

KLIINILISED INDIKAATORID
2018. aasta tulemused

Sisukord

SISSEJUHATUS	4
SÜNNITUSABI INDIKAATORID	5
Sünnitusabi indikaator 1: väga enneaegsete sündide osamäär kõigist sündidest	5
Sünnitusabi indikaator 2: III ja IV astmelahkliha rebendite osamäär sünnitustel	9
Sünnitusabi indikaator 3: keisrilõigete osamäär esmasünnitajatel ajalise üksiksünnituse korral, kui loode on peaseisus (Robson 1+2)	15
Sünnitusabi indikaator 4: keisrilõigete osamäär korduvsünnitajatel ajalise üksiksünnituse korral, kellel vähemalt üks sünnitus on lõppenud keisrilõike teel ja kelle loode on peaseisus (Robson 5)	19
Sünnitusabi indikaator 5: sünnitusega seotud massiivse verekaotuse osakaal	23
KIRURGIA INDIKAATORID	27
Kirurgia indikaator 2: päevakirurgia osakaal kubemesonga operatsioonidel	27
Kirurgia indikaator 4: jala amputatsioon 30 päeva pärast verevoolu taastamise protseduuri	31
Kirurgia indikaator 6: operatsioonijärgne 30 päeva suremus	35
Kirurgia indikaator 7: operatsioonijärgne 30 päeva rehospitalseerimine	39
INTENSIIVRAVI INDIKAATORID	43
Intensiivravi indikaator 3: Intensiivravil olnud haigete 12 kuu elulemus	43
NEUROLOOGIA INDIKAATORID	49
Neuroloogia indikaator 1: insuldi diagnoosiga patsientide osakaal, kelle akuutravi toimub kesk- või piirkondlikus haiglas	49
Neuroloogia indikaator 3: isheemilise insuldiga patsientide osakaal, kellele tehti rekanaliseeriv protseduur (trombolüüs või trombektomia)	53
Neuroloogia indikaator 7: osakaal ajuinfarkti ja virvendusarütmiaga patsientidest, kellele määrati püsiv suukaudne antikoagulantravi 12 kuud + 1 päev hiljem alates akuutsest ajuinfarktist	63
Neuroloogia indikaator 8: esimese kuu jooksul pärast insulti haigestumist statsionaarset taastusravi saanud patsientide osakaal	69
Neuroloogia indikaator 9: ägeda insuldahaige 30 päeva suremus	73
KARDIOLOOGIA INDIKAATORID	82
Kardioloogia indikaator 5: Antikoagulatsioonravi määramine ≥ 65 aastastel kodade virvendusarütmia haigetel	82
ONKOLOOGIA INDIKAATORID	87
Rinnavähi indikaator 3: invasiivse rinnavähiga patsientide osakaal, kes said postoperatiivselt kiiritusravi rinnanäärmele pärast rinda säilitavad operatsiooni	87
Kolorektaalvähi indikaator 1: kolorektaalvähi diagnoosiga opereeritud patsientide postoperatiivne 30 päeva suremus	90
Eesnäärmevähi indikaator 2: radikaalse prostatektoomiaga seotud vereülekanne	94
PSÜHHIAATRIA INDIKAATORID	97
Psühhiaatria indikaator 1: skisofreeniahaigete suitsiidid esimese diagnoosiaasta jooksul	97
Psühhiaatria indikaator 2: skisofreenia spektri psühhikahäiretega inimeste hõivatus tööga	99
Psühhiaatria indikaator 3: esmase skisofreeniahaige esimene ambulatoorne visiit 30 päeva pärast haiglaravi	104
Psühhiaatria indikaator 4: skisofreeniahaiged, kes kasutavad antipsühhootilist ravi haiglaväliselt	108
Psühhiaatria indikaator 5: esmase skisofreeniahaige pere kaasamine raviprotsessi esimese 12 kuu jooksul	115

Psühhiaatria indikaator 6: skisofreeniahaigete rehospitaliseerimine psüühilise seisundi halvenemise tõttu 30 päeva jooksul peale eelnevat haiglaravi.....	119
KIRJANDUSE LOETELU	123

SISSEJUHATUS

Kokku on 9 erialaselti poolt koostatud 75 kliinilist indikaatorit. 2018 aastal on Eesti Haigekassa raviarvete ja retseptikeskuse andmebaasi ning riiklike registrite andmetele tuginedes võimalik välja arvutada ja avaldada 7 eriala kokku 25 indikaatorit.

- Sünnitusabi indikaatorid: välja töötatud 5, avaldame 5.
- Kirurgia indikaatorid: välja töötatud 7, avaldame 4.
- Intensiivravi indikaatorid: välja töötatud 9, avaldame 1.
- Neuroloogia indikaatorid: välja töötatud 9, avaldame 5.
- Kardioloogia indikaatorid: välja töötatud 5, avaldame 1.
- Onkoloogia indikaatorid:
 - emakakaelavähi indikaatoreid välja töötatud 6
 - rinnavähi indikaatoreid välja töötatud 4, avaldame 1
 - kolorektaalvähi indikaatoreid välja töötatud 4, avaldame 1
 - eesnäärmevähi indikaatoreid välja töötatud 5, avaldame 1
- Psühhiaatria Indikaatorid: välja töötatud 6, avaldame 6.

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

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

<https://www.haigekassa.ee/partnerile/tervishoiuteenuste-kvaliteet/kliinilised-indikaatorid/detailsed-kliinilised-indikaatorid>.

Osadel juhtudel on ühe indikaatori tulemusi kirjeldatud mitmel graafikul, et anda parem ülevaade haiguse käsitlestest ja tulemustest.

Arvutatud on tulemuste usaldusvahemikud (UV), 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.

SÜNNITUSABI INDIKAATORID

Sünnitusabi indikaator 1: väga enneaegsete sündide osamäär kõigist sündidest

Sissejuhatus

- a) Indikaator võimaldab hinnata sündide (elus- ja surnultsünnid) osakaalu, mis on toimunud raseduskestuses 22+0 kuni 31+6 nädalat (väga enneaegsed sünnid, VES) piirkondliku tasemega raviastutustes, kus on olemas vastsündinute intensiivravi võimalus, ja raviastutustes, kus puudub vastsündinute intensiivravi võimalus (toimub vähem kui 1000 sünnitust aastas).

Vastavalt Eesti haigekassa kliinilise auditi „Enneaegse sünnituse ja enneaegse vastsündinu perinataalperioodi käsitus“ töörühma otsusele peab VES olema vähem kui 0,5% raviastutustes, kus puudub vastsündinute intensiivravi võimalus ja aastas on alla 1000 sünnituse.

- b) Algandmed. Indikaatori arvutamiseks kasutatakse Raseduse infosüsteemi andmeid. Analüüsiks arvutatakse kolme aasta kohandatud keskmine ja 95% UV.

Tulemuste interpretatsioon

- a) Tulemused Eesti lõikes. Eestis toimub väga enneaegsete sündide tsentraliseerimine hästi. Aastatel 2015–2017 sündis Eestis kokku 454 last väga enneaegsena, neist 430 (94,7%) sündisid piirkondliku tasemega haiglates. Keskhaiglates sündis 9, üldhaiglates sündis 14 ja erahaiglates 1 väga enneaegset vastsündinut.
- b) Rahvusvaheline võrdlus. Euro-Peristat raportite andmetel oli EL eri riikides aastal 2015 VES osakaal 0,8–1,4%. Aastal 2010 toimusid neist 25–98% kõrgema taseme raviastutustes, värskemad andmed raportis puuduvad. Tulemust mõjutab lisaks perinataalabi korraldusele see, kuidas kõrgema tasemega raviastutus on defineeritud

Limitatsioonid

Arvestades Raseduse infosüsteemi andmete kõiksust ja kvaliteeti, võime lugeda antud indikaatori informatiivsust väga heaks.

Kokkuvõte

Suurem osa väga enneaegsetest sündidest Eestis aastatel 2015-2017 toimus piirkondliku funktsiooniga haiglates - lisaks SA TÜ Kliinikumile Ida-Tallinna ja Lääne-Tallinna Keskhaiglates. Raviastutustes, kus toimub alla 1000 sünni aastas ja puudub vastsündinute intensiivravi, moodustasid väga enneaegsed sünnid antud perioodil 0,21% sündidest. Tulemus vastas seatud eesmärgile (alla 0,5%) kõigis kesk-, üld- ja erahaiglates.

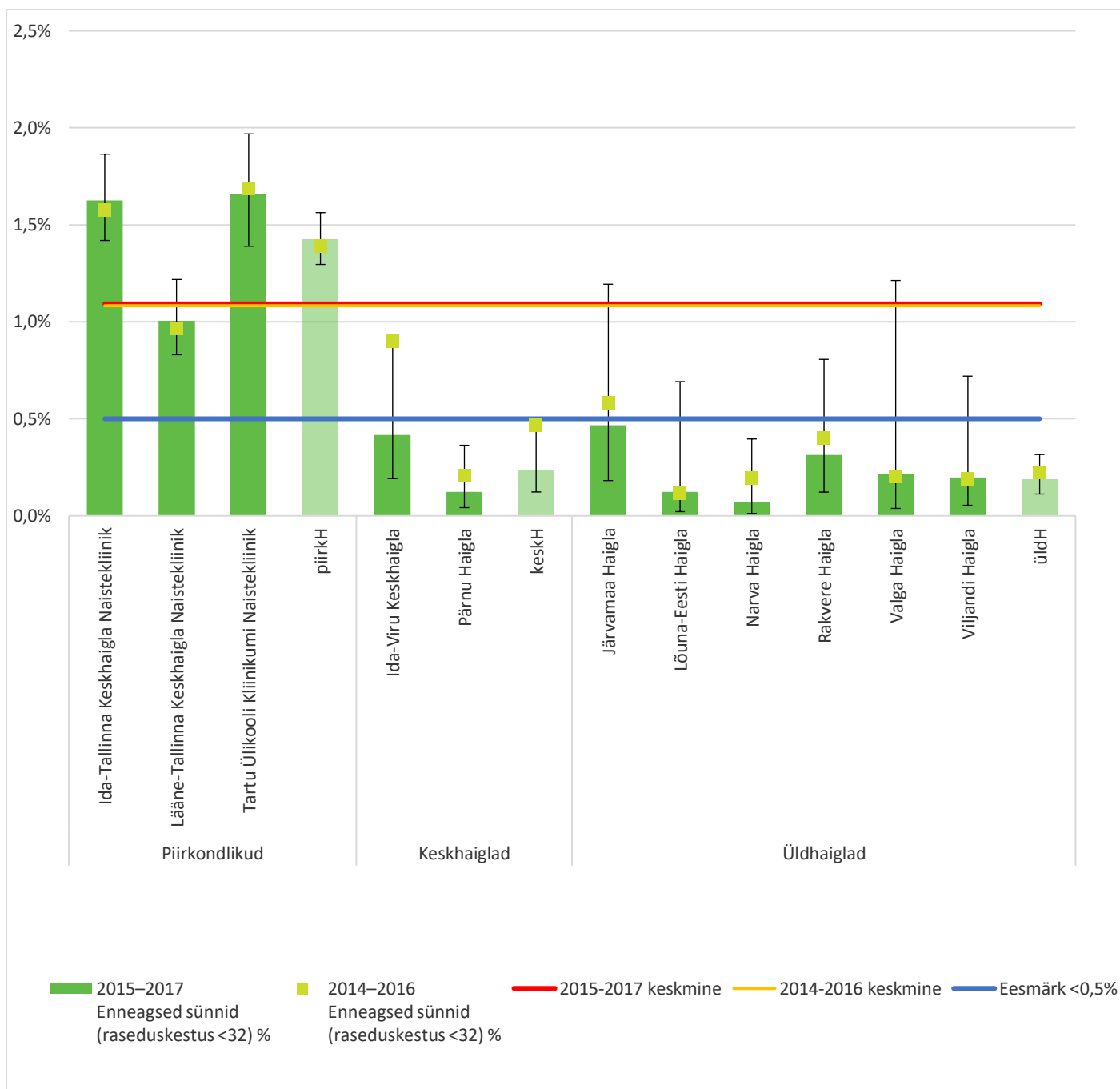
Võrdlus

Võrreldes 2013÷2015 ja 2014-2016 perioodidega on VES osakaal kõigist sündidest Eestis väikese vähenemistrendiga (vastavalt 1,14%, 1,08% ja 1,09%). VES sündide osakaal piirkondliku funktsiooniga haiglates (SA TÜ Kliinikum, Ida-Tallinna ja Lääne-Tallinna Keskhaiglas) on jäänud samaks. Varasematel perioodidel oli eesmärgväärtus ülejäänud haiglatele VES kohta alla 1%, nüüd 0,5%. Kui varem oli Ida-Viru ja Järvamaa haiglas VES osakaal üle 0,5%, siis nüüd vastab tulemus kõigis haiglates eesmärgile, millele aitas ilmselt kaasa 2017.a. vastu võetud üleriigiline ravijuhend.

Prof Helle Karro ja dr Piret Veerus, Eesti Naistearstide Selts

SÜNNITUSABI INDIKAATOR 1: VÄGA ENNEAEGSETE SÜNDIDE OSAMÄÄR KÕIGIST SÜNDIDEST

Andmed	<p><u>Periood:</u> 01.01.2015–31.12.2017</p> <p>Kõik sündid, nii elusalt kui surnult sündinud, mis toimusid haiglas.</p> <p>Tingimused EMSR sünnikaardil:</p> <ul style="list-style-type: none">- laps sündis elusalt või surnult (täidetud üks p.38 alajaotustest, 1–4)- raseduskestus 22–31+6 rasedus nädalat (p.26) <p>Eesmärk: Vähem kui 0,5% 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 aastatel 2015–2017, 95% usaldusvahemikuga.

Väga enneaegsete sündide osamäär kõikidest sündidest, 2015–2017.

Haigla	Sündide arv	Enneaegsed sünnid (raseduskestus <32), arv	Enneaegsed sünnid (raseduskestus <32), osakaal	95% UV
Põhja-Eesti Regionaalhaigla	1	1	100%	20,65–100%
Ida-Tallinna Keskhaigla Naistekliinik	12 477	203	1,63%	1,42–1,86%
Lääne-Tallinna Keskhaigla Naistekliinik	10 240	103	1,01%	0,83–1,22%
Tartu Ülikooli Kliinikumi Naistekliinik	7 494	124	1,65%	1,39–1,97%
Piirkondliku funktsiooniga haiglad* kokku	30 211	430	1,42%	1,3–1,56%
Ida-Viru Keskhaigla	1 437	6	0,42%	0,19–0,91%
Pärnu Haigla	2 422	3	0,12%	0,04–0,36%
Keskhaiglad kokku	3859	9	0,23%	0,12–0,44%
Hiumaa Haigla	139	0	-	-
Järvamaa Haigla	857	4	0,47%	0,18–1,19%
Kuressaare Haigla	739	1	0,14%	0,02–0,76%
Lõuna-Eesti Haigla	815	1	0,12%	0,02–0,69%
Läänemaa Haigla	2	0	-	-
Narva Haigla	1 427	1	0,07%	0,01–0,4%
Põlva Haigla	713	0	-	-
Rakvere Haigla	1 271	4	0,31%	0,12–0,81%
Valga Haigla	463	1	0,22%	0,04–1,21%
Viljandi Haigla	1 009	2	0,20%	0,05–0,72%
Üldhaiglad kokku	7435	14	0,19%	0,11–0,32%
Elite Kliinik	53	1	1,89%	0,33–9,94%
HVA välised teenuseosutajad	53	1	1,89%	0,33–9,94%
Kokku	41 558	454	1,09%	1–1,2%

* Sünnitusabi ja günekoloogia erialade mõttes on Ida-Tallinna Keskhaiglal, Lääne-Tallinna Keskhaiglal ja Tartu Ülikooli Kliinikumil piirkondlike haiglate funktsioon

Sünnitusabi indikaator 2: III ja IV astmelahkliha rebendite osamäär sünnitustel

Sissejuhatus.

- a) Indikaatoriga hinnatakse vaginaalsete sünnituste osakaalu, mille korral tekkis lahkliha III või IV astme rebend. Lahkliha III ja IV astme rebendi korral on vigastatud lahkliha nahk, tupe limaskest, vaagnapõhja lihased ja pärasoole sfinkter (sulgurlihas) (III aste) või lisaks on vigastatud pärasool (IV aste). Sulgurlihase vigastus on väga tõsine vaginaalse sünnituse tüsistus, millel võib olla märkimisväärne ja pikaajaline mõju naise tervisele ja elukvaliteedile. Eesmärk on III või IV astme lahkliha rebendite osamäär kuni 3%.
- b) Algandmed. Indikaatori arvutamiseks kasutatakse Raseduse infosüsteemi andmeid. Analüüsiks arvutatakse kolme aasta kohandatud keskmine ja 95% UV.

Tulemuste interpretatsioon.

- a) Tulemused Eestis. Perioodil 2015÷2017 oli Eestis III või IV astme rebendite osatähtsus keskmiselt 1,03%, kõikides raviasutustes 0–1,4%. Kõikides raviasutustes oli osamäär normaalse vaginaalse sünnituse korral väiksem kui seatud eesmärk, mõnedes kliinikutes oli see eesmärgist kõrgem instrumentaalselt abistatud vaginaalse sünnituse korral. Väga madal osakaal on tõenäoliselt seotud aladiagnoosimise ja –raporteerimisega.
- b) Rahvusvaheline võrdlus. *Euro-Peristat* raporti andmetel varieerus aastal 2010 III ja IV astme rebendite osamäär EL riikides 0,1% kuni 4%. Soomes oli aastal 2017 lahkliha III-IV järgu rebendite osakaal 1,3%, olles normaalse vaginaalse sünnituse korral 1,0% ja vaakumekstraktsiooni korral 3,7% sünnitustest (*Perinataaltilasto* 2017). Eestis olid vaadeldud perioodil vastavad näitajad 0,74% ja 5,10%.

Limitatsioonid.

Probleemiks on tõenäoliselt diagnoosimise korrektsus ja alaraporteerimine Raseduse infosüsteemis. Kui III või IV astme lahkliha rebendit ei ole korrektselt diagnoositud, puudub vastav märgel ka sünnikaardil.

Kokkuvõte.

III ja IV astme lahkliha rebendite osakaal on oluline patsientide ohutusega seotud indikaator.

Eestis tuleb jätkuvalt tähelepanu pöörata korrektsele lahkliha rebendite diagnoosimisele, ravile ja raporteerimisele – see võimaldab vähendada kaugtagajärgi ja tüsistusi. III-IV astme lahkliha rebendite puudumine või ülimald osamäär viitab suure tõenäosusega alaraporteerimisele. Silmatorkavalt madal oli rebendite hulk Narva (0), Ida-Viru (2), Järvamaa (2), Lõuna-Eesti (2), Viljandi (1) ja Valga (1) haiglas. Edasiseks tegevuseks on koolituste abil III-IV järgu lahkliha rebendite diagnoosimise, ravi ja raporteerimise parandamine, samuti instrumentaalselt abistatud vaginaalse sünnituse tehnika parem praktiline õpe.

Võrdlus

Lahkliha III-IV astme rebendite osamäär tervikuna on minimaalse tõusutrendiga. Normaalse vaginaalse sünnituse korral jääb lahkliha rebendite osakaal kõigis kliinikutes alla eesmärgväärse, eesmärgist kõrgem on see mõnedes kliinikutes instrumentaalselt abistatud sünnituste korral. Oluline on jätkuvalt pöörata tähelepanu nii sünnituse vastuvõtmise taktikatele kui korrektsele rebendite diagnoosimisele ja ravile.

Prof Helle Karro ja dr Piret Veerus, Eesti Naistearstide Selts

SÜNNITUSABI INDIKAATOR 2: III JA IV ASTME LAHKLIHA REBENDITE OSAMÄÄR SÜNNITUSTEL

Andmed

Periood: 01.01.2015–31.12.2017

Tingimused EMSR sünnikaardil:

a)

-sünnitus toimus loomulikul teel (täidetud p.28.1)

-tekkis lahkliha III või IV astme rebend (täidetud p.27.5)

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)

Kõik sünnitused, mis toimusid vaginaalselt (EMSR sünnikaardil täidetud a) p.28.1;

b) p.28.2 või 28.3

Eesmärk: Lahkliha III või IV astme rebendite osamäär kuni 3% vaginaalsetest sünnitustest.

Indikaatori täpsem kirjeldus on kättesaadav haigekassa [kodulehel](#).

Selgitus

III ja IV astme lahkliha rebendite osamäär kõikidest vaginaalsetest sünnitustest:

a) Kõikidest sünnitustest, mille puhul ei toimunud instrumentaalset sekkumist (loomulikul teel sünnitus), LRL

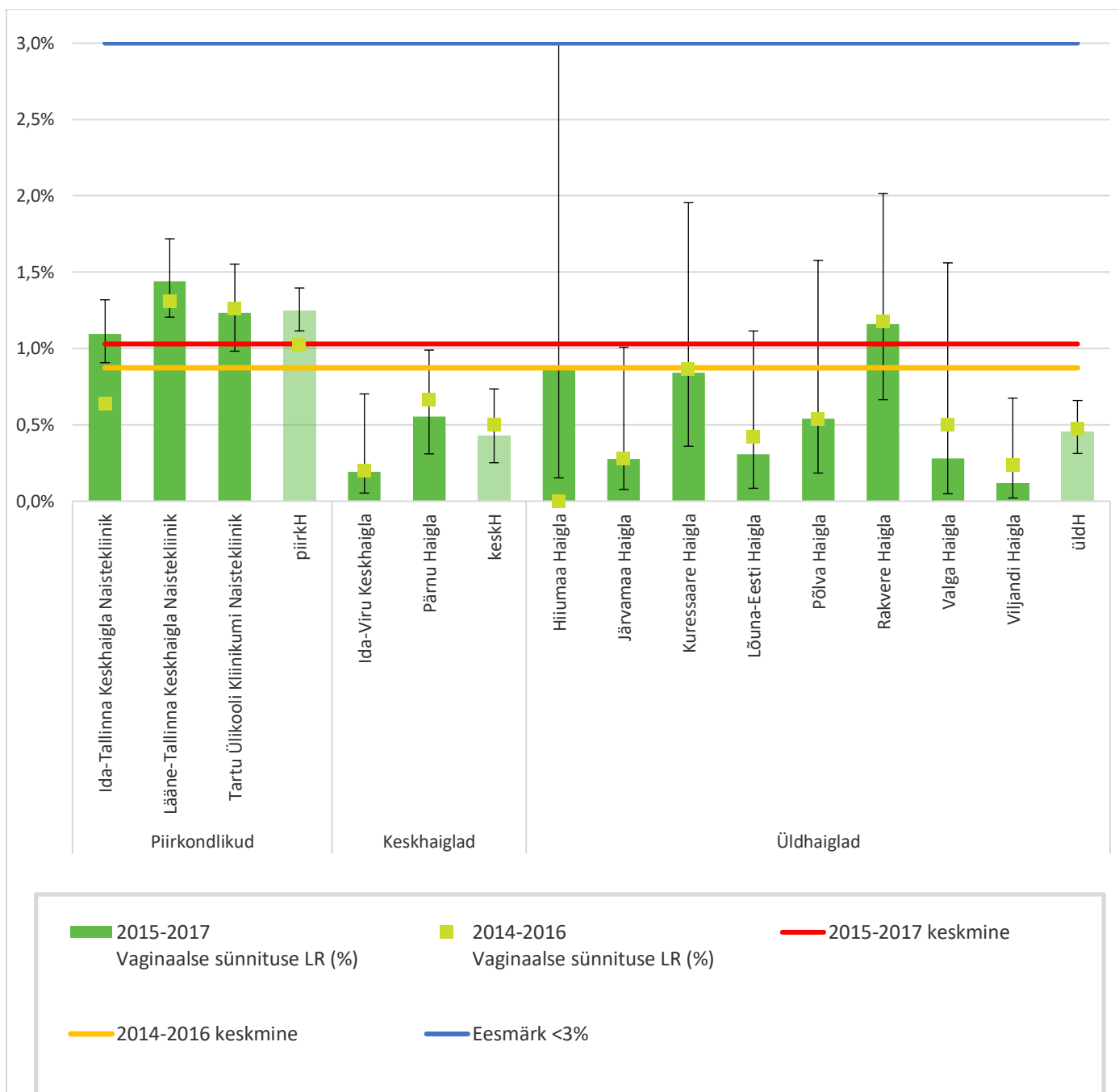
b) Kõikidest sünnitustest, mille korral toimus instrumentaalne sekkumine (tang sünnitus või vaakumekstraktsioon), LRV

Joonisel 1 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.

Tabelis 1 on esitatud vaginaalsed sünnitused (nii loomulikul teel kui instrumentaalselt abistatud) ja lahkliha III või IV astme rebendite osakaal

Tabelis 2 on esitatud loomulikul teel toimunud sünnituste osakaal, mille korral tekkis III või IV astme lahkliha rebend haiglate ja haiglaliikide lõikes ja HVA haiglates kokku.

Tabelis 3 on esitatud instrumentaalselt abistatud sünnituste (tang sünnitus, vaakumekstraktsioon) osakaal, mille korral tekkis III või IV astme lahkliha rebend haiglate ja haiglaliikide lõikes ja HVA haiglates kokku.



Vaginaalselt toimunud sünnituste osakaal, mille korral tekkis III või IV astme lahkliha rebend aastatel 2015–2017, 95% usaldusvahemikuga.

Tabel 1. Vaginaalselt toimunud sünnituste osakaal, mille korral tekkis III või IV astme lahkliharebend, 2015–2017.

Haigla	Vaginaalsed sünnitused sh loomulikul teel ja instrumentaalselt abistatud, arv	Lahkliharebend (III-IV)		
		Arv	Osakaal	95% UV
Ida-Tallinna Keskhaigla Naistekliinik	9873	108	1,09%	0,91–1,32%
Lääne-Tallinna Keskhaigla Naistekliinik	8335	120	1,44%	1,21–1,72%
Tartu Ülikooli Kliinikumi Naistekliinik	5828	72	1,24%	0,98–1,55%
Piirkondliku funktsiooniga haiglad kokku*	24 036	300	1,25%	1,12–1,4%
Ida-Viru Keskhaigla	1034	2	0,19%	0,05–0,7%
Pärnu Haigla	1985	11	0,55%	0,31–0,99%
Keskhaiglad kokku	3019	13	0,43%	0,25–0,74%
Hiumaa Haigla	116	1	0,86%	0,15–4,72%
Järvamaa Haigla	719	2	0,28%	0,08–1,01%
Kuressaare Haigla	594	5	0,84%	0,36–1,96%
Lõuna-Eesti Haigla	650	2	0,31%	0,08–1,11%
Läänemaa Haigla	2	0	-	-
Narva Haigla	1085	0	-	-
Põlva Haigla	555	3	0,54%	0,18–1,58%
Rakvere Haigla	1035	12	1,16%	0,66–2,02%
Valga Haigla	359	1	0,28%	0,05–1,56%
Viljandi Haigla	835	1	0,12%	0,02–0,68%
Üldhaiglad kokku	5950	27	0,45%	0,31–0,66%
Elite Kliinik	10	0	-	-
HVA välised teenuseosutajad	10	0	-	-
Kokku	33 015	340	1,03%	0,93–1,14%

* Sünnitusabi ja günekoloogia erialade mõttes on Ida-Tallinna Keskhaiglal, Lääne-Tallinna Keskhaiglal ja Tartu Ülikooli Kliinikumil piirkondlike haiglate funktsioon

Tabel 2. Loomulikul teel toimunud sünnituste arv, mille korral tekkis III või IV astme lahkliha rebend, 2015–2017.

Haigla	Loomulikul teel sündide arv	Lahkliharebend (III-IV)	
		Arv	Osakaal
Ida-Tallinna Keskhaigla Naistekliinik	8992	76	0,85%
Lääne-Tallinna Keskhaigla Naistekliinik	7759	75	0,97%
Tartu Ülikooli Kliinikumi Naistekliinik	5529	48	0,87%
Piirkondliku funktsiooniga haiglad kokku*	22 280	199	0,89%
Ida-Viru Keskhaigla	884	0	-
Pärnu Haigla	1917	9	0,47%
Keskhaiglad kokku	2801	9	0,32%
Hiiumaa Haigla	111	0	-
Järvamaa Haigla	712	2	0,28%
Kuressaare Haigla	579	3	0,52%
Lõuna-Eesti Haigla	600	1	0,17%
Läänemaa Haigla	2	0	-
Narva Haigla	1029	0	-
Põlva Haigla	542	3	0,55%
Rakvere Haigla	1004	9	0,90%
Valga Haigla	342	1	0,29%
Viljandi Haigla	806	1	0,12%
Üldhaiglad kokku	5727	20	0,35%
Elite Kliinik	9	0	-
HVA välised teenuseosutajad	9	0	-
Kokku	30 817	228	0,74%

* Sünnitusabi ja günekoloogia erialade mõttes on Ida-Tallinna Keskhaiglal, Lääne-Tallinna Keskhaiglal ja Tartu Ülikooli Kliinikumil piirkondlike haiglate funktsioon

Tabel 3. Instrumentaalselt abistatud sünnituste (tang sünnitus, vaakumekstraktsioon) osakaal, mille korral tekkis III või IV astme lahkliha rebend, 2015–2017.

Haigla	Instrumentaalselt abistatud sünnid, arv	Lahkliharebend (III-IV)	
		Arv	Osakaal
Ida-Tallinna Keskhaigla Naistekliinik	881	32	3,63%
Lääne-Tallinna Keskhaigla Naistekliinik	576	45	7,81%
Tartu Ülikooli Kliinikumi Naistekliinik	299	24	8,03%
Piirkondliku funktsiooniga haiglad kokku	1756	101	5,75%
Ida-Viru Keskhaigla	150	2	1,33%
Pärnu Haigla	68	2	2,94%
Keskhaiglad kokku	218	4	1,83%
Hiumaa Haigla	5	1	0,00%
Järvamaa Haigla	7	0	-
Kuressaare Haigla	15	2	13,33%
Lõuna-Eesti Haigla	50	1	2,00%
Läänemaa Haigla	0	0	-
Narva Haigla	56	0	-
Põlva Haigla	13	0	-
Rakvere Haigla	31	3	9,68%
Valga Haigla	17	0	-
Viljandi Haigla	29	0	-
Üldhaiglad kokku	223	7	3,14%
Elite Kliinik	1	0	-
HVA välised teenuseosutajad	1	0	-
Kokku	2 198	112	5,10%

* Sünnitusabi ja günekoloogia erialade mõttes on Ida-Tallinna Keskhaiglal, Lääne-Tallinna Keskhaiglal ja Tartu Ülikooli Kliinikumil piirkondlike haiglate funktsioon

Sünnitusabi indikaator 3: keisrilõigete osamäär esmasünnitajatel ajalise üksiksünnituse korral, kui loode on peaseisus (Robson 1+2)

Sissejuhatus

- a) Indikaator võimaldab hinnata keisrilõigete osakaalu sünnitajatel, kes kuuluvad madala riski rühma (ajaline üksiksünnitus raseduskestuses ≥ 37 rasedusnädalat, loode on peaseisus). Robsoni klassifikatsiooni 1. rühma (R1) kuuluvad sünnitajad, kellel sünnitustegevus käivitus spontaanselt ning toimus erakorraline keisrilõige. Robsoni klassifikatsiooni 2. rühma (R2) kuuluvad sünnitajad, kellel sünnitustegevus spontaanselt ei käivitunud (sünnitustegevus indutseeriti ja tehti erakorraline keisrilõige või tehti plaaniline keisrilõige ilma sünnitustegevuseta). On teada, et see rühm moodustab suure osa kõikidest keisrilõigetest ja keisrilõigete osamäära analüüs ja kontrolli all hoidmine selles rühmas omab kõige enam mõju üldisele keisrilõike teel sünnituste sagedusele. Eesmärk: R1+ R2 on 17% või vähem.
- b) Algandmed. Indikaatori arvutamiseks kasutatakse Raseduse infosüsteemi andmeid. Analüüsiks arvutatakse kolme aasta kohandatud keskmine ja 95% UV.

Tulemuste interpretatsioon

- a) Võrdlus Eestis. Perioodil 2015–2017 oli piirkondlikes haiglates R1+R2 osakaal keskmiselt 15,59%, mis jääb seatud eesmärgi piiresse. Osatähtsust võib mõjutada nii sünnituse juhtimise taktika kui teiste, sünnitusviisi mõjutavate täiendavate riskitegurite olemasolu, mida antud indikaatori arvutamisel ei ole võimalik arvestada. Keisrilõigete osakaal keskhaiglates (keskmine 23,31%) ületab seatud eesmärgi. See tuleneb keisrilõigete kõrgest osatähtsusest Ida-Viru keskhaiglas, kus tõenäoliselt mõjutab sünnitusviisi valikut HIV-positiivsete sünnitajate suur osakaal. Üldhaiglates on R1+R2 sünnituste keskmine eesmärkväärtusest veidi kõrgem (18,23%), kõrgeim on keisrilõigete osakaal Valga Haiglas (23,93%). Märkimisväärselt kõrge oli näitaja Elite erakliinikus (66,67%).
- b) Rahvusvaheline võrdlus. Keisrilõigete osakaal kõikidest sünnitustest on kasvanud kogu maailmas, olles madalaim Põhjamaades. Keisrilõigete osakaal Põhjamaades, rühmas R1+R2 varieerus perioodil 2009-2011 riigiti 12,6% (Island) kuni 16,8% (Soome). Leedus oli 2014.a. keisrilõigete osakaal Robson1+2 grupis 19,7% .

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

Kokkuvõte. Eesti keskmine näitaja vastab seatud eesmärgile, kuid kindlasti vajab keisrilõigete osakaal regulaarset monitoorimist ja analüüsi. R1+R2 on eesmärgist oluliselt kõrgem Ida-Viru keskhaiglas ning mitmes üldhaiglas. Kliinilise auditi võiks läbi viia ravisutustes, kus keisrilõigete osakaal ületab märkimisväärselt seatud eesmärgi.

Võrdlus. Võrreldes aastatega 2013–2015 ja 2014–2016 on R1+R2 osakaal Eestis jäänud samaks. Piirkondliku funktsiooniga haiglatest on R1+R2 osakaal vähenenud SA TÜ Kliinikumis. Üldhaiglatest on R1+2 märkimisväärselt suurenenud Põlva, Valga ja Lõuna-Eesti Haiglas.

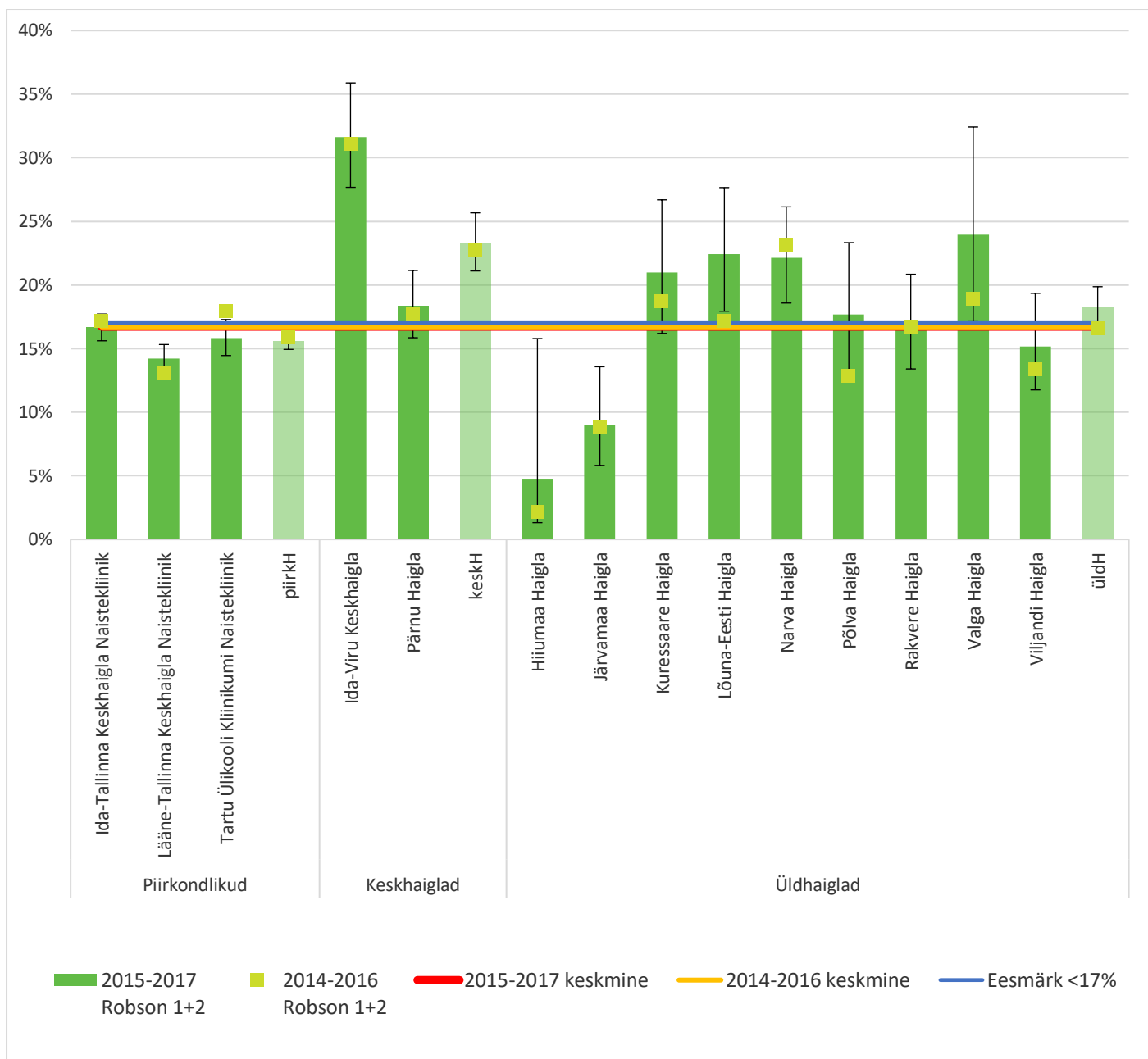
Prof Helle Karro ja Dr Piret Veerus, Eesti Naistearstide Selts

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

1)Robson 1 (CSR1): erakorraliste keisrilõigete osamäär esmasünnitajatel (üksiksünnitus, loote peaseis, raseduskestus ≥ 37 rasedusnädalat)

2)Robson 2 (CSR2): keisrilõigete osamäär esmasünnitajatel (üksiksünnitus, loote peaseis, raseduskestus ≥ 37 rasedusnädalat) kellel sünnitus indutseeriti või keisrilõige tehti plaaniliselt

Andmed	<p><u>Period:</u> 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 esmasünnitajatel ajalise üksiksünnituse korral (Robson 1+2).</p> <p>Robson 1: erakorraliste keisrilõigete osamäär esmasünnitajatel (üksiksünnitus, loote peaseis ja ajaline sünnitus), kellel sünnitustegevus käivitus spontaanselt.</p> <p>Robson 2: keisrilõigete osamäär esmasünnitajatel, kellel sünnitustegevus indutseeriti ja tehti keisrilõige või plaaniline keisrilõige tehti enne sünnitustegevuse algust.</p> <p>Joonisel on esitatud keisrilõigete osakaal (koos usaldusvahemikega) esmasünnitajatel ajalise üksiksünnituse korral haiglate ja haiglaliikide lõikes ja HVA haiglates kokku.</p>



Keisrilõigete osakaal esmassünnitajatel ajalise üksiksünnituse korral (Robson 1+2) aastatel 2015–2017, 95% usaldusvahemikuga.

Keisrilõigete osakaal esmassünnitajatel ajalise üksisünnituse korral (Robson 1+2), 2015–2017.

Haigla	Sünnitused rühmas Robson 1+2, arv	Nendest keisrilõikega, arv	Nendest keisrilõikega, osakaal	95% UV
Ida-Tallinna Keskhaigla Naistekliinik	4 815	801	16,64%	15,61–17,71%
Lääne-Tallinna Keskhaigla Naistekliinik	4 088	581	14,21%	13,18–15,32%
Tartu Ülikooli Kliinikumi Naistekliinik	2 561	405	15,81%	14,45–17,28%
Piirkondliku funktsiooniga haiglad kokku*	11 464	1 787	15,59%	14,94–16,26%
Ida-Viru Keskhaigla	490	155	31,63%	27,67–35,88%
Pärnu Haigla	823	151	18,35%	15,85–21,14%
Keskhaiglad kokku	1 313	306	23,31%	21,1–25,67%
Hiumaa Haigla	42	2	4,76%	1,32–15,79%
Järvamaa Haigla	212	19	8,96%	5,81–13,57%
Kuressaare Haigla	229	48	20,96%	16,19–26,69%
Lõuna-Eesti Haigla	281	63	22,42%	17,93–27,65%
Läänemaa Haigla	1	0	-	-
Narva Haigla	461	102	22,13%	18,58–26,14%
Põlva Haigla	215	38	17,67%	13,16–23,33%
Rakvere Haigla	387	65	16,80%	13,4–20,84%
Valga Haigla	117	28	23,93%	17,11–32,41%
Viljandi Haigla	343	52	15,16%	11,75–19,34%
Üldhaiglad kokku	2 288	417	18,23%	16,7–19,86%
Elite Kliinik	18	12	66,67%	43,75–83,72%
HVA välised teenuseosutajad	18	12	66,67%	43,75–83,72%
Kokku	15 083	2 522	16,72%	16,13–17,32%

* Sünnitusabi ja günekoloogia erialade mõttes on Ida-Tallinna Keskhaiglal, Lääne-Tallinna Keskhaiglal ja Tartu Ülikooli Kliinikumil piirkondlike haiglate funktsioon

Sünnitusabi indikaator 4: keisrilõigete osamäär korduvsünnitajatel ajalise üksiksünnituse korral, kellel vähemalt üks sünnitus on lõppenud keisrilõike teel ja kelle loode on peaseisus (Robson 5)

Sissejuhatus.

- a) Indikaatoriga hinnatakse plaaniliste keisrilõigete osakaalu korduvsünnitajatel (üksiksünnitus, loote peaseis, raseduskestus ≥ 37 rasedusnädalat), kellel on vähemalt üks eelnev sünnitus lõppenud keisrilõike teel (Robsoni klassifikatsioon, rühm 5). Seoses keisrilõigete osatähtsuse 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: keisrilõigete osakaal Robson 5 rühmas (R5) vähem kui 60%.
- b) Algandmed. Indikaatori arvutamiseks kasutatakse Raseduse infosüsteemi andmeid. Analüüsiks arvutatakse kolme aasta kohandatud keskmine ja 95% UV.

Tulemuste interpretatsioon

- a) Võrdlus Eestis. Perioodil 2015–2017 oli piirkondliku funktsiooniga haiglates keisrilõigete osakaal rühmas R 5 keskmiselt 32,34% ning kesk- ja üldhaiglates vastavalt 32,22% ja 45,83%. See vastab seatud eesmärgile. Kõrgeim keisrilõigete osakaal oli Valga, Järvamaa ja Põlva Haiglas, kuid jäi eesmärkväärtuse piiridesse. Märkimisväärselt kõrge oli näitaja Elite erakliinikus, 94,12%.
- b) Rahvusvaheline võrdlus. Keisrilõigete osakaal kõikidest sünnitustest on kasvanud kogu maailmas, olles madalaim Põhjamaades, kus keisrilõigete osakaal rühmas R 5 varieerus perioodil 2009–2011 riigiti 41,9% (Norras) kuni 59,1% (Taanis). Leedus oli 2014.a. keisrilõigete osamäär R5 grupis 65,6%. WHO poolt läbiviidud mitme riigi uuringus oli perioodil 2010-2011 väga kõrge arenguindeksiga riikides (Jaapan ja Argentiina) keisrilõigete osamäär R5 rühmas 79,4%.

Limitatsioonid.

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

Kokkuvõte.

Eesti tulemus on väga hea ja vastab enamuses ravisutustes seatud eesmärgile. Keisrilõigete osakaal Robson 5 rühmas on Eestis väiksem kui reas arenenud riikides. Keisrilõigete osatähtsuse monitoorimine R5 rühmas on väga oluline.

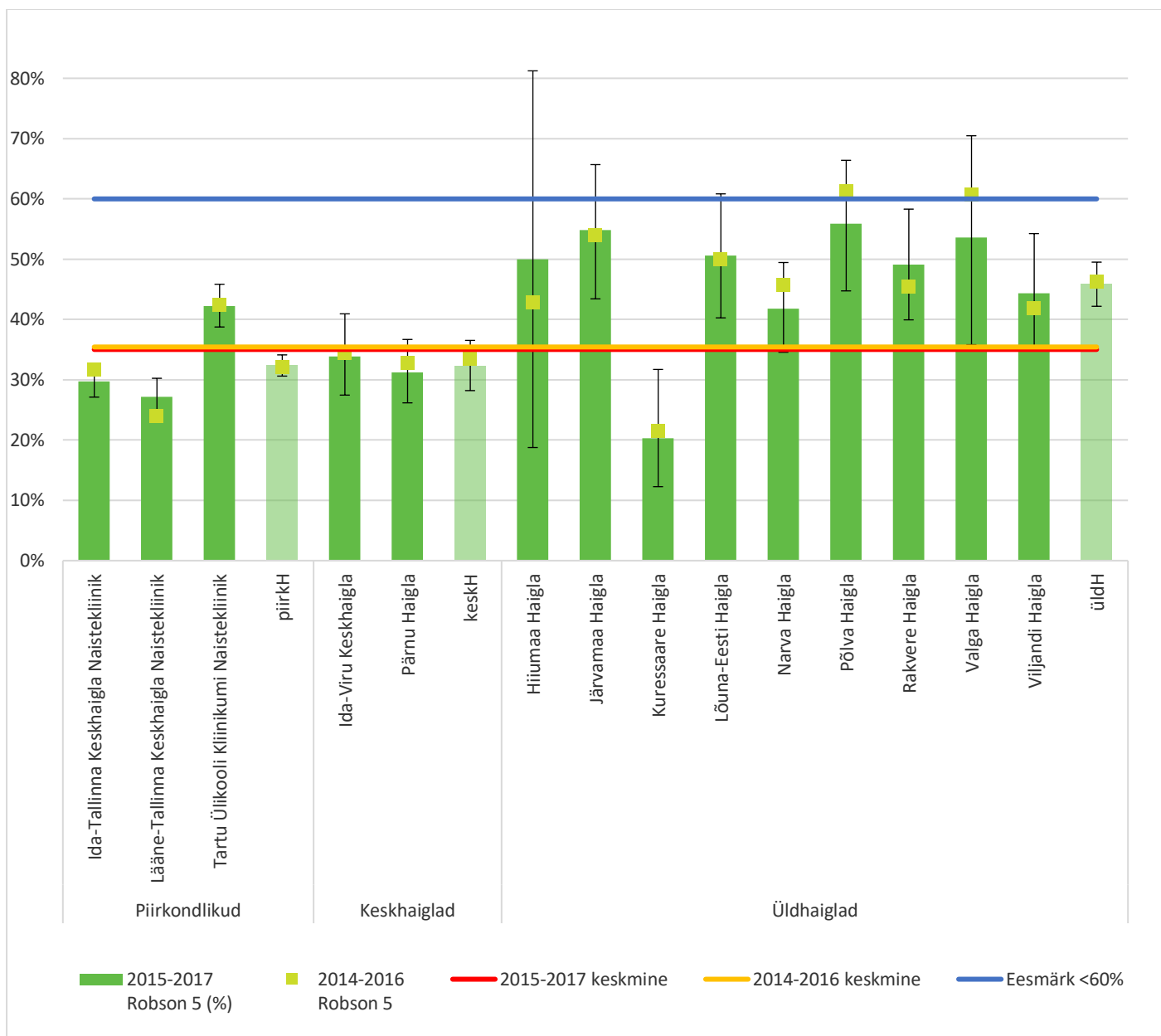
Võrdlus.

Piirkondlike haiglate keskmine on jäänud võrreldes eelmise perioodiga samaks, kuid keisrilõigete keskmine osakaal R5 rühmas on oluliselt vähenenud kesk- ja üldhaiglates.

Prof Helle Karro ja Dr Piret Veerus, Eesti Naistearstide Selts

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

Andmed	<p><u>Periood:</u> 01.01.2015–31.12.2017</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 60% (hea perinataalse tulemuse korral).</p> <p>Indikaatori täpsem kirjeldus on kättesaadav haigekassa kodulehel.</p>
Selgitus	<p>Plaaniliste keisrilõigete osamäär korduvsünnitajatel (üksiksünnitus, loote peaseis ja ajaline sünnitus), kellel on vähemalt üks eelnev sünnitus lõppenud keisrilõike teel.</p> <p>Joonisel 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 kordusvõnnitajatel ajalise üksivõnnituse korral, kellel vähemalt üks eelnev sünditus on lõppenud keisrilõike teel (Robson 5) aastatel 2015–2017, 95% usaldusvahemikuga.

Plaaniliste keisrilõigete osakaal korduvsünnitajatel ajalise üksiksünnituse korral, kellel vähemalt üks eelnev sünnitus on lõppenud keisrilõike teel (Robson 5), 2015–2017.

Haigla	Sünnitused rühmas Robson 5*	Nendest plaanilise keisrilõikega, arv	Nendest plaanilise keisrilõikega, osakaal	95% UV
Ida-Tallinna Keskhaigla Naistekliinik	1145	340	29,69%	27,12–32,41%
Lääne-Tallinna Keskhaigla Naistekliinik	833	226	27,13%	24,22–30,25%
Tartu Ülikooli Kliinikumi Naistekliinik	743	314	42,26%	38,76–45,84%
Piirkondliku funktsiooniga haiglad kokku**	2721	880	32,34%	30,61–34,12%
Ida-Viru Keskhaigla	186	63	33,87%	27,46–40,94%
Pärnu Haigla	295	92	31,19%	26,17–36,69%
Keskhaiglad kokku	481	155	32,22%	28,2–36,53%
Hiumaa Haigla	6	3	50,00%	18,76–81,24%
Järvamaa Haigla	73	40	54,79%	43,42–65,69%
Kuressaare Haigla	64	13	20,31%	12,27–31,71%
Lõuna-Eesti Haigla	87	44	50,57%	40,27–60,83%
Narva Haigla	165	69	41,82%	34,56–49,45%
Põlva Haigla	77	43	55,84%	44,74–66,39%
Rakvere Haigla	110	54	49,09%	39,94–58,3%
Valga Haigla	28	15	53,57%	35,81–70,47%
Viljandi Haigla	97	43	44,33%	34,85–54,24%
Üldhaiglad kokku	707	324	45,83%	42,19–49,51%
Elite Kliinik	17	16	94,12%	73,02–98,95%
HVA välised teenuseosutajad	17	16	94,12%	73,02–98,95%
Kesk-, üld-, HVA välised kokku	1 205	495	41,08%	38,33–43,88%
Kokku	3926	1375	35,02%	33,55–36,53%

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

** Sünnitusabi ja günekoloogia erialade mõttes on Ida-Tallinna Keskhaiglal, Lääne-Tallinna Keskhaiglal ja Tartu Ülikooli Kliinikumil piirkondlike haiglate funktsioon

Sünnitusabi indikaator 5: sünnitusega seotud massiivse verekaotuse osakaal

Sissejuhatus.

- a) Indikaator võimaldab hinnata sünnituste osakaalu, 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 osakaal ei ületa 3% kõikidest sünnitustest
- b) Algandmed. Indikaatori arvutamiseks kasutatakse Raseduse infosüsteemi andmeid. Analüüsiks arvutatakse kolme aasta kohandatud keskmine ja 95% UV.

Tulemuste interpretatsioon.

- a) Võrdlus Eestis. Perioodil 2015–2017 varieerus PPH osakaal 0% kuni 3%. Piirkondlikes haiglates (kus on enam riskisünnitajaid) oli PPH keskmine osakaal 2%, keskhaiglates 1,80% ja üldhaiglates 0,86 %. Andmed ei võimalda hinnata, kas PPH suurem osakaal on tingitud paremast verekaotuse hindamisest või teistest teguritest. 0% või väga madala PPH osamäära korral jääb kahtlus, et verekaotust ei dokumenteerita täpselt.
- b) Rahvusvaheline võrdlus. PPH esinemissagedus on arenenud riikides suurenenud. Kirjanduse põhjal varieerub PPH osatähtsus 1-10% kõikidest sünnitustest. See sõltub sellest, kuidas PPH määratletakse – kui suur verekaotus loetakse PPHks, kas võetakse arvesse kõiki juhte või ainult neid, kus oli vajadus vereülekandeks ja/või kirurgiliseks sekkumiseks. PPH osakaalu mõjutab ka see, kui täpselt on verekaotus mõõdetud ja dokumenteeritud. On teada, et hinnanguline verekaotus on 33-50% väiksem täpselt mõõdetud (nt spektrofotomeetria abil) verekaotusest.

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 jääb Eestis enamasti kuni 3 % piiresse. Kuid tulemuste põhjal ei ole võimalik teha kindlaid järeldusi. Eesti siseseks võrdluseks tuleb ühtlustada verekaotuse hindamist ja võimalusel lisada kriteeriumiks vereülekannde vajadus. Kliinilise auditi käigus on PPHga seotud tegureid, dokumenteerimist ja taktikat võimalik täpsemini hinnata.

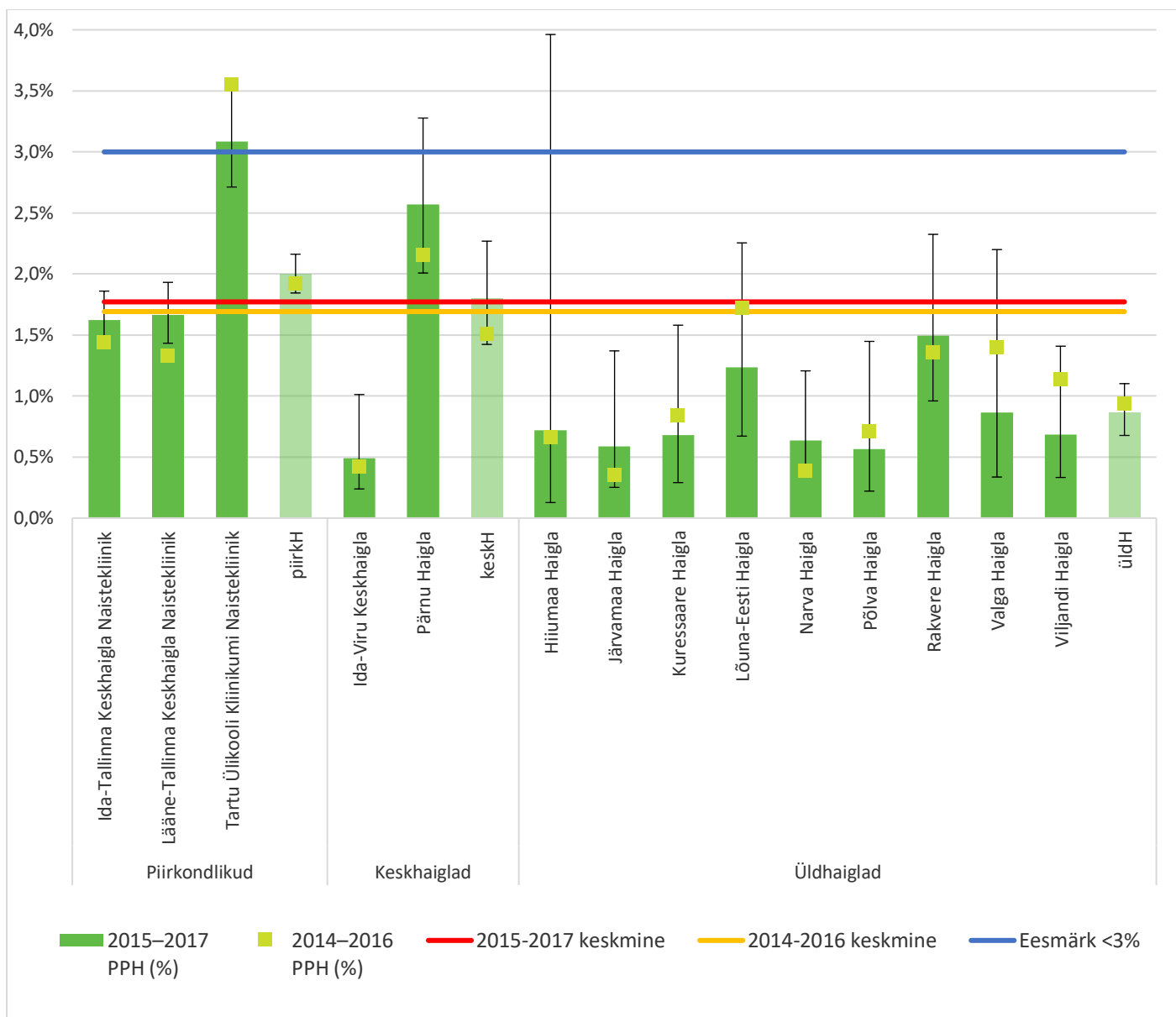
Võrdlus.

Võrreldes aastatega 2013-2015 ja 2014–2016 on PPH osakaal suurenenud kogu Eestis ja peamiselt piirkondliku funktsiooniga (vastavalt 1,85%, 1,92% ja 2%) ning üldhaiglates (vastavalt 1,26%, 1,51% ja 1,8%).

Prof Helle Karro ja Dr Piret Veerus, Eesti Naistearstide Selts

SÜNNITUSABI INDIKAATOR 5: SÜNNITUSEGA SEOTUD MASSIIVSE VEREKAOTUSE OSAKAAL

Andmed	<p><u>Periood:</u> 01.01.2015–31.12.2017 Tingimused EMSR sünnikaardil: -esines verekaotus üle 1000 ml (täidetud p.27.4) Kõik sünnitused</p> <p><u>Eesmärk:</u> 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>



Massiivse verekaotusega (PPH) sünnituste osakaal kõikidest sünnitustest aastatel 2015–2017, 95% usaldusvahemikuga.

Sünnitusega seotud massiivse verekaotuse (PPH) osakaal, 2015–2017.

Haigla	Sünnitused	Verekaotus (>1000ml)		
	Arv	PPH arv	PPH (%)	95% UV
Ida-Tallinna Keskhaigla Naistekliinik	12 280	199	1,62%	1,41–1,86%
Lääne-Tallinna Keskhaigla Naistekliinik	10 158	169	1,66%	1,43–1,93%
Tartu Ülikooli Kliinikumi Naistekliinik	7 362	227	3,08%	2,71–3,5%
Piirkondliku funktsiooniga haiglad kokku*	29 800	595	2,00%	1,84–2,16%
Ida-Viru Keskhaigla	1 423	7	0,49%	0,24–1,01%
Pärnu Haigla	2 415	62	2,57%	2,01–3,28%
Keskhaiglad kokku	3838	69	1,80%	1,42–2,27%
Hiiumaa Haigla	139	1	0,72%	0,13–3,96%
Järvamaa Haigla	850	5	0,59%	0,25–1,37%
Kuressaare Haigla	736	5	0,68%	0,29–1,58%
Lõuna-Eesti Haigla	811	10	1,23%	0,67–2,25%
Läänemaa Haigla	2	0	-	-
Narva Haigla	1 413	9	0,64%	0,34–1,21%
Põlva Haigla	706	4	0,57%	0,22–1,45%
Rakvere Haigla	1 270	19	1,50%	0,96–2,32%
Valga Haigla	463	4	0,86%	0,34–2,2%
Viljandi Haigla	1 021	7	0,69%	0,33–1,41%
Üldhaiglad kokku	7411	64	0,86%	0,68–1,1%
Elite Kliinik	52	0	-	-
HVA välised teenuseosutajad	52	0	-	-
Kesk-, üld-, HVA välised kokku	11 301	133	1,18%	0,99–1,39%
Kokku	41 101	728	1,77%	1,65–1,9%

* Sünnitusabi ja günekoloogia erialade mõttes on Ida-Tallinna Keskhaiglal, Lääne-Tallinna Keskhaiglal ja Tartu Ülikooli Kliinikumil piirkondlike haiglate funktsioon

KIRURGIA INDIKAATORID

Kirurgia indikaator 2: päevakirurgia osakaal kubemesonga operatsioonidel

Sissejuhatus. Operatsiooni tegemine päevakirurgias võib oluliselt parandada teenuse kvaliteeti: välditakse tüsistusi, mis võivad olla seotud hospitaliseerimisega (nosokomiaalsed infektsioonid), lühendatakse statsionaarse ravi järjekordasid ja optimeeritakse kirurgilise ravi kulusid¹. 2018. a avaldatud kubemesonga rahvusvahelises ravijuhendis soovitatakse enamuse kubemesongasid opereerida päevakirurgias (mõõdukas tõendatuse aste, tugev soovitus)².

Tulemuste interpretatsioon. Piirkondlikes haiglates tehti 2018. a 65% kubemesonga operatsioonidest päevakirurgias. Põhja-Eesti Regionaalhaiglas oli vastav tulemus 82% (95% UV 76–86%), mis on suurepärase tulemus. Viimast ei saa aga öelda Tartu Ülikooli Kliinikumi kohta, kus päevakirurgia osakaal kubemesonga plastikate puhul oli ainult 49%. Vajalik oleks statsionaari haigusjuhtude analüüs, et hinnata, kas statsionaarne ravi oli põhjendatud.

Keskhaiglates opereeriti 58% kubemesongadest päevakirurgias. Ka siin võime näha suurt varieeruvust: Ida-Tallinna Keskhaigla 84%, Ida-Viru Keskhaigla 67%, Lääne-Tallinna Keskhaigla 41% ja Pärnu Haigla 43%.

Veel suuremaid varieeruvusi esines üldhaiglates, kus keskmiselt tehti päevakirurgias 38% kubemesonga operatsioonidest. Ootuspärane oleks üldhaiglates keskmisest kõrgem päevakirurgia osakaal, kuna komplitseeritumad juhud (eakad patsiendid, hulgaliste kaasuvate haigustega patsiendid, suured skrotaalsongad) võiks saada käsitletud kõrgema etapi haiglas. Esile tasub tõsta (väga) heade tulemuste tõttu Lõuna-Eesti Haiglat (69%), Põlva Haiglat (95%), Raplamaa Haiglat (83%), Valga Haiglat (87%) ja Viljandi Haiglat (70%), kus tundub, et on toimunud optimaalne patsientide selektsioon. Teistes üldhaiglates jääb päevakirurgia osakaal kubemesongade kirurgilises ravis vahemikku 0–15%.

Kokku opereeriti Eestis 2018. a jooksul päevakirurgias 54% kubemesongaga patsientidest, mis on kirurgia indikaatorite töörühma poolt seatud piirist oluliselt halvem tulemus.

Mitmed Euroopa riigid peavad songaregistrat (Rootsi, Taani, Saksamaa). Internetis on kättesaadavad Taani songaregistrat andmed, mille alusel andmetel tehti Taanis 2016. a 87% kubemesonga operatsioonidest päevakirurgias (95% UV 86–88%). Taanis seati eesmärgiks, et 85% kubemesongadest võiks olla päevakirurgias opereeritud. Ka seal esineb varieeruvusi ja osades piirkondades 85% nõuet ei täideta, kuid >70% on päevakirurgia osakaal Taanis peaaegu kõikides piirkondades³.

Limitatsioonid. Antud andmete põhjal ei saa teha järeldusi, kas statsionaarsel ravil olnud patsientide liiga suur osakaal oli põhjendatud või mitte. Selline analüüs vajaks rohkem algandmeid (vanuseline jaotus, ASA skoor jne).

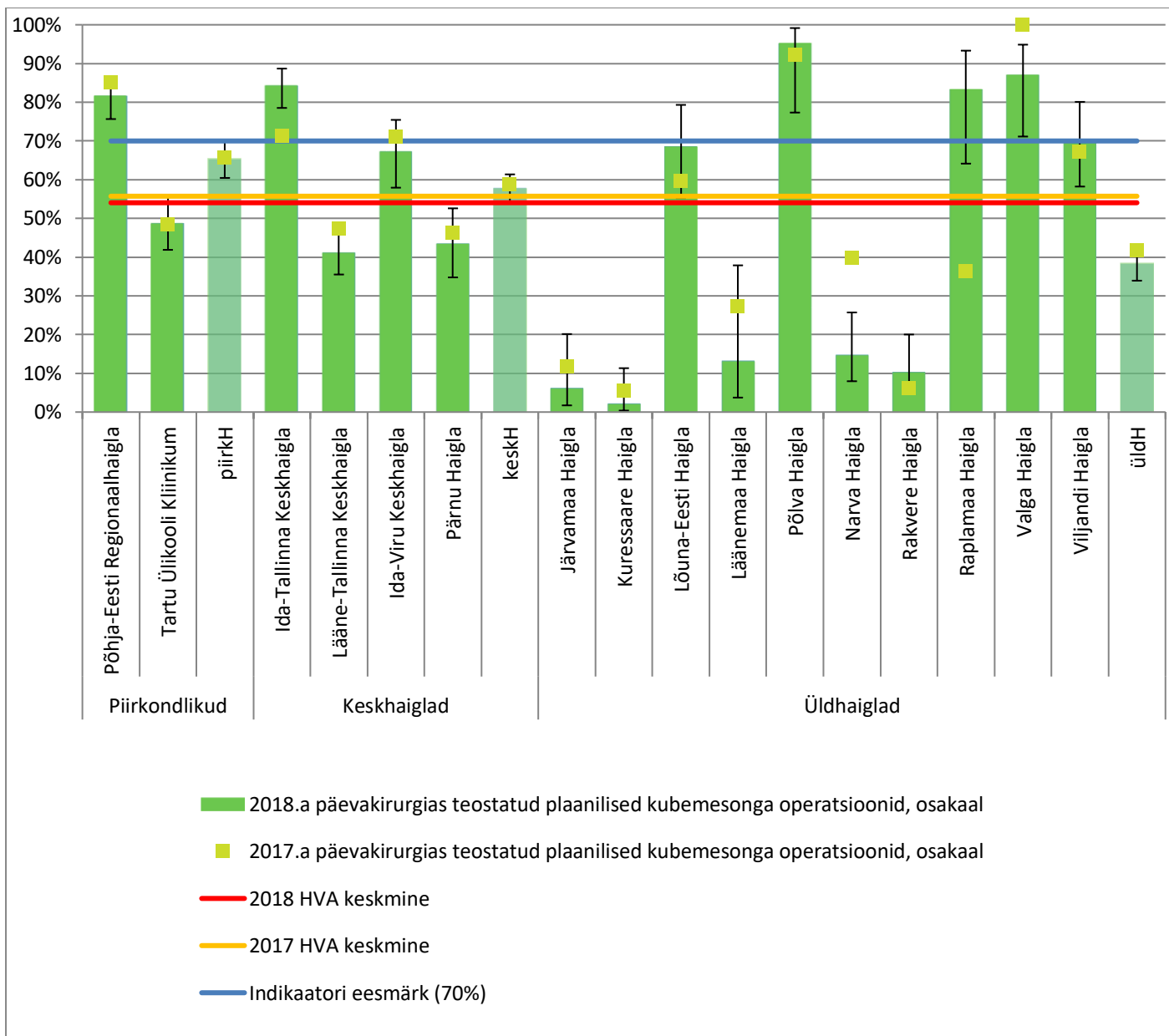
Kokkuvõte. 2018. a opereeriti Eestis kubemesonga patsientidest 54% päevakirurgias, mis on kirurgia indikaatorite töörühma poolt seatud piirist oluliselt halvem tulemus.

Võrdlus varasemate perioodidega. Viimase 3 aasta jooksul ei ole päevakirurgia osakaal Eestis oluliselt muutunud 49%→56%→54%. Kui PERH-is võrreldes 2016. aastaga tulemus paranes (70%→82%), siis TÜK-is ei ole see perioodil 2016–2018 oluliselt muutunud (57%→48%→49%). Keskhaiglates on samal perioodil päevakirurgias opereeritud kubemesongade arv suhteliselt stabiilne (53%→59%→58%). Üldhaiglates võrreldes 2016. aastaga päevakirurgia osakaal aastatel 2017–2018 suurenes (29%→42%→38%). Kui üldhaiglaid eraldi vaadata, siis kõige suurema hüppe tegi Raplamaa Haigla, kus 2016. a opereeriti päevakirurgias 10% patsientidest ja 2018. a 83% patsientidest (patsientide arvud muidugi väga väikesed).

Ceith Nikkolo SA TÜK, TÜ arst-õppejõud üldkirurgia erialal

KIRURGIA INDIKAATOR 2: PÄEVAKIRURGIA OSAKAAL KUBEMESONGA OPERATSIOONIDEL

Andmed	<p><u>Periood:</u> arve algus 01.01.–31.12.2018 <u>Ravitüüp:</u> päevaravi (raviteenuse tüüp 19) <u>Diagnoos:</u> RHK K40.2 või RHK K40.9 <u>Vanus:</u> ≥19</p> <p>Raviarvel märgitud NCSP JAB10 või JAB11 või JAB20 või JAB30 või JAB96 või JAB97 koodid ja plaanilise protseduuri kood ZXD10. Kuna kõik haiglad ei märgi plaanilise protseduuri koodi, siis arvestatud plaaniliseks kõik operatsiooni arved, millel on kood ZXD10 ja/või ei olnud 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>



Päevakirurgias teostatud kubemesonga operatsioonide osakaal aastal 2018, 95% usaldusvahemikuga.

Päevakirurgias teostatud kubemesonga operatsioonide osakaal, 2018.

	Plaanilised kubemesonga operatsioonid, arv	Päevakirurgias teostatud plaanilised kubemesonga operatsioonid, arv	Päevakirurgias teostatud plaanilised kubemesonga operatsioonid, osakaal	95% UV
Haigla				
Põhja-Eesti Regionaalhaigla	201	164	82%	76–86%
Tartu Ülikooli Kliinikum	199	97	49%	42–56%
Piirkondlikud haiglad kokku	400	261	65%	60–70%
Ida-Tallinna Keskhaigla	197	166	84%	79–89%
Lääne-Tallinna Keskhaigla	277	114	41%	36–47%
Ida-Viru Keskhaigla	107	72	67%	58–75%
Pärnu Haigla	115	50	43%	35–53%
Keskhaiglad kokku	696	402	58%	54–61%
Hiiumaa Haigla	11	0	-	-
Jõgeva Haigla	23	2	9%	2–27%
Järvamaa Haigla	32	2	6%	2–20%
Kuressaare Haigla	46	1	2%	0–11%
Lõuna-Eesti Haigla	54	37	69%	55–79%
Läänemaa Haigla	15	2	13%	4–38%
Põlva Haigla	21	20	95%	77–99%
Narva Haigla	61	9	15%	8–26%
Rakvere Haigla	67	7	10%	5–20%
Raplamaa Haigla	24	20	83%	64–93%
Valga Haigla	31	27	87%	71–95%
Viljandi Haigla	64	45	70%	58–80%
Üldhaiglad kokku	449	172	38%	34–43%
Kokku	1545	835	54%	52–57%

Kirurgia indikaator 4: jala amputatsioon 30 päeva pärast verevoolu taastamise protseduuri

Sissejuhatus: Verevoolu hääbumine jalas 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. Varases arterioperatsioonijärgses perioodis (30 päeva) amputeeriti jalg 2–5% juhul.

Madal amputatsiooni määr kui eduka ravi indikaator: Kui verevool isheemia all kannatavasse basseini on kirurgiliselt adekvaatselt taastatud on amputatsioon välditav. Seepärast on EHK initsiatiivil loodud Ravikvaliteedi Indikaatorite Nõukoda (RIN) alustanud Eestis arutelu esimese ravikvaliteedi indikaatori väljatoomiseks: kui paljudel juhtudel on verevoolu kirurgiline taastamine suutnud isheemilist jalga amputatsioonist päästa? Selle indikaatori alusel püütakse ka 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 isheemilise protsessile toimivaid individuaalseid mõjutegureid ja haiguse erinevaid faase s.o kas kroonilises, ägedas või kriitilise isheemia faasis – on nende senine otsus mõistetav. Nende sooviks on luua pealiskaudse indikaatori asemel haigetele osutatud veresoonte kirurgiliste protseduuride Eesti andmebaas (Estonian Vascular Registry – „Est-Vasc“). Ravi edukuse indikaator on vaja fikseerida sõltuvalt sellest, millises jala isheemilise haiguse alarühmas uuritav asub – kroonilises, ägedas või kriitilises isheemias. Kui hakkame registreerima ravi tulemusi eraldi kolmes alarühmas nii avatud kirurgilise, endovaskulaarse kui hübriidse ravimeetodi puhul – alles siis oleme loonud kvaliteedi indikaatori, mille alusel saab hinnata erinevas alarühmas olevale haigele rakendatud erineva raviviisi edukust.

Millist analüüsi võimaldab EHK raviarvete senine andmebaas: EHK raviarvetele haigla osakondade poolt seni sisestatud andmed sellist diferentseeritud tulemuste jälgimist ei võimalda. Senine andmebaas annab meile vaid summaarse, heterogeense ja seega eksitava pildi erinevate kirurgilise ravimeetodite rakendamisest nii kroonilise, ägeda kui kriitilise isheemia all kannatavatele haigetele kokku. Rahvusvahelises arutelus selline meie kirurgiaravi indikaator „osaleda“ ei saa, sest pole tehtud vahet, milline on ravitulemus sõltuvalt raviviisist ja haigete alarühmast. Tulemusele lisab ebatäpsust ka see, et seni pole arvestatud, millise arterisegmendi kahjustust (aorto-ilikaalne, infrainguinaalne, põlveülene, sääre distaalne jne) ja millist pehmekoekahjustust omas haige enne ravi alustamist.

Ettepanekud senise lähenemise piiratuse vältimiseks:

1. Edaspidi peaks Eestis e-haiguslugu võimaldama registreerida (positiivne struktuuri indikaator), kas kirurgia osakonnas oleva isheemilise jalaga haige on kroonilise (PAD), emboolia intsidendi tõttu ägeda (ALI) või mõlema põhjuse tõttu kriitilise isheemiaga (CLI) ja milline on isheemia ajaline kestvus olnud enne ravi. Sel juhul on andmed statistiliselt töödeldavad ja tulemuste diferentseeritus ning võrreldavus tagatud.
2. E-tervisesse sisestatud andmed isheemilise jala kohta peaks võimaldama statistilist võrdlust nii kirurgilise, endovaskulaarse kui hübriidravi ravi tulemuste osas.
3. E-tervisesse peaks, statistiliselt töödeldavana, saama sisestada ka millise arterisegmendi kahjustuse (aorto-iliakaalse, infraingvinaalse jne) ja pehmekoe-kahjustusega oli haige enne ravi.

Kokkuvõte:

1. Eesti jaoks loodavate järgmiste (veresoonte) kirurgilise ravi kvaliteedi-indikaatorite loojad peaksid jooksvalt jälgima rahvusvahelist debatti, sest alles hiljuti püstitõdedeks saanud tulemusi juba revideeritakse ja korrigeeritakse uute laekuvate andmehulkade valgusel. Me peame Eestis seda märkama.
2. Kui haiged on koondatud homologsete tunnuste alusel erinevatesse ravi alarühmadesse, saab raviedukuse ja kvaliteedi üle otsustamine ka meil Eestis olema objektiivsem ja uue kirurgiaravi kvaliteedi indikaatori esitamine põhjendatum.

Tiit Meren MD, PhD, FESVS ja RIN Kirurgia eriala – asendusliige

KIRURGIA INDIKAATOR 4: JALA AMPUTATSIOON 30 PÄEVA PÄRASTVEREVOOLU TAASTAMISE PROTSEDUURI**Andmed**

Periood: arve algus 01.01.–31.12.2018

Ravitüüp: statsionaarne

Põhidiagnoos: RHK I70.2, I72.4, I74.3

Vanus: kõik vanusegrupid

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)

Revaskularisatsiooni kuupäev

Revaskularisteeritud alajäseme amputatsioon (NFQ 19, NGQ 19)

Amputatsiooni kuupäev

Revaskularisatsiooni kuupäevast amputatsiooni kuupäevani kuni 30 päeva (≤ 30 päev).

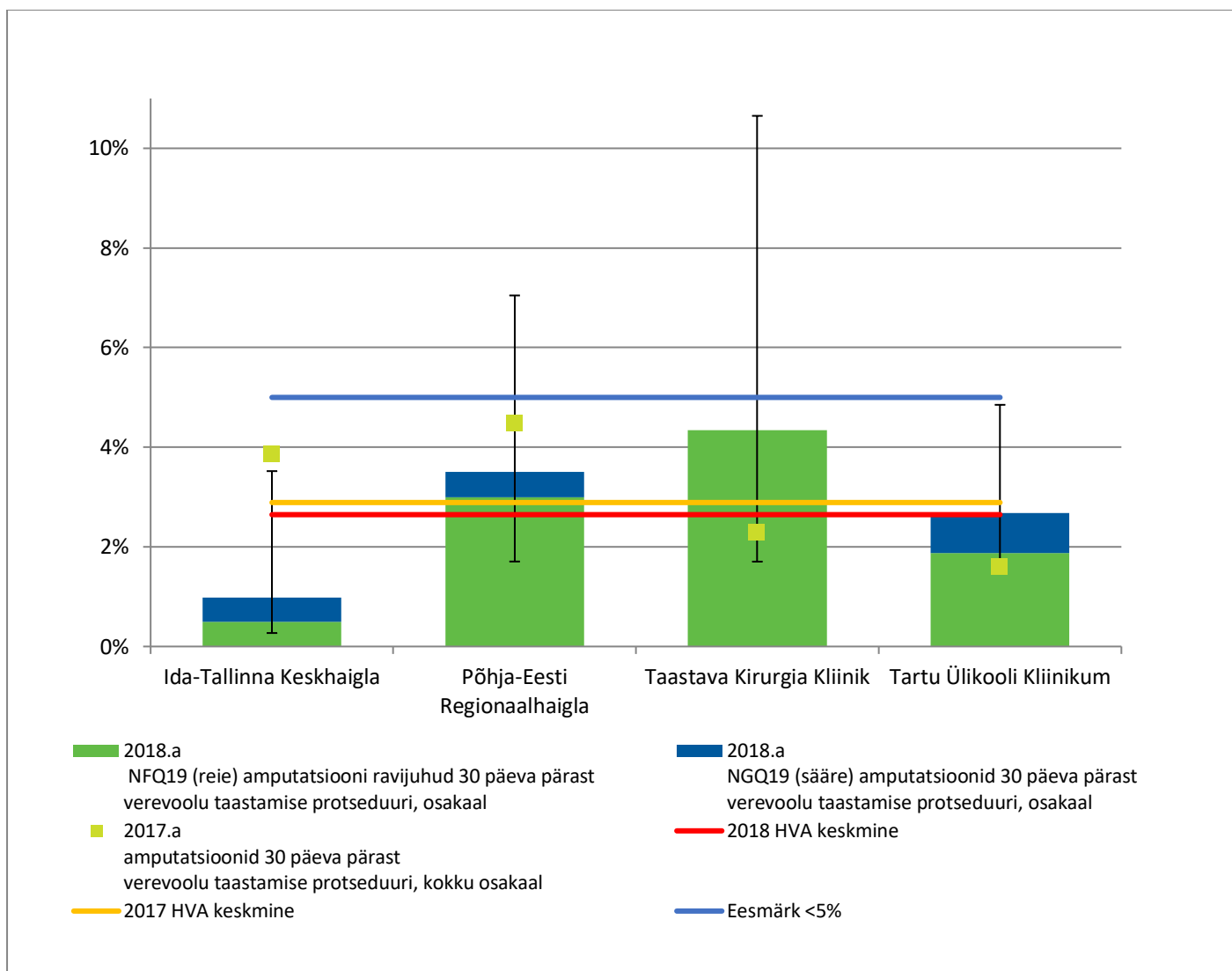
Eesmärk: <5%

Indikaatori täpsem kirjeldus on kättesaadav haigekassa [kodulehel](#).

Selgitus

Alajäsemete arteriaalse revaskularisatsioonijärgse jäseme amputatsioonide esinemissagedus 30 päeva jooksul pärast esmast operatsiooni.

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.



Alajäseme arteriaalse revaskularisatsioonijärgse sama jäseme amputatsioonide esinemissagedus 30 päeva jooksul pärast esmast verevoolu taastavat protseduuri haiglate lõikes aastal 2018, 95% usaldusvahemikuga.

Alajäseme arteriaalse revaskularisatsioonijärgse sama jäseme amputatsioonide esinemissagedus 30 päeva jooksul pärast esmast verevoolu taastavat protseduuri haiglate lõikes, 2018.

Haigla	Verevoolu taastamise protseduurid, arv	Amputatsioonid 30 päeva pärast verevoolu taastamise protseduuri, kokku arv	Amputatsioonid 30 päeva pärast verevoolu taastamise protseduuri, kokku osakaal	95% UV	NFQ19 amputatsioonid 30 päeva pärast verevoolu taastamise protseduuri, arv	NFQ19 (reie) amputatsiooni ravijuhud 30 päeva pärast verevoolu taastamise protseduuri, osakaal	NGQ19 amputatsioonid 30 päeva pärast verevoolu taastamise protseduuri, arv	NGQ19 (sääre) amputatsioonid 30 päeva pärast verevoolu taastamise protseduuri, osakaal
Ida-Tallinna Keskhaigla	203	2	1%	0–4%	1	0%	1	0%
Põhja-Eesti Regionaalhaigla	200	7	4%	2–7%	6	3%	1	1%
Taastava Kirurgia Kliinik	92	4	4%	2–11%	4	4%	0	-
Tartu Ülikooli Kliinikum	374	10	3%	1–5%	7	2%	3	1%
Kokku	869	23	3%	2–4%	18	2%	5	1%

Kirurgia indikaator 6: operatsioonijärgne 30 päeva suremus

- 6a suremus 30 päeva jooksul pärast apendektoomiat
- 6b suremus 30 päeva jooksul pärast koletsüstektoomiat
- 6c suremus 30 päeva jooksul pärast prostatektoomiat

Operatsiooni läbinud haigete suremust ja elulemust käsitletakse arenenud maades indikaatorina, mis iseloomustab haiglate ravitöö kvaliteeti tervikuna. Seejuures ei ole summaarse suremuse arvutamisel ja esitamisel sisu, kui seejärel ei eristata ravitud haigusi ja rakendatud ravimeetodeid ning ei arvestata ravitud haigete iseärasustega.

Ülalnimetatud põhjustel ei ole operatsioonijärgne suremus mitte fikseeritud number, vaid pigem on tegemist oodatava tasemega, mis sõltub ravitud haigete ja ravimeetodite *casemix*'st. See oodatav tase muutub aja jooksul kahe vastassuunas mõjuva teguri mõjul – ühelt poolt parandab ravimeetodite üldine areng ravitud haigete prognoosi ja teisalt võimaldab aidata üha raskemas seisundis ja üha vanemaid haigeid. Nende kahe teguri koosmõjus kujuneb olukord, et haiglas, kus kasutatakse kõige kaasaegsemaid ravimeetodeid, on suremus tõenäoliselt suurem kui haiglas, kus need puuduvad.

Järgnevalt esitatakse andmed Eesti kohta, mis põhinevad aastate 2015–2017 haigekassa raviarvete analüüsil.

Apendektoomia Hinnanguliselt on maailmas aastas ligi 11 mln apenditsiidi juhtu ja túsistunud apenditsiidi tõttu sureb hinnanguliselt iga aasta suurusjärgus 50 000 inimest [GBD 2015]. Viimastel aastatel on trend selgelt laparoskoopilise apendektoomia kasuks ning avatud meetodit kasutatakse üha vähem [Bingmer 2019].

Eesti aktiivravi haiglatest ei teostatud ühtegi apendektoomiat Jõgeva Haiglas. Laparoskoopilisi apendektoomiaid ei tehtud kordagi Hiiumaa, Põlva ja Raplamaa haiglates. Eesti summaarsete ja keskmiste väärtuste arvutamisel on arvestatud kõigis 18-s raviasutuses toimunud operatsioonidega. Ravitulemuste analüüs piirdub ainult nende apendektoomiatega, mil põhidiagnoosiks oli märgitud äge pimesoolepõletik (RHK-10 järgi K35) ja kaasab 11 haiglat, kus teostati aastas enam kui 50 apendektoomiat. Eesti keskmine apendektoomijärgne suremus ägeda apenditsiidi korral on alla 0,1% ehk 1 surmajuht 1000 operatsiooni kohta. Võrdluseks oli Soomes aastatel 1990–2010 apendektoomijärgne suremus 0,2% [Kotaluoto 2017].

Koletsüstektoomia. Eesti summaarsete ja keskmiste väärtuste arvutamisel on arvestatud kõigis 17-s haiglas toimunud operatsioonidega. Järgnev ravitulemuste analüüs kirjeldab 12 haiglat, kus aastas teostati enam kui 50 koletsüstektoomiat. Pahaloomuliste kasvajate ja teiste seedetrakti haiguste kirurgilise ravi käigus simultaanselt teostatud koletsüstektoomiat on analüüsist välja jäetud, sest nendel juhtudel on määravaks põhihaiguse ravi, mitte sapipõiega piirduv patoloogia ja koletsüstektoomia. Kirjanduse alusel on sapikivitõve ja koletsüstiidi tõttu teostatud koletsüstektoomijärgne suremus vahemikus 0,1-0,7% [Roslyn 1993, McMahon 2000, Rosenmuller 2007, Scollay 2011, Harboe 2011]. Koletsüstektoomia-järgne 30-päeva suremus on Eestis 0,5% ehk 1 surmajuht 200 operatsiooni kohta, mis on samal tasemel kirjanduses esitatud suremusega.

Prostatektoomia. Perioperatiivne suremus on prostata eemaldamise korral väga harv juhtum. Eesti keskmine väärtus on 0,3% ehk 1 surmajuht 330 operatsiooni kohta. Ühe aasta pärast oli surnud 3,4% opereeritud haigetest, mis on samal tasemel sama vanade eesti meeste suremuse aastakeskmise tõenäosusega (3,8%).

Väljavõtte analüüsist: „Kirurgiline ravi Eestis: kuus operatsiooni arvudes“

KIRURGIA INDIKAATOR 6a: SUREMUS 30 PÄEVA JOOKSUL PÄRAST APENDEKTOOMIAT

Andmed	<p><u>Periood:</u> arve algus 01.01.2015–31.12.2017</p> <p><u>Ravitüüp:</u> statsionaarne</p> <p><u>Vanus:</u> kõik vanusegrupid (s.h lapsed)</p> <p>Apandektoomia operatsiooni koodid: OJ2101, OJ2125, OJ2211, 166 või 167</p> <p>Diagnoosi kood RHK-10 alusel: äge apenditsiit (K35)</p> <p>Operatsiooni kuupäev.</p> <p>Surma kuupäev.</p>
Selgitus	<p>Patsientide osakaal, kes surid 30 päeva jooksul pärast operatsiooni teostamist.</p> <p>Analüüsis esitatakse ainult need 11 haiglat, kus teostati aastas enam kui 50 apandektoomiat, mille põhidiagnosiks oli äge pimesoolepõletik.</p>

Patsientide osakaal, kes surid 30 päeva jooksul pärast apandektoomiat, 2015–2017 a.

	Opereeritud patsiendid	Surmad		Soo-vanus kohandatud	
		Arv	%	Indeks*	95% UV
Eesti kokku	5517	4	0,07	100	–
Põhja-Eesti Regionaalhaigla	998	1	0,10	115	2–639
Tartu Ülikooli Kliinikum	866	1	0,12	160	2–890
Ida-Tallinna Keskhaigla	735	0	–	–	–
Lääne-Tallinna Keskhaigla	338	0	–	–	–
Tallinna Lastehaigla	521	0	–	–	–
Ida-Viru Keskhaigla	289	0	–	–	–
Pärnu Haigla	385	1	0,26	364	5–2026
Kuressaare Haigla	131	0	–	–	–
Narva Haigla	165	0	–	–	–
Rakvere Haigla	296	0	–	–	–
Viljandi Haigla	243	1	0,41	454	6–2526
Teised 8 haiglat kokku	550	0	–	–	–

* Indeks näitab suhet Eesti keskmisse. Kui raviasutuse indeksi 95% usaldusvahemikus ei sisaldu väärtus 100, on raviasutuse tulemus oluliselt erinev Eesti keskmisest tasemest.

KIRURGIA INDIKAATOR 6b: SUREMUS 30 PÄEVA JOOKSUL PÄRAST KOLETSÜSTEKTOOMIAT

Andmed	<p><u>Periood:</u> arve algus 01.01.2015–31.12.2017</p> <p><u>Ravitüüp:</u> statsionaarne</p> <p><u>Vanus:</u> kõik vanusegrupid (s.h lapsed)</p> <p>Koletsüstektoomia operatsiooni koodid: OJ2205, 195, 196, 197, 198, 493 või 494</p> <p>Diagnoosi kood RHK-10 alusel: sapikivitõbi (K80) või sapipõiepõletik (K81)</p> <p>Operatsiooni kuupäev.</p> <p>Surma kuupäev.</p>
Selgitus	<p>Patsientide osakaal, kes surid 30 päeva jooksul pärast operatsiooni teostamist.</p> <p>Analüüsis esitatakse ainult need 12 haiglat, kus teostati aastas enam kui 50 koletsüstektoomiat, mille põhidiagnoosiks oli sapikivitõbi või sapipõiepõletik.</p>

Patsientide osakaal, kes surid 30 päeva jooksul pärast koletsüstektoomiat, 2015–2017 a.

	Opereeritud patsiendid	Surmad		Soo-vanuse kohandatud	
		Arv	%	Indeks*	95% UV
Eesti kokku	8364	39	0,5	100	–
Põhja-Eesti Regionaalhaigla	1546	10	0,6	110	53–202
Tartu Ülikooli Kliinikum	1577	9	0,6	94	43–179
Ida-Tallinna Keskhaigla	1249	8	0,6	133	57–263
Lääne-Tallinna Keskhaigla	867	2	0,2	68	8–244
Ida-Viru Keskhaigla	646	2	0,3	72	8–261
Pärnu Haigla	553	1	0,2	64	1–355
Järvamaa Haigla	196	0	–	–	–
Kuressaare Haigla	172	0	–	–	–
Lõuna-Eesti Haigla	361	1	0,3	86	1–476
Narva Haigla	243	4	1,6	330	89–844
Rakvere Haigla	276	1	0,4	93	1–518
Viljandi Haigla	285	0	–	–	–
Teised 5 haiglat kokku	393	1	0,2	54	1–443

* Indeks näitab suhet Eesti keskmisele. Kui raviasutuse indeksi 95% usaldusvahemikus ei sisaldu väärtus 100, on raviasutuse tulemus oluliselt erinev Eesti keskmisest tasemest.

KIRURGIA INDIKAATOR 6c: SUREMUS 30 PÄEVA JOOKSUL PÄRAST PROSTATEKTOOMIAT

Andmed	<p><u>Periood:</u> arve algus 01.01.2015–31.12.2017</p> <p><u>Ravitüüp:</u> statsionaarne</p> <p><u>Vanus:</u> kõik vanusegrupid (s.h lapsed)</p> <p>Prostatektoomia operatsiooni koodid: 040304, 050318, 060303, 336 või 337</p> <p>Diagnoosi kood RHK-10 alusel: eesnäärme suurenemine (N40)</p> <p>Operatsiooni kuupäev.</p> <p>Surma kuupäev.</p>
Selgitus	<p>Patsientide osakaal, kes surid 30 päeva jooksul pärast operatsiooni teostamist.</p> <p>Analüüsis esitatakse ainult need 7 haiglat, kus teostati aastas enam kui 25 prostatektoomiat, mille põhidiagnosiks oli eesnäärme suurenemine.</p>

Patsientide osakaal, kes surid 30 päeva jooksul pärast prostatektoomiat, 2015–2017 a.

	Opereeritud patsiendid	Surmad		Vanus-kohandatud	
		Arv	%	Indeks*	95% UV
Eesti kokku	1075	3	0,3	100	
Põhja-Eesti Regionaalhaigla	231	0	–	–	–
Tartu Ülikooli Kliinikum	182	1	0,5	207	3–1150
Ida-Tallinna Keskhaigla	145	1	0,7	242	3–1345
Lääne-Tallinna Keskhaigla	112	0	–	–	–
Ida-Viru Keskhaigla	83	0	–	–	–
Rakvere Haigla	81	0	–	–	–
Viljandi Haigla	75	0	–	–	–
Teised 7 haiglat kokku	166	1	0,6	223	3–1255

* Indeks näitab suhet Eesti keskmise. Kui raviasutuse indeksi 95% usaldusvahemikus ei sisaldu väärtus 100, on raviasutuse tulemus oluliselt erinev Eesti keskmisest tasemest.

Kirurgia indikaator 7: operatsioonijärgne 30 päeva rehospitalseerimine

Mitte-kirurgiliste haigete korduv haiglaravi toimub tavaliselt samadel põhjustel kui eelnev raviepisood, kuid kirurgilised patsiendid hospitaliseeritakse enamasti kirurgilise ravi tüsistuste tõttu [Morris 2016, Sweeney 2013].

Kui tegemist on erakorralise operatsiooniga, on korduvat haiglaravi põhjustanud tüsistuste teke tingitud suures osas haige üldseisundist ja haiguse raskusest operatsiooni ajal, kuid plaaniliste operatsioonide korral on võimalik riskifaktoritega arvestada ja neid mõjutada.

Nimetatud põhjustel on operatsiooni läbinud haigete korduv hospitaliseerimine samavõrra levinud indikaator kui haigete suremus ja seda käsitletakse arenenud maades kvaliteediindikaatorina, mis iseloomustab ühelt poolt valitud operatsioonimeetodit ja teisalt haiglate ravitööd tervikuna. Kirjanduse andmetel on 30 päeva erakorraline hospitaliseerimine vahemikus 11–23%, sõltudes oluliselt operatsioonitüübist ja eelnevate riskifaktorite esinemisest [Morris 2016, Lawson 2013, Li 2013].

Apendektoomia Operatsioonijärgselt rehospitalseeriti Eestis 30-päeva jooksul 4,2% haigetest ja Eesti keskmisest tasemest eristus ainsana Rakvere Haigla (1,7%), kus erinevus jäi püsima ka pärast kohandamist. Valdav enamus (74%) rehospitalseerimistest toimus 12 päeva jooksul pärast operatsiooni.

Koletsüstektoomia. Operatsioonijärgselt rehospitalseeriti Eestis 30 päeva jooksul 4,6% haigetest. Eesti keskmisest suurem oli rehospitalseerimise tõenäosus pärast operatsiooni Narva Haiglas ning keskmisest väiksem oli tõenäosus Pärnu Haiglas.

Prostatektoomia. Operatsioonijärgselt rehospitalseeriti Eestis 30 päeva jooksul 9,2% haigetest. Siin eristusid teistest raviasutustest Lääne-Tallinna Keskhaigla ja Ida-Viru Keskhaigla, kus opereeritud haigete rehospitalseerimise tõenäosus oli Eesti keskmisest suurem. Rakvere ja Viljandi Haiglas opereeritud haigete rehospitalseerimise tõenäosus oli Eesti keskmisest väiksem. Need erinevused ei osutunud pärast vanuskohandamist statistiliselt oluliseks.

Väljavõtte analüüsist: „Kirurgiline ravi Eestis: kuus operatsiooni arvudes“

KIRURGIA INDIKAATOR 7a: REHOSPITALISEERIMINE 30 PÄEVA JOOKSUL PÄRAST APENDEKTOOMIAT

Andmed	<p><u>Periood:</u> arve algus 01.01.2015–31.12.2017</p> <p><u>Ravitüüp:</u> statsionaarne</p> <p><u>Vanus:</u> kõik vanusegrupid (s.h lapsed)</p> <p>Apendektoomia operatsiooni koodid: OJ2101, OJ2125, OJ2211, 166 või 167</p> <p>Diagnoosi kood RHK-10 alusel: äge apenditsiit (K35)</p> <p>Operatsiooni kuupäev.</p> <p>Järgneva haiglaravi alguse kuupäev.</p>
Selgitus	<p>Patsientide osakaal, kes võeti uuesti haiglaravile 30 päeva jooksul pärast operatsiooni teostamist, kusjuures kahe haiglaravi episoodi vahele jäi vähemalt üks ööpäev.</p> <p>Analüüsis esitatakse ainult need 11 haiglat, kus teostati aastas enam kui 50 apendektoomiat, mille põhidiagnoosiks oli äge pimesoolepõletik.</p>

Patsientide osakaal, kes on rehospitalizeeritud 30 päeva jooksul pärast apendektoomiat 2015–2017.

	Opereeritud patsiendid	Haiglaravil		Soo-vanus kohandatud	
		Arv	%	Indeks*	95% UV
Eesti kokku	5517	231	4,2%	100	
Põhja-Eesti Regionaalhaigla	998	49	4,9%	114	85–151
Tartu Ülikooli Kliinikum	866	37	4,3%	102	72–141
Ida-Tallinna Keskhaigla	735	24	3,3%	76	49–113
Lääne-Tallinna Keskhaigla	338	16	4,7%	109	62–177
Tallinna Lastehaigla	521	19	3,6%	–	–
Ida-Viru Keskhaigla	289	19	6,6%	154	93–241
Pärnu Haigla	385	15	3,9%	92	52–153
Kuessaare Haigla	131	8	4,8%	116	50–228
Narva Haigla	165	11	3,7%	89	44–159
Rakvere Haigla	296	4	1,7%	38	10–99
Viljandi Haigla	243	6	3,5%	84	31–183
Teised 8 haiglat kokku	550	23	4,2%	99	63–141

* Indeks näitab suhet Eesti keskmisele. Kui raviasutuse indeksi 95% usaldusvahemikus ei sisaldu väärtus 100, on raviasutuse tulemus oluliselt erinev Eesti keskmisest tasemest.

KIRURGIA INDIKAATOR 7b: REHOSPITALISEERIMINE 30 PÄEVA JOOKSUL PÄRAST KOLETSÜSTEKTOOMIAT

Andmed	<p><u>Periood:</u> arve algus 01.01.2015–31.12.2017</p> <p><u>Ravitüüp:</u> statsionaarne</p> <p><u>Vanus:</u> kõik vanusegrupid (s.h lapsed)</p> <p>Koletsüstektoomia operatsiooni koodid: OJ2205, 195, 196, 197, 198, 493 või 494</p> <p>Diagnoosi kood RHK-10 alusel: sapikivitõbi (K80) või sapipõiepõletik (K81)</p> <p>Operatsiooni kuupäev.</p> <p>Järgneva haiglaravi alguse kuupäev.</p>
Selgitus	<p>Patsientide osakaal, kes võeti uuesti haiglaravile 30 päeva jooksul pärast operatsiooni teostamist, kusjuures kahe haiglaravi episoodi vahele jäi vähemalt üks ööpäev.</p> <p>Analüüsis esitatakse ainult need 12 haiglat, kus teostati aastas enam kui 50 koletsüstektoomiat, mille põhidiagnoosiks oli sapikivitõbi või sapipõiepõletik.</p>

Patsientide osakaal, kes rehospitaliseeriti 30 päeva jooksul pärast koletsüstektoomiat, 2015–2017.

	Opereeritud patsiendid	Haiglaravil		Soo-vanuse kohandatud	
		Arv	%	Indeks*	95% UV
Eesti kokku	8364	380	4,6%	100	
Põhja-Eesti Regionaalhaigla	1546	80	5,2%	109	87–136
Tartu Ülikooli Kliinikum	1577	87	5,5%	118	95–146
Ida-Tallinna Keskhaigla	1249	52	4,2%	91	68–120
Lääne-Tallinna Keskhaigla	867	33	3,8%	87	60–122
Ida-Viru Keskhaigla	646	27	4,2%	90	59–131
Pärnu Haigla	553	12	2,2%	50	26–88
Järvamaa Haigla	196	5	2,6%	60	19–139
Kuressaare Haigla	172	7	4,1%	85	34–175
Lõuna-Eesti Haigla	361	10	2,8%	63	30–115
Narva Haigla	243	20	8,3%	177	108–274
Rakvere Haigla	276	14	5,1%	114	62–191
Viljandi Haigla	285	11	3,9%	92	46–164
Teised 5 haiglat kokku	393	17	4,3%	93	58–132

* Indeks näitab suhet Eesti keskmisele. Kui raviasutuse indeksi 95% usaldusvahemikus ei sisaldu väärtus 100, on raviasutuse tulemus oluliselt erinev Eesti keskmisest tasemest.

KIRURGIA INDIKAATOR 7c: REHOSPITALISEERIMINE 30 PÄEVA JOOKSUL PÄRAST PROSTATEKTOOMIAT

Andmed	<p><u>Periood:</u> arve algus 01.01.2015–31.12.2017</p> <p><u>Ravitüüp:</u> statsionaarne</p> <p><u>Vanus:</u> kõik vanusegrupid (s.h lapsed)</p> <p>Prostatektoomia operatsiooni koodid: 040304, 050318, 060303, 336 või 337</p> <p>Diagnoosi kood RHK-10 alusel: eesnäärme suurenemine (N40)</p> <p>Operatsiooni kuupäev.</p> <p>Järgneva haiglaravi alguse kuupäev.</p>
Selgitus	<p>Patsientide osakaal, kes võeti uuesti haiglaravile 30 päeva jooksul pärast operatsiooni teostamist, kusjuures kahe haiglaravi episoodi vahele jäi vähemalt üks ööpäev.</p> <p>Analüüsis esitatakse ainult need 7 haiglat, kus teostati aastas enam kui 25 prostatektoomiat, mille põhidiagnoosiks oli eesnäärme suurenemine.</p>

Patsientide osakaal, kes rehospitaliseeriti 30 päeva jooksul pärast prostatektoomiat, 2015–2017.

	Opereeritud patsiendid	Haiglaravil		Vanus-kohandatud	
		arv	%	Indeks*	95% UV
Eesti kokku	1075	99	9,2	100	–
Põhja-Eesti Regionaalhaigla	231	19	8,2	89	54–140
Tartu Ülikooli Kliinikum	182	17	9,4	102	59–163
Ida-Tallinna Keskhaigla	145	12	8,3	90	47–158
Lääne-Tallinna Keskhaigla	112	15	13,4	146	82–241
Ida-Viru Keskhaigla	83	14	16,9	180	99–303
Rakvere Haigla	81	3	3,7	40	8–118
Viljandi Haigla	75	2	2,7	29	3–103
Teised 7 haiglat kokku	166	17	10,2	110	64–172

* Indeks näitab suhet Eesti keskmise. Kui raviasutuse indeksi 95% usaldusvahemikus ei sisaldu väärtus 100, on raviasutuse tulemus oluliselt erinev Eesti keskmisest tasemest.

INTENSIIVRAVI INDIKAATORID

Intensiivravi indikaator 3: intensiivravil olnud haigete 12 kuu elulemus

Sissejuhatus. Intensiivravi kaugtulemusi iseloomustav 12 kuu elulemus on kaasajal erinevate uuringute andmetel 70–75%. Seda mõjutavad haigete vanus, kaasuvad haigused ja seisundi raskus intensiivravi alustamisel.

Tulemuste interpretatsioon. Intensiivravi teenuse kogumaht on suurenes: teenust vajanud patsientide arv, mis eelnevatel aastatel püsis stabiilselt 25 600 ringis, kasvas 28 049-ni. Tõenäoliselt on patsientide arvu oluline suurenemine tingitud I astme intensiivravi senisest paremast dokumenteerimisest, mille põhjuseks omakorda on muudatused haigekassa hinnakirjas. Koguvalimi intensiivravi järgne 12 kuu elulemus oli 79% , mis on kõrgem, kui indikaatori eesmärkväärtus (70%), ja sarnane eelnevate aastatega. Rahvusvaheliseks võrdluseks on meil Soome intensiivravi konsortsiumi mittepulitseeritud andmed (isiklik kontakt). Naaberriigis on kõigi haiglate kokkuvõttes intensiivravi järgne 12 kuu elulemus 78,6%. Eesti tulemused on seega sisuliselt identsed Soome vastava näitajaga.

Piirkondlikud haiglad. Mõnevõrra (+875 patsienti) suurenes intensiivravi vajanud patsientide arv SA TÜ Kliinikumis, seda tõenäoliselt I astme intensiivravi senisest parema kodeerimise tõttu. Muus osas on intensiivravi mahud ja kaugtulemused eesmärkväärtuses ning eelnevate aastatega võrreldes oluliste muutusteta.

Keskhaiglad. Oluliselt suurenenud madalama astme intensiivravi saanud patsientide arv, kõrgema astme intensiivravi maht on jäänud samaks. Tulemuste osas on haiglate vahel teatud erisusi. Läbi mitme aasta on 12 kuu elulemus keskmisest madalam Ida-Viru keskhaiglas (IVKH) ja Pärnu Haiglas (PH). Madalama elulemuse põhjuste analüüs ei ole antud andmete põhjal võimalik, selleks oleks vajalik ravitegevuse auditeerimine. Võrreldes kahe eelneva aastaga paranesid IVKH ja PH tulemused nähtavalt nii koguvalimis kui ka kõrgema astme intensiivravi grupis. Tähelepanu pälvis III ja IIIa astme intensiivravi saanud patsientide erinev osakaal keskhaiglate võrdluses: IVKHs oli see 30%, Ida-Tallinna Keskhaiglas ja Lääne-Tallinna Keskhaiglas aga vaid 10% kõigist intensiivravi patsientidest.

Üldhaiglad. Aasta jooksul saab üldhaiglates intensiivravi umbes sama palju patsiente kui ühes keskhaiglas. Aastate lõikes see arv pigem suureneb. Üldhaiglad teevad seega olulise osa intensiivravist, seda valmidust ja kompetentsi on oluline vähemalt samas mahus hoida.

Kõrgema astme (III ja IIIa) intensiivravi. 23% intensiivravi vajanud haigetest (6480 patsienti) said ka III või IIIa astme intensiivravi. 70% neist ravitakse piirkondlikes haiglates. Aastate lõikes on arv muutusteta, samuti püsib elulemus 67%. III astme intensiivravi on dokumenteeritud kõigis üldhaiglates, kokku 610 patsienti. Märkimisväärselt suur oli kõrgema astme intensiivravi osakaal Rakvere ja Narva haiglates. Elulemusnäitajad ei olnud seejuures kõige paremad – siin võiks soovitada nende osakondade auditeerimist. Kõrgema astme intensiivravi järgne 12 kuu elulemus kesk- ja üldhaiglates on aastaid olnud madalam kui regionaalhaiglates. Üks tõenäoline seletus on plaanilist intensiivravi vajavate suurte operatsioonide (kardiokirurgia, neurokirurgia jm) osakaal regionaalhaiglates. Ka Soomes on ülikoolihaiglates elulemus kõrgem kui keskhaiglates. Ravikvaliteedi sisuliseks hindamiseks on vajalik standarditud suremuse analüüs, mida võimaldaks liitumine rahvusvahelise, ennekõike Soome haiglaid koondava BM_ICU registriga. Annotatsiooni autoritel on ettepanek, et III ja IIIa astme intensiivravi osutamise ja rahastamise eeltingimuseks võiks olla osalemine ravikvaliteedi analüüsi riiklikus, rahvusvahelise registriga seotud süsteemis.

III ja IIIa astme rahastamise kord on aegunud ja vajaks ülevaatamist. Algselt oli selle teenuse osutamine piiratud regionaal- või keskhaigla tasemega, aastaid osutatakse teenust aga ka enamikes üldhaiglates.

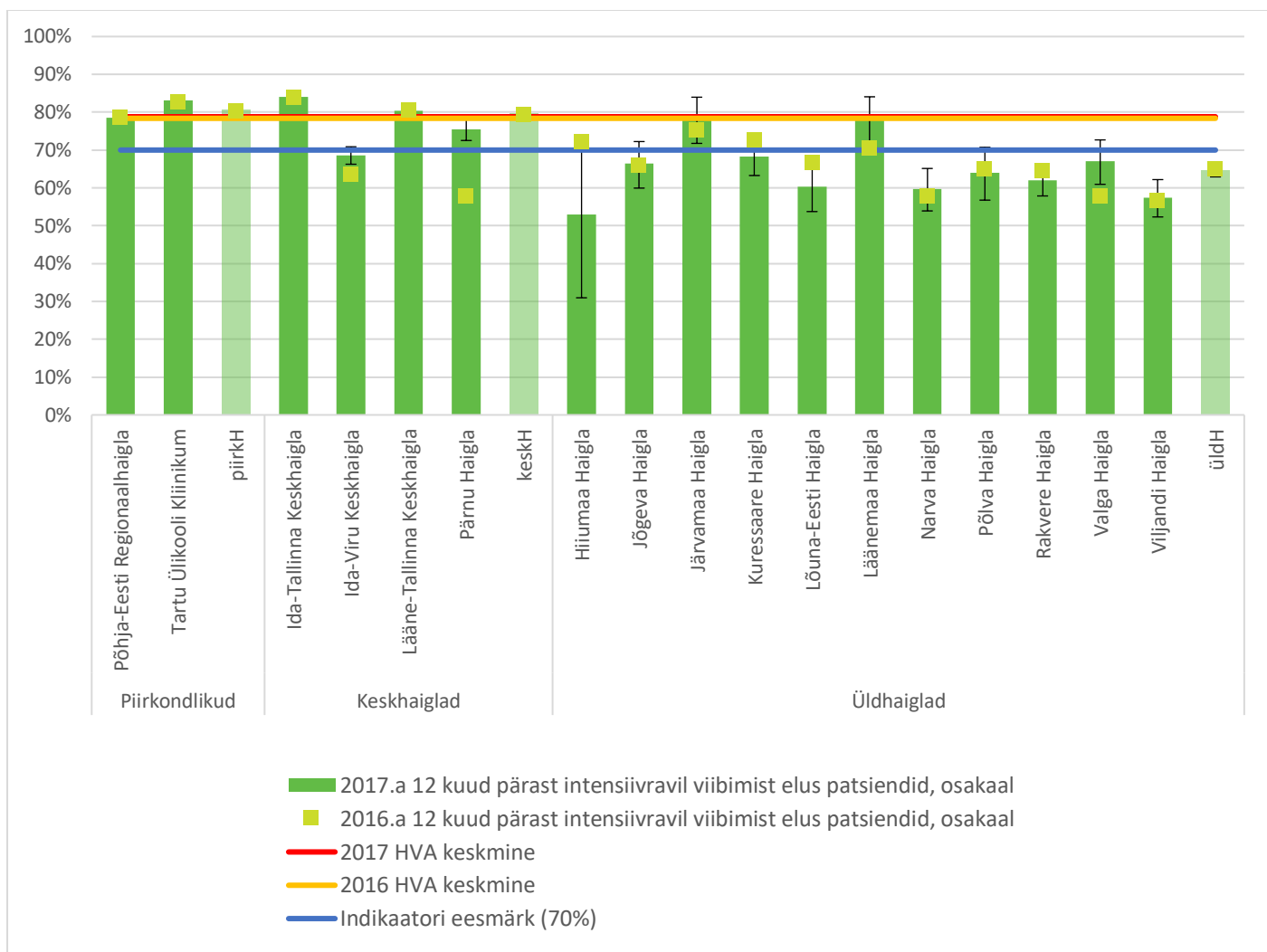
Limitatsioonid. 12 kuu elulemus ei võta arvesse haigete vanust, kaasuvaid haiguseid ega seisundi raskust intensiivravisse hospitaliseerimisel. Valimis ei sisaldu ravikindlustuseta isikute ravitulemused. Haigete liikumine regionaal-, kesk- ja üldhaiglate vahel mõjutab mingil määral tulemusi. Selle mõju osakaal ei ole päris selge, aga võib spekuloida, et see ei ole väga suur.

Kokkuvõte. Intensiivravi 12 kuu elulemus on Eestis enam-vähem sarnane rahvusvahelise tasemega. Olulisi muutusi kolme aasta lõikes ei ole, elulemus on sama. Haigete arv on suurenenud ilmselt I astme dokumenteerimisest. Vajalik on haigete vanusele, kaasuvatele haigustele ja haiguse raskusastmele standardiseerimine, mida võimaldaks rahvusvaheline standarditud suremuskordaja analüüs. III ja IIIa astme intensiivravi rahastamise kord vajaks ülevaatamist.

Joel Starkopf, anesthesioloogia ja intensiivravi professor, kliniku juhataja, Tartu Ülikool, Tartu Ülikooli Kliinikum
Kadri Tamme, anesthesioloogia ja intensiivravi lektor, vanem-arst õppejõud, Tartu Ülikool, Tartu Ülikooli Kliinikum

INTENSIIVRAVI INDIKAATOR 3: INTENSIIVRAVIL OLNUD HAIGETE 12 KUU ELULEMUS

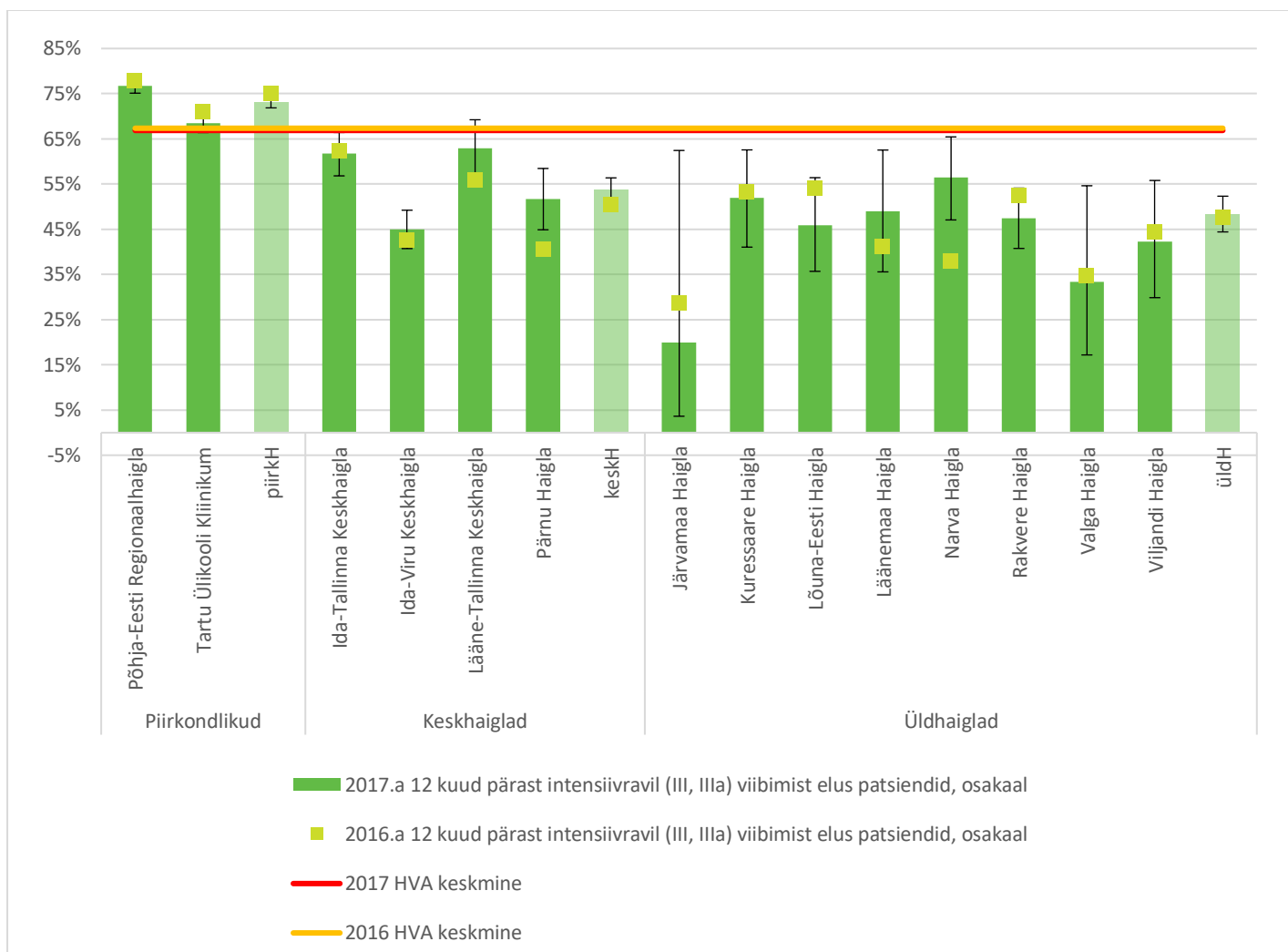
Andmed	<p><u>Periood:</u> arve algus 01.01.–31.12.2017 <u>Intensiivravi teenuse koodid:</u> 2070,2071, 2072, 2073 <u>Vanus:</u> ≥19</p> <p>Kalendriaasta jooksul intensiivravi osakonnas ravitud patsientide arv (arvesse võetud individuaalse isiku perioodi viimast raviarvet). 12 kuu pärast elus olevad patsiendid, 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 intensiivravijärgne 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) intensiivravijärgne 12 kuu elulemus (koos usaldusvahemikega) haiglate ja haiglaliikide lõikes ning HVA haiglates kokku</p>



Joonis 1. intensiivravijärgne 12 kuu elulemus haiglate ja haiglaliikide lõikes aastal 2017, 95% usaldusvahemikuga.

Tabel 1. intensiivravijärgne 12 kuu elulemus haiglate ja haiglaliikide lõikes, 2017.

Haigla	Intensiivravil viibinud patsiendid, arv	12 kuud pärast intensiivravil viibimist elus patsiendid, arv	12 kuud pärast intensiivravil viibimist elus patsiendid, osakaal	95% UV
Põhja-Eesti Regionaalhaigla	8545	6709	79%	78–79%
Tartu Ülikooli Kliinikum	7225	6009	83%	82–84%
Piirkondlikud haiglad kokku	15 783	12 731	81%	80–81%
Ida-Tallinna Keskhaigla	4730	3978	84%	83–85%
Ida-Viru Keskhaigla	1545	1060	69%	66–71%
Lääne-Tallinna Keskhaigla	2311	1859	80%	79–82%
Pärnu Haigla	881	665	75%	73–78%
Keskhaiglad kokku	9467	7562	80%	79–81%
Hiiumaa Haigla	17	9	53%	31–74%
Jõgeva Haigla	223	148	66%	60–72%
Järvamaa Haigla	172	135	78%	72–84%
Kuressaare Haigla	359	245	68%	63–73%
Lõuna-Eesti Haigla	217	131	60%	54–67%
Läänemaa Haigla	173	136	79%	72–84%
Narva Haigla	290	173	60%	54–65%
Põlva Haigla	178	114	64%	57–71%
Rakvere Haigla	545	338	62%	58–66%
Valga Haigla	243	163	67%	61–73%
Viljandi Haigla	382	219	57%	52–62%
Üldhaiglad kokku	2799	1811	65%	63–66%
Kokku	28 049	22 104	79%	78–79%



Joonis 2. kõrgema astme (III ja IIIa astme) intensiivravi järgse 12 kuu elulemus aastal 2017, 95% usaldusvahemikuga.

Tabel 2. Kõrgema astme (III ja IIIa astme) intensiivravi järgse 12 kuu elulemus, 2017.

Haigla	Intensiivravi (III, IIIa) viibinud patsiendid, arv	12 kuud pärast intensiivravi (III, IIIa) viibimist elus patsiendid, arv	12 kuud pärast intensiivravi (III, IIIa) viibimist elus patsiendid, osakaal	95% UV
Põhja-Eesti Regionaalhaigla	2568	1972	77%	75–78%
Tartu Ülikooli Kliinikum	1980	1356	68%	66–70%
Piirkondlikud haiglad kokku	4548	3328	73%	72–74%
Ida-Tallinna Keskhaigla	392	242	62%	57–66%
Ida-Viru Keskhaigla	523	235	45%	41–49%
Lääne-Tallinna Keskhaigla	202	127	63%	56–69%
Pärnu Haigla	205	106	52%	45–58%
Keskhaiglad kokku	1322	710	54%	51–56%
Järvamaa Haigla	5	1	20%	4–62%
Kuressaare Haigla	79	41	52%	41–63%
Lõuna-Eesti Haigla	85	39	46%	36–56%
Läänemaa Haigla	49	24	49%	36–63%
Narva Haigla	108	61	56%	47–65%
Rakvere Haigla	211	100	47%	41–54%
Valga Haigla	21	7	33%	17–55%
Viljandi Haigla	52	22	42%	30–56%
Üldhaiglad kokku	610	295	48%	44–52%
Kokku	6480	4333	67%	66–69%

NEUROLOOGIA INDIKAATORID

Neuroloogia indikaator 1: 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 käsitlemisel toimuma insuldiüksuses (*Stroke Unit*). Ravi spetsialiseeritud insuldiüksuses vähendab patsientide suremust, sõltuvust kõrvalabist kui ka hooldusasutusse paigutamise vajadust võrreldes raviga üldosakonnas ja on efektiivne kõikidele patsientide rühmadele sõltumata soost, vanusest ja insuldi raskusastmest. Insuldiüksused (või -keskused) peavad olema rajatud kõikidesse kesk- ja piirkondlikes haiglasesse. Indikaatori eesmärk on analüüsida, kui suur on patsientide osakaal, kes on käsitletud kesk- ja piirkondlikes haiglates, kus on ööpäevaringne valmisolek rekanaliseerivaks raviks ning patsiendi ravi toimub insuldiüksustes/-keskustes neuroloogide juhtimisel. Vastavalt ESO tegevuskavale aastani 2030, peab vähemalt 90% patsientidest saama esimese raviasutuseks käsitletud insuldiüksustes. Indikaatori eesmärk on 90%. 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 $\geq 90\%$.

Analüüsi on kaasatud erakorralist statsionaarset abi vajavad isheemilise insuldi ja intratserebraalse hemorraagiaga patsiendid alates 19. eluaastast. Valimist on välja arvatud 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. Valemissesse ei kuulu patsiendid, kes pole haiglasse sisse kirjutatud – raviarve kestvus ≤ 1 päeva.

Tulemuste interpretatsioon. Insuldi alaliikide osakaalud insultide koguarvust on realistlikud (arvutustest puudub alaliik subarahnoidaalne hemorraagia). Insuldijuhtude üldarv on võrreldes eelmiste perioodidega mõnevõrra vähenenud (3677, 3598, 3519 juhtu vastavalt 2016., 2017. ja 2018. a) ja suurenenud kesk- ja piirkondlikes haiglates ravitud patsientide osakaal (77%, 80%, 82%, vastavalt 2016., 2017. ja 2018. a). Ei selgu, kas üldhaiglasesse ravile jäänud patsiendid olid ainult need, kellel ravi insuldiüksustes prognoosi ei paranda. Esinevad märkimisväärsed erinevused suurte linnade ja maapiirkondade vahel, eriti Lõuna-Eestis. Lõuna-Eestis (Tartu-, Jõgeva-, Viljandi-, Põlva-, Võru- ja Valgamaa) patsientidest raviti ainult 60% Tartu Ülikooli Kliinikumis, kus on insuldikeskus. Vanusrühmade lõikes andmeid analüüsitud ei ole, st puudub teave, missugustest üldhaiglatest noori tööealisi patsiente edasi suunatud ei ole.

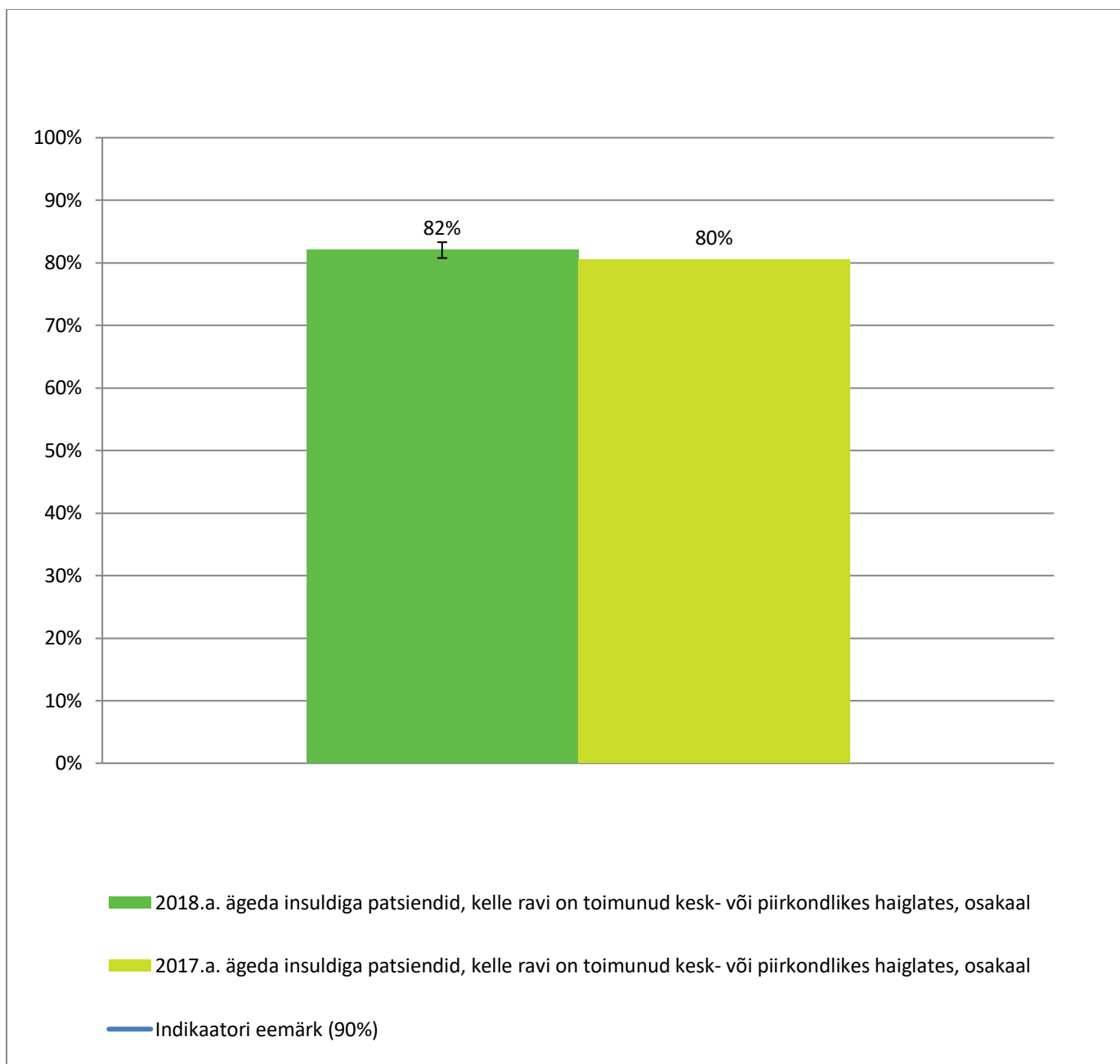
Piirangud. Indikaator ei mõõda patsientide osakaalu, keda raviti insuldiüksustes või -keskustes, vaid analüüsitud haiglate järgi, kus insuldiüksused peaksid olema. Analüüs ei võimalda selgitada, missugused patsiendid jäävad ravile üldhaiglasesse (kas ka hea paranemisprognoosiga patsiendid). Üldhaiglate lõikes kesk- ja piirkondlikes haiglates ravitud juhtude osakaalu peegeldav graafik on väheinformatiivne, sest näitab ainult seda, et patsiendid suunati nendest edasi >1 päev hiljem.

Kokkuvõte. Indikaatori eesmärgi saavutamiseks tuleb kõik patsiendid, kellel on paranemisprognoos, toimetada kiirabi poolt kohe kesk- ja piirkondlikesse haiglasesse. Hetkel on maapiirkondades, eriti Lõuna-Eestis elavatel inimestel suurem tõenäosus saada ravi üldhaiglas, mõned noored patsiendid jäävadki ravile üldhaiglasesse. Eelmiste aastatega võrreldes on olukord mõnevõrra paranenud, kuid erinevused Eesti erinevate piirkondade vahel on märkimisväärsed.

Janika Kõrv, L. Puusepa nim Neuroloogide ja Neurokirurgide selts

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

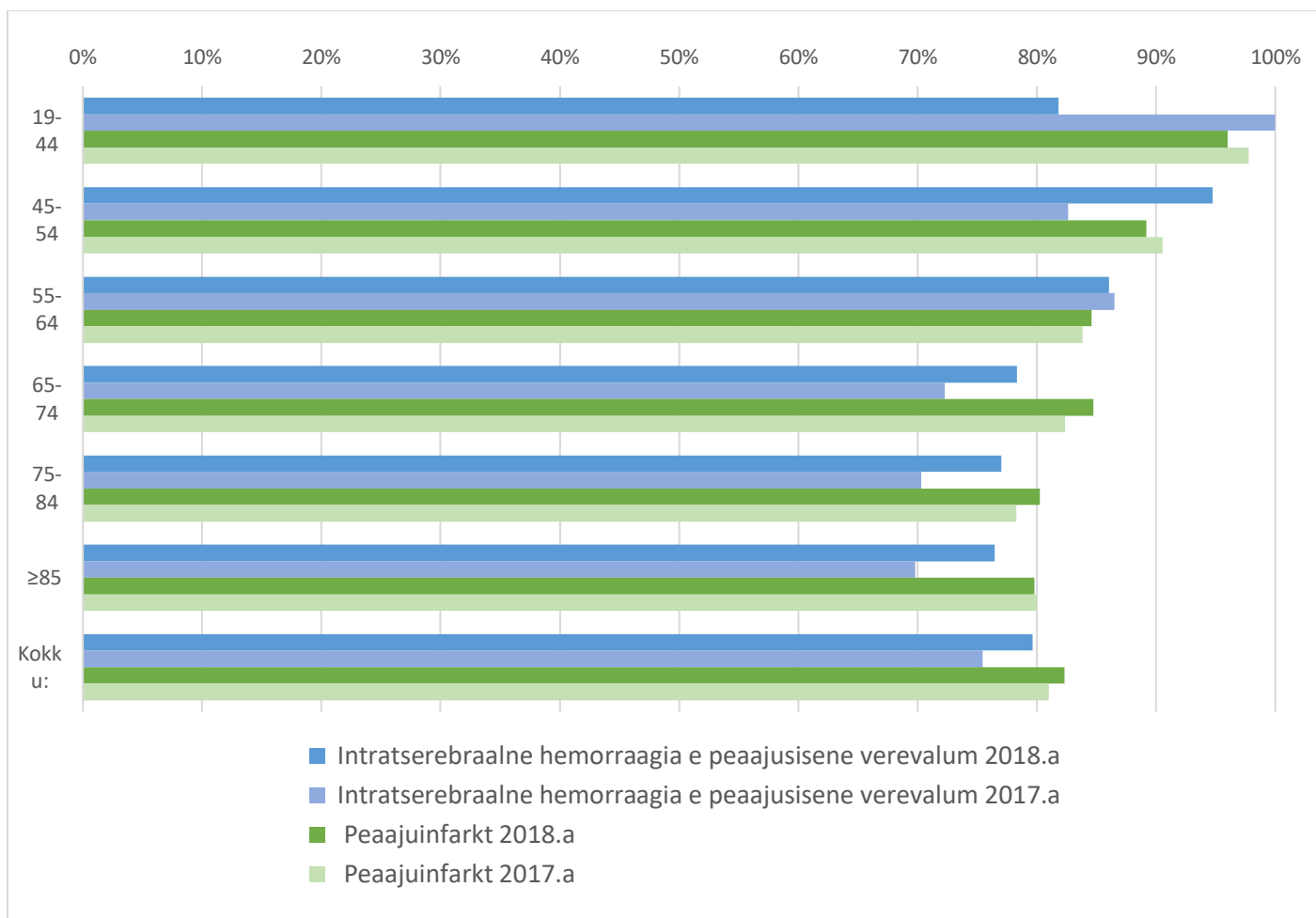
Andmed	<p><u>Periood:</u> arve algus 01.01.–31.12.2018 <u>Ravitüüp:</u> statsionaarne <u>Põhidiagnoos:</u> RHK I61.0-I61.9 või RHK I63.0-I63.9 <u>Vanus:</u> ≥19 Hospitaliseerimise kuupäev</p> <p>Arvesse lähevad patsiendid, kes on erakorraliselt hospitaliseeritud statsionaarsele ravile kesk- või piirkondlikusse 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 2018. aastal, kus ravi toimus kesk- või piirkondlikus haiglas.</p>



Joonis 1. Ägeda insuldiga patsientide osakaal, kelle akuutravi toimus kesk- või piirkondlikus haiglas, 2017 ja 2018.

Tabel 1. Ägeda insuldiga patsientide osakaal, kelle akuutravi toimus kesk- või piirkondlikus haiglas, 2018.

HVA haiglad	Äge insult, arv	Ägeda insuldiga patsiendid, kelle ravi toimus kesk- või piirkondlikes haiglates, arv	Ägeda insuldiga patsiendid, kelle ravi toimus kesk- või piirkondlikes haiglates, osakaal	95% UV
Kokku	3519	2888	82%	81–83%



Joonis 2. Erinevate vanuserühmade insuldi patsientide akuutravijuhtude osakaal, kus ravi toimus kesk- või piirkondlikus haiglas, intratserebraalse hemorraagia (I61.0-I61.9) ja peaajuinfarkti (I63.0-I63.9) diagnooside võrdluses, 2018.

Tabel 2. Erinevate vanuserühmade insuldi patsientide akuutravijuhtude osakaal, kus ravi toimus kesk- või piirkondlikus haiglas, 2018.

Vanus	Äge insult, arv		Ägeda insuldi ravijuhud, kus ravi toimus kesk-ja piirkondlikes haiglates, arv		Ägeda insuldi ravijuhud, kus ravi toimus kesk-ja piirkondlikes haiglates, 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	Põhi-diagnoos I61.0-I61.9	Põhi-diagnoos I63.0-I63.9
19-44	11	50	9	48	82%	96%
45-54	19	111	18	99	95%	89%
55-64	43	415	37	351	86%	85%
65-74	83	747	65	633	78%	85%
75-84	122	1144	94	918	77%	80%
≥85	51	723	39	577	76%	80%
Kokku	329	3190	262	2626	80%	82%
Kokku	3519		2888		82%	

Neuroloogia indikaator 3: isheemilise insuldiga patsientide osakaal, kellele tehti rekanaliseeriv protseduur (trombolüüs või trombektoomia)

Sissejuhatus. Intravenoosne (iv) trombolüüs ja mehhaaniline trombektoomia on spetsiifilised ravimeetodid, millega on võimalik teatud aja jooksul haigestumisest taastada verevool ummistunud ajuarteris akuutse isheemilise insuldiga patsiendil ja seeläbi parandada insuldi hilistulemust. Trombolüüsravi peab olema ööpäevaringselt kättesaadav piirkondlikes ja keskhaiglates, kus see viiakse läbi valvoneuroloogi juhtimisel. Mehhaaniline trombektoomia (kui iv trombolüüs ei ole efektiivne või on selleks vastunäidustused) peab olema ööpäevaringselt kättesaadav insuldikeskustes (piirkondlikes haiglates), kus on olemas kiire ligipääs ajuarterite angiograafiale, väljaõppinud menetlusradioloog ja muu tugipersonali olemasolu.

Indikaator näitab osakaalu kõigist isheemilise insuldi haigestunud patsientidest, kellele teostati iv trombolüüs (kood 212R) või mehhaaniline trombektoomia (kood 7811), või trombolüüs ja trombektoomia sama haigusjuhu põhisel. Indikaator ei hinda trombolüüsi/trombektoomia ajalisi teostusi, sest protseduur tehakse vastavalt näidustustele. Arvesse lähevad patsiendid, kes hospitaliseeriti statsionaarsele ravile erakorraliselt. Valemisse ei kuulu patsiendid, kes pole haiglasse sisse kirjutatud – raviarve kestvus ≤ 1 päev. Indikaatori eesmärgiks on 30%.

Tulemuste interpretatsioon. Vastavalt raviarvete analüüsile tehti Eestis 2018. a rekanaliseeriv protseduur 768 patsiendile: 621 (81%) patsiendile ainult trombolüüs, 64 (8%) ainult trombektoomia ja 83 (10%) alustati trombolüüsiga ja jätkati trombektoomiaga. Võrreldes 2017. aastaga suurenes rekanaliseerivate protseduuride osakaal isheemiliste insultide korral 66 juhu (3%) võrra, seda nii trombolüüsides kui trombektoomiate arvelt kokku. Trombolüüsikeskused on kesk- ja piirkondlikud haiglad. Võrreldes eelmise aastaga tehti TÜK-is ja Pärnu Haiglas rekanaliseerivaid protseduure vähem, teistes suurtes haiglates rohkem. Piirkondlikes haiglates ning LTKHs saavutas rekanaliseerivate protseduuride osakaal indikaatori eesmärgi, teistes suurtes haiglates oli tulemus ligilähedane, Pärnu haiglas väiksem. Üksikud trombolüüsid teostati ka Kärdla (25%) ja Kuressaare (12%) haiglates ning 1 Viljandi haiglas. Saartel olevates üldhaiglates tehti protseduur tõenäoliselt mitteneuroloogide poolt, juhendatuna Tallinna suurhaiglatest. See on 2017. aastaga võrreldes suurenenud ja on väga positiivne trend.

Trombolüüsravi ja trombektoomia osakaal kõikidest isheemilise insuldiga patsientidest on suurem kui paljudes teistes Euroopa riikides (vastavalt 7,3% ja 1,9%)¹. Euroopa Insuldiorganisatsiooni (ESO) tegevuskava aastani 2030 näeb ette, et trombolüüsravi osakaal isheemilistest insultidest riigis oleks $>15\%$ ja trombektoomia kättesaadavus $>5\%$.

Piirangud. Analüüsist ei selgu, kas kõikidest keskhaiglatest suunatakse trombektoomiaks edasi kõik patsiendid, kes seda vajavad. Indikaatori tehniline kirjeldus vajab täiendamist, sest mõned trombolüüsid (võimalik, et ka trombektoomiad) jäid analüüsist välja. Näitena võib tuua Pärnu haigla, kus tehakse trombolüüs <1 päeval (EMOs) ja vormistatakse raviarve ning patsient suunatakse edasi piirkondlikku haiglasse trombektoomiaks samal päeval. Kuna tehnilise kirjelduse kohaselt selline juht analüüsist arvesse ei lähe, siis jääb see välja nii Pärnu haigla kui ka piirkondliku haigla juhtude analüüsist. Seetõttu on Pärnu Haigla trombolüüsides puudu 5 juhtu. Kuna kõik rekanaliseerivat ravi teostavad haiglad registreerivad nii trombolüüsitud kui trombektoomeeritud haigusjuhud, siis on teada, et rekanaliseerivat ravi saanud patsientide arv on tegelikkuses mõnevõrra suurem. Põhjuseks võivad olla ka valesti kodeeritud juhud või äge insult kaasuva haigusena statsionaarsel ravil oleval patsiendil.

Kokkuvõte. Trombolüüsitud patsientide osakaal oli võrreldes teiste Euroopa riikidega hea ja suurem kui eelmisel aastal. Piirkondlike erinevuste kaotamiseks on käimas insuldi ravi- ja kiirabi liikumise strateegia korrastamine ja võrgustiku arendamine. Oluline on elanikkonna teadlikkuse suurendamine selleks, et kõik insuldi sümptomitega inimesed jõuaksid sõltumata elukohast kiiresti ravivõimekusega haiglasse. Indikaatori tehniline kirjeldus vajab üle vaatamist ja täiendamist.

Janika Kõrv, L. Puusepa nim Neuroloogide ja Neurokirurgide selts

NEUROLOOGIA INDIKAATOR 3: ISHEEMILISE INSULDIGA PATSIENTIDE OSAKAAL, KELLELE TEHTI REKANALISEERIV PROTSEDUUR (TROMBOLÜÜS VÕI TROMBEKTOOMIA)

Andmed

Periood: arve algus 01.01.–31.12.2018
Ravitüüp: statsionaarne
Põhidiagnoos: RHK I61.0–I61.9 või RHK I63.0–I63.9
Trombolüüsi kood: 212R
Trombektoomia: 7811
Vanus: ≥19

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.

Eesmärk: 30%

Indikaatori täpsem kirjeldus on kättesaadav haigekassa [kodulehel](#).

Selgitus

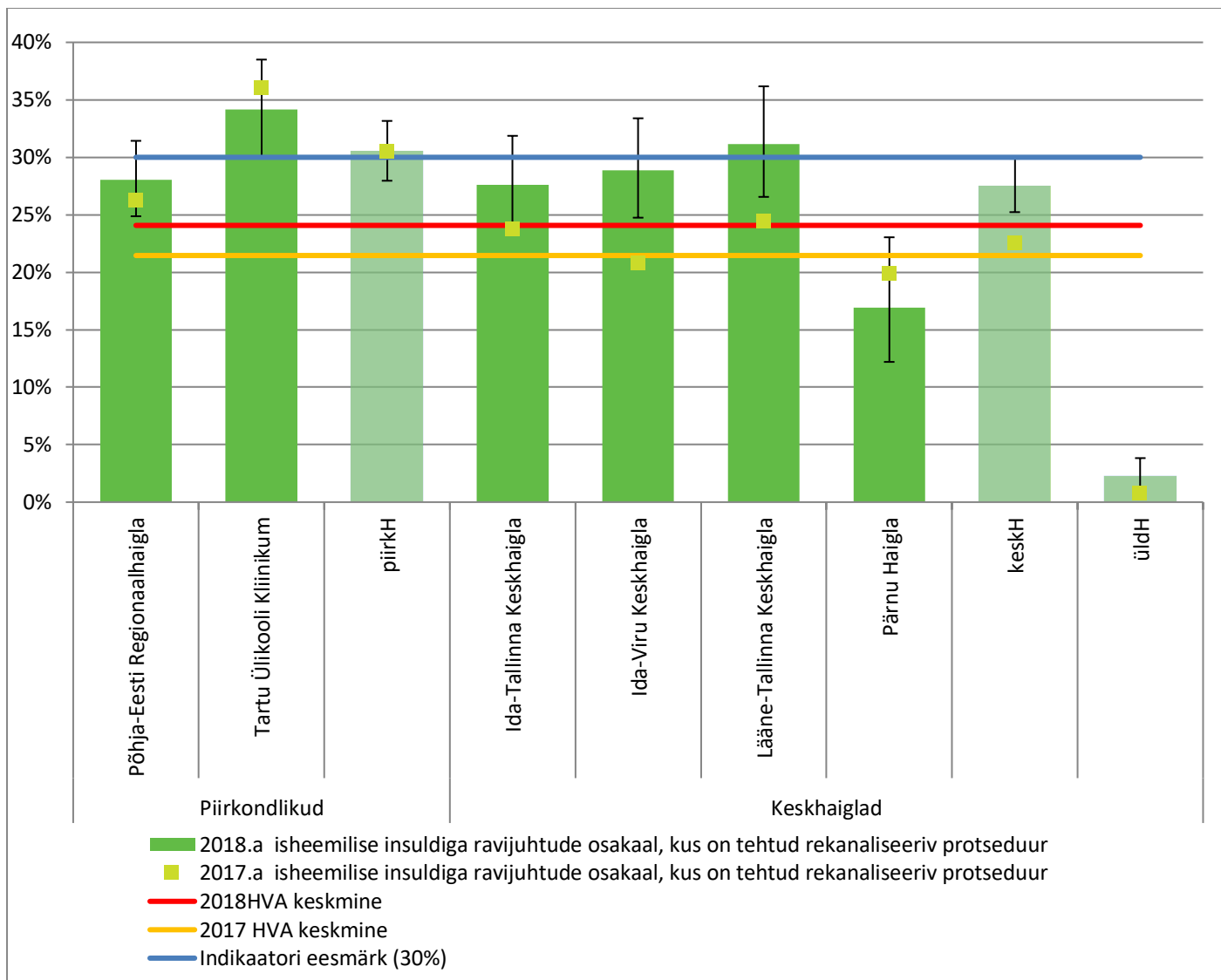
Kõigi isheemilise insuldi haigestunud patsientide osakaal, kellele on teostatud rekanaliseeriv protseduur haigusjuhu põhiselt.

Joonisel 1 on esitatud isheemilise insuldiga patsientide osakaal (koos usaldusvahemikega), kellele teostati rekanaliseeriv protseduur (trombolüüs või trombektoomia), haiglate ja haiglaliikide lõikes ning HVA haiglates kokku.

Joonisel 2 on esitatud isheemilise insuldiga patsientide osakaal, kellele teostati trombolüüs

Joonisel 3 on esitatud isheemilise insuldiga patsientide osakaal, kellele teostati trombektoomia

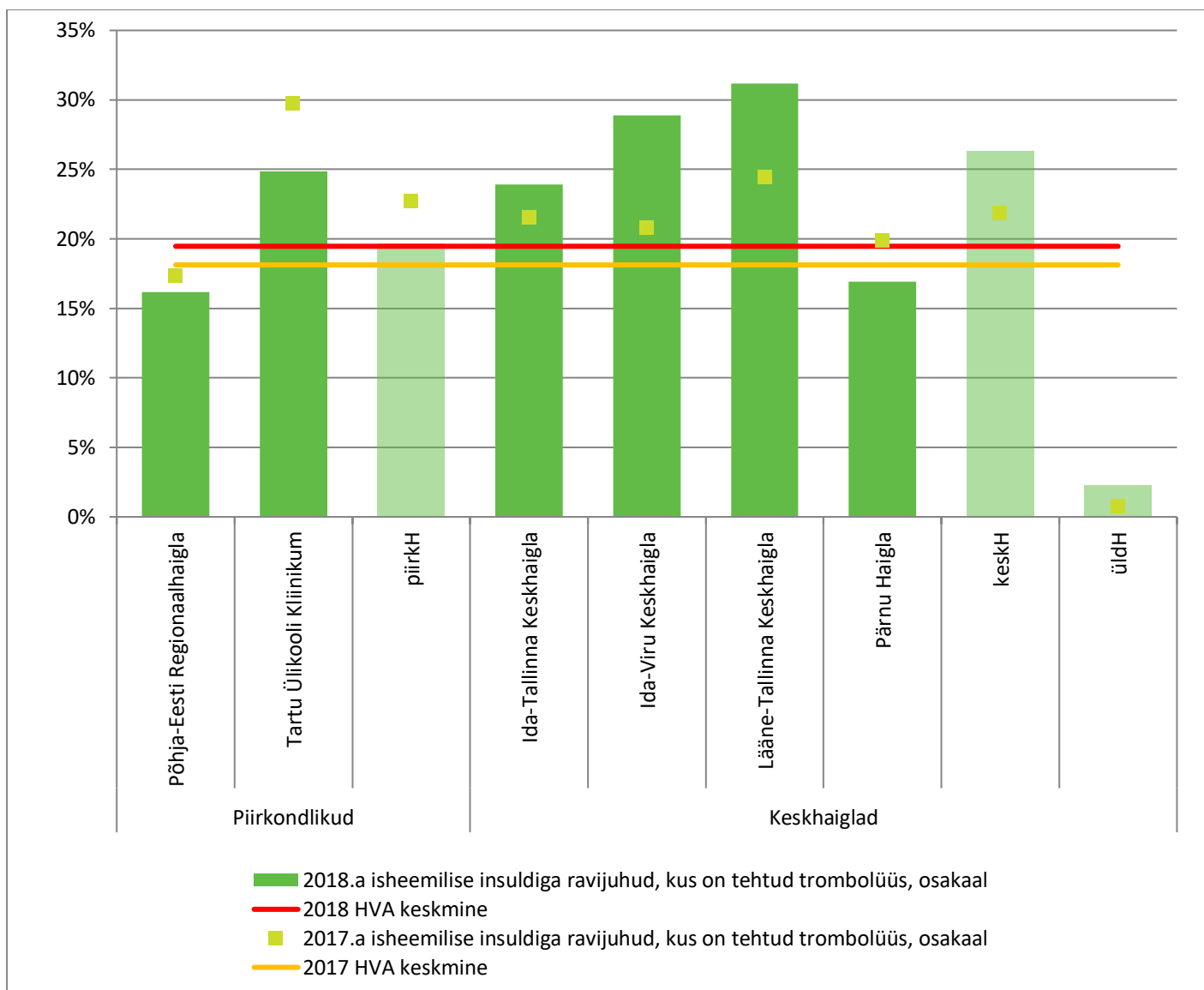
Joonisel 4 on esitatud isheemilise insuldiga patsientide osakaal, kellele teostati nii trombolüüs kui ka trombektoomia



Joonis 1. Isheemilise insuldiga patsientide osakaal, kellele tehti rekanaliseeriv protseduur (trombolüüs või trombektomia) aastal 2018, 95% usaldusvahemikuga.

Tabel 1. Isheemilise insuldiga patsientide osakaal, kellele tehti rekanaliseeriv protseduur (trombolüüs või trombektoomia), 2018.

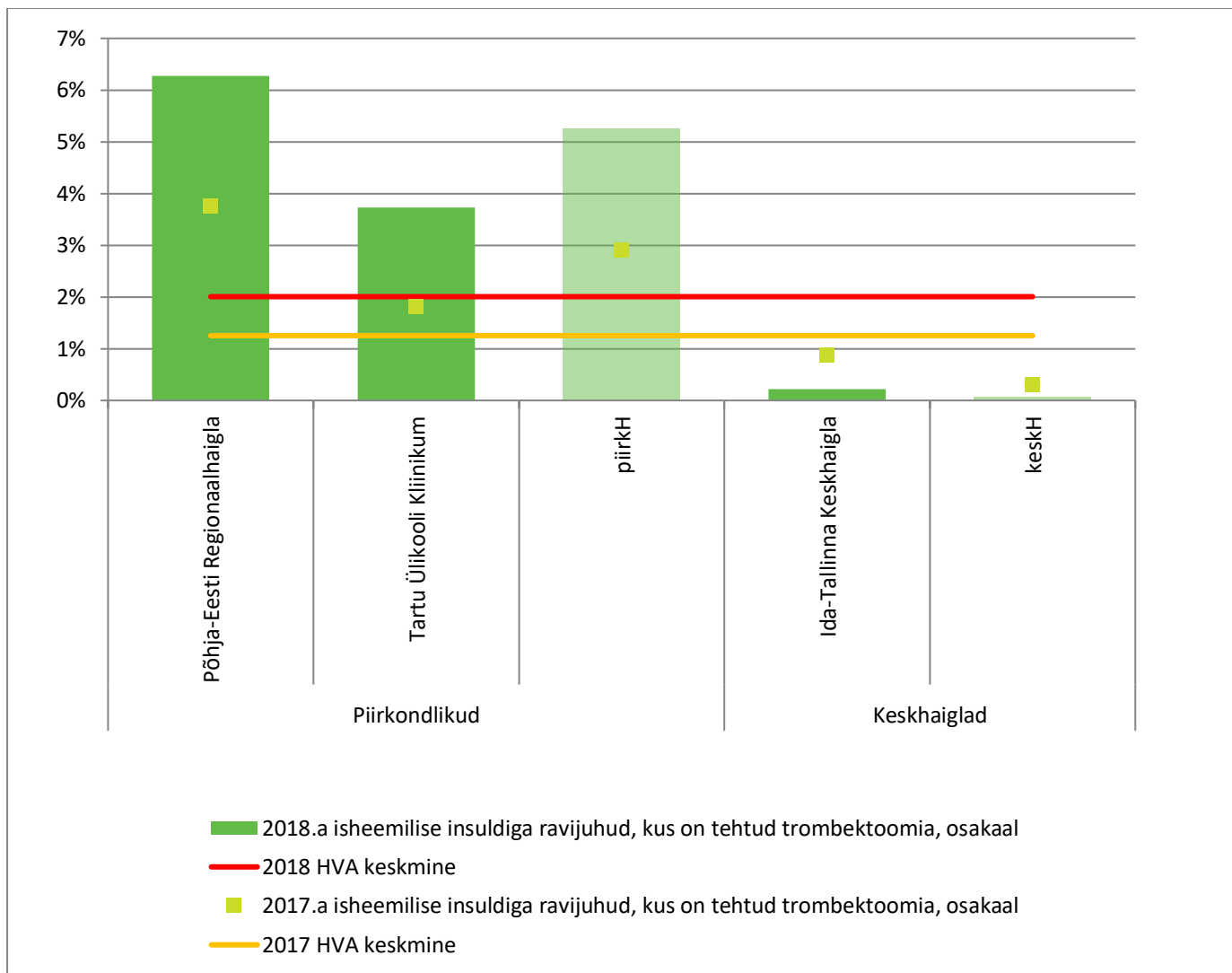
Haigla	Isheemiline insult, arv	Isheemilise insuldiga ravijuhud, kus tehti rekanaliseeriv protseduur, arv	Isheemilise insuldiga ravijuhude osakaal, kus tehti rekanaliseeriv protseduur, osakaal	95% UV
Põhja-Eesti Regionaalhaigla	717	201	28%	25–31%
Tartu Ülikooli Kliinikum	483	165	34%	30–39%
Piirkondlikud haiglad kokku	1200	366	31%	28–33%
Ida-Tallinna Keskhaigla	460	127	28%	24–32%
Ida-Viru Keskhaigla	419	121	29%	25–33%
Lääne-Tallinna Keskhaigla	353	110	31%	27–36%
Pärnu Haigla	183	31	17%	12–23%
Keskhaiglad kokku	1415	389	27%	25–30%
Hiiumaa Haigla	12	3	25%	9–53%
Jõgeva Haigla	58	0	-	-
Järvamaa Haigla	43	0	-	-
Kuressaare Haigla	78	9	12%	6–20%
Lõuna-Eesti Haigla	57	0	-	-
Läänemaa Haigla	18	0	-	-
Narva Haigla	43	0	-	-
Põlva Haigla	49	0	-	-
Rakvere Haigla	64	0	-	-
Raplamaa Haigla	3	0	-	-
Valga Haigla	59	0	-	-
Viljandi Haigla	91	1	1%	0–6%
Üldhaiglad kokku	575	13	2%	1–4%
Kokku	3190	768	24%	23–26%



Joonis 2. Isheemilise insuldiga patsientide osakaal, kellele teostati trombolüüs, 2018.

Tabel 2. Isheemilise insuldiga patsientide osakaal, kellele teostati trombolüüs, 2018.

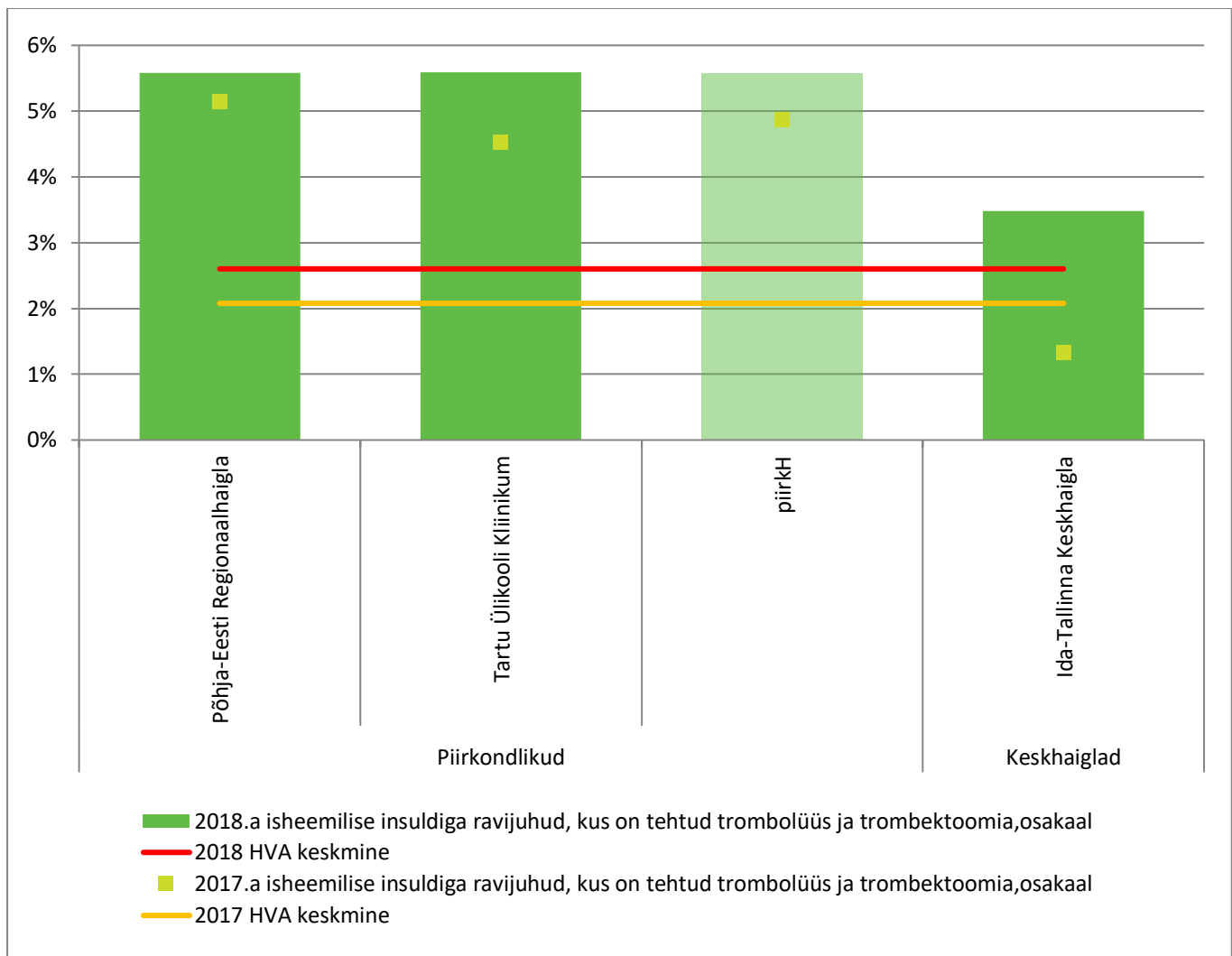
Haigla	Isheemiline insult, arv	Isheemilise insuldiga ravijuhud, kus on tehtud trombolüüs	Isheemilise insuldiga ravijuhud, kus on tehtud trombolüüs, osakaal
Põhja-Eesti Regionaalhaigla	717	116	16%
Tartu Ülikooli Kliinikum	483	120	25%
Piirkondlikud haiglad	1200	236	20%
Ida-Tallinna Keskhaigla	460	110	24%
Ida-Viru Keskhaigla	419	121	29%
Lääne-Tallinna Keskhaigla	353	110	31%
Pärnu Haigla	183	31	17%
Keskhaiglad	1415	372	26%
Hiumaa Haigla	12	3	25%
Jõgeva Haigla	58	0	-
Järvamaa Haigla	43	0	-
Kuressaare Haigla	78	9	12%
Lõuna-Eesti Haigla	57	0	-
Läänemaa Haigla	18	0	-
Narva Haigla	43	0	-
Põlva Haigla	49	0	-
Rakvere Haigla	64	0	-
Raplamaa Haigla	3	0	-
Valga Haigla	59	0	-
Viljandi Haigla	91	1	1%
Üldhaiglad	575	13	2%
Kokku	3190	621	19%



Joonis 3. Isheemilise insuldiga ravijuhud, kus teostati trombektoomia, 2018.

Tabel 3. Isheemilise insuldiga ravijuhud, kus teostati trombektoomia, 2018.

Haigla	Isheemiline insult, arv	Isheemilise insuldiga ravijuhud, kus on tehtud trombektoomia, arv	Isheemilise insuldiga ravijuhud, kus on tehtud trombektoomia, osakaal
Põhja-Eesti Regionaalhaigla	717	45	6%
Tartu Ülikooli Kliinikum	483	18	4%
Piirkondlikud haiglad	1200	63	5%
Ida-Tallinna Keskhaigla	460	1	0%
Ida-Viru Keskhaigla	419	0	-
Lääne-Tallinna Keskhaigla	353	0	-
Pärnu Haigla	183	0	-
Keskhaiglad	1415	1	0%
Hiumaa Haigla	12	0	-
Jõgeva Haigla	58	0	-
Järvamaa Haigla	43	0	-
Kuressaare Haigla	78	0	-
Lõuna-Eesti Haigla	57	0	-
Läänemaa Haigla	18	0	-
Narva Haigla	43	0	-
Põlva Haigla	49	0	-
Rakvere Haigla	64	0	-
Raplamaa Haigla	3	0	-
Valga Haigla	59	0	-
Viljandi Haigla	91	0	-
Üldhaiglad	575	0	-
Kokku	3190	64	2%



Joonis 4. Isheemilise insuldiga ravijuhud, kus teostati nii trombolüüs kui trombektoomia, 2018.

Tabel 4. Isheemilise insuldiga ravijuhud, kus teostati nii trombolüüs kui trombektoomia, 2018.

Haigla	Isheemiline insult, arv	Isheemilise insuldiga ravijuhud, kus on tehtud trombolüüs ja trombektoomia, arv	Isheemilise insuldiga ravijuhud, kus on tehtud trombolüüs ja trombektoomia, osakaal
Põhja-Eesti Regionaalhaigla	717	40	6%
Tartu Ülikooli Kliinikum	483	27	6%
Piirkondlikud haiglad	1200	67	6%
Ida-Tallinna Keskhaigla	460	16	3%
Ida-Viru Keskhaigla	419	0	-
Lääne-Tallinna Keskhaigla	353	0	-
Pärnu Haigla	183	0	-
Keskhaiglad	1415	16	1%
Hiiumaa Haigla	12	0	-
Jõgeva Haigla	58	0	-
Järvamaa Haigla	43	0	-
Kuressaare Haigla	78	0	-
Lõuna-Eesti Haigla	57	0	-
Läänemaa Haigla	18	0	-
Narva Haigla	43	0	-
Põlva Haigla	49	0	-
Rakvere Haigla	64	0	-
Raplamaa Haigla	3	0	-
Valga Haigla	59	0	-
Viljandi Haigla	91	0	-
Üldhaiglad	575	0	-
Kokku	3190	83	3%

Neuroloogia indikaator 7: osakaal ajuinfarkti ja virvendusarütmiaga patsientidest, kellele määrati püsiv suukaudne antikoagulantravi 12 kuud + 1 päev hiljem alates akuutsest ajuinfarktist

Sissejuhatus. Suukaudne antikoagulantravi (SAK) insuldi sekundaarseks preventsoonis on näidustatud patsientidele, kellel on isheemiline insult ja mittevalvulaarne kodade virvendusarütmia, sest ainult nii on võimalik korduva insuldi riski vähendada 64% võrra. Vastunäidustuste puudumisel peab suukaudne antikoagulantravi olema pidev st eluaegne. Indikaator näitab isheemilise insuldi haigestunud ja kodade virvendusarütmiaga patsientide osakaalu, kellel oli 12 kuud pärast hospitaliseerimist kehtiv retsept suukaudsele antikoagulantrile. Analüüsist jäeti välja patsiendid, kes surid esimese 14 päeva jooksul. Arvestades erinevaid vastunäidustusi, on indikaatori eesmärk 75%. Täiendavalt on arvatud patsientide osakaal, kellele määrati suukaudne antikoagulantravi 30 päeva jooksul pärast hospitaliseerimist. Statsionaarist lahkumisel antakse sageli patsientidele kaasa soovitus alustada antikoagulantravi mõne nädala pärast, mistõttu analüüsitakse ravimi välja kirjutamist 30 päeva pärast, mitte kohe haiglast lahkumisel. Tähtis on järjepidevuse tagamine, mistõttu analüüsitakse seda, kas patsiendil on kehtiv retsept vähemalt 12 kuud pärast haiglaravi. Raviasutuste põhine analüüs võib olla mõnevõrra ebatäpne (patsient oli küll statsionaarsel ravil, kuid ravimi kirjutas hiljem välja kas taastus- või perearst). 2017. a andmed esitati ainult maakondade järgi raviasutusi arvestamata. Riiklikul tasemel on võimalik monitoorida indikaatori ajalisi trende.

Tulemuste interpretatsioon. 2017. aastal oli aasta pärast ägeda isheemilise insuldi tõttu hospitaliseerimist oli SAK ravil keskmiselt 52% patsientidest. Võrreldes eelmise perioodiga oli tulemus täpselt sama. Kuigi andmeid ei esitatud raviasutuste kaupa, iseloomustavad erinevused maakondade vahel suure tõenäosusega erinevusi patsientide kontingendi osas erinevates haiglates (ainult Ida-Virumaal on nii üld- kui keskhaigla, teistes on ainult üks haiglatüüpidest). Väiksem SAK ravi osakaal oli Jõgevamaal, Läänemaal, Põlvamaal, Ida-Virumaal ravitud patsientidel. See võib osaliselt olla seotud sellega, et nende maakondade üldhaiglatesse jäävad ravile raske insuldi ja halva prognoosiga patsiendid, kellel on suukaudne antikoagulantravi vastunäidustatud. Samuti oli juhtude arv enamikes maakondades, v.a Harjumaal, Ida-Virumaal, Tartumaal, Pärnumaal ja Viljandimaal väike, mistõttu olid tulemused juhuslikud.

30 päeva jooksul sai suukaudse antikoagulantravi retsepti 54% isheemilise insuldiga patsientidest, mis oli 3% rohkem eelmise perioodiga võrreldes.

Kui võrrelda SAK ravi osakaalusid erinevates ajapunktides, siis Harjumaal, Ida-Virumaal ja Pärnumaal oli üks aasta pärast isheemilist insuldi SAK ravi retsepti saanud patsiente vastavalt 5%, 9%, 7% vähem võrreldes 30. päeval SAK ravi retseptide vastavate osakaaludega. Tartumaal ja Viljandimaal oli neid vastavalt 7% ja 5% rohkem. Kõik need erinevused on statistiliselt ebaolulised väikese juhtude arvu tõttu. Seetõttu ongi õigem analüüsida koondandmeid Eesti kohta. See tulemus jääb indikaatori eesmärgist maha.

Otseseid rahvusvahelisi võrdlusandmeid ei ole. Antikoagulantravi määramine/soovitamine jääb Euroopas vahemikku 9–91%, kuid on hinnatud väga erinevatel ajahetkedel, tavaliselt esimestel nädalatel. Taani kvaliteediindikaatori eesmärk on $\geq 95\%$ (14 päeva jooksul hospitaliseerimisest).

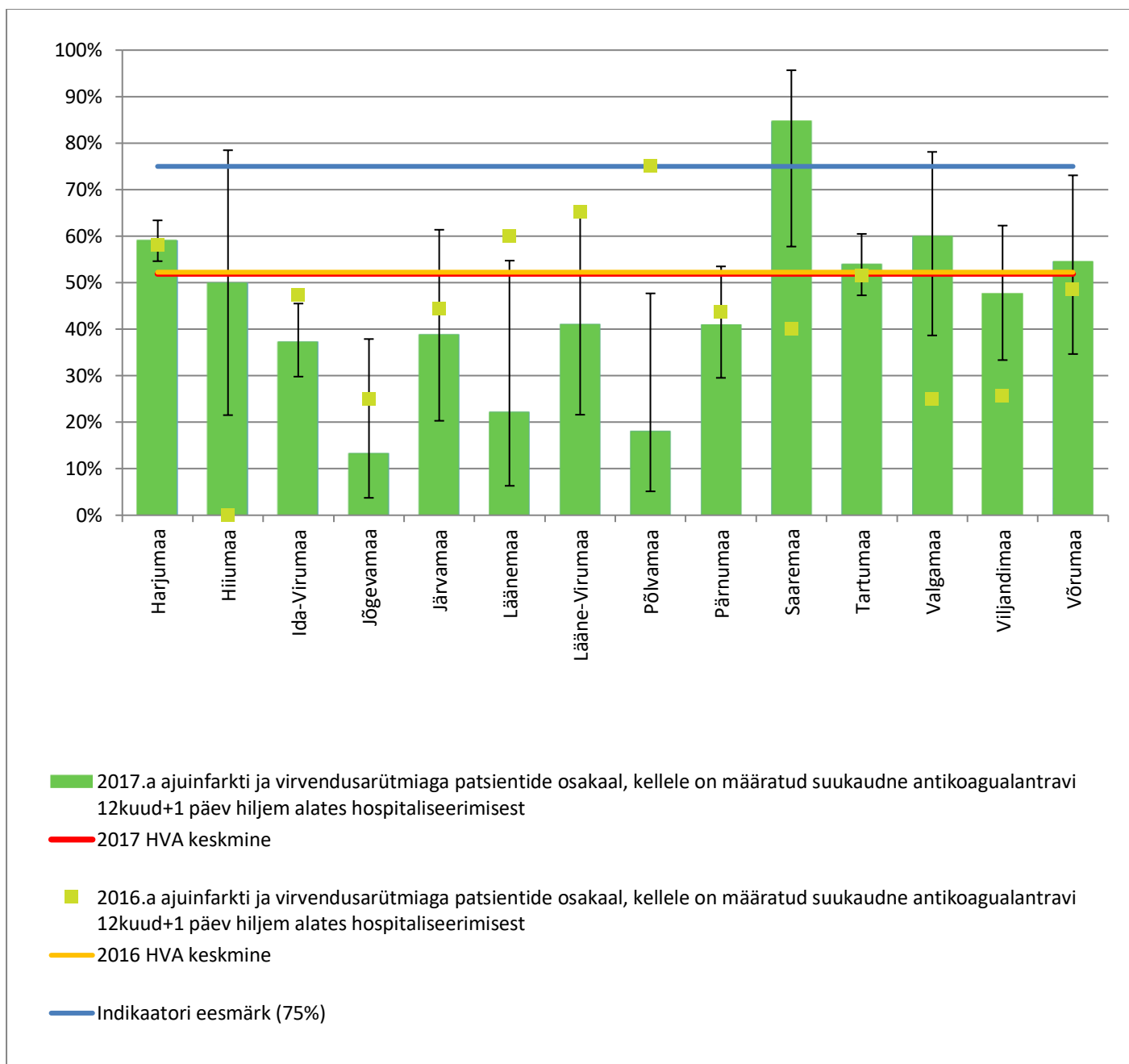
Piirangud. Antikoagulantravi vastunäidustusi ei ole võimalik analüüsida raviarvete alusel. Indikaator ei mõõda patsiendi raviskeemi järgimist. Analüüsiti maakondade kaupa, mis osaliselt peegeldab erinevusi üldhaiglates ning kesk- ja piirkondlikes haiglates ravitud patsientide kontingentide (insuldieelne raske puue, vastunäidustused, jne) vahel.

Kokkuvõte. Suukaudse antikoagulantravi kasutamine jääb alla eesmärgile (52% vs 75%). Võrreldes omavahel SAK retseptide väljastamist üks kuu ja üks aasta pärast hospitaliseerimist isheemilise insuldi tõttu ning võrreldes seda eelmise perioodi andmetega, ei ole olulisi muutusi. Antikoagulantravi kasutamiseks vastavalt ravijuhenditele on vajalik teavitada ja harida arstkonda ning rõhutada suukaudse antikoagulantravi järjepidevuse vajalikkust ka patsientidele.

Janika Kõrv, L. Puusepa nim Neuroloogide ja Neurokirurgide selts

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

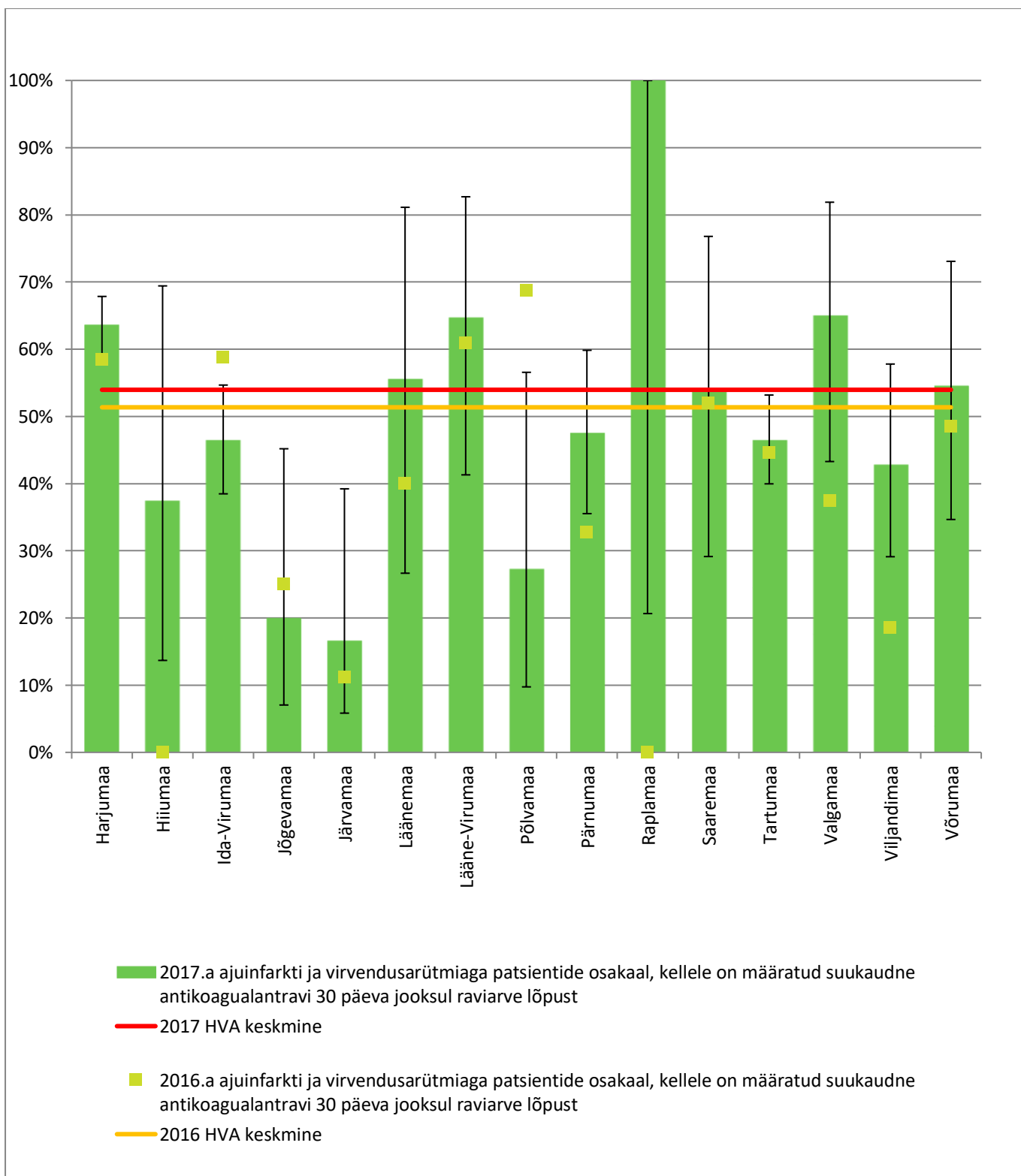
Andmed	<p><u>Periood:</u> arve algus 01.01.–31.12.2017 <u>Ravitüüp:</u> statsionaarne <u>Põhidiagnoos:</u> I63.0–I63.9 <u>Vanus:</u> ≥19 <u>Kaasuv diagnoos:</u> I48 mittevalvulaarne kodade virvendusartütmiat (paroksüsmaalne või permanentne) Retseptikeskusest kogutavad andmed: Toimeained: dabigatraan, 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 surid 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>
Selgitus	<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>



Joonis 1. Ajuinfarkti ja kodade virvendusarütmiaiga patsientide osakaal, kellele on määratud püsiv suukaudne antikoagulantravi 12 kuud + 1 päev pärast akuutset ajuinfarkti raviasutuse maakonna järgi, 2017.

Tabel 1. Ajuinfarkti ja kodade virvendusarütmiaga patsientide osakaal, kellele on määratud püsiv suukaudne antikoagulantravi (SAK) 12 kuud + 1 päev pärast akuutset ajuinfarkti raviasutuse maakonna järgi, 2017.

Raviasutuse maakond	Ajuinfarkt ja virvendusarütmiat, arv	Ajuinfarkti ja virvendusarütmiaga patsiendid, kellele on määratud SAK 12kuud+1 päev hiljem alates hospitaliseerimisest, arv	Ajuinfarkti ja virvendusarütmiaga patsiendid, kellele on määratud SAK 12kuud+1 päev hiljem alates hospitaliseerimisest, osakaal	95% UV
Harjumaa	479	283	59%	55–63%
Hiiumaa	8	4	50%	22–78%
Ida-Virumaa	142	53	37%	30–46%
Jõgevamaa	15	2	13%	4–38%
Järvamaa	18	7	39%	20–61%
Läänemaa	9	2	22%	6–55%
Lääne-Virumaa	17	7	41%	22–64%
Põlvamaa	11	2	18%	5–48%
Pärnumaa	61	25	41%	30–54%
Raplamaa	1	1	100%	21–100%
Saaremaa	13	11	85%	58–96%
Tartumaa	215	116	54%	47–60%
Valgamaa	20	12	60%	39–78%
Viljandimaa	42	20	48%	33–62%
Võrumaa	22	12	55%	35–73%
Kokku	1073	557	52%	49–55%



Joonis 2. Ajuinfarkti ja kodade virvendusarütmiaiga patsientide osakaal, kellele on määratud suukaudne antikoagulantravi 30 päeva jooksul alates raviarve lõpust raviasutuse maakonna järgi aastal 2017, 95% usaldusvahemikuga.

Tabel 2. Ajuinfarkti ja kodade virvendusarütmiaga patsientide osakaal, kellele on määratud suukaudne antikoagulantravi (SAK) 30 päeva jooksul alates raviarve lõpust raviasutuse maakonna järgi, 2017.

Raviasutuse maakond	Ajuinfarkt ja virvendusarütmiat, arv	Ajuinfarkti ja virvendusarütmiaga patsiendid, kellele on määratud SAK 30 päeva jooksul raviarve lõpust, arv	Ajuinfarkti ja virvendusarütmiaga patsiendid, kellele on määratud SAK 30 päeva jooksul raviarve lõpust, osakaal	95% UV
Harjumaa	479	305	64%	59–68%
Hiiumaa	8	3	38%	14–69%
Ida-Virumaa	142	66	46%	38–55%
Jõgevamaa	15	3	20%	7–45%
Järvamaa	18	3	17%	6–39%
Läänemaa	9	5	56%	27–81%
Lääne-Virumaa	17	11	65%	41–83%
Põlvamaa	11	3	27%	10–57%
Pärnumaa	61	29	48%	36–60%
Raplamaa	1	1	100%	21–100%
Saaremaa	13	7	54%	29–77%
Tartumaa	215	100	47%	40–53%
Valgamaa	20	13	65%	43–82%
Viljandimaa	42	18	43%	29–58%
Võrumaa	22	12	55%	35–73%
Kokku	1073	579	54%	51–57%

Neuroloogia indikaator 8: esimese kuu jooksul pärast insulti haigestumist statsionaarset taastusravi saanud patsientide osakaal

Sissejuhatus. Taastusravi peab insuldiga patsientidel algama võimalikult varakult pärast insulti ning jätkuma seni, kuni patsient on paranemas. Kõikidele patsientidele ei ole taastusravi siiski vajalik (täielikult paranenud ja nendele, kes ei ole akuutraviilt lahkumisel veel aktiivseks taastusraviks võimelised). Statsionaarsele taastusravile suunatakse insuldist põhjustatud kombineeritud funktsioonihäiretega patsient, kes on taastusravi alustamiseks stabiilses üldseisundis ja suuteline osalema taastusravitegevustes.

Indikaator kirjeldab patsientide osakaalu, kes said statsionaarset taastusravi (TTL 8028, 8029) esimese kuu jooksul pärast insulti haigestumist. Kuna arvestus toimub statsionaarsete taastusravi koodide põhised, siis lähevad arvesse ka HNRK-s ja PETK-is statsionaarset taastusravi saanud patsiendid. Indikaatori eesmärgiks on 40%. Riiklikul tasemel on võimalik monitoorida trende ning analüüsida piirkondlikke erinevusi. Võrreldes varasemate perioodidega on valedpositiivsete tulemuste tõttu loobunud üksikute taastusravi teenuste koodide kasutamisest.

Tulemuste interpretatsioon. Insuldi tõttu hospitaliseeritud patsientidest 23% said statsionaarset taastusravi esimese 30 päeva jooksul. Võrreldes 2017. a andmetega on see 2% rohkem. Analüüs toob välja, et statsionaarse taastusravi kättesaadavuse osas on haiglate ja regioonide vahelised erinevused. Kesk- ja piirkondlikes haiglates ravi alustanud patsientidel on taastusravi kättesaadavus parem kui üldhaiglates ning on jätkuvalt parim ITK-s (42%). Kesk- ja piirkondlikes haiglates peabki statsionaarse taastusravi kättesaadavus olema suurem, sest nendes haiglates on insuldiüksused ja -keskused, kus ravitakse hea paranemisprognnoosi ja taastusravi võimekusega patsiente. Väiksem taastusravi osakaal (7%) üldhaiglates võib peegeldada patsientide kontingenti (taastusravi võimekus puudub), kuid tõenäoliselt ka seda, et vajalik taastusravi jääb siiski saamata ka nendel, kes seda vajavad. Eelmise perioodiga võrreldes paranes statsionaarse taastusravi kättesaadavus 7% TÜK-is (statistiliselt oluline), 5% LTKH-s ja 13% Lõuna Eesti Haiglas, kuid vähenes 11% IVKH-s (statistiliselt oluline) ja jäi samaks Pärnu haiglas (10%). Mitmete suurte üldhaiglate (Viljandi, Kuressaare, Rakvere, Valga) patsientidest ei suunatud statsionaarsele taastusravile üle 0–5% patsiendi, mida ei saa põhjendada ainult taastusravi võimekuse puudumisega. Vaadeldes eraldi taastusravi kättesaadavust Lõuna-Eesti haiglates (TÜK, Jõgeva, Lõuna-Eesti, Põlva, Valga, Viljandi haiglad), siis nendes haiglates kokku sai statsionaarset taastusravi ainult 15% (131/873) insuldiga patsientidest.

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 üksikute funktsioonihäirega patsientidele, mistõttu otsene võrdlus ei ole võimalik.

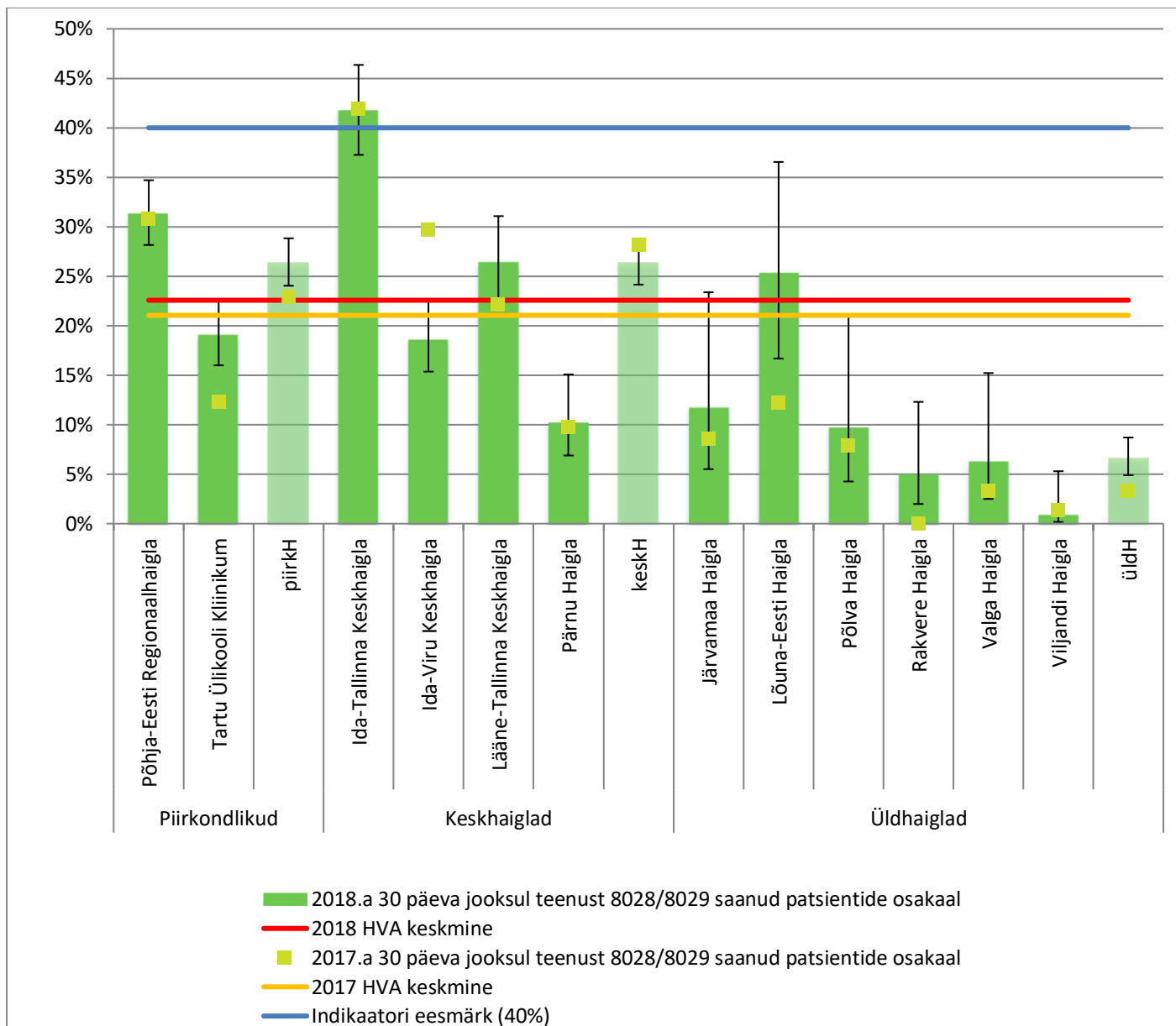
Piirangud. Loobuti üksikute taastusravi meeskonna (nt logopeed, füsioterapeut) teenuste koodide kasutamisest analüüsil, sest ambulatoorset taastusravi kasutatakse Eestis paraku harva. Andmed ei võimalda analüüsida põhjust, miks patsienti taastusravile ei suunatud.

Kokkuvõte. Akuutravi ajal alustatud taastusravi jätkamine kohe pärast akuutravi lõppu on oluline hea funktsionaalse võimekuse saavutamiseks. Taastusravi (statsionaarne või ambulatoorne) peab jätkuma kohe pärast akuutravi lõppu ilma ooteagadeta ja peab paiknema patsiendi elukohale lähedal. Statsionaarse taastusravi kättesaadavus on jätkuvalt ebarahuldav (keskmiselt 23% patsientidest) ja jääb oluliselt indikaatori eesmärgile alla. Näitajad on üldiselt paremad kesk- ja piirkondlikes haiglates, kuid nende hulgas on kättesaadavus jätkuvalt halvem TÜK-is, IVKH-s ja Pärnu haiglas. Statsionaarse taastusravi kättesaadavus vastab ainult ITK-s indikaatori eesmärgile. Piirkondlike erinevuste põhjused (halvem Lõuna-Eestis) vajavad selgitamist (tõenäoliselt on tegemist väikeste lepingumahtudega väljaspool Tallinnat paiknevates taastusravikeskustes) ja olukord nõuab kiiret parandamist.

Janika Kõrv, L. Puusepa nim Neuroloogide ja Neurokirurgide selts

**NEUROLOOGIA INDIKAATOR 8: ESIMISE KUU JOOKSUL PÄRAST INSULTI HAIGESTUMIST
STATSIONAARSET TAASTUSRAVI SAANUD PATSIENTIDE OSAKAAL**

Andmed	<p><u>Periood</u>: arve algus 01.01.–31.12.2018 <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: 40%</p> <p>Indikaatori täpsem kirjeldus on kättesaadav haigekassa kodulehel.</p>
Selgitus	<p>Joonisel: Insuldiga patsientide osakaal, kes said statsionaarset taastusravi esimese kuu jooksul alates hospitaliseerimise kuupäevast.</p>



Insuldiga patsientide osakaal, kes said statsionaarset taastusravi esimese kuu jooksul alates hospitaliseerimise kuupäevast aastal 2018, 95% usaldusvahemikuga.

Insuldiga patsientide osakaal, kes said statsionaarset taastusravi (teenus 8028/8029) esimese kuu jooksul alates hospitaliseerimise kuupäevast, 2018.

Haigla	Ägeda insuldi patsientide arv	30 päeva jooksul teenust 8028/8029 saanud patsiendid, arv	30 päeva jooksul teenust 8028/8029 saanud patsiendid, osakaal	95% UV
Põhja-Eesti Regionaalhaigla	769	241	31%	28–35%
Tartu Ülikooli Kliinikum	528	101	19%	16–23%
Piirkondlikud haiglad kokku	1297	342	26%	24–29%
Ida-Tallinna Keskhaigla	448	187	42%	37–46%
Ida-Viru Keskhaigla	461	86	19%	15–22%
Lääne-Tallinna Keskhaigla	382	101	26%	22–31%
Pärnu Haigla	214	22	10%	7–15%
Keskhaiglad kokku	1505	396	26%	24–29%
Hiiumaa Haigla	20	3	15%	5–36%
Jõgeva Haigla	57	2	4%	1–12%
Järvamaa Haigla	51	6	12%	6–23%
Kuressaare Haigla	88	0	-	-
Lõuna-Eesti Haigla	71	18	25%	17–37%
Läänemaa Haigla	22	0	-	-
Põlva Haigla	51	5	10%	4–21%
Narva Haigla	49	0	-	-
Rakvere Haigla	79	4	5%	2–12%
Raplamaa Haigla	3	0	-	-
Valga Haigla	63	4	6%	2–15%
Viljandi Haigla	103	1	1%	0–5%
Üldhaiglad kokku	657	43	7%	5–9%
Kokku	3459	781	23%	21–24%

Neuroloogia indikaator 9: ägeda insuldihaige 30 päeva suremus

Sissejuhatus. Insuldi suremus 30 päeva jooksul insuldi haigestumisest alates ehk letaalsus (varajane tulemusnäitaja) peegeldab lisaks insuldi raskusele (mis on seotud insuldi alaliigi, primaarse preventsiiooni ja kaasuvate haigustega) insuldi käsitlemist raviasutustes, mis on parem insuldiüksustes/-keskustes. Eluesmase insuldi epidemioloogilise uuringu järgi oli Tartus 2001–2003 insuldi esimese kuu letaalsus 26%. Indikaatori abil on võimalik jälgida ajalisi trende riigis ning insuldi käsitlemist erinevate raviasutuste lõikes.

Tulemusindikaator näitab insuldi haigestunud patsientide osakaalu, kelle haigus lõpeb letaalselt 30 päeva jooksul pärast erakorralise statsionaarse ravi algust. Indikaatori eesmärk on <15%. Arvesse lähevad isheemilise insuldi ja intratserebraalse hemorraagiaga patsiendid, kes hospitaliseeriti statsionaarsele ravile erakorraliselt ja surid 30 päeva jooksul (andmed Tervise Arengu Instituudi surmapõhjuste registrist).

Tulemuste interpretatsioon. 30 päeva letaalsus vähenes võrreldes eelmise perioodiga mõnevõrra (20% 2016. a, 19% 2017. a, 17% 2018 a.). Oodatavalt olid paremad tulemused kesk- ja piirkondlikes haiglates, kus eelmise perioodiga võrreldes letaalsus vähenes. Enim vähenes letaalsus IVKHs, kuigi statistiliselt ebaoluliselt, ja oli jätkuvalt suurim Pärnu Haiglas. Põhjuseks võib olla, et parema paranemisprognosiga patsiendid olid varasemast rohkem ravil kesk- ja piirkondlikes haiglates, kus letaalsus hakkab lähenema indikaatori eesmärgile ja on positiivne trend.

Üldhaiglate osas letaalsus mõnevõrra suurenes (2%), sealhulgas toimus kõikumisi nii suurenemise kui vähenemise suunas, kuid väikese juhtude arvu tõttu olid need juhuslikud. Suurem letaalsusmäär üldhaiglates on ootuspärane, sest nendesse haiglatesse jäävad ravile varasemate kaasuvate haiguste ja halvema paranemisprognosiga patsiendid. Samas, arvestades võrdlemisi suurt patsientide arvu mitmetes üldhaiglates, on nende hulgas tõenäoliselt patsiente, kes oleksid võinud olla ravil kesk- ja piirkondlike haiglate insuldiüksustes/-keskustes, kus käsitlemist on parem.

Intratserebraalse hemorraagia letaalsus vähenes 7% võrreldes eelmise perioodiga. Vaadeldes intratserebraalse hemorraagia letaalsust vanuserühmade järgi, on väikesest juhtude arvust tingituna muutused eelmise perioodiga võrreldes juhuslikud. Isheemilise insuldi letaalsus oli eelmise perioodiga võrreldes oluliste erinevusteta (vähenes 1%) ja ootuspäraselt suureneb vanuse suurenedes.

Otseseid rahvusvahelisi võrdlusandmeid on vähe, sest uuringute kavandid on erinevad. Ühe kuu letaalsus varieerub Euroopa raviasutustes 13–35%. Samuti ei ole selge, kas mujal on analüüsi kaasatud kõik kolm insuldi alaliiki (meie indikaatorite analüüsi ei ole kaasatud suure letaalsusega alaliik subarahnoidaalne hemorraagia, mida on kõikidest insultidest 5%). Taani insuldi kvaliteediindikaatori eesmärk on <15%. Euroopa insuldiorganisatsiooni insuldi tegevuskava aastani 2030 näeb ette langetada intratserebraalse hemorraagia letaalsust <25%. Nendest eesmärkidest jäävad Eesti tulemused maha.

Piirangud. Erinevusi haiglate vahel on raske interpreteerida, sest raviarvete järgi ei ole võimalik arvesse võtta mitmeid tegureid (patsiendi eelnev funktsionaalne võimekus, kaasuvad haigused, insuldi raskus). Arvesse ei ole küll võetud otseseid surmapõhjusti, kuid on tõenäoline, et 30 päeva jooksul on surmapõhjus seotud akuutse insuldi või selle tüsistustega.

Kokkuvõtte. Võrreldes teiste Euroopa riikidega on insuldi letaalsusmäär Eestis keskmisel tasemel, kuid on siiski suurem, kui seatud eesmärk. Letaalsuse vähenemisele aitab kaasa suurem tähelepanu haiglasest tüsistuste vältimisele, mistõttu on vaja hea insuldieelse funktsionaalse võimekusega patsiente ravida insuldikeskuses või -üksuses. Oluline on primaarse preventsiiooni paranemine (tulemuseks kergemad insuldid), spetsiifiliste ravimeetodite (trombolüüsiravi ja trombektoomia) kättesaadavuse parandamine, selleks on vaja suurendada elanik- ja arstkonna insulditeadlikkust.

Janika Kõrv, L. Puusepa nim Neuroloogide ja Neurokirurgide selts

NEUROLOOGIA INDIKAATOR 9: ÄGEDA INSULDIHAIGE 30 PÄEVA SUREMUS

Andmed

Periood: arve algus 01.01.–31.12.2018
Ravitüüp: statsionaarne
Põhidiagnoos: RHK I61.0-I61.9 või RHK I63.0-I63.9
Vanus: ≥19
Surma kuupäev
Valim sisaldab vältimatuid raviarveid.

Arvesse lähevad patsiendid, kes hospitaliseeriti statsionaarsele ravile erakorraliselt ja surid 30 päeva jooksul (kaasa arvatud 30. päev)
Korduva hospitaliseerimise puhul algas arvestus esimesest hospitaliseerimisest ja sinna juurde arvestati ka isiku surmakuupäev sõltumata, millises raviasutuses on väljastatud surmakuupäevaga arve.

Eesmärk: <15%

Indikaatori täpsem kirjeldus on kättesaadav haigekassa [kodulehel](#).

Selgitus

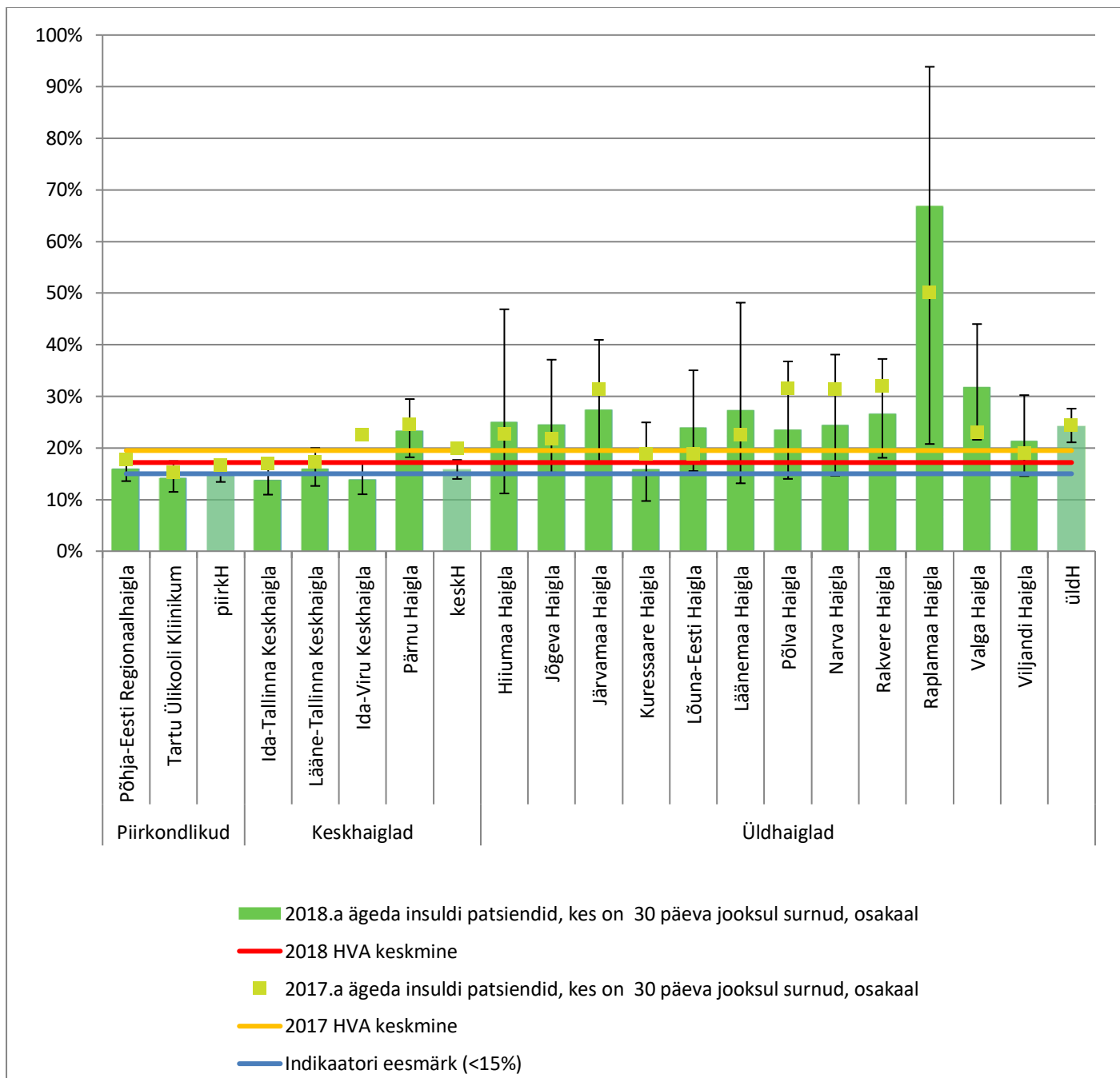
Insulti haigestunud patsientide osakaal, kes surid 30 päeva jooksul pärast hospitaliseerimist.

Joonisel 1 on esitatud 2018. a jooksul ägeda insuldi raviarvega patsientide osakaal (koos usaldusvahemikega), kes surid 30 päeva jooksul.

Joonisel 2 on esitatud 2018. a ägeda insuldiga (I61.0–I61.9) patsientide osakaal (koos usaldusvahemikega), kes surid 30 päeva jooksul .

Joonisel 3 on esitatud 2018. a ägeda insuldiga (I63.0–I63.9) patsientide osakaal (koos usaldusvahemikega), kes surid 30 päeva jooksul .

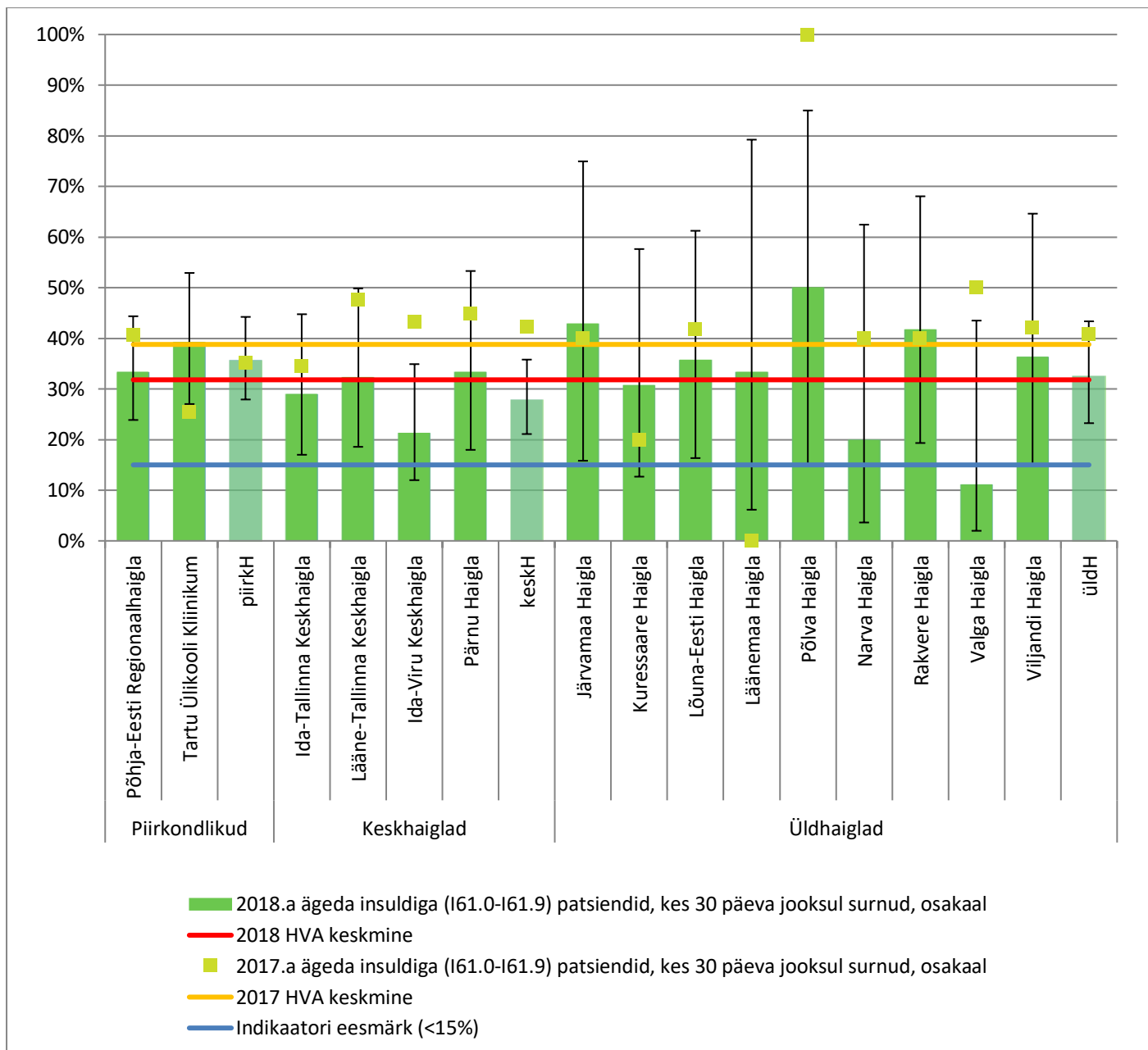
Joonisel 4 on esitatud erinevate vanuserühmade 2018. aasta ägeda insuldi patsientide osakaal, kes surid 30 päeva jooksul .



Joonis 1. Ägeda insuldi raviarvega patsientide osakaal, kes surid 30 päeva jooksul aastal 2018, 95% usaldusvahemikuga.

Tabel 1. Ägeda insuldi raviarvega patsientide osakaal, kes surid 30 päeva jooksul, 2018.

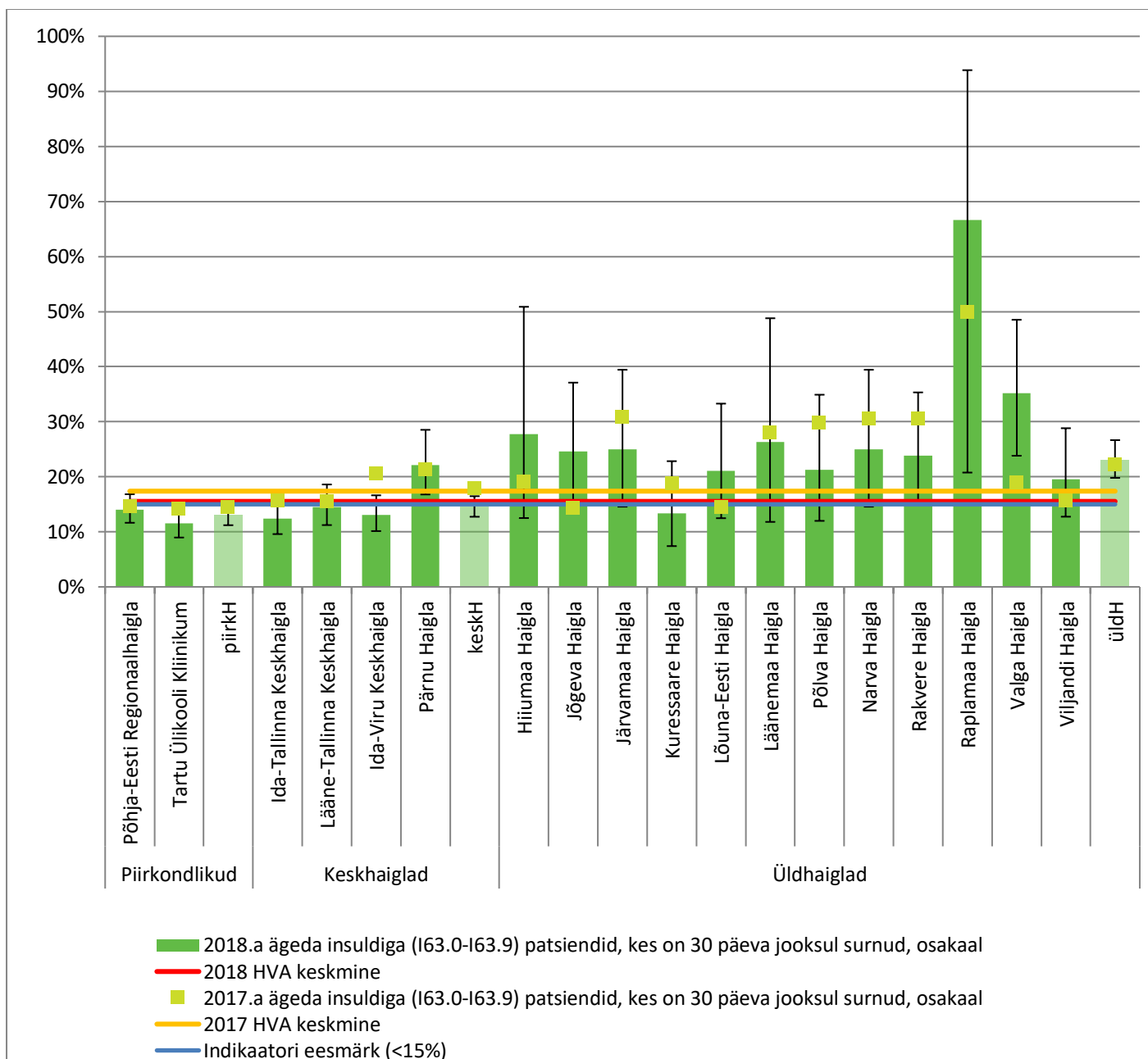
Haigla	Ägeda insuldi patsiendid, arv	Ägeda insuldi patsiendid, kes surid 30 päeva jooksul, arv	Ägeda insuldi patsiendid, kes surid 30 päeva jooksul, osakaal	95% UV
Põhja-Eesti Regionaalhaigla	769	123	16%	14–19%
Tartu Ülikooli Kliinikum	528	75	14%	11–17%
Piirkondlikud haiglad kokku	1297	198	15%	13–17%
Ida-Tallinna Keskhaigla	448	62	14%	11–17%
Lääne-Tallinna Keskhaigla	382	61	16%	13–20%
Ida-Viru Keskhaigla	461	64	14%	11–17%
Pärnu Haigla	214	50	23%	18–29%
Keskhaiglad kokku	1505	237	16%	14–18%
Hiiumaa Haigla	20	5	25%	11–47%
Jõgeva Haigla	57	14	25%	15–37%
Järvamaa Haigla	51	14	27%	17–41%
Kuressaare Haigla	88	14	16%	10–25%
Lõuna-Eesti Haigla	71	17	24%	16–35%
Läänemaa Haigla	22	6	27%	13–48%
Põlva Haigla	51	12	24%	14–37%
Narva Haigla	49	12	24%	15–38%
Rakvere Haigla	79	21	27%	18–37%
Raplamaa Haigla	3	2	67%	21–94%
Valga Haigla	63	20	32%	22–44%
Viljandi Haigla	103	22	21%	15–30%
Üldhaiglad kokku	657	159	24%	21–28%
Kokku	3459	594	17%	16–18%



Joonis 2. Ägeda insuldiga (intratserebraalne hemorraagia e peajusisene verevalum, I61.0–I61.9) patsientide osakaal, kes surid 30 päeva jooksul aastal 2018, 95% usaldusvahemikuga.

Tabel 2. Ägeda insuldiga (intratserebraalne hemorraagia e peaajusisene verevalum, I61.0–I61.9) patsientide osakaal, kes surid 30 päeva jooksul, 2018.

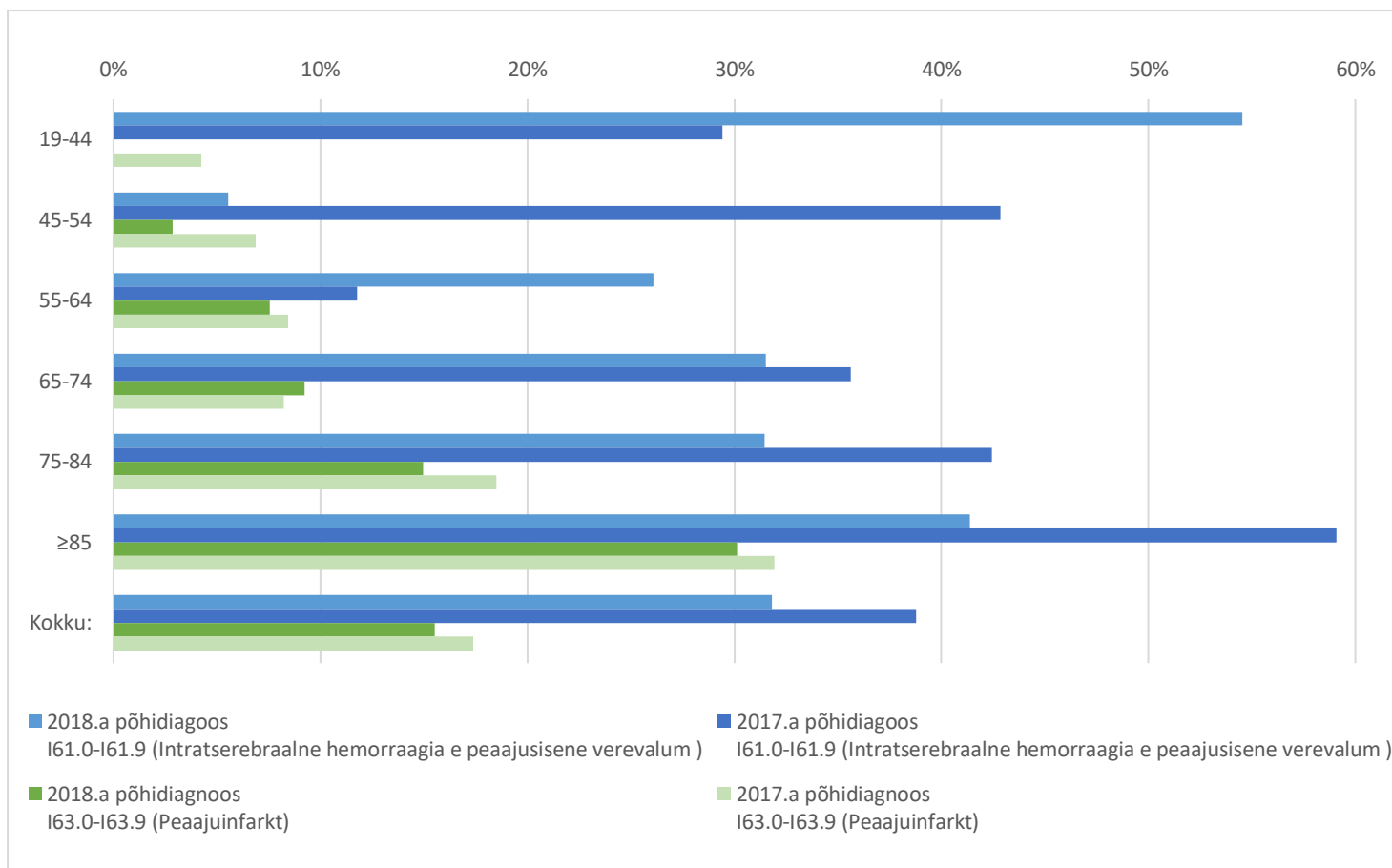
Haigla	Ägeda insuldi (I61.0-I61.9) patsiendid, arv	Ägeda insuldiga (I61.0-I61.9) patsiendid, kes surid 30 päeva jooksul, arv	Ägeda insuldiga (I61.0-I61.9) patsiendid, kes surid 30 päeva jooksul, osakaal	95% UV
Põhja-Eesti Regionaalhaigla	78	26	33%	24–44%
Tartu Ülikooli Kliinikum	51	20	39%	27–53%
Piirkondlikud haiglad kokku	129	46	36%	28–44%
Ida-Tallinna Keskhaigla	38	11	29%	17–45%
Lääne-Tallinna Keskhaigla	31	10	32%	19–50%
Ida-Viru Keskhaigla	47	10	21%	12–35%
Pärnu Haigla	24	8	33%	18–53%
Keskhaiglad kokku	140	39	28%	21–36%
Hiumaa Haigla	2	0	-	-
Järvamaa Haigla	7	3	43%	16–75%
Kuressaare Haigla	13	4	31%	13–58%
Lõuna-Eesti Haigla	14	5	36%	16–61%
Läänemaa Haigla	3	1	33%	6–79%
Põlva Haigla	4	2	50%	15–85%
Narva Haigla	5	1	20%	4–62%
Rakvere Haigla	12	5	42%	19–68%
Valga Haigla	9	1	11%	2–43%
Viljandi Haigla	11	4	36%	15–65%
Üldhaiglad kokku	80	26	33%	23–43%
Kokku	349	111	32%	27–37%



Joonis 3. Ägeda insuldiga (peajuinfarkt, I63.0–I63.9) patsientide osakaal, kes surid 30 päeva jooksul aastal 2018, 95% usaldusvahemikuga.

Tabel 3. Ägeda insuldiga (peaajuinfarkt, I63.0–I63.9) patsientide osakaal, kes surid 30 päeva jooksul, 2018 a.

Haigla	Ägeda insuldi (I63.0-I63.9) patsiendid, arv	Ägeda insuldiga (I63.0-I63.9) patsiendid, kes surid 30 päeva jooksul, arv	Ägeda insuldiga (I63.0-I63.9) patsiendid, kes surid 30 päeva jooksul, osakaal	95% UV
Põhja-Eesti Regionaalhaigla	691	97	14%	12–17%
Tartu Ülikooli Kliinikum	477	55	12%	9–15%
Piirkondlikud haiglad kokku	1168	152	13%	11–15%
Ida-Tallinna Keskhaigla	410	51	12%	10–16%
Lääne-Tallinna Keskhaigla	351	51	15%	11–19%
Ida-Viru Keskhaigla	414	54	13%	10–17%
Pärnu Haigla	190	42	22%	17–29%
Keskhaiglad kokku	1365	198	15%	13–16%
Hiiumaa Haigla	18	5	28%	12–51%
Jõgeva Haigla	57	14	25%	15–37%
Järvamaa Haigla	44	11	25%	15–39%
Kuressaare Haigla	75	10	13%	7–23%
Lõuna-Eesti Haigla	57	12	21%	12–33%
Läänemaa Haigla	19	5	26%	12–49%
Põlva Haigla	47	10	21%	12–35%
Narva Haigla	44	11	25%	15–39%
Rakvere Haigla	67	16	24%	15–35%
Raplamaa Haigla	3	2	67%	21–94%
Valga Haigla	54	19	35%	24–49%
Viljandi Haigla	92	18	20%	13–29%
Üldhaiglad kokku	577	133	23%	20–27%
Kokku	3110	483	16%	14–17%



Joonis 4. Ägeda insuldi patsientide erinevate vanuserühmade osakaal, kes surid 30 päeva jooksul, 2018.

Tabel 4. Ägeda insuldi patsientide erinevate vanuserühmade osakaal, kes surid 30 päeva jooksul, 2018.

Vanus	Ägeda insuldiga patsiendid, arv		Ägeda insuldiga patsiendid, kes surid 30 päeva jooksul, arv		Ägeda insuldiga patsiendid, kes surid 30 päeva jooksul, osakaal	
	Põhidiagnoos I61.0-I61.9	Põhidiagnoos I63.0-I63.9	Põhidiagnoos I61.0-I61.9	Põhidiagnoos I63.0-I63.9	Põhidiagnoos I61.0-I61.9	Põhidiagnoos I63.0-I63.9
19-44	11	50	6	0	55%	-
45-54	18	105	1	3	6%	3%
55-64	46	397	12	30	26%	8%
65-74	92	725	29	67	32%	9%
75-84	124	1116	39	167	31%	15%
≥85	58	717	24	216	41%	30%
Kokku	349	3110	111	483	32%	16%
Kokku		3459		594		17%

KARDIOLOOGIA INDIKAATORID

Kardioloogia indikaator 5: antikoagulatsioonravi määramine ≥ 65 aastastel kodade virvendusarütmia haigetel

Sissejuhatus: Kodade virvendusarütmia (KVA) on kõige sagedasem rütmihäire, mille esinemissagedus on ligikaudu 2% üldpopulatsioonist. Rütmihäire tõstab patsientidel trombemboolilist ajuinfarkti riski viis korda ja on seotud suurema suremusriskiga. KVAst tingitud trombembooliliste tüsistuste esinemissagedust tõstab patsiendi vanus (alates 65. eluaastast), naissugu ja kaasuvad haigused (sh kõrgvererõhktõbi, diabeet, südame isheemiatõbi jt). Enamus trombemboolilisi tüsistusi saab ennetada ja parandada haigete prognoosi adekvaatse antikoagulantraviga (varfariin või otsese toimega suukaudne antikoagulant). Antikoagulantravi soovitus KVA haigel lähtub haige trombemboolilisest riskist, mida määratakse vastava skoori alusel (CHA₂DS₂-VAS). Üle 65-aastastel patsientidel on antikoagulantravi üldjuhul soovituslik, kuna patsiendi trombemboolia riskiskoor on vähemalt 1. KVA haigel tuleb antikoagulantravi siinusrütmi taastamise järgselt olenemata trombemboolia riskist määrata vähemalt neljaks nädalaks ja kui patsiendil on kõrge trombembooliline risk (≥ 2), tuleks antikoagulantravi vastunäidustuste puudumisel määrata püsivalt¹. Indikaator „Antikoagulatsioonravi kasutamine ≥ 65 -aastastel kodade virvendusarütmia haigetel“, näitab kas 2018. aastal haiglates statsionaarsel ja ambulatoorsel ravil viibinud KVA patsiendil (põhi- või kaasuv 148 diagnoos) on välja kirjutatud retsept antikoagulandile, antikoagulatsiooni kasutamise üldist trendi ja haigete raviga tegelevate arstide ravijuhistele vastavat käitumist.

Tulemused Eesti lõikes, teenuseosutajate ja/või maakondade võrdluses. Kodade virvendusarütmia diagnoosiga haigetel 85%-l kirjutati välja vähemalt üks retsept antikoagulandile. Olulist erinevust ei esinenud piirkondlike- ja keskhaiglate vahel (86%). Üldhaiglates oli keskmine osakaal 81%, madalaim Valga Haiglas (74%) ja kõrgeim Kuressaare Haiglas (89%). Võrreldes indikaatori tulemusnäitajat 2017. a andmetega (83 %), paranes enamikes haiglates antikoagulantravi 2–3 %.

Eraldi analüüsis vaadati ka retsepti väljakirjutamist 3 ja enam korral peale haigla statsionaar- või ambulatoorral viibimist aasta jooksul. Vähemalt 3 retsepti antikoagulandile kirjutati hiljem välja 58%-l patsientidest. Piirkondlikest haiglates väljakirjutamisel 59%-l, kesk- ja üldhaiglates 57%-l patsientidest.

Rahvusvahelises võrdluses. Rahvusvaheliste registri- ja vaatlusuuringute alusel jääb KVA antikoagulantide üldine kasutamine vahemikku 67–85%²⁻⁴. Kui 2003–2004. a Euroopa südamehaiguste vaatlusuuringu (EHS) alusel oli antikoagulatsiooni kasutus 67%, siis uuemate Euroopa Kardioloogide Seltsi algatatud vaatlusuuringute (EORP-AF) alusel tõusis antikoagulantide kasutamine üle 80%³. Analoogset antikoagulantide kasutamist näitasid ka teised rahvusvahelised registriuringud: PREFER-AF 82,3%, GLORIA-AF 80% ja GARFIELD-AF 71%^{2,4}. Erinevate riikide võrdluses tõi GARFIELD-AF registriuring välja ka antikoagulantide kasutamises suure varieeruvuse 31–93%, madalaim Aasia ja kõrgem põhja- ja kesk-Euroopa riikides⁴. Kokkuvõtvalt näitasid kõik registriuringud, et viimase 10 aasta jooksul paranes antikoagulantide kasutamine oluliselt ja varfariin on asendumas otsese toimega suukaudsete antikoagulantidega.

Limitatsioonid. Retseptikeskuse ja diagnoosikoodil baseeruv analüüs ei võimalda täpselt hinnata trombemboolia riskiskoori (CHA₂DS₂-VAS) ja rütmihäire vormi, seega ei saa riskiskoorist lähtuvalt analüüsida antikoagulatsioonravi vajadust ja kestust. Kolme ja enama retsepti väljakirjutamise osakaal oli prognoositust väiksem, kuna jättis välja patsiendid, kelle ravi oli aasta viimasel kolmel kuul (ajaliselt ei oleks võimalik väljastada 3 ja enam retsepti). Antikoagulatsioonravi väiksem osakaal üldhaiglates on tingitud ka antud haiglates ravitavate haigete profiilist, kus antikoagulantravi on sageli ka vastunäidustatud.

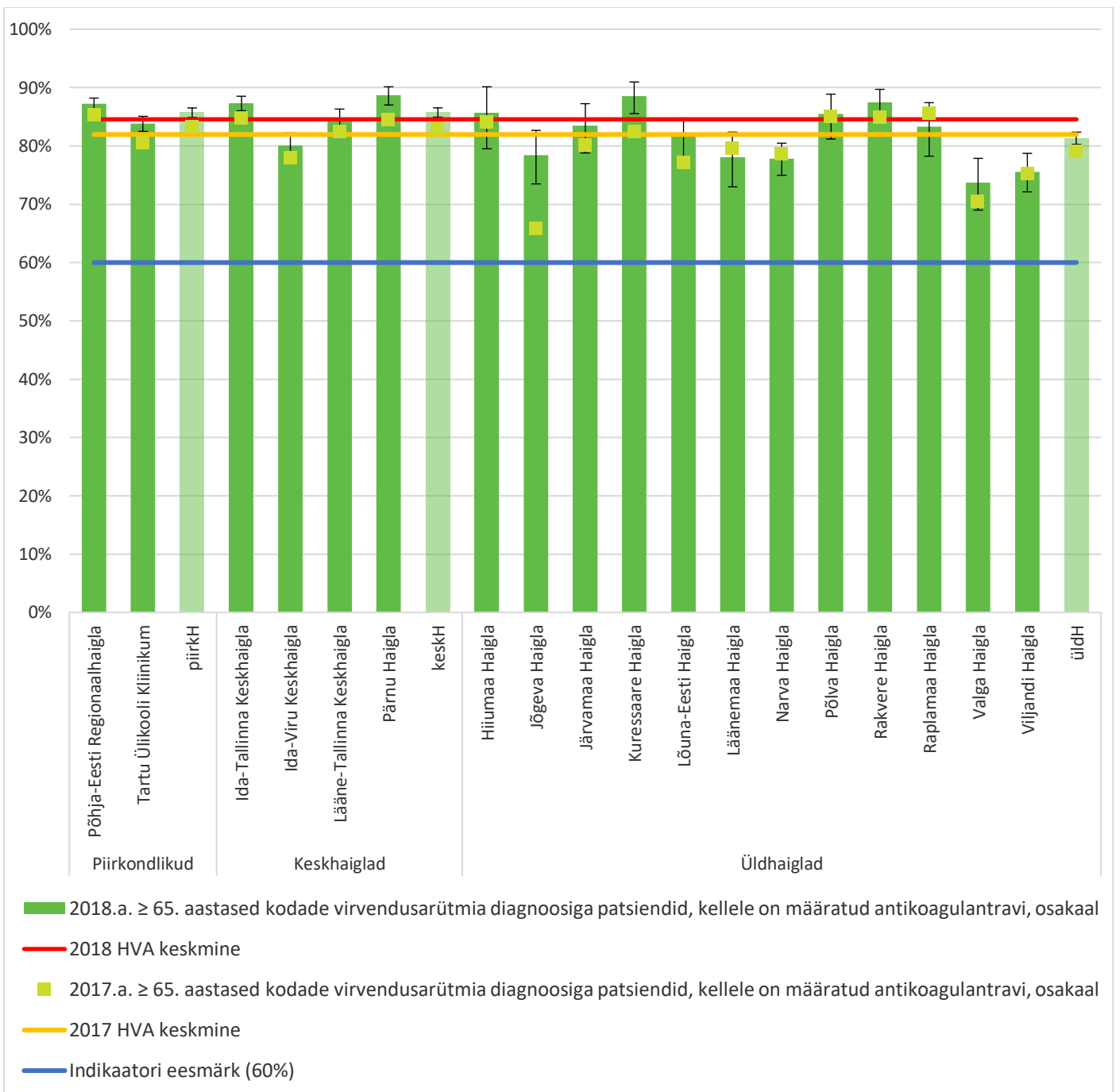
Kokkuvõte. KVA diagnoosiga patsientide antikoagulatsiooni rakendamine erineva profiiliga haiglates oli üle ootuste hea, haigele on väljastatud vähemalt üks retsept antikoagulandile 85% juhtudest.

Eesti Haigekassa 2013. a KVA haigete statsionaararavi audit juhtis tähelepanu väga suurele puudujäägile rütmihäirega patsientide trombemboolia riski ja antikoagulantravi kasutamise kohta. Antikoagulatsioon puudus enam kui pooltel KVA statsionaararavi haigetel⁵. Eesti Kardioloogide Selts koos teiste erialaseltside ja raviasutustega teeb alates 2015. a laiaulatusliku teavitustööd arstkonnas, et parandada KVA haiget käsitlemist. Kliinilise praktikasse rakendati 2016. a avaldatud Euroopa Kardioloogide Seltsi KVA ravijuhised¹ ja 2018. a koostati Eesti KVA ravi – ja käsitlemisjuhend ning patsiendijuhis. Paranes otsese toimega suukaudsete antikoagulantide üldine kättesaadavus, hind ja nende kasutamise kogemus. Meditsiinasutustes on loodud digitaalsed diagnoosipõhised (I48) rakendused trombemboolia riskiskoori kohustuslikuks määramiseks. Indikaatori tulemusnäitaja alusel võib järeldada, et KVA haigete antikoagulantravi ja käsitlemine on selle tegevusega oluliselt paranenud. Ambulatoorne pikaajaline antikoagulatsioonravi jätkamine vajab kindlasti parandamist, seda koostöös perearstide ja täpsete haiglast väljastavate juhiste aga ka patsiendipoolse teadlikkuse suurendamise näol.

Priit Kampus, MD, PhD Põhja-Eesti Regionaalhaigla kardioloog, Tartu Ülikooli kardioloogiakliiniku dotsent, Eesti Kardioloogide Selts

KARDIOLOOGIA INDIKAATOR 5: ANTIKOAGULATSIOONRAVI MÄÄRAMINE ≥65 AASTASTEL KODADE VIRVENDUSARÜTMIA HAIGETEL

Andmed	<p><u>Periood</u>: arve algus 01.01.-31.12.2018 <u>Põhi- või kaasuv diagnoos</u>: RHK10 I48 <u>Ravitüüp</u>: statsionaarse või ambulatoorse <u>Vanus</u>: ≥65-aastased Surma kuupäev Indikaatori eesmärk : 60%</p> <p>Indikaatori täpsem kirjeldus on kättesaadav haigekassa kodulehel</p>
Selgitus	<p>Joonisel üle 65-aastased kodade virvendusarütmia diagnoosiga patsiendid, kellele on määratud antikoagulantravi</p>



Üle 65-aastased kodade virvendusarütmia diagnoosiga patsiendid, kellele on määratud antikoagulantravi aastal 2018, 95% usaldusvahemikuga.

Tabel 1. Üle 65-aastased kodade virvendusarütia (KVA) diagnoosiga patsiendid, kellele on määratud antikoagulantravi, 2018.

Haigla	≥65-aastased KVA diagnoosiga patsiendid	≥65-aastased KVA diagnoosiga patsiendid, kellele on määratud antikoagulantravi, arv	≥65-KVA diagnoosiga patsiendid, kellele on määratud antikoagulantravi, osakaal	95% UV
Põhja-Eesti Regionaalhaigla	3 962	3 455	87%	86–88%
Tartu Ülikooli Kliinikum	3 123	2 618	84%	82–85%
Piirkondlikud haiglad kokku	7 085	6 073	86%	85–87%
Ida-Tallinna Keskhaigla	2 731	2 385	87%	86–89%
Ida-Viru Keskhaigla	1 252	1 003	80%	78–82%
Lääne-Tallinna Keskhaigla	1 905	1 615	85%	83–86%
Pärnu Haigla	1 581	1 402	89%	87–90%
Keskhaiglad kokku	7 469	6 405	86%	85–87%
Hiiumaa Haigla	167	143	86%	80–90%
Jõgeva Haigla	306	240	78%	73–83%
Järvamaa Haigla	296	247	83%	79–87%
Kuressaare Haigla	532	471	89%	86–91%
Lõuna-Eesti Haigla	513	419	82%	78–85%
Läänemaa Haigla	296	231	78%	73–82%
Narva Haigla	871	678	78%	75–80%
Põlva Haigla	323	276	85%	81–89%
Rakvere Haigla	710	621	87%	85–90%
Raplamaa Haigla	252	210	83%	78–87%
Valga Haigla	376	277	74%	69–78%
Viljandi Haigla	647	489	76%	72–79%
Üldhaiglad kokku	5 289	4 302	81%	80–82%
Kokku	19 843	16 780	85%	84–85%

Tabel 2. Üle 65-aastased kodade virvendusarütia (KVA) diagnoosiga patsiendid, kellele on välja kirjutatud 1 retsept ning 3 retsepti ja enam, 2018.

Haigla	≥65-aastased KVA diagnoosiga patsiendid	≥65-aastased KVA diagnoosiga patsiendid, kellele on välja kirjutatud 1 retsept, arv	≥65-aastased KVA diagnoosiga patsiendid, kellele on välja kirjutatud 1 retsept, osakaal	≥65-aastased KVA diagnoosiga patsiendid, kellele on välja kirjutatud 3 ja enam retsepti, arv	≥65-aastased KVA diagnoosiga patsiendid, kellele on välja kirjutatud 3 ja enam retsepti, osakaal
Põhja-Eesti Regionaalhaigla	3 962	400	10%	2 356	59%
Tartu Ülikooli Kliinikum	3 123	310	10%	1 802	58%
Piirkondlikud haiglad kokku	7 085	710	10%	4 158	59%
Ida-Tallinna Keskhaigla	2 731	257	9%	1 661	61%
Ida-Viru Keskhaigla	1 252	195	16%	602	48%
Lääne-Tallinna Keskhaigla	1 905	196	10%	1 056	55%
Pärnu Haigla	1 581	149	9%	961	61%
Keskhaiglad kokku	7 469	797	11%	4 280	57%
Hiumaa Haigla	167	8	5%	100	60%
Jõgeva Haigla	306	32	10%	144	47%
Järvamaa Haigla	296	32	11%	162	55%
Kuressaare Haigla	532	46	9%	351	66%
Lõuna-Eesti Haigla	513	41	8%	299	58%
Läänemaa Haigla	296	22	7%	173	58%
Narva Haigla	871	113	13%	447	51%
Põlva Haigla	323	25	8%	207	64%
Rakvere Haigla	710	80	11%	428	60%
Raplamaa Haigla	252	23	9%	150	60%
Valga Haigla	376	36	10%	174	46%
Viljandi Haigla	647	54	8%	361	56%
Üldhaiglad kokku	5 289	512	10%	2 996	57%
Kokku	19 843	2 019	10%	11 434	58%

ONKOLOOGIA INDIKAATORID

Rinnavähi indikaator 3: invasiivse rinnavähiga patsientide osakaal, kes said postoperatiivselt kiiritusravi rinnanäärmele pärast rinda säilitavad operatsiooni

Sissejuhatus

- a) Kaugmetastaasideta (M0) invasiivse rinnavähiga patsientide osakaal, kes said postoperatiivset väliskiiritusravi rinnanäärmele peale rinda säilitavat operatsiooni. Randomiseeritud uuringute alusel vähendab postoperatiivne kiiritusravi lokaalretsidiivide teket ja seeläbi pikendab üldist elulemust.
- b) Arvutus põhineb rinda säilitava operatsiooni läbinud patsientide ja sellest kiiritusravi saanute osakaalul.

Lähtudes NCCN ravijuhiste (*National Comprehensive Cancer Network Guidelines*) infost on teada, et vanematel üle 70-aastastel patsientidel on soodsate prognostiliste faktorite korral (östrogeenretseptor positiivne, alla 2 cm kasvaja, kliiniliselt teadaolevalt lümfisõlmedesse mittelevinud), kes hakkavad saama hormoonravi, postoperatiivne kiiritusravi teadaolevalt retsidiivivaba ja üldist elulemust ei pikenda (EBCTCG, *Early Breast Cancer Collaborative Group*). Teisisõnu, postoperatiivset kiiritusravi saavatel patsientidel on elulemus sama, mis ainult postoperatiivselt hormoonravi saavatel patsientidel. Selle tõenduspõhisuse alusel soovitatakse tõsiselt kaaluda antud grupi patsientide kiiritusravi vajalikkust, mis mõjutab üldist kiiritusravi saanud patsientide määra.

Konsulteritud SA TÜK dr. Kallakuga - kõiki üle 70-aastaseid T1 hormoonpositiivseid patsiente postoperatiivselt ei kiiritata, konsiiliumis tehakse raviotsus ja enamasti jäetakse kiiritusravi ära üle 80-aastastel patsientidel, kellel on soodsad prognostilised faktorid. SA PERH-is kaalutakse postoperatiivset kiiritusravi vajalikkust patsientide puhul, kes on soodsate prognostiliste faktoritega ja üle 70 aasta vanused.

Tulemuste analüüs. Rinda säilitava operatsiooni osas oli osakaal haiglati väga erinev. SA PERH-is tehti 2017. aastal 214, ITK-s 59 ja SA TÜK-is 126 rinda säilitavat operatsiooni. Mida suurem on rinda säilitavate operatsioonide hulk, seda mitmekesisem on patsientide kogum ja seda tõenäosem on vanuse, kaasuvate haiguste ja muudel põhjustel kiiritusravist loobunute suurem hulk (omal soovil loobutakse ravist peamiselt vasaku rinnanäärme kiiritusravi potentsiaalsete kardiaalsete tüsistuste tõttu).

SA PERH-is 214-st rinda säilitavast operatsioonist määrati konsiiliumi otsusega kiiritusravi 191 patsiendile ja kiiritusravi sai neist realselt 178 patsienti (93%).

Erinevate tõenduspõhiste uuringute alusel kõikidest esmaselt diagnoositud rinnakasvajatega patsientidest 66–83% peaks saama kiiritusravi¹.

Erinevates kvaliteediindikaatorite analüüsides (EUSOMA, *Belgia Health Care Knowledge Center* 2010) jääb kõikide invasiivse rinnavähiga patsientide, kellel on tehtud rinda säästev operatsioon, postoperatiivse kiirituse osakaal 86,3–90%¹ vahele, mis on pisut kõrgem kui meie patsientidel (178 patsienti 214-st ehk 83%).

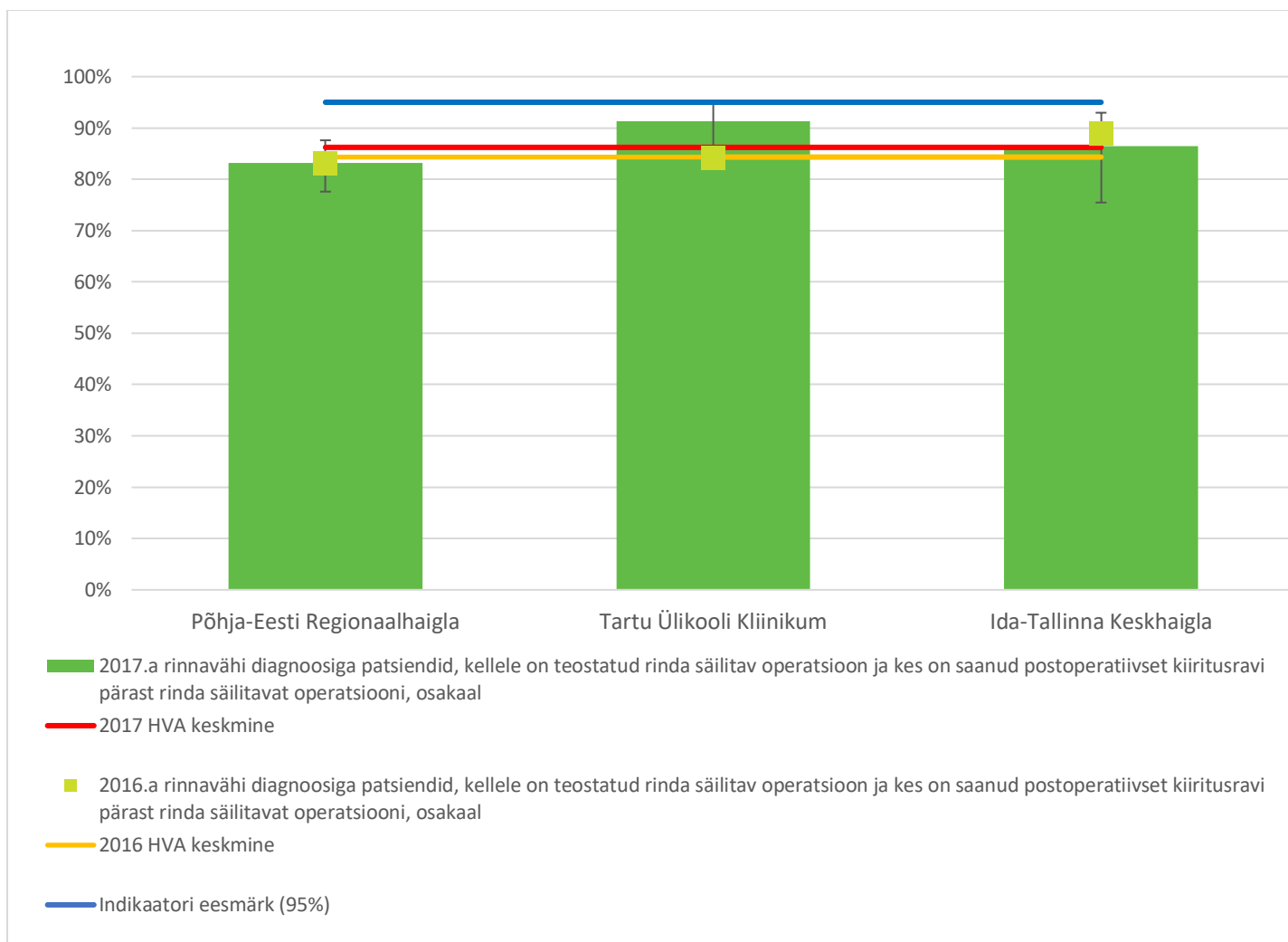
Analüüsiti ka SA PERH patsientide gruppi, kellele oli konsiiliumi otsusega kiiritusravi määratud, kuid kes kiiritusravi SA PERH-is ei saanud. Selliseid patsiente oli 12 (tegelikkuses 13, kuid üks patsient sai kiiritusravi TÜK-is) – 4 loobus kiiritusravist omal soovil ning 6 jäeti ära raviarsti poolt (ühel patsiendil haavaprobleem, neljal patsiendil kardiaalsed probleemid, ühel nahahaiguse tõttu). Kahe patsiendi kiiritusravi ära jätmise põhjus on teadmata.

Järeldus. Tulemused on sarnased eelmisele 2016. aastal tehtud analüüsile. Ainukeseks erinevuseks on postoperatiivse kiiritusravi vajalikkuse kaalumine TÜK-is vastavalt patsiendi vanusele – kui varasemalt kaaluti postoperatiivse kiiritusravi vajalikkust soodsate prognostiliste faktoritega patsientidel puhul, kes on üle 70 aasta vanused, siis nüüd üle 80-aastate puhuselt.

Rena Tiigi, onkoloog-vanemarst

RINNAVÄHI INDIKAATOR 3: INVASIIVSE RINNAVÄHIGA PATSIENTIDE OSAKAAL, KES SAID POSTOPERATIIVSET KIIRITUSRAVI RINNANÄÄRMELE PÄRAST RINDA SÄILITAVAT OPERATSIIONI

Andmed	<p><u>Periood</u>: vahemikus 01.01.–31.12.2017 opereeritud patsiendid <u>Ravitüüp</u>: statsionaarne <u>Põhidiagnoos</u>: RHK10 koodid C50–C50.9 Kõik rinnavähi diagnoosiga patsiendid, kellele teostati rinda säilitav operatsioon (kõik HAB koodid - HAB00, HAB10, HAB20, HAB30, HAB40, HAB99) Rinnavähi diagnoosiga patsientide osakaal, kes said adjuvantset rinna kiiritusravi RHK10 C50–C50.9 kood ja Z51.0 kombinatsioonis (kuni 10 kuud peale operatsiooni- kiiritusravi raviarve algus kuni 31.10.2018).</p> <p>Eesmärk: 95%</p> <p>Indikaatori täpsem kirjeldus on kättesaadav haigekassa kodulehel.</p>
Selgitus	<p>Invasiivse rinnavähiga patsientide osakaal, kes said postoperatiivset kiiritusravi rinnanäärmele pärast rinda säilitavat operatsiooni.</p> <p>Joonisel on esitatud invasiivse rinnavähiga patsientide osakaal (koos usaldusvahemikega), kes said postoperatiivset kiiritusravi rinnanäärmele pärast rinda säilitavat operatsiooni haiglate ja haiglaliikide lõikes ning HVA haiglates kokku.</p>



Invasiivse rinnavähiga patsientide osakaal, kes said postoperatiivset kiiritusravi rinnanäärmele pärast rinda säilitavat operatsiooni aastal 2017, 95% usaldusvahemikuga.

Invasiivse rinnavähiga patsientide osakaal, kes said postoperatiivset kiiritusravi rinnanäärmele pärast rinda säilitavat operatsiooni, 2017.

Haigla	Rinnavähiga patsiendid, kellele teostati rinda säilitav operatsioon	Rinnavähiga patsiendid, kes said postoperatiivset kiiritusravi pärast rinda säilitavat operatsiooni, arv	Rinnavähiga patsiendid, kes said postoperatiivset kiiritusravi pärast rinda säilitavat operatsiooni, osakaal	95% UV
Põhja-Eesti Regionaalhaigla	214	178	83%	78–88%
Tartu Ülikooli Kliinikum	126	115	91%	85–95%
Ida-Tallinna Keskhaigla	59	51	86%	75–93%
Kokku	399	344	86%	82–89%

Kolorektaalvähi indikaator 1: kolorektaalvähi diagnoosiga opereeritud patsientide postoperatiivne 30 päeva suremus

Sissejuhatus: Kolorektaalvähi tõttu opereeritud patsientide postoperatiivne 30-päeva suremus on klassikaline indikaator kirjeldamaks kirurgilise ravi kvaliteeti. Indikaator määratleb 30 päeva jooksul peale operatsiooni surnud patsientide arvu kindlaksmääratud patsientide kontingendil. 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. Eesti kehtestatud aktsepteeritavad väärtused 30-päeva postoperatiivsele suremusele on vastavalt <15% erakorraliste operatsioonide puhul ning <5% plaaniliste operatsioonide puhul.

Tulemuste analüüs. Aastal 2018 opereeriti Eesti haiglates 659 patsienti, kellel eemaldati kolorektaalvähi algkolle, (2017 ja 2016 aastal vastavalt 690 ja 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 2018 aastal oli 4% (2017 ja 2016 aastal 3%). Kuna üle 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 teostatud kolorektaalvähi patsientide 30-päeva postoperatiivne suremus oli 2018 aastal sarnaselt 2017 aastaga 5%. Lävendist kõrgemad suremuse näitajad olid Ida-Viru Keskhaiglas ja Pärnu Haiglas kus väikese lõikuste arvu juures (mõlemas haiglas vastavalt 5), oli tegemist 60% ja 20% 30-päeva postoperatiivse suremusega (vastavalt 3 patsienti ja 1 patsient). Neis haiglates opereeritud kümne patsiendi haigusjuhu detailsem analüüs annaks võimaluse täpsemateks järeldusteks.

Üldhaiglates opereeritud patsientide arv on varasemaga võrreldes kahanenud 9-le, mis moodustab vaid veidi üle 1% 2018-l aastal opereeritud patsientide koguarvust, kellel eemaldati kolorektaalvähi algkolle. Võrreldes 2017 ja 2016 aasta 0%-lise suremusega oli 2018-l üldhaiglates opereeritud patsientide suremus 33% (3 patsienti). Ka üldhaiglates opereeritud patsientide haigusjuhud vääriskid täpsemat süvenemist.

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 järgselt²

Rahvusvahelises kirjanduses on võrreldud ka 30-päeva suremust 90-päeva suremusega ning leitud, et viimane võib olla täpsem indikaator kuni 15%-l uuringus olnud haiglatest⁴ Kahtlused, et üldine 30-päeva suremuse langus maailmas on seotud nihkega 90-päeva suremuse suunas, pole vähemalt Rootsi soolevähiregistri andmete alusel siiski kinnitust leidnud³

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

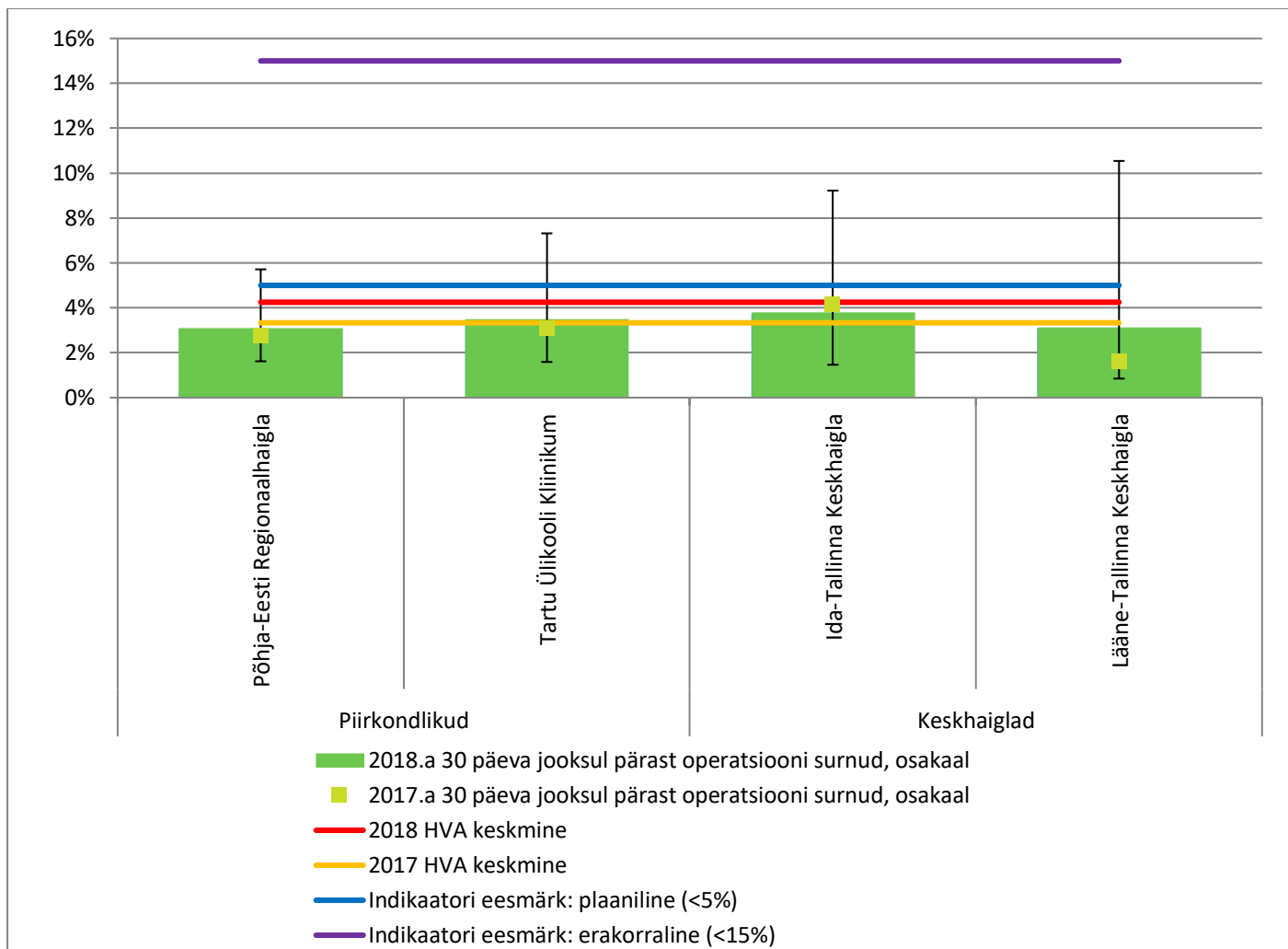
Kokkuvõtteks võib öelda, et Eestis opereeritud kolorektaalvähiga patsientide postoperatiivne 30-päeva suremus oli 2018 aastal indikaatori seatud lävendi (5%-15%) piirides. Jätakuvalt opereeritakse enamus kolorektaalvähiga patsiente piirkondlikes ning suurtesse keskhaiglates, mis tagab korralikud institutsionaalsed operatsioonimahud ja aktsepteeritavad ravitulemused.

Tulevikus peame tagama ravikvaliteedi indikaatorite jätkuva usaldusväärsuse. See eeldab pidevat andmete kvaliteedi parandamist. Suur samm selles suunas oleks erakorraliselt ning plaaniliselt opereeritud patsientide usaldusväärne eristamine. Jätakuvalt on oluline raviasutuste koostöö arendamine ühiste paikmepõhiste andmebaaside loomiseks

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

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

Andmed	<p><u>Periood:</u> arve algus 01.01.–31.12.2018 <u>Ravitüüp:</u> statsionaarne <u>Põhidiagnoos:</u> C18–C20 <u>Operatsiooni kuupäev</u> <u>Operatsiooni koodid:</u> JFB30 JFB31 JFB40 JFB41 JFB43 JFB44 JFB46 JFB47 JFB50 JFB51 JFB60 JFB61 JFB63 JFB64; JFH00 JFH01 JFH10 JFH11 JFH20 JFH30 JFH33 JFH40 JFH96; JGB00 JGB01 JGB10 JGB11 JGB20 JGB30 JGB31 JGB40 JGB60 JGB96 JGB97. 30 päeva (\leq 30 päeva operatsiooni kuupäevast) 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). <u>Surma kuupäev.</u> 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. 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 kolorektaalvähi diagnoosiga patsientide osakaal aastal 2018, 95% usaldusvahemikuga.

30 päeva jooksul pärast operatsiooni surnud kolorektaalvähi diagnoosiga patsientide osakaal, 2018.

Haigla	Statsionaarsel ravil opereeritud patsiendid, arv	30 päeva jooksul pärast operatsiooni surnud, arv	30 päeva jooksul pärast operatsiooni surnud, osakaal	95% UV
Põhja-Eesti Regionaalhaigla	294	9	3%	2–6%
Tartu Ülikooli Kliinikum	174	6	3%	2–7%
Piirkondlikud haiglad kokku	468	15	3%	2–5%
Ida-Tallinna Keskhaigla	107	4	4%	1–9%
Lääne-Tallinna Keskhaigla	65	2	3%	1–11%
Ida-Viru Keskhaigla	5	3	60%	23–88%
Pärnu Haigla	5	1	20%	4–62%
Keskhaiglad kokku	182	10	5%	3–10%
Lõuna-Eesti Haigla	2	0	-	-
Narva Haigla	1	0	-	-
Rakvere Haigla	1	1	100%	21–100%
Viljandi Haigla	5	2	40%	12–77%
Üldhaiglad kokku	9	3	33%	12–65%
Kokku	659	28	4%	3–6%

Eesnäärmevähi indikaator 2: radikaalse prostatektoomiaga seotud vereülekanne

Sissejuhatus. Radikaalse prostatektoomiaga seotud vereülekanne on üks olulistest eesnäärmevähi ravikvaliteedi indikaatoritest. Indikaator määratleb, kui suur osa patsientidest, kellele on teostatud eesnäärme radikaalse eemaldamise operatsioon, vajabid kas operatsiooni ajal või postoperatiivselt haiglasoleku aja jooksul vereülekanne. Indikaator võimaldab hinnata ravi kvaliteeti nii ühe kindla raviasutuse kui ka kogu riigi raviasutuste (piirkondlikud haiglad, keskhaiglad, üldhaiglad) kontekstis. Samuti on indikaator oluline rahvusvahelises ravikvaliteedi võrdluses. Perioperatiivset vereülekanne seostatakse onkoloogilises kirurgias vähi hilisema kõrgema retsidiiveerumise ja progressiooni riskiga ning vereülekanne saanud haigete madalama üldise elulemusega¹⁻⁵. Kõrgeenenud vereülekanne vajadus viitab kaudsel ka madalamale kirurgilise tehnika kvaliteedile. Samuti on olulised vereülekanne kaasnev infektsioonirisk ja vereülekanne läbiviimiseks kuluv rahaline ressurss. Indikaatori arvutuste aluseks oli perioodil 1.1.2018–31.12.2018 eesnäärmevähi diagnoosiga patsientidel teostatud radikaalse prostatektoomia operatsioonide arv ja opereeritud patsientidele teostatud vereülekanne arv. Andmed radikaalse operatsiooni kohta saadi kasutades NOMESCO koode KEC10 ja KEC00 ning Eesti Haigekassa raviteenuste koode 50318 ja 60303. Vereülekanne toimumise hindamiseks võeti aluseks kood TTL 4002.

Tulemuste interpretatsioon. 2018. aastal opereeriti Eesti haiglates kokku 390 patsienti, kellele eemaldati eesnäärme radikaalselt (2017. aastal vastavalt 394 patsienti). 63% kõigist operatsioonidest teostati kahes Eesti piirkondlikus haiglas (TÜK, PERH), 35% kahes keskhaiglas (ITK, LTKH) ja 2% ühes üldhaiglas (Rakvere Haigla). Piirkondlikes haiglates opereeriti 247 patsienti ja perioperatiivselt vereülekanne saanud patsientide osakaal oli 3% (2017. aastal samuti 3%). Keskhaiglates opereeriti kokku 135 patsienti ja vereülekanne saanud patsientide osakaal oli 6% (2017. aastal 5%). Rahvusvahelise kirjanduse andmetel saab lahtisel meetodil sooritatud radikaalse prostatektoomia korral perioperatiivset vereülekanne 4–14% patsientidest⁶. Mini-invasiivsetel meetoditel (laparoskoopiline, roboti kaasabil) teostatud operatsioonide puhul on vereülekanne vajadus ligi 6 korda väiksem⁷. Eestis tehakse üle poole operatsioonidest laparoskoopiliselt. Piirkondlikes ja keskhaiglates teostatavate operatsioonide puhul oli antud indikaatori kontekstis kvaliteet kahel järjestikusel võrreldud aastal (2017, 2018) hea ja seda ka rahvusvahelisel tasemel. Selgelt eristub korduvalt üldhaigla, kus väga väikese löikuste arvu juures (8 patsienti) said vereülekanne 75% patsientidest (2017. aastal 67%). Kas põhjus on patsientide selektsioonis, puudulikus kirurgilises tehnikas või vereülekanne kaasaegsete näidustuste eiramises on ennatlik öelda. Nende kaheksa haigusjuhu detailsem uurimine selgitaks kindlasti täpsemalt ülisagedase vereülekanne teostamise tagamaid.

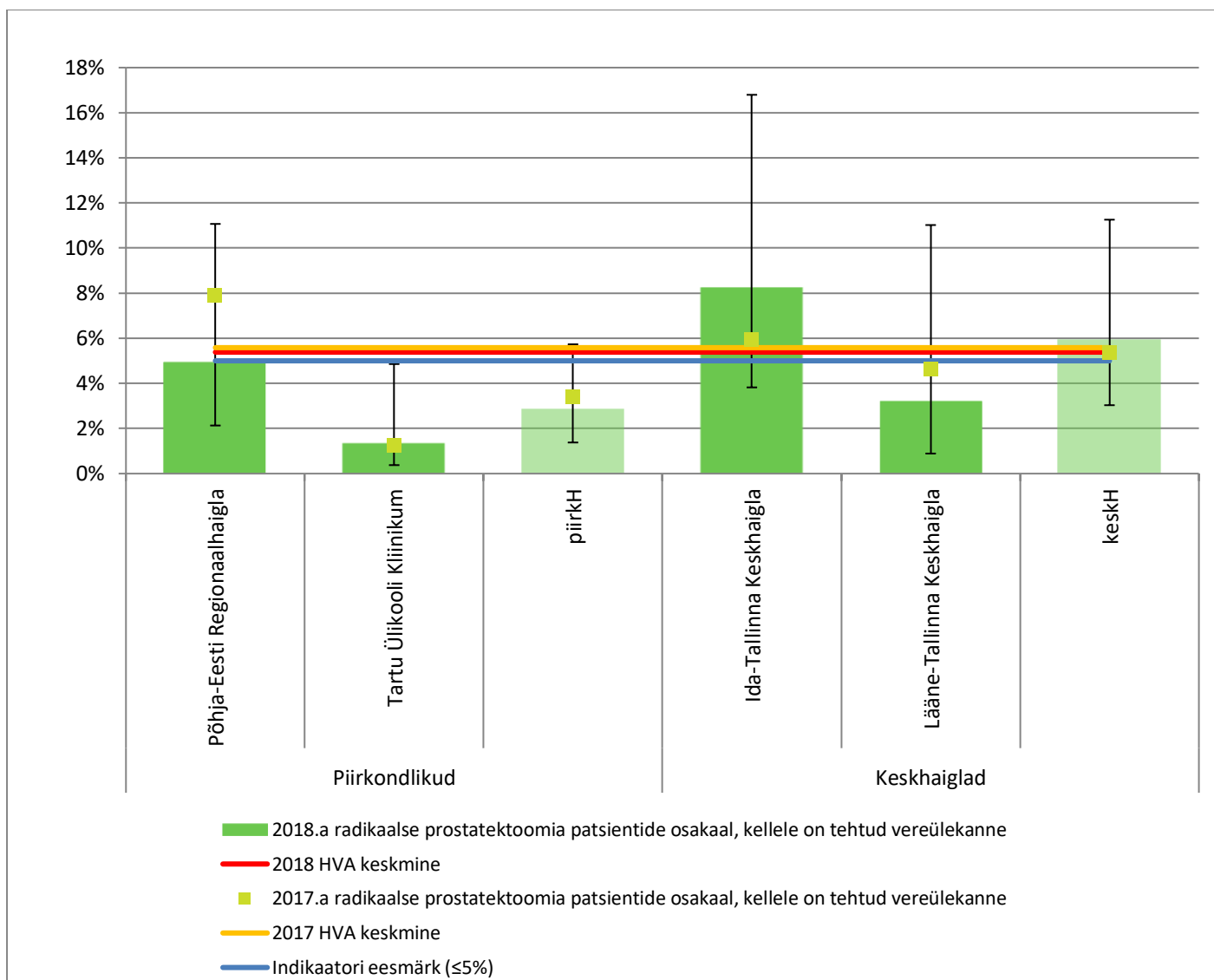
Limitatsioonid Ravikvaliteedi seisukohast on antud indikaatorit kindlasti õige hinnata komplekselt koos teiste eesnäärmevähi kirurgilist ravi puudutavate indikaatoritega nagu kasvavajabad operatsioonipiirid, postoperatiivne uriinipidamise- ja erektsioonivõime. Vereülekanne vältimine on oluline, kuid ei ole kindlasti ainus seotud eesmärk operatsioonil.

Kokkuvõte. Analüüsist tuleb selgelt välja eesnäärmevähiga patsientide operatsioonide kontsentreerimise vajalikkus piirkondlikesse haiglatesse ja soovitatavalt ühte suuremasse keskhaiglasse, mis tagaks piisavad institutsionaalsed operatsioonimahud ja aktsepteeritavad ravitulemused.

Andres Kotsar, SA Tartu Ülikooli Kliinikum, juhatuse liige, ravijuht; Eesti Uroloogide Selts, juhatuse esimees

EESNÄÄRMEVÄHI INDIKAATOR 2: RADIKAALSE PROSTATEKTOOMIAGA SEOTUD VEREÜLEKANNE

Andmed	<p><u>Periood:</u> arve algus 01.01.–31.12.2018 <u>Ravitüüp:</u> statsionaarne <u>Põhidiagnoos:</u> C61 <u>Operatsiooni kood:</u> NCSP KEC10, KEC00; TTL 50318, 60303 <u>Vereülekanne:</u> TTL 4002 Eesmärk: ≤5%</p> <p>Indikaatori täpsem kirjeldus on kättesaadav haigekassa kodulehel.</p>
Selgitus	<p>Indikaator kirjeldab radikaalse prostatektoomia operatsiooni läbinud patsientide osakaalu, kellele tehti vereülekanne.</p> <p>Joonisel on esitatud radikaalse prostatektoomia operatsiooni läbinud patsientide osakaal (koos usaldusvahemikega), kellele tehti vereülekanne, haiglate ja haiglaliikide lõikes ning HVA haiglates kokku.</p>



Radikaalse prostatektoomia operatsiooni läbinud patsientide osakaal, kellele tehti vereülekanne aastal 2018, 95% usaldusvahemikuga.

Radikaalse prostatektoomia operatsiooni läbinud patsientide osakaal, kellele tehti vereülekanne, 2018.

Haigla	Radikaalse prostatektoomia patsiendid, arv	Radikaalse prostatektoomia patsiendid, kellele tehti vereülekanne, arv	Radikaalse prostatektoomia patsiendid, kellele tehti vereülekanne, osakaal	95% UV
Põhja-Eesti Regionaalhaigla	101	5	5%	2–11%
Tartu Ülikooli Kliinikum	146	2	1%	0–5%
Piirkondlikud haiglad kokku	247	7	3%	1–6%
Ida-Tallinna Keskhaigla	73	6	8%	4–17%
Lääne-Tallinna Keskhaigla	62	2	3%	1–11%
Keskhaiglad kokku	135	8	6%	3–11%
Rakvere Haigla	8	6	75%	41–93%
Üldhaiglad kokku	8	6	75%	41–93%
Kokku	390	21	5%	4–8%

PSÜHHIAATRIA INDIKAATORID

Psühhiaatria indikaator 1: skisofreeniahaigete suitsiidid esimese diagnoosiaasta jooksul

Sissejuhatus. Suitsiidi eluaegne esinemissagedus skisofreeniahaigetel on umbes 10 korda kõrgem kui üldpopulatsioonis. Suitsiidirisk on eriti kõrge esmase haigusepisoodiga patsientide hulgas ja aja jooksul edaspidi väheneb.

Tulemuste tõlgendus. Esimese diagnoosiaasta risk 0,4% vastab parimatele vastavatele rahvusvahelistele näitajatele, mis ei ole aasta jooksul oluliselt muutunud. Psühhiaatrilise eriarstiabi ja esmatasandi vaimse tervise käsitlemise tõhustamisega on võimalik seda arvu vähendada.

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

Kokkuvõte. Suitsiidide esinemissagedus 0,4% esimesel diagnoosiaastal on võrreldav parimate vastavate rahvusvaheliste näitajatega. Arvestades psühhiaatrilise abi kättesaadavuse problemaatilisust Eestis on see hea tulemus.

Peeter Jaanson, Eesti Psühhiaatrite Selts

Sven Janno, SA Tartu Ülikooli Kliinikum psühhiaatria kliiniku juhataja

PSÜHHIAATRIA INDIKAATOR 1: SKISOFREENIAHAIGETE SUITSIIDID ESIMESE DIAGNOOSIAASTA JOOKSUL

<p>Andmed</p>	<p><u>Period</u>: arve algus 01.01.–31.12.2018 <u>Ravitüüp</u>: statsionaarne <u>Põhidiagnoos</u>: esmane F20–F29 Surma kuupäev</p> <p>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>Selgitus</p>	<p>Indikaator kirjeldab esimese aasta jooksul peale diagnoosi saamist suitsiidi sooritanud patsientide hulka.</p>

Esimese aasta jooksul pärast diagnoosi saamist suitsiidi sooritanud patsientide hulk, 2017.

Esmase F20-F29.9 diagnoosi saanud patsientide arv	Skisofreeniahaigete surmad esimese aasta jooksul (2017–2018) peale diagnoosi saamist, arv	Skisofreeniahaigete surmad esimese aasta jooksul (2017–2018) peale diagnoosi saamist, osakaal	Esmase F20-F29.9 diagnoosi saanute suitsiidid esimese aasta jooksul peale diagnoosi saamist, arv	Esmase F20-F29.9 diagnoosi saanute suitsiidid esimese aasta jooksul peale diagnoosi saamist, osakaal	95% UV
463	30	6%	2	0,4%	0,1–1,6%

Psühhiaatria indikaator 2: skisofreenia spektri psüühikahäiretega inimeste hõivatus tööga

Sissejuhatus. Erinevatel andmetel on skisofreeniahaigete seas töötute määr kõrge: 70–90%. Töötust seostatakse skisofreenia puhul vähenenud elukvaliteedi, töötamist aga kõrgema elukvaliteediga, parema tulemusega sotsiaalses toimimises, sümptomite raskuses.

Tulemuste interpretatsioon. Tegemist on ravitulemuse indikaatoriga, mis peegeldab patsientide olulist osa nende elukvaliteedist. Maksu- ja tolliameti ning haigekassa raviarvete andmebaasi võrdlemisel leiti, et skisofreenia spektri häirega patsientidest on 2018. a kas osaliselt või kogu aasta vältel töötanud 28% patsientidest. Neist koguni 61% töötas pidevalt aasta vältel. Võrrelduna 2017. aastaga suurenesid mõlemad tulemused 1–2%.

Maakondlikud erinevused olid suhteliselt väikesed, rohkem patsiente oli hõivatud tööga Harju ja Tartu maakondades. Ülejäänud maakondade vahel on erinevused minimaalsed kõikumisega 20–25%. Arvestades, et kirjanduse andmetel on töötuse määr skisofreenia patsientide hulgas 70–90% siis võib esialgset tulemuse suurenemist 27% (2017) 28%-ni (2018) pidada heaks. Aastaläbi hõivatute hulk suurenes isegi rohkem 59%-lt 61%-ni.

Limitatsioonid. Võimalik, et antud metoodikaga ei ole kaasatud kõik skisofreeniahaiged, kuigi viie aasta jooksul vähemalt korra vastuvõtule pöördunute osakaal (0,92%) vastab epidemioloogiliste uuringute tulemustele. Antud indikaator hindab lisaks meditsiinisüsteemile tööturu olukorda erinevates maakondades (näiteks Harju ja Tartu keskmisest kõrgem tööhõive) aga tõenäoliselt ka sotsiaalsüsteemi erinevusi (Saare ja Hiiu erinevus vähenes).

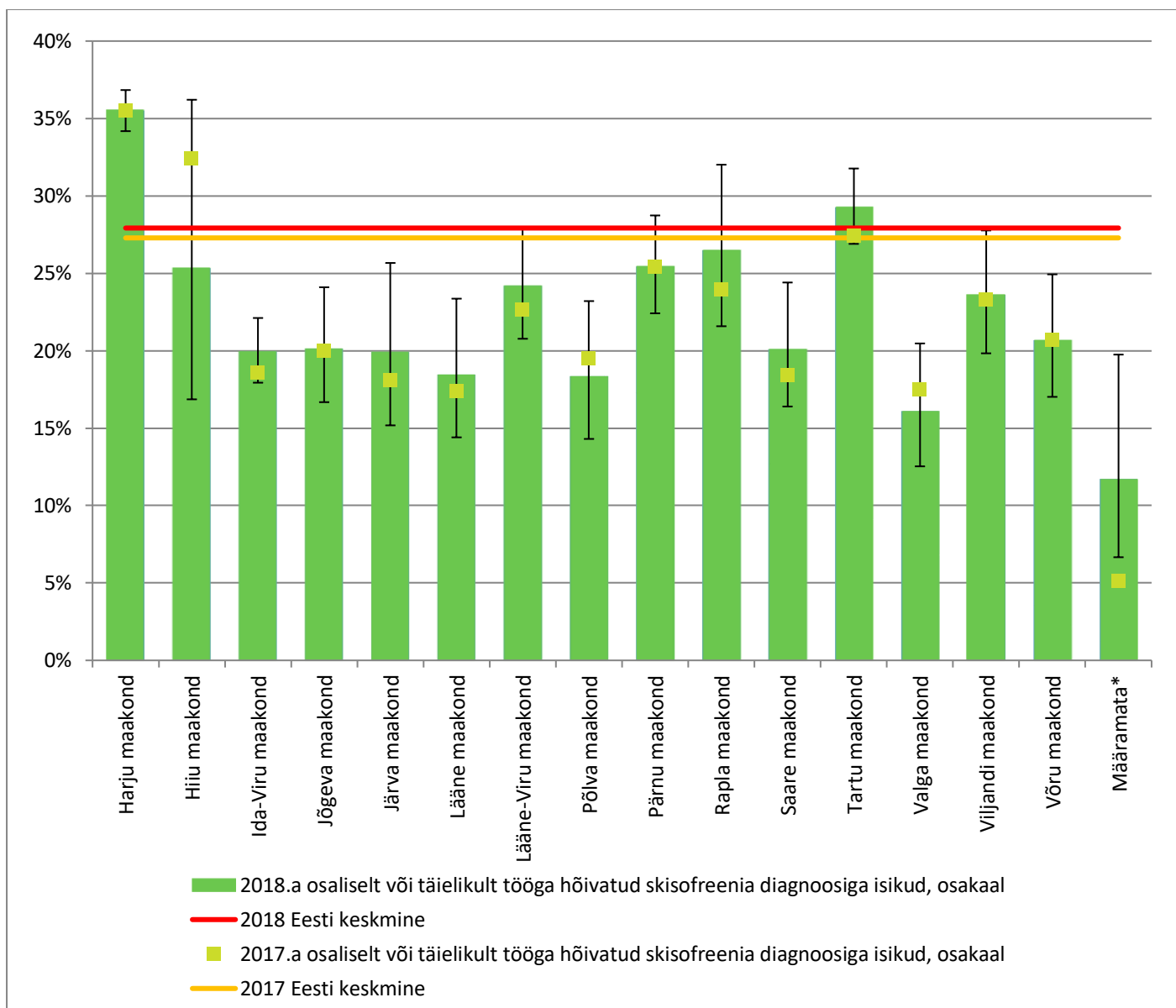
Kokkuvõte. Skisofreenia spektri patsientide hõivatus tööga Maksu-ja tolliameti andmete põhjal 2018. a oli 28%, kellest 61% töötas kogu aasta vältel. Antud tulemus on hea.

Peeter Jaanson, Eesti Psühhiaatrite Selts

Sven Janno, SA Tartu Ülikooli Kliinikum psühhiaatria kliiniku juhataja

PSÜHHIAATRIA INDIKAATOR 2: SKISOFREENIA SPEKTRI PSÜHIKAHÄIRETEGA INIMESTE HÕIVATUS TÖÖGA

Andmed	<p><u>Periood</u>: arve algus 01.01.–31.12.2018 <u>Põhidiagnoos</u>: F20–F29 <u>Statsionaarne ravi</u>: 2065, 2058, 2060 <u>Psühhiaatriline raviteenus</u>: 3004, 3031, 3032, 3033, 3100, 3015, 7617, 7626, 7627 <u>Ravikindlustuse aasta</u>: 01.01.–31.12.2017 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 Skisofreenia diagnoosiga isikud, kes said psühhiaatrilist raviteenust 2017. aasta jooksul on välja võetud haigekassa raviarvete andmebaasi põhjal. Antud isikute osaline või täielik tööga hõivatus on teada saadud läbi haigekassa ravikindlustuse andmebaasi.</p> <p>Indikaatori täpsem kirjeldus on kättesaadav haigekassa kodulehel.</p>
Selgitus	<p>Skisofreenia spektri psüühikahäirega inimeste hõivatus tööga.</p> <p>Joonisel on esitatud skisofreenia diagnoosiga isikute osakaal (koos usaldusvahemikega), kes olid 2018. aastal osaliselt või täielikult tööga hõivatud maakondade lõikes.</p>



Skisofreenia diagnoosiga isikute osakaal, kes olid osaliselt või täielikult tööga hõivatud, maakondade lõikes aastal 2018, 95% usaldusvahemikuga.

Vahemikus 2014–2018 skisofreenia diagnoosi saanud isikute osakaal, kes olid osaliselt või täielikult tööga hõivatud, maakondade lõikes, 2018.

Isiku elukoha maakond andmete väljavõtmise hetkel	Skisofreenia diagnoosiga patsiendid, kes said 2014–2018 vahemikus psühhiaatrilist raviteenust (TTL 2065, 2058, 2060, 3004, 3031, 3032, 3033, 3100, 3015, 7617, 7626, 7627)	Osaliselt või täielikult tööga hõivatud skisofreenia diagnoosiga isikud, arv	Osaliselt või täielikult tööga hõivatud skisofreenia diagnoosiga isikud, osakaal	95% UV
Harju maakond	4989	1771	35%	34–37%
Hiiu maakond	75	19	25%	17–36%
Ida-Viru maakond	1404	280	20%	18–22%
Jõgeva maakond	447	90	20%	17–24%
Järva maakond	221	44	20%	15–26%
Lääne maakond	287	53	18%	14–23%
Lääne-Viru maakond	546	132	24%	21–28%
Põlva maakond	289	53	18%	14–23%
Pärnu maakond	727	185	25%	22–29%
Rapla maakond	272	72	26%	22–32%
Saare maakond	383	77	20%	16–24%
Tartu maakond	1339	392	29%	27–32%
Valga maakond	329	53	16%	13–20%
Viljandi maakond	437	103	24%	20–28%
Võru maakond	401	83	21%	17–25%
Määramata*	94	11	12%	7–20%
Kokku	12 240	3 418	28%	27–29%

*Isiku elukoht on määramata (sh välismaalased).

Tabel 2. Isiku elukoha maakond andmete väljavõtmise hetkel, 2018.

Isiku elukoha maakond andmete väljavõtmise hetkel	Osaliselt või täielikult ravikindlustatud isikud, arv	12 kuud ravikindlustatud	12 kuud ravikindlustatud isikud, osakaal	4–6 kuud ravikindlustatud	4–6 kuud ravikindlustatud isikud, osakaal	1–3 kuud ravikindlustatud	1–3 kuud ravikindlustatud isikud, osakaal
Harju maakond	1771	1113	63%	188	11%	164	9%
Hiiu maakond	19	13	68%	2	11%	1	5%
Ida-Viru maakond	280	150	54%	30	11%	56	20%
Jõgeva maakond	90	59	66%	6	7%	13	14%
Järva maakond	44	21	48%	6	14%	6	14%
Lääne maakond	53	38	72%	4	8%	3	6%
Lääne-Viru maakond	132	78	59%	16	12%	14	11%
Põlva maakond	53	34	64%	7	13%	4	8%
Pärnu maakond	185	100	54%	19	10%	22	12%
Rapla maakond	72	43	60%	4	6%	9	13%
Saare maakond	77	46	60%	14	18%	5	6%
Tartu maakond	392	243	62%	38	10%	49	13%
Valga maakond	53	27	51%	8	15%	8	15%
Viljandi maakond	103	66	64%	14	14%	11	11%
Võru maakond	83	52	63%	12	14%	8	10%
Määramata*	11	2	18%	2	18%	3	27%
Kokku	3 418	2 085	61%	370	11%	376	11%

Psühhiaatria indikaator 3: 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 ravisoostumuse ja vähenenud rehospitalseerimistega psüühilise seisundi halvenemise tõttu. Pärast hospitaliseerimist on ravimeeskonna toetus eriti oluline, sest peale haigestumist ägedasse psühhoosi käivituvad erinevad negatiivsed psühholoogilised protsessid (frustratsioon, raskused tagasi lülitumisel perre ja tööprotsessi) ning hospitaliseerimise järgselt suureneb oluliselt suitsiidkatsete risk.

Tulemuste tõlgendus. Tegemist on protsessi indikaatoriga, mis näitab kui tõhus on patsiendi kaasatus ravi protsessi erinevate ravi etappide vahel. Rootsis hinnatakse 90 päeva jooksul vastuvõtule saamist ja seal oli see 2010. aastal 95%, USA parimates praktikates 57% 7 päeva jooksul. Keskmine tulemus on aastaga paranenud 41%-lt 45%-ni enamike akuutraviga tegelevate haiglate lõikes. Võttes arvesse, et ca neljandik esmase diagnoosiga patsientidest loobub ravist, võiks eesmärgiks olla, et 75% patsientidest tuleb esimese 30 päeva jooksul ambulatoorsele vastuvõtule.

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

Kokkuvõte. Esimese diagnoosiaasta skisofreenia patsientide kaasamine ravi protsessi esimese kuu jooksul peale statsionaarset ravi paranes 4%, kuid tulemuse parandamiseks on vajalik jätkuvalt kõigi teenuseosutajate jõupingutus.

Peeter Jaanson, Eesti Psühhiaatrite Selts

Sven Janno, SA Tartu Ülikooli Kliinikum psühhiaatria kliiniku juhataja

PSÜHHIAATRIA INDIKAATOR 3: ESMASE SKISOFREENIAHAIGE ESIMENE AMBULATOORNE VISIIT 30 PÄEVA PÄRAST HAIGLARAVI

Andmed

Periood: arve algus 01.01.–31.12.2018
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: 01.01.2018–31.01.2019

Arvestuse algus: isiku aasta kõige esimese esmase põhidiagnoosiga raviarve lõpust teenuse saamine 30 päeva jooksul.

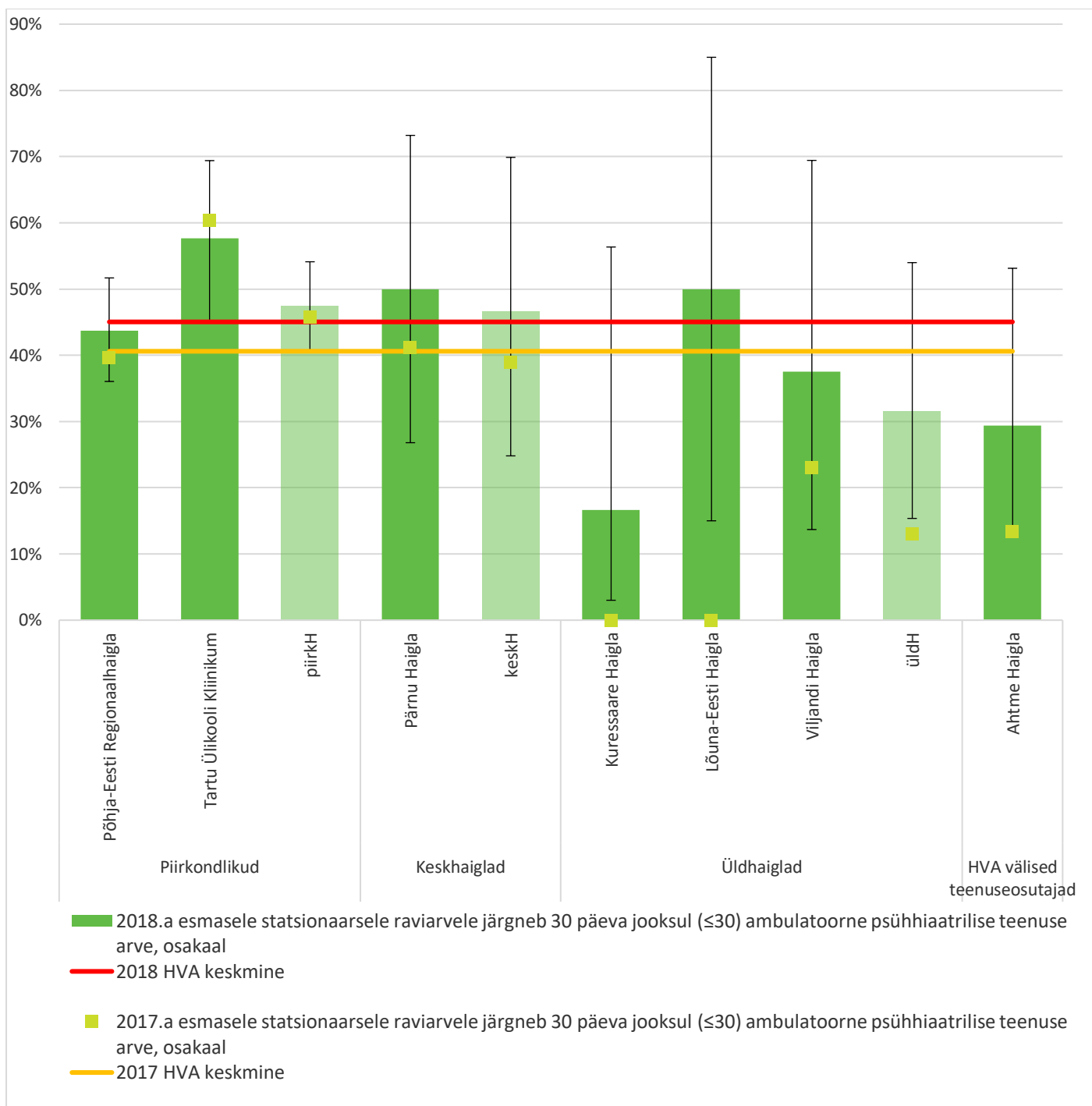
Esmase diagnoosiga patsient – raviarvel märge põhidiagnoos "+" ehk esmane ja isikutele tehtud täiendav kontroll eelnevate aastatega, et ei oleks varasemalt (indikaatori aastale eelnenud aastatel (al. 2004.a.)) samuti põhidiagnoosiga F20–F29 raviarvet.

Indikaatori täpsem kirjeldus on kättesaadav haigekassa [kodulehel](#).

Selgitus

Esmase skisofreenia diagnoosiga patsientide, kes on 30 päeva jooksul pärast haiglaravi pöördunud ambulatoorsele visiidile.

Joonisel on esitatud isikute osakaal (koos usaldusvahemikega), kes pöördusid 30 päeva pärast haiglaravi ambulatoorsele visiidile.



Esmase skisofreenia diagnoosiga isikud, kes pöördusid 30 päeva pärast haiglaravi ambulatoorsele visiidile aastal 2018, 95% usaldusvahemikuga.

Esmase skisofreenia diagnoosiga isikud, kes pöördusid 30 päeva pärast haiglaravi ambulatoorsele visiidile, 2018.

Haigla	Esmase skisofreenia diagnoosiga isikute statsionaarsete ravijuhtude arv	30 päeva pärast haiglaravi ambulatoorsele visiidile pöördunute arv	30 päeva pärast haiglaravi ambulatoorsele visiidile pöördunute osakaal	95% UV
Põhja-Eesti Regionaalhaigla	151	66	44%	36–52%
Tallinna Lastehaigla	1	0	-	-
Tartu Ülikooli Kliinikum	59	34	58%	45–69%
Piirkondlikud haiglad kokku	211	100	47%	41–54%
Ida-Tallinna Keskhaigla	1	0	-	-
Pärnu Haigla	14	7	50%	27–73%
Keskhaiglad kokku	15	7	47%	25–70%
Kuressaare Haigla	6	1	17%	3–56%
Lõuna-Eesti Haigla	4	2	50%	15–85%
Raplamaa Haigla	1	0	-	-
Viljandi Haigla	8	3	38%	14–69%
Üldhaiglad kokku	19	6	32%	15–54%
Ahtme Haigla	17	5	29%	13–53%
HVA välised teenuseosutajad	17	5	29%	13–53%
Kokku	262	118	45%	39–51%

Psühhiaatria indikaator 4: skisofreeniahaiged, kes kasutavad antipsühhootilist ravi haiglaväliselt

Sissejuhatus. Antipsühhootikumide järjepidev kasutamine on kriitilise tähtsusega skisofreenia ägenemise ärahoidmisel. On leitud, et ravist loobumisel on haiguse ägenemise risk kuu aja jooksul 11%, kuid ravi järgimisel 3,5%. Halb ravisoostumus võib skisofreenia patsientidel tuua kaasa haiguse ägenemise, haiglaravi vajaduse ning üldise elukvaliteedi languse ja suitsiidiriski suurenemise.

Tulemuste interpretatsioon. Tegemist on protsessi indikaatoriga, mis näitab kui tõhus on patsiendi antipsühhootiline toetusravi haiglaväliselt. Retseptide alusel määrati 75% patsientidele antipsühhootiline ravi vähemalt üle 8 kuu aastas. Võrreldes eelmise aastaga ostis 1% vähem st 67% patsientidest ravimi välja. Kahe aasta põhjal ravisoostumuse halvenemist hinnata oleks ennatlik. Antud tulemus vajab pikemaajalist jälgimist. Teise osa toetusravi ehk nn teenusepõhise depooravi osakaal suurenes 2%-lt 3%-ni, mis oleks selle tendentsi jätkudes hea tulemus. 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 too 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 saab ca 70% patsientidest, mis on võrreldav eelmise aasta tulemusega. Depooravi kasutamisel on võimalikuks lisakontingendiks ülejäänud 30% pöördunud patsientidest, kes ei osta neile määratud toetusravi retsepte välja ja ei tarvita antipsühhootilist toetusravi.

Peeter Jaanson, Eesti Psühhiaatrite Selts

Sven Janno, SA Tartu Ülikooli Kliinikum psühhiaatria kliiniku juhataja

PSÜHHIAATRIA INDIKAATOR 4: SKISOFREENIAHAIGED, KES KASUTAVAD ANTIPSÜHHOOTILIST RAVI HAIGLAVÄLISELT

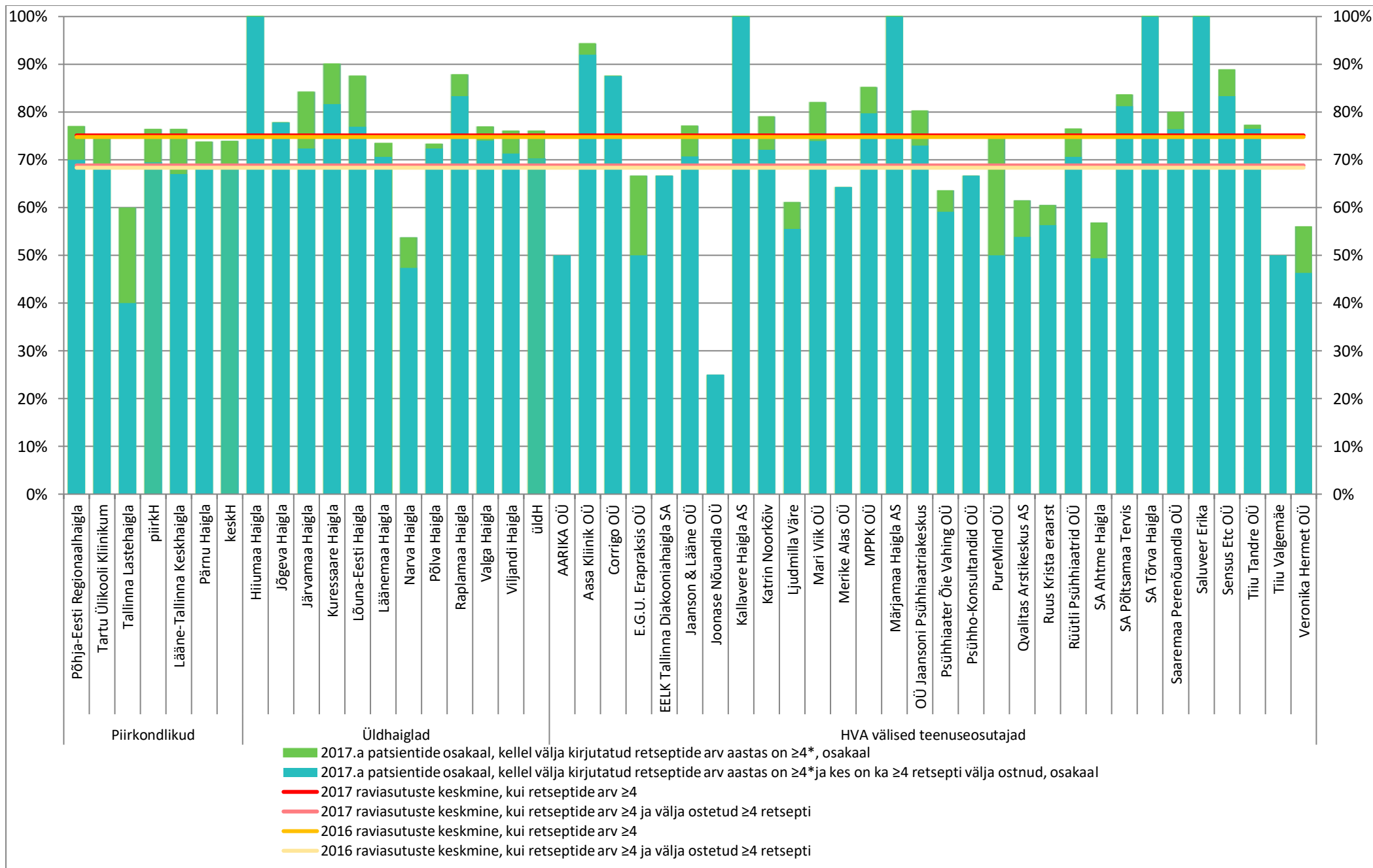
Andmed	<p><u>Periood:</u> arve algus 01.01.–31.12.2017 <u>Põhidiagnoos:</u> F20–F29 <u>Psühhiaatriline raviteenus:</u> psühhiaater: 3004, 3031, 3032, 3033, 3100; vaimse tervise õde: 3015. Statsionaarne ravi: 2065, 2058, 2060</p> <p><u>Antipsühhootilise toetusravi raviarve algus:</u> 01.01.2017–31.12.2017 Ravi süstitava tüüpilise antipsühhootikumi depoovormiga, 4–nädalane ravikuur (TTL 219R) vähemalt kaheksa korda. Ravi süstitava atüüpilise antipsühhootikumi depoovormiga, 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. 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. Skisofreenia diagnoosiga patsiendid, kellele on välja kirjutatud ja kes kasutavad haiglaväliselt antipsühhootilist toetusravi vähemalt kaheksa korda, 2017.

Haigla	Patsientide arv aasta esimese psühhiaatrilise raviteenuse osutajaga	Patsiendid, kellel aasta teenuste kordade arv on $\geq 8^*$, arv	Patsiendid, kellel aasta teenuste kordade arv on $\geq 8^*$, osakaal	95% UV
Põhja-Eesti Regionaalhaigla	3330	100	3%	2–4%
Tartu Ülikooli Kliinikum	1147	48	4%	3–6%
Tallinna Lastehaigla	5	0	-	-
Piirkondlikud haiglad kokku	4482	148	3%	3–4%
Ida-Tallinna Keskhaigla	2	0	-	-
Lääne-Tallinna Keskhaigla	106	0	-	-
Pärnu Haigla	434	37	9%	6–12%
Keskhaiglad kokku	542	37	7%	5–9%
Hiumaa Haigla	1	0	-	-
Jõgeva Haigla	9	0	-	-
Järvamaa Haigla	76	0	-	-
Kuressaare Haigla	131	7	5%	3–11%
Lõuna-Eesti Haigla	152	10	7%	4–12%
Läänemaa Haigla	143	0	-	-
Narva Haigla	249	1	0%	0-2%
Põlva Haigla	105	0	-	-
Raplamaa Haigla	156	0	-	-
Valga Haigla	104	1	1%	0–5%
Viljandi Haigla	342	0	-	-
Üldhaiglad kokku	1468	19	1%	1–2%
Kokku	6492	204	3%	3–4%
AARIKA OÜ	10	0	-	-
Aasa Kliinik OÜ	88	0	-	-
Corrigo OÜ	48	0	-	-
E.G.U. Erapraksis OÜ	6	0	-	-
EELK Tallinna Diakooniahaigla SA	3	0	-	-
Jaanson & Lääne OÜ	280	1	-	-
Joonase Nõuandla OÜ	4	0	-	-
Kallavere Haigla AS	1	0	-	-
Katrin Noorkõiv	43	0	-	-
Ljudmilla Väre	18	0	-	-
Mari Viik OÜ	161	0	-	-
Medicum AS	1	0	-	-
Merike Alas OÜ	14	0	-	-
MPPK OÜ	74	0	-	-
Märjamaa Haigla AS	1	0	-	-
OÜ Ambromed Grupp	7	0	-	-
OÜ Jaanson Psühhiaatriakeskus	152	4	3%	1–7%
Psühhiaater Õie Vahing OÜ	66	1	2%	0–8%
Psühho-Konsultandid OÜ	3	0	-	-
PureMind OÜ	8	0	-	-
Qvalitas Arstikeskus AS	26	0	-	-

Haigla	Patsientide arv aasta esimese psühhiaatrilise raviteenuse osutajaga	Patsiendid, kellel aasta teenuste kordade arv on $\geq 8^*$, arv	Patsiendid, kellel aasta teenuste kordade arv on $\geq 8^*$, osakaal	95% UV
Ruus Krista eraarst	71	1	1%	0–8%
Rüütli Psühhiaatrid OÜ	17	0	-	-
SA Ahtme Haigla	559	0	-	-
SA Elva Haigla TM	1	0	-	-
SA Põltsamaa Tervis	165	2	1%	0–4%
SA Tõrva Haigla	1	0	-	-
Saaremaa Perenõuandla OÜ	165	0	-	-
Saluveer Erika	1	0	-	-
Sensus Etc OÜ	18	2	11%	3–33%
Tiiu Tandre OÜ	119	0	-	-
Tiiu Valgemäe	4	0	-	-
Veronika Hermet OÜ	41	0	-	-
HVA välised teenuseosutajad	2176	11	1%	0–1%
Kokku	8668	215	2%	2–3%

*Teenused osutati 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, 2017.

Tabel 2. Patsientide osakaal, kellele on välja kirjutatud ja välja ostetud antipsühhootilist toetusravi vähemalt 4 retsepti, 2017.

Haigla	Patsientide arv aasta esimese psühhiaatrilise raviteenuse osutajaga	Patsiendid, kellele välja kirjutatud aastas $\geq 4^*$ retsepti, arv	Patsiendid, kellele välja kirjutatud aastas $\geq 4^*$ retsepti, osakaal	Patsiendid, kellele välja kirjutatud retseptide arv aastas on $\geq 4^*$ ja kes on ka ≥ 4 retsepti välja ostnud, arv	Patsiendid, kellele välja kirjutatud retseptide arv aastas on $\geq 4^*$ ja kes on ka ≥ 4 retsepti välja ostnud, osakaal
Põhja-Eesti Regionaalhaigla	3330	2566	77%	2331	70%
Tartu Ülikooli Kliinikum	1147	854	74%	782	68%
Tallinna Lastehaigla	5	3	60%	2	40%
Piirkondlikud haiglad kokku	4482	3423	76%	3115	70%
Ida-Tallinna Keskhaigla	2	0	-	0	-
Lääne-Tallinna Keskhaigla	106	81	76%	71	67%
Pärnu Haigla	434	320	74%	298	69%
Keskhaiglad kokku	542	401	74%	369	68%
Hiiumaa Haigla	1	1	100%	1	100%
Jõgeva Haigla	9	7	78%	7	78%
Järvamaa Haigla	76	64	84%	55	72%
Kuressaare Haigla	131	118	90%	107	82%
Lõuna-Eesti Haigla	152	133	88%	117	77%
Läänemaa Haigla	143	105	73%	101	71%
Narva Haigla	249	134	54%	118	47%
Põlva Haigla	105	77	73%	76	72%
Raplamaa Haigla	156	137	88%	130	83%
Valga Haigla	104	80	77%	77	74%
Viljandi Haigla	342	260	76%	244	71%
Üldhaiglad kokku	1468	1116	76%	1033	70%
Kokku	6492	4940	76%	4517	70%
AARIKA OÜ	10	5	50%	5	50%
Aasa Kliinik OÜ	88	83	94%	81	92%
Corrigo OÜ	48	42	88%	42	88%
E.G.U. Erapraksis OÜ	6	4	67%	3	50%
EELK Tallinna Diakooniahaigla SA	3	2	67%	2	67%
Jaanson & Lääne OÜ	280	216	77%	198	71%
Joonase Nõuandla OÜ	4	1	25%	1	25%
Kallavere Haigla AS	1	1	100%	1	100%
Katrin Noorkõiv	43	34	79%	31	72%
Ljudmilla Väre	18	11	61%	10	56%
Mari Viik OÜ	161	132	82%	119	74%
Medicum AS	1	0	-	0	-
Merike Alas OÜ	14	9	64%	9	64%
MPPK OÜ	74	63	85%	59	80%
Märjamaa Haigla AS	1	1	100%	1	100%
OÜ Ambromed Grupp	7	0	-	0	-
OÜ Jaasoni Psühhiaatriakeskus	152	122	80%	111	73%

Haigla	Patsientide arv aasta esimese psühhiaatrilise raviteenuse osutajaga	Patsiendid, kellele välja kirjutatud aastas $\geq 4^*$ retsepti, arv	Patsiendid, kellele välja kirjutatud aastas $\geq 4^*$ retsepti, osakaal	Patsiendid, kellele välja kirjutatud retseptide arv aastas on $\geq 4^*$ ja kes on ka ≥ 4 retsepti välja ostnud, arv	Patsiendid, kellele välja kirjutatud retseptide arv aastas on $\geq 4^*$ ja kes on ka ≥ 4 retsepti välja ostnud, osakaal
Psühhiaater Õie Vahing OÜ	66	42	64%	39	59%
Psühho-Konsultandid OÜ	3	2	67%	2	67%
PureMind OÜ	8	6	75%	4	50%
Qualitas Arstikeskus AS	26	16	62%	14	54%
Ruus Krista eraarst	71	43	61%	40	56%
Rüütli Psühhiaatrid OÜ	17	13	76%	12	71%
SA Ahtme Haigla	559	318	57%	276	49%
SA Elva Haigla TM	1	0	-	0	-
SA Põltsamaa Tervis	165	138	84%	134	81%
SA Tõrva Haigla	1	1	100%	1	100%
Saaremaa Perenõuandla OÜ	165	132	80%	126	76%
Saluveer Erika	1	1	100%	1	100%
Sensus Etc OÜ	18	16	89%	15	83%
Tiiu Tandre OÜ	119	92	77%	91	76%
Tiiu Valgemäe	4	2	50%	2	50%
Veronika Hermet OÜ	41	23	56%	19	46%
HVA välised teenuseosutajad kokku	2176	1571	72%	1449	67%
Kokku	8668	6511	75%	5966	69%

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

Psühhiaatria indikaator 5: esmase skisofreeniahaige pere kaasamine raviprotsessi esimese 12 kuu jooksul

Sissejuhatus. Esmase psühhoozi patsiendi ravi tulemuslikkuse seisukohalt on tähtis patsiendi nõusolekul pere kaasamine raviprotsessi. Uuringud näitavad, et perede kaasamine aitab vähendada rehospitalseerimise riski ning samuti sümptomite raskust. Perekonda kaasavad sekkumised peaksid toimuma vähemalt 3-12 kuu jooksul. USA-s on vastav näitaja 17% parimates integreeritud praktikates.

Tulemuste tõlgendus. Tegemist on protsessi indikaatoriga, mis näitab, kui tõhus on patsiendi pere kaasatus raviprotsessi. Pereteraapia kättesaadavus esmase psühhoozi patsientidele oli 2017 aastal vähene, piirdudes enamuses juhtudest vaid piirkondlike haiglatega, kus kaasatus oli 8%. Käesoleval aastal on pereteraapiasse hõivatute protsent vähenenud 5-lt 3-le. Ilmselt on protsessis suurimaks probleemiks kliiniliste psühholoogide väljaõppe rahastamine ja töökorraldus eeskätt akuutravi pakkuvates haiglates.

SA PERH psühhiaatrikliinikus on alternatiivina pereteraapiale kasutatud meeskonnatööd. Neljal või enamal korral PERHis meeskonnatööd või pereteraapiat saanud patsientide hulk oli 3% (6 patsienti 217), mis oluliselt ei muuda antud raviasutuse tulemust. Samas ei hõlma meeskonnatöö kõiki pereteraapia elemente ja ei ole otstarbekas kasutada meeskonnatööd pereteraapia asemel. Seega esitame pereteraapia kasutuse esimese psühhooziaasta patsientidel struktureeritud pereteraapia põhjal.

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

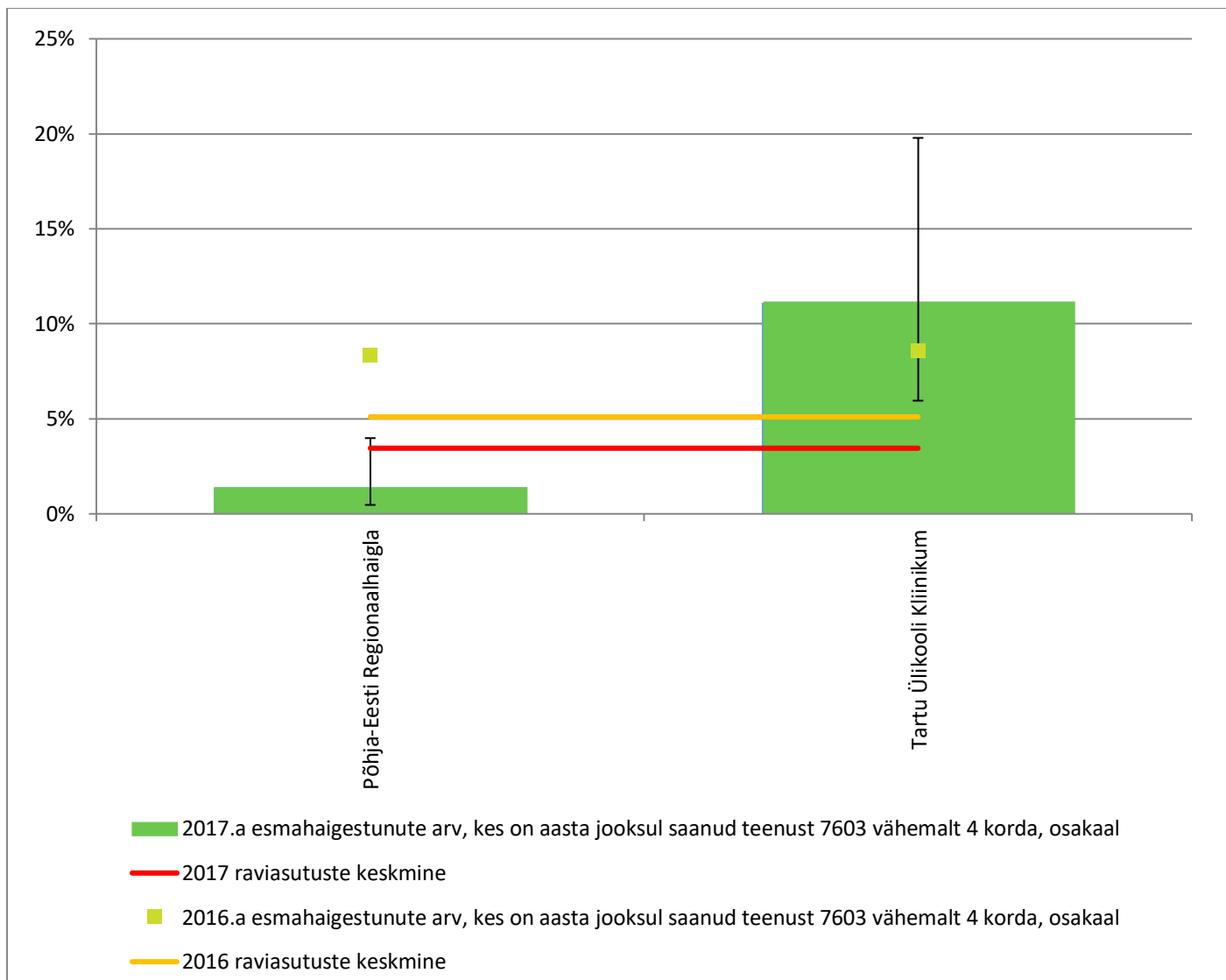
Kokkuvõte. Pere kaasamine esmase psühhoozi patsientide raviprotsessi vajab olulist tõhustamist. Kindlasti on ebarahuldav olukord, kus akuutravi haiglates pereteraapiat ei osutata.

Peeter Jaanson, Eesti Psühhiaatrite Selts

Sven Janno, SA Tartu Ülikooli Kliinikum psühhiaatria kliiniku juhataja

PSÜHHIAATRIA INDIKAATOR 5: ESMASE SKISOFREENIAHAIGE PERE KAASAMINE RAVIPROTSESSI ESIMISE 12 KUU JOOKSUL

Andmed	<p><u>Periood:</u> arve algus 01.01.–31.12.2017 <u>Põhidiagnoos:</u> esmane F20–F29 Pereteraapia seansse (TTL 7603) 12 kuu jooksul vähemalt neli korda.</p> <p><u>Teenuse arve algus:</u> 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 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> <p>Indikaatori täpsem kirjeldus on kättesaadav haigekassa kodulehel.</p>
Selgitus	<p>Esimese diagnoosiaasta skisofreeniahaige pere kaasamine raviprotsessi esimese 12 kuu jooksul.</p> <p>Joonisel 1 on esitatud esmahaigestunute osakaal (koos usaldusvahemikega), kelle pere on kaasatud raviprotsessi esimese 12 kuu jooksul (teenusekood TTL 7603).</p>



Skisofreenia diagnoosiga esmahaigestunute osakaal, kelle pere on kaasatud raviprotsessi esimese 12 kuu jooksul aastal 2017, 95% usaldusvahemikuga.

Skisofreenia diagnoosiga esmahaigestunute osakaal, kelle pere kaasati raviprotsessi esimese 12 kuu jooksul, 2017.

Haigla	Esmahaigestunud aasta esimese esmase raviarve asutusega, arv	Esmahaigestunud, kes said aasta jooksul teenust 7603 vähemalt 4 korda, arv	Esmahaigestunud, kes said aasta jooksul teenust 7603 vähemalt 4 korda, osakaal	95% UV
Põhja-Eesti Regionaalhaigla	217	3	1%	0–4%
Tartu Ülikooli Kliinikum	81	9	11%	6–20%
Tallinna Lastehaigla	5	1	20%	4–62%
Piirkondlikud haiglad kokku	303	13	4%	3–7%
Ida-Tallinna Keskhaigla	6	0	-	-
Lääne-Tallinna Keskhaigla	9	0	-	-
Pärnu Haigla	24	2	8%	2–26%
Keskhaiglad kokku	39	2	5%	1–17%
Jõgeva Haigla	3	0	-	-
Järvamaa Haigla	5	0	-	-
Kuressaare Haigla	12	0	-	-
Lõuna-Eesti Haigla	1	0	-	-
Läänemaa Haigla	1	0	-	-
Narva Haigla	3	0	-	-
Rakvere Haigla	2	0	-	-
Raplamaa Haigla	3	0	-	-
Valga Haigla	2	0	-	-
Viljandi Haigla	20	0	-	-
Üldhaiglad kokku	52	0	-	-
Kokku	394	15	4%	2–6%
Ahtme Haigla	22	0	-	-
HVA välised kokku	47	1	2%	0–5%
Kokku	463	16	3%	2–6%

Psühhiaatria indikaator 6: skisofreeniahaigete rehospitalseerimine psüühilise seisundi halvenemise tõttu 30 päeva jooksul peale eelnevat haiglaravi

Sissejuhatus. Kirjanduse andmetel rehospitalseeritakse 30 päeva jooksul peale haiglaravi 5,5–20% skisofreeniahaigetest. Näiteks Rootsis oli näitaja 2010. aastal 17%, USA-s parimates praktikates 18%. Riskifaktoriteks on noorem iga, ohtlik käitumine, vähene peretoetus, aktiivse psüühhoosi püsimine haiglast lahkumisel, varasem korduv hospitaliseerimine, aga ka komorbiidsus ja toimetulekuks vajalike ressursside ja toetuse puudumine. Erakorraline rehospitalseerimine 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.

Tulemuste interpretatsioon. Erakorraliste rehospitalseerimiste vähenemist 15%-lt 14%-ni 30 päeva jooksul peale eelmist haiglaravi võib pidada heaks tulemuseks. Esile võib tõsta Pärnu haiglat, kus rehospitalseerimise osakaal oli 5%. Ka Viljandi Haiglas vähenes rehospitalseerimine 25%-ni. Ülejäänud akuutravi osutavate haiglate tulemus on suhteliselt ühtlane, jäädes 14–16% vahemikku.

Limitatsioonid. Patsient võib 30 päeva jooksul peale ühest haiglast väljakirjutamist sattuda teise akuutravi osutavasse haiglasse, mis võib ühe haigla ravikvaliteedi indikaatorit teatud piires muuta.

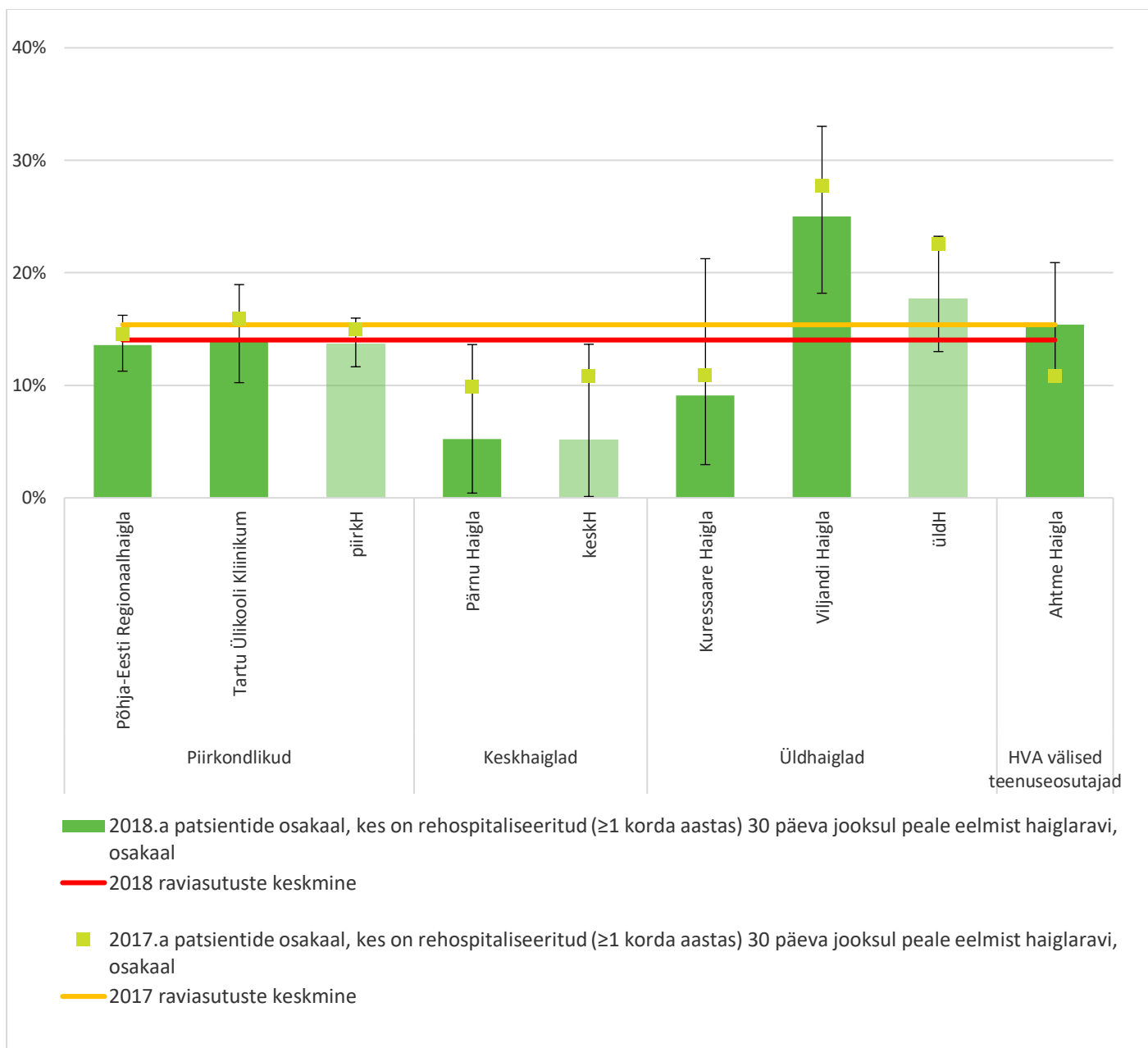
Kokkuvõte. Erakorraline rehospitalseerimine 30 päeva jooksul peale eelmist haiglaravi akuutravi osutavate haiglate võrdluses oli suhteliselt ühtlane ning jäi keskmiselt 14% piiresse. Tulemus oli hea, kuid ilmselt on võimalik vaimse tervise teenuste süsteemi tõhustamisel antud näitajat viia 12%-ni.

Peeter Jaanson, Eesti Psühhiaatrite Selts

Sven Janno, SA Tartu Ülikooli Kliinikum psühhiaatria kliiniku juhataja

PSÜHHIAATRIA INDIKAATOR 6: SKISOFREENIAHAIGETE REHOSPITALISEERIMINE PSÜÜHILISE SEISUNDI HALVENEMISE TÕTTU 30 PÄEVA JOOKSUL PEALE EELNEVAT HAIGLARAVI

Andmed	<p><u>Periood</u>: arve algus 01.01.–31.12.2018 <u>Põhidiagnoos</u>: F20–F29 <u>Ravitüüp</u>: statsionaarne Haiglaravi lõpu kuupäev <u>Rehospitaliseerimise arve algus</u>: 01.01.2018–31.01.2019 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. Joonisel 1: on esitatud patsientide osakaal (koos usaldusvahemikega), kes on rehospitaliseeritud 30 päeva jooksul peale haiglaravi lõppu haiglate lõikes.</p>



Skisofreenia diagnoosiga patsientide osakaal, kes on rehospitaliseeritud 30 päeva jooksul peale haiglaravi lõppu aastal 2018, 95% usaldusvahemikuga.

Skisofreenia diagnoosiga patsientide osakaal, kes on rehospitalseeritud 30 päeva jooksul peale haiglaravi lõppu, haiglate lõikes, 2018.

Haigla	Statsionaarsed patsiendid aasta esimese raviarvega, arv	Patsiendid, kes on rehospitalseeritud (≥ 1 korda aastas) 30 päeva jooksul peale eelmist haiglaravi, arv	Patsiendid, kes on rehospitalseeritud (≥ 1 korda aastas) 30 päeva jooksul peale eelmist haiglaravi, osakaal	95% UV
Põhja-Eesti Regionaalhaigla	759	103	14%	11–16%
Tallinna Lastehaigla	2	0	-	-
Tartu Ülikooli Kliinikum	262	37	14%	10–19%
Piirkondlikud haiglad kokku	1 023	140	14%	12–16%
Ida-Tallinna Keskhaigla	1	0	-	-
Pärnu Haigla	96	5	5%	2–12%
Keskhaiglad kokku	97	5	5%	2–12%
Hiumaa Haigla	1	0	-	-
Kuressaare Haigla	44	4	9%	4–21%
Lõuna-Eesti Haigla	59	5	8%	4–18%
Läänemaa Haigla	5	0	-	-
Raplamaa Haigla	1	0	-	-
Viljandi Haigla	144	36	25%	19–33%
Üldhaiglad kokku	254	45	18%	14–23%
Ahtme Haigla	208	32	15%	11–21%
HVA välised teenuseosutajad	208	32	15%	11–21%
Kokku	1 582	222	14%	12–16%

KIRJANDUSE LOETELU

SÜNNITUSABI INDIKAATOR 1: väga enneaegsete sünnituste osakaal sündidest

1. The European Perinatal Health Report 2015. Kättesaadav:

<https://www.europeristat.com/index.php/reports/european-perinatal-health-report-2015.html>

2. European Perinatal Health Report 2010. Kättesaadav:

https://www.tno.nl/media/1975/european_perinatal_health_report_2010.pdf

SÜNNITUSABI INDIKAATOR 2: III ja IV astmelahkliha rebendite osamäär sünnitustel

1. European Perinatal Health Report 2010. Kättesaadav:

https://www.tno.nl/media/1975/european_perinatal_health_report_2010.pdf

2. Perintaalilasto – synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2017. Kättesaadav: [https://thl.fi/fi/tilastot-ja-](https://thl.fi/fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/seksuaali-ja-lisaantymisterveys/synnyttajat-synnytykset-ja-vastasyntyneet/perinatalilasto-synnyttajat-synnytykset-ja-vastasyntyneet/perinatalilasto-synnyttajat-synnytykset-ja-vastasyntyneet-2015)

[data/tilastot-aiheittain/seksuaali-ja-lisaantymisterveys/synnyttajat-synnytykset-ja-vastasyntyneet/perinatalilasto-synnyttajat-synnytykset-ja-vastasyntyneet/perinatalilasto-synnyttajat-synnytykset-ja-vastasyntyneet-2015](https://thl.fi/fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/seksuaali-ja-lisaantymisterveys/synnyttajat-synnytykset-ja-vastasyntyneet/perinatalilasto-synnyttajat-synnytykset-ja-vastasyntyneet/perinatalilasto-synnyttajat-synnytykset-ja-vastasyntyneet-2015)

SÜNNITUSABI INDIKAATOR 3: keisrilõigete osamäär esmasünnitajatel ajalise üksiksünnituse korral, kui loode on peaseisus (Robson 1+2)

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.

SÜNNITUSABI INDIKAATOR 4: keisrilõigete osamäär korduvsünnitajatel ajalise üksiksünnituse korral, kellel vähemalt üks sünnitus on lõppenud keisrilõike teel ja kelle loode on peaseisus (Robson 5)

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 5: sünnitusega seotud massiivse verekaotuse osakaal

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

KIRURGIA INDIKAATOR 2: päevakirurgia osakaal kubemesonga operatsioonidel

1. Saia M, Mantoan D, Buja A, Bertoncetto C, Baldovin T, Zanardo C, et al. Increased rate of day surgery use for inguinal and femoral hernia repair in a decade of hospital admissions in the Veneto Region (north-east Italy): a record linkage study. BMC Health Serv Res. 2013;13:349.

2. International guidelines for groin hernia management. Hernia. 2018;22:1–165.

3. Dansk Herniedatabase. National Årsrapport 2016.

https://docs.wixstatic.com/ugd/02befe_0a3cf443334f4576b21143d811ccb8fc.pdf.

NEUROLOOGIA INDIKAATOR 3: isheemilise insuldiga patsientide osakaal, kellele tehti rekanaliseeriv protseduur (trombolüüs või trombektoomia)

1. de Sousa DA, von Martial S, Abilleira S. Access to and delivery of acute ischaemic stroke treatments: A survey of national scientific societies and stroke experts in 44 European countries. Eur Stroke J. 2018;4:13–28.

KARDIOLOOGIA INDIKAATOR 5: Antikoagulatsioonravi määramine ≥ 65 aastastel kodade virvendusarütmia haigetel

1. Kirchhof P, Benussi S, Kotecha D, et al. 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS. Eur Heart J. 2016;37:2893–962.

2. Mazurek M, Huisman MV, Lip GYH. Registries in atrial fibrillation: from trials to real-life clinical practice. Am J Med. 2017;130:135–45.

3. Boriani G, Proietti M, Laroche C, et al. Contemporary stroke prevention strategies in 11 096 European patients with atrial fibrillation: a report from the EURObservational Research Programme on Atrial Fibrillation (EORP-AF) Long-Term General Registry. *Europace*. 2018;20:747–57.
4. Steinberg BA, Gao H, Shrader P et al. International trends in clinical characteristics and oral anticoagulation treatment for patients with atrial fibrillation: results from the GARFIELD-AF, ORBIT-AF I, and ORBIT-AF II registries. *Am Heart J*. 2017;194:132–40.
5. Eesti Haigekassa. Auditite kokkuvõtted 2014–2017.

RINNAVÄHI INDIKAATOR 3: invasiivse rinnavähiga patsientide osakaal, kes said postoperatiivselt kiiritusravi rinnanäärmele pärast rinda säilitavad operatsiooni

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.

KOLOREKTAALVÄHI INDIKAATOR 1: kolorektaalvähi diagnoosiga opereeritud patsientide postoperatiivne 30 päeva suremus

1. Thirty-day postoperative mortality after colorectal cancer surgery in England. Morris EJ, Taylor EF, Thomas JD, et al. *Gut* 2011;60:806-13.
2. Thirty days post-operative mortality after surgery for colorectal cancer: a descriptive study Elmer E. van Eeghen, Frank C. den Boer, and Ruud J. L. F. Loffeld *J Gastrointest Oncol*. 2015;6: 613–617.
3. Early postoperative mortality after surgery for rectal cancer in Sweden, 2000-2011. Rutegard M, Haapamäki M, Matthiessen P, Rutegard J. *Colorectal Diseases* 2014;16:426-32.
4. The appropriateness of 30-day mortality as quality metric in colorectal cancer surgery. Adam MA, Turner MC, Sun Z, Kim J, Ezekian B, Migaly J, Mantyh CR. *Am J Surg*. 2018;215:66-70.

EESNÄÄRMEVÄHIVÄHI INDIKAATOR 2: radikaalse prostatektoomiaga seotud vereülekanne

1. Matulay JT, Wilson S et al. Perioperative blood transfusion and radical prostatectomy: analysis of the national surgical quality improvement program database. *J Urol*. 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*. 2016;11: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;63:839–45.
4. Pushan Z, Manbiao C et al. The impact of perioperative blood transfusion on survival and recurrence after radical prostatectomy for prostate cancer: a systematic review and meta-analysis. *J Cancer Res Ther*. 2018;14:S701-S707.
5. Iwata T, Kimura S et al. Perioperative blood transfusion affects oncologic outcomes after nephrectomy for renal cell carcinoma: a systematic review and meta-analysis. *Urol Oncol*. 2019;37:273–81.
6. Moul JW, Sun L et al. Factors associated with blood loss during radical prostatectomy for localized prostate cancer in the prostate-specific antigen (PSA)-era: an overview of the Department of Defense (DOD) Center for Prostate Disease Research (CPDR) national database. *Urol Oncol*. 2003;21:447–55.
7. Evans SM, Allan CA et al. Laparoscopic and robotic-assisted versus open radical prostatectomy for the treatment of localised prostate cancer. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;2017:CD009625.