

Kliinilise auditi

„Akuutpsühhiaatria (tahtest olenematu ravi korral) teenusel viibivate orgaaniliste psüühikahäiretega-, skisofreenia ja psühhoaktiivsete ainete tarvitamisest tingitud psüühika- ja käitumishäiretega diagnoosidega patsientide ravi kvaliteet“

ARUANNE

SISUKORD

1. SISSEJUHATUS	1
2. AUDITI KORRALDUS	3
2.1. AUDITI EESMÄRK JA ÜLESANDED.....	3
3. METOODIKA	5
3.1. VALIMI MOODUSTAMINE.....	5
3.2. ANDMETE KOGUMINE	6
3.3. ANDMETE HINDAMINE	6
3.4. ANDMETE SISESTAMINE	7
3.5. ANDMETE ANALÜÜSIMINE	8
4. TULEMUSED.....	8
4.1. ORGAANILISED - K.A SÜMPTOMAATILISED PSÜÜHIKAHÄIRED (F00-F09).....	8
4.2. PSÜÜHOAKTIIVSETE AINETE TARVITAMISEST TINGITUD PSÜÜHIKA- JA KÄITUMISHÄIRED (F10-F19.9).....	14
4.3. SKISOFREENIA, SKISOTÜÜPSED JA LUULULISED HÄIRED (F20-F29)	20
4.4. ASUTUSTE SISEKORD	28
5. JÄRELDUSED	30
6. SOOVITUSED.....	36
7. KASUTATUD KIRJANDUS	39
LISA 1. AUDITI AJAKAVA.....	41
LISA 2. HINDAMISKRITEERIUMID.....	43
LISA 3. ASUTUSTE TAGASISIDE.....	85

1. SISSEJUHATUS

Tahtest olenematu vältimatu psühhiaatriline abi on inimeste põhiõiguseid ja vabadusi piirav teenus. Psühhiaatrilise abi seaduse kohaselt tähendab see, et isik võetakse tema enda või tema seadusliku esindaja nõusolekuta vältimatu psühhiaatrilise abi korras ravile haigla psühhiaatriaosakonda või jätkatakse ravi. Tahtest olenematut ravi rakendatakse ainult järgmiste asjaolude koosinemise korral: 1) isikul on raske psüühikahäire, mis piirab tema võimet oma käitumisest aru saada või seda juhtida; 2) haiglaravita jätmisel ohustab isik psüühikahäire tõttu iseenda või teiste elu, tervist või julgeolekut; 3) muu psühhiaatriline abi ei ole küllaldane. Tahtest olenematut ravi võib kohaldada üksnes kohtu määruse alusel. Tahtest olenematut ravi võib kohaldada ka kohtu määruseta, kui see on vältimatu isiku enda või avalikkuse kaitseks ja kohtu määruse saamine ei ole piisavalt kiiresti võimalik (1).

Eesti Haigekassa (edaspidi haigekassa) raviarvete andmebaasi alusel viibis aastatel 2014–2016 teenusel akuutpsühhiaatria (tahtest olenematu ravi (edaspidi TOR) korral) 5274 isikut, mida rahastati 24 549 860 euro ulatuses. Ajavahemikul 2006–2016 viibisid teenusel akuutpsühhiaatria (TOR korral) rohkem kui kaks korda 2279 isikut. Aastatel 2006–2016 oli enamusel teenusel viibivatel patsientidel diagnoositud psüühika või käitumishäire (98,8%, n=10 084). Levinumad diagnoosid RHK-10 jaotuse alusel oli skisofreenia (40,1%, n=4094) ja psühhoaktiivsete ainete tarvitamisest tingitud psüühika- ja käitumishäired (23,6%, n=2408). Sõltuvushäiretega patsientide seisukohast on oluline sõltuvushäired varakult ära tunda ning pakkuda kõikidele patsientidele ravijuhisele vastavat integratiivset ravi. Siin on oluline koostöö perearstidega ja justiitsministeeriumiga.

Haigekassa korraldas psühhiaatria erialal kliinilise auditi viimati aastal 2010, teemal „Statsionaarse psühhiaatrilise ravi kvaliteet ja põhjendus“ (2). Auditi raames hinnati statsionaarse psühhiaatrilise ravi läbiviimise põhjendatust, ravi läbiviimise vastavust statsionaarsele ravile püstitatud nõuetele (sh ohjeldusmeetmete rakendamine) ja patsientidele osutatud ravi kvaliteeti. Auditi tulemustest selgus, et TOR otsuseid ei olnud üldjuhul vormistatud, kui patsiendi vabadust piirati ohjeldamisel. Haiguslood olid sageli mitteloetavad ja venekeelsed. Samuti esines psüühiliste häirete diagnostikas ebakorrektsusi ja oli juhtumeid, kus patsientide ravitaktika ei olnud tõenduspõhine. Lisaks esines juhtumeid, kus statsionaarsel ravil viibisid patsiendid, keda oleks saanud ravida ambulatoorselt (2).

Eesti Vabariigi õiguskantsler on esitanud haigekassale varasemalt päringu, kas ja kuidas on hinnatud psühhiaatriliste teenuste osutamise kvaliteeti. Eesti Psühhiaatri Seltsi hinnangul on oluline lisaks ravi kvaliteedi hindamisele kaardistada teenusel akuutpsühhiaatria (TOR korral) patsientide profiil. Teenusel akuutpsühhiaatria (TOR korral) piiratakse patsientide õigusi ning vabadusi ning siinkohal on oluline, et teenusel viibiksid patsiendid, kelle puhul muud meetmed ei ole küllaldased. Eesti Psühhiaatrite Seltsi esindajate hinnangul ei ole Eesti Vabariigis kättesaadavad või ei pakuta patsientidele sotsiaalteenuseid, mis ennetaksid patsientide sattumist tahtest olenematule ravile. Läbi auditi on oluline hinnata võimalike ennetavate ja järelteenuste vajadust tagamaks tulevikus efektiivsema ressursside kasutuse. Rahvastiku tervise arengukava üks fookus on inimkeskne tervishoid, mille raames nähakse integreeritust sotsiaalteenustega (1). Seega on oluline analüüsida kliinilise auditi läbiviimisel sotsiaalvaldkonnaga integreerituse teemasid tagamaks pikemas perspektiivis parem sotsiaalne sidusus.

Soovituslik viitamine: „Akuutpsühhiaatria (tahtest olenematu ravi korral) teenusel viibivate orgaaniliste psüühikahäiretega-, skisofreenia ja psühhoaktiivsete ainete tarvitamisest tingitud psüühika- ja käitumishäiretega diagnoosidega patsientide ravi kvaliteet“. (2020). Eesti Haigekassa.

2. AUDITI KORRALDUS

Haigekassa tegi ettepaneku Eesti Psühhiaatrite Seltsile kliinilise auditi (edaspidi auditi) läbiviimiseks. Eesti Psühhiaatrite Seltsil paluti nimetada vähemalt viis esindajat auditi meeskonna liikmeks. Haigekassa sõlmis seejärel auditeerijatega lepingud ja huvide deklaratsioonid auditi läbiviimiseks. Lisaks oli auditi töörühma kaasatud ka Sotsiaalministeeriumi Tervisesüsteemi arendamise osakonna nõunik, Ingrid Ots-Vaik.

Eesti Psühhiaatria Seltsi volitatud auditeerijad:

- 1) Kärt Uppin (juhtauditeerija),
- 2) Katrin Eino;
- 3) Raine Pilli;
- 4) Ülle Ljubajev;
- 5) Sven Janno;
- 6) Jelena Mürsepp;
- 7) Roman Pihlakas.

Eesti Haigekassa esindajad:

- 1) Kvaliteedi edenduse osakonna peaspetsialist Kristy Aidla – auditi üldkoordineerimine;
- 2) Infrastruktuuri talituse peaspetsialist Priit Lund - andmesisestusplatvormi loomine;
- 3) Kvaliteedi edenduse osakonna analüütik Sirli Joonas – andmeanalüüs;

Käesoleva aruande lisas 1 on esitatud ülevaade auditi ajakavast ja vastutajatest.

2.1. AUDITI EESMÄRK JA ÜLESANDED

Auditi üldeesmärk oli hinnata akuutpsühhiaatrias ravil viibivate patsientide ravi kvaliteeti Eesti haiglates.

Auditi lisaeesmärgid olid järgnevad:

1. Hinnata teenuse osutamisel psühhiaatrilise abi seaduse nõuete täitmist;
2. Kaardistada TOR-il viibivate patsientide profiil;

3. Tuua välja juhud, kui patsient oleks võinud viibida mõnel muul teenusel;
4. Anda hinnang levinumate diagnoosidega (F00-F09, F10-F19.9 ja F20-F29) patsientide ravitaktikale.

3. METOODIKA

3.1. Valimi moodustamine

Perioodil 01.01.2017–31.12.2017 viibis teenusel 2058 (akuutpsühhiaatria (TOR korral) 1674 isikut, kellel oli põhidiagnoosina välja pandud diagnoos grupist F00-F29. Juhuslikkuse alusel kaasati lõplikusse valimisse ja analüüsi 350 isikut, et tagada valimi usaldusväärsus. Kokku auditeeriti viie haigla 406-t haiguslugu (Tabel 1).

Valimi moodustamiseks tehti päring haigekassa andmelaost järgnevate andmete kohta: isikukood, vanus, sugu, raviastutuse nimetus, esmaste ja korduvate raviarvete numbrid, raviarvete algus ja lõpp, põhidiagnoos (F00-F09, F10-F19.9 või F20-F29), lisaks kaasuvad diagnoosid raviarvetel - somaatilised (B20-B24; D50-D53.9; E00-E07.9; E10-E14.9; E20-E35.8; E50-E64.9; G20-G26; G30-G32.8; G35-G37.9; G40-G45.9; I10-I15.9; I20-I25.9; I42-I52.8; I60-I69.8; J40-J47; M30-M36.8; N17-N19), psüühilised (F00-F99) ja sõltuvused (F10-F19.9); info 5. aasta jooksul (2013-2017) tehtud kompuutertomograafia (edaspidi CT) ja/või magnetresonantsuuring (edaspidi MRT) ja/või elekterkrampravi teostamisest; lisaks info teostatud uuringute ja osutatud teenuste (koodid 7601, 7602, 7603, 7607, 7615, 7616, 7617, 7626, 7627) kohta; valimi raviarve algusest eelneva poole aasta jooksul välja kirjutatud ravimid, info perearsti ja psühhiaatri jälgimise all olemisest.

Tabel 1. Auditis analüüsitud haiguslugude arv haiglate lõikes

Teenuse osutaja	Haiguslugude arv
SA Tartu Ülikooli Kliinikum	65
SA Viljandi Haigla	11
SA Ahtme Haigla	44
SA Pärnu Haigla	15
SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla	271
Kokku	406

3.2. Andmete kogumine

Andmete kogumise eelselt teavitas haigekassa esmalt auditeeritavaid tervishoiuteenuse osutajaid auditi eesmärgist, hindamiskriteeriumitest, valimi mahust ja ajakavast. Seejärel tellis haigekassa valimisse arvatud teenuseosutajatelt valimisse kaasatud dokumendid vastavalt auditi ajalisele plaanile. Dokumentide üleandmine vormistati üleandmise-vastuvõtu aktiga haigekassa esindaja ja auditeerija vahel või elektroonse andmevahetuse puhul vastavalt andmevahetuse nõuetele.

Konfidentsiaalsuse huvides asendati auditeeritavates juhtumites sisalduvad isikuandmed elektroonilisse andmebaasi sisestamisel unikaalse koodiga, mis võimaldas auditeerijatel juhtumeid tuvastada.

3.3. Andmete hindamine

Kogutud andmete hindamiseks koostas auditi töörühm koostöös haigekassa ekspertidega hindamiskriteeriumid, tuginedes Psühhiaatrilise abi seadusele (1), National Institute for Health and Care Excellence (NICE) ravijuhendile „Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management“ (3), Tahtest olenematu vältimatu psühhiaatrilise ravi otsuse vormistamise korrale (4), ravijuhenditele „Alkoholitarvitamise häirega patsiendi käsitus“ (5) ja „Alzheimeri tõve diagnostika ja ravi“ (6) ning ekspert arvamustele. Kliinilise auditi läbiviimisel on lähtutud „Kliinilise auditi käsiraamatust“ (7).

Auditi käigus koguti hindamiskriteeriumitega järgmiseid andmeid:

1. Patsiendi üldandmed;
2. Akuutpsühhiaatrilise eelnenud tegevused (võõrutus/rehabilitatsioon, nõustamine, programmides osalemine, ravi, protseduurid);
3. Anamnees ja hospitaliseerimise andmed (uuringud, analüüsid);
4. Psüühika- ja käitumishäirete diagnoosidega patsientide haiglaravi (sh ohjeldamine; TOR otsuse koostamine);
5. Ettevalmistused haiglajärgseks käsitluseks;
6. Korduvad hospitaliseerimised;

7. Ravimid haiglast väljakirjutamisel;

8. Asutuse sisekord.

Patsiendi üldandmete ja anamneesi osas kaardistati, kas patsient oli hospitaliseerimisele eelnevalt olnud somaatilise või psüühilise haigusega perearsti või psühhiaatri jälgimisel. Lisaks missuguseid uuringuid või protseduure oli patsiendile varasemalt teostatud. Samuti hinnati patsientide hospitaliseerimisele eelnenud tegevuste teostamist. Hindamiskriteeriumite neljandas osas hinnati patsientide haiglaravi ning ohjeldamise ja TOR kohaldamist. Lisaks hinnati kuidas oli korraldatud patsientide haiglajärgne käsitus koostöös perega, raviarstiga ja teiste seotud osapooltega. Kas esines kordushospitaliseerimisi ning kas oli toimunud muutusi patsiendi ravikäsitluses. Viimase hindamiskriteeriumina kaardistati, kas raviasutustes oli auditeerimis ajal olemas juhendid ja dokumendid seoses ohjeldamisega ning vägivaldsete patsientidega toimetulemiseks, lisaks TOR kohaldamiseks ja dokumenteerimiseks.

Auditi hilisemas faasis tekkis vajadus täiendavaks andmepäringuks skisofreenia, skisotüüpsed ja luululised häired valimi gruppi kuuluvate isikute osas. Täiendav väljavõte tehti raviarvete kui ka retseptikeskuse andmebaasist, et hinnata, kas nimetatud valimi grupi isikutele oli osutatud teenuseid koodidega 492R või 219R ning kas neile oli välja kirjutatud deooravi preparaate valimi perioodil ja sellele eelnenud 1. a jooksul.

3.4. Andmete sisestamine

Auditeerijate poolne andmete sisestamine toimus haigekassa poolt välja töötatud elektroonses auditeerimise keskkonnas. Eraldi sisestati andmed 3 erineva diagnoosigrupi osas:

- 1) Orgaanilised - k.a sümptomaatilised – psüühikahäired (F00 - F09);
- 2) Psühhoaktiivsete ainete tarvitamisest tingitud psüühika- ja käitumishäired (F10 - F19.9);
- 3) Skisofreenia, skisotüüpsed ja luululised häired (F20 - F29).

Konfidentsiaalsuse huvides asendati auditeeritavates juhtumites sisalduvad isikuandmed elektroonilisse andmebaasi sisestamisel unikaalse koodiga, mis võimaldas auditeerijatel juhtumeid tuvastada. Vältimaks huvide konflikti ning tagamaks erapooletust, hindasid auditeerijad raviasutusi, kus nad ise ei töötanud.

3.5. Andmete analüüsimine

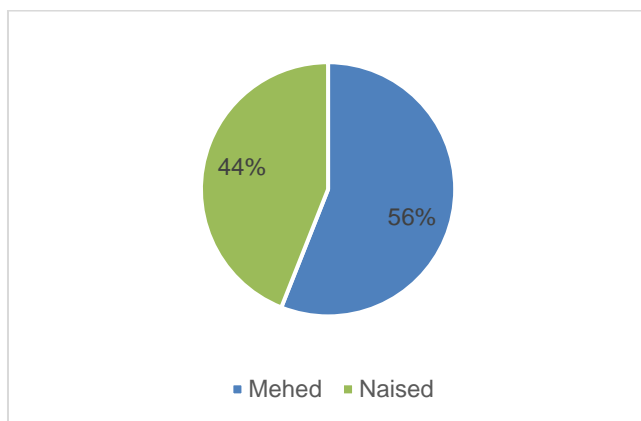
Andmete analüüsimise eelselt teostati andmete korrastamine koostöös töörühma liikmetega, et välistada vigade teket andmeanalüüsil. Andmete analüüsimiseks ja tabelite ning jooniste koostamiseks kasutati statistilist andmetöötlusprogrammi Microsoft Excel 2016. Andmete analüüsimisel kasutati kirjeldavat statistikat – sagedusjaotused ja protsendid ning pidevate tunnuste korral aritmeetiline keskmine. Andmed analüüsiti lähtudes auditi eesmärkidest ja hindamiskriteeriumitest.

4. TULEMUSED

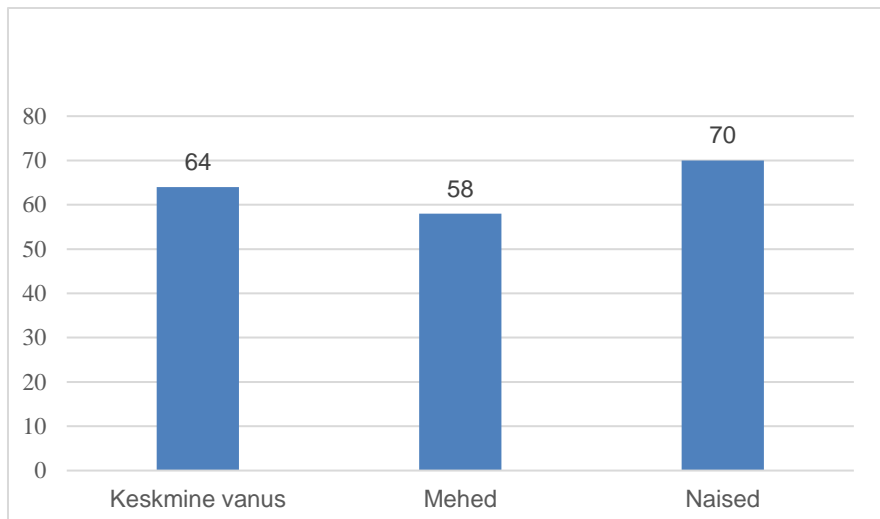
4.1. Orgaanilised - k.a sümptomaatilised psüühikahäired (F00-F09)

Anamnees

Antud valimi grupis auditeeriti kokku 72 patsiendi ravidokumente, kellest enamus olid mehed (56%) (Joonis 1). Patsientide keskmiseks vanuseks oli 64 aastat (Joonis 2).

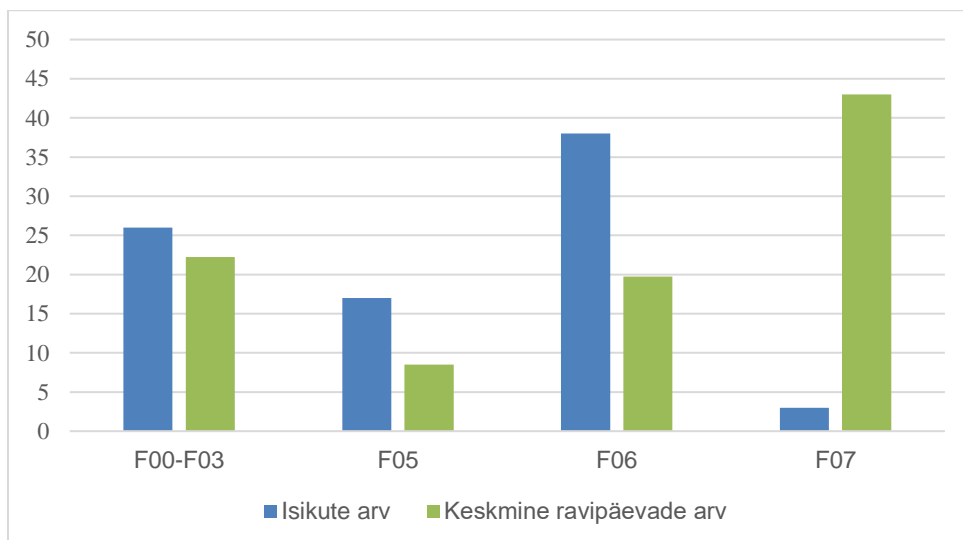


Joonis 1. Orgaaniliste psüühikahäiretega patsientide sooline jaotus



Joonis 2. Orgaaniliste psüühikahäiretega patsientide vanuseline jaotus

Diagnosigruppide kaupa on keskmiste ravipäevade arv välja toodud joonisel 3. Kõige pikemalt viibiti ravil ajuhaigusest tingitud käitumis- ja isiksusehäire diagnoosi puhul (keskmiselt 43 ravipäeva). Arvesse tuleb aga võtta, et valimisse sattus vaid 3 antud diagnoosiga isikut. Järgnesid erinevat tüüpi dementsuse diagnoosiga patsiendid (keskmiselt 22 ravipäeva), muude ajuhaigusest tingitud psüühikahäiretega patsiendid, kellel valdavalt oli tegu orgaanilise psühhootilise häirega. Nende keskmine ravipäevade arv oli 20 päeva ning orgaanilise deliiriumiga patsientide keskmine ravipäevade arv oli 9.



Joonis 3. Patsientide jaotus diagnosigruppide ja keskmiste ravipäevade kaupa

58%-l juhtudest oli tegu esmase haigestumisega. 75%-l patsientidest oli diagnoositud haigus, mis oli orgaanilise psüühikahäire põhjuseks. 25%-l juhtudest oli haigus aga diagnoosimata, st.

mitmetel juhtudel oli jäänud teadaolev kehaline haigus diagnoosikategooriates välja toomata või siis ei selgunud auditeeritud haiguloost haiguse orgaaniline põhjus.

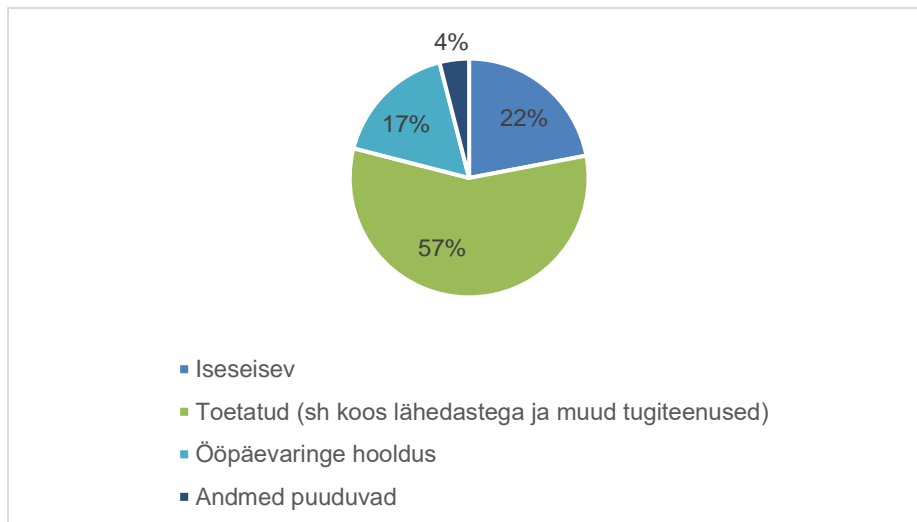
Perearstile oli eelneva 5 aasta jooksul pöördunud 72% patsientidest, kellel oli diagnoositud krooniline kehaline haigus, neist enamus just selle haiguse tõttu, mis oli hilisemalt kujunenud psüühikahäire aluseks. 63% patsientidest oli perearsti poole pöördunud psüühikahäire tõttu.

Patsientide elustiilinõustamist ei kajastunud ühegi patsiendi dokumentatsioonis. Patsiendid vajavad nõustamist nii füüsilise kui psüühilise tervise tõttu, samuti tuleb juhendada mõnedel juhtudel omakseid või lähedasi patsientide eluolu kujundamisel. See on arstlik tegevus, mida tõenäoliselt enamusel juhtudest tehti, kuid on võimalik, et seda ei kajastatud haiguslugudes.

Psühholoogiline või neuropsühholoogiline uuring oli haiglas viibimisel tehtud 34 juhul (47%). Audiitorite hinnangul oli uuring vajalik veel 4 (5,6%) inimesele, kellele seda ei tehtud. Näiteks oli dementsuse diagnoos püstitatud ilma ühegi täpsustava uuringuta, samuti ei viidanud kirjutatud staatus selgele dementsusele. Aju visualiseeriv uuring (CT või MRT) oli hospitaliseerimisele eelneva 5. aasta jooksul tehtud 56 patsiendile (78%), 2 juhul ei olnud uuring teostatav. Analüüse oli teostatud 66 juhul ehk 92% juhtudest.

Orgaaniliste psüühikahäirete puhul oli hinnatud ja dokumenteeritud psühhoaktiivsete ainete tarvitamist 50% juhtudest. Hinnatud võinuks olla see suuremal osal juhtudel. Muidugi ei saa ka siin välistada, et alkoholi tarbimist oli hinnatud, kuid seda ei dokumenteeritud.

Ülevaade patsientide eelnevast toimetulekust on esitatud joonisel 4. Vaid 57% patsientidest said enne hospitaliseerimist toetust lähedaste või tugiteenuseid pakkuvate spetsialistide poolt. 22% - l patsientidest elasid üksinda, tugivõrgustik nendel puudus. 17% patsientidest said ööpäeva-ringset hooldust ja 4% juhtudel andmed eelneva toimetuleku kohta puudusid.



Joonis 4. Patsientide eelnev toimetulek

Ravi

Kehalist haigust raviti 85%-l kehalise haiguse diagnoosi saanud patsientidest. Lisaks oli somaatilist ravi saanud 7 haiget, kellel ei olnud püstitatud kehalise haiguse diagnoosi. Kirjalik raviplaani oli leitav 97%-l haiguslugudest. Ravikäsitluse hindamisel on toetatud teadusartiklitele (8, 9, 10) ja auditeerijate ekspertarvamustele.

Antipsühhootilist ravi kuni 2 antipsühhootikumiga sai 83% patsientidest, 6 juhul ei rakendatud antipsühhootilist ravi. Antipsühhootikumide kasutamine orgaanilise ajuhaigusega patsientidel, kes on ohtliku käitumisega kas enda või teiste suhtes, on reeglina näidustatud ning sihipärane (6). Üle nelja nädala oli regulaarselt määratud bensodiasepiini või uinuteid 8 patsiendile (11%). Auditeerija oli ühel juhul välja toonud, et patsient sai ravi käigus erinevaid, kombineeritud bensodiasepiini ja uinuteid: diasepami, oxasepami, rivotrili, lisaks zolpidemi, nitrasepami. Uinuteid ning rahustite pikaajaline ning kombineeritud kasutamine orgaanilise ajuhaigusega patsientidel ei ole soovitatav ega põhjendatud, põhjustades kognitiivse võimekuse langust (8, 9, 10).

33% haigetest oli saanud psühhosotsiaalset ravi, mille all kuuluvad erinevad psühhoteraapiad, igapäevaelu toetamine, tegevusteraapia, loovteraapia, aga ka perenõustamised, sotsiaaltöötaja konsultatsioonid jne. Psühhosotsiaalse ravi osutamine peaks olema vajaduspõhine. Tulemustest selgus, et oli haiglaid, kus psühhosotsiaalset lähenemist ei pakutud kellelegi, seetõttu on tõenäoline, et teatud haiglates ei ole teenused kättesaadavad. Haiglate vahel esines väga suuri erinevusi.

Ohjeldamist vajas kokku 9 patsienti (13%), neist 2 korduvalt, ühelgi korral mitte üle 24 tunni. Korduvhospitaliseerimisel vajas üks patsient ohjeldamist üle 24 tunni, kuid teatist Terviseametile ei esitatud, mis on seadusest tulenevalt aga kohustuslik tegevus.

Ettevalmistused haiglajärgseks käsitleks

Perega kontakt oli dokumenteeritud 68%-l juhtudest, kohaliku omavalitsusega (edaspidi KOV) 18%-l juhtudest, kontakt nii pere kui KOV-ga oli olnud 10%-l juhtudest. Valdavalt oli seega koostöö olemas, mis on inimese edasise toimetuleku seisukohalt hädavajalik.

Kuu aja jooksul peale haiglast välja kirjutamist ei vajanud rehospitaliseerimist ükski patsient.

90%-le patsientidest oli määratud edasine ravi, tervislike eluviiside suhtes oli nõustatud vaid 17% patsientidest, kuid võimalik, et seda tehti oluliselt rohkem, kuid ei dokumenteeritud. 81%-l patsientidest oli määratud/dokumenteeringitud edasist abi andev spetsialist, neist 45% suunati perearstile, 35% kutsuti psühhiaatri vastuvõtule ja 10% vaimse tervise õe vastuvõtule.

3 patsienti suunati edasi hooldushaiglasse või aktiivravihaiglasse ja 2 hooldekodusse. Mitmel juhul oli algatatud teovõime küsimus ning hooldekodusse suunamine. Ühel juhul tõi auditeerija välja, et patsient oli eelnevalt olnud õendus-hooldusravil pool aastat, enne hospitaliseerimist mõned päevad elanud ükski, kuid millega ei tulnud toime. Selline haige ei vajanud ilmselgelt mitte TOR otsusega hospitaliseerimist psühhiaatrikliinikusse, vaid antud juhul oli patsiendile vajalik teistsugune teenus.

TOR dokumenteerimine

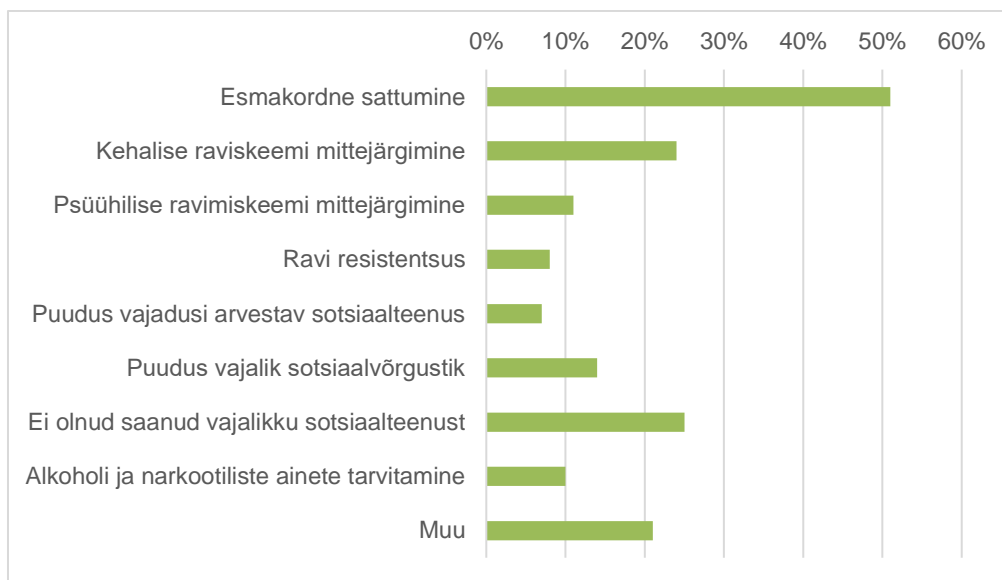
Auditeerimise käigus leiti dokumenteerimise osas puuduseid. TOR lõpetamise otsus oli puudu 16 juhul (22%). TOR otsuse pikendamisel üle 24 tunni oli 4 juhul õigeaegselt (24 tunni jooksul) puudu teise arsti arvamus. TOR otsuse pikendamisel üle 48 tunni ei olnud dokumentidest leitav teise arsti arvamus 4 juhul. TOR otsuse pikendamisel üle 4 päeva ei olnud dokumentidest leitavad 4 juhul teise psühhiaatri arvamus. Viimastel pikendamise juhtumitel puudusid vastavad dokumendid haiguslugudest, kuid kohus ei tee ilma nendeta otsuseid, mis tähendab, et auditeerijatele esitatud dokumentidest olid need välja jäänud või ei suudetud neid leida.

Ühel juhul ei olnud TOR pikendamisel eraldi kohtule vormistatud taotlust, sest patsiendi suhtes oli juba varasemalt kohtumaja poolt väljastatud kohtumäärus resolutsiooniga pikendada isiku kinnisesse asutusse paigutamist (milleks on haigla psühhiaatriaosakond või ööpäevaringne erihooldusteenus hoolekandeesutuses). Antud juhul sobis määrus patsiendi paigutamiseks

kinnisesse asutusse ehk psühhiaatrikliinikusse. Kui määrusel puudub aga kohtu poolne luba patsiendi ravimiseks, siis ainult paigutamise määruse alusel teda ravida ei või.

Tahtest olenematut ravi orgaaniliste psüühikahäiretega patsientide grupis rakendati üle 24 tunni 60 juhul, üle 48 tunni 40 juhul, üle 4 päeva 35 juhul ning üle 40 päeva 3 juhul.

50% patsientidest olid tahtest olenematule ravile hospitaliseeritud esmakordselt (Joonis 5). Seisundi ägenemist põhjustasid raviskeemi mitte järgimine (24%), sealhulgas kehalise raviskeemi mittejärgimine (24%) ja psüühilise raviskeemi mittejärgimine (10%). Vajaliku sotsiaalteenuse puudumine või mittesaamine (32%), sotsiaalvõrgustiku puudumine (15%), raviresistentsus (8%) ja alkoholi ning narkootiliste ainete tarvitamine (10%). Muude põhjustena oli kirjeldatud raskest kehalisest haigusest tingitud deliriooset seisundit, suitsiidkatset, dementsuse süvenemist ning agressiivset käitumist põhihaigusest tingituna.



Joonis 5. TOR otsuse rakendamise põhjused

Korduvhospitaliseerimine

Korduvhospitaliseerimist vajas aasta jooksul 3 patsienti. Kõikidel juhtudel oli põhjuseks ebapiisav tugiteenus, ühel juhul lisaks ka toetusravi katkestamine või ebapiisavus ning ravimite kõrvaltoimed.

Raviskeemi muudeti ühel juhul - tõsteti antipsühhootikumi annust ning korrigeeriti kehalise haiguse raviskeemi. Kontakt perega toimus ühel juhul ning KOV-ga samuti ühel juhul.

Psühhosotsiaalsel ravi sai 1 patsient ja 2-le patsiendile määrati edasist abi andev spetsialist – üks kutsuti psühhiaatri vastuvõtule, teine suunati muu spetsialisti juurde.

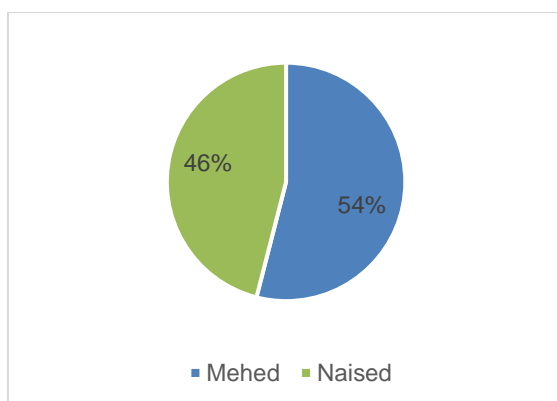
Orgaaniliste psüühikahäiretega isikute grupis satuvad vähemalt pooled psühhiaatriaiglasse elus esmakordselt, vajades tahtest olenematus korras käsitlust. Põhilise osa haigetest moodustavad dementsuse, orgaanilise psühhooosi ning orgaanilise deliiriumiga patsiendid. Kui psühhootiline seisund ja deliirium on oma olemuselt ravitavad seisundid ning nende patsientide haiglas viibimine on igati näidustatud, siis dementsus ei ole käesolevalt raviga parandatav ning eeldab mingist ajahetkest alates pidevat hooldust. 72-st auditeeritud juhust oli 26-l diagnoositud dementsus, nendest 9-l kajastusid diagnoosis kaasuvad sümptomid, mis võisid vajada ravi, ülejäänutel mitte. Selle alusel saab öelda, et 17 isikut pidanuks viibima mõnel teisel teenusel. Dementsete patsientide ravivajadus psühhiaatrikliinikutes vajaks edaspidi täiendavat hindamist, seda nii tahtest olenematus korras kui ravinõusolekuga.

Probleemiks on kujunenud hooldusvõimaluste puudumine kinnistes tingimustes agressiivsete või muude kaasuvate sümptomitega dementsete patsientide puhul, kelle jaoks puudub vastav teenus, mistõttu satuvad nad paratamatult psühhiaatrikliinikutesse.

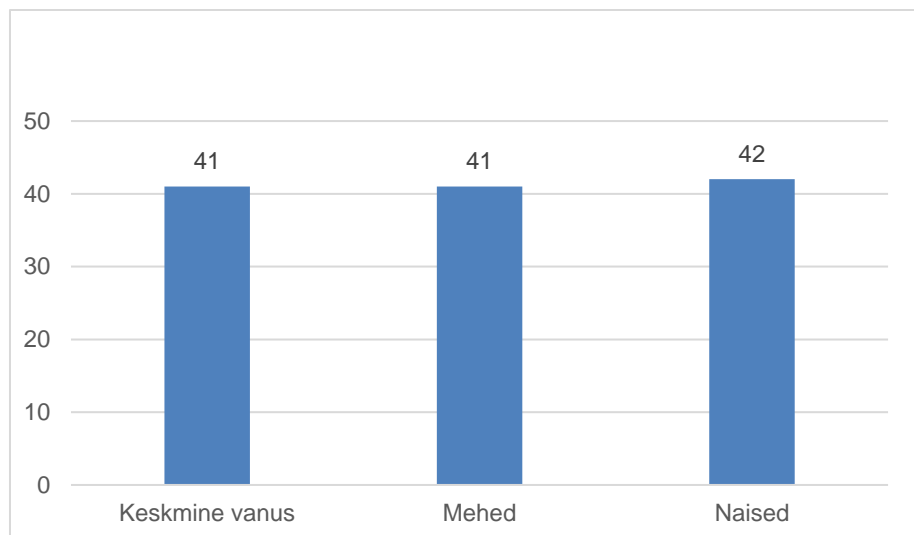
4.2. Psühhooaktiivsete ainete tarvitamisest tingitud psüühika- ja käitumishäired (F10-F19.9)

Anamnees

Antud valimi grupis auditeeriti 92 patsiendi ravilugusid, kellest 54% moodustasid naised (joonis 6). Valimisse sattunud naiste kui ka meeste keskmiseks vanuseks oli 41 aastat (Joonis 7).



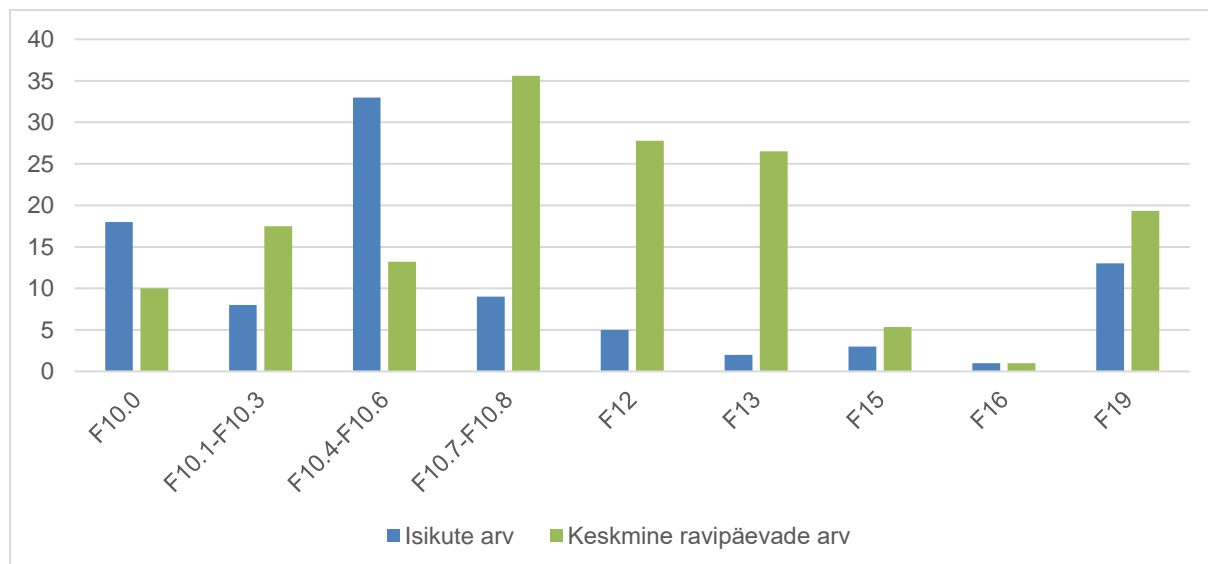
Joonis 6. Psühhooaktiivsete ainete tarvitamisest tingitud psüühikahäiretega isikute sooline jaotus



Joonis 7. Psühhoaktiivsete ainete tarvitamisest tingitud psüühikahäiretega isikute vanuseline jaotus

Auditeeritaval perioodil oli hospitaliseeritud 18 patsienti, kelle põhidiagnoosiks oli F10.0 - äge intoksikatsioon ehk alkoholijoove, mis ei peaks olema tahtest olenematu hospitaliseerimise peapõhjuseks. Nende keskmine ravipäevade arv oli 10 (Joonis 8). Kõige suurem grupp koosnes patsientidest, kellel oli diagnoositud F10.4-F10.6 - psühhootilised häired alkoholist. Kokku 33 patsienti, kelle keskmine ravipäevade arv oli 13. Kõige kauem viibisid ravil 9 patsienti, kellel oli diagnoositud residuaalne või hiline psüühikahäire alkoholist F10.7-F10.8, nende keskmine voodipäevade arv oli 36.

Hospitaliseeritud oli 25 patsienti, kellel esines sõltuvus psühhoaktiivsetest ainetest: kannabinoidest, rahustitest, narkootikumidest, hallutsinogeenidest, mitmete või muude psühhoaktiivsete ainete tarvitamisest tingitud psüühika- ja käitumishäired (F10.1-F10.3; F15; F16 ja F19). Keskmine ravipäevade arv varieerus 1-19 päevani. Kõige pikemalt vajasid ravi kanabinoide (F12) (28 päeva), rahustite ja uinutite (F13) (27 päeva) tarvitamisest tingitud psüühika- ja käitumishäirega patsiendid.



Joonis 8. Sõltuvushäiretega patsientide keskmiste ravipäevade arv

Antud valimi grupis oli esmase psühhiaatrilise haigusjuhuga tegemist 33 juhul ja 55 juhul korduvaga. 4 korral polnud haigusloost leitav, kas tegemist oli esmase või korduva juhuga.

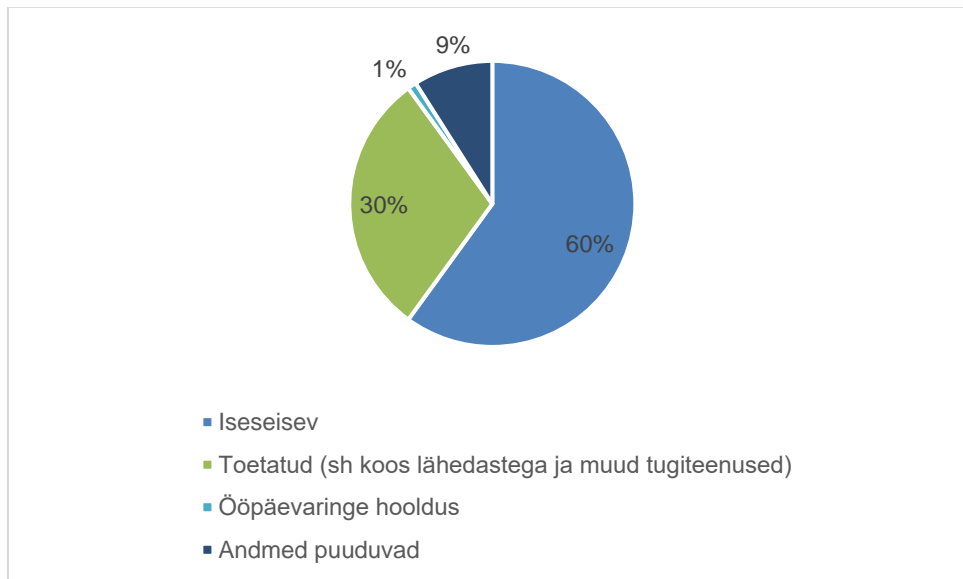
Dokumenteeritud oli 11 juhtumit, kus patsiendile oli pakutud eelnevalt võõrutusravi või rehabilitatsiooniteenust. 27 juhul oli dokumenteeritud, et patsient polnud eelnevalt võõrutusravi või rehabilitatsiooniteenust saanud. 54 juhul andmed selle kohta puudusid. Patsientide elustiilinõustamist ühegi patsiendi dokumentatsioonis ei kajastunud. Ainult 11% juhtudest saame väita, et patsient sai eelnevalt spetsiifilist meditsiinilist või sotsiaalset abi, mis on väga väike osakaal ning paneb mõtlema ravi ja rehabilitatsiooni kättesaadavuse kohta. Võib järeldada, et puudulikult oli dokumenteeritud psühhoaktiivsete ainete tarvitamisest tingitud psüühika- ja käitumishäiretega patsientide grupis andmed eelnevalt osutatud võõrutusravi/rehabilitatsiooni teenuste kohta, mis ei vasta ravijuhendis välja toodud standarditele (5).

Sõltuvushäirete puhul oli dokumenteeritud psühhoaktiivsete ainete tarvitamine 97%-l juhtudest, mis ei ole tõenduspõhise praktikaga kooskõlas (5). Perearstile oli pöördunud eelneva 5 aasta jooksul 43% sõltuvushäire grupis olevatest patsientidest, kelle põhidiagnoosiks perearsti poolt vaadatuna oli krooniline kehalise tervise probleem. Psüühikahäire tõttu pöördus perearsti poole 54% patsientidest. Somaatilise haiguse põhidiagnoosiga oli üks inimene pöördunud psühhiaatri poole.

Psühholoogiline või neuropsühholoogiline uuring oli haiglas viibimisel tehtud 17 patsiendil (18%). Aju visualiseeriv uuring (CT, MRT) oli hospitaliseerimisele eelneva 5. aasta jooksul tehtud 57 patsiendile (62%). Analüüse oli haigusjuhu piires tehtud 79 patsiendile (86%), mis

osaliselt vastab ravijuhendis välja toodud standartidele (5). Vähemal määral oli teostatud aju visualiseerivaid uuringuid ning neuropsühholoogilisi uuringuid.

Hospitaliseerimisele eelneval perioodil tulid 60% patsientidest iseseisvalt enda eluga toime (Joonis 9). 30%-l juhtudest toetasid patsientide toimetulekut lähedased või nad said tugiteenuseid. 9% patsientidest said ööpäevaringset hooldust ja 1%-l juhtudest andmed toimetuleku kohta puudusid.



Joonis 9. Sõltuvushäiretega patsientide eelnev toimetulek enne hospitaliseerimist

Ravi

Kehalist haigust raviti 23%-l patsientidest, neist kolmele oli pakutud ka võõrutusravi ja rehabilitatsiooni. Kirjalik raviplaan oli dokumenteeritud 89%-l haiguslugudest.

Antipsühhootilist ravi kuni 2 antipsühhootikumiga sai 59% patsientidest. Üle nelja nädala oli regulaarselt määratud bensodiasepiine või uinuteid 4 patsiendile (4%). Teiste patsientide puhul olid bensodiasepiinid määratud lühiaegselt, mis on kooskõlas ravijuhendi soovitustega (5). 25% haigetest oli saanud psühhosotsiaalset ravi, mille alla kuuluvad erinevad psühhoteraapiad, igapäevaelu toetamine, tegevusteraapia, loovteraapia, aga ka perenõustamised, sotsiaaltöötaja konsultatsioonid jmt. Ülejäänute puhul kas seda ei teostatud või ei dokumenteeritud ning mis ei ole kooskõlas Alkoholarvitamise häirega patsiendi käsitlemise soovitustega 21 ja 43 (5).

Ohjeldamist vajab 23 patsienti (25%), neist neli isikut korduvalt, kaks üle 24 tunni, kelle kohta olid andmed Terviseametisse edastatud.

Haigla järgne käsitus

Perega kontakt oli dokumenteeritud 48%-l juhtudest, kuid kohaliku omavalitsusega vaid 5%-l juhtudest. Kontakt nii pere kui ka kohaliku omavalitsusega oli dokumenteeritud vaid 3 juhul. Pere ja omavalitsuse kaasamine raviprotsessi oli ebapiisav. Ravijuhise soovitusel soovitatakse ravisoostumuse parandamiseks ja tagasilanguse ennetamiseks kasutada psühhosotsiaalset sekumist, juhtumikorralduse rakendamist ja lähedaste kaasamist patsiendi nõusolekul (5).

Haiglast välja kirjutamise järgselt ükski patsiendist haiglasse ühe kuu jooksul ei sattunud.

63%-l patsientidest oli määratud/dokumenteeritud edasist abi andev spetsialist ja 66%-le patsientidest oli määratud edasine ravi. 31 (53%) patsienti suunati edaspidiseks abi saamiseks psühhiaatrile, 18 (31%) perearstile, 9 (16%) vaimse tervise õele ja 10 (17%) mujale (KOV sotsiaaltöötaja, eestkostja, lähedased). Tervislike eluviiside suhtes oli nõustatud 82% patsientidest, neist 36%-le pakuti edasist sõltuvusravi/rehabilitatsiooni, mis ei ole kooskõlas standardiga (5). Edasise sõltuvusravi/rehabilitatsiooni võimaluse pakkumine tuleb tagada ja dokumenteerida kõigile psühhoaktiivsete ainete tarvitamisest tingitud psüühika- ja käitumishäiretega patsientidele.

TOR dokumenteerimine

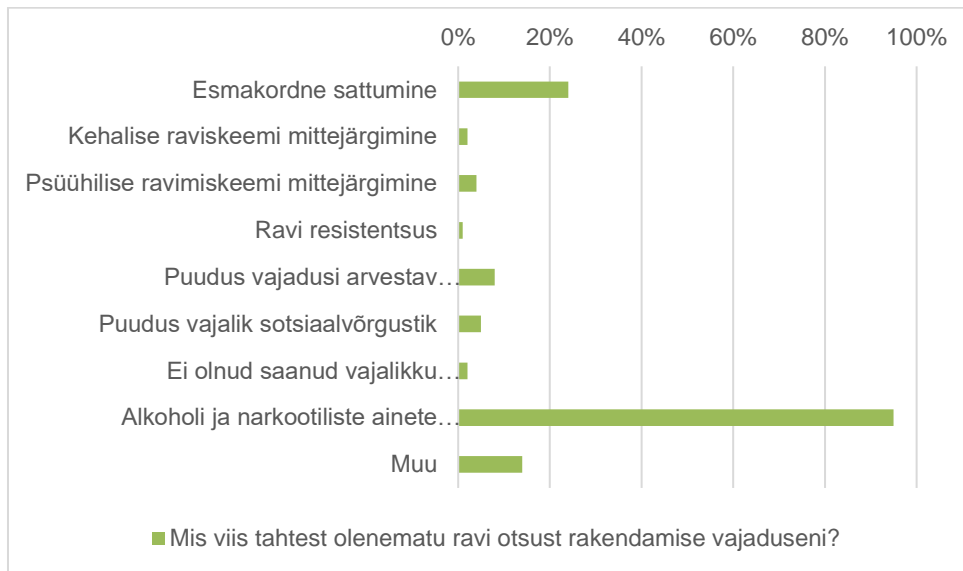
Kõigist 92 juhust, mil tahtest olenematut ravi rakendati, puudus ühel juhul TOR alustamise otsus. Patsient viibis haiglas kriminaalasja raames vahistatuna ja seetõttu haigla eraldi tahtest olenematut ravi taotlust ei esitanud, mis ei ole seadusest tulenevalt õige, kui patsiendile rakendatakse ravi. 10 juhul puudus tahtest olenematut ravi lõpetamise otsus.

Tahtest olenematut ravi otsuse pikendamisel üle 24 tunni oli 9 juhul õigeaegselt (24 tunni jooksul) puudu teise arsti arvamus. Üle 24 tunni rakendati tahtest olenematut ravi 50 juhul, üle 48 tunni 22 juhul, üle 4 päeva 14 juhul ja üle 40 päeva 1 juhul.

Üle 90%-l juhtudest viis tahtest olenematut ravi rakendamiseni alkoholi ja narkootiliste ainete tarvitamine (Joonis 10). 20%-l juhtudest oli tegu esmase hospitaliseerimisega. Tahtest olenematut ravi kohaldamise põhjuseks oli sageli vajadusi arvestava sotsiaalteenuse ja sotsiaalvõrgustiku puudumine (15%). Lisaks ilmnes, et psühhosotsiaalse ravi osakaal oli madal või haiguslugudes dokumenteerimata. See viitab tervikuna vajadusele paremaks infovahetuseks

aktiivravahaiglate ja sotsiaalhoolekannet teostavate asutuste vahel. 6%-l ei järgitud raviskeemi ja ravi resistentsus oli hinnatud umbes 1%- juhtudest.

Muu alla liigitati ravimite ja alkoholi koostarbimine ning suitsiidkatsed. Samuti oli välja toodud, et puudus sobiv hooldusteenus, tugiteenused sõltuvushäirega isikule, kel puudus kriitika oma sõltuvushäire suhtes.



Joonis 10. Põhjused, mis viisid TOR rakendamiseni

Korduvhospitaliseerimine

Korduvhospitaliseerimisi esines 11 patsiendi puhul. Neist kümme sattusid ühe aasta jooksul ravile 2-l korral ja üks 3-l korral. Rehospitaliseerimiste põhjusteks oli 100% ainete tarvitamine, lisaks kahel juhul toetusravi katkestamine ning 1 juhul ebapiisavad tugiteenused.

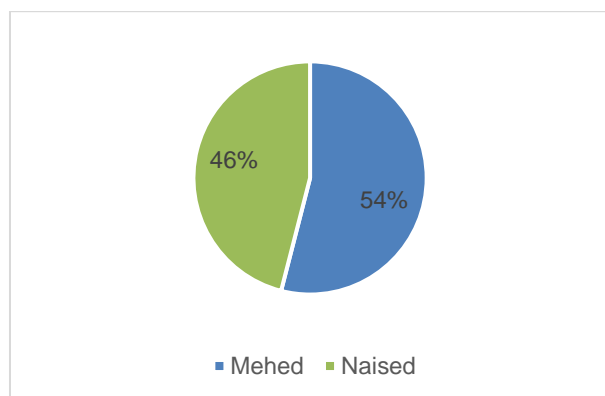
Korduvhospitaliseerimise ajal muudeti 3 juhul patsiendi raviskeemi ja 2 juhul diagnoosi. 7 juhul määrati tagasikutse, 8 juhul toimus nõustamine tervislike eluviiside suhtes ning 6 juhul pakuti sõltuvusravi või rehabilitatsiooni.

TOR otsuse pikendamisel üle 24 tunni oli 2 juhul puudu teise arsti arvamus ja 2 juhul puudu tahtest olenematut ravi lõpetamise otsus.

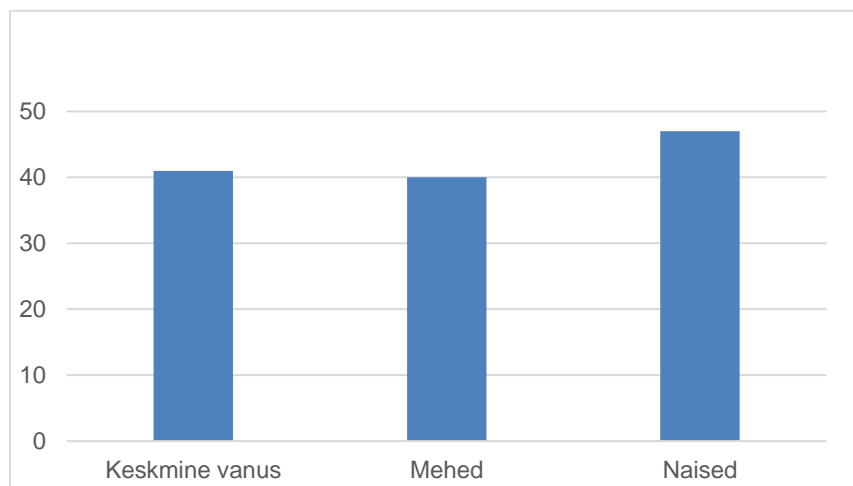
4.3. Skisofreenia, skisotüüpsed ja luululised häired (F20-F29)

Anamnees

Antud valimi grupist auditeeriti 186 patsiendi haiguslugusid, kelle põhidiagnoosiks oli skisofreenia või sellega seotud skisotüüpsed ja luululised häired. 54% valimist moodustasid naised (Joonis 11). Patsientide keskmiseks vanuseks oli 41 eluaastat (Joonis 12).



Joonis 11. Skisofreenia, skisotüüpsed ja luululised häiretega patsientide sooline jaotuvus

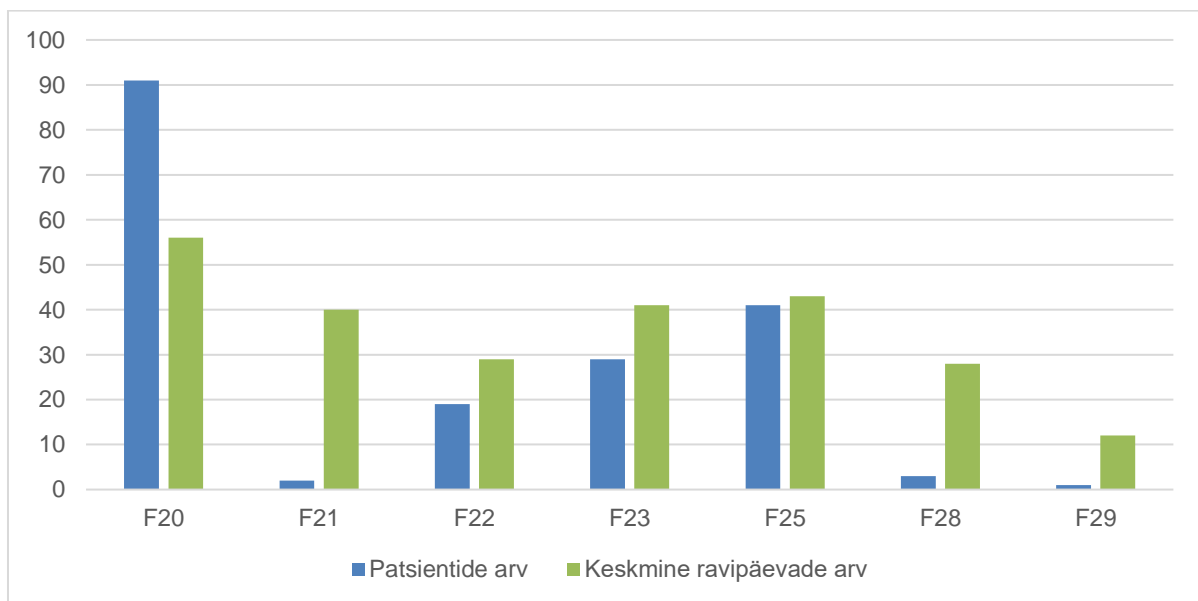


Joonis 12. Skisofreenia ja psühhootiliste häiretega patsientide keskmine vanuseline jaotus

Esmase psühhiaatrilise haigusjuhuga oli tegemist 31 juhul. Joonisel 13 on välja toodud diagnoosigruppide kaupa keskmiste ravipäevade arv, mis on kõige suurem skisofreenia diagnoosiga (F20) isikutel, 56 päeva. Järgnevad skisoafektiivse (43 päeva), esmase psühhosiga (41 päeva) ja skisotüüpse häirega (40 päeva) patsiendid (F21-F29). Viimaseid oli küll uuringuvalimis ainult kaks isikut ja valim võrdluseks seetõttu liiga väike. Võrdlusena saab välja

tuua aastal 2015 Inglismaal tehtud uuringu (11), kus keskmine ravipäevade arv 5. aasta lõikes erinevates haiglates skisofreenia diagnoosiga patsientidel oli 42,8 päeva ja skisoafektiivse häire diagnoosiga patsientidel 42,6 päeva. Sellele toetudes saab öelda, et Eesti ravitaktika ravikestuse osas on võrreldav Inglismaa praktikaga.

5. aasta jooksul enne käesolevat hospitaliseerimist pöördus perearsti poole 60% nendest psühhootilise häirega patsientidest, kellel oli varasemalt diagnoositud krooniline kehaline haigus. Psüühikahäire põhidiagnoosiga pöördus perearsti poole 44% patsientidest. Antud diagnoosigrupi raames kehalist haigust põdevatest patsientidest 28% ei olnud viimase 5 aasta jooksul pöördunud ravi saamiseks perearsti ega psühhiaatri poole, st nende kehaline seisund oli olnud ravita. Psühhootilise häirega meeste eluiga on 20 ja naistel 15 aastat lühem üldpopulatsioonist, mis on tingitud ühelt poort suuremast suitsidaalsusest, teisalt aga ravimata kehalistest haigustest (12). Patsiendid põevad sagedamini ravimite kõrvaltoimetega seonduvalt diabeeti, elustiili tõttu südamehaigusi ning kroonilist obstruktiivset kopsuhaigust (3), mistõttu nende suunamine perearstisüsteemi ning nende elustiilinõustamine on hädavajalikud.



Joonis 13. Skisofreenia ja psühhootilised häiretega patsientide ja keskmine ravipäevade arv.

Patsientide elustiilinõustamist dokumentatsioonis ei kajastunud, vaid 1 juhul 186-st oli dokumenteeritud patsiendi osalemine tervisliku toitumise nõustamisel või spordiprogrammis.

Psühholoogiline või neuropsühholoogiline uuring oli haiglas viibimise jooksul tehtud 56 patsiendil (30%). Audiitorite hinnangul oleks uuring olnud vajalik veel 6 patsiendile, kellele seda

ei tehtud. 4 juhul oli uuring jäetud tegemata esmase psühhootilise haigestumisega patsiendile, kus põhjendust ei olnud välja toodud ja 2 juhul oli märgitud, et patsient oli uuringust keeldunud.

Aju visualiseeriv uuring (CT, MRT) oli hospitaliseerimisele eelneva 5 aasta jooksul tehtud 104-le patsiendile (56%). 20 juhul andmed puudusid ravidokumentidest. 6 juhul oli tegemata aju visualiseeriv uuring esmastel haigetel ja kahel juhul oli patsient uuringust keeldunud.

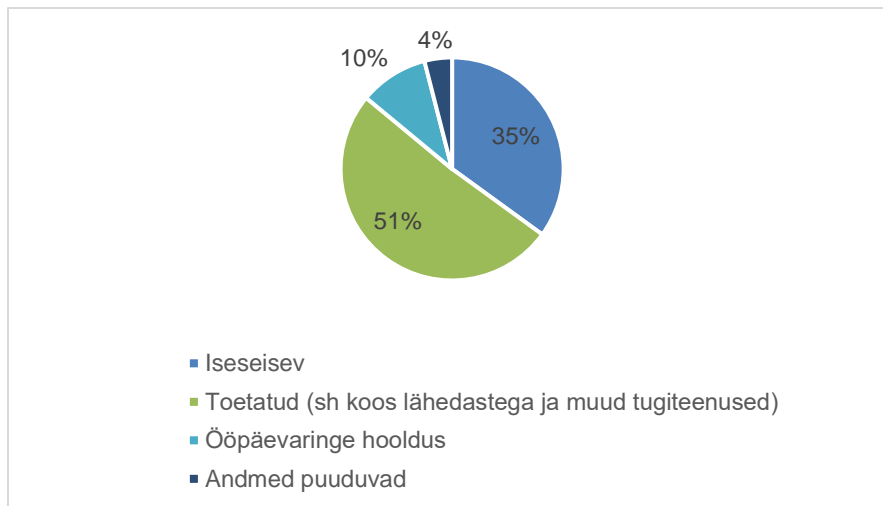
Analüüse oli haigusjuhu piires tehtud 174 juhul (94%). 11 juhul ei leitud analüüse haiguslugudest, neist 2 juhul oli tegemist esmase haigestumisega.

NICE ravijuhise (3) kohaselt tuleb kõigile esmase haigestumisega patsientidele tagada nii psühhiaatriline kui psühholoogiline uurimine, kehalise seisundi täielik hindamine, elustiili ja elukvaliteedi ning psühhosotsiaalne hindamine. Sellest lähtuvalt esines uuringute läbiviimisel puudujääke, täielikult dokumenteerimata oli elustiili puudutav hindamine/nõustamine.

Skisofreeniahaigetel oli hinnatud ja dokumenteeritud psühhoaktiivsete ainete tarvitamist 81 juhul, mis oli 44% patsientidest, mis ei vasta standardile. NICE ravijuhise (3) kohaselt tuleb kõigil patsientidel hinnata ainete tarvitamist ning võimalikku sõltuvust.

Joonis 14 illustreerib patsientide hospitaliseerimisele eelnevat toimetulekut. 51%-l juhtudest toetasid patsientide toimetulekut lähedased või muud tugiteenused, 35%-l juhtudest tulid patsiendid enda eluga iseseivalt toime, 10%-l patsientidest vajasisid ööpäevaringset hooldust ja 4%-l juhtudest andmed toimetuleku kohta puudusid.

Probleemiks on kujunenud suur protsent patsiente, kes viibivad küll ööpäevaringsel hooldusel, kuid kellele ei ole seal võimalik tagada vajalikku ravi juhul, kui nad seda ei soovi. See toob kaasa nende sagedase hospitaliseerimise. Antud auditis oli korduvhospitaliseeritute hulgas samuti erihooldusel viibivaid patsiente, kes keeldusid hooldusasutuses ravist.



Joonis 14. Patsientide eelnev toimetulek

Ravi

Kehalist haigust raviti 88% kehalise haiguse diagnoosi saanud patsientidest, lisaks oli 20 patsienti saanud somaatilise haiguse ravi, kellel ei olnud kehalise haiguse diagnoosi. Diagnoositud kehaliste haiguste ravi jätkamine oli heal tasemel, samuti oli seisundist lähtuvalt patsientide kehalist tervist ravitud, kuid lõppdiagnoosis see alati ei kajastunud. Kõik ravitud haigused peavad kajastuma diagnoosides. Raviplaanide olid leitavad 95%-l haiguslugudest.

NICE ravijuhise (3) järgi võib määrata kombineeritud antipsühhootilist ravi lühiajaliselt. Ravimi annus peaks vastama ravimi omaduste kokkuvõttes välja toodud juhiste, sellest erinevus peaks olema haigusloos põhjendatud. Haiguslugude põhjal sai 84% patsientidest samaaegselt kõige rohkem kaht antipsühhootikumi antipsühhootilises annuses. Vähemalt kahel juhul oli patsient saanud korraga suures annuses kolme antipsühhootikumi. Kahel juhul oli dokumenteeritud, et patsient antipsühhootilist ravi ei saanud ning ühel juhul, et patsient sai kaht antipsühhootikumi mitteantipsühhootilises annuses. Saadud tulemused näitavad, et 84%-l juhtudest oli ravi vastavuses antud ravijuhisega. Olukord, kus tahtest olenematul ravil viibivale psühhootilise häire diagnoosiga patsiendile antipsühhootikume ei manustatud (ei manustatud dokumentide järgi ka muid ravimeid), viitab olukorrale, kus patsient ei vajanud meditsiinilist käsitlemist ning pidanuks viibima kusagil mujal.

Üle nelja nädala oli regulaarselt määratud bensodiasepiine või uinuteid 50 patsiendile (27%). Muid ravimeid manustati 91 juhul, neist 23 korral oli tegemist somaatiliste haiguste raviga. 18 juhul oli patsient lisaks saanud antidepressante, 34 juhul meeleolu stabilisaatoreid ja 37 juhul

oli kasutatud kõrvaltoimete korrektoreid. Teatud juhtudel oli määratud patsiendile kõrvaltoimete korrektorid ilma, et kõrvaltoimeid oleks kirjeldatud.

Ravimite kõrvaltoimete esinemine oli dokumenteeritud 31%-l haiguslugudest. NICE ravijuhise (3) kohaselt peab monitoorima ja dokumenteerima nii seisundi muutused kui kõrvaltoimete võimaliku esinemise (akatiisia, liigutushäired, kehakaal, vööümbermõõt, EKG jne) regulaarselt kõigil patsientidel, kellele manustatakse antipsühhootikume. Seega jääb teadmata, kas kõrvaltoimete esinemist on 69% haigetest hinnatud või mitte, mis on suur protsent. Kahel juhul võis tegemist olla tõsiste kõrvaltoimetega: ühel juhul oli ravimi Lorasepam 1mg x3 manustamise foonil patsient kukkunud voodist, hiljem diagnoositi selle tagajärjel tekkinud ristluumurd; teisel juhul patsient suri, päevikus kirjeldati, et enne surma kaebas patsient hingamisraskust, surma põhjuseks oli trombemboolia. Ei saa välistada neuroleptikumi rolli trombemboolia tekkes.

Ühel juhul leidis auditeerija, et epikriisis ja ravilehel välja toodud andmed kasutatud ravimite kohta ei ühtinud. Lühikokkuvõttes oli mainitud bensodiasepiine ja ühte antipsühhootikumi, mida ravilehel kirjas ei olnud – seega oli dokumenteerimine vigane.

56% patsientidest oli saanud psühhosotsiaalset ravi, mille all kuuluvad erinevad psühhoteraapiad, igapäevaelu toetamine, tegevusteraapia, loovteraapia jne. Ülejäänute puhul ei olnud seda dokumenteeritud.

Kõigist F20-F29 diagnoosiga patsientidest vajas ohjeldamist 32 patsienti (17%). 27 juhul rakendati mehhaanilist ohjeldamist, 6 juhul ohjeldati ravimitega, 4 juhul kasutati füüsilist ohjeldamist ja 2 juhul eraldamist. Auditi hindamiskriteeriumite alusel ei hinnatud ohjeldusmeetmete vormi täitmist ja selle olemasolu, kuid 3-l juhul tõid auditeerijad välja järgnevad puudused: 1) „*ohjeldusmeetmete vormi ei ole täidetud, vägivaldajuhtumi registreerimislehel on märge, et patsienti tuli kinni hoida*“; 2) „*korduval fikseerimisel ei ole uut ohjeldusmeetmete rakendamise lehte alustatud, vaid olemas kommentaarid, et patsient vabastatakse fikseeringust ning hiljem seda alustatakse uuesti*“; 3) „*haigusloos märgitud, et ohjeldatud 20.05-21.05, kuid puuduvad ohjeldamise dokumendid*“. Psühhiaatrilise abi seadus (1) näeb ette kindla ohjeldamise korra, mida peab järgima igal ohjeldamise juhul. Silmatorkav oli ohjeldamiste hulga erinevus erinevates haiglates: kui kahes auditeeritud haiglas ei ohjeldatud ühtegi patsienti antud patsientide grupis (vastavalt 6-st ja 4-st patsiendist), siis ühes haiglas ohjati 53% (19-st 10).

Isikuliselt oli 2 patsienti ohjeldatud neljal korral, 3 kolmel korral, 5 kahel korral ja 21 ühel korral. Kahte patsienti tuli ohjeldada üle 24 tunni, neist ühel puhul oli edastatud teatis Terviseametisse, teisel puhul mitte. Korduvhospitaliseeritustest vajas ohjeldamist 5 patsienti, neist 1 kahel korral, kõik vähem kui 24 tundi.

Ettevalmistused haiglajärgseks käsitluseks

Enne haiglast väljakirjutamist on tähtis arendada koostööd koos patsiendi omaste ning tugiteenuseid pakkuvate spetsialistidega, et tagada igapäevane toimetulek, parandada elukvaliteeti ning vältida rehospitalseerimist.

59%-l juhtudest oli dokumenteeritud kontakt perega ja 16%-l juhtudest KOV-ga. Kontakt peredega oli heal tasemel, samas tugiteenuseid pakkuvate omavalitsustega oli suhtlus vähene.

Kuu aja jooksul peale haiglast välja kirjutamist sattus haiglasse ravile uuesti 7 inimest (6%).

80% juhtudest oli määratud/dokumenteeritud edasist abi andev spetsialist, valdavalt said patsiendid tagasikutse kas psühhiaatri (76%) või vaimse tervise õe (18%) juurde. 96%-le patsientidest oli määratud edasine ravi. Tervislike eluviiside suhtes oli nõustatud dokumentatsiooni järgi 25% patsientidest. Võimalik, et erinevatest dokumentatsioonidest jäi osa infot auditeerijatel leidmata. Elustiili suhtes peaks olema küsitletud kõiki patsiente, vajadusel ka nõustatud tervislike eluviiside osas.

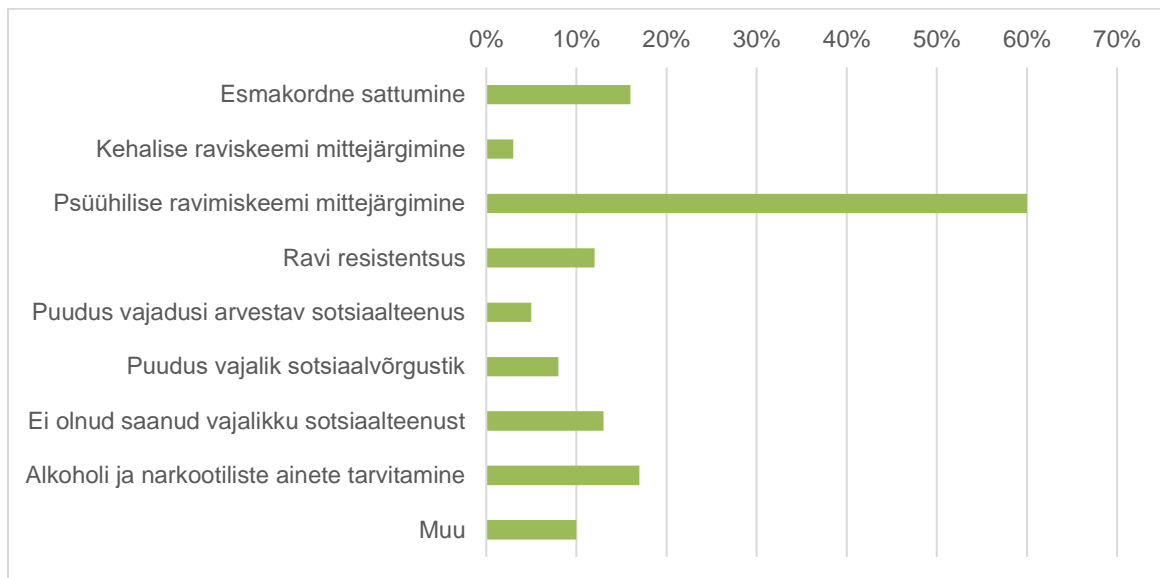
TOR dokumenteerimine

TOR dokumenteerimise osas leidsid auditeerijad mitmeid puudusi. Ühel juhul ei olnud haigusloost leitav TOR otsus ning 53 juhul ei olnud leitav TOR lõpetamise otsus. TOR otsuse pikendamisel üle 24 tunni on vajalik dokumenteerida teise arsti arvamus, 8 juhul oli see puudu. TOR otsuse pikendamisel üle 48 tunni ei olnud dokumentidest leitavad taotlus kohtule ja teise arsti arvamus 3 juhul. TOR otsuse pikendamisel üle 4 päeva ei olnud dokumentidest leitavad 3 teise psühhiaatri arvamust ja 2 taotlust kohtule. TOR otsuse pikendamisel üle 40 päeva ei olnud 2 juhul leitav teise psühhiaatri arvamus.

Ühel juhul leidis auditeerija patsiendi, kes viibis haiglas ravil vabatahtliku ravilepingu alusel, õendusepikriisist järgmised märkmed: "*ravi võtab vastumeelselt, üritab välja sülitada. Õhtul sai ravi purustatult, sest tabletina sülitas mitmeid kordi välja*"; "*Rohtu võtta ei taha, väidab, et aitab küll. sai pulbrina lahustatult*"; "*Ravimeid tuleb purustatult süstlaga suhu lasta söömise*

ajal" – ravilepingu alusel ravil viibivale patsiendile ei tohi ravimeid manustada kui patsient seda ei soovi.

TOR otsuse rakendamise peamised põhjused on välja toonud joonisel 15. 17% patsientidest olid haigestunud esmakordselt. Põhjused, mis viisid haiguse ägenemiseni ja tingisid TOR rakendamist olid psüühilise raviskeemi mittejärgimine (60%), alkoholi ja narkootiliste ainete tarvitamine (17%), vajaliku sotsiaalse võrgustiku (8%) ja sotsiaalsete teenuste puudumine (5%) või nende mitte saamine (12%). 12% patsientidest olid raviresistentsed. Tuleb välja tuua, et sobivate sotsiaalsete teenuste puudumine või mittekätte-saadavus olid märgitud haiguse ägenemise põhjusteks kokku 17%-l juhtudest. Kui lisada veel sobiva sotsiaalse võrgustiku puudumine, siis kokku oli 25% haiguse ägenemise juhtudest seotud sotsiaalsete probleemidega. Muu põhjustena oli välja toodud ebapiisav antipsühhootiline ravi, haiguse ägenemine stressi foonil, kehalise tervise halvenemine, konflikt hooldekodus ja suitsiidoh.



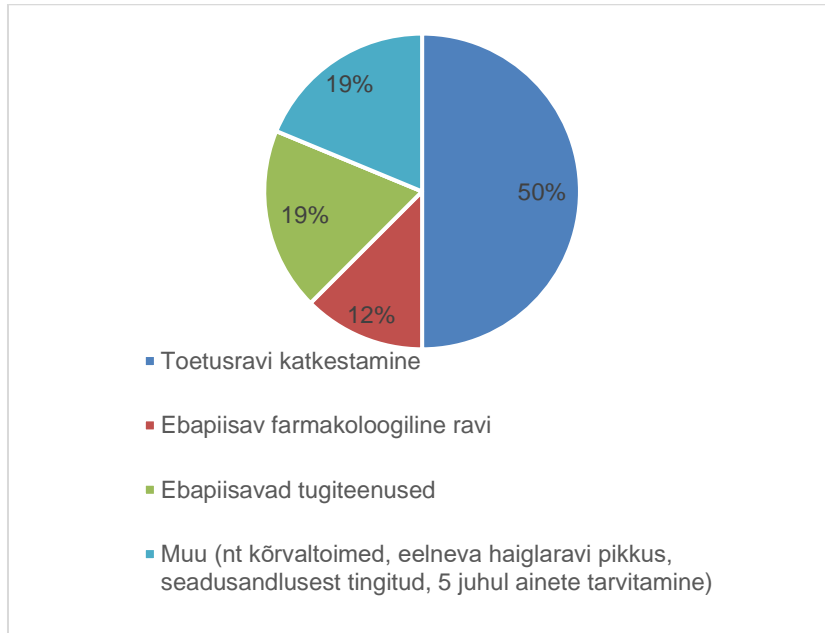
Joonis 15. Põhjused, mis viisid TOR rakendamiseni

Korduvhospitaliseerimine

Kokku vajab korduvat hospitaliseerimist aasta jooksul 22 patsienti. Neist 12 patsienti viibisid ravil 2 korral, viis 3 korral, kolm 4 korral ja kaks 5 korral. Rehospitaliseerimise peamised põhjused on välja toodud joonisel 16.

50% patsientidest vajabid rehospitaliseerimist toetusravi katkestamise tõttu. 19% juhtudest oli tegemist ebapiisava farmakoloogilise raviga. 19%-l juhtudest leidsid auditeerijad, et

tugiteenused olid ebapiisavad. 12%-l juhtudest oli tegu muu põhjustega, nagu kõrvaltoimed, alkoholi ja narkootiliste ainete tarvitamine.



Joonis 16. Rehospitaliseerimise põhjused

Korduvat haiglaravi vajanud 22 patsiendist oli ühel juhul rehospitaliseerimise diagnoosiks äge intoksikatsioon, teistel juhtudel oli rehospitaliseeritud sama diagnoosiga. 14 juhul pikendati tahtest olenematut ravi üle 4 päeva. 10 juhul muudeti raviskeemi, kas tõsteti antipsühhootikumi annust või muudeti ravimit ja ühel juhul viidi üle esimese põlvkonna depooravile. 10 patsienti sai psühhosotsiaalset ravi. Neljal juhul oli rehospitaliseerimine toimunud vähem kui kuu möödudes, mis on Eestis ravikvaliteedi indikaatoriks. Neljal juhul ei nähtunud haigusloost tagasikutse andmeid, ühel juhul ei olnud dokumenteeritud edasist ravi. Ravikvaliteedi näitajaks on ka tagasikutse olemasolu patsiendile ning selle puudumine viitab ravikvaliteedi puudustele.

Hospitaliseerimise ja rehospitaliseerimise sagedane põhjus on toetusravi katkestamine või ebapiisavus, seda kas varjatud või otsese ravist keeldumise tõttu või siis ebapiisava sümptomite kontrolli tõttu. Mitmetes uuringutes on välja toodud, et depooravi teise põlvkonna antipsühhootikumidega aitab parandada ravisoostumust, vältida ravikatkestusi ning vähendada rehospitaliseerimiste arvu (13-17). Depooravi kasutamist analüüsiti valimis olnud skisofreeniahaigetel aasta enne haiglaravile sattumist kuni audit perioodi lõpuni, seda raviarvete alusel

osutatud teenuste 492R ja 219R alusel ning realiseeritud depooravi preparaatide retseptide alusel.

186-st valimisse kuuluvast isikust oli depooravi haiglaravile eelnevalt määratud 59 patsiendile, neist 5 oli olnud depooravil rohkem kui aasta enne valimi perioodi, valimi perioodil ei olnud nad depooravi saanud.

Teenust 492R - ravi süstitava atüüpilise antipsühhootikumiga oli enne tahtest olenematule ravile hospitaliseerimist regulaarselt osutatud 4 patsiendile, nendest kahel jätkus depooravi sama teenusega ka peale hospitaliseerimist. Kahel juhul oli patsient viidud üle tüüpilisele depooravimile. TOR hospitaliseerimise käigus/järgselt osutati viiele isikule teenust 492R ehk nad viidi üle depooravile atüüpilise antipsühhootikumiga. Ükski neist ei olnud varasemalt olnud depooravil. Välja saab tuua, et antud teenusel olnud patsiendid olid kogu haigusjuhu vaadeldud ulatuses käinud regulaarselt ravil.

Teenust 219R - ravi süstitava tüüpilise antipsühhootikumiga ei olnud enne hospitaliseerimist regulaarselt osutatud ühelegi patsiendile. Peale statsionaaris viibimist oli ravi ordineeritud kahele isikule, mõlemal juhul oli üle mindud teise tüüpilise antipsühhootikumi depoopvormilt.

Analüüsid tüüpilistele antipsühhootikumidele väljakirjutatud/realiseeritud retsepte, saab välja tuua, et 15 juhul oli tüüpiliste depooravimite retsepte väljastatud regulaarsusega, mis võimaldab tagada regulaarset ravi. Seda, kas patsientidele ka ravim manustati, ei ole võimalik antud andmete põhjal kontrollida. Viiel juhul oli varasemalt retsepte depoopreparaatidele välja kirjutatud regulaarselt, kuid enne hospitaliseerimist oli depooravi katkenud.

13 juhul oli depooravimi retsept väljastatud hospitaliseerimisele eelneva aasta jooksul ühekordselt, valdavalt pikka aega enne hospitaliseerimist. Regulaarsest depooravist neil juhtudel rääkida ei saa. Haiglas viibimise järgselt oli depooravi varem saanud tüüpilise antipsühhootikumiga jätkatud 15 juhul, esmakordselt viidi haiglaravi järgselt 10 isikut üle tüüpilisele antipsühhootikumile, kusjuures kahe puhul sai väita, et nad ei jätkanud depooravi.

4.4. Asutuste sisekord

TOR kohaldamise juhend ja dokumendid olid kõigis asutustes olemas. Asutuste tahtest olenematu vältimatu psühhiaatrilise abi otsuse vormid vastasid Sotsiaalministri 18. märtsi 1997. aasta määruse nr. 10 Lisa 2-le.

Ohjeldamise kohaldamise juhend ja dokumendid oli olemas kõigil asutustel. Ühe asutuse puhul oli eraldi välja toodud, et ohjeldamised registreeritakse ohjeldusmeetmete registris. Lisaks fikseeriti ühe raviasutuse haigusloo põhjal, et ohjeldamiseks ei loetud patsiendi jäsemete fikseerimist tema nõusolekul infusioonravi läbiviimiseks, samuti patsiendi fikseerimist tema soovil või kokkuleppel tervishoiutöötajaga. Antud juhul ei olnud tegevused vastavuses psühhiaatrilise ravi seaduse nõudmistega.

Vägivalla juhtumite dokumenteerimise ja raporteerimise kord oli kõigis asutuses olemas. Ühe raviasutuse puhul oli välja toodud, et patsiendi oht hinnatakse ohujuhtumi riskihindamise maatriksi alusel ja ohujuhtumid registreeritakse anonüümselt.

Kaebuste ja ettepanekutega registreerimise/lahendamise kord oli kõigis asutuses olemas.

Eraldi juhend agressiivse patsiendiga toimetulekuks puudus neljal asutusel viiest. Üks asutus oli juhendi puudumise põhjendusena välja toonud, et kõik psüühikahäirega patsiendid võivad olla potentsiaalselt agressiivsed ning et kõik haiglas aset leidnud vägivallajuhtumeid uuritakse ja arutakse koos juhtumiga seotud personaliga.

5. JÄRELDUSED

Auditeeritud haiguslugude valimist saab tahtest olenematut ravi vajavate haigete profiili kohta teha järgmised järeldused:

- Skisofreenia, skisotüüpsete ja luululiste häiretega kui ka psühhoaktiivsete ainete tarvitamisest tingitud psüühikahäiretega isikute keskmine vanus oli 41 aastat; orgaaniliste psüühikahäiretega isikute keskmine vanus oli 64 aastat; mehi hospitaliseeriti kõikide gruppide osas veidi rohkem (54-56%).
- Kõige enam vajasisid tahtest olenematut ravi skisofreenia diagnoosiga (n=90), skisoafektiivse häirega (n=40), orgaanilise psühhootilise häirega (n=38) ja alkoholipsühhoosiga (n=35) isikud. Märkimisväärne on siinkohal, et tahtest olenematul ravil viibisid 26 dementsuse diagnoosiga isikut (keskmiselt 22 päeva) ning 18 isikut alkoholjoobe tõttu (keskmiselt 10 päeva).
- Kõige pikemalt vajasisid keskmiselt haiglaravi skisofreenia (56 päeva), skisoafektiivse häire (43 päeva), esmase psühhootilise haigestumise (41 päeva) ja residuaalse või hilise alkoholist tingitud psüühikahäirega (36 päeva) isikud.
- Esines haigusjuhte, kus ravidokumentide alusel oleks patsiendid pidanud viibima mõnel muul teenusel. Dementsussündroom (17 juhul 72-st) ei ole ravitav ning nendele patsientidele on esmatähtis adekvaatne hooldus, millest tulenevalt on siin suured puudujäägid inimeste jõudmisel vajalikele teenustele/vajalike teenuste puudumine. Alkoholijoove iseenesest (18 juhul 92-st) ei peaks olema tahtest olenematule ravile hospitaliseerimise põhjus, nende isikute hospitaliseerimise puhul tekib küsimus, kas nad olid hospitaliseeritud peamiselt joobe tõttu või on siin jäänud diagnoosimata mõni teine raske psüühikahäire. Kahel juhul tahtest olenematul ravil viibivale psühhootilise häire diagnoosiga patsiendile antipsühhootikume ei manustatud (ei manustatud dokumentide järgi ka muid ravimeid), mis viitab olukorrale, kus patsient ei vajanud meditsiinilist käsitlust ning pidanuks viibima kusagil mujal.

Anamnees

Anamneesi osas ei olnud piisavalt dokumenteeritud psühhoaktiivsete ainete tarvitamist, seda nii skisofreeniahaigete (hinnatud 44%) kui ka orgaaniliste psüühikahäiretega patsientide (50%) gruppides.

- Psühhoaktiivsete ainete tarvitamisest tingitud psüühika- ja käitumishäiretega patsientide grupis oli ebapiisavalt dokumenteeritud nende patsientidele eelnevalt osutatud võõrutusravi/rehabilitatsiooniteenus (41%).
- Haiguslugudes ei kajastunud andmed tervisliku toitumise osas ega spordiprogrammides osalemise kohta.
- Orgaaniliste psüühikahäiretega isikutest oli neljandikul haigetest diagnoosimata haigus, mis psüühikahäire põhjustas, isegi kui see oli haigusloos kirjas. Samuti oli skisofreenia diagnoosiga haigeid ravitud somaatilise seisundi tõttu 20 juhul, kuid somaatilist haigust ei olnud neil diagnoositud.
- Ühe haigla dokumentatsioon oli osaliselt venekeelne, kohati raskesti loetav. Haiguslugudest polnud leitavad valvearsti sissekanded koos hospitaliseerimise põhjendatusega, esialgsed diagnoosid, psüühilise ja tervisliku seisundi kirjeldused-sellele on tähelepanu juhitud ka 2011. aasta auditis.

Uuringud

- Uuringud, analüüsid, aju visualiseerivad uuringud, psühholoogi uuringud olid valdavalt tehtud eesmärgipäraselt. Üksikjuhtudel olid uuringud esmastel patsientidel tegemata ning nende põhjuseid haiguslugudest ei selgunud.

Ravi

- Kirjalikud raviplaanid olid valdavalt haiguslugudes olemas.
- Antipsühhootilist ravi oli enamasti määratud soovitustele vastavalt. Ühes haiglas olid tüüpilised antipsühhootikumid rohkem kasutuses ning nende preparaatide annused kõrged, üksikjuhtudel olid patsiendid ravi saanud kolme antipsühhootikumiga kõrgetes doosides, mille põhjendatus oli ebaselge.

- Regulaarne ravi depoopreparaatidega oli määratud enne hospitaliseerimist 19 patsiendile (10% valimist). Atüüpiliste depoo antipsühhootikumidega sai 186-st patsiendist haiglale eelnenud perioodil ravi 4 isikut (2% valimist). Tüüpiliste depooravimitega sai regulaarseks hinnatavat ravi 15 patsienti (8% valimist). Depooravi preparaatide kasutamine oli valimis olnud isikute osas tagasihoidlik, ravi depoopreparaatidega oleks põhjendatud 20-25% patsientidest.
- Vaid 31% juhtudest oli haiguslugudes dokumenteeritud kõrvatoimete esinemine või ja/mitteesinemine, dokumenteerimine ei olnud piisav.
- 20%-l skisofreeniahaigetest oli kasutusel kõrvaltoimete korrigeerivad – tõestatud toob antikolinergiliste ainete kasutamine kaasa kognitiivse suutlikkuse alanemise pikemas perspektiivis, mistõttu nende ravimite pikemaajane kasutamine ei ole soovitatav.
- 27%-l skisofreeniahaigetest, 4%-l sõltuvushäirete ning 11%-l orgaaniliste psüühika-häiretega patsientidest oli määratud üle nelja nädala regulaarselt bensodiasepiine või uinuteid, mis ei ole kooskõlas ravijuhistega. Edaspidiselt tuleb kaaluda alternatiivseid võimalusi.
- Psühhosotsiaalset abi oli saanud keskmiselt 56% skisofreeniahaigetest, 33% orgaaniliste häirete all kannatajatest ning 25% sõltuvushäire patsientidest. Psühhosotsiaalse ravi võimalused olid erinevates haiglates erinevad, eraldi tooks välja, et kõigi gruppide peale kokku oli saanud psühhosotsiaalset ravi ühes auditeeritud haiglas vaid 1 patsient.

Haiglaravile sattumise põhjused

- Seisundi ägenemist põhjustasid raviskeemi mitte järgimine (24%), sealhulgas kehalise raviskeemi mittejärgimine (24%) ja psüühilise raviskeemi mittejärgimine (10%). Vajaliku sotsiaalteenuse puudumine või mittesaamine (32%), sotsiaalvõrgustiku puudumine (15%), raviresistentsus (8%) ja alkoholi ning narkootiliste ainete tarvitamine (10%). Peamised põhjused olid seotud sotsiaalse võrgustiku ja vajalike teenuste puudumisega.
- Skisofreeniahaigete haiglasse sattumise peamine põhjus oli patsientide poolne raviskeemi mittejälgimine 60%-l juhtudest ning korduvhospitaliseerimiste puhul ravi katkestamine 73%-l juhtudest.

- Teine oluline komponent skisofreeniahaigete haiglaravile sattumisel olid ebapiisavad tugiteenused ning ebapiisav tugivõrgustik (26%).
- Orgaanilise psüühikahäirega inimeste puhul oli haiglaravile sattumise suurimaks põhjuseks sotsiaalteenuste vähene kättesaadavus ning ebapiisav tugivõrgustik, samuti ravi ebajärjekindlus, vähemal määral ainete tarvitamine.
- Sõltuvushäirega patsientide ravile sattumise peamine põhjus oli ainete tarvitamisest tingitud psüühilise seisundi destabiliseerumine.
- Jätkuvalt oli hospitaliseeritud hulk isikuid alkoholijoobe tõttu põhidiagnoosina. 2011. aasta auditis on välja toodud, et joove ei peaks olema hospitaliseerimise põhiliseks näidustuseks, joobes isikud kuuluvad politsei vastutusalasse.
- Probleemiks on kujunenud sobiva sotsiaalteenuse puudumine erinevate ravigruppide osas. Puuduliku ravisoostumusega psühhoosihaigete ravi toimub vabatahtlikkuse alusel, ravita jäämisel aga psühhoosihaigete seisund kiiresti ägeneb, haige muutub taas ohtlikuks ning vajab uut hospitaliseerimist tahtest olenematus korras. Sellises situatsioonis võiks lahenduseks olla ambulatoorne TOR (ambulatoorne sundravi on olemas). Samuti on probleemiks dementsetele isikutele sobivate teenuste vähesus, vajalik oleks tugevdatud järelevalvega hooldusteenus agressiivse käitumisega de-mentsussündroomiga patsientidele.

Ohjeldamine

- Ohjeldamist vajab skisofreeniahaigetest 32 patsienti (17%), 23 (25%) patsienti sõltuvushaigetest ning 9 (13%) orgaaniliste häiretega patsientidest. Ohjeldamiste hulk on erinevates haiglates erinev. Ühes auditeeritud haiglas oli see kõikides diagnoosigruppides oluliselt teistest suurem- vastavalt 53%; 56% ja 22% haigetest.
- Ohjeldamine oli valdavalt dokumenteeritud hästi, vaid ühel juhul olid dokumendid puudu. Ohjeldamise dokumenteerimise kord oli haiglates olemas. Psühhiaatrilise abi seaduse (edaspidi PsAS) mittevastavus tuvastati ühe haigla puhul.
- Kõikides auditeeritud haiglates olid olemas vägivaldajuhtumite dokumenteerimise ja raporteerimise kord.

- 2011. aasta auditis tehti ettepanek töötada välja ja juurutada skaalad ohtlikkuse hindamiseks. Juhend agressiivse haige hindamiseks ja toimetulekuks on käesolevalt olemas vaid ühes haiglas, vajalik on ka teistes haiglates töötada välja juhised ohtlikkuse hindamiseks, agressiivsuse ennetamiseks ning sellega toimetulekuks.

TOR

- TOR dokumentatsioon oli enamasti korrektselt vormistatud, erinevused olid erinevate maakohutute kohtupraktikas, mistõttu kohtu poolt nõutavad dokumendid olid haiglate lõikes erinevad.
- Puudujäägid ilmsid TOR otsuste lõpetamise osas, kuid selle põhjuseks saab pidada aegunud sotsiaalministri määruse RTL 1997, 73, 413. Antud määrus ei arvesta muutunud seadusloomet TOR kontekstis. PsAS võeti riigikogus vastu ning hakkas kehtima 1997. aastal, samast ajast pärineb ka sotsiaalministri määrus tahtest olenematu vältimatu psühhiaatrilise ravi otsuse vormistamise korra kohta. 2006. aastal võeti vastu Tsiviilkohtumenetluse seadustiku, täitemenetluse seadustiku ja nendega seonduvate teiste seaduste muutmise seadus, millega seoses muutus oluliselt ka PsAS. Sotsiaalministri määrus aga ei ole siiani muutunud, mistõttu ta ei ole kooskõlas praegu kehtiva PsAS-ga.
- 23 juhul 350-st puudus õigeaegselt teise psühhiaatri arvamus, mis on kõrvalekalle seadusest.
- Ühel juhul oli TOR otsus jäetud vormistamata isikule, kes seda sissekannete põhjal oleks vajanud.
- Ühel juhul puudusid TOR dokumendid kuna patsient viibis haiglas kriminaalasja raames vahistatuna, samas ei võimalda vahistamisotsus rakendada tahtest olenematut ravi, seega oleks vastavad dokumendid pidanud olema vormistatud.
- TOR pikendamisel ei olnud eraldi vormistatud kohtule taotlust, sest patsiendi suhtes oli juba varasemalt väljastatud kohtumäärus isiku kinnisesse asutusse paigutamiseks (milleks on haigla psühhiaatriaosakond või ööpäevaringne erihooldusteenus hoolekan-deasutuses). Kui antud määruses ei sisaldu kohtu poolt määratud ravi, siis antud määruse alusel tohib isikut küll psühhiaatrikliinikus hoida, kuid mitte ravida.
- Võrreldes 2011. aasta auditiga on olukord TOR vormistamisel paranenud.

Haigla järgne käsitlus

- Kontakt perega oli toimunud 59%-l skisofreeniahaigetest, 68%-l orgaanilise häirega haigetest ning 48%-l sõltuvushäirega isikutest. KOV-ga vastavalt 16%-l, 18%-l ja 5%-l. Ühe haigla puhul oli puudulikult dokumenteeritud integratiivne lähenemine.
- Puudulikult oli dokumenteeritud tervislike eluviiside suhtes nõustamine, seda eriti skisofreeniahaigete (25%) ning orgaaniliste häiretega isikute (17%) grupis.
- Edasist sõltuvusravi/rehabilitatsiooni võimalust tuleb pakkuda kõigile sõltuvushäirega patsientidele – auditi kohaselt pakuti seda 36%-le, laiendada tuleks struktureeritud lähenemisega ravivõimalusi (näiteks projekt „Kainem ja Tervem Eesti“).
- Haigla järgne ravi oli määratud valdavale enamusele patsientidest nii skisofreeniahaigete kui orgaaniliste häiretega isikutele, 66%-l sõltuvushaigetele, mis on hea tulem.
- Edasist abi andev spetsialist oli määratud skisofreeniahaigetele 80%-l juhtudest, orgaanilise psüühikahäirega patsientidele 81%-l juhtudest ning 63%-l sõltuvushäirega patsientidest. Skisofreenia ravi puhul on see teenuse kvaliteedi näitajaks ning see peaks olema 100%.

Kokkuvõte

Akuutpsühhiaatrias ravil viibivate patsientide ravi kvaliteet Eesti haiglates on mõnevõrra kõikum, ühe haigla puhul saab välja tuua erinevusi standardist, kus integratiivne töö on vähene ning ravitaktika konservatiivne. Teistes raviasutustes on ravi standarditele vastav, enam võiks kasutusel olla teise põlvkonna depooravi, mis aitaks vähendada rehospitaliseerimisi. Psühhiaatrikliinikute tegevus vastab Psühhiaatrilise abi seadusele, haiguslugudes on enim puudujääke psühhoaktiivsete ainete kasutamise dokumenteerimisel, vähe on tähelepanu pööratud kõrvaltoimete hindamisele, elustiilinõustamisele. Eesmärgiks peaks olema laiem sõltuvusravi pakkumine ja laiendada võiks struktureeritud lähenemist sõltuvuspatsientidele.

6. SOOVITUSED

Auditi aruande üks osa on välja tuua tegevused, mis aitaksid parendada konkreetse valdkonnaga seotud ravikvaliteeti edaspidiselt. Järgnevalt on välja toodud olulisemad ettepanekud ja soovitused, mis aitaksid parendada auditi tulemustest selgunud kitsaskohti.

Kitsaskoht, mida vaja lahendada	Ettepanek/soovitus	Eesmärk, lühike põhjendus
Sotsiaalministri määrus, „Tahtest olenematu vältimatu psühhiaatrilise ravi otsuse vormistamise kord“ on aegunud ega korreleeru praeguse PsAS-ga	Kaasajastada määrus	Viia seadus ja rakendusakt omavahel kooskõlla ning tagada dokumenteerimise kvaliteet
Puuduvad sotsiaalteenused, mistõttu tagab hooldusteenust sageli psühhiaatriaigla	Võimaldada/osutada tahtest olenematut ambulatoorset ravi; Tagada tugevdatud järelevalvega hooldusteenus agressiivse käitumisega dementsussündroomiga patsientidele	Vähendada rehospitalseerimisi, ja parandada patsientide elukvaliteeti

<p>2017. aastal puudusid valdavalt juhendid agressiivsuse hindamiseks ja agressiivsusega toimetulekuks</p>	<p>Töötada välja vastavad hindamisskaalad ning juhendmaterjalid ja õpetada deeskalatsioonitehnikaid personalile;</p> <p>2019. aasta septembrist alustati agressioon riskihindamise (DASA instrument) ja deeskalatsiooni alaste koolitustega, kus osalesid Tartu, Tallinna, Viljandi ja Pärnu psühhiaatria-kliinikute õenduspersonal. 2020 aasta jaanurist peaks see olema nendes kliinikutes kasutusel, kuid ei ole teada, kas ka on.</p>	<p>Vähendada patsientide ohjeldamist</p>
<p>Sagedased rehospitalseerimised, kas varjatud või avaliku ravikoostöö puudumise tõttu psühhosihaigetel</p>	<p>Teise põlvkonna depooravimite kättesaadavuse parandamine</p>	<p>Tagada väikemate kõrvaltoimetega püsiravi, mis parandaks inimeste elukvaliteeti ning seeläbi ka ravisoostumust.</p>
<p>Puudulik dokumenteerimine, kohati vähene integreeritud käsitlus ja mõnel juhul ravijuhistele mittevastavad ravivõtted</p>	<p>Antipsühhootilise ravi kõrvaltoimete regulaarne hindamine;</p> <p>Ravi kooskõlla viimine ravijuhistega;</p> <p>Pikaajalisest regulaarsest bensodiasepiinravist hoidumine;</p>	<p>Parandada dokumenteerimise ja ravi kvaliteeti, tagada integratiivravi</p>

	<p>Elustiili hindamine, soovitud kehalise seisundi parandamiseks ja võimalike kõrvaltoimete ennetamiseks;</p> <p>Parandada sõltuvushäirega patsientide suunamist edasisele sõltuvusravile/rehabilitatsioonile;</p> <p>Tagada kõigile psühhoosi patsientidele haiglast lahkudes ambulatoorse vastuvõtu aeg, kas vaimse tervise õe või psühhiaatri juurde;</p> <p>Parandada koostööd kohalike omavalitsustega, et ennetada hospitaliseerimisi sotsiaalsetel näidustustel</p>	
<p>Auditi käigus tuvastati, et ühe raviasutuse ohjeldamise juhend ei ole kooskõlas kehtiva PsAS-ga</p>	<p>Informeerida raviasutust ja juhtida tähelepanu, et juhend vajab kaasajastamist</p>	<p>Tagada kõikide ohjeldamiste puhul seadusele vastavus</p>
<p>24 tunni jooksul oli paljudel juhtudel puudu teise psühhiaatri arvamus, mis peab seaduse kohaselt olema dokumenteeritud</p>	<p>Juhtida raviasutuste tähelepanu kehtivatest nõuetest tulenevatele ajalistele raamidele, et arvamused oleksid vormistatud õigeaegselt</p>	<p>Tagada seadusele vastav dokumenteerimine ja parandada dokumenteerimise kvaliteeti</p>

7. KASUTATUD KIRJANDUS

1. Psühhiaatrilise abi seadus (01.01.2019). Riigi Teataja 1997, 16, 260.
2. Haigekassa kliinilise auditi “Statsionaarse psühhiaatrilise ravi kvaliteet ja põhjendatus“ kokkuvõte. (2011).
https://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/Kokkuvote%20stats%20psuhhiaatrilise%20ravi%20kvaliteedi%20ja%20pohjendatuse%20auditist_16052011.pdf
3. NICE Guideline „Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management“ (2014).
4. Tahtest olenematu vältimatu psühhiaatrilise ravi otsuse vormistamise kord. (01.06.2002). Riigi Teataja 1997, 73, 413.
5. Alkoholitarvitamise häirega patsiendi käsitus (RJ-F/7.1-2015). Ravijuhendite nõukoda. 2015.
6. Alzheimeri tõve diagnostika ja ravi (RJ-G/23.1-2017). Ravijuhendite nõukoda. 2017.
7. Raid, U., Alop, J., Habicht, T., Kirss, Ü., Mathiesen, M., Mesikepp, A., Ojasalu, A., Truhanov, A., Vaask, S. Kliiniliste auditite käsiraamat 2014. Tallinn.
8. Press, D., Michael, A. (2019). Management of neuropsychiatric symptoms of dementia. <https://www.uptodate.com/contents/management-of-neuropsychiatric-symptoms-of-dementia>
9. Davies, S.J., Burhan, A.M., Kim, D., Gerretsen, P., Graff-Guerrero, A., Woo, V.L., Kumar, S., Colman, S., Pollock, B.G., Mulsant, B.H., Rajji, T.K. (2018). Sequential drug treatment algorithm for agitation and aggression in Alzheimer’s and mixed dementia. *Journal of Psychopharmacology*; 32(5): 509-523.
10. Fong, T.G., Tulebaev, S.R., Inouye, S.K. (2009). Delirium in elderly adults: diagnosis, prevention and treatment. *Nature reviews. Neurology*: 5(4): 210-220.
11. Jacobs, R., Gutacker, N., Mason, A., Goddard, M., Gravelle, H., Kendrick, T., & Gilbody, S. (2015). Determinants of hospital length of stay for people with serious mental illness in England and implications for payment systems: a regression analysis. *BMC health services research*; 15:439.
12. Wahlbeck, K., Westman, J., Nordentoft, M., Gissler, M., Laursen, T.M. (2011). Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders. *British Journal of Psychiatry*: 199(6):453-458.
13. Tiihonen, J., Mittendorfer-Rutz, E., Majak, M., Mehtälä, J., Hoti, F., Jedenius, E., Enkusson, D., Leval, A., Sermon, J., Tanskanen, A., Taipale, H. (2017). Real-World Effectiveness of

Antipsychotic Treatments in a Nationwide Cohort of 29 823 Patients With Schizophrenia. *JAMA Psychiatry*; 74(7):686-693.

14. Marcus, SC., Zummo, J., Pettit, AR., Stoddard, J., Doshi, JA. (2015). Antipsychotic Adherence and Rehospitalization in Schizophrenia Patients Receiving Oral Versus Long-Acting Injectable Antipsychotics Following Hospital Discharge. *Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy*; 21(9):754-68.

15. Tiihonen, J., Haukka, J., Taylor, M. Haddad, PM., Patel, MX., Korhonen. P. (2011). A nationwide cohort study of oral and depot antipsychotics after first hospitalization for schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*: 168(6): 603–609.

16. Kishimoto, T., Nitta, M., Borenstein, M., Kane, JM., Correll, CU. (2013). Long-Acting Injectable Versus Oral Antipsychotics in Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-Analysis of Mirror-Image Studies. *The Journal of Clinical Psychiatry*: 74(10): 957-965.

17. Leucht, C., Heres, S., Kane, JM., Kissling, W., Davis, JM, Leucht, S. (2011). Oral versus depot antipsychotic drugs for schizophrenia--a critical systematic review and meta-analysis of randomised long-term trials. *Schizophrenia Research*; 127(1-3):83–92.

Lisa 1. Auditi ajakava

	Tegevus	Tähtaeg	Vastutajad
1	Eeltöö auditi eesmärgi täpsustamiseks (andmete kogumine, varasemate analüüside läbitöötamine, erialadega suhtlemine)	Detsember 2017	EHK
2	Läbirääkimiste pidamine	Detsember 2017	EHK
3	Auditeerimislepingute sõlmimine	Jaanuar 2018	EHK
4	Auditi lõppeesmärgi sõnastamine, hindamiskriteeriumite koostamine ja kinnitamine	Märts 2018	EHK ja auditeerijad
5	Auditi valimi koostamine	Jaanuar 2018	EHK ja auditeerijad
6	Andmete sisestuskeskkonna loomine ja testimine	Veebruar 2019	EHK ja auditeerijad
7	Auditeeritavate teavitamine ja juurdepääsuõiguste taotlemine	Jaanuar-Veebruar 2019	EHK
8	Andmete sisestamine	Märts-Mai 2019	Auditeerijad
9	Andmete kvaliteedi kontroll ja töötlemine	Juuni-August 2019	EHK ja auditeerijad
10	Aruande kirjutamine	November 2019- Jaanuar 2020	EHK ja auditeerijad
11	Aruande väljastamine auditeeritutele ja nende tagasiside	Veebruar-Märts 2020	EHK
12	Auditi arutelu auditeeritute, auditeerijate ja haigekassa osalemisega	Eriolukorra tõttu ei toimunud, võeti arvesse kirjalikku	EHK ja auditeerijad

		tagasisidet erinevalt osapooltelt	
13	Auditi tulemuste avalikustamine haigekassa kodulehel	Mai 2020	EHK
14	Artikli koostamine ja avaldamine erialaväljaandes	II-III kvartal 2020	Juhtauditeerija

Lisa 2. Hindamiskriteeriumid

1. Patsiendi pass

Hindamiskriteerium	Väärtused	Kommentaar
CRM	Automaatselt kuvatav tekst	
Vanus	Automaatselt kuvatav number	
Sugu	Automaatselt kuvatav tekst	
Raviarve number	Automaatselt kuvatav number	
Arve algus	Automaatselt kuvatav kuupäev	
Arve lõpp	Automaatselt kuvatav kuupäev	
Põhidiagnoos	Automaatselt kuvatav tekst	
Kaasuv somaatiline haigus	Automaatselt kuvatav tekst	
Kaasuv psüühikahäire	Automaatselt kuvatav tekst	
Kaasuv sõltuvushäire	Automaatselt kuvatav tekst	
Ravipäevade arv	Automaatselt kuvatav tekst	
Raviasutuse kood	Automaatselt kuvatav number	
Raviasutuse nimi	Automaatselt kuvatav tekst	
Aasta jooksul mitu korda hospitaliseeritud	Automaatselt kuvatav number	Jah/Ei Puudub 30 päevane limiit raviarvete vahel
Kas patsient on perearsti jälgimisel seoses somaatiliste haigustega?	Automaatselt kuvatav tekst	Viimase 5. a jooksul Jah/Ei

Kas patsient on perearsti jälgimisel seoses psüühilise haigusega?	Automaatselt kuvatav tekst	Viimase 5. a jooksul Jah/Ei
Kas patsient on psühhiaatri jälgimisel seoses somaatilise haigusega?	Automaatselt kuvatav tekst	Viimase 5. a jooksul Jah/Ei
Elekterkrampravi	Automaatselt kuvatav tekst	Jah/Ei
Protseduuride ja uuringute arv	Automaatselt kuvatav tekst	Protseduuride ja uuringute koodid ning arv TTL § 36. Psühhiaatriliste uuringute ja protseduuride piirhinnad
Psühhoaktiivsete ainete retseptid viimase poole aasta jooksul	Automaatselt kuvatav tekst	Toimeaine/d, retseptide arv.
Audiitor	Automaatselt kuvatav tekst	

I F00-09 orgaanilised- k.a sümptomaatilised- psüühikahäired

2. Anamnees

Hindamiskriteeriumid	Väärtused	Kommentaarid
1. Kas tegemist oli patsiendi esmase psühhiaatrilise haigusjuhuga?	Jah-1 Ei-2 Andmed puuduvad-3	
2. Kas patsiendil oli diagnoositud somaatiline haigus, mis võib olla antud orgaanilise psüühikahäire aluseks?	Jah-1 Ei-2	Oluline on hinnata seda, kas orgaanilise psüühikahäirega paralleelselt on diagnoositud somaatiline haigus, mis on põhjuseks.

2.1. Kui jah, siis nimetage	Vaba tekst	
3. Kas patsient oli osalenud viimase aasta jooksul tervisliku toitumise nõustamisel või spordiprogrammis?	Jah-1 Ei-2 Andmed puuduvad-3	
4. Kas patsiendile oli tehtud psühholoogiline või neuropsühholoogiline uuring?	Jah-1 Ei-2 Vajadus oli, aga ei tehtud-3 Vajadus puudus-4	
5. Kas patsiendile oli tehtud aju visualiseeriv uuring viie aasta jooksul?	Jah- 1 Ei-2 Andmed puuduvad-3	
5.1. Kui ei olnu tehtud, siis selgitage	Ei olnud teostatav-1 Puudus vajadus-2 Ei teostatud-3	
6. Kas patsiendile oli tehtud analüüse antud haigusjuhu piires (nädala jooksul, sh EMO juht)?	Jah-1 Ei-2 Andmed puuduvad-3	
7. Kas oli hinnatud patsiendi psühhoaktiivsete ainete (alkohol/narkootikumid) tarvitamist?	Jah-1 Ei-2	Psühhoaktiivsete ainete tarvitamise anamnees-alkohol, narkootikumid; Uriinianalüüs, joobe mõõtmise, toksikoloogiline analüüs
8. Missugune oli patsiendi eelnev toimetulek?	Iseseisvev-1	

	Toetatud (sh koos lähedastega ja muud tugiteenused)-2 Ööpäevaringe hooldus-3 Andmed puuduvad-4	
9. Kommentaarid	Vaba tekst	

3. Ravi

Hindamiskriteeriumid	Väärtused	Kommentaarid
1. Kas patsient sai ravi somaatiliste haiguste osas?	Jah-1 Ei-2	
2. Kas haigusloos oli patsiendi kehtiv kirjalik raviplaan?	Jah-1 Ei-2	
3. Kas patsient sai haiglaravil viibides samaaegselt kõige rohkem kaht antipsühhootikumi?	Jah-1 Ei-2	
4. Kas patsiendile oli üle nelja nädala regulaarselt määratud bensodiatsepiine?	Jah-1 Ei-2	Haiglas viibimise ajal
5. Kas patsient saab või on viimase aasta jooksul saanud psühhosotsiaalset ravi?	Jah-1 Ei-2 Andmed puuduvad-3	
5.1. Kui jah, siis nimetage	Individuaalset pühhoteraapiat -1 Patsiendiõpetust (<i>psychoeducation</i>)-2 Pereinterventsiooni-3	

	Igapäevaelu toetamine (sotsiaalsed oskused, argieluoskused, tööoskused, kognitiivset rehabilitatsiooniprogramm)-4 Tegevusjuhendamine-5 Muu (selgitage)-6	
5.2. Kui valisite muu, siis selgitage	Vaba tekst	
6. Kas patsient vajab ohjeldamist?	Jah-1 Ei-2	
6.1. Kui jah, siis nimetage	Füüsiline-1 Eraldamaine-2 Mehaaniline-3 Ravimitega-4	
6.2. Kui jah, siis mitu korda	Number	
6.3. Kas patsient vajab ohjeldamist üle 24 tunni?	Jah-1 Ei-2	
6.4. Kas teatis oli Terviseametisse edastatud?	Jah-1 Ei-2	
7. Kommentaarid	Vaba tekst	

4. Ettevalmistused haigla järgseks käsitluseks

Hindamiskriteeriumid	Väärtused	Kommentaarid
----------------------	-----------	--------------

1. Kas oli olnud kontakt patsiendi pere või lähedastega?	Jah-1 Ei-2 Andmed puuduvad-3	
2. Kas oli olnud kontakt KOV-ga?	Jah-1 Ei-2	
3. Kas haiglast lahkunud patsient oli saabunud tagasi haiglasse ette planeerimatule ravile kuu aja jooksul pärast ravi lõppemist?	Jah-1 Ei-2	
4. Kas oli määratud kureeriv või edaspidist abi andev spetsialist?	Jah-1 Ei-2	
4.1. Kui jah, siis täpsustage	Perearst-1 Psühhiaater-2 Vaimse tervise õde-3 Muu-4	
4.2. Kui muu, siis nimetage	Haigla sotsiaaltöötaja-1 SKA töötaja-2 KOV-i sotsiaaltöötaja või KOV-i poolt määratud hooldaja/tugiisik-3 Juriidilisest isikust eestkostja-4 Füüsilisest isikust eestkostja-5 Lähedane-6 Muu-7	

5. Kas patsiendile oli määratud ravimeid?	Jah-1 Ei-2 Vajadus puudus-3	
6. Kas patsienti oli nõustatud tervislike eluviiside suhtes?	Jah-1 Ei-2	

5. Tahtest olenematule ravile suunamine

Hindamiskriteeriumid	Väärtused	Kommentaarisid
1. Kas oli koostatud:	TORi alustamise dokument-1 TORi lõpetamise dokument-2	
2. Kas tahtest olenematu ravi otsust pikendati üle 24 tunni?	Jah-1 Ei-2	
2.1. Kui tahtest olenematu ravi otsust pikendati üle 24 tunni, siis kas olemas oli teise arsti arvamus?	Jah-1 Ei-2	
3. Kas tahtest olenematu ravi otsust oli vaja pikendada üle 48 tunni?	Jah-1 Ei-2	
3.1. Kui tahtest olenematu ravi otsust pikendati üle 48 tunni, kas oli koostatud:	Teise arsti arvamus-1 Taotlus kohtule-2	
4. Kas tahtest olenematu ravi otsust pikendati üle 4 päeva?	Jah-1 Ei-2	

4.1. Kui tahtest olenematu ravi otsust pikendati üle 4 päeva, siis kas oli koostatud:	Teise arsti arvamus-1 Taotlus kohtule-2	
5. Kas tahtest olenematu ravi otsust pikendati üle 40 päeva?	Jah-1 Ei-2	
5.1. Kui tahtest olenematu ravi otsust pikendati üle 40 päeva, kas oli koostatud:	Teise arsti arvamus-1 Taotlus KOV-ile-2	
6. Mis viis tahtest olenematu ravi otsust rakendamise vajaduseni?	Oli esmakordne sattumine-1 Ei järginud kehalist raviskeemi-2 Ei järginud psüühilist ravimiskeemi-3 Eavi residentsus-4 Puudub vajadusi arvestav sotsiaalteenus-5 Puudub vajalik sotsiaalvõrgustik-6 Pole saanud vajalikku sotsiaalteenust-7 Alkoholi ja narkootiliste ainete tarvitamine-8 Muu -9	
6.1. Kui valisite muu, siis nimetage	Vaba tekst	
7. Kommentaarid	Vaba tekst	

6. Korduv hospitaliseerimine (valikuline)

Hindamiskriteeriumid	Väärtused	Kommentaariid
1. Mis põhjustas patsiendi rehospitaliseerimise?	Toetusravi katkestamine-1 Ebapiisav farmakoloogiline ravi-2 Ebapiisavad tugiteenused-3 Ebaturvaline elukeskkond-4 Muu (nt kõrvaltoimed, eelneva haiglaravi pikkus, seadusandlusest tingitud)-5	
1.2. Kui muu, siis nimetage	Vaba tekst	
2. Kas patsiendi raviskeemi muudeti?	Jah-1 Ei- 2	
2.1. Kui jah, siis kuidas?	AP doosi tõstmine-1 Uus suukaudne AP monoterapia-2 Uus suukaudne AP polüterapia-3 Depooravi APAP-4 Depooravi EPAP-5 EKR-6 Psühhosotsiaalne ravi-7 Muu-8	
2.2. Kui muu, siis nimetage	Vaba tekst	

3. Kas patsiendi diagnoos muutus võrreldes eelneva hospitaliseerimisega?	Jah-1 Ei-2	
3.1. Nimetage diagnoos	Vaba tekst	
4. Kas patsient sai ravi somaatiliste haiguste osas?	Jah-1 Ei-2	
5. Kas haigusloos oli patsiendi kehtiv kirjalik raviplaan?	Jah-1 Ei-2	
6. Kas patsient sai haiglaravil viibides samaaegselt kõige rohkem kaht antipsühhootikumi?	Jah-1 Ei-2	
7. Kas patsiendile oli üle nelja nädala regulaarselt määratud bensodiatsepiine?	Jah-1 Ei-2	Haiglas viibimise ajal
8. Kas patsient saab või on viimase aasta jooksul saanud psühhosotsiaalset ravi?	Jah-1 Ei-2 Andmed puuduvad-3	
8.1. Kui jah, siis nimetage	Individuaalset pühhoteraapiat -1 Patsiendiõpetust (<i>psychoeducation</i>)-2 Pereinterventsiooni-3 Igapäevaelu toetamine (sotsiaalsed oskused, argieluoskused, tööoskused, kognitiivset rehabilitatsiooniprogramm)-4 Tegevusjuhendamine-5	

	Muu (selgita)-6	
8.2. Kui valisite muu, siis selgitage	Vaba tekst	
9. Kas patsient vajab ohjeldamist?	Jah-1 Ei-2	
9.1. Kui jah, siis nimetage	Füüsiline-1 Eraldamaine-2 Mehaaniline-3 Ravimitega-4	
9.2. Kui jah, siis mitu korda?	Number	
9.3. Kas patsient vajab ohjeldamist üle 24 tunni?	Jah-1 Ei-2	
9.4. Kas teatis oli Terviseametisse edastatud?	Jah-1 Ei-2	
10. Kommentaarid	Vaba tekst	

7. Ettevalmistused haigla järgseks käsitluseks peale korduvat hospitaliseerimist

Hindamiskriteeriumid	Väärtused	Kommentaarid
1. Kas oli olnud kontakt patsiendi pere või lähedastega?	Jah-1 Ei-2 Andmed puuduvad-3	
2. Kas oli olnud kontakt KOV-ga	Jah-1 Ei-2	

3. Kas haiglast lahkunud patsient oli saabunud tagasi haiglasse ette planeerimatule ravile kuu aja jooksul pärast ravi lõppemist?	Jah-1 Ei-2	
4. Kas oli määratud kureeriv või edaspidist abi andev spetsialist?	Jah-1 Ei-2	
4.1. Kui jah, siis täpsustage	Perearst-1 Psühhiaater-2 Vaimse tervise õde-3 Muu-4	
4.2. Kui muu, siis nimetage	Haigla sotsiaaltöötaja-1 SKA töötaja-2 KOV-i sotsiaaltöötaja või KOVi poolt määratud hooldaja/tugiisik-3 Juriidilisest isikust eestkostja-4 Füüsilisest isikust eestkostja-5 Lähedane-6 Muu-7	
5. Kas oli määratud ravimeid	Jah-1 Ei-2 Vajadus puudus-3	
6. Kas patsienti oli nõustatud tervislike eluviiside suhtes?	Jah-1 Ei-2	

8. Tahtest olenematule ravile suunamine - korduv hospitaliseerimine

Hindamiskriteeriumid	Väärtused	Kommentaariid
1. Kas oil koostatud:	TORi alustamise dokument-1 TORi lõpetamise dokument-2	
2. Kas tahtest olenematu ravi otsust pikendati üle 24 tunni?	Jah-1 Ei-2	
2.1. Kui tahtest olenematu ravi otsust pikendati üle 24 tunni, siis kas olemas oli teise arsti arvamus?	Jah-1 Ei-2	
3. Kas tahtest olenematu ravi otsust oli vaja pikendada üle 48 tunni?	Jah-1 Ei-2	
3.1. Kui tahtest olenematu ravi otsust pikendati üle 48 tunni, kas oli koostatud:	Teise arsti arvamus-1 Taotlus kohtule-2	
4. Kas tahtest olenematu ravi otsust pikendati üle 4 päeva?	Jah-1 Ei-2	
4.1. Kui tahtest olenematu ravi otsust pikendati üle 4 päeva, siis kas oli koostatud:	Teise arsti arvamus-1 Taotlus kohtule-2	
5. Kas tahtest olenematu ravi otsust pikendati üle 40 päeva?	Jah-1 Ei-2	

5.1. Kui tahtest olenematu ravi otsust pikendati üle 40 päeva, kas oli koostatud:	Teise arsti arvamus-1 Taotlus KOV-ile-2	
6. Mis viis tahtest olenematu ravi otsuse rakendamise vajaduseni?	Oli esmakordne sattumine-1 Ei järginud kehalist raviskeemi-2 Ei järginud psüühilist ravimiskeemi-3 Ravi residentsus-4 Puudub vajadusi arvestav sotsiaalteenus-5 Puudub vajalik sotsiaalvõrgustik-6 Pole saanud vajalikku sotsiaalteenust-7 Alkoholi ja narkootiliste ainete tarvitamine-8 Muu-9	
6.1. Kui valisite muu, siis nimetage		
7. Kas patsienti oli teist korda 1. a jooksul rehospitaliseeritud?	Jah-1 Ei-2	
8. Kommentaarid	Vaba tekst	

II Psühhoaktiivsete ainete tarvitamisest tingitud psüühika- ja käitumishäired

1. Anamnees

Hindamiskriteeriumid	Väärtused	Kommentaariid
1. Kas tegemist oli esmase psühhiaatrilise haigusjuhuga?	Jah-1 Ei-2 Andmed puuduvad-3	
2. Kas patsiendile oli enne akuutpsühhiaatriat pakutud võõrutust/rehabilitatsiooni?	Jah-1 Ei-2 Andmed puuduvad-3	
3. Kas patsient oli osalenud viimase aasta jooksul tervisliku toitumise nõustamisel või spordiprogrammis?	Jah-1 Ei-2 Andmed puuduvad-3	
4. Kas patsiendile oli tehtud psühholoogiline või neuropsühholoogiline uuring?	Jah-1 Ei-2 Ei, vajadus oli, aga ei tehtud-3 Vajadus puudus-4	
5. Kas patsiendile oli tehtud viie aasta jooksul aju visualiseeriv uuring?	Jah-1 Ei-2 Andmed puuduvad-3	
5.1. Kui ei olnud tehtud aju visualiseeriv uuring, siis miks?	Ei olnud teostatav-1 Puudus vajadus-2 Ei teostatud-3	
6. Kas oli tehtud analüüse antud haigusjuhu piires (nädala jooksul, sh EMO juht)?	Jah-1 Ei-2 Andmed puuduvad-3	

7. Kas patsiendil oli hinnatud psühhoaktiivsete ainete (alkohol/narkootikumid) tarvitamist?	Jah-1 Ei-2	Psühhoaktiivsete ainete tarvitamise anamnees-alkohol, narkootikumid Uriinianalüüs, joobe mõõtmine, toksikoloogiline analüüs
8. Missugune oli patsiendi eelnev toimetulek:	Iseseisev-1 Toetatud (sh koos lähedastega ja muud tugiteenused)-2 Ööpäevaringe hooldus-3 Andmed puuduvad-4	
9. Kommentaarid	Vaba tekst	

2. Ravi

Hindamiskriteeriumid	Väärtused	Kommentaarid
1. Kas patsient sai ravi somaatiliste haiguste osas?	Jah-1 Ei-2	
2. Kas patsiendi haigusloos oli kehtiv kirjalik raviplaan?	Jah-1 Ei-2	
3. Kas patsient sai haiglaravil viibides samaaegselt kõige rohkem kaht antipsühhootikumi?	Jah-1 Ei-2	
4. Kas patsiendile oli üle nelja nädala regulaarselt määratud bensodiasepiine?	Jah-1 Ei-2	Haiglas viibimise ajal
5. Kas patsient saab või oli viimase aasta jooksul saanud psühhosotsiaalset ravi?	Jah-1 Ei-2	

	Andmed puuduvad-3	
5.1. Kui patsient oli saanud psühhosotsiaalsed ravi, siis nimetage	Individuaalsed pühhoteraapiat -1 Patsiendiõpetust (<i>psychoeducation</i>)-2 Pereinterventsiooni-3 Igapäevaelu toetamine (sotsiaalsed oskused, argieluoskused, tööoskused, kognitiivset rehabilitatsiooniprogramm)-4 Tegevusjuhendamine-5 Muu (selgita)-6	
5.2. Kui patsient oli saanud muud psühhosotsiaalsed ravi, siis selgitage	Vaba tekst	
6. Kas patsient vajab ohjeldamist?	Jah-1 Ei-2	
6.1. Kui jah, siis missugust ohjeldamist vajab?	Füüsiline-1 Eraldamine-2 Mehaaniline-3 Ravimitega-4	
6.2. Kui jah, siis mitu korda vajab ohjeldamist?	Number	
6.3. Kas patsient vajab üle 24 tunni ohjeldamist?	Jah-1 Ei-2	

6.4. Kas teatis oli Terviseametisse edastatud?	Jah-1 Ei-2	
7. Kommentaarid	Vaba tekst	

3. Ettevalmistused haigla järgseks käsitluseks

Hindamiskriteeriumid	Väärtused	Kommentaarid
1. Kas oli olnud kontakt patsiendi pere või lähedastega?	Jah-1 Ei-2 Andmed puuduvad-3	
2. Kas oli olnud kontakt KOV-ga?	Jah-1 Ei-2	
3. Kas haiglast lahkunud patsient oli saabunud tagasi haiglasse ette planeerimatule ravile kuu aja jooksul pärast ravi lõppemist?	Jah-1 Ei-2	
4. Kas oli määratud edaspidist abi andev spetsialist?	Jah-1 Ei-2	
4.1. Kui spetsialist oli määratud, siis nimetage	Perearst-1 Psühhiaater-2 Vaimse tervise õde-3 Muu-4	
4.2. Kui muu spetsialist, siis nimetage	Haigla sotsiaaltöötaja-1 SKA töötaja-2	

	KOVi sotsiaaltöötaja või KOVi poolt määratud hooldaja/tugiisik-3 Juriidilisest isikust eestkostja-4 Füüsilisest isikust eestkostja-5 Lähedane-6 Muu-7	
5. Kas patsiendile oli määratud ravimeid?	Jah-1 Ei-2 Vajadus puudus-3	
6. Kas patsienti oli nõustatud tervislike eluviiside osas?	Jah-1 Ei-2	
7. Kas patsiendile oli pakutud sõltuvusravi/rehabilitatsiooni?	Jah-1 Ei-2	

4. Tahtest olenematule ravile suunamine

Hindamiskriteeriumid	Väärtused	Kommentaarisid
1. Kas oli koostatud:	TORi alustamise dokument-1 TORi lõpetamise dokument-2	
2. Kas tahtest olenematu ravi otsust pikendati üle 24 tunni?	Jah-1 Ei-2	

2.1. Kui tahtest olenematu ravi otsust pikendati üle 24 tunni, siis kas olemas oli teise arsti arvamus?	Jah-1 Ei-2	.
3. Kas tahtest olenematu ravi otsust oli vaja pikendada üle 48 tunni?	Jah-1 Ei-2	
3.1. Kui tahtest olenematu ravi otsust pikendati üle 48 tunni, kas oli koostatud?	Teise arsti arvamus-1 Taotlus kohtule-2	
4. Kas tahtest olenematu ravi otsust pikendati üle 4 päeva?	Jah-1 Ei-2	
4.1. Kui tahtest olenematu ravi otsust pikendati üle 4 päeva, siis kas oli koostatud?	Teise arsti arvamus-1 Taotlus kohtule-2	
5. Kas tahtest olenematu ravi otsust pikendati üle 40 päeva?	Jah-1 Ei-2	
5.1. Kui tahtest olenematu ravi otsust pikendati üle 40 päeva, kas oli koostatud:	Teise arsti arvamus-1 Taotlus KOV-ile-2	
6. Mis viis tahtest olenematu ravi otsuse rakendamise vajaduseni?	Oli esmakordne sattumine-1 Ei järginud kehalist raviskeemi-2 Ei järginud psüühilist ravimiskeemi-3 Ravi residentsus-4	

	Puudub vajadusi arvestav sotsiaalteenus-5 Puudub vajalik sotsiaalvõrgustik-6 Pole saanud vajalikku sotsiaalteenust-7 Alkoholi ja narkootiliste ainete tarvitamine-8 Muu-9	
6.1. Kui valisite muu, siis nimetage	Vaba tekst	
7. Kommentaarid	Vaba tekst	

5. Korduv hospitaliseerimine (valikuline)

Hindamiskriteeriumid	Väärtused	Kommentaarid
1. Mis põhjustas korduvhospitaliseerimise?	Toetusravi katkestamine-1 Ebapiisav farmakoloogiline ravi-2 Ebapiisavad tugiteenused-3 Ebaturvaline elukeskkond-4 Muu (nt kõrvaltoimed, eelneva haiglaravi	

	pikkus, seadusandlusest tingitud)-5	
1.2. Kui muu, siis nimetage	Vaba tekst	
2. Kas raviskeemi muudeti?	Jah-1 Ei-2	
2.1. Kui jah, siis kuidas?	AP doosi tõstmine-1 Uus suukaudne AP monoterapia-2 Uus suukaudne AP polüteraapia-3 Depooravi APAP-4 Depooravi EPAP-5 EKR-6 Psühhosotsiaalne ravi-7 Muu-8	
2.2. Kui muu, siis nimetage	Vaba tekst	
3. Kas patsiendi diagnoos muutus võrreldes eelneva hospitaliseerimisega?	Jah-1 Ei-2	
3.1. Nimetage diagnoos	Vaba tekst	
4. Kas patsient sai ravi somaatiliste haiguste osas?	Jah-1 Ei-2	
5. Kas haigusloos oli patsiendi kehtiv kirjalik raviplaan?	Jah-1 Ei-2	

6. Kas patsient sai haiglaravil viibides samaaegselt kõige rohkem kaht antipsühhootikumi?	Jah-1 Ei-2	
7. Kas patsiendile oli üle nelja nädala regulaarselt määratud bensodiatsepiine?	Jah-1 Ei-2	Haiglas viibimise ajal
8. Kas patsient saab või on viimase aasta jooksul saanud psühhosotsiaalset ravi?	Jah-1 Ei-2 Andmed puuduvad-3	
8.1. Kui jah, siis nimetage	Individuaalset pühhoteraapiat-1 Patsiendiõpetust (<i>psychoeducation</i>)-2 Pereinterventsiooni-3 Igapäevaelu toetamine (sotsiaalsed oskused, argieluoskused, tööoskused, kognitiivset rehabilitatsiooniprogramm)-4 Tegevusjuhendamine-5 Muu (selgita)-6	
8.2. Kui valisite muu, siis selgitage	Vaba tekst	
9. Kas patsient vajab ohjeldamist?	Jah-1	

	Ei-2	
9.1. Kui jah, siis nimetage	Füüsiline-1 Eraldamine-2 Mehaaniline-3 Eavimitega-4	
9.2. Kui jah, siis mitu korda	Number	
9.3. Kas patsient vajab ohjeldamist üle 24 tunni?	Jah-1 Ei-2	
9.4. Kas teatis oli Terviseametisse edastatud?	Jah-1 Ei-2	
10. Kommentaarid	Vaba tekst	

6. Ettevalmistused haiglajärgseks käsitlemiseks peale korduvat hospitaliseerimist

Hindamiskriteeriumid	Väärtused	Kommentaarid
1. Kas oli olnud kontakt patsiendi pere või lähedastega?	Jah-1 Ei-2 Andmed puuduvad-3	
2. Kas oli kontakt KOV-ga?	Jah-1 Ei-2	
3. Kas haiglast lahkunud patsient oli saabunud tagasi haiglasse ette planeerimatule ravile kuu aja jooksul pärast ravi lõppemist?	Jah-1 Ei-2	

4. Kas oli määratud kureeriv või edaspidist abi andev spetsialist?	Jah-1 Ei-2	
4.1. Kui jah, siis täpsustage	Perearsti-1 Psühhiaater-2 Vaimse tervise õde-3 Muu-4	
4.2. Kui muu, siis nimetage	Haigla sotsiaaltöötaja-1 SKA töötaja-2 KOV-i sotsiaaltöötaja või KOV-i poolt määratud hooldaja/tugiisik-3 Juriidilisest isikust eestkostja-4 Füüsilisest isikust eestkostja-5 Lähedane-6 Muu-7	
5. Kas patsiendile oli määratud ravimeid?	Jah-1 Ei-2 Vajadus puudub-3	
6. Kas oli nõustatud tervislike eluviiside suhtes?	Jah-1 Ei-2	
7. Kas patsiendile oli pakutud sõltuvusravi/rehabilitatsiooni?	Jah-1 Ei-2	

7. Tahtest olenematule ravile suunamine - korduv hospitaliseerimine

Hindamiskriteeriumid	Väärtused	Kommentaariid
1. Kas oli koostatud:	TORi alustamise dokument-1 TORi lõpetamise dokument-2	
2. Kas tahtest olenematu ravi otsust pikendati üle 24 tunni?	Jah-1 Ei-2	
2.1. Kui tahtest olenematu ravi otsust pikendati üle 24 tunni, siis kas olemas oli teise arsti arvamus?	Jah-1 Ei-2	
3. Kas oli vaja tahtest olenematu ravi otsust pikendada üle 48 tunni?	Jah-1 Ei-2	
3.1. Kui tahtest olenematu ravi otsust pikendati üle 48 tunni, kas oli koostatud:	Teise arsti arvamus-1 Taotlus kohtule-2	
4. Kas tahtest olenematu ravi otsust pikendati üle 4 päeva?	Jah-1 Ei-2	
4.1. Kui tahtest olenematu ravi otsust pikendati üle 4 päeva, siis kas oli koostatud:	Teise arsti arvamus-1 Taotlus kohtule-2	
5. Kas tahtest olenematu ravi otsust pikendati üle 40 päeva?	Jah-1 Ei-2	

5.1. Kui tahtest olenematu ravi otsust pikendati üle 40 päeva, kas oli koostatud:	Teise arsti arvamus-1 Taotlus KOV-ile-2	
6. Mis viis tahtest olenematu ravi otsuse rakendamise vajaduseni?	Oli esmakordne sattumine-1 Ei järginud kehalist raviskeemi-2 Ei järginud psüühilist ravimiskeemi-3 Eavi residentsus-4 Puudub vajadusi arvestav sotsiaalteenus-5 Puudub vajalik sotsiaalvõrgustik-6 Pole saanud vajalikku sotsiaalteenust-7 Alkoholi ja narkootiliste ainete tarvitamine-8 Muu-9	
6.1. Kui valisite muu, siis nimetage	Vaba tekst	
7. Kommentaarid	Vaba tekst	

III Skisofreenia, skisotüüpsed ja luululised häired

2. Anamnees

Hindamiskriteeriumid	Väärtused	Kommentaarid
----------------------	-----------	--------------

1. Kas tegemist oli patsiendi esmase psühhiaatrilise haigusjuhuga?	Jah-1 Ei-2 Andmed puuduvad-3	
1.1 Kui jah, siis nimetage	Vaba tekst	
2. Kas patsiendil oli eelnevalt diagnoositud somaatiline haigus?	Jah-1 Ei-2	
3. Kas patsient oli osalenud viimase aasta jooksul tervisliku toitumise nõustamisel või spordiprogrammis?	Jah-1 Ei-2 Andmed puuduvad-3	
4. Kas patsiendile oli tehtud psühholoogiline või neuropsühholoogilise uuring?	Jah-1 Ei-2 Vajadus oli, aga ei tehtud-3 Vajadus puudus-4	
5. Kas patsiendile oli tehtud viie aasta jooksul aju visualiseeriv uuring?	Jah-1 Ei-2 Andmed puuduvad-3	
5.1. Kui ei ole tehtud aju visualiseeriv uuringut, siis selgitage	Ei olnud teostatav-1 Puudus vajadus-2 Ei teostatud-3	
6. Kas oli tehtud analüüse antud haigusjuhu piires (nädala jooksul, sh EMO juht)?	Jah-1 Ei-2 Andmed puuduvad-3	

7. Kas oli hinnatud patsiendi psühhoaktiivsete ainete (alkohol/narkootikumid) tarvitamist?	Jah-1 Ei-2	Psühhoaktiivsete ainete tarvitamise anamnees-alkohol, narkootikumid Uriinianalüüs, joobe mõõtmise, toksikoloogiline analüüs
8. Missugune oli patsiendi eelnev toimetulek?	Iseseisvev-1 Toetatud (sh koos lähedastega ja muud tugiteenused)-2 Ööpäevaringe hooldus-3 Andmed puuduvad-4	
9. Kommentaarid	Vaba tekst	

3. Ravi

Hindamiskriteeriumid	Väärtused	Kommentaarid
1. Kas patsient sai ravi somaatiliste haiguste vastu?	Jah-1 Ei-2	
2. Kas patsiendi haigusloos oli kehtiv kirjalik raviplaan?	Jah-1 Ei-2	
3. Kas patsient sai haiglaravil viibides samaaegselt kõige rohkem kui kahte antipsühhootikumi antipsühhootilises annuses?	Jah-1 Ei-2	
4. Kas patsient sai haiglaravil viibides samaaegselt kõige rohkem kui kahte	Jah-1 Ei-2	

antipsühhootikumi mitte antipsühhootilises annuses?		
5. Kas oli dokumenteeritud kõrvaltoimed antipsühhootilisest ravist?	Jah-1 Ei-2 Vajadus puudus-3	
6. Kas patsiendile oli üle nelja nädala regulaarselt määratud bensodiatsepiine või uinuteid?	Jah-1 Ei-2	Haiglas viibimise ajal.
7. Kas oli määratud muid ravimeid?	Jah-1 Ei-2 Vajadus puudus-3	
7.1. Kui jah, siis nimetage muud ravimid	Antidepressandid-1 Stabilisaatorid-2 Kõrvaltoimete korrektorid-3 Muu (kui muu, siis nimeta)-4	Mitte üles lugeda somaatilisi ravimeid.
7.2. Nimetage muud ravimid	Vaba tekst	
8. Kas patsient saab või on viimase aasta jooksul saanud psühhosotsiaalset ravi?	Jah-1 Ei-2 Andmed puuduvad-3	
8.1. Kui jah, siis nimetage, millist psühhosotsiaalset ravi oli patsient saanud	Individuaalne pühhoteraapia-1 Patsiendiõpetus (<i>psychoeducation</i>)-2	

	Pereinterventsioon-3 Igapäevaelu toetamine (sotsiaalsed oskused, argieluoskused, tööoskused, kognitiivset rehabilitatsiooniprogramm)-4 Tegevusjuhendamine-5 Muu (selgita)-6	
8. Kui patsient oli saanud muud psühhosotsiaalset ravi, siis selgitage	Vaba tekst	
9. Kas patsient vajab ohjeldamist?	Jah-1 Ei-2	
9.1. Kui jah, siis selgitage mil viisil	Füüsiline-1 Eraldamine-2 Mehaaniline-3 Ravimitega-4	
9.2. Kui jah, siis mitu korda	Number	
9.3. Kas patsient vajab ohjeldamist üle 24 tunni?	Jah-1 Ei-2	
9.4. Kas teatis oli Terviseametisse edastatud?	Jah-1 Ei-2	
10. Kommentaarid	Vaba tekst	

4. Ettevalmistused haigla järgseks käsitluseks

Hindamiskriteeriumid	Väärtused	Kommentaariid
1. Kas oli olnud kontakt patsiendi pere või lähedastega?	Jah-1 Ei-2 Andmed puuduvad-3	
2. Kas oli olnud kontakt KOV-ga?	Jah-1 Ei-2	
3. Kas haiglast lahkunud patsient on saabunud tagasi haiglasse ette planeerimata ravile kuu aja jooksul pärast ravi lõppemist?	Jah-1 Ei-2	
4. Kas oli määratud kureeriv või edaspidist abi andev spetsialist?	Jah-1 Ei-2	
4.1. Kui on määratud kureeriv või edaspidist abi andev spetsialist, siis nimetage:	Perearsti-1 Psühhiaater-2 Vaimse tervise õde-3 Muu-4	
4.2. Kui muu, siis nimetage	Haigla sotsiaaltöötaja-1 SKA töötaja-2 KOV-i sotsiaaltöötaja või KOV-i poolt määratud hooldaja/tugiisik-3 Juriidilisest isikust eestkostja-4	

	Füüsilisest isikust eestkostja-5 Lähedane-6 Muu-7	
5. Kas patsiendile oli määratud ravimeid?	Jah-1 Ei-2 Vajadus puudub-3	
6. Kas patsienti oli nõustatud tervislike eluviiside suhtes?	Jah-1 Ei-2	

5. Tahtest olenematule ravile suunamine

Hindamiskriteeriumid	Väärtused	Kommentaarid
1. Kas oli koostatud:	TORi alustamise dokument-1 TORi lõpetamise dokument-2	
2. Kas tahtest olenematu ravi otsust pikendati üle 24 tunni?	Jah-1 Ei-2	
2.1. Kui tahtest olenematu ravi otsust pikendati üle 24 tunni, siis kas olemas oli teise arsti arvamus?	Jah-1 Ei-2	
3. Kas tahtest olenematu ravi otsust oli vaja pikendada üle 48 tunni?	Jah-1 Ei-2	

3.1. Kui tahtest olenematu ravi otsust pikendati üle 48 tunni, kas oli koostatud:	Teise arsti arvamus-1 Taotlus kohtule-2	
4. Kas tahtest olenematu ravi otsust pikendati üle 4 päeva?	Jah-1 Ei-2	
4.1. Kui tahtest olenematu ravi otsust pikendati üle 4 päeva, siis kas oli koostatud:	Teise arsti arvamus-1 Taotlus kohtule-2	
5. Kas tahtest olenematu ravi otsust pikendati üle 40 päeva?	Jah-1 Ei-2	
5.1. Kui tahtest olenematu ravi otsust pikendati üle 40 päeva, kas oli koostatud:	Teise arsti arvamus-1 Taotlus KOV-ile-2	
6. Mis viis tahtest olenematu ravi otsuse rakendamise vajaduseni?	Oli esmakordne sattumine-1 Ei järginud kehalist raviskeemi-2 Ei järginud psüühilist ravimiskeemi-3 Ravi residentsus-4 Puudub vajadusi arvestav sotsiaalteenus-5 Puudub vajalik sotsiaalsõrgustik-6 Pole saanud vajalikku sotsiaalteenust-7	

	Alkoholi ja narkootiliste ainete tarvitamine-8 Muu-9	
6.1. Kui valisite muu, siis nimetage		

6. Korduv hospitaliseerimine (valikuline)

Hindamiskriteeriumid	Väärtused	Kommentaarisid
1. Mis põhjustas korduvhospitaliseerimise?	Toetusravi katkestamine-1 Ebapiisav farmakoloogiline ravi- 2 Ebapiisavad tugiteenused-3 Ebaturvaline elukeskkond-4 Muu (nt kõrvaltoimed, eelneva haiglaravi pikkus, seadusandlusest tingitud)-5	
1.2. Kui muu, siis nimetage	Vaba tekst	
2. Kas patsiendi raviskeemi muudeti?	Jah-1 Ei-2	
2.1. Kui jah, siis kuidas	AP doosi tõstmise-1 Uus suukaudne AP monoteeraapia-2	

	Uus suukadune AP polüteraapia-3 Depooravi TPAP-4 Depooravi EPAP-5 EKR-6 Psühhosotsiaalne ravi-7 Muu-8	
2.2. Kui muu, siis nimetage	Vaba tekst	
3. Kas patsiendi diagnoos muutus võrreldes eelneva hospitaliseerimisega?	Jah-1 Ei-2	
3.1. Nimetage diagnoos	Vaba tekst	
4. Kas patsient sai ravi somaatiliste haiguste osas?	Jah-1 Ei-2	
5. Kas haigusloos oli patsiendi kehtiv kirjalik raviplaan?	Jah-1 Ei-2	
6. Kas patsient sai haiglaravil viibides samaaegselt kõige rohkem kaht antipsühhootikumi antipsühhootilises annuses?	Jah-1 Ei-2	
7. Kas patsient sai haiglaravil viibides samaaegselt kõige rohkem kaht antipsühhootikumi mitte antipsühhootilises annuses?	Jah-1 Ei-2	

8. Kas oli dokumenteeritud kõrvaltoimeid antipsühhootilisest ravist?	Jah-1 Ei-2 Vajadus puudus-3	
9. Kas patsiendile oli üle nelja nädala regulaarselt määratud bensodiatsepiine?	Jah-1 Ei-2	Haiglas viibimise ajal
10. Kas patsiendile oli määratud muid ravimeid?	Jah- 1 Ei-2	
10.1. Kui jah, siis nimetage muud ravimid	Antidepressandid -1 Stabilisaatorid-2 Kõrvaltoimete korrektorid-3 Muu-4	
10.2. Nimetage muud ravimid	Vaba tekst	
11. Kas patsient saab või on viimase aasta jooksul saanud psühhosotsiaalset ravi?	Jah-1 Ei-2 Andmed puuduvad-3	
11.1. Kui jah, siis nimetage psühhosotsiaalne ravi	Individuaalset pühhoteraapiat-1 Patsiendiõpetust (<i>psychoeducation</i>)-2 Pereinterventsiooni-3 Igapäevaelu toetamine (sotsiaalsed oskused, argieluoskused, tööoskused, kognitiivset	

	rehabilitatsiooniprogramm)-4 Tegevusjuhendamine-5 Muu (selgita)-6	
11.2. Kui valisite muu, siis selgitage	Vaba tekst	
12. Kas patsient vajab ohjeldamist?	Jah-1 Ei-2	
12.1. Kui jah, siis nimetage	Füüsiline-1 Eraldamaine-2 Mehaaniline-3 Ravimitega-4	
12.2. Kui jah, siis mitu korda	Number	
12.3. Kas patsient vajab ohjeldamist üle 24 tunni?	Jah-1 Ei-2	
12.4. Kas teatis oli Terviseametisse edastatud?	Jah-1 Ei-2	
13. Kommentaarid	Vaba tekst	

7. Ettevalmistused haigla järgseks käsitlemiseks peale korduvat hospitaliseerimist

Hindamiskriteeriumid	Väärtused	Kommentaarid
1. Kas oli olnud kontakt patsiendi pere või lähedastega?	Jah-1 Ei-2	

	Puuduvad-3	
2. Kas oli olnud kontakt KOV-ga?	Jah-1 Ei-2	
3. Kas haiglast lahkunud patsient saabus tagasi haiglasse ette planeerimata ravile kuu aja jooksul pärast ravi lõppemist?	Jah-1 Ei-2	
4. Kas määratud oli kureeriv või edaspidist abi andev spetsialist?	Jah-1 Ei-2	
4.1 Kui jah, siis täpsustage	Perearsti-1 Psühhiaater-2 Vaimse tervise õde-3 Muu-4	
4.2. Kui muu, siis nimetage	Haigla sotsiaaltöötaja-1 SKA töötaja-2 KOV-i sotsiaaltöötaja või KOV-i poolt määratud hooldaja/tugiisik-3 Juriidilisest isikust eestkostja-4 Füüsilisest isikust eestkostja-5 Lähedane-6 Muu-7	
5. Kas patsiendile oli määratud ravimeid?	Jah-1	

	Ei-2 Vajadus puudub-3	
6. Kas patsienti oli nõustatud tervislike eluviiside suhtes?	Jah-1 Ei-2	

8. Tahtest olenematule ravile suunamine- korduv hospitaliseerimine

Hindamiskriteeriumid	Väärtused	Kommentaariid
1. Kas oli koostatud:	TORi alustamise dokument-1 TORi lõpetamise dokument-2	
2. Kas tahtest olenematu ravi otsust pikendati üle 24 tunni?	Jah-1 Ei-2	
2.1. Kui tahtest olenematu ravi otsust pikendati üle 24 tunni, siis kas olemas oli teise arsti arvamus?	Jah-1 Ei-2	
3. Kas tahtest olenematu ravi otsust oli vaja pikendada üle 48 tunni?	Jah-1 Ei-2	
3.1. Kui tahtest olenematu ravi otsust pikendati üle 48 tunni, kas oli koostatud:	Teise arsti arvamus-1 Taotlus kohtule-2	
4. Kas tahtest olenematu ravi otsust pikendati üle 4 päeva?	Jah-1 Ei-2	

4.1. Kui tahtest olenematu ravi otsust pikendati üle 4 päeva, siis kas oli koostatud:	Teise arsti arvamus-1 Taotlus kohtule-2	
5. Kas tahtest olenematu ravi otsust pikendati üle 40 päeva?	Jah-1 Ei-2	
5.1. Kui tahtest olenematu ravi otsust pikendati üle 40 päeva, kas oli koostatud:	Teise arsti arvamus-1 Taotlus KOV-ile-2	
6. Mis viis tahtest olenematu ravi otsust rakendamise vajaduseni?	Oli esmakordne sattumine-1 Ei järginud kehalist raviskeemi-2 Ei järginud psüühilist ravimiskeemi-3 Ravi residentsus-4 Puudub vajadusi arvestav sotsiaalteenus-5 Puudub vajalik sotsialvõrgustik-6 Pole saanud vajalikku sotsiaalteenust-7 Alkoholi ja narkootiliste ainete tarvitamine-8 Muu-9	

6.1. Kui valisite muu, siis nimetage	Vaba tekst	
7. Kommentaarid	Vaba tekst	

Asutuse sisekord

Hindamiskriteeriumid	Väärtused	Kommentaarid
1. Kas asutusel on TOR-i kohaldamise juhend ja dokumendid?	Jah-1 Ei-2	
2. Kas asutusel on ohjeldamise kohaldamise juhend ja dokumendid?	Jah-1 Ei-2	
3. Kas asutusel on vägivalda juhtumite dokumenteerimise ja raporteerimise kord?	Jah-1 Ei-2	
4. Kas asutusel on kaebuste ja ettepanekutega registreerimise/lahendamise kord	Jah-1 Ei-2	
5. Kas asutusel on ohjeldamise juhend?	Jah-1 Ei-2	
6. Kas asutusel on juhend agressiivse patsiendiga toimetulekuks?	Jah-1 Ei-2	

Lisa 3. Asutuste tagasiside

Kõik raviasutused edastasid omapoolse kirjaliku tagasiside. Kuna auditi aruande valmimine langes riigis kehtestatud Covid-19 eriolukorraga samasse perioodi, siis ei olnud võimalik läbi viia tavapärasest auditi tulemuste tutvustamise seminari.

Auditis osalenud raviasutused nõustusid auditis tehtud järeldustega ning soovitud, mis aitavad parendada akuutpsühhiaatria valdkonnaga seotud ravikvaliteeti. Näiteks, et paljudel juhtudel asendab tahtest olenematu ravi psühhiaatria haiglas puuduvaid sotsiaalteenuseid või ebapiisavate lahendustega sotsiaalteenuseid. Üks raviasutus tõi välja, et vaatamata psühhiaatriakliiniku tihedale koostööle linna sotsiaalosakonna kui ka Sotsiaalkindlustusametiga, jääb ainult koostööst väheks, kui vajalikke teenuseid riigi tasemel ei arendata (nt dementsete isikute hooldusteenus kontrollitud keskkonnas) ning seadusloome ei toeta eesmärke (nt pole erihooldusteenusel võimalik tagada antipsühhootilist toetusravi). Samuti nõustuti, et muuta on vaja 01. juunist 2002 jõustunud sotsiaalministri määrust „Tahtest olenematu vältimatu psühhiaatrilise ravi otsuse vormistamise kord“, mis on vananenud ning mis ei korreleeru kehtiva Psühhiaatrilise abi seadusega.

Kaks raviasutust tõi välja, et käesolevaks ajaks on nende psühhiaatriakliinikud liitunud DASA (*Dynamic Appraisal of Situational Aggression* ehk situatsioonilise agressiooni dünaamilise hindamise skaala) adapteerimise ja valideerimise protsessiga. Tegemist on instrumendiga, mis võimaldab anda statsionaarsel psühhiaatrilisel ravil viibivale patsiendile vägivallariski hinnang järgnevas 24 tunniks. 2019.a II-IV kvartalis koolitati ligi 100 õde Eesti psühhiaatria haiglatest (PERH psühhiaatriakliinik, Pärnu Haigla psühhiaatriakliinik, Viljandi haigla psühhiaatriakliinik ja TÜK), kes said valmisoleku oma kliinikutes edasi koolitada ülejäänud õendushoolduspersonali.