldab informatsiooni nii arstidele kui patsientidele.
- Eesti Haigekassale
 - Teostada esmaste AF-patsientide ambulatoorse käsitluse audit perearstipraksiste põhiselt.
 - Teostada esmaste AF-patsientide käsitluse audit erakorralise meditsiini osakondades.

Kasutatud lühendid

AF – kodade virvendusarütmia

EHRA – European Heart Rhythm Association