

The background is a teal color with several overlapping, semi-transparent circles of varying shades. In the lower half, there is a faint, light-colored logo consisting of several overlapping, curved lines that form a stylized, abstract shape.

KLINILISED INDIKAATORID

SISSEJUHATUS

Raviarvete, retseptikeskuse ja erinevate riiklike registrite andmetelt on väljaarvutatud 23 indikaatori tulemused.

Indikaatorid on välja töötanud järgnevad erialaseltsid:

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

Erialaseltside poolt esitatud kliinilised indikaatorid kinnitab Ravikvaliteedi Indikaatorite Nõukoda, mis on moodustatud Eesti Haigekassa juurde nõuandva organina. Nõukoja koosseis on järgmine: esimees on prof Joel Starkopf ja liikmeteks on dots Peeter Padrik, dr Margit Valgma, prof Helle Karro, dr Aivar Ehrenberg, prof Peep Talving dr Tiit Meren, prof Raul-Allan Kiivet, prof Anneli Uusküla, dr Peeter Jaanson, dr Sven Janno, dr Katrin Martinson, prof Ruth Kalda, dr Toomas Kariis, prof Margus Lember, Sirje Kree, Maivi Parv.

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 ühe indikaatori tulemusi kirjeldatud mitmel graafikul, et anda parem ülevaade haiguse käsitlesest ja tulemustest.

Arvutatud on tulemuste usaldusvahemikud, mis annavad tuge tulemuste interpreteerimisel. Väga väikeste ravijuhtude arvu korral protsentuaalsed tulemused graafikul ei pruugi alati üldpilti peegeldada, mistõttu parema ülevaate saamiseks on graafikutele lisatud tabelid arvuliste väärtustega.

Sisukord

Sünnitusabi indikaator: Väga enneaegsete sündide osamäär sündidest	4
Sünnitusabi indikaator: III ja IV astme lahkliha rebendite osamäär	8
Sünnitusabi indikaator: Keisrilõigete osamäär esmassünnitajatel ajalise üksiksünnituse korral (Robson 1+2)	14
Sünnitusabi indikaator: Keisrilõigete osamäär korduvsünnitajatel ajalise üksiksünnituse korral, kellel vähemalt üks sünnitus on lõppenud keisrilõike teel (Robson 5)	19
Sünnitusabi indikaator: Sünnitusega seotud massiivse verekaotuse osamäär	24
Kirurgia indikaator: Operatsioonijärgne 30 päeva suremus	27
Kirurgia indikaator: Päevakirurgia osakaal kubemesonga operatsioonidel	31
Kirurgia indikaator: Jala amputatsioon 30 päeva pärast verevoolu taastamise protseduuri	35
Intensiivravi indikaator: Intensiivravijärgne 12 kuu elulemus	39
Rinnavähi indikaator: Invasiivse rinnavähiga patsientide osakaal, kes on saanud postoperatiivset kiiritusravi rinnanäärmele peale rinda säilitavat operatsiooni.	45
Kolorektaalvähi indikaator: Kolorektaalvähi diagnoosiga opereeritud patsientide postoperatiivne 30 päeva suremus	48
Eesnäärmevähi indikaator: radikaalse prostatektoomiaga seotud vereülekanne	52
Neuroloogia indikaator: Ägeda insuldihaike 30 päeva suremus	56
Neuroloogia indikaator: Insuldi diagnoosiga patsientide osakaal, kellele akuutravi toimub kesk või piirkondlikus haiglas	66
Neuroloogia indikaator: Isheemilise insuldiga patsientide osakaal, kellele on tehtud rekanaliseeriv protseduur (trombolüüs või trombektoomia)	71
Neuroloogia indikaator: Osakaal ajuinfarkti ja kodade virvendusarütmiaga patsientidest, kellele on määratud püsiv suukaudne antikoagulantravi 12 kuud + 1 päev hiljem alates akuutsest ajuinfarktist	76
Neuroloogia indikaator: Esimese kuu jooksul pärast insulti haigestumist taastusravi saanud patsientide osakaal	83
Psühhiaatria indikaator: Skisofreeniahaigete suitsiidid esimese diagnoosiaasta jooksul	90
Psühhiaatria indikaator: Skisofreeniahaiged, kes kasutavad antipsühhootilist ravi haiglaväliselt	92
Psühhiaatria indikaator: Esmase skisofreeniahaige pere kaasamine raviprotsessi esimese 12 kuu jooksul	99
Psühhiaatria indikaator: Skisofreeniahaigete rehospitaliseerimine psüühilise seisundi halvenemise tõttu 30 päeva jooksul peale eelnevat haiglaravi.	102
Psühhiaatria indikaator: Esmase skisofreeniahaige esimene ambulatoorne visiit 30 päeva pärast haiglaravi	106
Psühhiaatria indikaator: Skisofreenia spektri psüühikahäiretega inimeste hõivatus tööga	110

Sünnitusabi indikaator: Väga enneaegsete sündide osamäär sündidest

Sissejuhatus. Indikaator võimaldab hinnata sündide (elus- ja surnultsünnid) osamäära, mis on toimunud raseduskestuses 22+0 kuni 31+6 nädalat (väga enneaegsed sünnid, VES) piirkondliku tasemega raviasutustes, kus on olemas vastsündinute intensiivravi võimalus, ja raviasutustes¹, 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 raviasutustes, kus on olemas vastsündinute intensiivravi osakond (neonatal intensive care unit, NICU) ja kogunud spetsialistide meeskond.

Eesmärgiks on VES osamäär alla 1 % raviasutustes, kus puudub vastsündinute intensiivravi võimalus ja aastas on alla 1000 sünnituse.

Indikaatori arvutamiseks kasutatakse Eesti Meditsiinilise Sünniregistri (EMSR) andmeid. Analüüsiks arvutatakse kolme aasta kohandatud keskmine ja 95 % UI.

Tulemuste interpretatsioon.

- Võrdlus Eestis. Eestis toimub väga enneaegsete sündide tsentraliseerimine hästi. Aastatel 2015–2017 sündis Eestis kokku 452 last väga enneaegsena, neist 417 (92,3 %) sündisid piirkondliku tasemega haiglates. Keskhaiglates sündis 18, üldhaiglates sündis 17 ja erahaiglates ei sündinud ühtegi väga enneaegset vastsündinut.
- VES osakaal kõigist sündidest on Eestis sama, mis Lääne-Euroopas (1). Euro-Peristati andmetel toimub EL riikides 20–100 % väga enneaegsetest sündidest kõrgema taseme raviasutustes. Tulemust mõjutab lisaks perinataalabi korraldusele see, kuidas kõrgema tasemega raviasutus on defineeritud. Parim abi on tagatud raviasutustes, kus on olemas spetsiaalne vastsündinute intensiivravi üksus (2).

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

Kokkuvõte. Suurem osa väga enneaegsetest sündidest Eestis aastatel 2015–2017 toimus piirkondliku tasemega haiglates - lisaks SA TÜ Kliinikumile Ida-Tallinna ja Lääne-Tallinna Keskhaiglates. Raviasutustes, kus toimus alla 1000 sünni aastas ja puudus vastsündinute intensiivravi, moodustasid väga enneaegsed sünnid 0,3 % sündidest. See tulemus vastas seatud eesmärgile (alla 1 %). Väljaspool Tartu ja Tallinna raviasutusi oli kõrgeim VES osamäär Ida-Viru Keskhaiglas (0,90 %) ja Järvamaa Haiglas (0,58 %).

Võrdlus. Võrreldes aastatega 2014–2016 jäi VES osakaal kõigist sündidest Eestis peaaegu samaks (1,10 % vs 1,14 %). VES sündide osakaal SA TÜ Kliinikumis, Ida-Tallinna ja Lääne-Tallinna Keskhaiglas jäi samuti samaks. Mõlemal analüüsitud perioodil oli väljaspool Tartu ja Tallinna raviasutusi kõrgem VES osamäär Ida-Viru Keskhaiglas, viimasel perioodil ka Järvamaa haiglas, kuid see ei ületanud seatud eesmärkväärtust, jäädes alla 1 %. Edaspidi võiks eesmärgiks seada, et VES osamäär on raviasutustes, kus puudub vastsündinute intensiivravi võimalus (sünnitusi alla 1000) vähem kui 0,5 %.

Koostajad

Prof Helle Karro ja dr Piret Veerus Eesti Naistearstide Selts

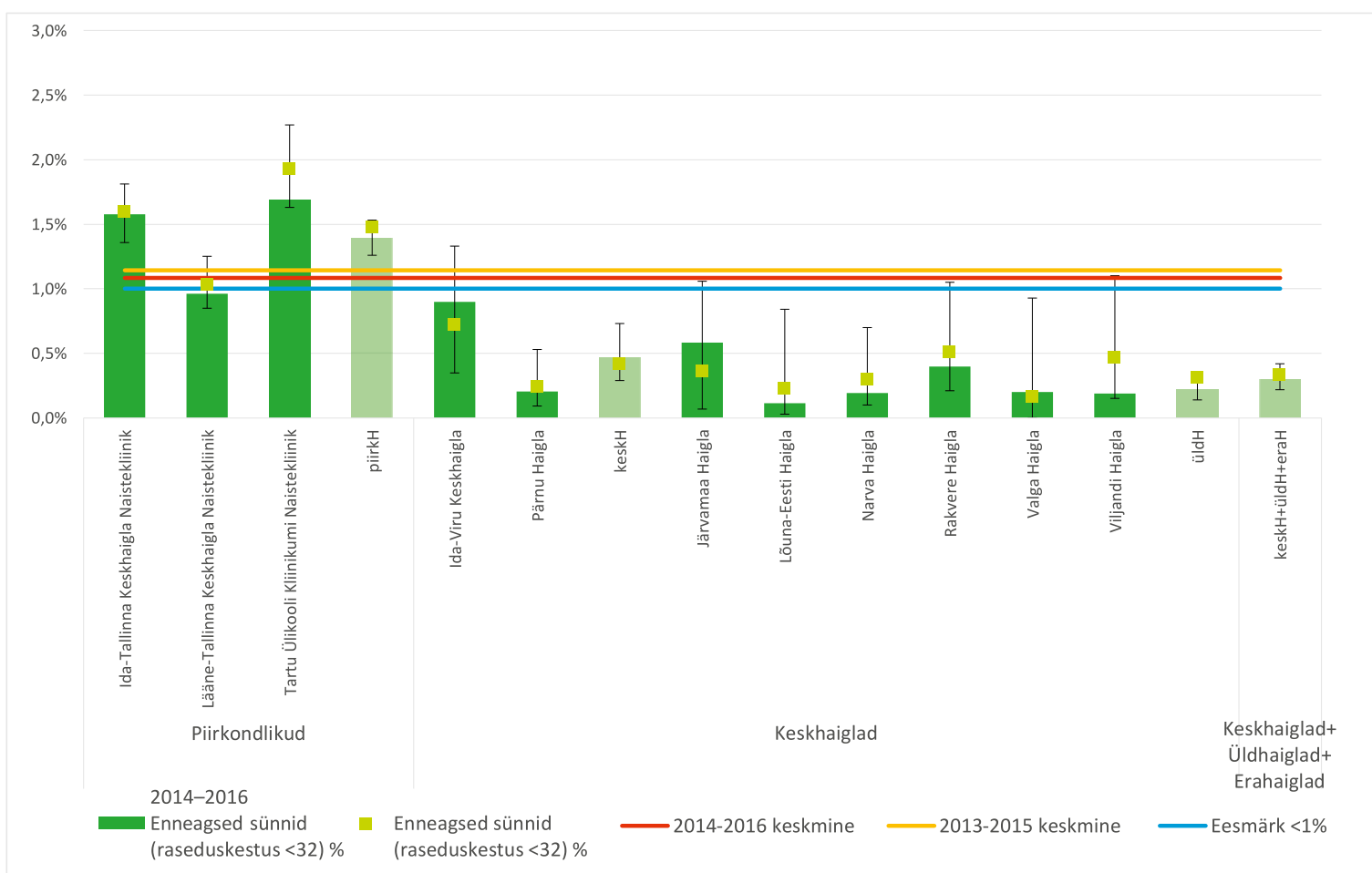
¹ Sünnitusabi indikaatorite juures loetakse Ida-Tallinna ja Lääne-Tallinna Keskhaigla piirkondlike haiglate hulka.

Kirjandus

1. Field D, Draper ES, Fenton A et al. Rates of very preterm birth in Europe and neonatal mortality rates. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2009;94:253–6
2. www.europeristat.com

SÜNNITUSABI INDIKAATOR: VÄGA ENNEAEGSETE SÜNDIDE OSAMÄÄR KÕIGIST SÜNDIDEST

Nimetus	Väga enneaegsete sündide osamäär sündidest.
Andmed	<p>Periood: 01.01.2014–31.12.2016 Kõik sünnid, nii elusalt kui surnult sündinud, mis toimusid haiglas. Tingimused EMSR sünnikaardil: - laps sündis elusalt või surnult (täidetud üks p.38 alajaotustest, 1–4) - raseduskestus 22–31+6 rasedus nädalat (p.26)</p> <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 (koos usaldusvahemikega) kõikidest sündidest haiglaliikide lõikes ja HVA haiglates kokku.</p>



Väga enneaegsete sündide osamäär kõikidest sündidest

Väga enneaegsete sündide osamäär kõikidest sündidest

	Haigla	Sündide arv	2014.–2016. a enneaegsed sünnid (raseduskestus <32)	2014–2016 Enneaegsed sünnid (raseduskestus <32) %	usaldusvahemik 95% CI
Piirkondlikud	Ida-Tallinna Keskhaigla Naistekliinik	12 182	192	1,58 %	1,36–1,81
	Lääne-Tallinna Keskhaigla Naistekliinik	10 391	100	0,96 %	0,85–1,25
	Tartu Ülikooli Kliinikumi Naistekliinik	7 412	125	1,69 %	1,63–2,27
	piirkH	29 985	417	1,39%	1,26–1,53
Keskhaiglad	Ida-Viru Keskhaigla	1 448	13	0,90 %	0,35–1,33
	Pärnu Haigla	2 425	5	0,21 %	0,09–0,53
	keskH	3873	18	0,46%	0,29–0,73
Üldhaiglad	Hiiumaa Haigla	153	0	0,00 %	
	Järvamaa Haigla	857	5	0,58 %	0,07–1,06
	Kuressaare Haigla	722	0	0,00 %	0,00–0,73
	Lõuna-Eesti Haigla	874	1	0,11 %	0,03–0,84
	Läänemaa Haigla	2	0	0,00 %	
	Narva Haigla	1 570	3	0,19 %	0,10–0,70
	Põlva Haigla	713	0	0,00 %	0,00–0,73
	Rakvere Haigla	1 252	5	0,40 %	0,21–1,05
	Valga Haigla	503	1	0,20 %	0,00–0,93
	Viljandi Haigla	1 061	2	0,19 %	0,15–1,10
	üldH	7707	17	0,22%	0,14–0,35
Erahaiglad	Elite Kliinik	175	0	0,00 %	
	eraH	175	0	0,00%	
Keskhaiglad+ Üldhaiglad+ Erahaiglad	keskH+üldH+eraH	11 755	35	0,30 %	0,22–0,42
	Kokku:	41 740	452	1,08%	0,99–1,18

Sünnitusabi indikaator: III ja IV astme lahkliha rebendite osamäär

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, vaagna põhja lihased ja pärasoole sfinkter (sulgurlihas) (III aste) või on lisaks 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. Analüüsiks arvutatakse kolme aasta kohandatud keskmine ja 95 % UI.

Tulemuste interpretatsioon.

- Võrdlus Eestis. Perioodil 2014–2016 oli Eestis III või IV astme rebendite osamäär keskmiselt 0,87 %, varieerudes erinevates raviasutustes 0–1,3 %. Kõikides raviasutustes oli indikaatori osamäär väiksem kui seatud eesmärk. Väga madal osamäär on tõenäoliselt aga seotud aladiagnostimise ja –raporteerimisega.
- Rahvusvaheline võrdlus. Euro-Peristati raporti andmetel varieerub III ja IV astme rebendite osamäär EL riikides 0,1 % kuni ligi 6 % (1). Soomes oli aastal 2016 lahkliha III–IV järgu rebendite osakaal normaalse vaginaalse sünnituse korral 0,9 % ja vaakumekstraktsiooni korral 3,4 % sünnitustest (2). Eestis olid vaadeldud perioodil vastavad näitajad 0,66 % ja 4,1 %. Nii Soomes kui Eestis on instrumentaalse vaginaalse sünnituse korral lahkliharebendi III–IV astme rebendi tekke risk suurem kui normaalse vaginaalse sünnituse korral.

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

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

Võrdlus. Lahkliha III–IV astme lahkliha rebendite osamäär ei ole oluliselt muutunud. Normaalse vaginaalse sünnituse korral jäi lahkliha rebendite osamäär kõigis kliinikutes alla eesmärkväärtuse, pisut kõrgem oli see instrumentaalselt abistatud sünnituste korral. Oluline on jätkuvalt pöörata tähelepanu nii sünnituse vastuvõtmise taktikatele kui korrektsele rebendite diagnoosimisele, taastamisele ja raporteerimisele.

Koostajad

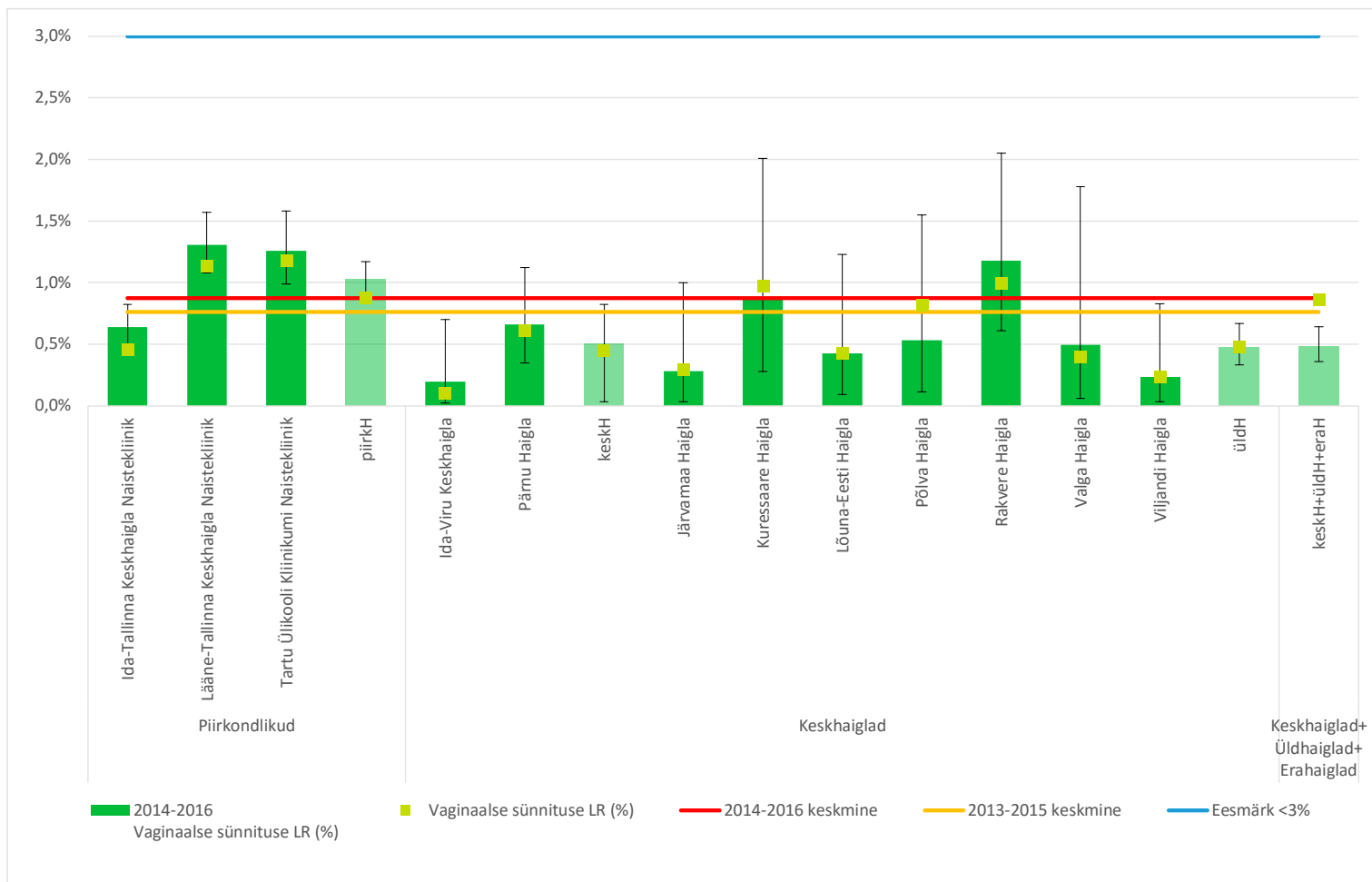
Prof Helle Karro ja dr Piret Veerus Eesti Naistearstide Selts

Kirjandus

- www.europeristat.com
- Perinataalililasto 2016

SÜNNITUSABI INDIKAATOR: III JA IV ASTME LAHKLIHA REBENDITE OSAMÄÄR SÜNNITUSTEL

Nimetus	III ja IV astme lahkliha rebendite osamäär.
Andmed	<p>Periood: 01.01.2014–31.12.2016 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 (koos usaldusvahemikega), mille korral tekkis III või IV astme lahkliha rebend haiglate ja haiglaliikide lõikes ja HVA haiglates kokku.</p> <p>Tabelis 1 on esitatud loomulikul teel toimunud sünnituste osakaal, mille korral tekkis III või IV astme lahkliha rebend haiglate ja haiglaliikide lõikes ja HVA haiglates kokku.</p> <p>Tabelis 2 on esitatud instrumentaalselt abistatud sünnituste (tang-sünnitus, vaakumekstraktsioon) osakaal, mille korral tekkis III või IV astme lahkliha rebend haiglate ja haiglaliikide lõikes ja HVA haiglates kokku.</p>



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

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

		Sünnitused	Lahkliharebend (III-IV)		
			Vaginaalsed		
	Haigla	2014.–2016. a vaginaalsed arv sh loomulikult ja instrumentaalselt abistatud	arv	2014-2016 Vaginaalse sünnituse LR (%)	usaldusvahemik (95% CI)
Piirkondlikud	Ida-Tallinna Keskhaigla Naistekliinik	9712	62	0,64 %	0,49–0,82
	Lääne-Tallinna Keskhaigla Naistekliinik	8561	112	1,31 %	1,08–1,57
	Tartu Ülikooli Kliinikumi Naistekliinik	5719	72	1,26 %	0,99–1,58
	piirkH	23 992	246	1,03%	0,91-1,17
Keskhaiglad	Ida-Viru Keskhaigla	1030	2	0,19 %	0,02–0,70
	Pärnu Haigla	1964	13	0,66 %	0,35–1,12
	keskH	2994	15	0,50%	0,03-0,82
Üldhaiglad	Hiumaa Haigla	132	0	0,00 %	
	Järvamaa Haigla	719	2	0,28 %	0,03–1,00
	Kuressaare Haigla	577	5	0,87 %	0,28–2,01
	Lõuna-Eesti Haigla	709	3	0,42 %	0,09–1,23
	Läänemaa Haigla	2	0	0,00 %	
	Narva Haigla	1160	0	0,00 %	
	Põlva Haigla	562	3	0,53 %	0,11–1,55
	Rakvere Haigla	1019	12	1,18 %	0,61–2,05
	Valga Haigla	403	2	0,50 %	0,06–1,78
	Viljandi Haigla	863	2	0,23 %	0,03–0,83
	üldH	6146	29	0,47%	0,33-0,67
Erahaiglad	Elite Kliinik	72	0	0,00 %	
	eraH	72	0	0,00%	
Keskhaiglad+ Üldhaiglad+ Erahaiglad	keskH+üldH+eraH	9212	44	0,48 %	0,36-0,64
	Kokku:	33 204	290	0,87%	0,78–0,98

Tabel 1. Loomulikul teel toimunud sünnituste arv, mille korral tekkis III või IV astme lahkliha rebend

		2014.–2016. a sünnitused	2014.–2016. a lahkliharebend (III–IV) loomulikul teel	
	Haigla	Loomulikul teel sündide arv	arv	LRL (%)
Piirkondlikud	Ida-Tallinna Keskhaigla Naistekliinik	8946	48	1 %
	Lääne-Tallinna Keskhaigla Naistekliinik	8036	77	1 %
	Tartu Ülikooli Kliinikumi Naistekliinik	5432	50	1 %
	piirkH	22 414	175	1%
Keskhaiglad	Ida-Viru Keskhaigla	891	0	0 %
	Pärnu Haigla	1898	10	1 %
	keskH	2789	10	0%
Üldhaiglad	Hiiumaa Haigla	130	0	0 %
	Järvamaa Haigla	709	2	0 %
	Kuressaare Haigla	562	4	1 %
	Lõuna-Eesti Haigla	661	2	0 %
	Läänemaa Haigla	2	0	0 %
	Narva Haigla	1085	0	0 %
	Põlva Haigla	552	3	1 %
	Rakvere Haigla	981	7	1 %
	Valga Haigla	389	2	1 %
	Viljandi Haigla	836	2	0 %
	üldH	5907	22	0%
Erahaiglad	Elite Kliinik	68	0	0 %
	eraH	68	0	0%
Keskhaiglad+ Üldhaiglad+ Erahaiglad	keskH+üldH+eraH	8764	32	0 %
Kokku:		31 178	207	1%

Tabel 2. Instrumentaalselt abistatud sünnituste (tang sünnitus, vaakumekstraktsioon) osakaal, mille korral tekkis III või IV astme lahkliha rebend

		2014.–2016. a sünnitused	2014–2106. a lahkliharebend (III–IV) instrumentaalselt abistatud	
	Haigla	Instrumentaalselt abistatud sündide arv	arv	LRV (%)
Piirkondlikud	Ida-Tallinna Keskhaigla Naistekliinik	766	14	2%
	Lääne-Tallinna Keskhaigla Naistekliinik	525	35	7%
	Tartu Ülikooli Kliinikumi Naistekliinik	287	22	8%
	piirkH	1578	71	4%
Keskhaiglad	Ida-Viru Keskhaigla	139	2	1%
	Pärnu Haigla	66	3	5%
	keskH	205	5	2%
Üldhaiglad	Hiumaa Haigla	2	0	0%
	Järvamaa Haigla	10	0	0%
	Kuressaare Haigla	15	1	7%
	Lõuna-Eesti Haigla	48	1	2%
	Läänemaa Haigla	0	0	0%
	Narva Haigla	75	0	0%
	Põlva Haigla	10	0	0%
	Rakvere Haigla	38	5	13%
	Valga Haigla	14	0	0%
	Viljandi Haigla	27	0	0%
	üldH	239	7	3%
Erahaiglad	Elite Kliinik	4	0	0%
	eraH	4	0	0%
Keskhaiglad+ Üldhaiglad+ Erahaiglad	keskH+üldH+eraH	8	0	0%
Kokku:		2 026	83	4%

Sünnitusabi indikaator: Keisrilõigete osamäär esmassünnitajatel ajalise üksiksünnituse korral (Robson 1+2)

Sissejuhatus. Hinnatakse keisrilõigete osamäära esmassünnitajatel (üksiksünnitus, loote peaseis, raseduskestus ≥ 37 rasedusnädalat). Robson 1: erakorraliste keisrilõigete osamäär esmassünnitajatel (üksiksünnitus, loote peaseis ja ajaline sünnitus), kellel sünnitustegevus käivitus spontaanselt. Robson 2: keisrilõigete osamäär esmassünnitajatel, kellel sünnitustegevus indutseeriti ja tehti keisrilõige või plaaniline keisrilõige tehti enne sünnitustegevuse algust.

Indikaator võimaldab hinnata keisrilõigete osamäära sünnitajatel, kes kuuluvad madala riski rühma. On teada, et see rühm moodustab suurima osa kõikidest keisrilõigetest ja keisrilõigete osamäära analüüs ja kontrolli all hoidmine selles rühmas omab kõige enam mõju üldisele keisrilõike teel sünnituste sagedusele. Eesmärk: Robson 1+ Robson 2 (R1+2): 17 % või vähem.

Indikaatori arvutamiseks kasutatakse Eesti Meditsiinilise Sünniregistri (EMSR) andmeid. Analüüsiks arvutatakse kolme aasta kohandatud keskmine ja 95 % UI.

Tulemuste interpretatsioon.

- Võrdlus Eestis. Piirkondlikes haiglates oli keisrilõigete osamäär esmassünnitajatel (R 1+2) keskmiselt 16 %, madalaim LTKH-s ja kõrgeim SA TÜ Kliinikumis. Osamäära võib mõjutada nii sünnituse juhtimise taktika kui teiste, sünnitusviisi mõjutavate täiendavate riskitegurite olemasolu, mida antud indikaatori arvutamisel ei ole võimalik arvestada. Keisrilõigete osamäär keskhaiglates (keskmine 23 %) ületas seatud eesmärgi ja oli oluliselt kõrgem kui piirkondliku funktsiooniga haiglates. See tulenes peamiselt keisrilõigete kõrgest osamäärast IVKH-s, kus tõenäoliselt mõjutas sünnitusviisi valikut HIV-positiivsete sünnitajate suur osakaal. Üldhaiglates oli R1+2 sünnituste keskmine eesmärkväärtuse piires (17 %), kõrgeim oli keisrilõigete osakaal Narva ja Valga Haiglas. Märkimisväärselt kõrge oli näitaja Elite erakliinikus, 52 %.
- Rahvusvaheline võrdlus. Keisrilõigete osakaal kõikidest sünnitustest on kasvanud kogu maailmas, olles madalaim Põhjamaades. Keisrilõigete osakaal rühmas R 1+2 varieerus perioodil 2009–2011 riigiti 12,6 % (Island) kuni 16,8 % (Soome) (1). Rootsi kvaliteediraporti andmetel oli aastatel 2006–2010 selles rühmas keisrilõigete osamäär 16,5 % (2). Leedus oli 2014. aastal keisrilõigete osamäär Robson1+2 grupis 19,7 % (3).

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

Kokkuvõte. Eesti näitajaga võib rahule jääda, kuid kindlasti vajab keisrilõigete osamäär regulaarset monitoorimist ja analüüsi. Kliinilise auditi võiks läbi viia raviasutustes, kus keisrilõigete osamäär ületab märkimisväärselt seatud eesmärgi.

Võrdlus. Piirkondlike haiglate keskmine suurenes kahe perioodi võrdluses, kuid muutus oli väga väike (alla 1 %). Olulisi muutusi võrreldes eelmise perioodiga ei toimunud kesk-, üld- ja erahaiglates.

Koostajad

Prof Helle Karro ja dr Piret Veerus Eesti Naistearstide Selts

Kirjandus

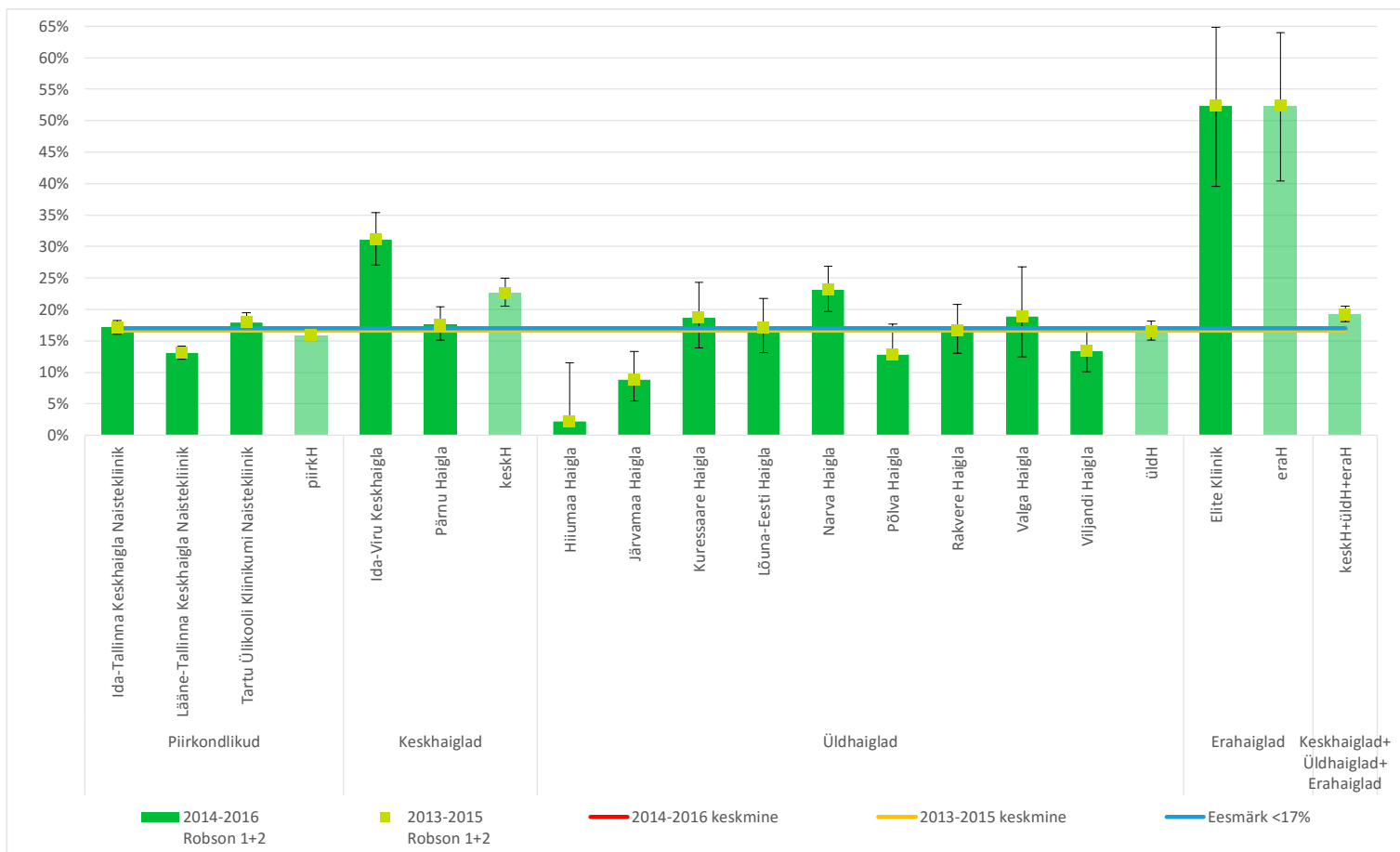
1. Pyykönen A et al. Cesarean section trends in the Nordic countries - a comparative analysis with Robson classification. *AOGS* 2017;96:607–616.
2. Quality and efficiency in Swedish health care – regional comparisons 2012. Swedish Association of local authorities and regions. Swedish National Board of Health and Welfare, 2013.
3. Kacerauskiene J et al. Implementation of the Robson classification in the clinical practise: Lithuania's experience. *BMC* 2017;17:432.

SÜNNITUSABI INDIKAATOR: KEISRILÕIGETE OSAMÄÄR ESMASSÜNNITAJATEL AJALISE ÜKSIKSÜNNITUSE KORRAL, KUI LOOTE ON PEASEISUS (ROBSON 1+2)

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

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

Nimetus	Keisrilõigete osamäär esmassünnitajatel ajalise üksiksünnituse korral, kui loote on peaseisus (Robson 1+2).
Andmed	<p>Periood: 01.01.2015–31.12.2017</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 p30.1 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 üksiksünnituse korral (Robson 1+2).</p> <p>Robson 1: erakorraliste keisrilõigete osamäär esmassünnitajatel (üksiksünnitus, 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 osakaal (koos usaldusvahemikega) esmassünnitajatel ajalise üksiksünnituse korral haiglate ja haiglatiikide lõikes ja HVA haiglates kokku.</p>



Keisrilõigete osakaal esmassünnitajatel ajalise üksiksünnituse korral

Keisrilõigete osakaal esmassünnitajatel ajalise üksiksünnituse korral

	Haigla	2014–2016. a sündinud rühmas I+II	Nendest keisrilõikega	2014–2016. a Robson 1+2	usaldusvahemik 95% CI
Piirkondlikud	Ida-Tallinna Keskhaigla Naistekliinik	4 765	817	17,15 %	16,09–18,25
	Lääne-Tallinna Keskhaigla Naistekliinik	4 187	548	13,09 %	12,08–14,15
	Tartu Ülikooli Kliinikumi Naistekliinik	2 583	463	17,92 %	16,46–19,46
	piirkH	11 535	1 828	15,85%	15,19-16,53
Keskhaiglad	Ida-Viru Keskhaigla	492	153	31,10 %	27,03–35,39
	Pärnu Haigla	828	146	17,63 %	15,10–20,40
	keskH	1 320	299	22,65%	20,47-24,99
Üldhaiglad	Hiumaa Haigla	46	1	2,17 %	0,06–11,53
	Järvamaa Haigla	227	20	8,81 %	5,46–13,30
	Kuressaare Haigla	230	43	18,70 %	13,87–24,34
	Lõuna-Eesti Haigla	315	54	17,14 %	13,15–21,77
	Läänemaa Haigla	1	0	0,00 %	0
	Narva Haigla	549	127	23,13 %	19,67–26,89
	Põlva Haigla	242	31	12,81 %	8,87–17,69
	Rakvere Haigla	378	63	16,67 %	13,05–20,81
	Valga Haigla	127	24	18,90 %	12,50–26,80
	Viljandi Haigla	382	51	13,35 %	10,10–17,18
	üldH	2 497	414	16,58%	15,15-18,11
Erahaiglad	Elite Kliinik	65	34	52,31 %	39,54–64,85
	eraH	65	34	52,31 %	40,38-63,98
Keskhaiglad+ Üldhaiglad+ Erahaiglad	keskH+üldH+eraH	3 882	747	19,24 %	18,03-20,51
	Kokku:	15 417	2 575	16,70%	16,12–17,30

Sünnitusabi indikaator: Keisrilõigete osamäär korduvsünnitajatel ajalise üksiksünnituse korral, kellel vähemalt üks sünnitus on lõppenud keisrilõike teel (Robson 5)

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 järgneva sünnituseks keisrilõike teel. Eesmärk vähem kui 60 %.

Indikaatori arvutamiseks kasutatakse Eesti Meditsiinilise Sünniregistri (EMSR) andmeid. Analüüsiks arvutatakse kolme aasta kohandatud keskmine ja 95 % UI.

Tulemuste interpretatsioon.

- c) Võrdlus Eestis. Piirkondlikes haiglates oli keisrilõigete osamäär Robson 5 (R 5) keskmiselt 32 %. Osamäär võis mõjutada nii sünnituse juhtimise taktika kui teiste, sünnitusviisi mõjutavate täiendavate riskitegurite olemasolu, mida antud indikaatori arvutamisel ei olnud võimalik arvestada. Osamäär vastas seatud eesmärgile. Keisrilõigete osamäär kesk- ja üldhaiglates R5 grupis oli samuti vastav eesmärgiväärtusele (rühma keskmine vastavalt 33 % ja 46 %). Kõrgeim keisrilõigete osamäär (61 %) oli Valga ja Põlva Haiglas ning ületas veidi eesmärgiväärtust. Märkimisväärselt kõrge oli näitaja Elite erakliinikus, 82 %.
- d) Rahvusvaheline võrdlus. Keisrilõigete osakaal kõikidest sünnitustest on kasvanud kogu maailmas, olles madalaim Põhjamaades. Keisrilõigete osamäär rühmas R 5 varieerus perioodil 2009–2011 riigiti 41,9 % (Norras) kuni 59,1 % (Taanis) (1). Leedus oli 2014. aastal keisrilõigete osamäär R5 grupis 65,6 % (2). WHO poolt läbi viidud mitme riigi uuringus oli perioodil 2010–2011 väga kõrge arenguindeksiga riikides (Jaapan ja Argentiina) keisrilõigete osamäär R5 rühmas 79,4 % (3).

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

Kokkuvõte. Eesti tulemus oli väga hea ja vastas enamuses ravisutustes seatud eesmärgile ning keisrilõigete osamäär Robson 5 rühmas oli väiksem kui reas arenenud riikides. Kindlasti vajab keisrilõigete osamäär regulaarset monitoorimist ja analüüsi. Kliinilise auditi võiks läbi viia ravisutustes, kus keisrilõigete osamäär ületab märkimisväärselt seatud eesmärki.

Võrdlus. Piirkondlike haiglate keskmine jäi võrreldes eelmise perioodiga samaks, kuid keisrilõigete keskmine osamäär R5 rühmas vähenes oluliselt kesk- ja üldhaiglates.

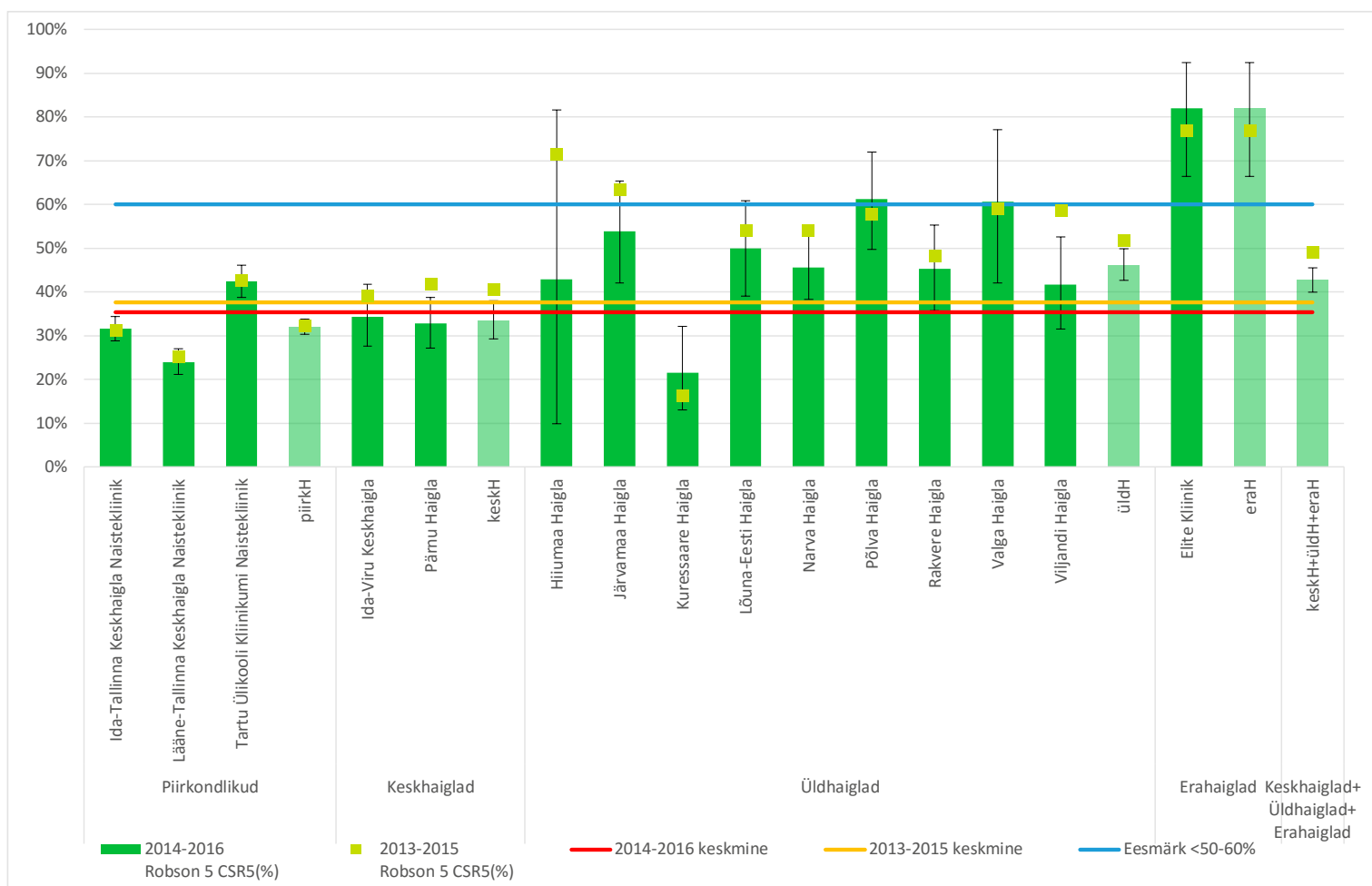
Koostajad
Prof Helle Karro ja Dr Piret Veerus Eesti Naistearstide Selts

Kirjandus

1. Pyykönen A et al. Cesarean section trends in the Nordic countries - a comparative analysis with Robson classification. *AOGS* 2017;96:607–616.
2. Kacerauskiene J et al. Implementation of the Robson classification in the clinical practise: Lithuanias experience. *BMC* 2017;17:432.
3. Vogel JP et al. Use of the Robson classification to assess cesarean section trends in 21 countries: a secondary analysis of two WHO multi-country surveys. *Lancet Glob Health* 2015;3:e260–70.

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

<p>Nimetus</p>	<p>Keisrilõigete osamäär korduvsünnitajatel ajalise üksiksünnituse korral, kellel vähemalt üks sünnitus on lõppenud keisrilõike teel ja kelle loode on peaseisus (Robson 5).</p>
<p>Andmed</p>	<p><u>Periood</u>: 01.01.2014–31.12.2016</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>
<p>Selgitus</p>	<p>Plaaniliste keisrilõigete osamäär korduvsünnitajatel (üksiksünnitus, loote peaseis ja ajaline sünnitus), kellel on vähemalt üks eelnev sünnitus lõppenud keisrilõike teel.</p> <p>Joonisel on esitatud plaaniliste keisrilõigete osakaal (koos usaldusvahemikega) korduvsünnitajatel ajalise üksiksünnituse korral, kellel vähemalt üks eelnev sünnitus on lõppenud keisrilõike teel haiglate ja haiglaliikide lõikes ja HVA haiglates kokku.</p>



Plaaniliste keisrilõigete osakaal korduvsünnitajatel ajalise üksiksünnituse korral, kellel vähemalt üks eelnev sünnitus on lõppenud keisrilõike teel

Plaaniliste keisrilõigete osakaal korduvsünnitajatel ajalise üksiksünnituse korral, kellel vähemalt üks eelnev sünnitus on lõppenud keisrilõike teel

Haiglaliik	Haigla	2014–2016. a sünnitused rühmas*	Nendest plaanilise keisrilõikega	2014–2016. a Robson 5 CSR5 (%)	Usaldusvahemik 95% CI
Piirkondlikud	Ida-Tallinna Keskhaigla Naistekliinik	1119	354	31,64 %	28,92–34,45
	Lääne-Tallinna Keskhaigla Naistekliinik	857	206	24,04 %	21,21–27,04
	Tartu Ülikooli Kliinikum Naistekliinik	719	305	42,42 %	38,78–46,13
	piirkH	2695	865	32,10%	30,36-33,89
Keskhaiglad	Ida-Viru Keskhaigla	186	64	34,41 %	27,61–41,71
	Pärnu Haigla	265	87	32,83 %	27,21–38,84
	keskH	451	151	33,48%	29,28-37,96
Üldhaiglad	Hiiumaa Haigla	7	3	42,86 %	9,90–81,59
	Järvamaa Haigla	76	41	53,95 %	42,13–65,45
	Kuressaare Haigla	79	17	21,52 %	13,06–32,20
	Lõuna-Eesti Haigla	88	44	50,00 %	39,15–60,85
	Narva Haigla	184	84	45,65 %	38,31–53,14
	Põlva Haigla	80	49	61,25 %	49,70–71,94
	Rakvere Haigla	108	49	45,37 %	35,76–55,24
	Valga Haigla	33	20	60,61 %	42,14–77,09
	Viljandi Haigla	91	38	41,76 %	31,50–52,57
	üldH	746	345	46,25%	42,70-49,84
Erahaiglad	Elite Kliinik	39	32	82,05 %	66,47–92,46
	eraH	39	32	82,05%	66,47-92,46
Keskhaiglad+ Üldhaiglad+ Erahaiglad	keskH+üldH+eraH	1 236	528	42,72 %	39,99-45,55
	Kokku:	3931	1393	35,44%	33,94–36,95

Sünnitusabi indikaator: Sünnitusega seotud massiivse verekaotuse osamäär

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. Analüüsiks arvutatakse kolme aasta kohandatud keskmine ja 95 % UI.

Tulemuste interpretatsioon.

- Võrdlus Eestis. Massiivse verekaotuse osamäär varieerus perioodil 2014–2016 0 % -st 3,55 % -ni. Piirkondlikus haiglates (kus on enam riskisünnitajaid) ja keskhaiglates oli keskmine osamäär 2 %, üldhaiglates 1 %. Andmed ei võimalda hinnata, kas PPH suurem osamäär oli tingitud paremast verekaotuse hindamisest või teistest teguritest. 0 % või väga madala PPH osamäära korral jääb kõhk, kas verekaotust dokumenteeritakse täpselt.
- Rahvusvaheline võrdlus. PPH esinemissagedus arenenud riikides on suurenenud. Kirjanduse põhjal varieerub PPH esinemissagedus 1–10 % kõikidest sünnitustest. Definitsioon varieerub vastavalt sellele, kui suur verekaotus loetakse PPHks, 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. On teada, et hinnanguline verekaotus on 33–50 % väiksem täpselt mõõdetud (nt spektrofotomeetria abil) verekaotusest. On leitud, et täpsel verekaotuse mõõtmisel hinnatakse kaks korda rohkem sünnitajaid massiivse verekaotuse rühma. Varase sekkumise ja õige taktika valikuks ei piisa ainult verekaotuse hindamisest vaid tähelepanu tuleb pöörata eluliste tunnustele (1).

Limitatsioonid. Arvestades EMSR andmete kõiksust ja kvaliteeti selle tunnuse osas, võime lugeda antud indikaatori informatiivsust küllaltki heaks. Eestis võtsime analüüsi kõik massiivse PPH juhud sõltumata sellest, kas vereülekanne oli vajalik või ei. Verekaotus on hinnanguline ja ei ole teada, kui täpselt on verekaotus mõõdetud.

Kokkuvõte. Sünnitusega seotud massiivse verekaotuse määr jäi Eestis enamasti kuni 3 % piirsesse kuid tulemuste põhjal ei ole võimalik teha kindlaid järeldusi. Eesti siseseks võrdluseks tuleb ühtlustada verekaotuse hindamist ja võimalusel lisada kriteeriumiks vereülekanne vajadus. Kliinilise auditi käigus on PPHga seotud tegureid, dokumenteerimist ja taktikat võimalik täpsemini hinnata.

Võrdlus. Võrreldes eelneva perioodiga on PPH osamäär suurenenud piirkondlikes ja keskhaiglates.

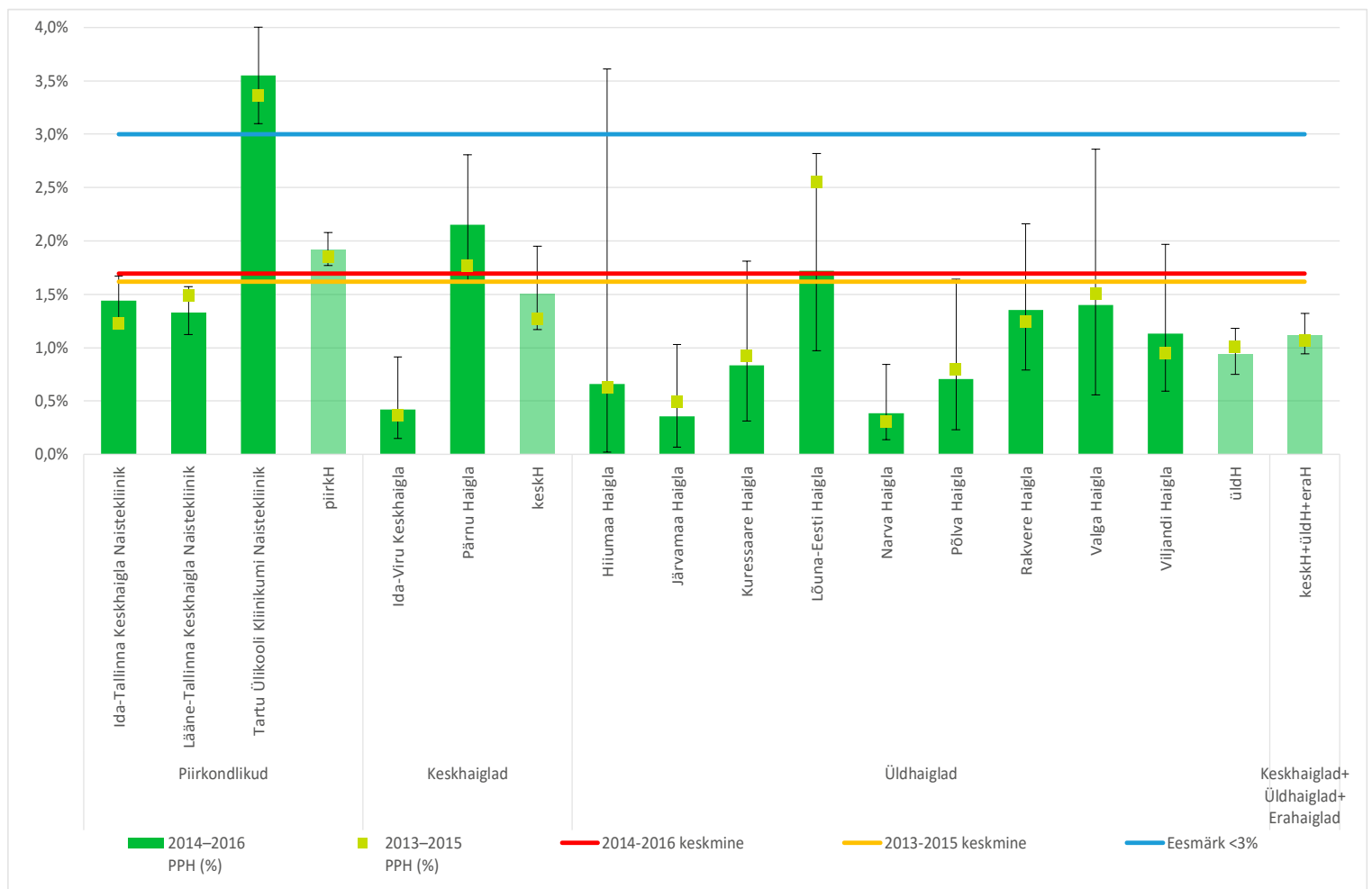
Koostajad
Prof Helle Karro ja Dr Piret Veerus Eesti Naistearstide Selts

Kirjandus

- Borovac-Pinheiro A et al. Postpartum hemorrhage: new insights for definition and diagnosis. *AJOG* 2018;219:162–168.

SÜNNITUSABI INDIKAATOR: SÜNNITUSEGA SEOTUD MASSIIVSE VEREKAOTUSE OSAKAAL

Nimetus	Sünnitusega seotud massiivse verekaotuse osamäär.
Andmed	<p>Periood: 01.01.2014–31.12.2016</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 (koos usaldusvahemikega) haiglate ja haiglaliikide lõikes ja HVA haiglates kokku.</p>



Sünnitusega seotud massiivse verekaotuse osakaal

Sünnitusega seotud massiivse verekaotuse osakaal

Haiglaliik	Haigla	Sünnitused	Verekaotus (>1000ml)		
		2014.–2016. a arv (A)	2014.–2016. a arv (B)	2014.–2016. a PPH (%)	usaldusvahemik 95% CI
Piirkondlikud	Ida-Tallinna Keskhaigla Naistekliinik	12 012	173	1,44 %	1,23–1,67
	Lääne-Tallinna Keskhaigla Naistekliinik	10 322	137	1,33 %	1,12–1,57
	Tartu Ülikooli Kliinikumi Naistekliinik	7 294	259	3,55 %	3,14–4,00
	piirkH	29 628	569	1,92%	1,77–2,08
Keskhaiglad	Ida-Viru Keskhaigla	1 435	6	0,42 %	0,15–0,91
	Pärnu Haigla	2 415	52	2,15 %	1,61–2,81
	keskH	3850	58	1,51%	1,17–1,95
Üldhaiglad	Hiiumaa Haigla	152	1	0,66 %	0,02–3,61
	Järvamaa Haigla	848	3	0,35 %	0,07–1,03
	Kuressaare Haigla	717	6	0,84 %	0,31–1,81
	Lõuna-Eesti Haigla	871	15	1,72 %	0,97–2,82
	Läänemaa Haigla	2	0	0,00 %	
	Narva Haigla	1 555	6	0,39 %	0,14–0,84
	Põlva Haigla	708	5	0,71 %	0,23–1,64
	Rakvere Haigla	1 255	17	1,35 %	0,79–2,16
	Valga Haigla	501	7	1,40 %	0,56–2,86
	Viljandi Haigla	1 060	12	1,13 %	0,59–1,97
üldH	7669	72	0,94%	0,75–1,18	
Erahaiglad	Elite Kliinik	172	0	0,00 %	
	eraH	172	0	0,00%	
Keskhaiglad+ Üldhaiglad+ Erahaiglad	keskH+üldH+eraH	11 691	130	1,11 %	0,94–1,32
	Kokku:	41 319	699	1,69%	1,57–1,82

Kirurgia indikaator: Operatsioonijärgne 30 päeva suremus

Sissejuhatus. Suremus kui ravikvaliteedi näitaja on kasutamisel olnud juba pea terve sajandi (1). Tegemist on ravikvaliteedi hindamiseks hea indikaatoriga, kuna surm kui selline on lihtsalt defineeritav ja see registreeritakse enamikes maailma piirkondades (2), mistõttu erinevate raviasutuste, patsiendikohortide, riikide jne tulemused on suhteliselt lihtsalt võrreldavad.

Tulemuste interpretatsioon. Piirkondlikes haiglates oli keskmine operatsioonijärgne 30 päeva suremus 3 %, olles sarnane Põhja-Eesti Regionaalhaiglas ja Tartu Ülikooli Kliinikumis (vastavalt 3 % ja 2 %). Ootuspäraselt, arvestades patsientide kohorti, oli Tallinna Lastehaigla suremus madalam, 0,2 %. Keskhaiglate keskmine suremus oli 2 %, olles madalam Ida-Tallinna Keskhaiglas ja Lääne-Tallinna Keskhaiglas (mõlemas 1 %) ja kõrgeim Ida-Viru Keskhaiglas (4 %). Võib spekuloida, et Ida-Viru Keskhaigla kõrgem suremus oli tingitud ka haigla lokalisatsioonist – kui raskemad erakorralised ravijuhud Harjumaal ravitakse pigem PERH-is kui ITK-s või LTK-s, siis IVKH ilmselt sageli käsitleb ka komplitseeritud juhtusid. Üldhaiglate operatsioonijärgne 30 päeva suremus oli keskmiselt 2 % ja haiglate lõikes olulise varieerumisega (1–3 %), välja arvatud Läänemaa Haigla, kus vastav näitaja oli 5 %. Arvestades, et tegemist on Eestis ainsa haiglaga, kus operatsioonijärgne suremus oli samas suur, kui kirurgia indikaatorite väljatöötanud töörühma poolt seatud ülemine piir, siis võiks kaaluda 17 juhu eraldi analüüsi surmapõhjuste selgitamiseks. Eestis keskmiselt oli operatsioonijärgne 30 päeva suremus 2,2 %, mis on hea ravikvaliteedi näitaja.

Kirjanduse andmetel varieerub operatsioonijärgne 30 päeva suremus 0,2–9,8 %, sõltudes eelkõige operatsiooni plaanilisusest/erakorralisusest ja operatsioonitüübist (2). Mõned näited 30 päeva suremusest: plaaniline põlveliigese endoproteesimine 0,2 % (3), üld- ja vaskulaarkirurgia 1 % (4), kolorektaalkirurgia 3,3 % (4), kolorektaalkirurgia, sapipõie operatsioon, songakirurgia 1,4 % (5).

Limitatsioonid. Põhjalikumaks analüüsiks oleks soovitatav esitada antud näitaja eraldi plaaniliste ja erakorraliste juhtude kohta ning samuti erialade/operatsioonitüüpide lõikes.

Kokkuvõte. Eestis oli keskmine operatsioonijärgne 30 päeva suremus 2,2 %, mis võrreldes kirjanduse andmetega on heal tasemel. Järelduste tegemiseks oleks siiski vajalik detailsem analüüs.

Võrdlus varasemate perioodidega. Kui võrrelda 2017. aastat kahe eelneva aastaga, s. t. 2016. a ja 2015. a, siis oli Eesti keskmine operatsioonijärgne 30 päeva suremus väga stabiilne varieerudes vahemikus 2,0–2,2 %. Nii piirkondlikes haiglates kui keskhaiglates olid vahemikus 2015–2017 tulemused oluliste muutusteta. Samuti oli antud ajavahemikul üldhaiglate keskmine operatsioonijärgne 30 päeva suremus stabiilne, kuid eraldi haiglate kaupa vaadates esines siiski väiksemaid muutusi: Läänemaa Haigla suremuse tõus 2015. a 2 % → 2017. a 5 % ja langenud on suremus Valga Haiglas 2015. a ja 2016. a 4 % → 2017. a 1 %.

Koostaja

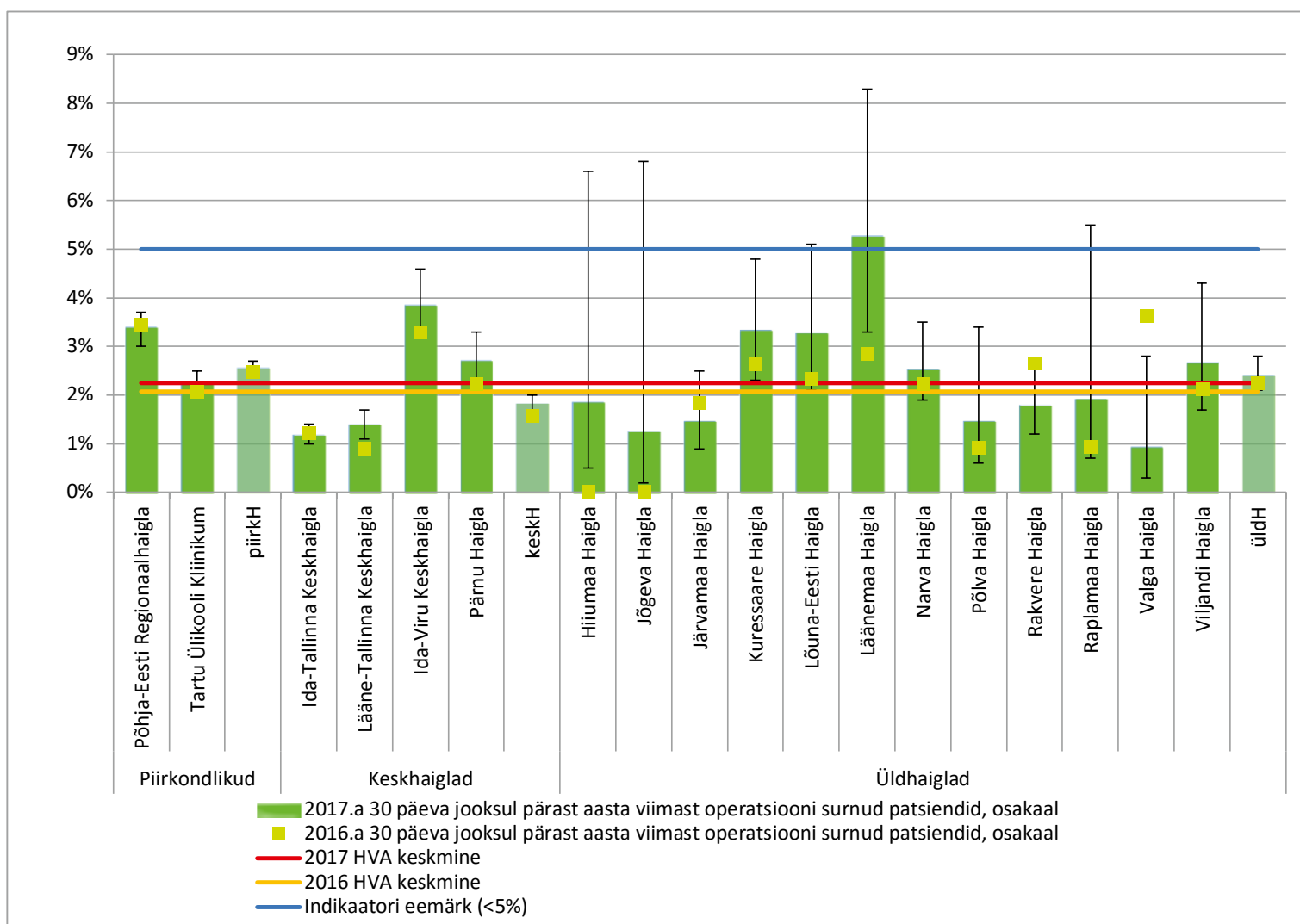
Ceith Nikkolo, SA TÜK, TÜ arst-õppejõud üldkirurgia erialal

Kirjandus

1. Smith T, Li X, Nylander W, Gunnar W. Thirty-Day Postoperative Mortality Risk Estimates and 1-Year Survival in Veterans Health Administration Surgery Patients. *JAMA surgery*. 2016;151:417–422.
2. Watters DA, Hollands MJ, Gruen RL, Maoate K, Perndt H, McDougall RJ et al. Perioperative Mortality Rate (POMR): A Global Indicator of Access to Safe Surgery and Anaesthesia. *World J Surg* 2015;39:856–864.
3. <https://www.hqsc.govt.nz/assets/POMRC/Publications/POMRC-2011-Report-Lkd.pdf>.
4. Gawande AA, Kwaan MR, Regenbogen SE, Lipsitz SA, Zinner MJ. An Apgar Score for Surgery. *J Am Coll Surg* 2007;204:201–208.
5. Vaid S, Bell T, Grim R, Ahuja V. Predicting Risk of Death in General Surgery Patients on the Basis of Preoperative Variables Using American College of Surgeons National Surgical Quality Improvement Program Data. *The Permanente Journal* 2012;16:10–17.

KIRURGIA INDIKAATOR: OPERATSIOONIJÄRGNE 30 PÄEVA SUREMUS

Nimetus	Operatsioonijärgne 30 päeva suremus
Andmed	<p>Periood: arve algus 01.01.–31.12.2017</p> <p>Ravitüüp: statsionaarne</p> <p>Vanus: kõik vanusegrupid (s.h lapsed)</p> <p>Kõik operatsioonid NOMESCO klassifikatsiooni järgi (kõik NCSP koodid AAA00 - QWW99)</p> <p>Operatsiooni kuupäev. Surma kuupäev.</p> <p>Eesmärk: 5%</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 (koos usaldusvahemikega) haiglate ja haiglaliikude kaupa.</p>



Operatsioonijärgne 30 päeva suremus

Operatsioonijärgne 30 päeva suremus

Haiglaliik	Haigla	2017.a statsionaarsel ravil opereeritud patsiendid, arv	2017.a 30 päeva jooksul pärast aasta viimast operatsiooni surnud patsiendid, arv	2017.a 30 päeva jooksul pärast aasta viimast operatsiooni surnud patsiendid, osakaal	95% usaldusvahemik
Piirkondlikud	Põhja-Eesti Regionaalhaigla	12 769	434	3 %	3–4 %
	Tartu Ülikooli Kliinikum	16 608	374	2 %	2–3 %
	Tallinna Lastehaigla	2 356	5	0 %	0–1 %
	piirkH	31 733	813	3%	2–3%
Keskhaiglad	Ida-Tallinna Keskhaigla	12 528	150	1 %	1–1 %
	Lääne-Tallinna Keskhaigla	5 974	84	1 %	1–2 %
	Ida-Viru Keskhaigla	3 345	129	4 %	3–5 %
	Pärnu Haigla	3 941	107	3 %	2–3 %
	keskH	25 788	470	2%	2–2%
Üldhaiglad	Hiiumaa Haigla	107	2	2 %	1–7 %
	Jõgeva Haigla	79	1	1 %	0–7 %
	Järvamaa Haigla	882	13	1 %	1–3 %
	Kuressaare Haigla	868	29	3 %	2–5 %
	Lõuna-Eesti Haigla	580	19	3 %	2–5 %
	Läänemaa Haigla	323	17	5 %	3–8 %
	Narva Haigla	1 532	39	3 %	2–4 %
	Põlva Haigla	339	5	1 %	1–3 %
	Rakvere Haigla	1 438	26	2 %	1–3 %
	Raplamaa Haigla	155	3	2 %	1–6 %
	Valga Haigla	314	3	1 %	0–3 %
	Viljandi Haigla	635	17	3 %	2–4 %
	üldH	7 252	174	2%	2–3%
Kokku:		64 773	1 457	2,2 %	2–2 %

Kirurgia indikaator: Päevakirurgia osakaal kubemesonga operatsioonidel

Sissejuhatus. Kubemesonga operatsiooni teostamist päevakirurgias, st patsient lubatakse koju operatsiooni toimumise päeval, on esmakordselt kirjeldatud üle 60 aasta tagasi (1) ja see on muutunud viimasel kümnendil igapäevakeks praktikaks. Kubemesonga plastika tegemine päevakirurgias on sama ohutu ja efektiivne, kui statsionaaris antud operatsiooni teostamine, kuid oluliselt kulutõhusam (2).

Analüüsi kaasati kõik vanusegrupid. Andmed pärinevad Eesti Haigekassa raviarvetelt.

Tulemuste interpretatsioon. Keskmiselt tehti piirkondlikes haiglates (Põhja-Eesti Regionaalhaigla, Tallinna Lastehaigla, Tartu Ülikooli Kliinikum) 66 % kubemesonga operatsioonidest päevakirurgias. Kui aga vaadata eraldi piirkondlikke haiglaid, siis PERH-is ja TÜK-s tehti ingvinaalherniotoomiat päevakirurgias vastavalt 85 % ja 48 % juhtudest. Mis tingib erinevuse kahe piirkondliku haigla vahel, võib hetkel ainult spekuloida. Üks võimalikke põhjuseid on TÜK-i töökorraldus, kus laparoskoopilist kubemesonga operatsiooni ei ole võimalik teostada päevakirurgias. Lisaks võib küll vähesel määral, aga siiski, TÜK-i päevakirurgia osakaalu vähendada see, et erinevalt PERH-ist on TÜK-i andmetesse kaasatud ka laste ingvinaalherniotoomiat, mida TÜK-is teostatakse statsionaaris.

Samamoodi nagu esines suur varieeruvus piirkondlike haiglate vahel, näeme seda ka keskhaiglate puhul – päevakirurgia osakaal 46–71 %, olles kõrgem Ida-Tallinna Keskhaiglas ja Ida-Viru Keskhaiglas ning madalam Lääne-Tallinna Keskhaiglas ja Pärnu Haiglas. Keskmiselt tehakse keskhaiglates päevakirurgias 59 % kubemesonga operatsioonidest, mis on tegelikult samas suurusjärgus piirkondlike haiglatega.

Kui eelnevalt toodi välja suhteliselt suured erinevused nii piirkondlike haiglate kui keskhaiglate võrdluses, siis veel suurem varieeruvus esines üldhaiglate vahel. Eelduste kohaselt võiks lihtsamad ravijuhud (nooremad patsiendid, paremas üldseisundis patsiendid jne) saada ravi piirkondlikus haiglas. Keerulisemad juhud (eakad patsiendid, oluliste kaasuvate haigustega patsiendid, suured skrotaalsongad jne) peaksid aga saama käsitletud piirkondlikus haiglas või keskhaiglas. Selle loogika kohaselt eeldaks, et üldhaiglas on päevakirurgia osakaal oluliselt suurem, kui me näeme antud tulemustes (Jõgeva Haigla 0 %, Kuressaare Haigla ja Rakvere Haigla 6 %, Järvamaa Haigla 12 %, Läänemaa Haigla 27 %, Raplamaa Haigla 36 %, Narva Haigla 40 % (välja on jäetud loetelust Hiiumaa Haigla 0 %, kus juhtusid oli ainult 5 ja selle põhjal järeldusi teha ei saa). Heaks tulemuseks võib pidada Lõuna-Eesti Haigla 60 % ja Viljandi Haigla 67 %. Põlva Haigla andmetel opereeriti 92 % kubemesonga patsientidest päevakirurgias ja Valga Haiglas oli vastav näitaja 100 %. Kuigi haigusjuhtude arv on väike, tuleks nendesse tulemustesse suhtuda siiski pigem kriitiliselt ja üle vaadata, mis on nende haiglate kriteeriumid, et nimetada haigusjuht päevakirurgia juhuks või siis on tõesti tegemist tõeste tulemustega – sel juhul on teistel üldhaiglatel (ja miks mitte ka keskhaiglatel) nii mõndagi Põlva Haigla ja Valga Haigla kogemusest õppida.

Kokkuvõttes tehti Eestis 2017. aastal 56 % kubemesonga operatsioonidest päevakirurgias.

Kui võrrelda Eesti tulemusi kirjanduses avaldatud tulemustega, siis paigutume pingerea keskosasse, kuid Eesti Haigekassa poolt seatud eesmärgini (70 %) on enamikel haiglatel oluline arenguruum. Hollandis opereeriti 2005. aastal >18-aastastel patsientidel 54 % kubemesongadest päevakirurgias (3). Samas uuringus hinnati ka <18-aastaste kubemesongaga patsientide kirurgilist ravi, kus päevakirurgia osakaalu tulemuseks oli 85 % (3), mis oli võrreldes Tallinna Lastehaigla tulemustega (47 %) oluliselt kõrgem. Swedish Hernia Registry andmetel opereeriti Rootsis 2012. aastal 78 % patsientidest päevakirurgias (antud analüüsi kaasatud nii kubeme- kui reiesongaga patsiendid) (4). Hiljuti avaldatud kubemesonga rahvusvaheline ravijuhis nendib, et päevakirurgia osakaalu suur varieeruvus on rohkem tingitud majanduslikest põhjustest ja tervisekindlustuse süsteemist kui päevakirurgia aktsepteerimise

teaduspõhisusest (5). Kaldun siiski arvama, et Eestis on määravaks pigem harjumus opereerida eakamat patsienti statsionaaris, kuigi soovitatakse kaaluda isegi ASA III ingvinaalherniotoomiate tegemist päevakirurgias lokaalanesteesias (5).

Limitatsioonid. Antud analüüsi üks puudusi oli kõikide vanusegruppide kaasamine. Detailsema ülevaate ja sisutihedama analüüsi saaksime kindlasti siis, kui analüüsida eraldi lapsed vs täiskasvanud ning ka täiskasvanute hulgas eraldi vanusegruppidena või veel parem võttes arvesse nt ASA klassi.

Lisaks seab piirangud järeltuste tegemisele ka juhtude arv (nt. Hiiumaa Haigla plaaniliste kubemesonga operatsioonide arv 5 juhtu aasta jooksul), aga see on mittekõrvaldatav puudus.

Kokkuvõte. Kokkuvõtteks võib öelda, et PERH-is opereeritud kubemesongade päevakirurgia osakaal oli nii Eesti kui Euroopa mõistes väga heal tasemel. TÜK peaks tegema täiendava analüüsi (hindama eraldi lapsed vs täiskasvanud) ja lahendama esimesel võimalusel olukorra, et laparoskoopiat saaks teha ka päevakirurgias. Keskhaiglate päevakirurgia osakaal kubemesongade käsitlemisel on rahuldav, kuid üldhaiglate tulemuste ülisuur varieeruvus (0–100 %) vajab edasist täpsustamist põhjuste selgitamiseks.

Võrdlus varasemate perioodidega. Kui võrrelda aastaid 2015 kuni 2017, siis piirkondlike haiglate lõikes esines trend päevakirurgia kasuks (53 % → 64 % → 66 %). Oluline tõus esines PERH-i tulemustes (63 % → 85 %). TÜK-is oli 2016. aastal tõusutrend, kuid siiski 2015. a ja 2017. a näitajad olid samad. 2016. aastal oli Tallinna Lastehaiglas päevakirurgia osakaal 71 %, kuid kahjuks oli see näitaja 2017. a oluliselt madalam, olles siis 47 %. Keskhaiglates oli samuti antud perioodi jooksul väga oluline päevakirurgia osakaalu tõus (31 % → 59 %). Üldhaiglates küll 2016. aastal päevakirurgia osakaal vähenes, kuid 2017. aastal tulemused mõnevõrra paranesid (40 % → 29 % → 42 %). Üldiselt oli Eesti tulemusi vaadates näha päevakirurgia osakaalu suhteliselt kiire tõus (39 % → 49 % → 56 %).

Koostaja

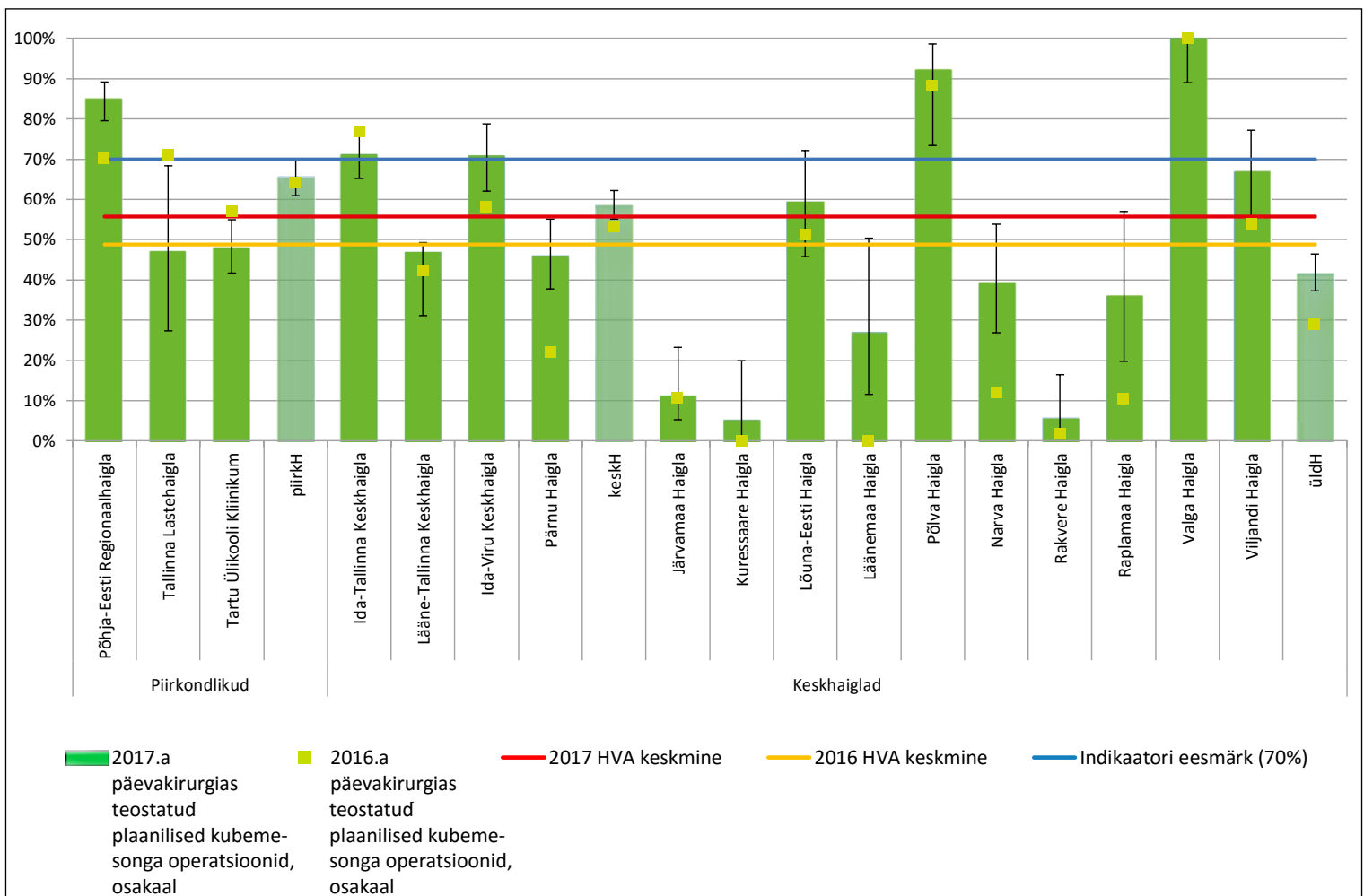
Ceith Nikkolo, SA TÜK, TÜ arst-õppejõud üldkirurgia erialal

Kirjandus

1. Farquharson EL. Early ambulation; with special reference to herniorrhaphy as an outpatient procedure. *Lancet* 1955;269:517–519.
2. Simons MP, Aufenacker T, Bay-Nielsen M, Bouillot JL, Campanelli G, Conze J, et al. European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients. *Hernia* 2009;13:343–403.
3. de Lange DH, Kreeft M, van Ramshorst GH, Aufenacker TJ, Rauwerda JA, Simons MP. Inguinal hernia surgery in the Netherlands: are patients treated according to the guidelines? *Hernia* 2010;14:143–148.
4. <http://kvalitetsregister.se/englishpages/findaregistry/registerarkivenglish/nationalqualityregistryfor-inguinalherniasurgeryswedishherniaregistry.2240.html>.
5. International guidelines for groin hernia management. *Hernia* 2018;22:1–165.

KIRURGIA INDIKAATOR: PÄEVAKIRURGIA OSAKAAL KUBEMESONGA OPERATSIOONIDEL

Nimetus	Päevakirurgia osakaal kubemesonga operatsioonidel
Andmed	<p><u>Periood:</u> arve algus 01.01.–31.12.2017</p> <p><u>Ravitüüp:</u> päevaravi (raviteenuse tüüp 19)</p> <p><u>Diagnoos:</u> RHK K40.2 või RHK K40.9</p> <p><u>Vanus:</u> kõik vanusegrupid (s.h lapsed)</p> <p>Raviarvel märgitud NCSP JAB10 või JAB11 või JAB20 või JAB30 või JAB96 või JAB97 koodid ja plaanilise protseduuri kood ZXD10.</p> <p>Kuna kõik haiglad ei märgi plaanilise protseduuri koodi, siis arvestatud plaaniliseks kõik operatsiooni arved, millel on kood ZXD10 ja/või ei olnud vältimatu raviarve tunnust.</p> <p>Eesmärk: 70%</p> <p>Indikaatori täpsem kirjeldus on kättesaadav haigekassa kodulehel.</p>
Selgitus	<p>Päevakirurgias opereeritud kubemesonga diagnoosiga patsientide osakaal kõikidest kubemesonga teostatud operatsioonidest.</p> <p>Joonisel on esitatud päevakirurgias teostatud kubemesonga operatsioonide osakaalud (koos usaldusvahemikega) haiglaliikide lõikes ja HVA haiglates kokku.</p>



Päevakirurgia osakaal kubemesonga operatsioonidel

Päevakirurgia osakaal kubemesonga operatsioonidel

Haiglaliik	Haigla	2017.a plaanilised kubemesonga operatsioonid, arv	2017.a päevakirurgias teostatud plaanilised kubemesonga operatsioonid, arv	2017.a päevakirurgias teostatud plaanilised kubemesonga operatsioonid, osakaal	95% usaldusvahemik
Piirkondlikud	Põhja-Eesti Regionaalhaigla	207	176	85 %	80–89 %
	Tallinna Lastehaigla	19	9	47 %	27–68 %
	Tartu Ülikooli Kliinikum	213	103	48 %	42–55 %
	piirkH	439	288	66%	61–70%
Keskhaiglad	Ida-Tallinna Keskhaigla	241	172	71 %	65–77 %
	Lääne-Tallinna Keskhaigla	250	118	47 %	31–49 %
	Ida-Viru Keskhaigla	121	86	71 %	62–79 %
	Pärnu Haigla	136	63	46 %	38–55 %
	keskH	748	439	59%	55–62%
Üldhaiglad	Hiiumaa Haigla	5	0	0 %	0–54 %
	Jõgeva Haigla	23	0	0 %	0–18 %
	Järvamaa Haigla	60	7	12 %	5–23 %
	Kuressaare Haigla	36	2	6 %	1–20 %
	Lõuna-Eesti Haigla	57	34	60 %	46–72 %
	Läänemaa Haigla	22	6	27 %	12–50 %
	Põlva Haigla	26	24	92 %	73–99 %
	Narva Haigla	53	21	40 %	27–54 %
	Rakvere Haigla	49	3	6 %	2–17 %
	Raplamaa Haigla	22	8	36 %	20–57 %
	Valga Haigla	40	40	100 %	89–100 %
	Viljandi Haigla	76	51	67 %	55–77 %
	üldH	469	196	42%	37–46%
Kokku:		1656	923	56%	53–58%

Kirurgia indikaator: Jala amputatsioon 30 päeva pärast verevoolu taastamise protseduuri

Sissejuhatus. Verevoolu hääbumine jalgas arteriseina kahjustuse tõttu on individuaalne ning ajas dünaamiliselt kulgev protsess, mis algab kroonilisest klaudikatsioonivaevusest ja võib lõppeda pöördumatu isheemilise koekahjustusega, mille raviks on sageli amputatsioon. Eestis tehti aastatel 2016–2017 erinevates haiglates kokku u. 900–1000 verevoolu kirurgilise taastamise protseduuri ning amputeeritud on jalg varases arterioperatsioonijärgses perioodis (30 p.) 2–5 % juhul.

Tulemuste interpretatsioon. Kui verevool isheemia all kannatavasse basseini on kirurgiliselt adekvaatselt taastatud on amputatsioon välditav. Seepärast alustas EHK initsiatiivil loodud Ravikvaliteedi Indikaatorite Nõukoda (RIN) Eestis arutelu esimese ravikvaliteedi indikaatori väljatoomiseks: kui paljudel juhtudel on verevoolu kirurgiline taastamine suutnud isheemilist jalgamputatsioonist päästa? Selle indikaatori alusel püütakse välja selgitada edukat kirurgilist ja/või endovaskulaarset ravi läbiviiv kirurg, interventsionaalne radioloog, haigla.

Nagu teisteski maades, nii ka Eestis, pöördui esmalt veresoontekirurgide seltside (2) poole palvega sõnastada analüüsi algatamiseks vähemalt üks ravi edukuse indikaator. Aga mõlemad seltsid loobusid. Arvestades isheemilisele protsessile toimivaid individuaalseid mõjutegureid ja haiguse erinevaid faase s.o kas kroonilises või kriitilises isheemia faasis - on nende otsus mõistetav. Nende sooviks oli luua, pealiskaudse indikaatori asemel, veresoonekirurgiliste protseduuride Eesti Register-andmebaas. Ravi edukuse indikaator on vaja fikseerida sõltuvalt sellest, millises isheemilise jala haiguse alarühmas uuritav asub. Ja seda palju detailsemalt ja viisil, kus tuuakse eraldi välja ravitulemused nii avatud kirurgilise, endovaskulaarse kui hübriidse ravimeetodi puhul.

Millist analüüsi võimaldab EHK raviarvete andmebaas: EHK poolt kogutud andmed raviarvetelt ja RIN poolt esitletud antud indikaator võimaldab kajastada vaid kirurgilise ravi edukust haigetel, kel krooniline isheemia ehk klaudikatsioon (PAD). Rahvusvahelises arutelus see indikaator „osaleda“ ei saaks, kuna pole selge, milline on ravitulemus haigete puhul, kelle jalg oli kriitilise isheemia (CLI) staadiumis. Samuti ei anna see indikaator teavet, millise arterisegmendi kahjustusega oli tegemist (aorto-ilikaalne, infrainguinaalne, põlveülene, sääre distaalne jne) ja milline on kirurgiaravi tulemus.

Limitatsioonid. 1. Edaspidi tuleks Eestis käsitleda positiivse struktuuriindikaatorina olukorda, kus kirurgia osakonnas olev isheemilise jalaga haige on klassifitseeritud (näiteks Fontaine) haiguse raskuse alusel täpsemasse alarühma – kas kroonilisse (PAD) või kriitilisse isheemiasse (CLI) ja E-tervisesse oleks selles alarühmas olemine statistiliselt töödeldavana sisestatud.

2. E-tervisesse sisestatu peaks kajastama nii avatud kirurgilise kui endovaskulaarse ravi tulemusi.

3. Veresoontekirurgiaga tegelevad haiglad peaksid saama E-tervisesse sisestada haige ka vastavalt tema TASC II klassi(fikatsiooni)le, mis näitab millises arterisegmendis (aorto-ilikaalses, infraingvinaalses jne) oli kahjustus enne raviprotseduuri algust ja milliseks kujunes ravitulemus.

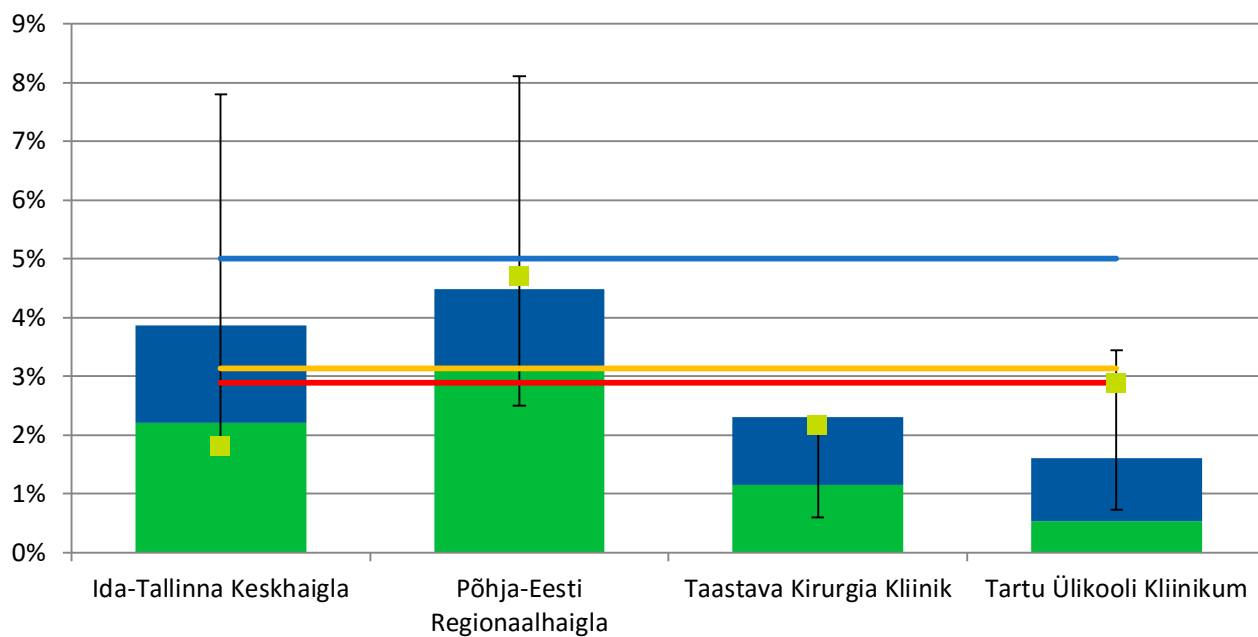
Kokkuvõte. Eesti jaoks loodavate veresoontekirurgilise ravi edukuse indikaatorite esitlejad peaksid jooksvalt jälgima rahvusvahelist debatti, sest alles hiljuti püstitõdedeks saanud tulemusi juba revideeritakse laekuvate uute andmete valgusel. Kui haiged on koondatud homoloogsete tunnuste alusel erinevatesse ravigruppidesse, on raviedukuse üle otsustamine ka meil Eestis objektiivsem ja raviedukuse indikaatoriks esitamine põhjendatum.

Koostaja:

Tiit Meren MD, PhD, FESVS ja RIN kirurgilise eriala asendusliige

**KIRURGIA INDIKAATOR: JALA AMPUTATSIOON 30 PÄEVA PÄRAST VEREVOOLU TAASTAMISE PROTSE-
DUURI**

Nimetus	Jäseme infraginaalse arteriaalse amputatsiooni osakaal 30 rekonstruktsioonijärgse päeva jooksul.
Andmed	<p><u>Periood:</u> arve algus 01.01.–31.12.2017 <u>Ravitüüp:</u> statsionaarne <u>Põhidiagnoos:</u> RHK I70.2, I72.4, I74.3 <u>Vanus:</u> kõik vanusegrupid</p> <p>Raviarvel on operatsiooni (revaskularisatsioon) koodid (PEH 10, PEH 11, PEH 12, PEH 20, PEH 30, PFA10, 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 Revaskulariseeritud alajäseme amputatsioon (NFQ 19, NGQ 19) Amputatsiooni kuupäev Revaskularisatsiooni kuupäevast amputatsiooni kuupäevani kuni 30 päeva (≤ 30 päev).</p> <p>Eesmärk: 5%</p> <p>Indikaatori täpsem kirjeldus on kättesaadav haigekassa kodulehel</p>
Selgitus	<p>Alajäsemete arteriaalse revaskularisatsioonijärgse jäseme amputatsioonide esinemissagedus 30 päeva jooksul pärast esmast operatsiooni.</p> <p>Joonisel on esitatud alajäseme arteriaalse revaskularisatsioonijärgse sama jäseme amputatsioonide esinemissagedus (koos usaldusvahemikega) 30 päeva jooksul pärast esmast verevoolu taastavat protseduuri haiglate ja haiglaliikide lõikes ning HVA haiglates kokku.</p>



■ 2017.a NGQ19 (sääre) amputatsioonid 30 päeva pärast verevoolu taastamise protseduuri, osakaal
■ 2017.a NFQ19 (reie) amputatsiooni ravijuhud 30 päeva pärast verevoolu taastamise protseduuri, osakaal
■ 2016.a amputatsiooni ravijuhud 30p peale verevoolu taastamise protseduuri kokku, osakaal
— 2016 HVA keskmine
— 2017 HVA keskmine
— Eesmärk <math><5\%</math>

Alajäseme arteriaalse revaskularisatsioonijärgse sama jäseme amputatsioonide esinemissagedus 30 päeva jooksul pärast verevoolu taastavat protseduuri

Alajäseme arteriaalse revaskularisatsioonijärgse sama jäseme amputatsioonide esinemissagedus 30 päeva jooksul pärast verevoolu taastavat protseduuri

Haigla	2017.a verevoolu taastamise protseduurid, arv	2017.a amputatsioonid 30 päeva pärast verevoolu taastamise protseduuri, kokku arv	2017.a amputatsioonid 30 päeva pärast verevoolu taastamise protseduuri, kokku osakaal	95% usaldusvahemik
Ida-Tallinna Keskhaigla	181	7	4%	2–8%
Põhja-Eesti Regionaalhaigla	223	10	4%	3–8%
Taastava Kirurgia Kliinik	87	2	2%	1–2%
Tartu Ülikooli Kliinikum	374	6	2%	1–3%
Kokku:	865	25	3%	2–4%

Haigla	2017. a NFQ19 amputatsioonid 30 päeva pärast	2017.a amputatsioonid 30 päeva pärast verevoolu taastamise protseduuri, kokku arv	2017.a amputatsioonid 30 päeva pärast verevoolu taastamise protseduuri, kokku osakaal	95% usaldusvahemik
Ida-Tallinna Keskhaigla	4	2%	3	2%
Põhja-Eesti Regionaalhaigla	7	3%	3	1%
Taastava Kirurgia Kliinik	1	1%	1	1%
Tartu Ülikooli Kliinikum	2	1%	4	1%
Kokku:	14	2%	11	1%

Intensiivravi indikaator: Intensiivravijärgne 12 kuu elulemus

Sissejuhatus. Intensiivravi tulemust peegeldavate näitajatena kasutatakse sageli haigla-, 30 päeva, 6 kuu ja 12 kuu elulemuse analüüsi. Intensiivravi kaugtulemusi iseloomustav 12 kuu elulemus on erinevate uuringute andmetel 70–75 % (1,2,3). Seda mõjutavad faktorid on haigete vanus, kaasuvad haigused, seisundi raskus intensiivravi alustamisel ning intensiivravisse taashospitaliseerimise vajadus. Intensiivravi läbi teinud patsiendid pöörduvad harva haiglast otse koju, nende elukvaliteet on kogupopulatsioonist oluliselt halvem (2,3,4).

Käesolev analüüs põhineb haigekassa raviarvete andmebaasil. Esialguses valimis olid üle 18aastased patsiendid, kes said 2016. aasta jooksul vähemalt ühel päeval intensiivravi (raviarvel kajastusid teenuse koodid, mis tähistavad I, II, III ja IIIa astme intensiivravi voodipäeva). Rahvusvaheliseks võrdluseks vaadeldi alamanalüüsis patsiente, kes said kõrgema, s.o III ja IIIa astme intensiivravi, mida reeglina viiakse läbi eraldiseisvates intensiivravi osakondades.

Tulemuste interpretatsioon. Valim peegeldab adekvaatselt intensiivravi töömahtu Eesti haiglates. 2015. aastaga võrreldes olulisi nihkeid ei ole. Koguvalimis (25 645 patsienti) oli intensiivravi järgne 12 kuu elulemus 78 % (77,9–78,9 %), seega kõrgem, kui indikaatori eesmärgväärtus (70 %). Regionaal- ja keskhaiglates, kus ravitakse vastavalt 58,2 % ja 31,5 % intensiivravi vajanud patsientidest, olid tulemused sisuliselt võrdselt head. Erandiks oli madalam elulemus Pärnu Haiglas (58 %) ja Ida-Viru Keskhaiglas (64 %). Üldhaiglate elulemusnäitaja 65 % (63,1–66,8 %) oli madalam kõrgema astme haiglatest. Võrreldes 2015. aasta tulemustega langes 12 kuu elulemus oluliselt Pärnu Haiglas.

Kõrgema astme intensiivravi elulemus oli Eestis 67 % (66,2–68,5 %), ehk sama, mis aasta varem. Piirkondlikes haiglates, kus ravitakse 70 % III ja IIIa astme intensiivravi saanud patsientidest, oli 1 aasta elulemus kõrgem kui indikaatori seatud eesmärk, samas oli nii kesk- kui üldhaiglates ravi saanud patsientide elulemus madalam. Pärnu, Narva ja Ida-Viru Keskhaigla tulemused vajavad sügavamalt analüüsi, kui võimaldab see üks indikaator.

Limitatsioonid. 12 kuu elulemus ei võta arvesse haigete vanust, kaasuvaid haigusi ega seisundi raskust intensiivravis hospitaliseerimisel. Valimis ei sisaldunud ravikindlustuseta isikute ravitulemused.

Kokkuvõte. Intensiivravi 12 kuu elulemus on Eestis enam-vähem sarnane rahvusvahelise tasemega. Olulisi nihkeid kahe aasta võrdluses ei ole. Piirkondlike haiglate tulemused olid mõnevõrra paremad kui kesk- ja üldhaiglates. Täpsemaks hindamiseks on vajalik standardiseeritud suremuskordaja analüüs, mis võtab arvesse haige vanuse, kaasuvad haigused ja seisundi raskuse intensiivravis hospitaliseerimisel. Samuti on oluline vaadelda intensiivravis taashospitaliseerimist, hospitaalinfektsioonide esinemist ning hilisemat elukvaliteeti.

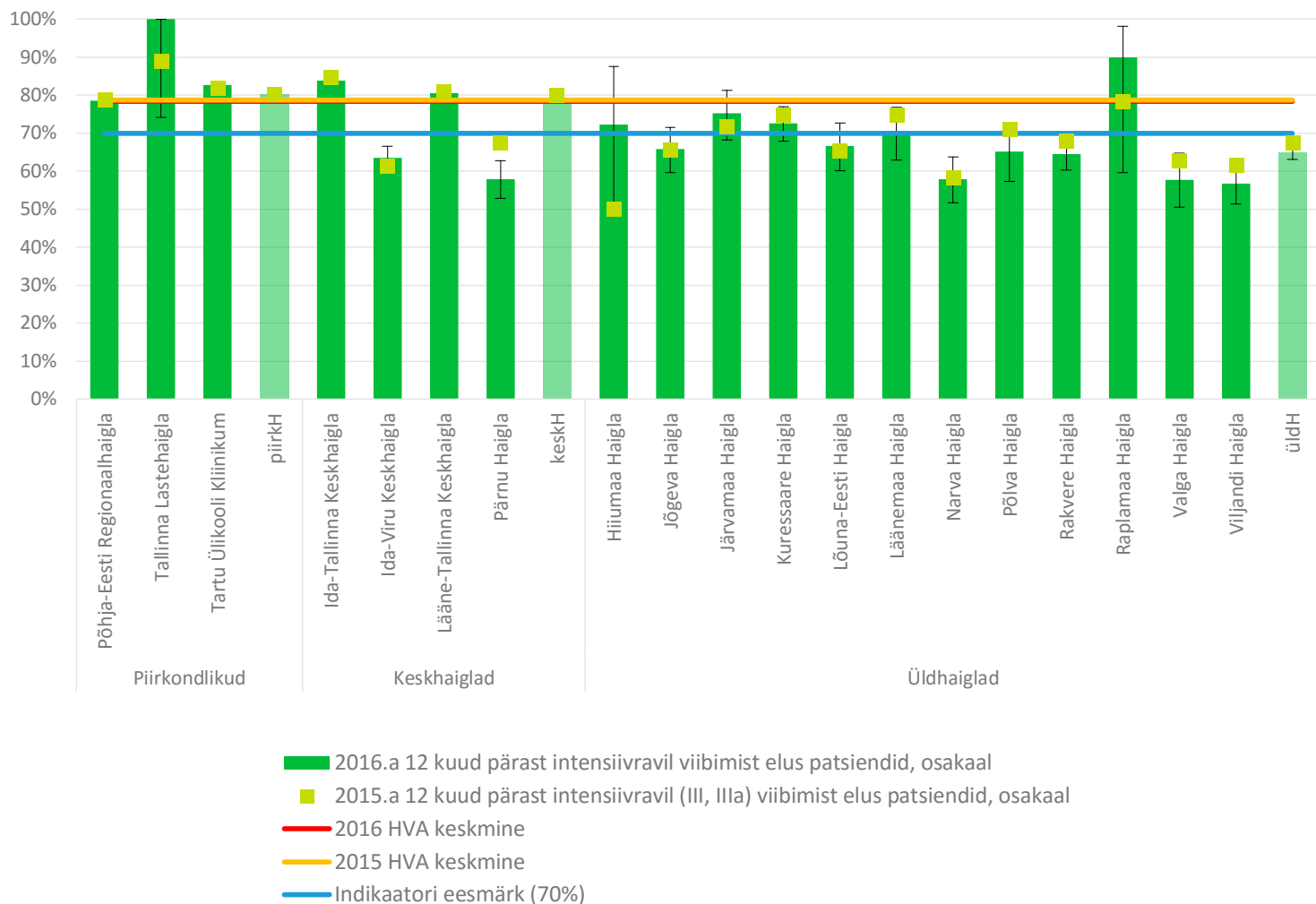
Koostaja
Kadri Tamme, SA TÜK, anestezioloogia ja intensiivravi kliinik vanemarst-õppejõud
anestezioloogia erialal

Kirjandus

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;pii: 0885066616658230.
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; 15:142 doi: 10.1186/s12871-015-0121-x.
3. Hill AD, Fowler RA, Pinto R et al. Long-term outcomes and healthcare utilization following critical illness – a population-based study. *Critical Care* 2016;doi 10.1186/s13054-016-1248-y.
4. 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.

INTENSIIVRAVI INDIKAATOR: INTENSIIVRAVIL OLNUD HAIGETE 12 KUU ELULEMUS

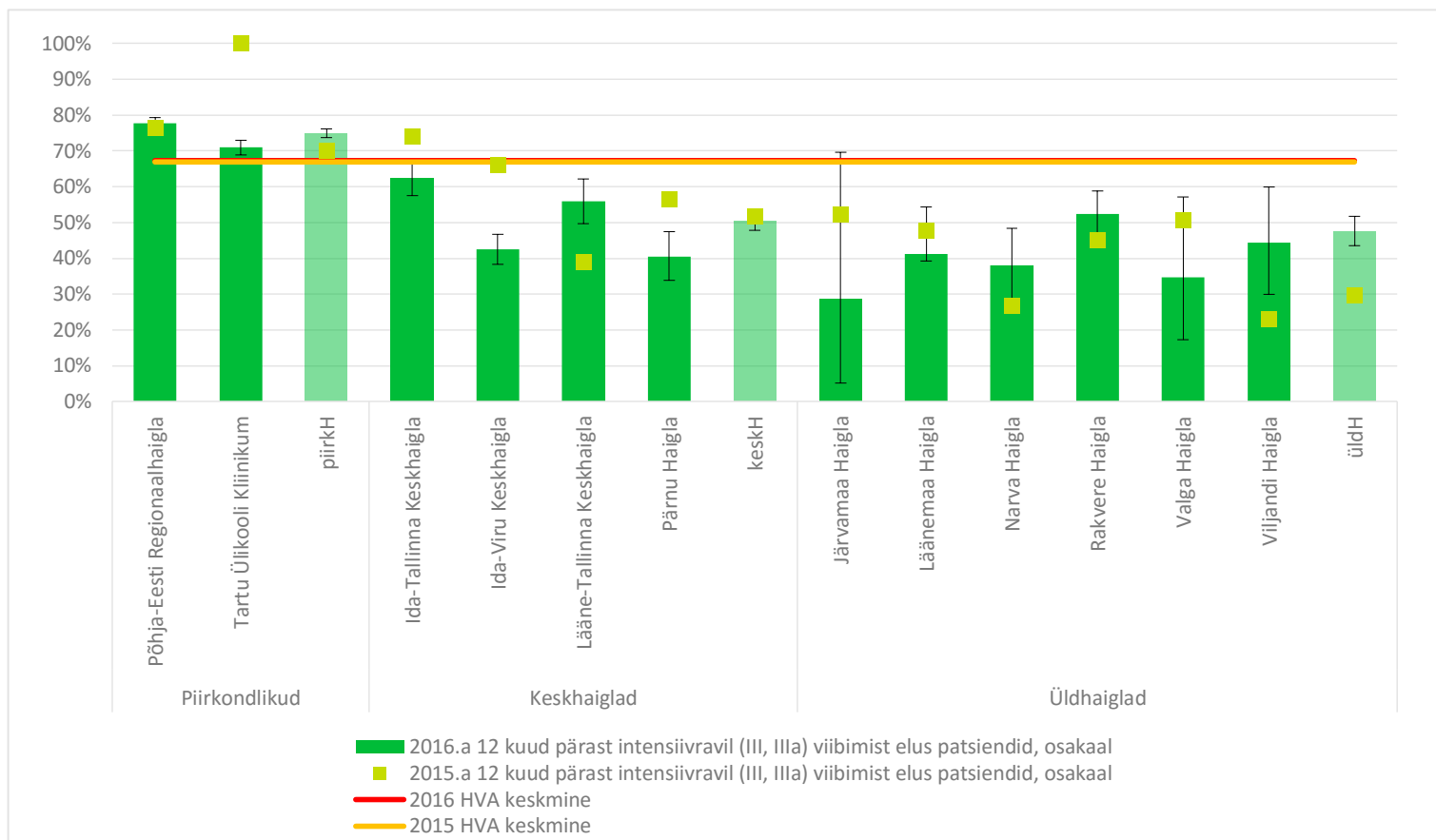
Nimetus	Intensiivravijärgne 12 kuu elulemus.
Andmed	<p>Period: arve algus 01.01.–31.12.2016</p> <p>Intensiivravi teenuse koodid: 2044, 2045, 2046, 2059</p> <p>Vanus: ≥19</p> <p>Kalendriaasta jooksul intensiivravi osakonnas ravitud patsientide arv (arvesse võetud individuaalse isiku perioodi viimast raviarvet). 12 kuu pärast elus olevad patsiendid, keda on ravitud analüüsis esitatud haiglas. 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 elus olevate patsientide osakaal.</p> <p>Joonisel 1 on esitatud intensiivravijärgse 12 kuu elulemus (koos usaldusvahemikega) haiglate ja haiglaliikide lõikes ning HVA haiglates kokku.</p> <p>Joonisel 2 on esitatud kõrgema astme (III ja IIIa astme) intensiivravijärgse 12 kuu elulemus (koos usaldusvahemikega) haiglate ja haiglaliikide lõikes ning HVA haiglates kokku</p>



Joonis 1. 12 kuud pärast intensiivravisse hospitaliseerimist elus olevad patsiendid

12 kuud pärast intensiivravisse hospitaliseerimist elus olevad patsiendid

Haiglaliik	Haigla	2016.a intensiivravil viibinud patsiendid, arv	2016.a 12 kuud pärast intensiivravil viibimist elus patsiendid, arv	2016.a 12 kuud pärast intensiivravil viibimist elus patsiendid, osakaal	95% usaldusvahemik
Piirkondlikud	Põhja-Eesti Regionaalhaigla	8576	6732	78 %	78–79 %
	Tallinna Lastehaigla	11	11	100 %	68–100 %
	Tartu Ülikooli Kliinikum	6350	5245	83 %	82–84 %
	piirkH	14 937	11 988	80%	80–81%
Keskhaiglad	Ida-Tallinna Keskhaigla	4338	3640	84 %	83–85 %
	Ida-Viru Keskhaigla	938	596	64 %	60–67 %
	Lääne-Tallinna Keskhaigla	2425	1951	80 %	79–82 %
	Pärnu Haigla	380	220	58 %	53–63 %
	keskH	8081	6407	79%	78–80%
Üldhaiglad	Hiiumaa Haigla	18	13	72 %	46–89 %
	Jõgeva Haigla	243	160	66 %	60–72 %
	Järvamaa Haigla	162	122	75 %	68–82 %
	Kuressaare Haigla	355	258	73 %	68–77 %
	Lõuna-Eesti Haigla	216	144	67 %	60–73 %
	Läänemaa Haigla	162	114	70 %	63–77 %
	Narva Haigla	254	147	58 %	52–64 %
	Põlva Haigla	152	99	65 %	57–73 %
	Rakvere Haigla	529	341	64 %	60–69 %
	Raplamaa Haigla	10	9	90 %	60–98 %
	Valga Haigla	180	104	58 %	50–65 %
	Viljandi Haigla	346	196	57 %	51–62 %
	üldH	2627	1707	65%	63–67%
Kokku:		25 645	20 102	78%	78–79%



Joonis 2. Kõrgema astme (III ja IIIa astme) intensiivravi järgne 12 kuu elulemus

Kõrgema astme (III ja IIIa astme) intensiivravijärgne 12 kuu elulemus

Haiglaliik	Haigla	2016.a intensiivravil (III,IIIa) viibinud patsiendid, arv	2016.a 12 kuud pärast intensiivravil (III, IIIa) viibimist elus patsiendid, arv	2016.a 12 kuud pärast intensiivravil (III, IIIa) viibimist elus patsiendid, osakaal	95% usaldusvahemik
Piirkondlikud	Põhja-Eesti Regionaalhaigla	2714	2112	78 %	76–79 %
	Tartu Ülikooli Kliinikum	1934	1372	71 %	69–73 %
	piirkH	4648	3484	75%	74–76%
Keskhaiglad	Ida-Tallinna Keskhaigla	408	254	62 %	58–67 %
	Ida-Viru Keskhaigla	525	223	42 %	38–47 %
	Lääne-Tallinna Keskhaigla	236	132	56 %	50–62 %
	Pärnu Haigla	200	81	41 %	34–47 %
	keskH	1369	690	50%	48–53%
Üldhaiglad	Järvamaa Haigla	7	2	29 %	5–70 %
	Kuressaare Haigla	62	33	53 %	40–66 %
	Lõuna-Eesti Haigla	74	40	54 %	42–66 %
	Läänemaa Haigla	63	26	41 %	39–54 %
	Narva Haigla	100	38	38 %	29–48 %
	Rakvere Haigla	239	125	52 %	46–59 %
	Valga Haigla	23	8	35 %	17–57 %
	Viljandi Haigla	45	20	44 %	30–60 %
	üldH	613	292	48%	44–52%
Kokku:	6630	4466	67%	66–69%	

Rinnavähi indikaator: Invasiivse rinnavähiga patsientide osakaal, kes on saanud postoperatiivset kiiritusravi rinnanäärmele peale rinda säilitavat operatsiooni.

Sissejuhatus. Kaugmetastaasideta (M0) invasiivse rinnavähiga patsientide osakaal, kes on saanud postoperatiivset väliskiiritusravi rinnanäärmele peale rinda säilitavat operatsiooni. Randomiseeritud uuringute alusel vähendab postoperatiivne kiiritusravi lokaalretsidiivide teket ja seeläbi pikendab üldist elulemust.

Erinevate tõendus põhiste uuringute alusel **kõikidest** esmaselt diagnoositud rinnakasvajatega patsientidest 66–83 % peaks saama kiiritusravi (1).

Erinevates kvaliteediindikaatorite analüüsides (2,3) jääb **invasiivse** rinnavähiga patsientide, kellel on tehtud rinda säästev operatsioon, postoperatiivse kiirituse osakaal 86,3–90 % vahele, mis on pisut kõrgem kui meie patsientidel (84 %).

Lähtudes NCCN ravijuhiste (4) infost, on teada, et vanematel (üle 70aastastel) patsientidel soodsate prognostiliste faktorite korral (östrogeenretseptor positiivsed, alla 2cm kasvaja, kliiniliselt teadaolevalt lümfisõlmedesse mittelevinud nn. soodne prognostiline grupp), kes hakkavad saama hormoonravi, postoperatiivne kiiritusravi teadaolevalt retsidiivivaba ja üldist elulemust ei pikenda (Early Breast Cancer Collaborative Group, EBCTCG). Teisisõnu, postoperatiivset kiiritusravi saavate patsientide elulemus on sama, mis ainult hormoonravi saavatel patsientidel. Selle tõendus põhise alusel soovitatakse tõsiselt kaaluda antud grupi patsientide kiiritusravi vajadust, mis mõjutab üldist kiiritusravi saanud patsientide määra.

Võrdlus. Kiiritusravi saavate patsientide osakaal langes võrreldes 2015. aastaga, osalt patsientide parema selekteerimine tõttu (üle 70aastaste osas) ja osalt tingituna patsientide keeldumisest erinevatel põhjustel. Kuna adjuvantse kiiritusravi ajafaktorina on arvestatud kuni 10 kuud operatsioonist, siis ilmselt on ka üksikuid patsiente, kes sinna ajavahemikku ei jõua seoses enamate keemiaravi kuuride kestvusega.

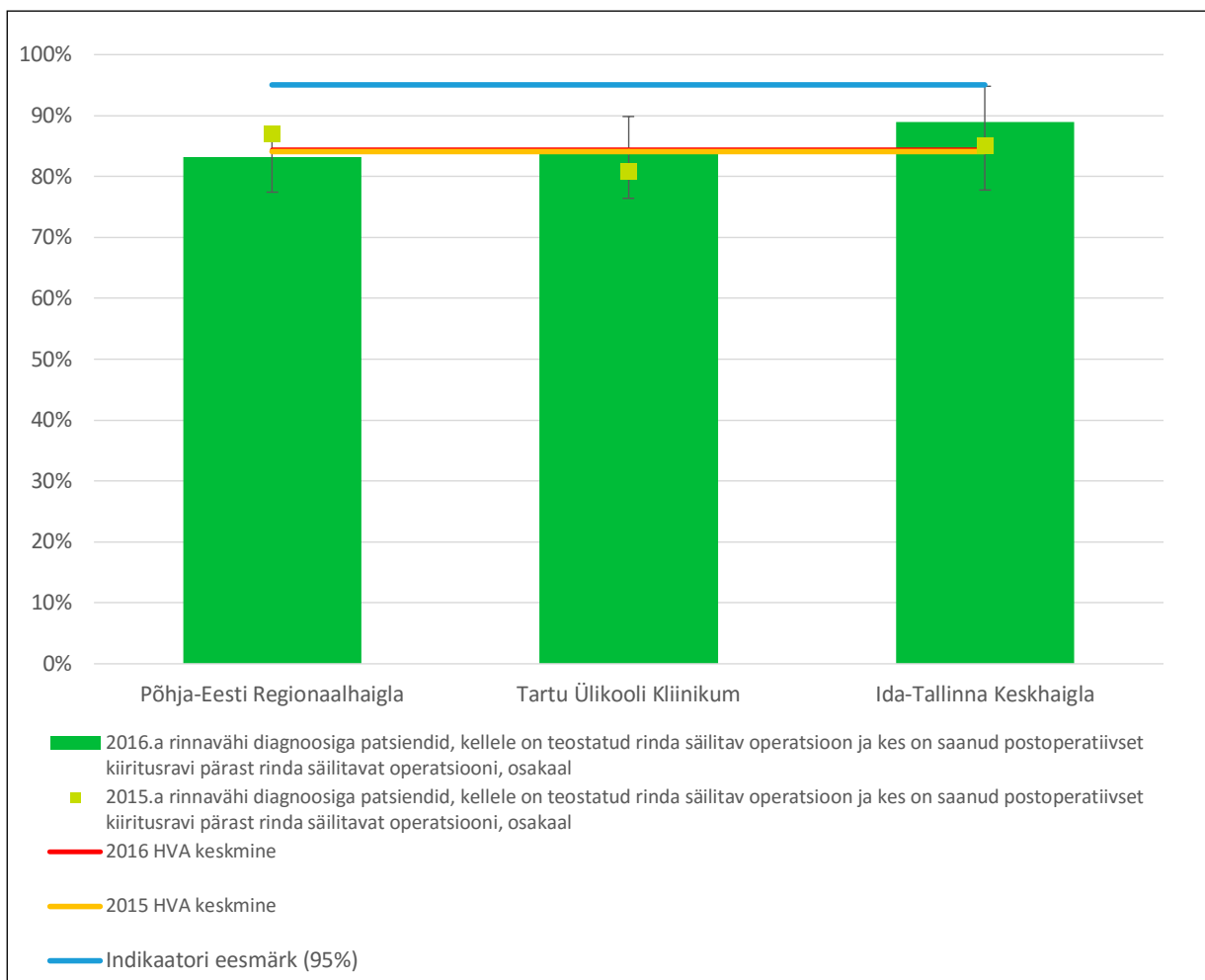
Koostaja
Rena Tiigi, PERH vanemarst-onkoloog

Kirjandus

1. Best L, de Metz C, Olivotto IA, Roy I, Whelan T, Arsenault J, Brundage M. Radiation therapy quality indicators for invasive breast cancer. *Radiotherapy and Oncology* 2017;123:288–293. doi: 10.1016/j.radonc.2017.03.022.
2. EUSOMA
3. Belgia Health Care Knowledge Center 2010
4. National Comprehensive Cancer Network Guidelines

RINNAVÄHI INDIKAATOR: INVASIIVSE RINNAVÄHIGA PATSIENTIDE OSAKAAL, KES ON SAANUD POST-OPERATIIVSET KIIRITUSRAVI RINNANÄÄRMELE PÄRAST RINDA SÄILITAVAT OPERATSIOONI

Nimetus	Invasiivse rinnavähiga patsientide osakaal, kes on saanud postoperatiivset kiiritusravi rinnanäärmele peale rinda säilitavat operatsiooni.
Andmed	<p>Periood: vahemikus 01.01.–31.12.2016 opereeritud patsiendid</p> <p>Ravitüüp: statsionaarne</p> <p>Põhidiagnoos: RHK10 koodid C50–C50.9</p> <p>Kõik rinnavähi diagnoosiga patsiendid, kellele on teostatud rinda säilitav operatsioon (kõik HAB koodid - HAB00, HAB10, HAB20, HAB30, HAB40, HAB99)</p> <p>Rinnavähi diagnoosiga patsientide osakaal, kes on saanud adjuvantset rinna kiiritusravi RHK10 C50–C50.9 kood ja Z51.0 kombinatsioonis (kuni 10 kuud peale operatsiooni- kiiritusravi raviarve algus kuni 31.10.2017).</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.</p> <p>Joonisel on esitatud invasiivse rinnavähiga patsientide osakaal (koos usaldusvahemikega), kes on saanud postoperatiivset kiiritusravi rinnanäärmele pärast rinda säilitavat operatsiooni haiglate ja haiglatiikide lõikes ning HVA haiglates kokku.</p>



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

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

Haiglaliik	Haigla	2016.a rinnavähiga patsiendid, kellele on teostatud rinda säilitav operatsioon	2016.a rinnavähiga patsiendid, kes on saanud postoperatiivset kiiritusravi pärast rinda säilitavat operatsiooni, arv	2016.a rinnavähi diagnoosiga patsiendid, kellele on teostatud rinda säilitav operatsioon ja kes on saanud postoperatiivset kiiritusravi pärast rinda säilitavat operatsiooni, osakaal	95% usaldusvahemik
Piirkondlikud	Põhja-Eesti Regionaalhaigla	202	168	83 %	77–88 %
	Tartu Ülikooli Kliinikum	114	96	84 %	76–90 %
	piirkH	316	264	84%	79–87%
Keskhaiglad	Ida-Tallinna Keskhaigla	54	48	89 %	78–95 %
	keskH	54	48	89%	78–95%
Kokku:		370	312	84%	80–88%

Kolorektaalvähi indikaator: Kolorektaalvähi diagnoosiga opereeritud patsientide postoperatiivne 30 päeva suremus

Sissejuhatus. Kolorektaalvähi tõttu opereeritud patsientide postoperatiivne 30-päeva suremus on klassikaline indikaator kirjeldamiseks kirurgilise ravi kvaliteeti. Indikaator määratleb 30 päeva jooksul peale operatsiooni surnud patsientide arvu kindlaksmääratud patsientide kontingendis. Indikaator võimaldab järjepidevalt hinnata kirurgilise ravi kvaliteeti nii ühe kindla raviasutuse, piirkonna, raviasutuste grupi (piirkondlikud, keskhaiglad, üldhaiglad) kui ka kogu riigi lõikes. Eristatakse erakorraliselt ja plaaniliselt opereeritud patsientide postoperatiivset 30-päeva suremust. Eestis kehtestatud aktsepteeritavad väärtused 30-päeva postoperatiivsele suremusele on vastavalt <15 % erakorraliste operatsioonide puhul ning <5 % plaaniliste operatsioonide puhul.

Indikaatorina on postoperatiivne 30-päeva suremus laialt kasutusel ka rahvusvahelises kirjanduses ning annab võimaluse asetada Eestis osutatava kirurgilise ravi kvaliteedi rahvusvahelisse perspektiivi. Indikaatori arvutuse aluseks võetakse kindlal ajavahemikul kolorektaalvähi diagnoosiga opereeritud patsiendid, kellel on eemaldatud radikaalselt kasvaja algkole. Indikaatori tulemus leitakse riikliku surmeregistri päringu põhjal samale patsientide Sellise lihtsustatud lähenemise puhul ei pruugi kõik leitud surmajuhtumid olla seotud otseselt teostatud operatsiooniga, kuid kuna ka rahvusvahelises võrdlusmaterjalil kasutatakse sarnast meetodikat, on võimaliku statistilise vea esinemine ebaolulise tähendusega.

Tulemuste interpretatsioon. 2017. aastal opereeriti Eesti haiglates 690 patsienti, kellel eemaldati kolorektaalvähi algkole, (2016. aastal vastavalt 643). Kahjuks ei võimalda meie haiglate operatsioonide registreerimine veel usaldusväärselt eristada erakorralisi ja plaanilisi operatsioone, mistõttu on võimalik välja tuua vaid koondnumber kõigi operatsioonide kohta.

Kogu Eesti 30-päeva postoperatiivne suremus nii 2016. kui 2017. aastal oli 3 %, mis on igati aktsepteeritav tulemus. Kuna 70 % kõigist kolorektaalvähi operatsioonidest teostatakse kahes Eesti piirkondlikus haiglas (PERH, TÜK), siis on nende haiglate ravitulemused (3 % nii PERH-s kui TÜK-s) indikaatori lõpptulemuse kujundamisel ka kõige olulisemad.

Keskhaiglates oli kolorektaalvähi diagnoosiga opereeritud patsientide 30-päeva postoperatiivne suremus 2017. aastal 5 %. Selgelt eristub Ida-Viru Keskhaigla, kus väikese lõikuste arvu juures (5), oli tegemist 60 % 30-päeva postoperatiivse suremusega (3 patsienti). Kindlasti oleks ennatlik teha järeldusi niivõrd väikese patsientide arvu puhul, kuid eelmainitud viie haigusjuhu detailsem uurimine selgitaks kindlasti täpsemalt sellise suremuse tagamaid (2016. aastal Ida-Viru Keskhaiglas opereeritud 7 kolorektaalvähi patsiendi 30-päeva suremus oli vastavalt 0 %).

Üldhaiglates opereeriti 2017. aastal kokku 16 patsienti, mis oli 2 % 2017. aastal opereeritud patsientide koguarvust (690), kellel eemaldati kolorektaalvähi algkole. Sarnaselt 2016. aastaga oli 30-päeva postoperatiivne suremus 0 %, mis näitab meie üldhaiglate võimekust hinnata adekvaatselt oma ressursse.

Rahvusvahelise kirjanduse andmetel on kolorektaalvähi patsientide postoperatiivne 30-päeva suremus 6,7 % (1) või eraldi käärsoole- ning pärasooleoperatsioonide järel tooduna vastavalt 6,9 % käärsoolevähi operatsioonide järgselt ja 5,3 % pärasoolevähi operatsioonide järgselt (2).

Nagu eelpool mainitud, puudub meil hetkel võimalus usaldusväärselt eristada erakorralisi kolorektaalvähi operatsioone plaanilistest. See seab teatud piirangud indikaatori tulemuste detailsemaks interpreteerimiseks.

Kokkuvõte. Kokkuvõtteks võib öelda, et Eestis opereeritud kolorektaalvähiga patsientide postoperatiivne 30-päeva suremus oli 2017. aastal indikaatori seatud ländendi (5–15 %) piirides. Kuigi opereeritud

patsientide arv võrreldes 2016. aastaga tõusis 7 % võrra, jäi suremus samale tasemele (3 %). Analüüsist joonistub selgelt välja kolorektaalvähiga patsientide operatsioonide kontsentreerumine piirkondlikesse ning suurtesse keskhaiglatesse, mis tagab korralikud institutsionaalsed operatsioonimahud ja aktsepteeritavad ravitulemused.

Tulevikus peame tagama ravikvaliteedi indikaatorite jätkuva usaldusväarsuse. See eeldab pidevat andmete kvaliteedi parandamist. Arvestades meie raviasutuste infotehnoloogiliste lahenduste maastiku heterogeensust, on see tõsine väljakutse. Seni pole püüdlused raviasutuste koostöö arendamiseks ühiste paikmepõhiste andmebaaside loomisel kahjuks vilja kandnud.

Koostaja

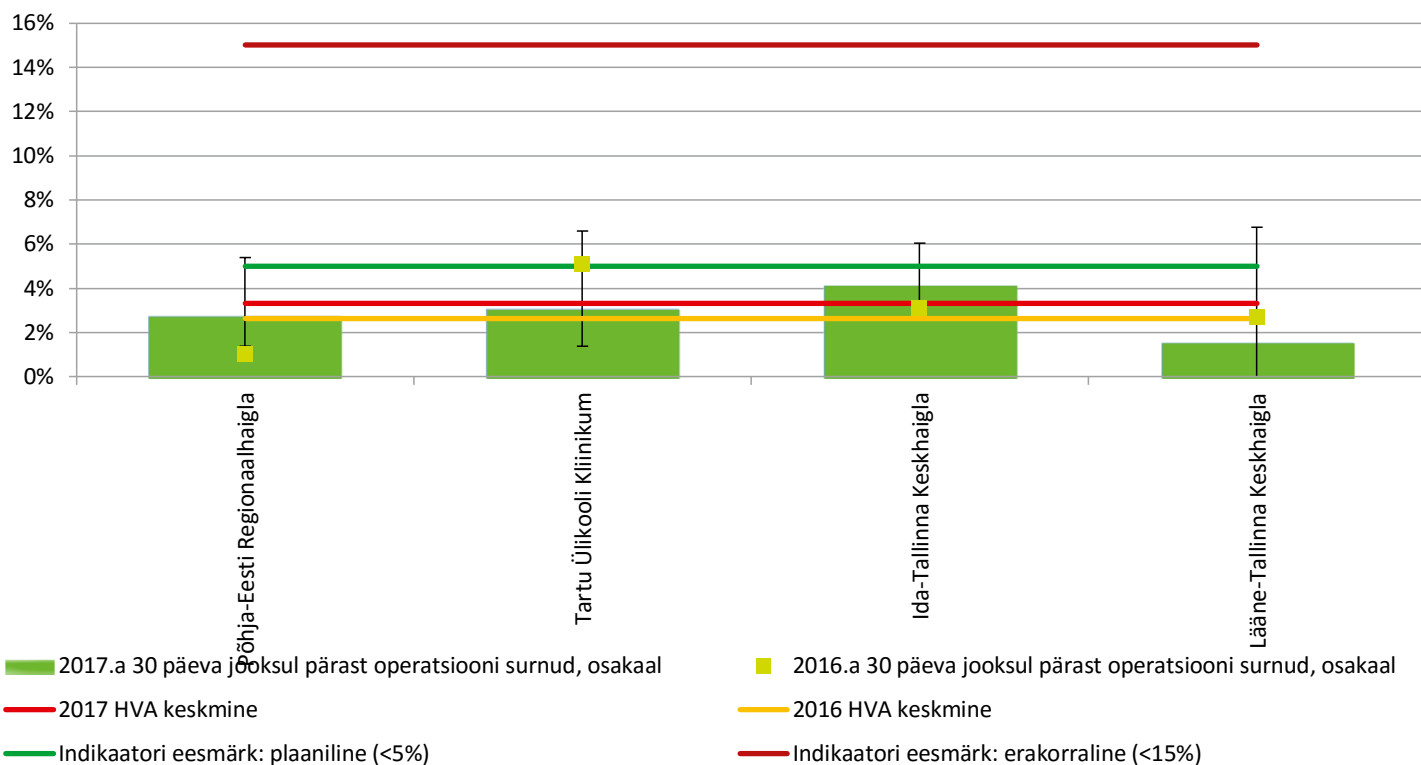
Indrek Seire, PERH Üld- ja onkokiurgia keskus üldkirurg-vanemarst

Kirjandus

1. Morris EJ, Taylor EF, Thomas JD et al. Thirty-day postoperative mortality after colorectal cancer surgery in England. *Gut* 2011;60:806–13.
2. van Eeghen EE, den Boer FC, Loffeld RJ. Thirty days post-operative mortality after surgery for colorectal cancer: a descriptive study. *J Gastrointest Oncol*. 2015;6: 613–617.

KOLOREKTAALVÄHI INDIKAATOR: KOLOREKTAALVÄHI DIAGNOOSIGA OPEREERITUD PATSIENTIDE POSTOPERATIIVNE 30 PÄEVA SUREMUS

Nimetus	Kolorektaalvähi diagnoosiga opereeritud patsientide postoperatiivne 30 päeva suremus.
Andmed	<p><u>Periood</u>: arve algus 01.01.–31.12.2017 <u>Ravitüüp</u>: statsionaarne <u>Põhidiagnoos</u>: C18–C20 Operatsiooni kuupäev. Operatsiooni koodid: 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) pärast kasvaja algkolde eemaldamist surnud patsientide arv. Korralise protseduuri kood on ZXD10, erakorralise protseduuri kood on ZXD00 (kui raviarvel on märgitud mõlemad koodid, arvestatakse kumbagi koodi omaette protseduurina). Surma kuupäev.</p> <p>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 on esitatud 30 päeva jooksul pärast operatsiooni surnud kolorektaalvähi diagnoosiga patsientide osakaal (koos usaldusvahemikega) haiglate ja haiglaliikide lõikes ning HVA haiglates kokku.</p>



30 päeva jooksul pärast operatsiooni surnud kolorektaalvähiga patsiendid

Haiglaaliik	Haigla	2017.a statsionaarsel ravil opereeritud patsiendid, arv	2017.a 30 päeva jooksul pärast operatsiooni surnud, arv	2017.a 30 päeva jooksul pärast operatsiooni surnud, osakaal	95% usaldusvahemik
Piirkondlikud	Põhja-Eesti Regionaalhaigla	289	8	3%	1–5%
	Tartu Ülikooli Kliinikum	195	6	3%	1–7%
	piirkH	484	14	3%	2–5%
Keskhaiglad	Ida-Tallinna Keskhaigla	121	5	4%	2–9%
	Lääne-Tallinna Keskhaigla	63	1	2%	0–9%
	Ida-Viru Keskhaigla	5	3	60%	23–88%
	Pärnu Haigla	1	0	0%	0–79%
	keskH	190	9	5%	3–9%
Üldhaiglad	Kuressaare Haigla	1	0	0%	0–79%
	Lõuna-Eesti Haigla	7	0	0%	0–35%
	Rakvere Haigla	2	0	0%	0–66%
	Valga Haigla	4	0	0%	0–66%
	Viljandi Haigla	2	0	0%	0–66%
	üldH	16	0	0%	0–19%
Kokku:		690	23	3%	2–5%

Eesnäärmevähi indikaator: radikaalse prostatektoomiaga seotud vereülekanne

Sissejuhatus. Radikaalne prostatektoomia on lokaalse eesnäärmevähi üks peamisi ravimeetodeid. Kirjandusest võib leida viiteid, et perioperatiivne vereülekanne onkoloogilise kirurgia puhul võib olla seotud haiguse hilisema kõrgema retsidiivumise, progressiooni ja madalama elulemusega. Lisaks viitab kõrgeenenud vereülekannete vajadus kaudsel ka madalamale kirurgilise tehnika kvaliteedile. Ainuüksi vereülekandega seotud infektsioonirisk ja vereülekandele kuluv rahaline ressurss peaks olema piisavad põhjused operatsiooniaegse verekaotuse ja sellega seoses ka vereülekande vajaduse vähendamiseks.

Antud indikaator näitab kui suur osa patsientidest, kellele on antud raviasutuses teostatud eesnäärme radikaalse eemaldamise operatsioon on vajanud kas operatsiooni ajal või postoperatiivselt haiglasoleku aja jooksul vereülekannet. Tulemus esitatakse protsendina -vereülekannet saanud patsientide osakaal kõikidest opereeritud haigetest. Välja on arvatud palliatiivset kirurgilist ravi saanud eesnäärmevähiga patsiendid näiteks “salvage” prostatektoomia, aga neid patsiente on ülimalt vähe. Jälgimisperiodiks oli 1.1.2017–31.12.2017. Andmed radikaalse operatsiooni kohta saadi kasutades NOMESCO koodi KEC10 ja KEC00 ning Eesti Haigekassa raviteenuste koodi 50318 ja 60303. Vereülekande toimumise hindamiseks võeti aluseks kood TTL 4002.

Tulemuste interpretatsioon. Andmete kogumine oli edukas ja küllaltki usaldusväärne. Haigekassa poolt tuvastatud patsientide arvud, kellele tehti radikaalse prostatektoomia operatsioon erinevad pisut haiglate enda poolt Eesti Uroloogide Seltsi aruande jaoks esitatuist, kuid erinevus on minimaalne ja suurusjärgud jäävad samaks. Erinevus olulist rolli tulemuste interpretatsioonile ei ole.

Radikaalset kirurgilist ravi on eesnäärmevähiga haigetele osutatud Eestis viies erinevas haiglas. Antud indikaator näitab selgelt, et suurema mahuga keskustes on konkreetsetes kontekstis tulemused paremad. Nii piirkondlikes kui keskhaiglates oli vereülekannet vajanud haigete osakaal 1–8 %, mis on aktsepteeritav ja kannatab ka võrdlust rahvusvahelisel tasandil. Rakvere haiglas suuremale osale opereeritud haigetest teostatud vereülekanne kindlasti aktsepteeritav ei ole. Põhjus vajab selgitamist. Tegemist võib olla kirurgilises tehnika eripäraga või vereülekande kaasaegsete näidustuste mitte järgimisega.

Limitatsioonid. Antud indikaatorit on õige hinnata komplekselt teiste eesnäärmevähi ravikvaliteedi indikaatoritega. Vereülekande vältimine on oluline, aga ei tohi olla peamine operatsiooniga saavutatav eesmärk. Antud tulemusi vaadates on edaspidi antud indikaatori puhul mõistlik võtta eesmärgiks alla 5 %. Hetkel eesmärk 0 % on ilmselgelt liiga idealistlik ja ei ole veel reaalne.

Kokkuvõte. Tegemist on esimese kvaliteediindikaatoriga Eestis, mis hindab eesnäärme vähiga patsientidele pakutava ravi kvaliteeti.

Indikaatori andmete avaldamine on ülioluline, et mitteaktsepteeritava tulemusega raviasutused saaksid reageerida olukorrale nõuetekohaselt enne kui tuleb pretensioone patsientide poolt, kes on saanud võrreldes ülejäänud keskustega madalama kvaliteediga ravi.

Samas ei tohi kindlasti üksikut indikaatorit üle tähtsustada, antud ravimeetodi puhul on samaväärselt oluline ka operatsioonipiiride positiivsuse osakaal, elukvaliteediga seotud kaugtulemused jne. Objektivsema pildi eesnäärmevähiga haigete ravikvaliteedist saame Eesti Haigekassalt lähiajal kui kokku on võetud ka ülejäänud nelja indikaatori tulemused.

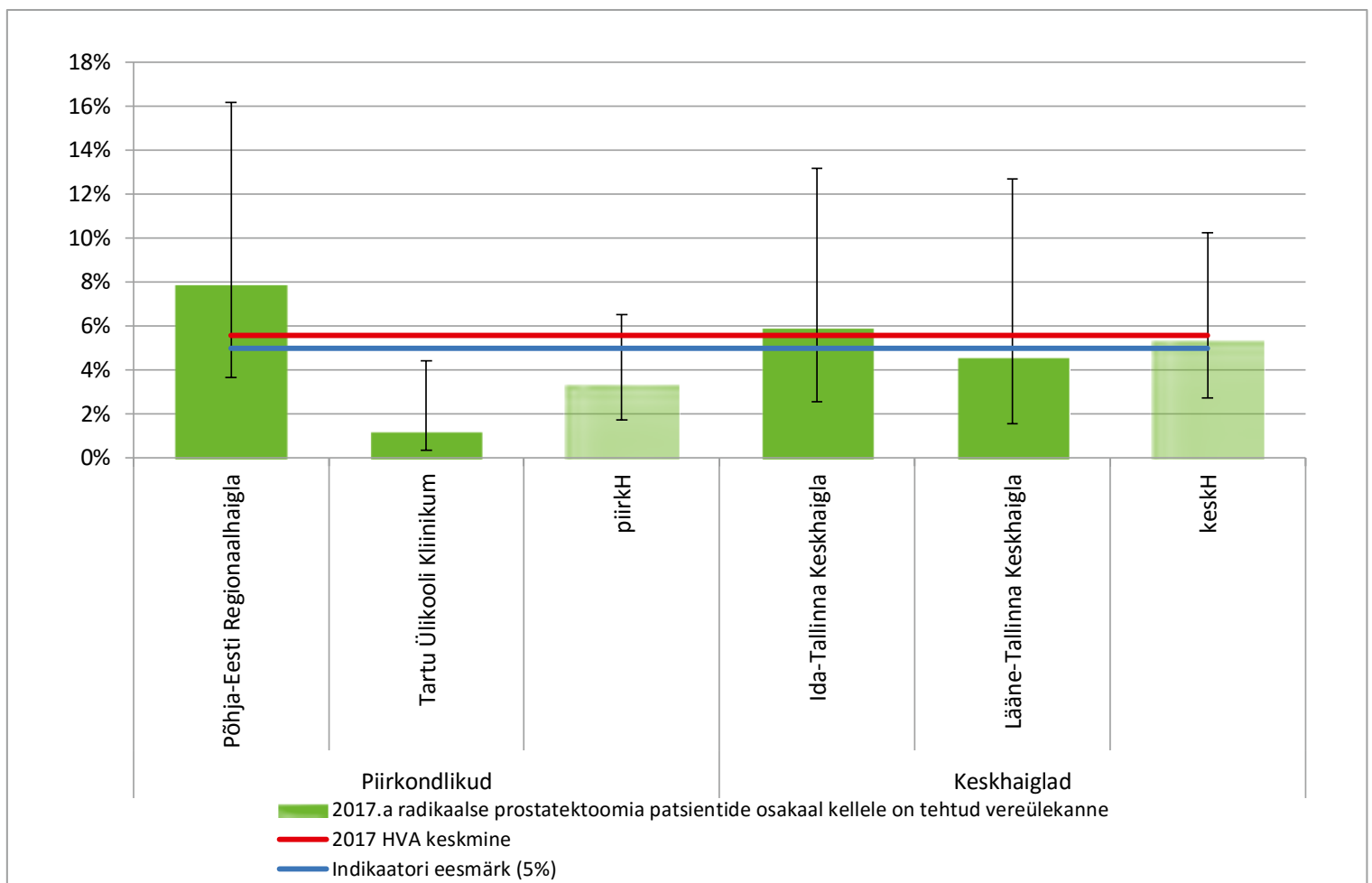
Koostaja
Andres Kotsar, SA Tartu Ülikooli Kliinikumi juhatuse liige, ravijuht

Kirjandus

1. Matulay JT, Wilson S et al. Perioperative blood transfusion and radical prostatectomy: analysis of the national surgical quality improvement program database. *J Urol, Suppl* 2016, 195, e85.
2. Kim JK, Kim HS et al. Perioperative blood transfusion as a significant predictor of biochemical recurrence and survival after radical prostatectomy in patients with prostate cancer. *PLoS ONE* 11(5):e0154918
3. Linder BJ, Frank I et al. The impact of perioperative blood transfusion on cancer recurrence and survival following radical cystectomy. *Eur Urol*, 2013, 63:839-845.“

EESNÄÄRMEVÄHI INDIKAATOR: RADIKAALSE PROSTATEKTOOMIAGA SEOTUD VEREÜLEKANNE

Nimetus	Vereülekannet saanud opereeritud patsientide osakaal kõigest opereeritud patsientidest.
Andmed	<p><u>Periood:</u> arve algus 01.01.–31.12.2017</p> <p><u>Ravitüüp:</u> statsionaarne</p> <p><u>Põhidiagnoos:</u> C61</p> <p><u>Operatsiooni kood:</u> NCSP KEC10, KEC00; TTL 50318, 60303</p> <p>Vereülekanne: TTL 4002</p> <p>Eesmärk: 5%</p> <p>Indikaatori täpsem kirjeldus on kättesaadav haigekassa kodulehel.</p>
Selgitus	<p>Indikaator kirjeldab radikaalse prostatektoomia operatsiooni läbinud patsientide osakaalu, kellele on tehtud vereülekanne.</p> <p>Joonisel on esitatud radikaalse prostatektoomia operatsiooni läbinud patsientide osakaal (koos usaldusvahemikega), kellele on tehtud vereülekanne haiglate ja haiglaliikide lõikes ning HVA haiglates kokku.</p>



Radikaalse prostatektoomia patsientide osakaal, kellele on tehtud vereülekanne

Radikaalse prostatektoomia patsientide osakaal, kellele on tehtud vereülekanne

Haiglaliik	Haigla	2017.a radikaalse prostatektoomia patsiendid, arv	2017.a radikaalse prostatektoomia patsiendid, kellele on tehtud vereülekanne	2017.a radikaalse prostatektoomia patsientide osakaal kellele on tehtud vereülekanne	95% usaldusvahemik
Piirkondlikud	Põhja-Eesti Regionaalhaigla	76	6	8 %	4–16 %
	Tartu Ülikooli Kliinikum	160	2	1 %	0–4 %
	piirkH	236	8	3%	2–7%
Keskhaiglad	Ida-Tallinna Keskhaigla	84	5	6 %	3–13 %
	Lääne-Tallinna Keskhaigla	65	3	5 %	2–13 %
	keskH	149	8	5%	3–10%
Üldhaiglad	Rakvere Haigla	9	6	67 %	35–88 %
	üldH	9	6	67%	35–88%
Kokku:		394	22	6%	4–8%

Neuroloogia indikaator: Ägeda insuldihaige 30 päeva suremus

Sissejuhatus. Insult on raske haigus, ligi 26 % patsientidest sureb esimese kuu jooksul (epidemioloogiline uuring Tartus 2001–2003). Letaalsus 30 päeva jooksul insuldi haigestumisest (varajane tulemusnäitaja) peegeldab lisaks insuldi raskusele ka insuldi käsitlust raviasutustes (eelkõige rekanaliseerivat ravi ja tüsistuste vältimist). Indikaatori abil on võimalik jälgida ajalisi trende riigis ning insuldi käsitlust erinevates raviasutustes.

Indikaator näitab insuldi haigestunud patsientide osakaalu, kelle haigus lõpeb letaalselt 30 päeva jooksul pärast ägedat haigestumist ja kes on viibinud erakorraliselt statsionaarsel ravil. Indikaatori eesmärk on <15 %. Arvesse lähevad isheemilise insuldi ja intratserebraalse hemorraagiaga patsiendid, kes on erakorraliselt hospitaliseeritud statsionaarsele ravile ja surnud 30 päeva jooksul (andmed Tervise Arengu Instituudi surmapõhjuste registrist).

Tulemuste interpretatsioon. 30 päeva letaalsus oli võrreldes eelmise perioodiga oluliste muutusteta (20 % 2016. a ja 19 % 2017. a). Insuldi alaliikide osas ei olnud samuti eelmise aastaga võrreldes märkimisväärseid erinevusi. Intratserebraalse hemorraagia letaalsus oli kõikides haiglates muutusetu. Isheemilise insuldi letaalsus oli mõnevõrra väiksem piirkondlikes haiglates, järgnesid kesk- ja üldhaiglad. Kesksaiglate osas oli suurem letaalsus väljaspool Tallinna asuvates kesksaiglates. Vaadeldes 30 päeva letaalsust aastate lõikes vanuserühmade järgi, oli näha suurem kõikumine intratserebraalse hemorraagia osas, mis oli tingitud väikesest juhtude arvust. Isheemilise insuldi letaalsus oli eelmise perioodiga võrreldes oluliste erinevusteta. Suurem letaalsusmäär üldhaiglates on ootuspärane, sest nendesse haiglatesse jäävad tõenäoliselt ravile varasemate kaasuvate haiguste ja halvema paranemisprognosiga patsiendid. Samas, arvestades võrdlemisi suurt patsientide arvu mitmetes üldhaiglates, on nende hulgas tõenäoliselt mitmeid, kes oleksid võinud olla ravil kesk- ja piirkondlike haiglate insuldiüksustes. Üldhaiglate osas toimunud muutused võrreldes eelneva perioodiga on juhuslikud, kuna juhtude arv on väike.

Otseseid rahvusvahelisi võrdlusandmeid on vähe, sest uuringute kavandid on erinevad. Ühe kuu letaalsus varieerub Euroopa raviasutustes 13–35 %. Samuti ei ole selge, kas analüüsi on kaasatud kõik kolm insuldi alaliiki (meie indikaatorite analüüsi ei ole kaasatud suure letaalsusega alaliik subarahnoidaalne hemorraagia). Taani kvaliteediindikaatori eesmärk on <15 %, millest Eesti tulemused jäävad maha.

Limitatsioonid. Erinevusi haiglate vahel on raske interpreteerida, sest raviarvete järgi ei ole võimalik arvesse võtta mitmeid tegureid (eelnev funktsionaalne võimekus, kaasuvad haigused, insuldi raskus), kuid trendid suuremates haiglates ja kõikide haiglate piires on usaldusväärsed. Arvesse ei ole küll võetud otseseid surmapõhjusi, kuid 30 päeva jooksul on tõenäoline, et surmapõhjus on seotud akuutse insuldiga.

Kokkuvõte. Võrreldes teiste Euroopa riikidega on insuldi letaalsusmäär Eestis keskmisel tasemel, kuid siiski suurem, kui seatud eesmärk. Letaalsuse vähenemisele aitaks kaasa suurem tähelepanu haiglasest tüsistuste vältimisele (ravi insuldikeskuses või -üksuses), primaarse preventsiiooni paranemine (tulemuseks kergemad insuldid), spetsiifiliste ravimeetodite (trombolüüsiravi ja trombektoomia) kättesaadavuse parandamine.

Koostaja

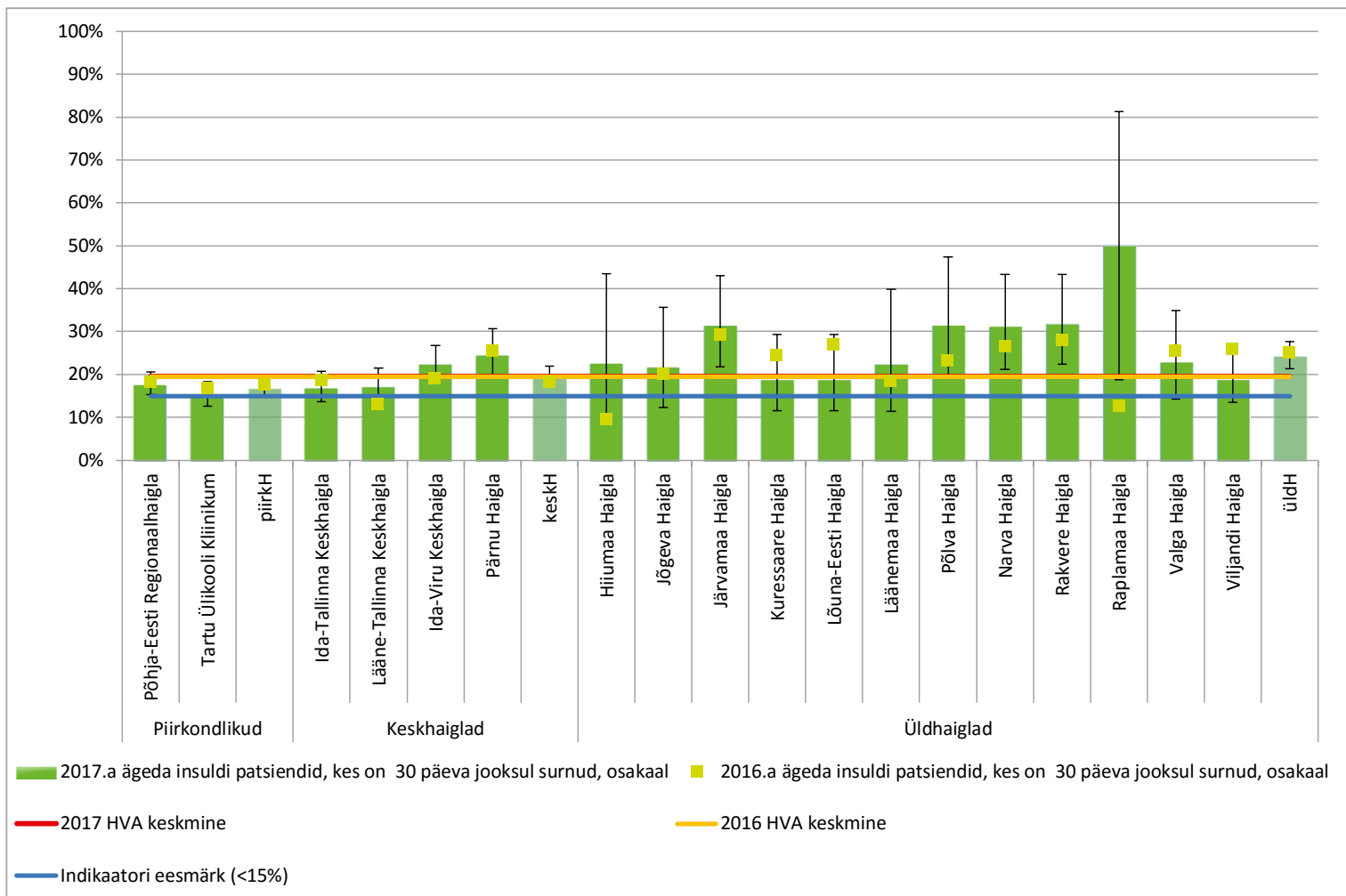
Janika Kõrv, SA Tartu Ülikooli Kliinikumi Närvikliinik vanemarst-õppejõud neuroloogia erialal

Kirjandus

1. Vibo R, Korv J, Roose M. The third stroke registry in Tartu, Estonia, from 2001 to 2003. *Acta Neurol Scand* 2007;116:31–6.
2. Johnsen SP, Ingeman A, Hundborg HH et al. The Danish Stroke Registry. *Clin Epidemiol* 2016;8:697–702.
3. <https://strokeeurope.eu>. Vaadatud 17.09.2018.

NEUROLOOGIA INDIKAATOR: ÄGEDA INSULDIHAIGE 30 PÄEVA SUREMUS

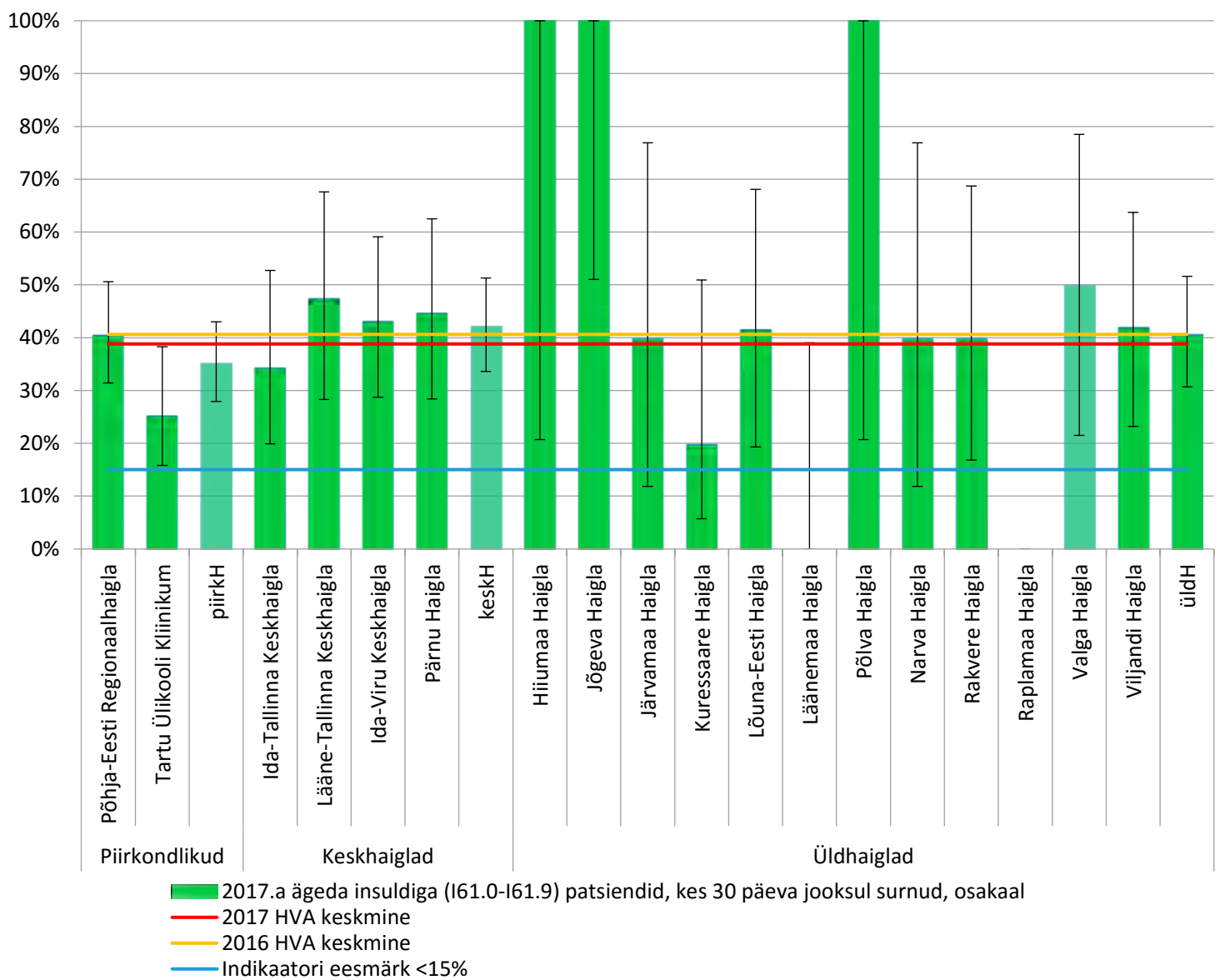
Nimetus	Ägeda insuldihaige 30. päeva suremus.
Andmed	<p><u>Periood</u>: arve algus 01.01.–31.12.2017 <u>Ravitüüp</u>: statsionaarne <u>Põhidiagnoos</u>: RHK I61.0-I61.9 või RHK I63.0-I63.9 <u>Vanus</u>: ≥19 Surma kuupäev Valim sisaldab vältimatuid raviarveid.</p> <p>Arvesse lähevad patsiendid, kes on 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.</p> <p>Eesmärk: 15%</p> <p>Indikaatori täpsem kirjeldus on kättesaadav haigekassa kodulehel</p>
Selgitus	<p>Insulti haigestunud patsientide osakaal, kes on surnud 30 päeva jooksul pärast hospitaliseerimist.</p> <p>Joonisel 1 on esitatud 2017. a jooksul ägeda insuldi raviarvega patsientide osakaal (koos usaldusvahemikega), kes on 30 päeva jooksul surnud.</p> <p>Joonisel 2 on esitatud 2017. a ägeda insuldiga (I61.0–I61.9) patsientide osakaal (koos usaldusvahemikega), kes on 30 päeva jooksul surnud.</p> <p>Joonisel 3 on esitatud 2017. a ägeda insuldiga (I63.0–I63.9) patsientide osakaal (koos usaldusvahemikega), kes on 30 päeva jooksul surnud.</p> <p>Joonisel 4 on esitatud erinevate vanuserühmade 2017. aasta ägeda insuldi patsientide osakaal, kes on 30 päeva jooksul surnud.</p>



Joonis 1. 2017. a ägeda insuldi (I61.0–I61.9; I63.0-I63.9) patsiendid, kes on 30 päeva jooksul surnud

2017. a ägeda insuldi (I61.0–I61.9; I63.0–I63.9) patsiendid, kes on 30 päeva jooksul surnud

Haiglaliik	Haigla	2017. a ägeda insuldi (I61.0–I61.9; I63.0–I63.9) patsiendid, arv	2017. a ägeda insuldi (I61.0–I61.9; I63.0–I63.9) patsiendid, kes on 30 päeva jooksul surnud, arv	2017. a ägeda insuldi (I61.0–I61.9; I63.0–I63.9) patsiendid, kes on 30 päeva jooksul surnud, osakaal	95% usaldusvahemik
Piirkondlikud	Põhja-Eesti Regionaalhaigla	794	141	18 %	15–21 %
	Tartu Ülikooli Kliinikum	592	90	15 %	13–18 %
	piirkH	1386	231	17%	15–19%
Keskhaiglad	Ida-Tallinna Keskhaigla	432	73	17 %	14–21 %
	Lääne-Tallinna Keskhaigla	364	63	17 %	14–22 %
	Ida-Viru Keskhaigla	425	96	23 %	19–27 %
	Pärnu Haigla	216	53	25 %	19–31 %
	keskH	1437	285	20%	18–22%
Üldhaiglad	Hiiumaa Haigla	22	5	23 %	10–43 %
	Jõgeva Haigla	46	10	22 %	12–36 %
	Järvamaa Haigla	70	22	31 %	22–43 %
	Kuressaare Haigla	74	14	19 %	12–29 %
	Lõuna-Eesti Haigla	74	14	19 %	12–29 %
	Läänemaa Haigla	31	7	23 %	11–40 %
	Põlva Haigla	38	12	32 %	19–47 %
	Narva Haigla	64	20	31 %	21–43 %
	Rakvere Haigla	72	23	32 %	22–43 %
	Raplamaa Haigla	6	3	50 %	19–81 %
	Valga Haigla	61	14	23 %	14–35 %
	Viljandi Haigla	153	29	19 %	14–26 %
	üldH	711	173	24%	21–28%
Kokku:	Kokku:	3534	689	19%	18–21%

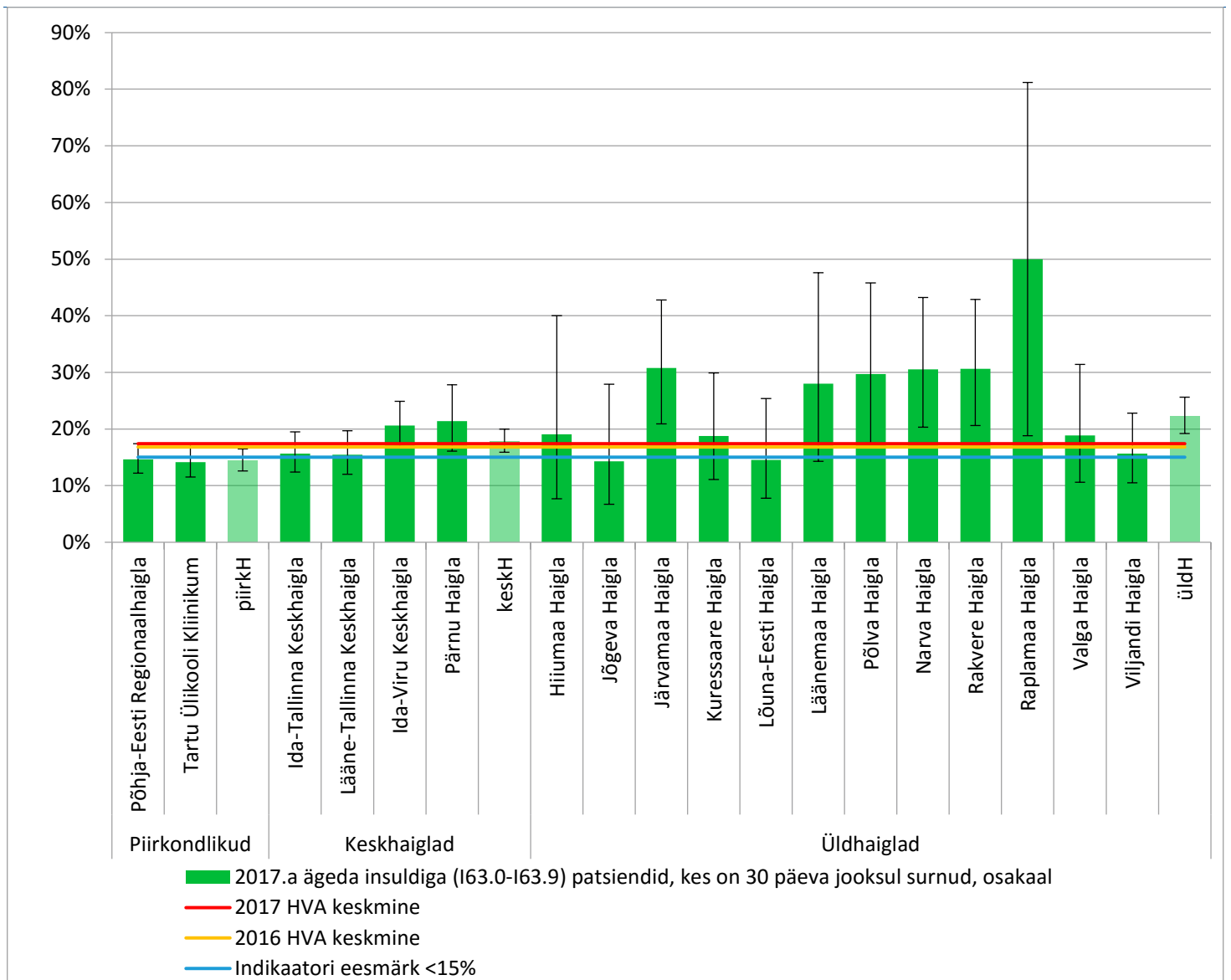


Joonis 2. 2017. a ägeda insuldiga (I61.0–I61.9) patsiendid, kes on 30 päeva jooksul surnud

2017. a ägeda insuldiga (I61.0–I61.9) patsiendid, kes on 30 päeva jooksul surnud

Haiglaliik	Haigla	2017.a ägeda insuldi (I61.0-I61.9) patsiendid, arv	2017.a ägeda insuldiga (I61.0-I61.9) patsiendid, kes 30 päeva jooksul surnud, arv	2017.a ägeda insuldiga (I61.0-I61.9) patsiendid, kes 30 päeva jooksul surnud, osakaal	95% usaldusvahemik
Piirkondlikud	Põhja-Eesti Regionaalhaigla	96	39	41 %	31–51 %
	Tartu Ülikooli Kliinikum	55	14	25 %	16–38 %
	piirkH	151	53	35%	28–43%
Keskhaiglad	Ida-Tallinna Keskhaigla	29	10	34 %	20–53 %
	Lääne-Tallinna Keskhaigla	21	10	48 %	28–68 %
	Ida-Viru Keskhaigla	37	16	43 %	29–59 %
	Pärnu Haigla	29	13	45 %	28–63 %
	keskH	116	49	42%	34–51%
Üldhaiglad	Hiiumaa Haigla	1	1	100 %	21–100 %
	Jõgeva Haigla	4	4	100 %	51–100 %
	Järvamaa Haigla	5	2	40 %	12–77 %
	Kuressaare Haigla	10	2	20 %	6–51 %
	Lõuna-Eesti Haigla	12	5	42 %	19–68 %
	Läänemaa Haigla	6	0	0 %	0–39 %
	Põlva Haigla	1	1	100 %	21–100 %
	Narva Haigla	5	2	40 %	12–77 %
	Rakvere Haigla	10	4	40 %	17–69 %
	Raplamaa Haigla	0	0	0 %	MA
	Valga Haigla	8	4	50 %	22–79 %
	Viljandi Haigla	19	8	42 %	23–64 %
	üldH	81	33	41%	31–52%
Kokku:		348	135	39%	34–44%

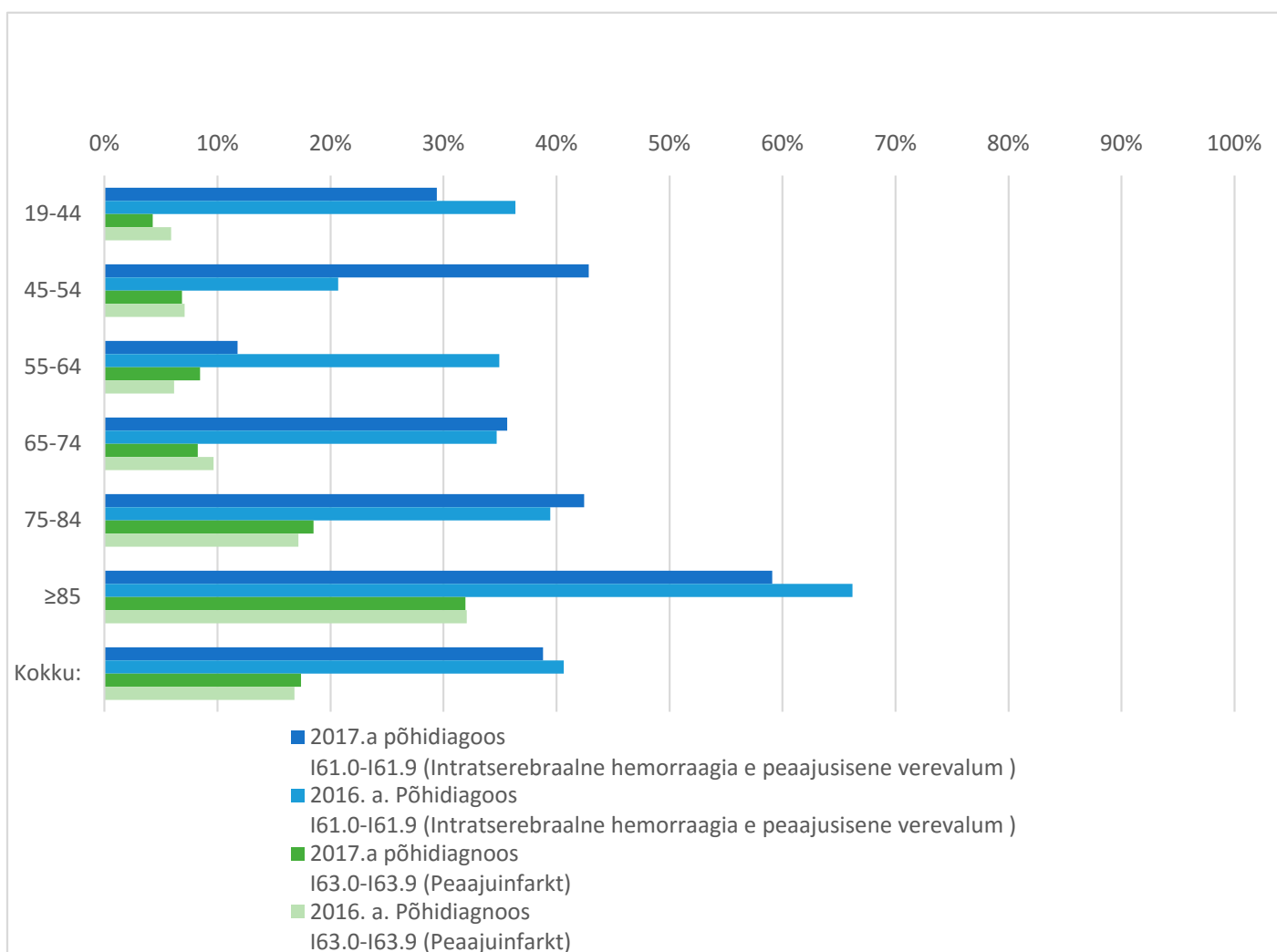
MA – mitte arvatav



Joonis 3. 2017. a ägeda insuldiga (I63.0–I63.9) patsiendid, kes on 30 päeva jooksul surnud

2017. a ägeda insuldiga (I63.0–I63.9) patsiendid, kes on 30 päeva jooksul surnud

Haiglaliik	Haigla	2017.a ägeda insuldi (I63.0-I63.9) patsiendid, arv	2017.a ägeda insuldiga (I63.0-I63.9) patsiendid, kes on 30 päeva jooksul surnud, arv	2017.a ägeda insuldiga (I63.0-I63.9) patsiendid, kes on 30 päeva jooksul surnud, osakaal	95% usaldusvahemik
Piirkondlikud	Põhja-Eesti Regionaalhaigla	698	102	15 %	12–17 %
	Tartu Ülikooli Kliinikum	537	76	14 %	12–17 %
	piirkH	1235	178	14%	13–17%
Keskhaiglad	Ida-Tallinna Keskhaigla	403	63	16 %	12–20 %
	Lääne-Tallinna Keskhaigla	343	53	15 %	12–20 %
	Ida-Viru Keskhaigla	388	80	21 %	17–25 %
	Pärnu Haigla	187	40	21 %	16–28 %
	keskH	1321	236	18%	16–20%
Üldhaiglad	Hiumaa Haigla	21	4	19 %	8–40 %
	Jõgeva Haigla	42	6	14 %	7–28 %
	Järvamaa Haigla	65	20	31 %	21–43 %
	Kuressaare Haigla	64	12	19 %	11–30 %
	Lõuna-Eesti Haigla	62	9	15 %	8–25 %
	Läänemaa Haigla	25	7	28 %	14–48 %
	Põlva Haigla	37	11	30 %	18–46 %
	Narva Haigla	59	18	31 %	20–43 %
	Rakvere Haigla	62	19	31 %	21–43 %
	Raplamaa Haigla	6	3	50 %	19–81 %
	Valga Haigla	53	10	19 %	11–31 %
	Viljandi Haigla	134	21	16 %	11–23 %
	üldH	630	140	22%	19–26%
Kokku:		3186	554	17%	16–19%



Joonis 4. Erinevate vanuserühmade 2017. a ägeda insuldi patsientide osakaal, kes on 30 päeva jooksul surnud

Vanus	2017.a ägeda insuldiga patsiendid, arv		2017.a. ägeda insuldiga patsiendid, kes on 30 päeva jooksul surnud, arv		2017.a. ägeda insuldiga patsiendid, kes on 30 päeva jooksul surnud, osakaal	
	Põhi-diagnoos I61.0-I61.9	Põhi-diagnoos I63.0-I63.9	Põhi-diagnoos I61.0-I61.9	Põhi-diagnoos I63.0-I63.9	2017.a põhi-diagnoos I61.0-I61.9 (Intratserebraalne hemorraagia e peaajusisene verevalum)	2017.a põhi-diagnoos I63.0-I63.9 (Peaajuinfarkt)
19-44	17	47	5	2	29%	4%
45-54	21	102	9	7	43%	7%
55-64	51	391	6	33	12%	8%
65-74	87	740	31	61	36%	8%
75-84	106	1173	45	217	42%	18%
≥85	66	733	39	234	59%	32%
Kokku:	348	3186	135	554	39%	17%
Kokku:		3534		689		19%

Neuroloogia indikaator: Insuldi diagnoosiga patsientide osakaal, kelle akuutravi toimub kesk või piirkondlikus haiglas

Sissejuhatus. Vastavalt Euroopa Insuldiorganisatsiooni (ESO) ja Ameerika Südame ja Insuldi Assotsiatsiooni (AHA/ASA) ravisoovitustele peab akuutse insuldi käsitlemine toimuma insuldiüksuses (Stroke Unit). Ravi spetsialiseeritud insuldiüksuses vähendab patsientide suremust, sõltuvust kõrvalabist kui ka hooldusasutusse paigutamise vajadust võrreldes raviga üldosakonnas. Ravi ja taastusravi insuldiüksuses on efektiivsed kõikidele patsientide rühmadele sõltumata soost, vanusest ja insuldi raskusastmest. Indikaatori eesmärk on analüüsida, kui suur on patsientide osakaal, kes on käsitletud kesk- ja piirkondlikes haiglates, kus on ööpäevaringne valmisolek rekanaliseerivaks raviks ning patsiendi käsitlemine toimub insuldiüksustes neuroloogide juhtimisel. Indikaatori eesmärk on 90 %.

Analüüsi kaasati erakorralist statsionaarset abi vajanud isheemilise insuldi ja intratserebraalse hemorraagiaga patsiendid alates 19. eluaastast. Valimist arvati välja hooldusravil, taastusravil ja ambulatoorsel ravil olevad patsiendid. Tingituna patsiendi suunamisest teise raviasutusse loetakse üheks haigusjuhiks, kui ravi alguse kuupäev erinevates raviasutustes mahub 30 päeva sisse. Patsiendi korduval insuldi haigestumisel loetakse iga akuutravi eraldi juhtumiks.

Tulemuste interpretatsioon. Võrreldes eelmise perioodiga (2016. a) vähenes insuldijuhtude üldarv veidi (3677 juhtu 2016. a ja 3598 juhtu 2017. a). Mõnevõrra suurenes hospitaliseerimiste osakaal kesk- ja piirkondlikesse haiglatesse (77 % vs 80 %), mis siiski jäi maha indikaatori eesmärgist. Üldiselt oli trend positiivne, kuid pole teada, missugused patsiendid jäävad üldhaiglatesse ravile, st kas mittesuunamine edasi oli põhjendatud. Esinesid erinevused suurte linnade ja maapiirkondade vahel.

Vaadates patsiente vanuserühmade järgi, on positiivne, et noorimast vanuserühmast oli kesk- ja piirkondlikes haiglates ravil kõik intratserebraalse hemorraagiaga ja 98 % isheemilise insuldiga patsiendid, kuid juba järgmistes vanuserühmades ainult 70–85 % patsientidest.

Euroopas on ravi kättesaadavus insuldiüksuses erinev: <10 % kuni >85 % (<https://strokeeurope.eu>), millega võrreldes on Eesti tulemus keskmiste hulgas. Taani insuldi kvaliteediindikaatorid on seadnud eesmärgiks $\geq 90\%$.

Limitatsioonid. Indikaator ei mõõda patsientide osakaalu, keda raviti insuldiüksustes, vaid seda hinnati kaudselt, st analüüsiti osakaalu patsientidest, keda raviti haiglates, kus insuldiüksused peaksid olema. Eestis ei ole sertifitseeritud insuldiüksusi, kuid nii kesk- kui piirkondlikes haiglates on võimekus insuldiga patsiendi käsitlemiseks väljaõppinud personali poolt 24h päevas ja 7 päeva nädalas. Analüüs ei võimalda selgitada, missugused patsiendid jäävad akuutses perioodis kesk- või piirkondlikesse haiglatesse edasi saatmata. Tõenäoliselt oli nende hulgas ka neid, kes olid hea paranemisprognosiga ja vajaksid käsitlemist insuldiüksustes.

Kokkuvõte. Indikaatori eesmärgi saavutamiseks tuleb kõik patsiendid, kellel on paranemisprognos, toimetada kiirabi poolt ravile kesk- ja piirkondlikesse haiglatesse. Vastavalt ESO ravijuhisele (2008), tuleb riigis luua sertifitseeritud insuldiüksuste võrgustik. On oluline, et kõik Eesti patsiendid saaksid heal tasemel ravi elukohast sõltumata. Hetkel on maapiirkondades elavatel inimestel suurem tõenäosus saada ravi üldhaiglas.

Koostaja

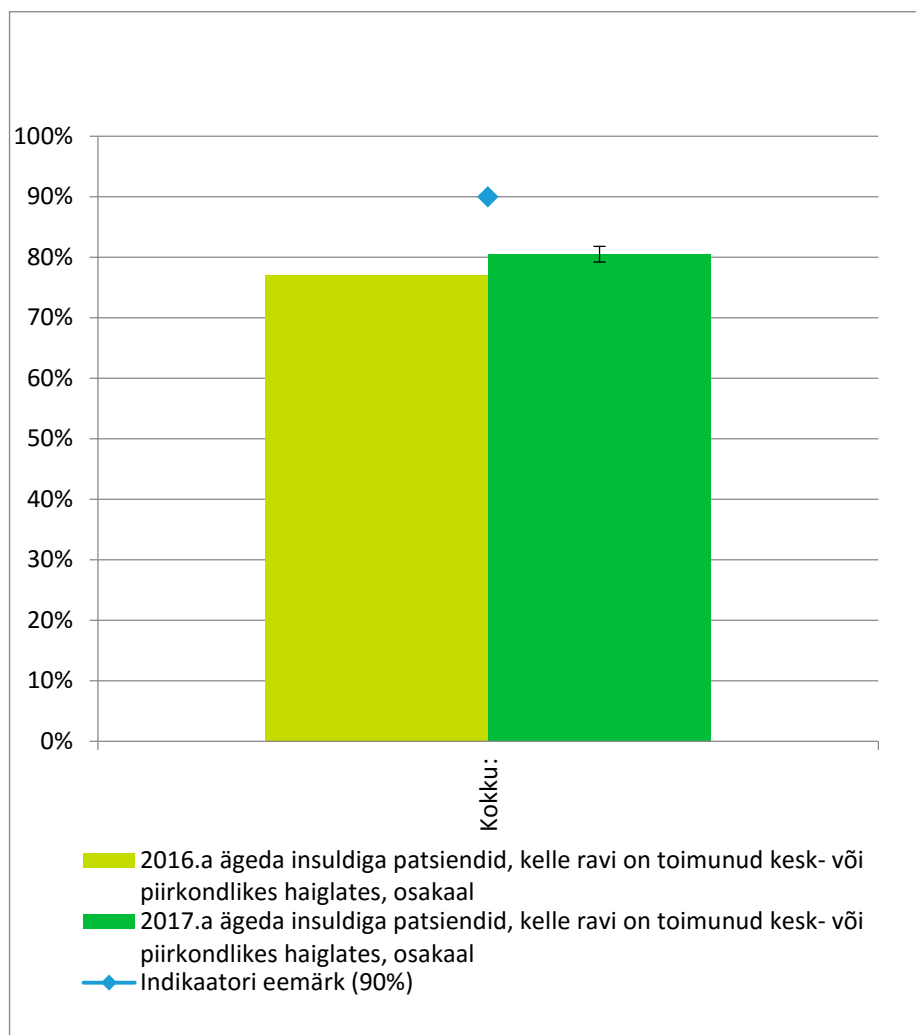
Janika Kõrv, SA Tartu Ülikooli Kliinikumi Närvikliinik vanemarst-õppejõud neuroloogia erialal

Kirjandus

1. Guidelines for management of ischaemic stroke and transient ischaemic attack 2008. *Cerebrovasc Dis* 2008;25:457–507.
2. Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T et al. 2018 Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: A guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2018;49:e46-e110.
3. Stroke Unit Trialists' Collaboration: Organised inpatient (stroke unit) care for stroke; in: *Cochrane Library*, Issue 2, 2013;9:CD000197.
4. <https://strokeeurope.eu> Vaadatud 17.09.2018
5. Johnsen SP, Ingeman A, Hundborg HH, et al. The Danish Stroke Registry. *Clin Epidemiol*. 2016;8:697–702.

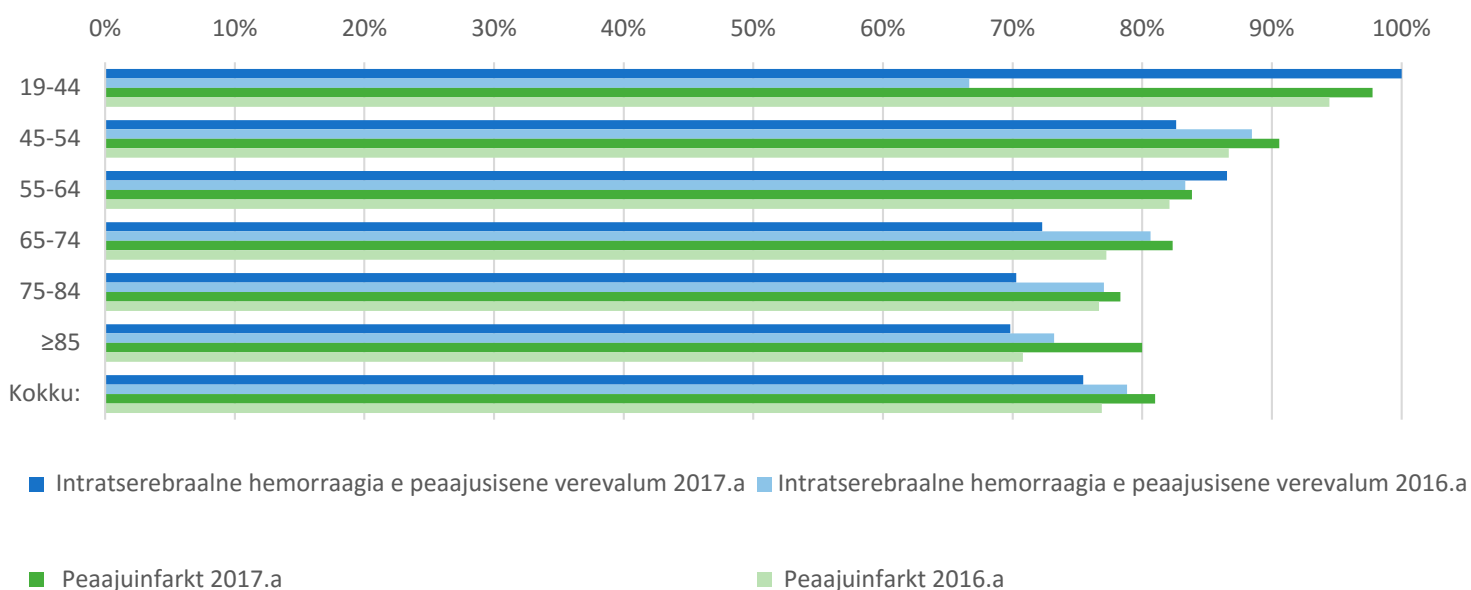
NEUROLOOGIA INDIKAATOR: INSULDI DIAGNOOSIGA PATISIENTIDE OSAKAAL, KELLE AKUUTRAVI TOIMUB KESK- VÕI PIIRKONDLIKUS HAIGLAS

Nimetus	Insuldi diagnoosiga patsientide osakaal, kelle akuutravi toimub kesk või piirkondlikus haiglas.
Andmed	<p><u>Periood</u>: arve algus 01.01.–31.12.2017 <u>Ravitüüp</u>: statsionaarne <u>Põhidiagnoos</u>: RHK I61.0-I61.9 või RHK I63.0-I63.9 <u>Vanus</u>: ≥19 Hospitaliseerimise kuupäev Arvesse lähevad patsiendid, kes on erakorraliselt hospitaliseeritud statsionaarsele ravile kesk- või piirkondlikusse haiglasse. Valemissse ei kuulu patsiendid, kes pole haiglasse sisse kirjutatud - raviarve kestvus ≤1 päev. Üldhaiglate puhul lähevad arvesse raviarved, mille lõputunnus on suunamisega üldhaiglast kesk- või piirkondlikusse haiglasse (suunamise tunnused 6 ja 7). Patsiendi korduval insuldi haigestumisel loetakse iga akuutravi eraldi juhtumiks.</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 ägeda insuldiga patsientide osakaal (koos usaldusvahemikuga), kelle akuutravi toimus kesk- või piirkondlikus haiglas.</p> <p>Joonisel 2 on esitatud erinevate vanuserühmade insuldi akuutravijuhtude osakaal 2017. aastal, kus ravi toimunud kesk- või piirkondlikus haiglas.</p>



Joonis 1. Ägeda insuldiga patsientide osakaal, kelle akuutravi toimus kesk- või piirkondlikus haiglas

HVA haiglad	2017. a äge insult, arv	2017. a ägeda insuldiga patsiendid, kelle ravi on toimunud kesk- või piirkondlikes haiglates, arv	2017. a ägeda insuldiga patsiendid, kelle ravi on toimunud kesk- või piirkondlikes haiglates, osakaal	95% usaldusvahemik
Kokku:	3598	2896	80 %	79–82 %



Joonis 2. Erinevate vanuserühmade insuldi akuutravijuhutude osakaal 2017. aastal, kus ravi toimunud kesk- või piirkondlikus haiglas

Vanus	2017. a äge insult, arv		2017. a ägeda insuldi ravijuhutude arv, kus ravi on toimunud kesk- ja piirkondlikes haiglates		2017. a ägeda insuldi ravijuhutude osakaal, 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	Intratserebraalne hemorraagia e peaajusisene verevalum 2017.a	Peaajuinfarkt 2017.a
19-44	14	45	14	44	100 %	98 %
45-54	23	106	19	96	83 %	91 %
55-64	52	408	45	342	87 %	84 %
65-74	83	765	60	630	72 %	82 %
75-84	101	1208	71	946	70 %	78 %
≥85	53	740	37	592	70 %	80 %
Kokku:	326	3272	246	2650	75%	81%
Kokku:	3598		2896		80%	

Neuroloogia indikaator: Isheemilise insuldiga patsientide osakaal, kellele on tehtud rekanaliseeriv protseduur (trombolüüs või trombektoomia)

Sissejuhatus. Intravenoosne (iv) trombolüüs ja mehhaaniline trombektoomia on spetsiifilised, efektiivsed ja ohutud ravimeetodid, millega on võimalik taastada verevool ummistunud ajuarteris akuutse isheemilise insuldiga patsiendil ja seeläbi parandada insuldi hilistulemust. Raviasutuse ööpäevane valmisolek rekanaliseerivaks protseduuriks on ravikvaliteedi näitaja. Trombolüüsravi peab olema ööpäevaringselt kättesaadav piirkondlikes ja keskhaiglates valvoneuroloogi juhtimisel. Mehhaaniline trombektoomia (kui iv trombolüüs ei ole efektiivne või on selleks vastunäidustused) peab olema ööpäevaringselt kättesaadav suurtes insuldikeskustes (piirkondlikes haiglates), kus on olemas kiire ligipääs ajuarterite angiograafiale, väljaõppinud menetlusradioloogid ja muu tugipersonali olemasolu.

Indikaator näitab osakaalu (%) kõigist isheemilise insuldi haigestunud patsientidest, kellele on teostatud intravenoosne trombolüüs või trombektoomia, või trombolüüs ja trombektoomia sama haigusjuhu põhiselt. Indikaator ei hinda trombolüüsi/trombektoomia ajalist teostust, sest protseduur on näidustatud ainult kindla aja jooksul insuldi sümptomite tekkest. Indikaatori eesmärgiks on 30%.

Tulemuste interpretatsioon. Eestis tehti 2017. a rekanaliseeriv protseduur 702 isheemilise insuldiga patsiendile (21%). Nendest 593 (84%) patsiendile tehti ainult trombolüüs, 41 (6%) ainult trombektoomia ja 68 (10%) alustati trombolüüsiga ja jätkati trombektoomiaga. Oodatavalt on trombolüüsikeskused kesk- ja piirkondlikud haiglad. Üksikud trombolüüsid teostati ka Kärkla ja Kuressaare haiglates ning Viljandi haiglas. Saartel olevates üldhaiglates tehti protseduur tõenäoliselt mitteneuroloogide poolt, kes olid suure tõenäosusega juhendatud suurema haigla neuroloogi poolt „kaugjuhtimise“ teel. Tallinnas oli väiksem trombolüüsides osakaal PERH-is, mille põhjuseks võib olla Tallinna kiirabi piirkondade ümberjagamine. PERH-is oli seevastu suurim osakaal patsientidest, kellele tehti mehhaaniline trombektoomia (64 juhtu, 9%), mis kokkuvõttes tõstis rekanaliseerivate protseduuride osakaalu 26%-ni.

Trombolüüsravi osakaal kõikidest isheemilise insuldiga patsientidest oli parem kui paljudes teistes Euroopa riikides (1–16,5%) (<https://strokeeurope.eu>). Taani kvaliteediindikaatori eesmärk on $\geq 15\%$. Trombektoomia suhtes rahvusvahelisi võrdlusandmeid ei ole.

Võrreldes 2016. aastaga jäi trombolüüsides osakaal samaks, kuid 2017. aastal võeti arvesse ka mehhaanilise trombektoomia teenuse kood, mida eelnevatel aastatel ei olnud. Seetõttu suurenes rekanaliseerivate protseduuride üldarv 3% võrra. Trombolüüsi teostavates haiglates olid trombolüüsitud patsientide osakaalud ligikaudu samad, kuid suurenesid IVKH-s ja Pärnu Haiglas (üle 20%), mis on väga positiivne trend.

Limitatsioonid. Analüüsist ei selgu, missugused patsiendid jäävad üldhaiglatesse ja kas kõikidest keskhaiglatest suunatakse trombektoomiaks edasi kõik patsiendid, kes seda vajavad.

Kokkuvõte. Trombolüüsitud patsientide osakaal oli võrreldes teiste Euroopa riikidega hea, kuid esinesid piirkondlikud erinevused ja vajakajäämisi trombektoomia kättesaadavuse osas. Kättesaadavuse parandamine saab ühelt poolt toimuda elanikkonna teadlikkuse parandamise abil, milleks võimalused peaks leidma riik. Teisalt on riigi ülesanne insuldi ravistrateegia korraldamine, et kõik ravi vajavad patsiendid sõltumata elukohast saaksid rekanaliseerivat ravi. Saartele (Kuressaare ja Kärkla haiglatesse) on vajalik luua telemeditsiini teenus, mille eest peab tasuma haigekassa.

Koostaja

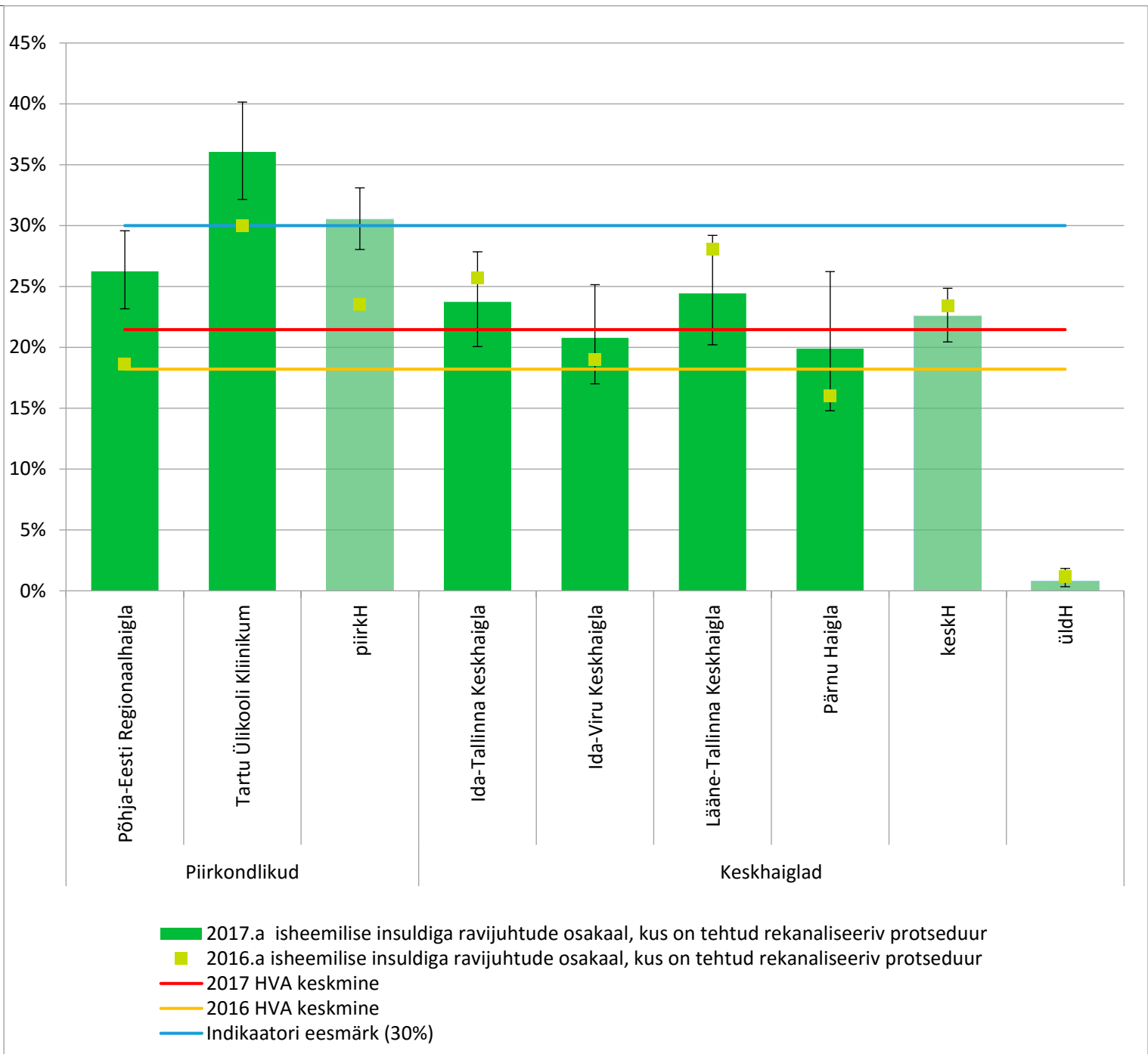
Janika Kõrv, SA Tartu Ülikooli Kliinikumi Närvikliinik vanemarst-õppejõud neuroloogia erialal

Kirjandus

1. Guidelines for management of ischaemic stroke and transient ischaemic attack 2008. *Cerebrovasc Dis* 2008;25:457–507.
2. Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T et al. 2018 Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: A guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2018;49:e46-e110.
3. Norrving B, Bray BD, Asplund K et al. Cross-national key performance measures of the quality of acute stroke care in western Europe. *Stroke*. 2015;46:2891–5.
4. <https://strokeeurope.eu>. Vaadatud 17.09.2018.
2. Johnsen SP, Ingeman A, Hundborg HH et al. The Danish Stroke Registry. *Clin Epidemiol* 2016;8:697–702.

NEUROLOOGIA INDIKAATOR: ISHEEMILISE INSULDIGA PATSIENIDE OSAKAAL, KELLELE ON TEHTUD REKANALISEERIV PROTSEDUUR (TROMBOLÜÜS VÕI TROMBEKTOOMIA).

Nimetus	Isheemilise insuldiga patsientide osakaal, kellele on tehtud rekanaliseeriv protseduur (trombolüüs või trombektoomia).
Andmed	<p><u>Periood:</u> arve algus 01.01.–31.12.2017 <u>Ravitüüp:</u> statsionaarne <u>Põhidiagnoos:</u> RHK I61.0–I61.9 või RHK I63.0–I63.9 <u>Trombolüüsi kood:</u> 212R <u>Trombektoomia:</u> 7811 <u>Vanus:</u> ≥19</p> <p>Arvesse lähevad patsiendid, kes on erakorraliselt hospitaliseeritud statsionaarsele ravile. Valemissse ei kuulu patsiendid, kes pole haiglasse sisse kirjutatud – raviarve kestvus ≤1 päev. Patsiendi korduval insultil haigestumisel loetakse iga ravijuhtu eraldi juhtumiks.</p> <p>Eesmärk: 30%</p> <p>Indikaatori täpsem kirjeldus on kättesaadav haigekassa kodulehel.</p>
Selgitus	<p>Kõigi isheemilise insuldi haigestunud patsientide osakaal, kellele on teostatud rekanaliseeriv protseduur haigusjuhu põhiselt.</p> <p>Joonisel esitatud isheemilise insuldiga patsientide osakaal (koos usaldusvahemikega), kellele teostati rekanaliseeriv protseduur (trombolüüs või trombektoomia), haiglate ja haiglaliikide lõikes ning HVA haiglates kokku.</p>



Isheemilise insuldiga patsiendid, kellele on teostatud rekanaliseeriv protseduur (trombolüüs või trombektoomia)

Isheemilise insuldiga patsiendid, kellele on teostatud rekanaliseeriv protseduur (trombolüüs või trombektoomia)

Haiglaliik	Haiglad	2017.a isheemiline insult, arv	2017.a isheemilise insuldiga ravijuhud, kus on tehtud rekanaliseeriv protseduur	2017.a isheemilise insuldiga ravijuhtude osakaal, kus on tehtud rekanaliseeriv protseduur	95% usaldusvahemik
Piirkondlikud	Põhja-Eesti Regionaalhaigla	720	189	26 %	23–30 %
	Tartu Ülikooli Kliinikum	552	199	36 %	32–40 %
	piirkH	1272	388	31%	28–33%
Keskhaiglad	Ida-Tallinna Keskhaigla	455	108	24 %	20–28 %
	Ida-Viru Keskhaigla	380	79	21 %	17–25 %
	Lääne-Tallinna Keskhaigla	348	85	24 %	20–29 %
	Pärnu Haigla	186	37	20 %	15–26 %
	keskH	1369	309	23%	20–25%
Üldhaiglad	Hiumaa Haigla	14	2	14 %	4–40 %
	Jõgeva Haigla	42	0	0 %	0–8 %
	Järvamaa Haigla	66	0	0 %	0–6 %
	Kuressaare Haigla	66	2	3 %	1–10 %
	Lõuna-Eesti Haigla	65	0	0 %	0–6 %
	Läänemaa Haigla	23	0	0 %	0–14 %
	Narva Haigla	58	0	0 %	0–6 %
	Põlva Haigla	35	0	0 %	0–10 %
	Rakvere Haigla	62	0	0 %	0–6 %
	Raplamaa Haigla	5	0	0 %	0–43 %
	Valga Haigla	61	0	0 %	0–6 %
	Viljandi Haigla	134	1	1 %	0–4 %
	üldH	631	5	1%	0–2%
Kokku:		3272	702	21%	20–23%

Neuroloogia indikaator: Osakaal ajuinfarkti ja kodade virvendusarütmiaga patsientidest, kellele on määratud püsiv suukaudne antikoagulantravi 12 kuud + 1 päev hiljem alates akuutsest ajuinfarktist

Sissejuhatus. Suukaudne antikoagulantravi insuldi sekundaarses preventsionis on näidustatud patsientidele, kellel on isheemiline insult ja mittevalvulaarne kodade virvendusarütmia, sest nii on võimalik korduva insuldi riski vähendada 64 % võrra. Patsient peab vastunäidustuste puudumise korral jääma antikoagulantravile püsivalt. Suukaudseks antikoagulantraviks on ka mitmeid vastunäidustusi, mistõttu ei ole kõikidele patsientidele see näidustatud. Sageli ei ole ravi võimalik alustada kohe insuldi ägedas perioodis.

Indikaator näitab isheemilisse insuldi haigestunud ja kodade virvendusarütmiaga patsientide osakaalu (%), kellele on määratud 12 kuu vältel pärast hospitaliseerimist suukaudne antikoagulantravi (indikaatori eesmärk 75 %). Täiendavalt arutati patsientide osakaalu, kellel alustati antikoagulantravi 30 päeva jooksul pärast haigestumist. Haiglast lahkumisel antakse sageli patsientidele kaasa soovitus alustada antikoagulantravi mõne nädala pärast, mistõttu analüüsitakse ravimi välja kirjutamist 1 kuu jooksul, mitte kohe haiglast lahkumisel. Tähtis on järjepidevuse tagamine, st patsient oleks püsival ravil ka 12 kuud pärast haiglaravi. Raviasutuste põhine analüüs on mõnevõrra ebatäpne (patsient oli küll statsionaarsel ravil, kuid ravimi kirjutati hiljem välja kas taastus- või perearsti). Riiklikul tasemel on võimalik monitoorida indikaatori ajalisi trende ja teatud määral ka piirkondlikke erinevusi. Analüüsist jäeti välja patsiendid, kes surid esimese 14 päeva jooksul.

Tulemuste interpretatsioon. Suukaudse antikoagulantravi osas ei olnud piirkondlikes ja keskhaiglates võrreldes 2016. aastaga muutusi. Retsept suukaudsele antikoagulantrile kirjutati välja ligi poolte patsientidest, seda nii 30 päeva kui 12 kuu jooksul. Pärnu haiglast lahkunud patsientidest kirjutati 30 päeva jooksul hospitaliseerimisest antikoagulantravi välja kolmandikule, mis mõnevõrra suurenes 12 kuu pärast väljakirjutatud ravi puhul, kuid jäi koos Ida-Viru Keskhaiglaga veidi alla kesk- ja piirkondlike haiglate keskmisele näitajale. Üldhaiglatesse hospitaliseeritutel oli suukaudsete antikoagulantide kasutus erinev ja eelmise perioodiga võrreldes kõikumine (väikese juhtude arvu tõttu juhuslik). Positiivse näitena võib välja tuua Põlva haigla, kus 12 kuu pärast oli suukaudne antikoagulantravi välja kirjutatud 75 % patsientidest, samas mõnes haiglas ainult veerandile patsientidest. On võimalik, et üldhaiglatesse jäävad ravile raskes üldseisundis patsiendid, kellele ongi antikoagulantravi vastunäidustatud.

Otseseid rahvusvahelisi võrdlusandmeid ei ole. Antikoagulantravi määramine/soovitamine jääb Euroopas vahemikku 9–91 %, kuid on hinnatud väga erinevatel ajaperioodidel (<https://strokeeurope.eu>). Taani kvaliteediindikaatori eesmärk on $\geq 95\%$ (14 päeva jooksul hospitaliseerimisest).

Limitatsioonid. Antikoagulantravi vastunäidustusi ei ole võimalik analüüsida raviarvete alusel. Indikaator ei mõõda patsiendi raviskeemi järgimist. Analüüsiti statsionaarsete raviasutuste järgi, kuid 12 kuu pärast hospitaliseerimist oleks õigem analüüsida indikaatorit patsientide elukoha järgi (perearstikeskuste kaupa). See aga raskendaks oluliselt algandmete leidmist.

Kokkuvõte. Antikoagulantravi kasutamine jäi alla eesmärgile (75 %) ja oli Eesti piires ebaühtlane. Eelmise perioodiga võrreldes olulisi muutusi ei ilmnenud. Antikoagulantravi laiemaks kasutamiseks on vajalik teavitada ja harida arstkonda ning rõhutada suukaudse antikoagulantravi järjepidevuse vajalikkust ka patsientidele.

Koostaja

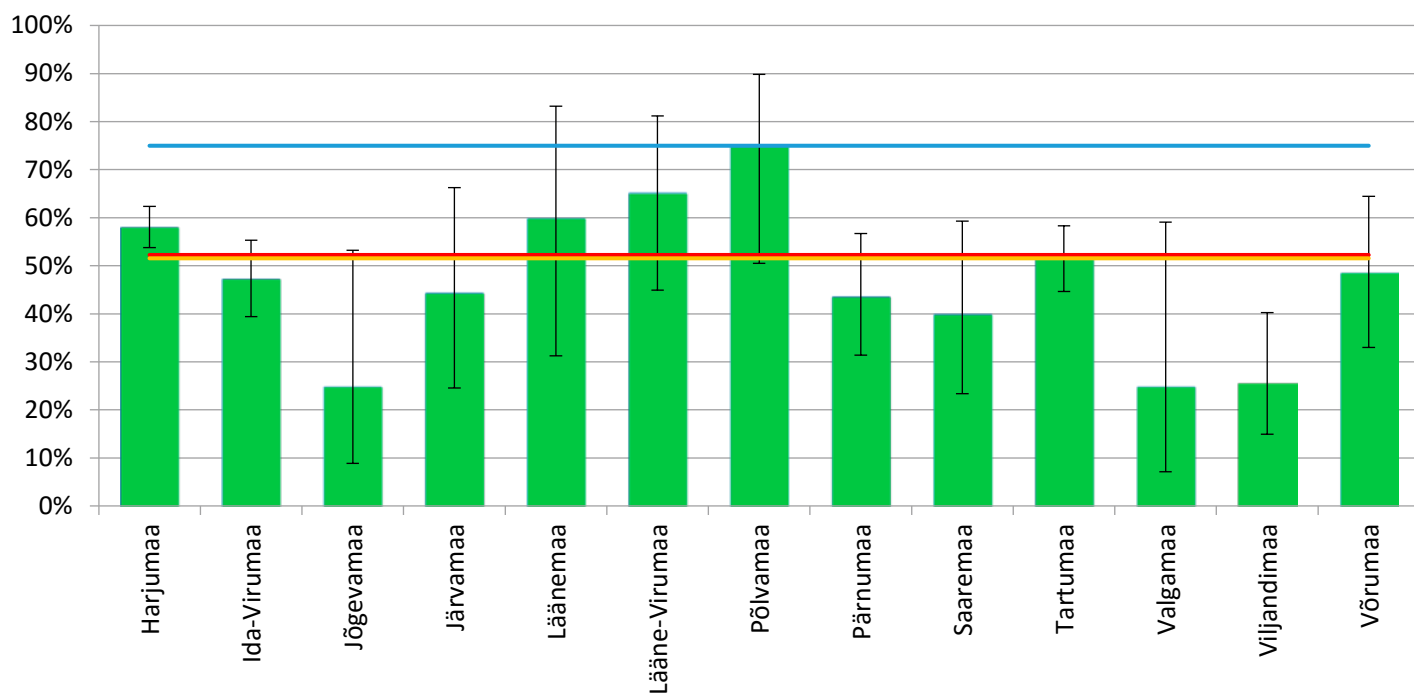
Janika Kõrv, SA Tartu Ülikooli Kliinikum Närvikliinik vanemarst–õppejõud neuroloogia erialal

Kirjandus

1. Guidelines for management of ischaemic stroke and transient ischaemic attack 2008. *Cerebrovasc Dis* 2008;25:457–507.
2. Kernan WN, Ovbiagele B, Black HR et al. Guidelines for the prevention of stroke in patients with stroke and transient ischemic attack: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* 2014;45:2160–236.
3. <https://strokeeurope.eu>. Vaadatud 17.09.2018
4. Johnsen SP, Ingeman A, Hundborg HH et al. The Danish Stroke Registry. *Clin Epidemiol* 2016;8:697–702.

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

<p>Nimetus</p>	<p>Osakaal ajuinfarkti ja kodade virvendusarütmiaga patsientidest, kellele on määratud püsiv suukaudne antikoagulantravi 12 kuu+1 päev hiljem alates akuutsest ajuinfarktist.</p>
<p>Andmed</p>	<p><u>Periood</u>: arve algus 01.01.–31.12.2016 <u>Ravitüüp</u>: statsionaarne <u>Põhidiagnoos</u>: I63.0–I63.9 <u>Vanus</u>: ≥19 <u>Kaasuv diagnoos</u>: I48 mittevalvulaarne kodade virvendusartütmiat (paroksüsmaalne või permanentne) Retseptikeskusest kogutavad andmed: Toimeained: dabigatran, rivaroksabaan, apiksabaan või varfariin (ATC koodid) 12 kuud + 1 päev hiljem peale hospitaliseerimist on patsiendil olemas Retseptikeskuses aktiivne antikoagulantravi retsept</p> <p>Arvestuse alguseks on hospitaliseerimise kuupäev. Valim ei sisalda patsiente, kes on surnud 14. päeva jooksul (k.a) hospitaliseerimisest. Patsiendi korduval ravijuhul on arvesse võetud aasta esimest ravijuhtu.</p> <p>Eesmärk: 75%</p> <p>Indikaatori täpsem kirjeldus on kättesaadav haigekassa kodulehel</p>
<p>Selgitus</p>	<p>Insulti haigestunud ja kodade virvendusarütmiaga patsientide osakaal, kellele on määratud püsivalt 12 kuu vältel pärast insulti haigestumist suukaudne antikoagulantravi.</p> <p>Joonisel 1 on esitatud ajuinfarkti ja kodade virvendusarütmiaga patsientide osakaal (koos usaldusvahemikega), kellele on määratud püsiv suukaudne antikoagulantravi 12 kuud + 1 päev pärast akuutset ajuinfarkti raviasutuse maakonna järgi.</p> <p>Joonisel 2 on esitatud ajuinfarkti ja kodade virvendusarütmiaga patsientide osakaal (koos usaldusvahemikega), kellele on määratud suukaudne antikoagulantravi 30 päeva jooksul alates raviarve lõpust raviasutuse maakonna järgi.</p>

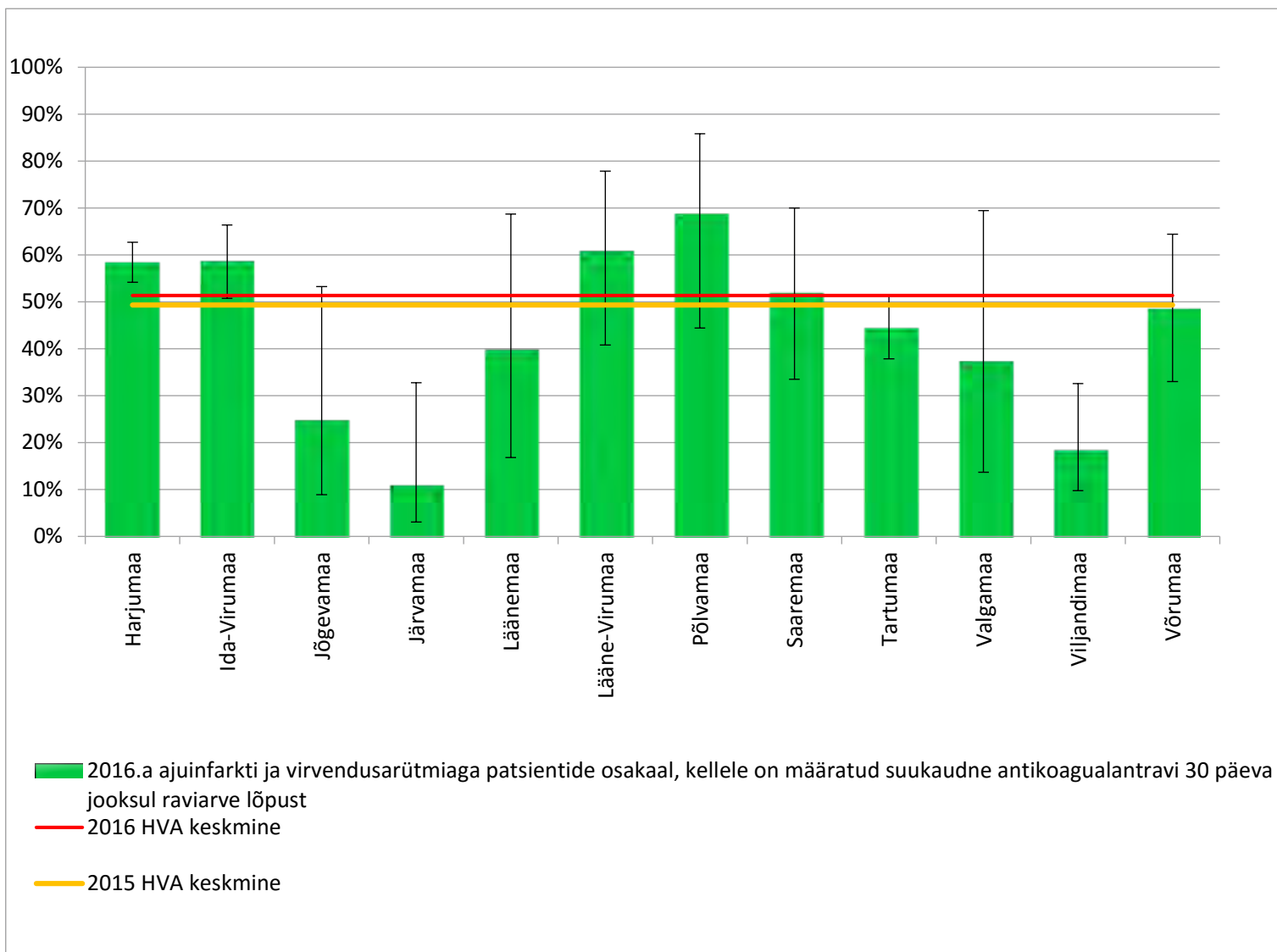


- 2016.a ajuinfarkti ja virvendusarütmiaiga patsientide osakaal, kellele on määratud suukaudne antikoagulantravi 12kuud+1 päev hiljem alates hospitaliseerimisest
- 2016 HVA keskmine
- 2015 HVA keskmine
- Indikaatori eesmärk (75%)

Joonis 1. Ajuinfarkti ja kodade virvendusarütmiaiga patsientide osakaal, kellele on määratud püsiv suukaudne anti-koagulantravi 12 kuud + 1 päev pärast akuutset ajuinfarkti

Ajuinfarkti ja kodade virvendusarütmia patsientide osakaal, kellele on määratud püsiv suukaudne antikoagulantravi 12 kuud + 1 päev pärast akuutset ajuinfarkti

Raviasutuse maakond	2016. a ajuinfarkt ja virvendusarütmia, arv	2016. a ajuinfarkti ja virvendusarütmia patsientide arv, kellele on määratud suukaudne antikoagulantravi 12kuud+1 päev hiljem alates hospitaliseerimisest	2016. a ajuinfarkti ja virvendusarütmia patsientide osakaal, kellele on määratud suukaudne antikoagulantravi 12kuud+1 päev hiljem alates hospitaliseerimisest	95% usaldusvahemik
Harjumaa	511	297	58 %	54–62 %
Hiiumaa	1	0	0 %	0–79 %
Ida-Virumaa	148	70	47 %	39–55 %
Jõgevamaa	12	3	25 %	9–53 %
Järvamaa	18	8	44 %	25–66 %
Läänemaa	10	6	60 %	31–83 %
Lääne-Virumaa	23	15	65 %	45–81 %
Põlvamaa	16	12	75 %	51–90 %
Pärnumaa	55	24	44 %	31–57 %
Raplamaa	1	0	0 %	0–79 %
Saaremaa	25	10	40 %	23–59 %
Tartumaa	202	104	51 %	45–58 %
Valgamaa	8	2	25 %	7–59 %
Viljandimaa	43	11	26 %	15–40 %
Võrumaa	35	17	49 %	33–64 %
Kokku:	1108	579	52%	49–55%



Joonis 2. Ajuinfarkti ja kodade virvendusarütmiaiga patsientide osakaal, kellele on määratud suukaudne antikoagulantravi 30 päeva jooksul alates raviarve lõpust

Ajuinfarkti ja kodade virvendusarütmiaga patsientide osakaal, kellele on määratud suukaudne antikoagulantravi 30 päeva jooksul alates raviarve lõpust

Raviasutuse maakond	2016. a ajuinfarkt ja virvendusarütmiad, arv	2016. a ajuinfarkti ja virvendusarütmiaga patsientide arv, kellele on määratud suukaudne antikoagulantravi 30 päeva jooksul raviarve lõpust	2016. a ajuinfarkti ja virvendusarütmiaga patsientide osakaal, kellele on määratud suukaudne antikoagulantravi 30 päeva jooksul raviarve lõpust	95% usaldusvahemik
Harjumaa	511	299	59 %	54–63 %
Hiiumaa	1	0	0 %	0–79 %
Ida-Virumaa	148	87	59 %	51–66 %
Jõgevamaa	12	3	25 %	9–53 %
Järvamaa	18	2	11 %	3–33 %
Läänemaa	10	4	40 %	17–69 %
Lääne-Virumaa	23	14	61 %	41–78 %
Põlvamaa	16	11	69 %	44–86 %
Pärnumaa	55	18	33 %	22–46 %
Raplamaa	1	0	0 %	0–79 %
Saaremaa	25	13	52 %	33–70 %
Tartumaa	202	90	45 %	38–51 %
Valgamaa	8	3	38 %	14–69 %
Viljandimaa	43	8	19 %	10–33 %
Võrumaa	35	17	49 %	33–64 %
Kokku:	1108	569	51%	48–54%

Neuroloogia indikaator: Esimese kuu jooksul pärast insulti haigestumist taastusravi saanud patsientide osakaal

Sissejuhatus. Taastusravi on näidustatud insuldiga patsientidele võimalikult varakult pärast insulti ning see peab jätkuma seni, kuni patsient on paranemas. Kõikidele patsientidele ei ole taastusravi siiski vajalik (täielikult paranenud ja nendele, kes ei ole akuutravilt lahkumisel veel aktiivseks taastusraviks võimalised).

Indikaator kirjeldab patsientide osakaalu, kes on esimese kuu jooksul pärast insulti haigestumist saanud statsionaarset taastusravi (TTL 8028, 8029). Indikaatori eesmärgiks on seatud 50 %. Riiklikul tasemel on võimalik monitoorida trende ning analüüsida piirkondlikke erinevusi. Võrreldes varasemate perioodidega on loobutud muude taastusravi teenuse koodide kasutamisest analüüsis, sest analüüsi tulemused ei olnud realistlikud.

Tulemuste interpretatsioon. Võrreldes varasemate perioodidega (2015. a ja 2016. a) ei ole otsene võrdlus võimalik. Analüüs toob välja, et taastusravile suunamise osas olid haiglate vahel erinevused. Kesk- ja piirkondlike haiglate osas oli taastusravi kättesaadavus parim ITK-s (42 %), kuid näiteks Pärnu haiglas ja TÜK-is on statsionaarsele taastusravile suunatud vastavalt 10 % ja 12 % patsientidest, mis on ebapiisav. Üldhaiglates ravitud patsientidele oli statsionaarse taastusravi kättesaadavus keskmiselt 3 %, mis võib osaliselt olla seotud sellega, et vastavates haiglates ongi ravil halvema prognoosiga ja taastusraviks mitte sobivad raske insuldiga patsiendid. Samas on ka võimalik (kuid ebatõenäoline), et paranemine on olnud täielik, mistõttu taastusravi vajalik ei ole. On siiski raske uskuda, et Viljandi, Kuressaare, Rakvere, Narva ja mitmete teiste üldhaiglate patsientidest ei vajanudki üle 0–2 % statsionaarset taastusravi.

Rahvusvahelisi võrdlusandmeid on ebapiisavalt, sest indikaatorid ei ole võrreldavad. Sageli hinnatakse otse akuutravi järgselt taastusravile suunatud patsientide osakaalu. Erinevates riikides on kasutusel mitmed taastusravi süsteemid, nii statsionaarne kui ka ambulatoorne taastusravi kergema funktsioonihäirega patsientidele, mistõttu otsene võrdlus ei ole võimalik.

Limitatsioonid. Võrreldes varasemate perioodidega loobuti üksikute tugipersonali (logopeed, füsioterapeut) ambulatoorsete teenuse koodide kasutamisest analüüsis. Võimalik, et mõned üksikud ambulatoorset taastusravi saanud patsiendid on jäid seetõttu analüüsist välja, kuid see ei ole kindlasti valdav, sest ambulatoorset taastusravi kasutatakse Eestis harva.

Kokkuvõte. Taastusravi (kas statsionaarse või ambulatoorse) jätkamine kohe pärast akuutravi lõppu on oluline parema funktsionaalse võimekuse saavutamiseks. Statsionaarse taastusravi kättesaadavus on ebarahuldav (keskmiselt 21 % patsientidest) ja jäi oluliselt alla eesmärgile. Näitajad olid üldiselt paremad kesk- ja piirkondlikes haiglates, millede hulgas oli kättesaadavus halvem TÜK-is ja Pärnu Haiglas. Statsionaarse taastusravi kättesaadavus oli parim Ida-Tallinna Keskhaiglas. Piirkondlike erinevuste põhjused vajavad selgitamist, kuid tõenäoliselt on tegemist väikeste lepingumahtudega väljaspool Tallinna paiknevates taastusravikeskustes, millele tuleb pöörata tähelepanu haigekassa poolt. Taastusravi peab olema kättesaadav kohe pärast akuutravi lõppu ilma ooteagadeta ja peab paiknema võimalikult lähedal patsiendi elukohale.

Koostaja

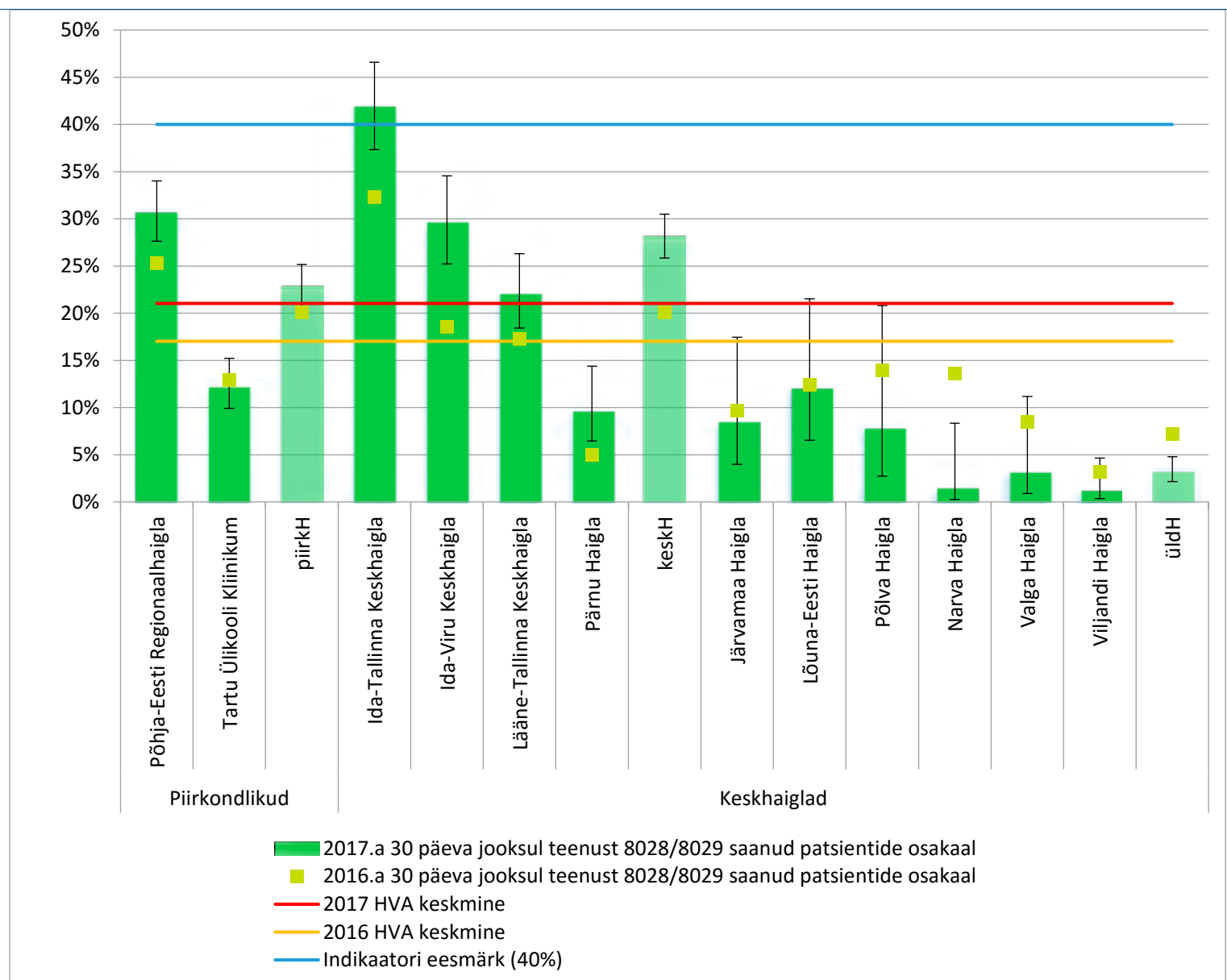
Janika Kõrv, SA Tartu Ülikooli Kliinikum Närvikliinik vanemarst-õppejõud neuroloogia erialal

Kirjandus

1. Guidelines for management of ischaemic stroke and transient ischaemic attack 2008. *Cerebrovasc Dis* 2008;25:457–507.
2. Johnsen SP, Ingeman A, Hundborg HH et al. The Danish Stroke Registry. *Clin Epidemiol* 2016;8:697–702.

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

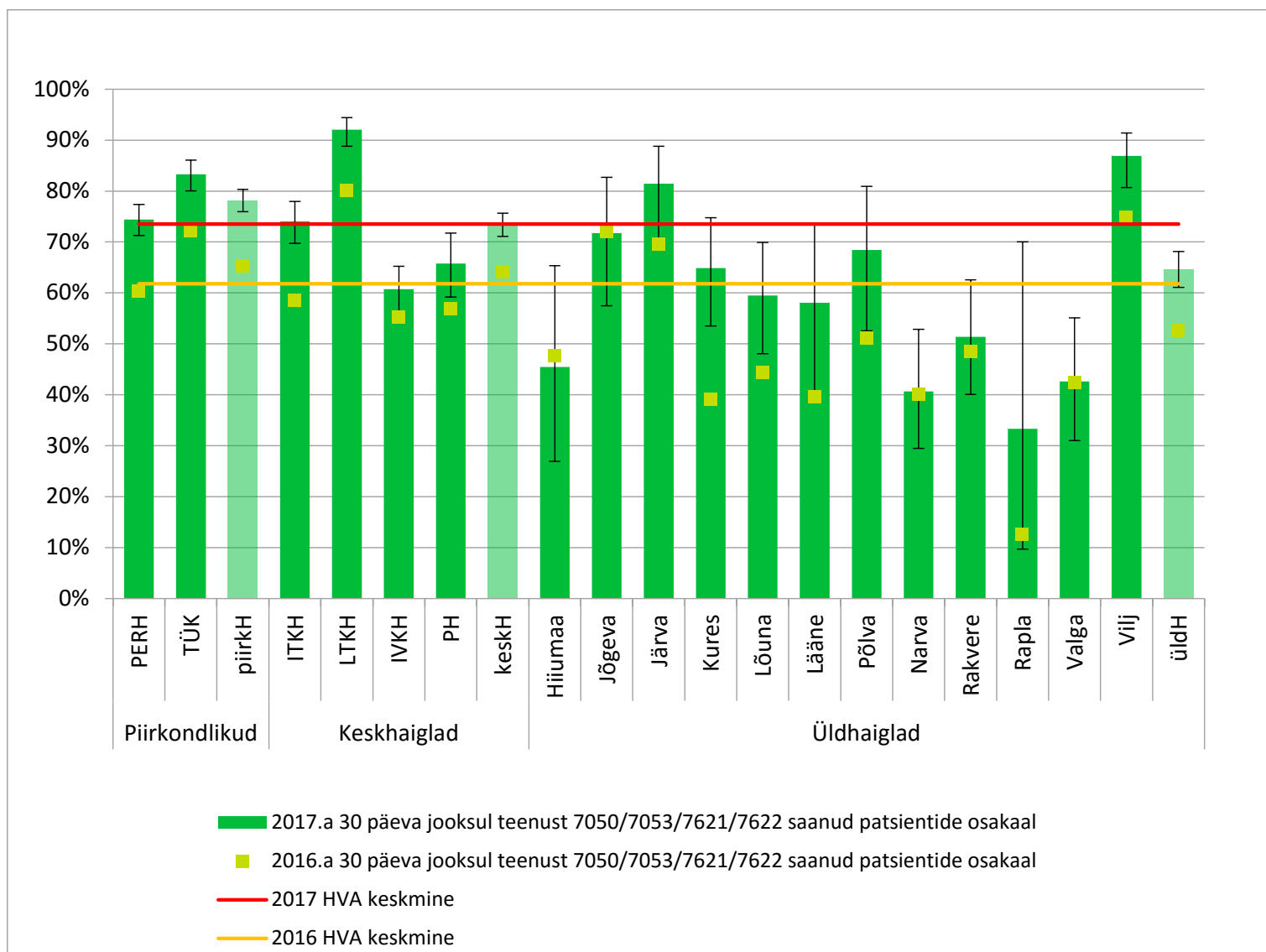
Nimetus	Esimese kuu jooksul pärast insulti haigestumist taastusravi saanud patsientide osakaal.
Andmed	<p><u>Periood</u>: arve algus 01.01.–31.12.2017 <u>Ravitüüp</u>: statsionaarne <u>Põhidiagnoos</u>: I61.0–I61.9 või I63.0–I63.9 <u>Vanus</u>: ≥19 Hospitaliseerimise kuupäev. Taastusravi märges raviarvel (statsionaarne TTL 8028, 8029) Taastusravi alustamise kuupäev.</p> <p>Eesmärk: 50%</p> <p>Indikaatori täpsem kirjeldus on kättesaadav haigekassa kodulehel.</p>
Selgitus	<p>Insuldiga patsientide osakaal, kes on saanud taastusravi esimese kuu jooksul alates hospitaliseerimise kuupäevast.</p> <p>Joonisel 1 on esitatud esimese kuu jooksul pärast insulti haigestumist statsionaarset taastusravi saanud patsientide osakaal (koos usaldusvahemikega) haiglaliikide lõikes ja HVA haiglates kokku.</p> <p>Joonisel 2 on esitatud esimese kuu jooksul pärast insulti haigestumist ambulatoorset taastusravi saanud patsientide osakaal (koos usaldusvahemikega) haiglaliikide lõikes ja HVA haiglates kokku.</p>



Joonis 1. Esimese kuu jooksul pärast insulti haigestumist statsionaarset taastusravi saanud patsientide osakaal

Esimese kuu jooksul pärast insulti haigestumist statsionaarset taastusravi saanud patsientide osakaal

Haiglaliik	Haigla	2017. a ägeda insuldi raviarvete patsientide arv	2017.a 30 päeva jooksul teenust 8028/8029 saanud patsientide arv	2017.a 30 päeva jooksul teenust 8028/8029 saanud patsientide osakaal	95% usaldusvahemik
Piirkondlikud	Põhja-Eesti Regionaalhaigla	794	244	31 %	28–34 %
	Tartu Ülikooli Kliinikum	592	73	12 %	10–15 %
	piirkH	1386	317	23%	21–25%
Keskhaiglad	Ida-Tallinna Keskhaigla	432	181	42 %	37–47 %
	Ida-Viru Keskhaigla	364	108	30 %	25–35 %
	Lääne-Tallinna Keskhaigla	425	94	22 %	18–26 %
	Pärnu Haigla	216	21	10 %	6–14 %
	keskH	1437	404	28%	26–30%
Üldhaiglad	Hiiumaa Haigla	22	0	0 %	0–15 %
	Jõgeva Haigla	46	0	0 %	0–8 %
	Järvamaa Haigla	70	6	9 %	4–17 %
	Kuressaare Haigla	74	0	0 %	0–5 %
	Lõuna-Eesti Haigla	74	9	12 %	7–22 %
	Läänemaa Haigla	31	0	0 %	0–11 %
	Põlva Haigla	38	3	8 %	3–21 %
	Narva Haigla	64	1	2 %	0–8 %
	Rakvere Haigla	72	0	0 %	0–5 %
	Raplamaa Haigla	6	0	0 %	0–39 %
	Valga Haigla	61	2	3 %	1–11 %
	Viljandi Haigla	153	2	1 %	0–5 %
üldH	711	23	3%	2–5%	
	Kokku:	3534	744	21%	20–22%



Joonis 2. Esimese kuu jooksul pärast insulti haigestumist ambulatoorset taastusravi saanud patsientide osakaal

Esimese kuu jooksul pärast insulti haigestumist ambulatoorset taastusravi saanud patsientide osakaal

Haiglaliik	Haigla	2017.a ägeda insuldi raviarvete patsientide arv	2017.a 30 päeva jooksul teenust 7050/7053/7621/7622 saanud patsientide arv	2017.a 30 päeva jooksul teenust 7050/7053/7621/7622 saanud patsientide osakaal	95% usaldusvahemik
Piirkondlikud	PERH	794	591	74 %	71–77 %
	TÜK	592	493	83 %	80–86 %
	piirkH	1386	1084	78%	76–80%
Keskhaiglad	ITKH	432	320	74 %	70–78 %
	LTKH	364	335	92 %	89–94 %
	IVKH	425	258	61 %	56–65 %
	PH	216	142	66 %	59–72 %
	keskH	1437	1055	73%	71–76%
Üldhaiglad	Hiiumaa	22	10	45 %	27–65 %
	Jõgeva	46	33	72 %	57–83 %
	Järva	70	57	81 %	71–89 %
	Kures	74	48	65 %	54–75 %
	Lõuna	74	44	59 %	48–70 %
	Lääne	31	18	58 %	41–74 %
	Põlva	38	26	68 %	53–81 %
	Narva	64	26	41 %	29–53 %
	Rakvere	72	37	51 %	40–63 %
	Rapla	6	2	33 %	10–70 %
	Valga	61	26	43 %	31–55 %
	Vilj	153	133	87 %	81–91 %
	üldH	711	460	65%	61–68%
Kokku:	3534	2599	74%	72–75%	

Psühhiaatria indikaator: Skisofreeniahaigete suitsiidid esimese diagnoosiaasta jooksul

Sissejuhatus. Suitsiidi eluaegne esinemissagedus skisofreeniahaigetel on umbes 10 korda kõrgem kui üldpopulatsioonis (1,2). Risk on eriti kõrge esmase haigusepisoodiga patsientide hulgas ja aja jooksul väheneb (3–5). Erinevaid populatsioone ja meetodeid kasutavate uuringute tulemuste põhjal (6,7) on leitud suurem suitsiidi tõttu 4–5 % (6–8). See number on oluliselt suurem kui üldpopulatsioonis (8,9).

Tulemuste interpretatsioon. Esimese diagnoosiaasta suitsiidid 0,5 % populatsioonist vastab parimatele vastavatele rahvusvahelistele näitajatele. Vaimse tervise süsteemi tõhustades on võimalik suitsiide skisofreeniahaigete hulgas vähendada.

Limitatsioonid. Kuna patsientide arv on väike, siis on vajalik antud indikaatorit jälgida järgmistel aastatel dünaamiliselt.

Kokkuvõte. Suitsiidide esinemissagedus 0,5 % esimesel diagnoosiaastal on võrreldav parimate vastavate rahvusvaheliste näitajatega.

Koostajad

Peeter Jaanson, Eesti Psühhiaatrie Selts

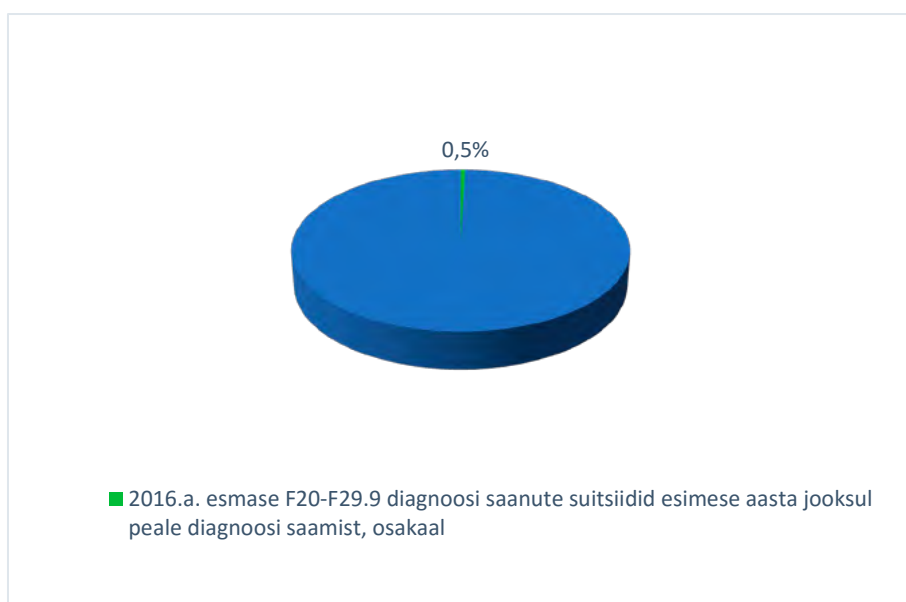
Sven Janno, SA Tartu Ülikooli Kliinikum psühhiaatria kliiniku juhataja

Kirjandus

1. Carlborg A, Winnerbäck K, Jönsson EG et al. Suicide in schizophrenia. *Expert Rev Neurother* 2010;10:1153–1164.
2. Baxter D, Appleby L. Case register study of suicide risk in mental disorders. *Br J Psychiatry* 1999;175:322–326.
3. Osby U, Correia N, Brandt L et al. Mortality and causes of death in schizophrenia in Stockholm county, Sweden. *Schizophr Res* 2000;45:21–28.
4. Barak Y, Baruch Y, Achiron A et al. Suicide attempts of schizophrenia patients: a case–controlled study in tertiary care. *J Psychiatr Res* 2008;42:822–826.
5. Heilä H, Haukka J, Suvisaari J et al. Mortality among patients with schizophrenia and reduced psychiatric hospital care. *Psychol Med* 2005;35:725–732.
6. Hor K, Taylor M. Suicide and schizophrenia: a systematic review of rates and risk factors. *J Psychopharmacol* 2010;24:81–90.
7. Gómez–Durán EL, Martín–Fumadó C, Hurtado–Ruíz G. Clinical and epidemiological aspects of suicide in patients with schizophrenia. *Actas Esp Psiquiatr*. 2012;40:333–345.
8. Palmer BA, Pankratz VS, Bostwick JM. The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a reexamination. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62:247–253.
9. Saha S, Chant D, McGrath J. A systematic review of mortality in schizophrenia: is the differential mortality gap worsening over time? *Arch Gen Psychiatry* 2007;64:1123–1131.

PSÜHHIAATRIA INDIKAATOR: SKISOFREENIAHAIGETE SUITSIIDID ESIMISE DIAGNOOSIAASTA JOOKSUL

Nimetus	Skisofreeniahaigete suitsiidid esimese diagnoosiaasta jooksul.
Andmed	<p>Periood: arve algus 01.01.–31.12.2017 Ravitüüp: statsionaarne Põhidiagnoos: esmane F20–F29 Surma kuupäev</p> <p>Esmase diagnoosiga patsient – raviarvel märge põhidiagnoos “+” ehk esmane ja isikutele tehtud täiendav kontroll eelnevate aastatega, et ei oleks varasemalt (indikaatori aastale eelnenud aastatel (al. 2004.a.)) samuti põhidiagnoosiga F20–F29 raviarvet.</p>
Selgitus	<p>Indikaator kirjeldab esimese aasta jooksul peale diagnoosi saamist suitsiidi sooritanud patsientide hulka.</p> <p>Joonisel on esitatud esimese aasta jooksul pärast diagnoosi saamist suitsiidi sooritanud patsientide hulk.</p>



Esimese aasta jooksul pärast diagnoosi saamist suitsiidi sooritanud patsientide hulk

2016.a. esmase F20-F29.9 diagnoosi saanud patsientide arv	Skisofreeniahaigete surmad esimese aasta jooksul (2016-2017) peale diagnoosi saamist	Skisofreeniahaigete surmad esimese aasta jooksul (2016-2017) peale diagnoosi saamist, osakaal	2016.a. esmase F20-F29.9 diagnoosi saanute suitsiidid esimese aasta jooksul peale diagnoosi saamist	2016.a. esmase F20-F29.9 diagnoosi saanute suitsiidid esimese aasta jooksul peale diagnoosi saamist, osakaal	95% usaldusvahemik
431	18	4%	2	0,5%	0,1-1,7%

Psühhiaatria indikaator: Skisofreeniahaiged, kes kasutavad antipsühhootilist ravi haiglaväliselt

Sissejuhatus. Antipsühhootikumide järjepidev kasutamine on kriitilise tähtsusega skisofreenia ägenemise ärahoidmisel (1). On leitud, et ravist loobumisel on haiguse ägenemise risk kuu aja jooksul 11 %, kuid ravi järgimisel 3,5 % (2,3).

Halb ravisoostumus võib skisofreenia patsientidel tuua kaasa haiguse ägenemise, haiglaravi vajaduse ning üldise elukvaliteedi languse ja suitsiidiriski suurenemise (4,5).

Tulemuste interpretatsioon. Tegemist on protsessi indikaatoriga, mis näitab kui tõhus on patsiendi antipsühhootiline toetusravi haiglaväliselt. Antud tulemus retseptiravimite osas näitas, et 75 % patsientidele määrati antipsühhootiline ravi vähemalt üle 8 kuu aastas. Heaks võib pidada tulemust selles osas, et 68 % patsientidest ostis ravimi välja, st nende patsientide hulgas oli suur tõenäosus, et nad tarvitasid toetusravi. Teise osa toetusravi ehk nn teenusepõhise depooravi osakaal oli 2 %. Skisofreenia ägenemiste vältimiseks on oluline suurendada raviga kaetud päevade hulka aastas, mis on võimalik depooravi osakaalu suurendamisega (26 % pöördunud patsientidest, kes ei osta neile määratud toetusravi retsepte välja ja ei tarvita ravimeid).

Limitatsioonid. Analüüs ei toonud võrdlusena välja ravimitena kasutatavate depooantipsühhootikumide osakaalu. Ravi järjepidevust ei saa hinnata isikutel, kes said elus esmakordse skisofreenia diagnoosi. Neid isikuid võib olla antud populatsioonist kuni 4 %.

Kokkuvõte. Antipsühhootilist toetusravi retseptiravimitega sai ca 68 % patsientidest, mis on hea tulemus. Depooravi kasutamisel on võimalikuks lisakontingendiks 26 % pöördunud patsientidest, kes ei osta neile määratud toetusravi retsepte välja ja ei tarvita ravimeid.

Koostajad

Peeter Jaanson, Eesti Psühhiaatrite Selts

Sven Janno, SA Tartu Ülikooli Kliinikum psühhiaatria kliiniku juhataja

Kirjandus

1. National Institute for Health and Care Excellence. Psychosis and schizophrenia in adults: treatment and management: NICE clinical guideline 178. 2014. (<http://www.nice.org.uk/guidance/cg178>).
2. Möller HJ. Non-neuroleptic approaches to treating negative symptoms in schizophrenia. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2004;254:108–16.
3. Tiihonen J, Wahlbeck K, Lonnqvist J et al. Effectiveness of antipsychotic treatments in a nationwide cohort of patients in community care after first hospitalisation due to schizophrenia and schizoaffective disorder: observational follow-up study. BMJ 2006;333:224.
4. David AS, Adams C. Depot antipsychotic medication in the treatment of patients with schizophrenia: (1) meta-review; (2) patient and nurse attitudes. Health Technol Assess 2001;5.
5. Barnes TRE, Schizophrenia Consensus Group of the British Association for Psychopharmacology. Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of schizophrenia: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. J Psychopharmacol 2011;25:567–620.

PSÜHHIAATRIA INDIKAATOR: SKISOFREENIAHAIGED, KES KASUTAVAD ANTIPSÜHHOOTILIST RAVI HAIGLAVÄLISELT

Nimetus	Skisofreeniahaiged, kellele on välja kirjutatud ja kes kasutavad haiglaväliselt (on retseptid välja ostnud või käivad depooravimit süstimas) antipsühhootilist toetusravi.
Andmed	<p><u>Periood</u>: arve algus 01.01.–31.12.2016 <u>Põhidiagnoos</u>: F20–F29 <u>Psühhiaatriline raviteenus</u>: psühhiaater: 3004, 3031, 3032, 3033, 3100; vaimse tervise õde: 3015. Statsionaarne ravi: 2065, 2058, 2060</p> <p><u>Antipsühhootilise toetusravi raviarve algus</u>: 01.01.2016–31.12.2016 Ravi süstitava tüüpilise antipsühhootikumi depooormiga, 4–nädalane ravikuur (TTL 219R) vähemalt kaheksa korda. Ravi süstitava atüüpilise antipsühhootikumi depooormiga, 4–nädalane ravikuur (TTL 492R) vähemalt kaheksa korda. Antipsühhootiline ravi ATC koodiga N05AA, N05AB, N05AC, N05Ad, N05AE, N05AF, N05AG, N05AH, N05AL, N05AX vähemalt 4 retsepti või rohkem.</p> <p>Indikaatori täpsem kirjeldus on kättesaadav haigekassa kodulehel.</p>
Selgitus	<p>Skisofreeniahaiged, kellele on välja kirjutatud ja kes kasutavad haiglaväliselt (on retseptid välja ostnud või käivad depooravimit süstimas) antipsühhootilist toetusravi.</p> <p>Tabelis 1 on esitatud patsientide osakaal, kellel on välja kirjutatud ja kasutavad haiglaväliselt antipsühhootilist toetusravi vähemalt kaheksa korda.</p> <p>Joonisel 1 on esitatud patsientide osakaal, kellele on välja kirjutatud ja välja ostetud antipsühhootilist toetusravi vähemalt 4 retsepti.</p>

Tabel 1. Patsientide osakaal, kellel on välja kirjutatud ja kasutavad haiglaväliselt antipsühhootilist toetusravi vähemalt kaheksa korda

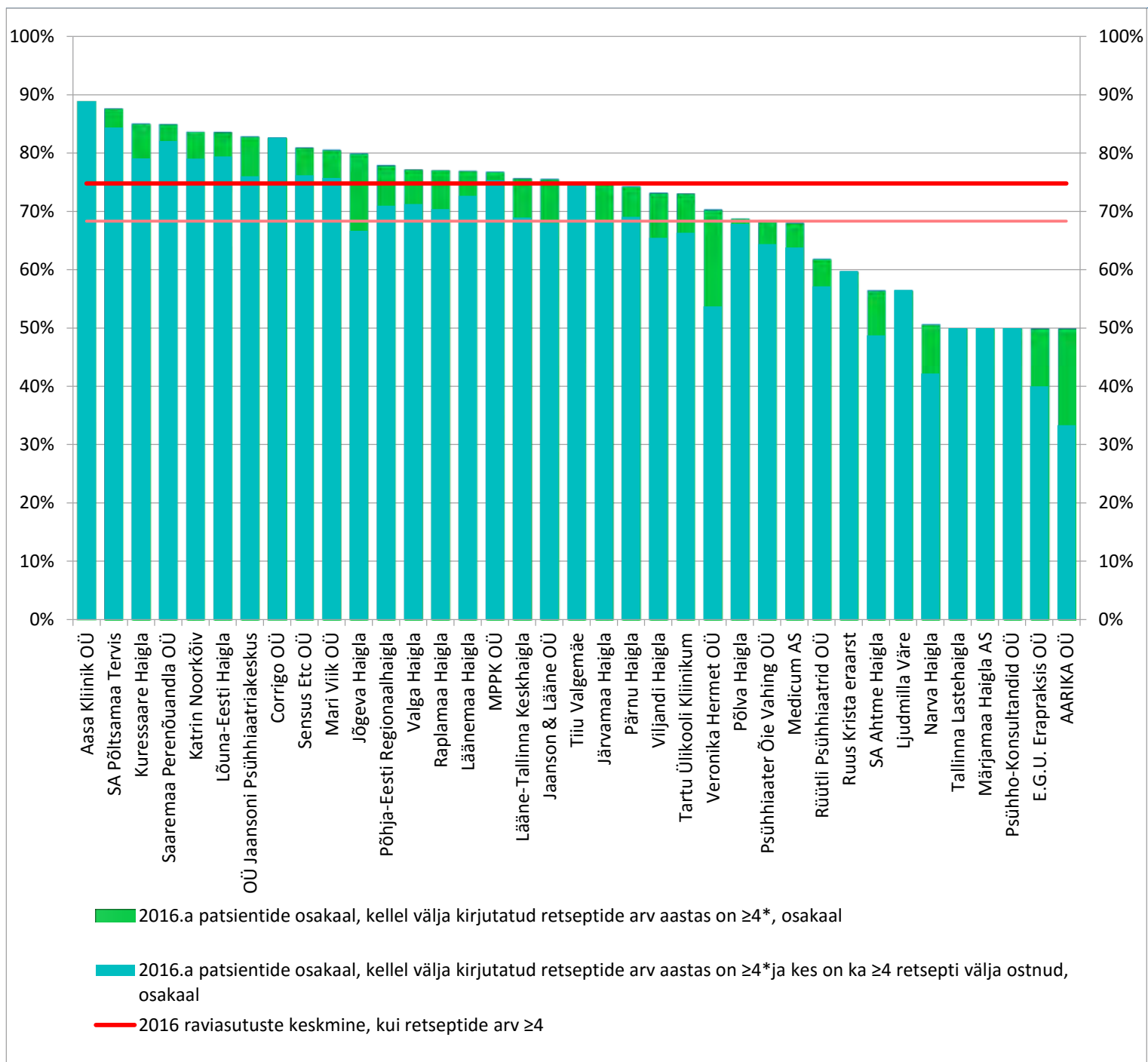
Haiglaliik	Haigla	2016.a patsientide arv aasta esimese psühhiaatrilise raviteenuse osutajaga	2016.a patsientide arv, kellel aasta teenuste kordade arv on $\geq 8^*$	2016.a patsientide osakaal, kellel aasta teenuste kordade arv on $\geq 8^*$, osakaal	95% usaldusvahemik
Piirkondlikud	Põhja-Eesti Regionaalhaigla	3272	78	2%	2–3%
	Tartu Ülikooli Kliinikum	1072	62	6%	5–7%
	Tallinna Lastehaigla	4	0	0%	0–49%
	piirkH	4348	140	3%	3–4%
Keskhaiglad	Lääne-Tallinna Keskhaigla	103	0	0%	0–4%
	Pärnu Haigla	417	13	3%	2–5%
	keskH	520	13	3%	1–4%
Üldhaiglad	Jõgeva Haigla	15	0	0%	0–20%
	Järvamaa Haigla	88	0	0%	0–4%
	Kuressaare Haigla	134	0	0%	0–3%
	Lõuna-Eesti Haigla	141	18	13%	8–19%
	Läänemaa Haigla	139	0	0%	0–3%
	Narva Haigla	282	1	0%	0–2%
	Põlva Haigla	109	0	0%	0–3%
	Raplamaa Haigla	179	0	0%	0–2%
	Valga Haigla	101	0	0%	0–4%
	Viljandi Haigla	333	2	1%	0–2%
	üldH	1521	21	1%	1–2%
Kokku:		6389	174	3%	2–3%
HVA välised teenuseosutajad	AARIKA OÜ	6		0%	0–39%
	Aasa Kliinik OÜ	90		0%	0–4%
	Adeli Eesti OÜ	1		0%	0–79%
	Benita Kodu AS	1		0%	0–79%
	Corrigo OÜ	46		0%	0–8%
	E.G.U. Erapraksis OÜ	10		0%	0–28%
	Jaanson & Lääne OÜ	316	3	1%	0–3%
	Joonase Nõuandla OÜ	1		0%	0–79%
	Katrin Noorkõiv	43		0%	0–8%
	Ljudmilla Väre	23		0%	0–14%
	Mari Viik OÜ	165		0%	0–2%
	Medicum AS	47		0%	0–8%
	Merike Alas OÜ	5		0%	0–43%
	MPPK OÜ	69	1	1%	0–8%
	Märjamaa Haigla AS	2		0%	0–66%
	OÜ Ambromed Grupp	4		0%	0–49%

Jätkub

*Teenused on olnud aasta jooksul peale patsiendi aasta esimest psühhiaatrilise raviteenusega raviarvet (arvestus raviarve lõpust)

Haiglaliik	Haigla	2016.a patsientide arv aasta esimese psühhiaatrilise raviteenuse osutajaga	2016.a patsientide arv, kellel aasta teenuste kordade arv on $\geq 8^*$	2016.a patsientide osakaal, kellel aasta teenuste kordade arv on $\geq 8^*$, osakaal	95% usaldusvahemik
	OÜ Jaanson Psühhiaatriakeskus	146	4	3 %	1–7 %
	Psühhiaater Kadri Varrand- Kukk.	2		0 %	0–66 %
	Psühhiaater Õie Vahing OÜ	73	1	1 %	0–7 %
	Psühho-Konsultandid OÜ	2		0 %	0–66 %
	PureMind OÜ	6		0 %	0–39 %
	Ruus Krista eraarst	77	1	1 %	0–7 %
	Rüütli Psühhiaatrid OÜ	21		0 %	0–15 %
	SA Ahtme Haigla	548		0 %	0–1 %
	SA Lõhavere Ravi- ja Hooldekeskus	1		0 %	0–79 %
	SA Põltsamaa Tervis	186		0 %	0–2 %
	Saaremaa Perenõuandla OÜ	173		0 %	0–2 %
	Sensus Etc OÜ	21		0 %	0–15 %
	Tiiu Tandre OÜ	110		0 %	0–3 %
	Tiiu Valgemäe	4		0 %	0–49 %
	Veronika Hermet OÜ	54		0 %	0–7 %
	Viru Haigla AS	1		0 %	0–79 %
Kokku:		2254	10	0%	0–1%
Kokku:		8643	184	2%	2–2%

*Teenused on olnud aasta jooksul peale patsiendi aasta esimest psühhiaatrilise raviteenusega raviarvet (arvestus raviarve lõpust)



Joonis 1. Patsientide osakaal, kellele on välja kirjutatud ja välja ostetud antipsühhootilist toetusravi vähemalt 4 retsepti

Haiglaliik	Haigla	2016.a patsientide arv aasta esimese psühhiaatrilise ravi teenuse osutajaga	2016.a patsientide arv, kellel välja kirjutatud retseptide arv aastas on $\geq 4^*$	2016.a patsientide osakaal, kellel välja kirjutatud retseptide arv aastas on $\geq 4^*$, osakaal	2016.a patsientide arv, kellel välja kirjutatud retseptide arv aastas on $\geq 4^*$ ja kes on ka ≥ 4 retsepti välja ostnud	2016. a patsientide osakaal, kellel välja kirjutatud retseptide arv aastas on $\geq 4^*$ ja kes on ka ≥ 4 retsepti välja ostnud, osakaal
Piirkondlikud	Põhja-Eesti Regionaalhaigla	3272	2552	78 %	2323	71 %
	Tartu Ülikooli Kliinikum	1072	784	73 %	711	66 %
	Tallinna Lastehaigla	4	2	50 %	2	50 %
	piirkH	4348	3338	77%	3036	70%
Keskhaiglad	Lääne-Tallinna Keskhaigla	103	78	76 %	71	69 %
	Pärnu Haigla	417	310	74 %	288	69 %
	keskH	520	388	75%	359	69%
Üldhaiglad	Jõgeva Haigla	15	12	80 %	10	67 %
	Järvamaa Haigla	88	66	75 %	60	68 %
	Kuressaare Haigla	134	114	85 %	106	79 %
	Lõuna-Eesti Haigla	141	118	84 %	112	79 %
	Läänemaa Haigla	139	107	77 %	101	73 %
	Narva Haigla	282	143	51 %	119	42 %
	Põlva Haigla	109	75	69 %	74	68 %
	Raplamaa Haigla	179	138	77 %	126	70 %
	Valga Haigla	101	78	77 %	72	71 %
	Viljandi Haigla	333	244	73 %	218	65 %
üldH	1521	1095	72%	998	66%	
Kokku:		6389	4821	75%	4393	69%
HVA välised teenuseosutajad	AARIKA OÜ	6	3	50 %	2	33 %
	Aasa Kliinik OÜ	90	80	89 %	80	89 %
	Adeli Eesti OÜ	1	0	0 %	0	0 %
	Benita Kodu AS	1	1	100 %	1	100 %
	Corrigo OÜ	46	38	83 %	38	83 %
	E.G.U. Erapraxis OÜ	10	5	50 %	4	40 %
	Jaanson & Lääne OÜ	316	239	76 %	215	68 %
	Joonase Nõuandla OÜ	1	1	100 %	1	100 %
	Katrin Noorkõiv	43	36	84 %	34	79 %
	Ljudmilla Väre	23	13	57 %	13	57 %
	Mari Viik OÜ	165	133	81 %	125	76 %
	Medicum AS	47	32	68 %	30	64 %
	Merike Alas OÜ	5	5	100 %	5	100 %
	MPPK OÜ	69	53	77 %	52	75 %
	Märjamaa Haigla AS	2	1	50 %	1	50 %
OÜ Ambromed Grupp	4	0	0 %	0	0 %	

Jätub

*Retseptid on välja kirjutatud aasta jooksul peale patsiendi aasta esimest psühhiaatrilise ravi teenusega raviarvet (arvestus raviarve lõpust)

Haiglaliik	Haigla	2016.a patsientide arv aasta esimese psühhiaatrilise ravi-teenuse osutajaga	2016.a patsientide arv, kellel välja kirjutatud retseptide arv aastas on $\geq 4^*$	2016.a patsientide osakaal, kellel välja kirjutatud retseptide arv aastas on $\geq 4^*$, osakaal	2016.a patsientide arv, kellel välja kirjutatud retseptide arv aastas on $\geq 4^*$ ja kes on ka ≥ 4 retsepti välja ostnud	2016. a patsientide osakaal, kellel välja kirjutatud retseptide arv aastas on $\geq 4^*$ ja kes on ka ≥ 4 retsepti välja ostnud, osakaal
HVA väli- sed teenu- seosutajad	OÜ Jaanson Psühhiaatriakeskus	146	121	83 %	111	76 %
	Psühhiaater Kadri Varrand- Kukk.	2	0	0 %	0	0 %
	Psühhiaater Õie Vahing OÜ	73	50	68 %	47	64 %
	Psühho-Konsultandid OÜ	2	1	50 %	1	50 %
	PureMind OÜ	6	6	100 %	4	67 %
	Ruus Krista eraarst	77	46	60 %	46	60 %
	Rüütli Psühhiaatrid OÜ	21	13	62 %	12	57 %
	SA Ahtme Haigla	548	310	57 %	267	49 %
	SA Lõhavere Ravi- ja Hooldekeskus	1	1	100 %	1	100 %
	SA Põltsamaa Tervis	186	163	88 %	157	84 %
	Saaremaa Perenõuandla OÜ	173	147	85 %	142	82 %
	Sensus Etc OÜ	21	17	81 %	16	76 %
	Tiiu Tandre OÜ	110	85	77 %	76	69 %
	Tiiu Valgemäe	4	3	75 %	3	75 %
	Veronika Hermet OÜ	54	38	70 %	29	54 %
	Viru Haigla AS	1	1	100 %	1	100 %
Kokku:		2254	1642	73%	1514	67%
Kokku:		8643	6463	75%	5907	68%

*Retsepid on välja kirjutatud aasta jooksul peale patsiendi aasta esimest psühhiaatrilise ravi-teenusega raviarvet (arvestus raviarve lõpust)

Psühhiaatria indikaator: Esmase skisofreeniahaige pere kaasamine raviprotsessi esimese 12 kuu jooksul

Sissejuhatus. Esmase psühhoosipatsiendi ravi tulemuslikkuse seisukohalt on tähtis patsiendi nõusolekul pere kaasamine raviprotsessi. Uuringud näitavad, et perede kaasamine aitab vähendada rehospitalseerimise riski ning samuti sümptomite raskust (1). Perekonda kaasavad sekkumised peaksid toimuma vähemalt 3–12 kuu jooksul (2,3).

Tulemuste interpretatsioon. Tegemist on protsessi indikaatoriga, mis näitab, kui tõhus on patsiendi pere kaasatus raviprotsessi. Pereteraapia kättesaadavus esmase psühhoosi patsientidele on vähene, piirdudes enamuses juhtudest vaid piirkondlike haiglatega, kus kaasatus on 8%. USA-s on vastav näitaja 17% parimates integreeritud praktikates (4). Ilmselt on protsessis suurimaks probleemiks kliiniliste psühholoogide väljaõppe rahastamine ja töökorraldus.

Limitatsioonid. Antud indikaator ei võimalda hinnata patsientide hulka, kellel puudub võrgustik või kes ei soovi pere kaasatust.

Kokkuvõte. Pere kaasamine esmase psühhoosi patsientide raviprotsessi on vähene ja vajab olulist tõhustamist.

Koostajad

Peeter Jaanson, Eesti Psühhiaatrite Selts

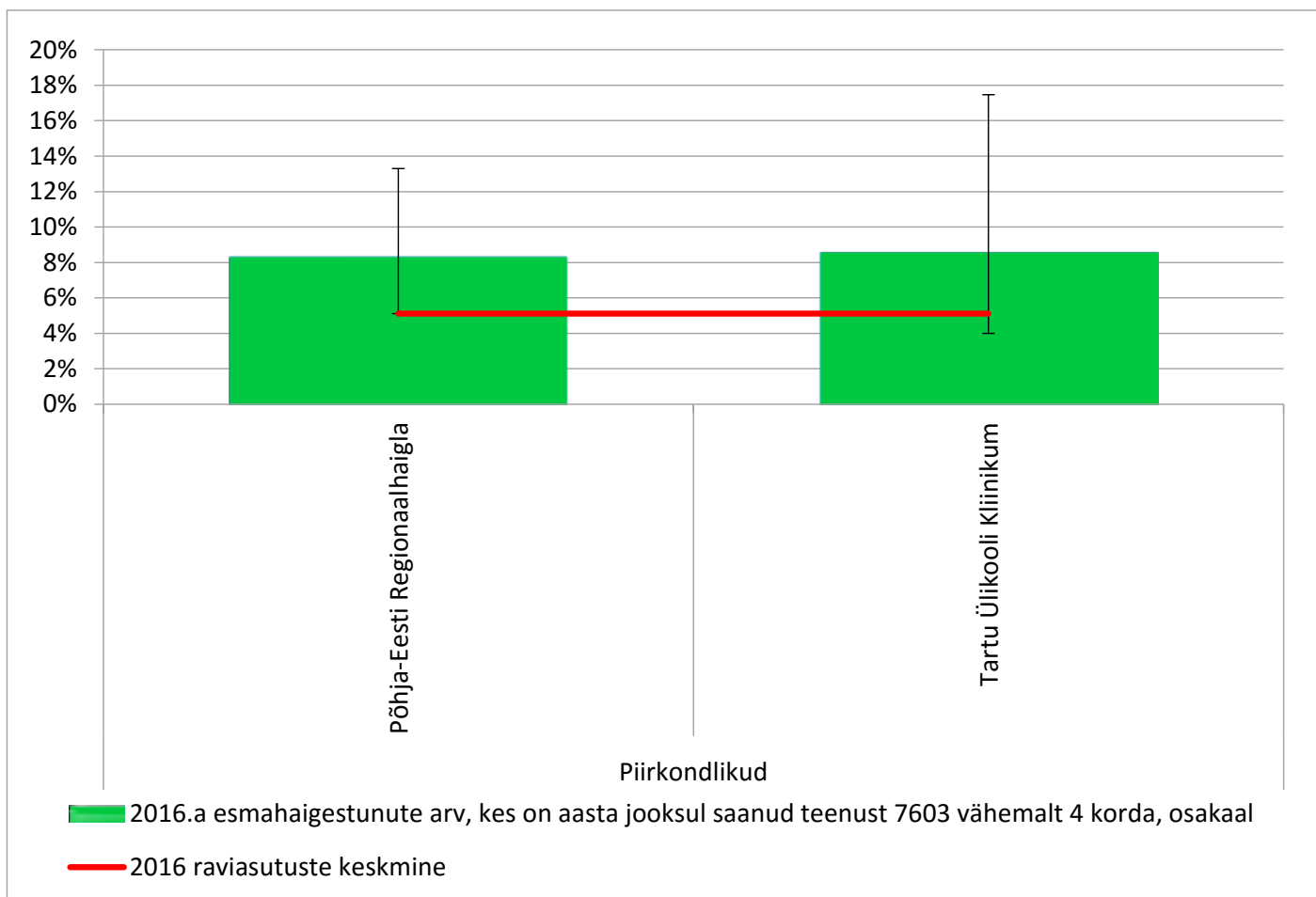
Sven Janno, SA Tartu Ülikooli Kliinikum psühhiaatria kliiniku juhataja

Kirjandus

1. National Institute for Health and Care Excellence. Psychosis and schizophrenia in adults: treatment and management: NICE clinical guideline 178. 2014. (<http://www.nice.org.uk/guidance/cg178>).
2. McEwan K, Goldner EM. Accountability and performance indicators for mental health services and supports: a resource kit. Ottawa, Government Services Canada, 2000.
3. Pitschel-Walz G. Motivation zur teilnahme an psychoedukativen angehörigengruppen. In: Bäuml J, Walz P, editors. Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen. Stuttgart: Schattauer (2008). p. 93–106.
4. Huff ED. Outpatient utilization patterns and quality outcomes after first acute episode of mental health hospitalization: Is some better than none, and is more service associated with better outcomes? Evaluation & the Health Professions 2000;23:441–456. doi:10.1177/01632780022034714.

PSÜHHIAATRIA INDIKAATOR: ESMASE SKISOFREENIAHAIGE PERE KAASAMINE RAVIPROTSSESI ESIMESE 12 KUU JOOKSUL

Nimetus	Esmase skisofreeniahaige pere kaasamine raviprotsessi esimese 12 kuu jooksul.
Andmed	<p><u>Periood:</u> arve algus 01.01.–31.12.2016 Põhidiagnoos: esmane F20–F29 Pereteraapia seansse (TTL 7603) 12 kuu jooksul vähemalt neli korda. Teenuse arve algus: 01.01.–31.12.2017</p> <p>Arvestuse algus: isiku aasta kõige esimese esmase põhidiagnoosiga raviarve lõpust teenuse saamine 12 kuu jooksul (≤365 päeva jooksul). Esmase diagnoosiga patsient– raviarvel märges põhidiagnoos “+” ehk esmane ja isikutele tehtud täiendav kontroll eelnevate aastatega, et ei oleks varasemalt (indikaatori aastale eelnenud aastatel (al. 2004. a)) samuti põhidiagnoosiga F20–F29 raviarvet.</p> <p>Indikaatori täpsem kirjeldus on kättesaadav haigekassa kodulehel.</p>
Selgitus	<p>Esimese diagnoosiaasta skisofreeniahaige pere kaasamine raviprotsessi esimese 12 kuu jooksul.</p> <p>Joonisel on esitatud esmahaigestunute osakaal (koos usaldusvahemikega), kelle pere on kaasatud raviprotsessi esimese 12 kuu jooksul.</p>



Esmahaigestunute osakaal, kelle pere on kaasatud raviprotsessi esimese 12 kuu jooksul

Esmahaigestunute osakaal, kelle pere on kaasatud raviprotsessi esimese 12 kuu jooksul

Haiglaliik	Haigla	2016.a esmahaigestunute arv aasta esimese esmase raviarve asutusega	2016.a esmahaigestunute arv, kes on aasta jooksul saanud teenust 7603 vähemalt 4 korda	2016.a esmahaigestunute arv, kes on aasta jooksul saanud teenust 7603 vähemalt 4 korda, osakaal	95% usaldusvahemik
Piirkondlikud	Põhja-Eesti Regionaalhaigla	180	15	8 %	5–13 %
	Tartu Ülikooli Kliinikum	70	6	9 %	4–17 %
	Tallinna Lastehaigla	2	0	0 %	0–66 %
	piirkH	252	21	8%	6–12%
Keskhaiglad	Ida-Tallinna Keskhaigla	3	0	0 %	0–56 %
	Lääne-Tallinna Keskhaigla	11	0	0 %	0–26 %
	Ida-Viru Keskhaigla	1	0	0 %	0–79 %
	Pärnu Haigla	26	0	0 %	0–13 %
	keskH	41	0	0%	0–9%
Üldhaiglad	Jõgeva Haigla	2	0	0 %	0–66 %
	Järvamaa Haigla	3	0	0 %	0–56 %
	Kuressaare Haigla	12	0	0 %	0–24 %
	Lõuna-Eesti Haigla	5	0	0 %	0–43 %
	Läänemaa Haigla	2	0	0 %	0–66 %
	Narva Haigla	11	0	0 %	0–26 %
	Põlva Haigla	1	0	0 %	0–79 %
	Rakvere Haigla	1	1	100 %	21–100 %
	Raplamaa Haigla	4	0	0 %	0–49 %
	Viljandi haigla	20	0	0 %	0–16 %
üldH	61	1	2%	0–9%	
Kokku:		353	21	6 %	4–9 %
HVA välised teenuseosutajad	Ahtme Haigla	32	0	0 %	0–11 %
	HVA välised	77	0	0%	0–5%
Kokku:		431	22	5%	3–8%

Psühhiaatria indikaator: Skisofreeniahaigete rehospitaliseerimine psüühilise seisundi halvenemise tõttu 30 päeva jooksul peale eelnevat haiglaravi.

Sissejuhatus. Kirjanduse andmetel rehospitaliseeritakse 30 päeva jooksul peale haiglaravi 5,5–20 % skisofreeniahaigetest (1–7). Riskifaktoriteks on noorem iga, ohtlik käitumine, vähene peretoetus, aktiivse psüühhoosi püsimine haiglast lahkumisel, varasem korduv hospitaliseerimine (8), aga ka komorbiidsus ja toimetulekuks vajalike ressursside ja toetuse puudumine (9,10). Erakorraline rehospitaliseerimine 30 päeva jooksul peale haiglaravi skisofreenia diagnoosiga haigetel on indikaator, mida varasemalt kasutati haiglaravi kvaliteedi näitajana, kuid tulenevalt haiglavoodite vähendamisest ja haiglaravi olulisest lühenemisest, peegeldab see järjest enam ambulatoorse ravi kvaliteeti ja kogu vaimse tervise teenuste süsteemi tõhusust (5–8).

Tulemuste interpretatsioon. Tulemust 15 % erakorralisi rehospitaliseerimisi 30 päeva jooksul peale eelmist haiglaravi võib pidada heaks tulemuseks. Kirjanduse andmetel kõigub see 5,5 kuni 20 %, näiteks Rootsis oli see näitaja 2010. aastal 17 %, USA-s parimates praktikates 18 %. Akuutravi osutavate haiglate tulemus on suhteliselt ühtlane, jäädes 10–16 % vahemikku.

Limitatsioonid. Patsient võib 30 päeva jooksul peale ühest haiglast väljakirjutamist sattuda teise akuutravi osutavasse haiglasse, seega ei pruugi see indikaator näidata ühe haigla ravikvaliteeti.

Kokkuvõte. Erakorraline rehospitaliseerimine 30 päeva jooksul peale eelmist haiglaravi akuutravi osutavate haiglate võrdluses on suhteliselt ühtlane, jääb keskmiselt 15 % piiresse. Tulemus on hea, kuid ilmselt on võimalik vaimse tervise teenuste süsteemi tõhustamisel antud näitajat viia 12 %-ni.

Koostajad

Peeter Jaanson, Eesti Psühhiaatrite Selts

Sven Janno, SA Tartu Ülikooli Kliinikum psühhiaatria kliiniku juhataja

Kirjandus

1. Bevan S, Gulliford J, Steadman K, Taskila T, Thomas R, Moise A. Working with schizophrenia: pathways to employment, recovery & inclusion. Lancaster: The Work Foundation (UK). 2013.
2. Davidson M, Kapara O, Goldberg S, Yoffe R, Noy S, Weiser M. A nation-wide study on the percentage of schizophrenia and bipolar disorder patients who earn minimum wage or above. Schizophrenia Bulletin 2016;42:443–447.
3. Marwaha S, Johnson S, Bebbington P, Stafford M, Angermeyer M, Brugha T, Azorin J, Kilian R, Hansen K, Toumi M. Rates and correlates of employment in people with schizophrenia in the UK, France and Germany. British Journal of Psychiatry 2007;191:30–37.
4. Evensen S, Wisløff T, Lystad J, Bull H, Ueland T, Falkum E. Prevalence, employment rate and cost of schizophrenia in a high-income welfare society: a population-based study using comprehensive health and welfare registers. Schizophrenia Bulletin 2016;42:76–483.
5. Improving quality measurement and data collection for mental health, OECD 2014, 144–146, <http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/>

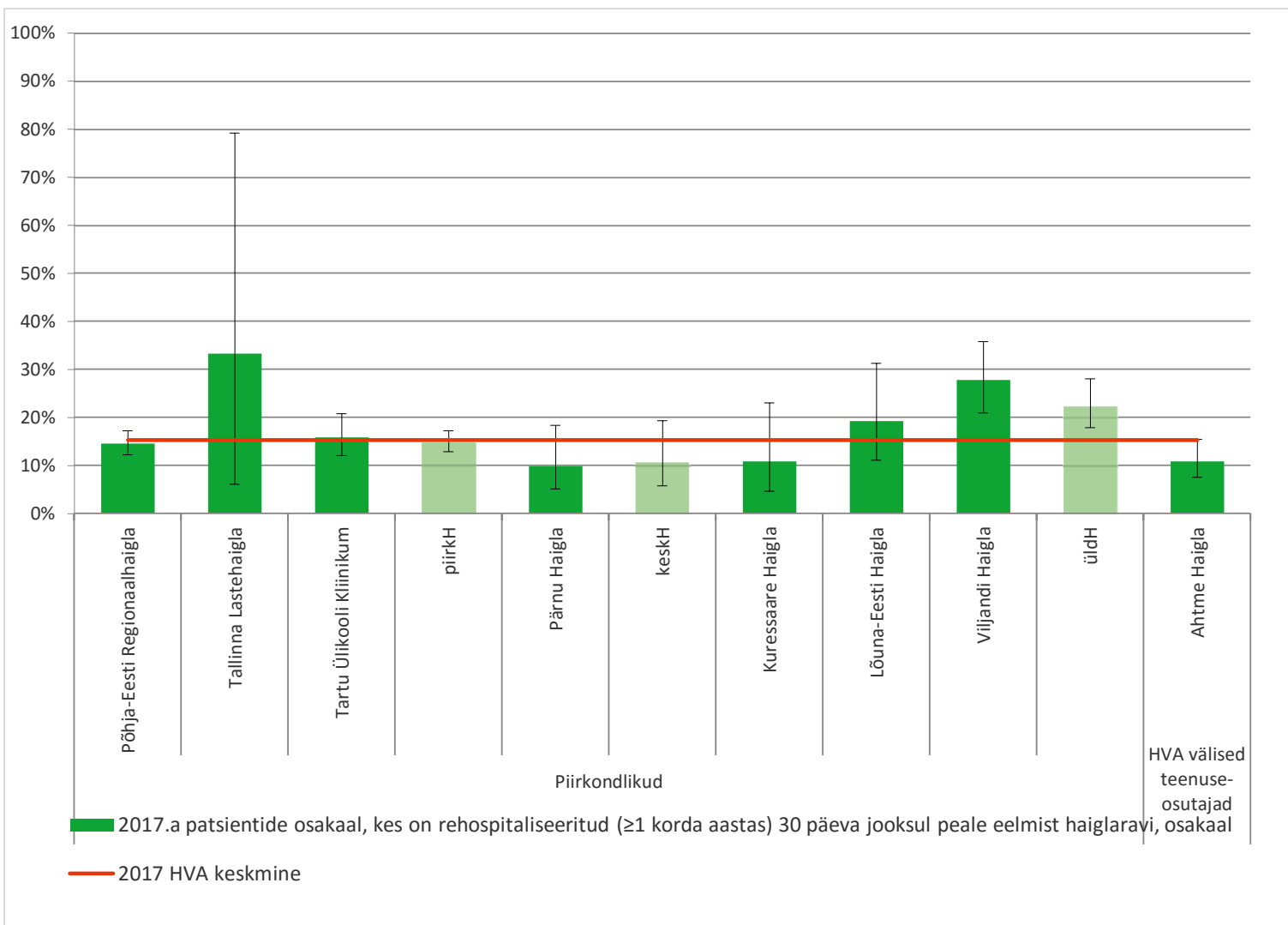
making-mental-health-count/improving-quality-measurement-and-data-collection-for-mental-health_9789264208445-8-en#page8

<http://dx.doi.org/10.1787/888933030534>

6. Quality and efficiency in Swedish health care, regional Comparisons, 2012, 283– 284, <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19072/2013-5-7.pdf>
7. Canadian Institute for Health Information and Statistics Canada. Health Indicators 2011. CIHI, 2011.
8. Durbin J, Lin E, Layne C, Teed M. Is readmission a valid indicator of the quality of inpatient psychiatric care? *The Journal of Behavioral Health Services & Research* 2007;34:137–150.
9. Vigod SN, Kurdyak PA, Seitz D, Herrmann N, Fung K, Lin E, Perlman C, Taylor VH, Rochon PA, Gruneir A. READMIT: a clinical risk index to predict 30-day readmission after discharge from acute psychiatric units. *Journal of Psychiatric Research* 2015;61:205–213.
10. Loch AA. Discharged from a mental health admission ward: is it safe to go home? A review on the negative outcomes of psychiatric hospitalization. *Psychol Res Behav Manag* 2014;7:137–145.

PSÜHHIAATRIA INDIKAATOR: SKISOFREENIAHAIGETE REHOSPITALISEERIMINE PSÜÜHILISE SEISUNDI HALVENEMISE TÕTTU 30 PÄEVA JOOKSUL PEALE EELNEVAT HAIGLARAVI

Nimetus	Skisofreeniahaigete rehospitaliseerimine psüühilise seisundi halvenemise tõttu 30 päeva jooksul peale eelnevat haiglaravi.
Andmed	<p><u>Periood:</u> arve algus 01.01.–31.12.2017 <u>Põhidiagnoos:</u> F20–F29 <u>Ravitüüp:</u> statsionaarne Haiglaravi lõpu kuupäev <u>Rehospitaliseerimise arve algus:</u> 01.01.2017–31.01.2018 Rehospitaliseerimise põhidiagnoos F20–F29 või välispõhjus tahtlik enesekahjustus X60–X84.99 Rehospitaliseerimise kuupäev. Väljakirjutamise päeval rehospitaliseerimised on välja arvatud.</p> <p>Indikaatori täpsem kirjeldus on kättesaadav haigekassa kodulehel.</p>
Selgitus	<p>Skisofreeniahaigete rehospitaliseerimine psüühilise seisundi halvenemise tõttu 30 päeva jooksul peale eelnevat haiglaravi.</p> <p>Joonisel on esitatud patsientide osakaal (koos usaldusvahemikega), kes on rehospitaliseeritud 30 päeva jooksul peale haiglaravi lõppu haiglate lõikes.</p>



Patsientide osakaal, kes on rehospitaliseeritud 30 päeva jooksul peale haiglaravi lõppu haiglate lõikes

Patsientide osakaal, kes on rehospitaliseeritud 30 päeva jooksul peale haiglaravi lõppu haiglata löikes

Haiglaliik	Haigla	2017.a stationaarsete patsientide arv aasta esimese raviarvega haigla järgi	2017.a patsientide arv, kes on rehospitaliseeritud (≥ 1 korda aastas) 30 päeva jooksul peale eelmist haiglaravi	2017.a patsientide osakaal, kes on rehospitaliseeritud (≥ 1 korda aastas) 30 päeva jooksul peale eelmist haiglaravi, osakaal	95% usaldusvahemik
Piirkondlikud	Põhja-Eesti Regionaalhaigla	775	113	15 %	12–17 %
	Tallinna Lastehaigla	3	1	33 %	6–79 %
	Tartu Ülikooli Kliinikum	270	43	16 %	12–21 %
	piirkH	1 048	157	15%	13–17%
Keskhaiglad	Ida-Tallinna Keskhaigla	1	0	0 %	0–79 %
	Ida-Viru Keskhaigla	1	1	100 %	21–100 %
	Pärnu Haigla	81	8	10 %	5–18 %
	keskH	83	9	11%	6–19%
Üldhaiglad	Hiiumaa Haigla	4	0	0 %	0–49 %
	Kuressaare Haigla	46	5	11 %	5–23 %
	Lõuna-Eesti Haigla	57	11	19 %	11–31 %
	Läänemaa Haigla	4	1	25 %	5–70 %
	Raplamaa Haigla	2	1	50 %	9–91 %
	Valga Haigla	3	1	33 %	6–79 %
	Viljandi Haigla	137	38	28 %	21–36 %
	üldH	253	57	23%	18–28%
HVA välised teenuseosutajad	Ahtme Haigla	240	26	11 %	8–15 %
	HVA välised	241	27	11%	8–16%
	Kokku:	1 625	250	15%	14–17%

Psühhiaatria indikaator: Esmase skisofreeniahaige esimene ambulatoorne visiit 30 päeva pärast haiglaravi

Sissejuhatus. Esmase psühhoosi patsiendid vajavad pärast haiglaravi ambulatoorset toetusravi edasise paranemise toetamiseks ja seisundi halvenemise ennetamiseks. Varane ambulatoorne kontakt pärast haiglaravi on seotud parema ravisoostumusega ja vähenenud rehospitalseerimistega psüühilise seisundi halvenemise tõttu (1,2). Pärast hospitaliseerimist on ravimeeskonna toetus eriti oluline, sest pärast häire ägenemist käivituvad erinevad negatiivsed psühholoogilised protsessid (frustratsioon, raskused tagasi lülitumisel perre ja tööprotsessi) peale hospitaliseerimist suureneb oluliselt suitsiidkatsete risk (1–3).

Tulemuste interpretatsioon. Tegemist on protsessi indikaatoriga, mis näitab kui tõhus on patsiendi kaasatus raviprotsessi erinevate ravietaapide vahel. Rootsis hinnatakse 90 päeva jooksul vastuvõtule saamist ja seal oli see 2010. aastal 95 %, USA parimates praktikates 57 % 7 päeva jooksul (1,2). Keskmine tulemus 41 % näitab, et raviprotsessi integreerituse osas on kõigil raviasutustel arengupotentsiaali. Siiski on alati teatud hulk patsiente, kes ise katkestavad koostöö ravimeeskonnaga. Võttes arvesse, et ca neljandik esmase diagnoosiga patsientidest loobub ravist, siis võiks eesmärgiks olla, et 75 % patsientidest tuleb esimese 30 päeva jooksul ambulatoorsele vastuvõtule.

Limitatsioonid. Antud indikaator ei näita, kas patsiendid loobusid vastuvõtule tulekust või neile ei pakutudki vastuvõttu.

Kokkuvõte. Esimese diagnoosiaasta skisofreenia patsientide kaasamine raviprotsessi esimese kuu jooksul peale statsionaarset ravi vajab tõhustamist.

Koostajad

Peeter Jaanson, Eesti Psühhiaatrite Selts

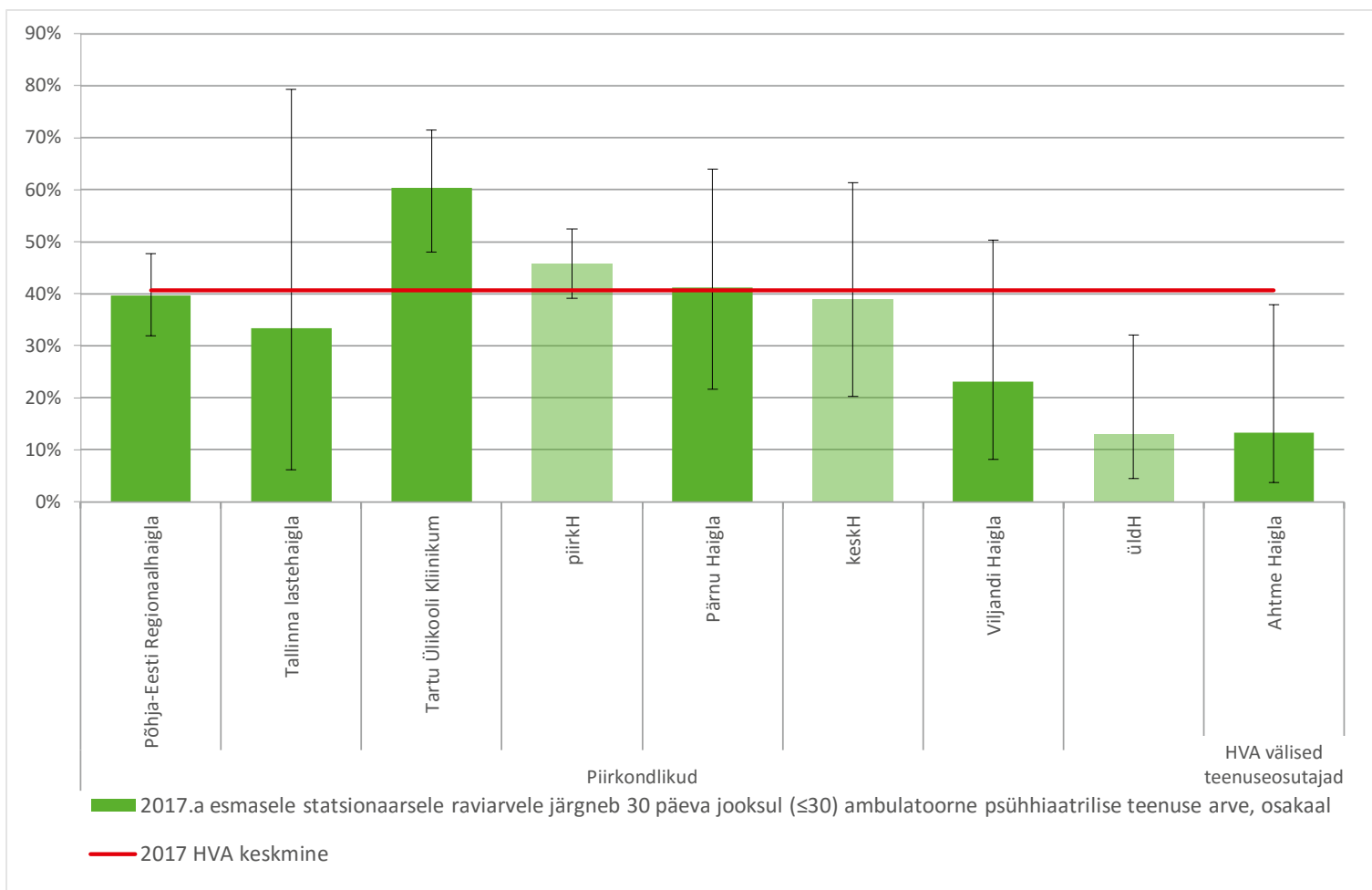
Sven Janno, SA Tartu Ülikooli Kliinikum psühhiaatria kliiniku juhataja

Kirjandus

1. Beadles CA, Ellis AR, Lichstein JC. First outpatient follow-up after psychiatric hospitalization: does one size fit all? *Psychiatr Serv* 2015;66:364–372.
2. Huff ED. Outpatient utilization patterns and quality outcomes after first acute episode of mental health hospitalization: Is some better than none, and is more service associated with better outcomes? *Evaluation & the Health Professions* 2000;23:441–456. doi:10.1177/01632780022034714
3. HEDIS 2016 Measures <https://public.optimahealth.com/lists/optimaformslibrary/qi-hedis-definitions.pdf>

PSÜHHIAATRIA INDIKAATOR: ESMASE SKISOFREENIAHAIGE ESIMENE AMBULATOORNE VISIITI 30 PÄEVA PÄRAST HAIGLARAVI

Nimetus	Esmase skisofreenia diagnoosiga patsientide, kes on 30 päeva jooksul pärast haiglaravi pöördunud ambulatoorsele visiidile.
Andmed	<p>Periood: arve algus 01.01.–31.12.2017 Põhidiagnoos: esmane F20–F29 Ravitüüp: statsionaarne Psühhiaatriline raviteenuse kuupäev: psühhiaater: 3031, 3032, 3033, 3100; vaimse tervise õde: 3015; ravimeeskond: 7617, 7626, 7627. Ravitüüp teenusel: ambulatoorne ravi Teenuse saamise raviarve algus: 01.01.2017–31.01.2018</p> <p>Arvestuse algus: isiku aasta kõige esimese esmase põhidiagnoosiga raviarve lõpust teenuse saamine 30 päeva jooksul. Esmase diagnoosiga patsient – raviarvel märges põhidiagnoos “+” ehk esmane ja isikutele tehtud täiendav kontroll eelnevate aastatega, et ei oleks varasemalt (indikaatori aastale eelnenud aastatel (al. 2004.a.)) samuti põhidiagnoosiga F20–F29 raviarvet.</p> <p>Indikaatori täpsem kirjeldus on kättesaadav haigekassa kodulehel.</p>
Selgitus	<p>Esmase skisofreenia diagnoosiga patsientide, kes on 30 päeva jooksul pärast haiglaravi pöördunud ambulatoorsele visiidile.</p> <p>Joonisel on esitatud isikute osakaal (koos usaldusvahemikega), kes on pöördunud 30 päeva pärast haiglaravi ambulatoorsele visiidile.</p>



Isikute osakaal, kes on pöördunud 30 päeva pärast haiglaravi ambulatoorsele visiidile

Isikute osakaal, kes on pöördunud 30 päeva pärast haiglaravi ambulatoorsele visiidile

Haiglaliik	Haigla	2017.a statsionaarsete esmahaigestunute arv	2017.a esmasele statsionaarsele raviarvele järgneb 30 päeva jooksul (≤ 30) ambulatoorne psühhiaatrilise teenuse arve	2017.a esmasele statsionaarsele raviarvele järgneb 30 päeva jooksul (≤ 30) ambulatoorne psühhiaatrilise teenuse arve, osakaal	95% usaldusvahemik
Piirkondlikud	Põhja-Eesti Regionaalhaigla	144	57	40 %	32–48 %
	Tallinna lastehaigla	3	1	33 %	6–79 %
	Tartu Ülikooli Kliinikum	63	38	60 %	48–71 %
	piirkH	210	96	46%	39–52%
Keskhaiglad	Ida-Tallinna Keskhaigla	1	0	0 %	0–79 %
	Pärnu Haigla	17	7	41 %	22–64 %
	keskH	18	7	39%	20–61%
Üldhaiglad	Kuressaare Haigla	8	0	0 %	0–32 %
	Lõuna-Eesti Haigla	1	0	0 %	0–79 %
	Valga Haigla	1	0	0 %	0–79 %
	Viljandi Haigla	13	3	23 %	8–50 %
	üldH	23	3	13%	5–32%
HVA välised teenuseosutajad	Ahtme Haigla	15	2	13 %	4–38 %
	Kokku:	266	108	41%	35–47%

Psühhiaatria indikaator: Skisofreenia spektri psüühikahäiretega inimeste hõivatus tööga

Sissejuhatus. Erinevatel andmetel on skisofreeniahaigete seas töötute määr kõrge, 70–90 % (1,2). Töötust seostatakse skisofreenia puhul vähenenud elukvaliteedi (3), töötamist aga kõrgema elukvaliteediga (2,4,5), parema tulemusega sotsiaalses toimimises, sümptomite raskuses (2).

Tulemuste tõlgendus. Tegemist on ravitulemuse indikaatoriga, mis peegeldab patsientide olulist osa nende elukvaliteedist. Eesti Haigekassa ravikindlustuse ja raviarvete andmebaasi võrdlemisel leiti, et skisofreenia spektri häirega patsientidest töötas 2017. aastal kas osaliselt või kogu aasta vältel 27 % patsientidest. Neist koguni 59 % on töötasid pidevalt aasta vältel. Maakondlikud erinevused olid suhteliselt väikesed, rohkem patsiente oli hõivatud tööga Harju, Hiiu ja Tartu maakondades. Ülejäänud maakondade vahel olid erinevused minimaalsed. Arvestades, et kirjanduse andmetel on töötuse määr skisofreenia patsientide hulgas 70–90 % siis võib esialgset tulemust 27 % pidada heaks. Samuti on oluline, et maakondade lõikes suuri erinevusi ei ilmnenud.

Limitatsioonid. Antud indikaator arvatati välja esimest korda, tuues välja patsiendid, kes olid viimase 5 aasta jooksul pöördunud psühhiaatrilise teenuse saamiseks, eeldades, et korra 5 aastase perioodi vältel on patsiendil vaja vähemalt töövõimelisust hinnata. Võimalik, et antud metoodikaga ei ole kaasatud kõik skisofreeniahaiged. Antud indikaator hindab lisaks meditsiinisüsteemile tööturu olukorda erinevates maakondades (näiteks Harju keskmisest kõrgem tööhõive) aga ka sotsiaalsüsteemi erinevusi (Saare ja Hiiu).

Kokkuvõte. Skisofreenia spektri patsientide hõivatus tööga Eesti Haigekassa ravikindlustuse andmebaasi andmete põhjal 2017. aastal oli 27 %, kellest 59 % töötas kogu aasta vältel. Antud tulemus võrrelduna kirjanduse andmetega on hea.

Koostajad

Peeter Jaanson, Eesti Psühhiaatrite Selts

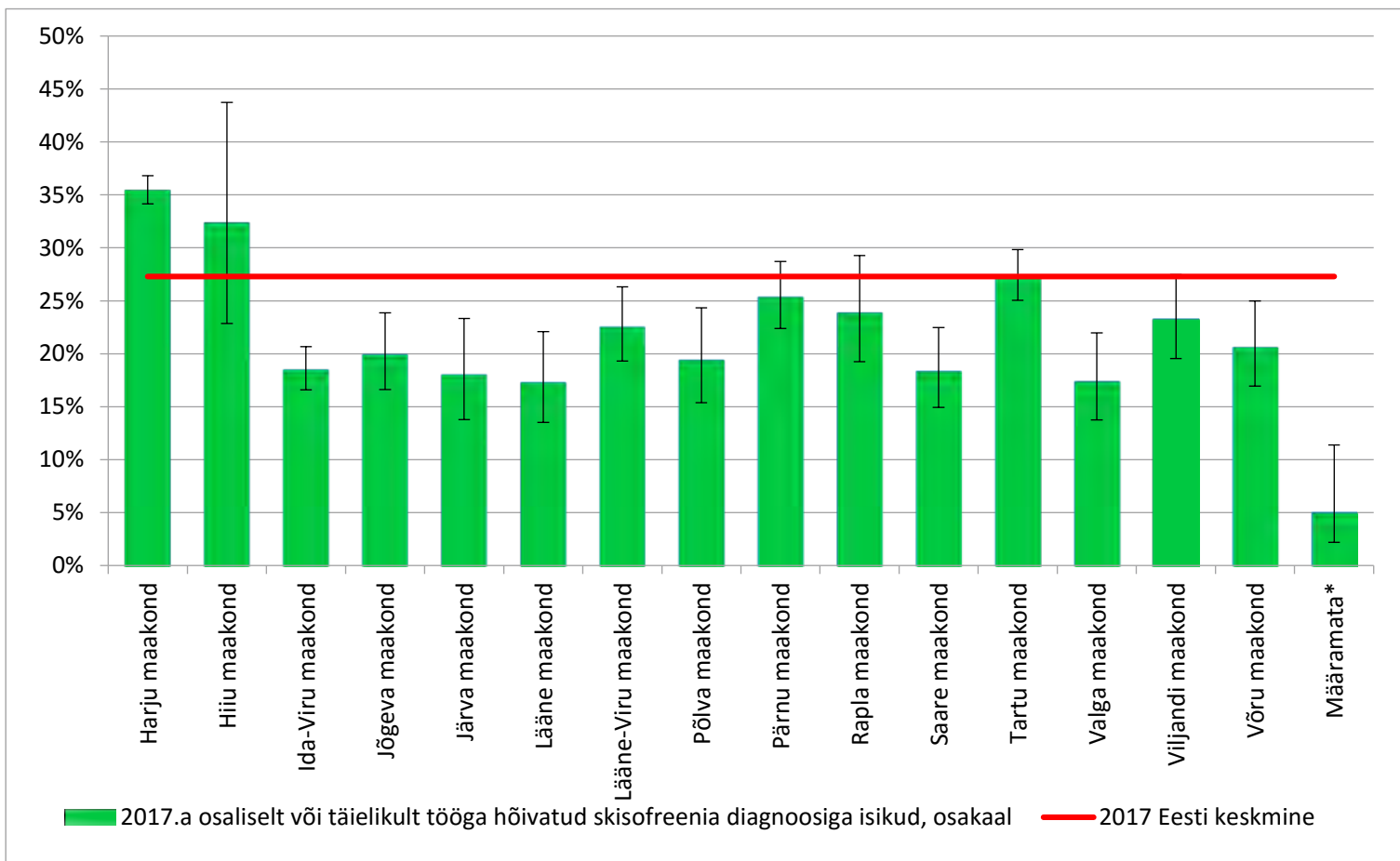
Sven Janno, SA Tartu Ülikooli Kliinikum psühhiaatria kliiniku juhataja

Kirjandus

1. I Kooyman, K Dean, S Harvey, E Walsh Outcomes of public concern in schizophrenia. Br J Psychiatry Suppl 2007;50:29–36.
2. Marwaha S, Johnson S. Schizophrenia and employment—a review. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2004;39:337–349.
3. Caron J, Mercier C, Diaz P. Socio-demographic and clinical predictors of quality of life in patients with schizophrenia or schizo-affective disorder. Psychiatric Research 2005;137:203–213.
4. Charzynka K, Kucharska K, Mortimer A. Does employment promote the process of recovery from schizophrenia? A review of the existing evidence. Int J Occup Med Environ Health 2015;28:407–18.
5. Bevan S, Gulliford J, Steadman K, Taskila T, Thomas R, Moise A. Working with schizophrenia: pathways to employment, recovery & inclusion. Lancaster: The Work Foundation (UK). 2013.

PSÜHHIAATRIA INDIKAATOR: SKISOFREENIA SPEKTRI PSÜHIKAHÄIRETEGA INIMESTE HÕIVATUS TÖÖGA

Nimetus	Skisofreenia spektri psüühikahäiretega inimeste hõivatus tööga.
Andmed	<p><u>Periood:</u> arve algus 01.01.–31.12.2017</p> <p><u>Põhidiagnoos:</u> F20–F29</p> <p><u>Statsionaarne ravi:</u> 2065, 2058, 2060</p> <p><u>Psühhiaatriline raviteenus:</u> 3004, 3031, 3032, 3033, 3100, 3015, 7617, 7626, 7627</p> <p>Ravikindlustuse aasta: 01.01.–31.12.2017</p> <p>Sisse arvatud: Viimase 5. aasta jooksul psühhiaatrilist raviteenust (TTL 2065, 2058, 2060, 3004, 3031, 3032, 3033, 3100, 3015, 7617, 7626, 7627) saanud F20– F29 diagnoosiga patsiendid</p> <p>Skisofreenia diagnoosiga isikud, kes on saanud psühhiaatrilist raviteenust 2017. aasta jooksul on välja võetud haigekassa raviarvete andmebaasi põhjal. Antud isikute osaline või täielik tööga hõivatus on teada saadud läbi haigekassa ravi-kindlustuse andmebaasi.</p> <p>Indikaatori täpsem kirjeldus on kättesaadav haigekassa kodulehel.</p>
Selgitus	<p>Skisofreenia spektri psüühikahäiretega inimeste hõivatus tööga.</p> <p>Joonisel on esitatud skisofreenia diagnoosiga isikute osakaal (koos usaldusvahemikega), kes olid 2017. aastal osaliselt või täielikult tööga hõivatud maakondade lõikes.</p>



Skisofreenia diagnoosiga isikud, kes olid 2017. aastal osaliselt või täielikult tööga hõivatud

Isiku elukoha maakond andmete väljavõtmise hetkel	2013.–2017. a skisofreenia patsiendid, kes on saanud psühhiaatrilist raviteenust (TTL 2065, 2058, 2060, 3004, 3031, 3032, 3033, 3100, 3015, 7617, 7626, 7627)	2017. a osaliselt või täielikult tööga hõivatud skisofreenia diagnoosiga isikud, arv	2017. a osaliselt või täielikult tööga hõivatud skisofreenia diagnoosiga isikud, osakaal	95% usaldusvahemik
Harju maakond	4993	1771	35 %	34–37 %
Hiiu maakond	74	24	32 %	23–44 %
Ida-Viru maakond	1407	261	19 %	17–21 %
Jõgeva maakond	465	93	20 %	17–24 %
Järva maakond	249	45	18 %	14–23 %
Lääne maakond	299	52	17 %	14–22 %
Lääne-Viru maakond	548	124	23 %	19–26 %
Põlva maakond	298	58	19 %	15–24 %
Pärnu maakond	724	184	25 %	22–29 %
Rapla maakond	276	66	24 %	19–29 %
Saare maakond	402	74	18 %	15–22 %
Tartu maakond	1326	363	27 %	25–30 %
Valga maakond	326	57	17 %	14–22 %
Viljandi maakond	434	101	23 %	20–27 %
Võru maakond	387	80	21 %	17–25 %
Määramata*	98	5	5 %	2–11 %
Kokku:	12 306	3 358	27%	27–28%

* isiku elukoht on määramata (sh välismaa)