

**Eesti Haigekassa audit**  
**Prostata kartsinoomi (C61) ravi aastal 2014**  
**Kokkuvõte**

Eesti Haigekassa auditi „*Prostata kartsinoomi (C61) ravi aastal 2014*“ viisid läbi järgmised spetsialistid:

Indrek Oro – SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla esindaja;

Margit-Maie Marjamägi – SA Tartu Ülikooli Kliinikumi esindaja;

Toomas Tamm – SA Ida-Tallinna Keskhaigla esindaja;

Margus Krabi – SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla esindaja.

**1. Auditi eesmärk**

Hinnata prostata kartsinoomi (C61) ravi aastal 2014.

**2. Valimi kirjeldus**

2.1 Üldvalim haigekassa raviarvete andmete alusel

Auditi valimi moodustamisel lähtuti järgnevast:

- auditeeritakse raviasutusi, kes teostavad prostatektoomiat;
- valim moodustatakse raviarvest, mis on alustatud 01.01.2014-30.06.2014;
- raviarvele on märgitud põhidiagnoos C61;
- patsientidel ei ole ajavahemikus 01.01.2004-31.12.2013 alustatud raviarvetel (perearst või eriarst) märgitud diagnoosi C61.

Auditeerimiseks valiti 170 haigusjuhtu. Auditeeriti järgmisi raviasutusi:

- 1) AS Rakvere Haigla – 11 haigusjuhtu;
- 2) Ida-Tallinna Kekshaigla – 40 haigusjuhtu;
- 3) Lääne-Tallinna Keskhaigla – 40 haigusjuhtu;
- 4) Põhja-Eesti Regionaalhaigla – 39 haigusjuhtu;
- 5) TÜ Kliinikum – 40 haigusjuhtu.

### **3. Auditis kasutatud ravijuhendid ja hindamiskriteeriumid**

Auditeerimisel kasutati järgnevaid juhendeid:

- Euroopa Uroloogia Assotsiatsiooni (European Association of Urology, EAU) ja Ameerika Ühendriikide rahvuslik kõikehõlmav eesnäärmevähi ravijuhis (National Comprehensive Cancer Guidelines, NCCN);
- Sotsiaalministri 10. mai 2007. a käskkirjaga nr 87 kinnitatud „Riikliku vähistrateegia aastateks 2007-2015 ja tegevuskava aastateks 2007-2010 ([http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Tervisevaldkond/Tervisepoliitika/Vaehiennetus/Riiklik\\_vaehistrateegia\\_aastateks\\_2007-2015.pdf](http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Tervisevaldkond/Tervisepoliitika/Vaehiennetus/Riiklik_vaehistrateegia_aastateks_2007-2015.pdf)) ja 2011. aastal avaldatud Eesti Vähiravi Kvaliteedi Tagamise Nõuded (EVKTN) dokumendi ([http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Tervisevaldkond/Tervishoid/Eesti\\_v%C3%A4hiravi\\_kvaliteedi\\_tagamise\\_n%C3%B5uded.pdf](http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Tervisevaldkond/Tervishoid/Eesti_v%C3%A4hiravi_kvaliteedi_tagamise_n%C3%B5uded.pdf)) soovitusetega.

Nimetatud juhenditest lähtuvalt valiti olulisemad ravi korraldust (ooteajad, uuringud, konsiiliumid) ja ravitegevust (ravimeetodid, tüsistused) iseloomustavad kriteeriumid, mille suhtes haiguslugudes dokumenteeritud informatsiooni hinnati.

#### **4. Lühikokkuvõtte auditi tulemustest**

##### Ravile suunamise kajastumine ravidokumentatsioonis

Puuduvad selged nõuded ravile suunamise dokumenteerimisele ja eriarsti saatekirja sisule. Samuti esineb erinevusi haigla piires erinevate arstide poolt saatekirja/ravile suunamise vormistamisel.

2010. aasta auditis oli 59%-l juhtudest saatekiri ravidokumentatsioonis leitav, kuid käesolevas auditis ei olnud enamusel saatekirja lisatud auditeeritud ravidokumendile. Põhjusena võib välja tuua asjaolu, et väljastatud saatekiri on paber kandjal ja terviseinfosüsteemis (TIS) ei ole perearsti saatekirja säilitatud. Soovitati kehtiva dokumentatsiooni korra kaasajastamist.

##### Ooteaeg

EVKTN kohaselt ei tohiks eriarsti vastuvõtu ooteaeg vähidiagnoosi kahtlusega patsientidel ületada 2 nädalat. Auditeerimisel hinnati aega (päevades), mis kulus perearsti saatekirja kuupäevast eriarsti (uroloog) esmasele vastuvõtule jõudmiseni. Esineb varieeruvus haiglate lõikes, mis tuleneb eelkõige raviasutuse sisesest dokumenteerimise korrast ja selle järgimisest.

Soovitatud juurutada vajalik süsteem, mis võimaldaks dokumenteerida ja analüüsida ühe raviepisoodi raames erinevate tervishoiuteenuse osutajate poolt teostatud toiminguid. Auditi tulemused näitavad saatekirjad kättesaadavuse halvenemist.

##### Kaasuvad haigused

Ravi planeerimisel ja ravitulemuse hindamise seisukohast on oluline kaasuvate haiguste dokumenteerimine. Auditeeritud valimi patsientidest oli 78% vanuses 61 või enam, mistõttu pole tõenäoline, et neist alla pooltel oli ainult kaasuv haigus. Tõenäolisemalt on kaasuvad haigused haigusloos kajastamata.

##### PSA analüüsi dokumenteerimine

PSA väärtus on oluline indikaator haiguse progressiooniriski hindamiseks, mistõttu tuleb see korrektselt ja hiljem taasesitatavalt dokumenteerida.

Eelmise auditi tulemustel oli PSA määratud ja dokumenteeritud 91% auditeeritud juhtudest (Rakvere 100%, ITK 97%, PERH ja TÜK 93%, LTKH 77 %). Auditi tulemused näitavad PSA väärtuste korrektset dokumenteerimist ja seda praktikat tuleks jätkata.

Tehti ettepanek juurutada tava, et ambulatoorne epikriis on koostatud kõikidele patsientidele ja see kajastab kõiki uuringute tulemusi, sh iPSA väärust, mis määravad diagnoosi ja ravi näidustused.

##### STS teostamine

STS on oluline diagnostiline uuring. Erinevate juhiste järgi on STS uuring näidustatud järgnevatel juhtudel: PSA väärtus on üle 30, keskmise ja kõrge riskiastmega patsientidel esinevad kliinilised sümptomid või kellel on T2 ja PSA >10 või GS  $\geq$  8 või T3, T4 protsess.

STS diagnostilist uuringut tehakse siiski oluliselt vähem kui juhendites ette nähtud. Käesoleva auditi tulemused näitavad, et STS uuring viidi läbi 12% kogu valimi patsientidest.

### Piltdiagnostika kasutamine

Erineva piltdiagnostika kasutamine aitab hinnata haiguse ulatust, muude patoloogiate olemasolu ja planeerida ravi. Vastavalt ESMO ja EAU ravijuhendite järgi on piltdiagnostika vajalik uuringu meetod täpse haiguse staadiumi määramiseks, millest edasi lähtuda ravi otsuse tegemisel.

Auditi tulemused näitavad et ainult 30% radikaalselt ravitud patsientidest olid uuritud ja enamus juhtudel ei ole radikaalselt ravitud patsientide puhul KT uuringu piirkond täpsustatud.

### Konsiiliumi läbiviimine valimi patsientidel

Peamiselt toimuvad konsiiliumid adjuvantravi osas, konsiiliumil arutatakse läbi brahhüteraapia või radikaalsele kiiritusravile ja esmased keemiaravile suunatud juhud. Audit annab alust väita et haiglates ei ole pööratud tähelepanu asjaolule, et ka operatsioonile minevate patsientide ravijuhud tuleb konsiiliumis läbi arutada.

Kui mõjuvatel põhjustel ei langetata operatiivse ravi otsust konsiiliumis, siis väliskiiritusravi, brahhü- teraapia ja ka muu ravi (jälgimine) otsus tuleb teha konsiiliumi korras. Auditi tulemused näitavad konsiiliumi ja raviotsuse korrektse dokumenteerimise puudulikkust.

### cTNM määramine/märkimine ravidokumentatsioonis

Preoperatiivne cTNM määramine, millest sõltub raviviisi valik, on võrreldes 2010. aasta auditiga paranenud. Samuti on paranenud dokumenteerimine. Samas ei ole cTNM otsust kajastatud korrektselt konsiiliumi otsustes või puudub üldse.

Ravieelne TNM peaks ei vasta hetkel EAU ravijuhistele ja peaks edaspidi korrektselt kajastuma ravidokumentides.

### Preoperatiivse ja postoperatiivse Gleasoni skoori kirjeldamine ravidokumentatsioonis

Preoperatiivse Gleasoni näitaja kuulub patohistoloogilise adekvaatse vastuse juurde ja selle olemasolu või puudumine kirjeldab patohistoloogilise uuringu kvaliteeti. 2010. aastal läbi viidud auditis soovitatud juurutada ühtse standardi kasutamist patohistoloogia laborites preparaadi kirjeldamisel. Postoperatiivset Gleason skoori kui standardit kirjeldavad kõigi haiglate patoloogia teenistused.

Haiglata esineb erinevus skoorile antud hinnangutes. Konsiiliumides soovitatud preparaati üle vaadata teisel patoloogil, et tagada maksimaalselt adekvaatne raviotsus.

### Operatsiooni preparaadi lõikepiiri (R) hindamine

Positiivne lõikepiir näitab operatiivse ravi radikaalsust. Histoloogilise uuringu standardi kohaselt peab uuringu vastus sisaldama patoloogi hinnangut. 2010. aasta auditis tehtud ettepanekud on käesolevas auditis täidetud.

Soovitatud on kasutada TNM koos staadiumi märkimisega, et saada paremat ülevaadet haiguse iseloomust.

## Radikaalse prostatektoomia tüsistused

Tüsistuste märkimine ei ole võrreldes 2010. aasta auditiga muutunud.

## Adjuvantne kiiritusravi

15 positiivse operatsiooni lõikepiiriga (R1) patsientidest on saanud adjuvantset kiiritusravi 9 patsienti. Vajalik oleks välja selgitada, miks ülejäänud R1 patsiendid ei ole adjuvantset kiiritusravi saanud.

### **5. Ettepanekud**

- 1.eTervise SAle – koostöös haiglatega intensiivsemalt tegeleda digiloo rakenduste täiendamisega;
2. ravisutustele - võimalusel ühtlustada haiglasiseseid dokumenteerimise praktikaid ja kontrollida ravidokumentatsiooni vastavust nõuetele;
3. Tartu Ülikooli arstiteaduskonnale - pöörata arstiõppes suuremat tähelepanu dokumenteerimise õpetusele.