

„Nelja eriala
kvaliteediindikaatorite
väärtuste mõõtmiseks
vajaminevate andmete
kaardistamine ja nende
täiendamiseks
arendusvajaduste hindamine“

Projekti viis läbi Eesti Haigekassa tervishoiuteaduste võimekuse edendamise programmi TerVE tegevuse 3 „Info- ja kommunikatsioonitehnoloogial põhineva terviseinfo kogumise ja kasutamise võimaluste edasiarendamine“ raames. Projekt valmis Euroopa Regionaalfondi kaasrahastamisel.

Raporti autorid: Raimo Laus, Sirli Joonas, Priit Lund, Maris Schryer

Autorid tänavad kõiki eksperte, spetsialiste, klinitsiste ja haiglate töötajaid, kellega selle projekti raames oli võimalus kohtuda.

Sisukord

Sissejuhatus	2
Projekti eesmärk	2
Indikaatorid	3
Indikaatorite andmeallikate kaardistamine raviasutustes	5
Indikaatorite andmete kogumine	11
Kokkuvõte ja edasised tegevused.....	12
Lisa 1. Nelja eriala indikaatorite protokollid.....	14

Sissejuhatus

Tervishoiuteenuste kvaliteedi mõõtmine on Eesti tervishoiumaastikul olnud oluline teema juba mõnda aega. Haigekassa initsiatiivil moodustati koostöös Tartu Ülikooli arstiteaduskonnaga 2013. aasta lõpus ravikvaliteedi indikaatorite nõukoda, mis koosneb erinevate erialade tippspetsialistidest ja mille eesmärk on anda suuniseid tervishoiuteenuste järjepidevaks parendamiseks. Nõukoda töötas välja põhimõtted ja meetodika ravikvaliteeti iseloomustavate indikaatorite valikuks, mis toetavad Eestis tervikliku tervishoiu kvaliteedisüsteemi arendamist ning 2014. aastal tehti ettepanekud esimesele viiele arstlikule erialale oma valdkonnas oluliste kvaliteediindikaatorite esitamiseks. Kaasatud erialaseltsid moodustasid töögrupid ja iga töögrupp töötas põhjalikult läbi suurel hulgal tõenduspõhist materjali. Kinnitamiseks esitati vastavalt kokkulepitud meetodikale igal erialal kuni 10 Eesti kohalikus kontekstis kõige olulisemaks valitud indikaatorit. Peale põhjalikku arutelu andis nõukoda 2015. aasta jaanuaris esialgse heakskiidu intensiivravi, sünnitusabi ja onkoloogia indikaatorite detailseks väljatöötamiseks. Kirurgia ja insuldiravi indikaatorite kohta küsiti juurde lisainfot ning need indikaatorid tuli enne esialgse heakskiidu saamist veel täpsustada. Insuldiravi indikaatorid said esialgse heakskiidu kevadel.

Selleks, et välja jõuda indikaatorite mõõtmise ja analüüsimiseni, on eelnevalt vaja:

- koostada esialgse heakskiidu saanud indikaatorite detailsed protokollid;
- kaardistada indikaatorite andmeallikate olemasolu erinevates raviasutustes;
- kaardistada andmete edastamise võimalused kesksesse süsteemi;
- arvestades, et teatud andmeid veel ei koguta, on vaja mõelda andmete kogumise võimaluste loomisele;
- kaardistada ressursivajadus süsteemi loomiseks;
- kaardistada ressursivajadus loodava süsteemi opereerimiseks.

Peale seda, kui esialgse heakskiidu saanud indikaatorite detailsed protokollid on täpsustatud ja täiendatud, kinnitab Ravikvaliteedi indikaatorite nõukoda need lõplikult. Järgneb indikaatorite andmete kogumine raviasutustes üleriigiliselt ja nende analüüs.

Nelja arstliku eriala indikaatorite protokollide koostamiseks ja andmeallikate kaardistamiseks haiglates koostati projekt “Nelja eriala kvaliteediindikaatorite väärtuste mõõtmiseks vajaminevate andmete kaardistamine ja nende täiendamiseks arendusvajaduste hindamine”.

Projekti eesmärk

Projekti eesmärgiks oli kaardistada nelja arstliku eriala poolt esitatud ja indikaatorite nõukoja poolt kinnitatud indikaatorite arvatavad väärtused nelja haigla infosüsteemi põhjal ning saada ülevaade täiendavatest võimalustest nende kasutamiseks kliiniliste indikaatorite üleriigiliseks mõõtmiseks.

Indikaatorid

Erialaseltside poolt esitatud indikaatorite ettepanekud sisaldasid indikaatori detailset kirjeldust; põhjendust ja viiteid indikaatori rakendamiseks antud eriala ravikvaliteedi hindamisel; indikaatori rahvusvahelist dimensiooni ning infot, kas indikaator on kasutatav riikidevahelises võrdluses; ettepanekuid indikaatorite andmeallikate kohta. Nõukoja poolt esialgse heakskiidu saanud indikaatorite väljaarendamiseks nimetas iga erialaselts omalt poolt eksperdi, kes oli indikaatorite protokollide väljatöötamise töörühma liige oma eriala piires. Põhjaliku töö tulemusena valmisid indikaatorite tehnilised kirjeldused, mis on näidiseks käesoleva raporti lisa (Lisa 1). Projekti raames koostatud indikaatorite nimetused on ära toodud alljärgnevas loetelus. Indikaatori nimetusele järgneb definitsioon.

Oluline on rõhutada, et projekti lõpus ei olnud ravikvaliteedi indikaatorite nõukoda kõikidele nimetatud indikaatoritele lõplikku kinnitust veel andnud, seega ei saa käesoleval ajahetkel lugeda neid riiklikult kinnitatud indikaatoriteks. Ravikvaliteedi indikaatorite nõukoda koguneb indikaatorite kinnitamiseks 2015. a. septembris.

Intensiivravi

3. Probleemjuhtumite ja tüsistuste registreerimine ja analüüs

Registreerida ja analüüsida intensiivrais aset leidnud tüsistused, mis on otseselt seotud intensiivraviga, ja nende kirjeldatud analüüs.

4. Standarditud suremuskordaja (standardized mortality ratio, SMR)

Standarditud suremuskordaja võtab arvesse patsiendi haiguse raskusastme (näit. APACHE II või SAPS II skoori) ning sellest tuleneva, vastavate valemite põhjal arvutatava, eeldatava suremuse.

5.1 Intensiivravijärgne 12 kuu elulemus

12 kuud pärast intensiivravilt väljakirjutamist elavate patsientide osakaal (%).

5.2 Intensiivravijärgse elukvaliteedi hindamine

Osakaal (%) intensiivravil olnud patsientidest, kellel on 12 kuud pärast intensiivravis hospitaliseerimist elukvaliteeti hinnatud.

6. Intensiivraviosakonda taashospitaliseerimine 48 tunni jooksul pärast väljakirjutamist

Intensiivraviosakonda taashospitaliseerimise osakaal (%) 48 tunni jooksul pärast väljakirjutamist.

7. Tsentraalveenikateetriga seotud vereringeinfektsioonide esinemissagedus

Tsentraalveenikateetriga seotud infektsioonide arv 1000 vahendpäeva kohta.

8. Ventilaatorpneumoonia esinemissagedus

Ventilaatorpneumooniaga seotud infektsioonide arv 1000 vahendpäeva kohta.

Sünnitusabi

1. Väga enneaegsete sündide osakaal sündidest

Väga enneaegsete sündide (elus- ja surnultsünnid) osakaal kõikidest sündidest ravisutustes, kus puudub vastsündinute intensiivravi võimalus.

2. III ja IV astme lahkliha rebendite osakaal

III ja IV astme lahkliha rebendite osakaal kõikidest vaginaalsetest sünnitustest:

- a) Kõikidest sünnitustest, mille puhul ei toimunud instrumentaalset sekkumist (loomulikul teel sünnitus), LRL.
- b) Kõikidest sünnitusest, mille korral toimus instrumentaalne sekkumine (tang sünnitus või vaakumekstraktsioon), LRV.

3. Keisrilõigete osakaal esmassünnitajatel ajalise üksiksünnituse korral (Robson 1+2)

Robson¹ 1: erakorraliste keisrilõigete osakaal esmassünnitajatel (üksiksünnitus, loote peaseis ja ajaline sünnitus), kellel sünnitustegevus käivitus spontaanselt.

Robson 2: keisrilõigete osakaal esmassünnitajatel, kellel sünnitustegevus indutseeriti ja tehti keisrilõige või plaaniline keisrilõige tehti enne sünnitustegevuse algust.

4. Keisrilõigete osakaal korduvsünnitajatel ajalise üksiksünnituse korral, kellel vähemalt üks sünnitus on lõppenud keisrilõike teel (Robson 5)

Plaaniliste keisrilõigete osakaal korduvsünnitajatel (üksiksünnitus, loote peaseis ja ajaline sünnitus), kellel on vähemalt üks eelnev sünnitus lõppenud keisrilõike teel.

5. Sünnitusega seotud massiivse verekaotuse osakaal

Sünnituste osakaal kõikidest sünnitustest, mille korral esines verekaotus üle 1000 ml, arvutatakse kõikidest sünnitustest.

Onkoloogia: kolorektaalvähi ravi

1. Kolorektaalvähi diagnoosiga opereeritud patsientide postoperatiivne 30 päeva suremus

30 päeva jooksul peale operatsiooni surnud kolorektaalvähi diagnoosiga patsientide osakaal (%) kõigist kolorektaalvähi diagnoosiga patsientidest, kellele teostatud kas plaaniliselt või erakorraliselt kasvaja algkolde eemaldamine.

2. Neoadjuvantset kiiritusravi (koos või ilma keemiaravita) saanud patsientide osakaal kõigist lokoregionaalselt levinud pärasoolevähi patsientidest

Kliiniliselt lokoregionaalselt levinud II-III staadiumi pärasoolevähi (RHK 10 kood C20) haigete osakaal, kellele teostati neoadjuvantset kiiritusravi koos või ilma keemiaravita. Arvutatakse neoadjuvantset kiiritusravi saanute osakaal (%) kõigist tuumori reseksiooni äbi teinud pärasoolevähi haigetest.

3. Esmase radikaalse kirurgilise ravi läbinud kolorektaalvähi diagnoosiga patsientide operatsioonipreparaadis uuritud lümfisõlmede arv

Kolorektaalvähi diagnoosiga patsientide osakaal (%), kes on läbinud esmase radikaalse kirurgilise ravi (kasvaja eemaldamise) ja kellel on eemaldatud ja operatsioonipreparaadis patohistoloogiliselt uuritud ≥ 12 lümfisõlme kõikidest kolorektaalvähi haigetest, kes on läbinud kasvaja esmase radikaalse kirurgilise ravi.

4. Adjuvantse keemiaravi saamise osakaal kõrge retsidiivriskiga II staadiumi ja III staadiumi käärsoolevähi patsientide seas

Kõrge retsidiivriskiga II staadiumi ja kõikide III staadiumi käärsoolevähi patsientide osakaal (%), kes said adjuvantset keemiaravi 56 päeva jooksul peale kasvaja eemaldamiseks tehtud operatsiooni, kõigist sama diagnoosi ja riskiastmega kasvaja esmase radikaalse kirurgilise ravi läbinud patsientidest.

¹ Robson – keisrilõigete puhul kasutatav rahvusvaheline klassifikatsioon

Onkoloogia: rinnavähi ravi

1. Aeg esmase rinnavähi diagnoosiga patsientide esimesest visiidist raviasutuses kuni onkoloogilise ravi alguseni

Patsientide osakaal (%), kellel on alustatud 28 kalendripäeva jooksul peale mammoloogi/onkoloogi vastuvõttu onkoloogilist ravi teostavas asutuses neoadjuvantset keemiaravi, hormoonravi või teostatud operatsioon.

2.Re-ekstsisioonide osakaal protsentides peale kirurgilist ravi histoloogilisel uuringul tuvastatud ebapiisava kasvajakava serva tõttu operatsioonipreparaadis esmase rinnavähidiagnoosiga patsientidel

Re-ekstsisioonide osakaal (%) peale kirurgilist ravi histoloogilisel uuringul tuvastatud ebapiisava kasvajakava serva tõttu preparaadis.

3.Invasiivse rinnavähiga patsientide osakaal, kes on saanud postoperatiivset kiiritusravi rinnanäärmele peale rinda säilitavat operatsiooni (BCT)

Invasiivse rinnavähiga patsientide osakaal (%), kes on saanud postoperatiivset kiiritusravi rinnanäärmele peale rinda säilitavat operatsiooni (BCT).

4. Trastuzumabiga ravi saavate patsientide osakaal protsentides kõigist HER2 3+ (T>1cm N0 või N+) ja HER2 (2+ ISH+) rinnavähi diagnoosiga patsientidest

Trastuzumabiga ravi saavate patsientide osakaal (%) kõigist HER2 3+ (T>1cm N0 või N+) ja HER2 (2+ ISH+) rinnavähi diagnoosiga patsientidest.

Insuldiravi

9. Osakaal letaalse lõppega patsientidest 30 päeva jooksul haigestumisest (30. päeva letaalsus)

Insuldiga patsientide osakaal (%), kelle haigus lõppes letaalselt 30. päeva jooksul pärast ägedat haigestumist.

Indikaatorite andmeallikate kaardistamine raviasutustes

Peale indikaatorite tehniliste kirjelduste koostamist planeerisime kohtumised neljas erinevas haiglas. Algselt oli plaan valida haiglad erinevate infosüsteemide põhjal, aga arvestades kokkulepitud indikaatoreid, oli otstarbekam külastada raviasutusi mitte infosüsteemide põhjal, vaid lähtuda erialadest ja indikaatoritest, mida erinevate raviasutustes praktiseeritakse. Nii näiteks tehakse rinnavähi ravi ainult kolmes haiglas. Kõnealused raviasutused on Tartu Ülikooli Kliinikum, Põhja-Eesti Regionaalhaigla, Ida-Tallinna-Keskhaigla, Pärnu Haigla.

Kohtumistel osalesid haigla IT juht, ravijuht või kvaliteedijuht ja konkreetses haiglas kõnealuste erialade esindajad. Indikaatorite väljatöötamise meeskonna poolt osalesid kõikidel kohtumistel minimaalselt IT juht, projekti koordinaator ning indikaatorite väljatöötamisega seotud iga eriala ekspert. Kohtumiste eesmärk oli indikaatoreid tutvustada ja saada infot võimalike andmeallikate kohta vastavates raviasutustes.

Kõik kohtumised algasid indikaatorite detailse tutvustamisega ja kohtumise käigus arutati läbi erinevad detailid. Üles kerkis ka hulgaliselt küsimusi, mida täpsustasime ja mille kohta otsisime kohtumiste vahepealsel ajal infot juurde. Lühikokkuvõtte võimalikest andmeallikatest ja indikaatorite üleriigiliseks kogumiseks vajalikest tegevustest on toodud tabelis Tabel 1 Haiglate ülevaade indikaatorite andmeallikate ja tehniliste vajaduste kohta“.

Tabel 1 Haiglate ülevaade indikaatorite andmeallikate ja tehniliste vajaduste kohta

Nr	Indikaator	Haigla 1	Haigla 2	Haigla 3	Haigla 4
1	Intensiivravi 3	<p>INTENSIUM² või</p> <p>Haigla infosüsteemis on vaja luua eeldused indikaatori kogumiseks vajalike andmete (üldandmed, probleemjuhtumite loend) sisestamiseks. Haigal infosüsteemis on vaja hallata indikaatori kogumiseks vajalike andmete spetsiaalkandeid. Vajalik luua lahendus andmete edastamiseks kesksüsteemi.</p> <p>(1 inimese tööjõuressurss indikaatori kogumiseks vajalikke andmeid sisaldavate kannete haldamiseks.)</p>	<p>Algandmed on olemas, vajalik luua andmevahetusliides loodava keskkonnaga.</p>	<p>Vajalik luua haigla infosüsteemis lahendus juhtumite registreerimiseks ja luua lahendus andmete edastamiseks kesksüsteemi</p>	<p>Haigla infosüsteemis on vaja luua eeldused indikaatori kogumiseks vajalike andmete sisestamiseks ja analüüsimise registreerimiseks. Vajalik luua lahendus andmete edastamiseks kesksüsteemi.</p>
2	Intensiivravi 4	<p>INTENSIUM või</p> <p>Haigla infosüsteemis on vaja luua eeldused indikaatori kogumiseks vajalike andmete sisestamiseks.</p> <p>Haigal infosüsteemis on vaja hallata indikaatori kogumiseks vajalike andmete spetsiaalkandeid. (Vajalik 1 inimese tööjõuressurss indikaatori kogumiseks vajalikke andmeid sisaldavate kannete haldamiseks.) Vajalik luua lahendus andmete edastamiseks kesksüsteemi.</p>	<p>Algandmed on olemas, vajalik luua andmevahetusliides loodava keskkonnaga.</p>	<p>Vajalik luua lahendused andmete kirjeldamiseks ja edastamiseks kesksüsteemi</p>	<p>Haigla infosüsteemis on vaja luua eeldused indikaatori kogumiseks vajalike andmete sisestamiseks.</p> <p>Vajalik luua lahendus andmete edastamiseks kesksüsteemi.</p>
3	Intensiivravi 5.1	<p>Haigla infosüsteemis on vaja luua eeldused indikaatori kogumiseks vajalike andmete sisestamiseks. Haigal infosüsteemis on vaja hallata indikaatori</p>	<p>Algandmed on olemas, vajalik luua andmevahetusliides loodava keskkonnaga, siis saab kasutada päringut Surmapõhjuste</p>	<p>Vajalik luua lahendused hospitaliseerimise andmete kogumiseks ja edastamiseks kesksüsteemi, siis saab kasutada päringut Surmapõhjuste</p>	<p>Haigla infosüsteemis on vaja luua eeldused indikaatori kogumiseks vajalike andmete sisestamiseks ja edastamiseks</p>

² Rahvusvaheline intensiivravi register

		kogumiseks vajalike andmete spetsiaalkandeid. Haigla infosüsteemist on vaja tekitada importfail, et andmed saaks importida süsteemi INTENSIMUM. Vajalik luua lahendus andmete edastamiseks kesksüsteemi., siis saab kasutada päringut Surmapõhjuste registrisse	registrisse.	registrisse.	kesksüsteemi, siis saab kasutada päringut Surmapõhjuste registrisse.
4	Intensiivravi 5.2	Haigla infosüsteemis on vaja luua eeldused indikaatori kogumiseks vajalike andmete sisestamiseks. Haigal infosüsteemis on vaja hallata indikaatori kogumiseks vajalike andmete spetsiaalkandeid. Haigla infosüsteemist on vaja tekitada importfail, et andmed saaks importida süsteemi INTENSIMUM. Vajalik luua lahendus andmete edastamiseks kesksüsteemi. (1 inimese tööjõuressurs indikaatori kogumiseks vajalikke andmeid sisaldavate kannete haldamiseks)	Vajalik 1 töötaja elukvaliteedi hindamiseks ja andmete sisestamiseks.	Vajalik 1 töötaja elukvaliteedi hindamiseks ja andmete sisestamiseks.	Küsimustik teha kesksüsteemi ja haiglas on vaja tööjõuressursi küsitluste läbiviimiseks.
5	Intensiivravi 6	Haigla infosüsteemis on vaja luua eeldused indikaatori kogumiseks vajalike andmete sisestamiseks. Haigal infosüsteemis on vaja hallata indikaatori kogumiseks vajalike andmete spetsiaalkandeid. Haigla infosüsteemist on vaja tekitada importfail, et andmed saaks importida süsteemi INTENSIMUM. Vajalik luua lahendus andmete edastamiseks kesksüsteemi.	Algandmed on olemas, vajalik luua andmevahetusliides loodava keskkonnaga.	Vajalik luua lahendused plaanilise hospitaliseerimise märkimiseks ja andmete edastamiseks kesksüsteemi	Haigla infosüsteemis on vaja luua eeldused indikaatori kogumiseks vajalike andmete sisestamiseks. Vajalik luua lahendus andmete edastamiseks kesksüsteemi.
6	Intensiivravi 7	Haigla infosüsteemis on vaja luua eeldused indikaatori kogumiseks vajalike andmete	Algandmed on olemas, vajalik luua andmevahetusliides loodava keskkonnaga.	Luua haigla IT süsteemis võimalus sisestada tsentraalveenikateetri	Indikaatori kogumiseks vajalik

		sisestamiseks. Haigal infosüsteemis on vaja hallata indikaatori kogumiseks vajalike andmete spetsiaalkandeid. Haigla infosüsteemist on vaja tekitada importfail, et andmed saaks importida süsteemi INTENSIVUM. Vajalik luua lahendus andmete edastamiseks kesksüsteemi.		paigaldamisega seotud detailid ja infektsiooni tunnuse olemasolu. Luua lahendus andmete edastamiseks kesksüsteemi.	tööprotsess on vaja juurutada. Haigla infosüsteemis on vaja luua eeldused indikaatori kogumiseks vajalike andmete sisestamiseks. Vajalik luua lahendus andmete edastamiseks kesksüsteemi.
7	Intensiivravi 8	Haigla infosüsteemis on vaja luua eeldused indikaatori kogumiseks vajalike andmete sisestamiseks. Haigal infosüsteemis on vaja hallata indikaatori kogumiseks vajalike andmete spetsiaalkandeid. Haigla infosüsteemist on vaja tekitada importfail, et andmed saaks importida süsteemi INTENSIVUM. Vajalik luua lahendus andmete edastamiseks kesksüsteemi.	Algandmed on olemas, vajalik luua andmevahetusliides loodava keskkonnaga.	Luua haigla IT süsteemis võimalus sisestada kunstliku ventilatsiooniga seotud detailid ja infektsiooni tunnuse olemasolu. Luua lahendus andmete edastamiseks kesksüsteemi.	Indikaatori kogumiseks vajalik tööprotsess on vaja juurutada. Haigla infosüsteemis on vaja luua eeldused indikaatori kogumiseks vajalike andmete sisestamiseks. Vajalik luua lahendus andmete edastamiseks kesksüsteemi.
8	Sünnitusabi 1	Andmed saab Eesti Meditsiinilisest Sünniregistrist	Andmed saab Eesti Meditsiinilisest Sünniregistrist	Andmed saab Eesti Meditsiinilisest Sünniregistrist	Andmed saab Eesti Meditsiinilisest Sünniregistrist
9	Sünnitusabi 2	Andmed saab Eesti Meditsiinilisest Sünniregistrist	Andmed saab Eesti Meditsiinilisest Sünniregistrist	Andmed saab Eesti Meditsiinilisest Sünniregistrist	Andmed saab Eesti Meditsiinilisest Sünniregistrist
10	Sünnitusabi 3	Andmed saab Eesti Meditsiinilisest Sünniregistrist	Andmed saab Eesti Meditsiinilisest Sünniregistrist	Andmed saab Eesti Meditsiinilisest Sünniregistrist	Andmed saab Eesti Meditsiinilisest Sünniregistrist
11	Sünnitusabi 4	Andmed saab Eesti Meditsiinilisest Sünniregistrist	Andmed saab Eesti Meditsiinilisest Sünniregistrist	Andmed saab Eesti Meditsiinilisest Sünniregistrist	Andmed saab Eesti Meditsiinilisest Sünniregistrist
12	Sünnitusabi 5	Andmed saab Eesti Meditsiinilisest Sünniregistrist	Andmed saab Eesti Meditsiinilisest Sünniregistrist	Andmed saab Eesti Meditsiinilisest Sünniregistrist	Andmed saab Eesti Meditsiinilisest Sünniregistrist
13	Kolorektaalvähi 1	Vajalik luua lahendus andmete edastamiseks kesksüsteemi, seejärel saab kasutada päringut Surma põhjuste registrisse.	Algandmed on olemas, vajalik luua andmevahetusliides loodava keskkonnaga, siis saab kasutada päringut Surma põhjuste registrisse.	Vajalik luua lahendus andmete edastamiseks kesksüsteemi, siis saab kasutada päringut Surma põhjuste registrisse.	Vajalik luua lahendus andmete edastamiseks kesksüsteemi. Haiglal soov saada ka otseühendus päringute tegemiseks

					Surma põhjuste registrisse.
14	Kolorektaalvähi 2	Haigla infosüsteemiga on vaja luua andmevahetus kiiritusravi programmiga Mosaiq kiiritusravi teenuse ja kiiritusravi teenuse alguskuupäeva osas. Vajalik luua lahendus andmete edastamiseks kesksüsteemi.	Algandmed on olemas, vajalik luua andmevahetusliides loodava keskkonnaga.	(See indikaator ei ole asjakohane antud ravisutuses.)	Seoses sellega, et haigla ise ei teosta kiiritusravi, on vaja luua lahendus, kuidas saada infot kiiritusravi teostanud asutusest. Vaja luua lahendus info edastamiseks kesksüsteemi.
15	Kolorektaalvähi 3	Haigla infosüsteemis on vaja luua eeldused indikaatori kogumiseks vajalike andmete (patoloogia lisaandmed: lümfisõlmede koguarv) sisestamiseks; Vajalik luua lahendus andmete edastamiseks kesksüsteemi.	Algandmed on olemas, vajalik luua andmevahetusliides loodava keskkonnaga.	Vajalik luua lahendus andmete edastamiseks kesksüsteemi.	Haigla infosüsteemis on vaja luua eeldused indikaatori kogumiseks vajalike andmete sisestamiseks (patohistoloogia raporti standardiseerimine). Vajalik luua lahendus andmete edastamiseks kesksüsteemi.
16	Kolorektaalvähi 4	Haigla infosüsteemi patoloogiamoodulisse on sisse viia klassifikaator International Rules for Multiple Primary Cancers ICD-O kasvaja leviku hindamiseks ning võimalus sisestada uuritud lümfisõlmede arvu; Vajalik luua lahendus andmete edastamiseks kesksüsteemi.	Algandmed on olemas, vajalik luua andmevahetusliides loodava keskkonnaga.	Vajalik luua lahendus andmete edastamiseks kesksüsteemi.	Haigla infosüsteemis on vaja standardiseerida patohistoloogia raport lümfisõlmede märkimiseks. Vajalik luua lahendus andmete edastamiseks kesksüsteemi.
17	Rinnavähi 1	Haigla infosüsteemis on vaja luua eeldused indikaatori kogumiseks vajalike andmete sisestamiseks: hormonaalravi alustamise kuupäev. Vajalik luua lahendus andmete edastamiseks kesksüsteemi.	Algandmed on olemas, vajalik luua andmevahetusliides loodava keskkonnaga.	(See indikaator ei ole asjakohane antud ravisutuses.)	Haigla infosüsteemis on vaja luua eeldused indikaatori kogumiseks vajalike andmete sisestamiseks. (Oluline on tuvastada esmase visiidi ja ravi alguse kuupäevad). Vajalik luua lahendus andmete edastamiseks kesksüsteemi.
18	Rinnavähi 2	Vajalik luua lahendus andmete edastamiseks kesksüsteemi.	Algandmed on olemas, vajalik luua andmevahetusliides loodava keskkonnaga.	(See indikaator ei ole asjakohane antud ravisutuses.)	Standardiseerida patohistoloogia raport.

					Vajalik luua lahendus andmete edastamiseks kesksüsteemi.
19	Rinnavähi 3	Vajalik luua lahendus andmete edastamiseks kesksüsteemi.	Algandmed on olemas, vajalik luua andmevahetusliides loodava keskkonnaga.	(See indikaator ei ole asjakohane antud raviasutuses.)	Seoses sellega, et haigla ise ei teosta kiiritusravi, on vaja luua lahendus, kuidas saada infot kiiritusravi teostanud asutusest. Vaja luua lahendus info edastamiseks kesksüsteemi.
20	Rinnavähi 4	Haigla infosüsteemi patoloogiamoodulisse on sisse viia klassifikaator International Rules for Multiple Primary Cancers ICD-O kasvaja leviku hindamiseks ning võimalus sisestada alkolde suurust. Vajalik luua lahendus andmete edastamiseks kesksüsteemi.	Algandmed on olemas, vajalik luua andmevahetusliides loodava keskkonnaga.	(See indikaator ei ole asjakohane antud raviasutuses.)	Vajalik luua eraldi kood, et saaks kõnealust preparaati teistest keemiaravi preparaatidest eristada. Vaja luua lahendus info edastamiseks kesksüsteemi.
21	Insuldiravi 9	Vajalik luua lahendus andmete edastamiseks kesksüsteemi., seejärel saab kasutada Surma põhjuste registri päringut.	Vajalik luua lahendus andmete edastamiseks kesksüsteemi., seejärel saab kasutada Surma põhjuste registri päringut.	Vajalik luua lahendus andmete edastamiseks kesksüsteemi., seejärel saab kasutada Surma põhjuste registri päringut.	Vajalik luua lahendus andmete edastamiseks kesksüsteemi., seejärel saab kasutada Surma põhjuste registri päringut.

Kokkuvõtteks rõhutati, et kuigi enamustes külastatud raviasutustes oli indikaatorite arvutamiseks vajalikud alusandmed mingil määral olemas, on kokkulepitud indikaatorite andmete esitamisel järgmised probleemid:

- andmed paiknevad erinevates süsteemides (sealhulgas *MS Exceli* tabelid);
- erinevad süsteemid, kus alusandmeid kogutakse, pole omavahel ühendatud;
- andmed sisestatakse kohati vabatekstina;
- hetkel puudub kindel haiglaravijärgne andmete kogumine (elukvaliteedi hindamine);
- puudub aruandlussüsteem indikaatorite arvutamiseks.

Indikaatorite kaardistamise käigus saadud info põhjal võib indikaatorite algandmete kogumise ja arvutamise jagada kolmeks:

- I. Arvutatavad olemasolevate andmete baasil.
- II. Andmed on erinevates kohtades olemas, aga need on vaja kesksüsteemi kokku tuua, alles seejärel saab indikaatorite väärtusi arvutada.
- III. Andmeid kogutakse praegu puudulikult. On vaja juurutada ühtne andmete kogumine ja märkimine ning seejärel on vaja need andmed kesksüsteemi kokku tuua.

Allpool olev Tabel 2 Indikaatorite kogumise ja analüüsimise võimaluste jagunemine“ annab ülevaate, millised indikaatorid praegu nendes kategooriatesse kuuluvad.

Tabel 2 Indikaatorite kogumise ja analüüsimise võimaluste jagunemine

Indikaatorite olemasolevate baasil	arvutamine andmete	Andmete kokku toomine ühtsesse süsteemi	Puudu olevate tehniliste lahenduste loomine
Sünnitusabi nr 1			
Sünnitusabi nr 2			
Sünnitusabi nr 3			
Sünnitusabi nr 4			
Sünnitusabi nr 5			
Kolorektaalvähi nr 1		Rinnavähi nr 1	Kolorektaalvähi nr 2 Kolorektaalvähi nr 3 Kolorektaalvähi nr 4 Rinnavähi nr 2 Rinnavähi nr 3 Rinnavähi nr 4
Intensiivravi nr 5.1		Intensiivravi nr 3 Intensiivravi nr 6 Intensiivravi nr 7 Intensiivravi nr 8	Intensiivravi nr 4 Intensiivravi nr 5.2
Insuldiravi nr 9			

Indikaatorite andmete kogumine

Viidates eelmises peatükis toodud andmete kogumise võimalustele I-III, on ka edasised tegevused lahterdatud kolmeks.

- I. Vajalikud andmed on olemas Eestis üleriigiliselt tegutsevates registrites, seega tuleb ravisutusel? liidestuda vastavate registritega. Eesti Meditsiinilise Sünniregistri esindajatega on vaja arutada läbi sünnitusabi indikaatorite andmete pärimise detailid. Surma põhjuste registri esindajatega tuleb pidada läbirääkimisi, et leppida kokku asjaolud, kuidas kesksüsteemi pärida andmeid indikaatorite kohta, mis sisaldavad letaalseid juhtumeid.
- II. Haigekassa on planeerinud viia läbi indikaatorite mõõtmise tehnilise lahenduse pilootprojekti. Täna on paigaldatud ning seadistatud vastav kesksüsteem, kuhu on võimalik alusandmed koguda ning seal neid analüüsida. Andmete kogumisel saab kasutada kahte meetodikat:
 - Automaatset „Infosüsteem→infosüsteem“ andmete edastamist;
 - Käsi ettevalmistatud küsimustike täitmist;

Ette on valmistatud ka enamike indikaatorite xml-andmemudelid, mida hetkel paigaldatakse kesksüsteemi. Samuti on valmis TTO infosüsteemist andmete kesksüsteemi edastamise näidissõnumid.

Kõik algandmed saadetakse üksikute faktidena (visiidid, uuringud jms) eraldi sõnumitena kesksüsteemi.

Hetkel on kokkulepe saavutatud Põhja-Eesti Regionaalhaiglaga, kes on valmis ühe aasta näidisandmed kesksüsteemi edastama septembri lõpuks. Seejärel saab arvutada välja indikaatorite tulemid ühe haigla näitel.

Järgmise etapina on planeeritud andmekvaliteedi parendamine – kesksüsteemile tuleb juurde lisada formaadi ja sisukontrollid.

Kui esimese näidishaigla andmed on puhastatud ning indikaatorite arvutused toimivad, on plaanis andmevahetus käivitada ka teiste piloothaiglatega. Eelduseks on, et teistes piloothaiglates on vastavad arendused realiseeritud.

- III. Osa indikaatorite jaoks vajalikke andmeid praegu kõikides haiglates veel ei koguta, samas teatud andmed on haiglates olemas, aga need sisestatakse vabatekstina ning seetõttu ei saa neid hetkel automaatselt pärida. Kõigepealt on vaja haiglates sisse viia indikaatorite andmete märkimine ja vabatekstina sisestatavad andmed tuleks struktureerida, seejärel saab haigla infosüsteemis hakata neid rutiinselt sisestama ja tulevikus tekib võimalus automaatselt kesksüsteemi saata.

Kokkuvõte ja edasised tegevused

Projekti lõpptulemusena on tekkinud:

- Ravikvaliteedi indikaatorite nõukoja poolt esialgselt kinnitatud 21 indikaatori tehnilised protokollid.
 - Koostatud on 8 intensiivravi, 4 kolorektaalvähi, 4 rinnavähi, 5 sünnitusabi ja 1 insuldiravi indikaatori tehnilist kirjeldust (Lisa 1).
- Neljas raviasutuses on kaardistatud andmeallikad ja kogumise võimalused.
 - Kõikides nimetatud raviasutustes on teatud hulk sobivaid algandmeid olemas, aga samas on kõikides vaja juurutada ka uusi rutiine, et kõiki vajalikke andmeid indikaatorite keskseks arvutamiseks koguda.
- Ülevaade, millised tehnilised arendustööd on vaja teha, et saaks hakata kõiki kinnitatud 21 indikaatorit jälgima võrreldavalt üle kõigi tervishoiuteenuste osutajate.
 - Projektis osalenud neljalt raviasutuselt palusime andmete kaardistamist ja selle käigus tuua välja ka tegevused ja eeldatav ressursivajadus, mis on igas konkreetses raviasutuses vaja teha, et saaks hakata indikaatoreid arvutama. Kokkuvõtlik ülevaade on toodud tabelis 1.
- Ülevaade, millised indikaatorid on olemasolevate andmete najal juba praegu jälgitavad.
 - Ülevaade kõnealuste indikaatorite praeguse hetke kättesaadavusest on toodud tabelis 2.

Käesolev projekt on üks osa suuremast projektist, millega plaanitakse koostöös Tartu Ülikooli arstiteaduskonna ja Ravikvaliteedi indikaatorite nõukojaga välja arendada erinevatel erialadel

ravikvaliteedi hindamiseks sobiv süsteem ravikvaliteedi indikaatorite näol. Aluseks on tõendus põhised ja kohalike oludega arvestavad ühtsed põhimõtted ning metoodika ravikvaliteeti iseloomustavate indikaatorite valikuks ning kinnitamiseks. Laiemalt ravikvaliteeti iseloomustavate indikaatorite süsteem võimaldab läbipaistvalt ja süsteemselt hinnata Eesti tervishoiusüsteemi ja ravikvaliteedi muutusi aja jooksul ning võrrelda Eestit teiste arenenud riikidega. Selleks on aktiivne huvi erialade esindajatel ning haigekassa toetab rakendamist.

Esimeste erialade indikaatorite protokollid on koostatud, nüüd jätkame nende protokollide tutvustamist seotud osapooltele. Jätkame juba alustatud tehniliste lahenduste loomist ja täiustamist, mille abil koondada erinevate indikaatorite algandmed. Veel 2015. aastal asume kokkulepitud indikaatoreid juurutama. Sügiskuu desse on planeeritud erinevaid kohtumisi ja tutvustavaid üritusi. Koostöö samade ekspertidega ja partneritega jätkub aktiivselt. Paralleelsete sammudena loome haigekassa eestvedamisel tehnilised lahendused, kuidas raviasutustest indikaatorite kohta algandmed koguda. Nagu eespool kirjeldatud, siis pikemas perspektiivis on eesmärk erinevate erialade indikaatorite kogumiseks arendada välja regulaarselt uute andmetega täienev jätkusuutlik andmekogu, mis tagab indikaatorite üleriigilise monitoorimise.

Lisa 1. Nelja eriala indikaatorite protokollid

Indikaatori nimetus	Intensiivravi indikaator 3: Probleemjuhtumite ja tüsistuste registreerimine ja analüüs.
Indikaatori kirjeldus/ vajaduse põhjendus	<p>Probleemjuhtumid on sagedased, eriti intensiivravis, ja on seotud märkimisväärse suremuse ja haigestumusega, samuti ravikuludega. Probleemjuhtumite vähendamiseks on esmajärjekorras vajalik nende süstematiseeritud dokumenteerimine ning aus ja konstruktiivne analüüs. Seetõttu on probleemjuhtumite registreerimissüsteemi olemasolu ja funktsioneerimine intensiivravi kvaliteedi aspektist äärmiselt oluline.</p> <p>Eri riikide kogemustes on nii riiklike kui ka haigla- ja osakonnapõhiseid süsteeme probleemjuhtumite registreerimiseks. Sõltumata registreerimissüsteemist jääb olulisim töö juhtumite analüüsi ja vajadusel töökorralduslike muutuste tegemiseks osakonna tasemele. Riiklikul tasemel on oluline teada, kas selline süsteem on vastavas haiglas/osakonnas olemas.</p>
Definitsioon	Registreerida ja analüüsida intensiivravis aset leidnud tüsistused, mis on otseselt seotud intensiivraviga ja nende kirjeldatud analüüs.
Indikaatori tüüp	Protsessi indikaator
Lugeja	N – Analüüsitud probleemjuhtude arv
Nimetaja	A- Registreeritud probleemjuhtumite arv
Valem:	$L (\%) = (N/A) * 100$
Sihtgrupp:	Intensiivravi osakonnas aset leidnud tüsistused
Eeldused indikaatori arvutamiseks:	Probleemjuhtumite registreerimissüsteemi ja analüüsiraporti olemasolu intensiivravi osakonnas.
Sisse arvatud	<p>Intensiivravi osakonnas aset leidnud tüsistused</p> <p>Probleemjuhtumid:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intrakraniaalse rõhu anduri ekslik eemaldamine - Tsentraalveenikateetri ekslik eemaldamine <p>Raviga seotud tüsistused:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lamatised - Mitteleplaanitud ekstubatsioon - Kukkumine voodist või toolilt - Pleuradreeni ekslik eemaldamine <p>Ravimitega seotud tüsistused:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Allergia - Anafülaktiline šokk - Bronhospasm - Vale infusioonilahus, vale infusioonikiirus (ei ole Intensiumis, registreeritakse oma süsteemis) - Vale ravim, vale doos <p>Kanüleerimistega seotud tüsistused:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Punktatsioonijärgne verejooks - Öhkrind - Arteri punktatsioon
Väljaarvatud	Põhihaiguse kulu halvenemine, mis ei ole otseselt seotud intensiivraviga (nt kirurgilisel haigel anastomoosi leke vm)

Tõlgendus	Standardtase: 100 % Eesmärk, et kõik probleemjuhtumid oleksid registreeritud ja analüüsitud.
Andmeallikad	Andmeallikaks oleks intensiivravi register (näit. Intensium) Alternatiivid: Exceli tabelis; Haigla register
Jälgimisperiod	01.jaanuar – 31. detsember, andmeid analüüsitakse 1x aastas Arvestuse aluseks võetakse juhtumi juhtumise päev
Edasine informastioon	Indikaatorit soovitab Euroopa intensiivravi selts. Soovitused põhinevad seitsmel erineval uuringul, kus on analüüsitud probleemjuhtumite registreerimise mõju intensiivravi tulemustele (Winters, et al, 2007) (Holzmueller et al, 2005) (Valentin A, 2009).

Indikaatori nimetus	Intensiivravi indikaator 4: Standarditud suremuskordaja (standardized mortality ratio, SMR) riiklik indikaator.
Indikaatori kirjeldus/vajaduse põhjendus	Standarditud suremuskordaja on vajalik intensiivravi suremuse adekvaatseks analüüsiks ning erinevate patsientikohortide võrdluseks.
Definitsioon	Standarditud suremuskordaja võtab arvesse patsiendi haiguse raskusastme (näit. APACHE II või SAPS II skoori) ning sellest tuleneva, vastavate valemite põhjal arvatava, eeldatava suremuse.
Indikaatori tüüp	Ravitulemuse indikaator
Lugeja	Tegelik haiglasuremus - intensiivravi osakonda hospitaliseeritud patsientide arv, kes vaatlusaja jooksul surid haiglas.
Nimetaja	Eeldatud haiglasuremus - vaatlusaja jooksul intensiivravi osakonnas ravitud haigete surmanõenäosuste aritmeetiline summa jagatud patsientide arvuga.
Valem	SMR= tegelik haiglasuremus/eeldatud haiglasuremus Ühikud: suhtarv
Sihtgrupp	Intensiivravi osakonda hospitaliseeritud patsiendid.
Eeldused indikaatori arvutamiseks	Dokumenteeritud ja salvestatud peavad olema: hospitaliseerimise üksikasjad (demograafilised andmed, kaasuvad haigused, hospitaliseerimise aeg ja lõpe), diagnoosigrupp APACHE IV skoori järgi, füsioloogilised ja laboratoorsed näitajad intensiivravi esimese 24 t jooksul APACHE II ja SAPS II skoori arvutamiseks.
Sisse arvatud	Intensiivravi osakonnas ravitud patsiendid, kes surid vaatluse all oleva hospitaliseerimise lõppena vaatluse all olevas haiglas.
Väljaarvatud	Taashospitaliseerimised intensiivravi osakonda, samuti ravi piirangutega (aktiivravi lõpetamine) haigusjuhud ning teistesse haiglatesse üle viidud patsiendid jäetakse analüüsist välja.
Tõlgendus	Standardtase: < 1
Andmeallikad	SMR arvutamiseks vajalik andmekoosseis on toodud Lisas .
Jälgimisperiood	01.jaanuar – 31. detsember, andmeid analüüsitakse 1x aastas. Arvestuse aluseks on intensiivravisse hospitaliseerimise kuupäev.
Edasine informatsioon	Indikaatorit soovitab Euroopa intensiivravi selts (Moreno, et al, 2010) (Poole, et al, 2009). SMR on alati esitletud rahvusvahelise konsortsiumi BM-ICU (varem Intensium) aastaraportis, samuti Rootsi ja Taani kvaliteediraportites.

Lisa

Standardiseeritud suremuskordaja (standardized mortality ratio, SMR) arvutamiseks on vajalikud järgmised andmed

- A. Hospitaliseerimise üksikasjad (demograafilised andmed, kaasuvad haigused, hospitaliseerimise aeg ja lõpe)**
- B. Diagnoosigrupp APACHE IV järgi**
- C. Füsioloogilised ja laboratoorsed näitajad esimese 24 t jooksul**

Nende andmete põhjal on võimalik leida eeldatav suremus vaatlusaluses kohordis, mis võtab arvesse patsientide haigusseisundi raskust. Suremuskordaja on eeldatud ja tegeliku suremuse suhe. $SMR < 1$ näitab eeldatust väiksemat suremust ja head ravikvaliteeti. Detailselt vajalik andmekooseis on alljärgnev.

Standardiseeritud suremuskordaja arvutamine vajab hästi kontrollitud, võimalikult täielikke algandmeid ning valideeritud arvutusprotsessi ning –võimekust. Naaberriikides on see tegevus seotud intensiivravi registritega. Eestil intensiivravi osakondadel oleks mõistlik liituda rahvusvahelise Soome intensiivravi registriga (BM-ICU), kus vastav arvutusvõimekus ja pikaajane kogemus on olemas. Olulise lisaväärtusena saaksime võimaluse ravitulemuste rahvusvaheliseks võrdluseks. Soome intensiivravi registris on muuhulgas detailne käsiraamat allolevate parameetrite seletuseks ning probleemkohtade lahendamiseks.

Idealis võiksid allolevad andmed (või suur osa neist andmetest) liikuda elektroonse andmevahetuse kaudu meie elektroonsetest haiguslugudest rahvusvahelise intensiivravi registri veebipõhisesse andmekogusse. Nii on korraldatud andmekogumine Soomes. Vastava lahenduse väljatöötamine on praegu käsil Tartu Ülikooli Kliinikumis.

A. Hospitaliseerimist puudutavad üksikasjad:

Sugu (M/N)

Vanus

Hospitaliseerimise tüüp:

- Operatiivne (Jah/Ei)
- Erakorraline (Jah/Ei)

Füüsiline võimekus:

- Võimeline töötama või pensionil
- Töövõimetu, kuid ei vaja kõrvalist abi
- Vajab igapäevast abi
- Raske puue

NYHA-klass:

- Pole valu rinnus
- Valu rinnus suurel kehalisel koormusel
- Valu rinnus kergel kehalisel koormusel
- Valu rinnus puhkelolekus

Haiglasse saabumise aeg (pp/kk/aaaa, tt:mm)

IROsse hospitaliseerimise aeg (pp/kk/aaaa, tt:mm)

Suunav haigla:

Kust tuli IROsse:

- Tavaosakond
- Madalama astme intensiivravi osakond
- EMO
- Teine intensiivraviosakond
- Op tuba või ärkamisruum
- Mujalt haiglast

Eelnev intensiivravi:

- Mitmes hospitaliseerimine intensiivravi osakonda selle haiglasoleku jooksul
- Korduv hospitaliseerimine IROsse 48 tunni jooksul (Jah/Ei)

Kaasuvad kroonilised haigused: (Jah/Ei/ Pole teada)

- Krooniline kopsuhaigus
- Pahaloomuline verehaigus
- Krooniline maksahaigus
- Parenteraalne tsütostaatikum
- Krooniline neeruhaigus
- Kõrges doosis glükokortikoid
- Pahaloomuline kasvaja
- AIDS

Põhihaiguse diagnoos (RHK-10):

1. Põhihaigus
2. Kaasuv haigus

Intensiivravi sündroomid IROs viibimise ajal:

- Raske sepsis
- ARDS
- Kateetriga seonduv vereringeinfektsioon
- Septiline šokk
- Pidev dialüüsravi
- Intensiivravihaige polüneuropaatia
- VAP
- DIK-sündroom

Haiguse lõpe (intensiivravi osakonnast lahkudes):

IROst väljakirjutamise aeg (pp/kk/aaaa, tt:mm)
 IROst lahkumisel (Elus/Surnud)

IROst lahkumisel suunati edasi:

- Haigla tavaosakonda
- Madalama astme int.ravi samas haiglas
- Madalama astme int.ravi teises haiglas
- Mujale

Ravi piirangud:

- Piiranguteta ravi
- Mitte elustada (otsuse kuupäev)
- Ravimahtu mitte suurendada (otsuse kuupäev)
- Intensiivravi lõpetamine (otsuse kuupäev)

Ravi piirangute põhjendus:

- Ravimatu põhihaigus
- Patsiendi enda soov

Millal määrati ravi piirang?

- Vastuvõtul
- Intensiivravi ajal
- Intensiivravist väljakirjutamisel

Ravi piiramise otsuse kuupäev: (pp/kk/aaaa)

Haiglast lahkumine ja seisund 6 kuu möödudes:

Haiglast lahkumise kuupäev (pp/kk/aaaa)
Haigla, kuhu patsient suunati

Seisund haiglast väljakirjutamisel:

- Surnud
- Vajab eriravi
- Vajab tavaravi
- Koju

Seisund 6 kuu möödudes:

- Elus
- Surnud

B. APACHE IV diagnoosirühm

Vali üks mittekirurgiline või kirurgiline haigus.

Mittekirurgilised haigused

Südame-veresoonekonna haigused:

1. MI, anterioorne
2. MI, inferioorne/lateraalne
3. MI, ilma Q-sakita
4. MI, muu
5. Südameseiskus: VF/VT, haiglaeelne elustamine
6. Südameseiskus: asüstoolia/PEA, haiglaeelne
7. Südameseiskus: VF/VT, haiglasisene elustamine
8. Südameseiskus: asüstoolia/PEA, haiglasisene
9. Kardiogeenne šokk
10. Kardiomiopaatia
11. Südame paispuudulikkus
12. Stenokardia
13. Arteriaalne hüpertensioon
14. Hüpovoleemia/dehüdratatsioon (mitte šokk)
15. Hemorraagia (v.a. seedetrakti verejooks)
16. Aordi aneurüsm/dissektsioon: endovaskulaarne ravi
17. Aordi aneurüsm/dissektsioon: konservatiivne ravi
18. Perifeersete veresoonte haigus
19. Südame rütmihäired
20. Sepsis (nahk)
21. Sepsis (seedetrakt)

22. Sepsis (hingamissüsteem)
23. Sepsis (urotrakt)
24. Sepsis (muu lokalisatsioon)
25. Sepsis (ebaselge lokalisatsioon)
26. Kardiovaskulaarravimite toksiline toime
27. Ebastabiilne stenokardia
28. Kardiovaskulaarsüsteem, muu patoloogia

Hingamissüsteemi haigused

29. Hingamisteede sulgus
30. Astma
31. Aspiratsioonipneumoonia
32. Bakteriaalne pneumoonia
33. Viiruspneumoonia
34. Pneumoonia, muud tekitajad (seened, parasiidid)
35. Krooniline obstruktiivne kopsuhaigus (emfüseem, bronhiit)
36. Pleura efusioon
37. Mittekardiaalne kopsuturse
38. KATE
39. Hingamisseiskus
40. Hingamissüsteemi kasvaja (suuõõs, neel, trahhea, kops)
41. Restriktiivne kopsuhaigus (fibroos, sarkoidoos)
42. Muud hingamissüsteemi haigused

Seedetrakti haigused

43. Seedetrakti ülemise osa verejooks
44. Seedetrakti alumise osa verejooks/divertikuliit
45. Verejooks söögitoru veenilaienditest
46. Seedetrakti põletikulised haigused

47. Seedetrakti kasvajakad
48. Iileus
49. Seedetrakti perforatsioon
50. Seedetrakti verevarustuse häired
51. Maksapuudulikkus
52. Intra- või retroperitoneaalne verejooks
53. Pankreatiit
54. Muud seedetrakti haigused

Närvisüsteemi haigused

55. Intratserebraalne hemorraagia
56. Närvisüsteemi kasvajakad
57. Neuroinfektsioon
58. Neuromuskulaarsed haigused
59. Ravimite üledoos
60. Subduraalne/epiduraalne hematoom
61. SAH, endovaskulaarne ravi
62. SAH, konservatiivne ravi
63. Krambisündroom
64. Ajuinfarkt
65. Ajuarterite aneurüsm/AVM: endovask. ravi
66. Muud närvisüsteemi haigused

Trauma

67. Liittrauma: peatrauma koos rindkere, kõhu-, vaagna- või lülisamba vigastusega
68. Liittrauma: peatrauma koos jäsemete või näovigastusega
69. Isoleeritud peatrauma: SDH/EDH
70. Isoleeritud peatrauma: ajukontusioon
71. Isoleeritud peatrauma: muu
72. Liittrauma: peatrauma + muud vigastused
73. Rindkeretrauma
74. Rindkere ja lülisamba vigastus
75. Lülisamba vigastus
76. Liittrauma ilma peatraumata
77. Põletused

Metaboolsed ja endokriinsed häired

78. HAT ja/või elektrolüütide häired
79. Diabeetiline ketoatsidoos
80. Hüperglükeemiline hüperosmolaarne mitteketootiline kooma
81. Muud metaboolsed/endokriinsed häired

Vere-haigused

82. Koagulopaatia, neutropeenia, trombotsütopeenia, pantsütopeenia
83. Muud hematoloogilised haigused

Neeruhaigused

84. Muud neeruhaigused

Muud haigused

85. Muud sisehaigused

Kirurgilised haigused

Kardiovaskulaarkirurgia

86. Südame klapikirurgia
87. Aortokoronaaršunteerimine (AKŠ)
88. AKŠ kordusoperatsioon
89. AKŠŠ koos mitme klapi korrigeerimisega või ühe klapi reoperatsiooniga
91. Kõhuaordi aneurüsm, plaaniline op
92. Torakaalaordi aneurüsm, plaaniline op
93. Kõhuaordi aneurüsmi ruptuur
94. Torakaalaordi aneurüsmi ruptuur
95. Aordi aneurüsmi dissekatsioon
96. Femoropopliteaalne šshunteerimine
97. Aortoiliakaalne šshunteerimine
98. Südame siirdamine
99. Kopsusiirdamine
100. Südame- ja kopsusiirdamine
101. Perifeerne isheemia (embolektoomia, trombektoomia, dilateerimine)
102. Karotiidendarterektomia
103. Muu kardiovaskulaarkirurgia

Torakaalkirurgia

104. Torakotoomia pahaloomulise kasvaja tõttu
105. Suuõõne või neelu kasvaja
106. Torakotoomia kopsubiopsiaks või pleurahaiguse raviks
107. Torakotoomia infektsiooni raviks
108. Muu kirurgia hingamisteedel

Seedetrakti kirurgia

- 109. Seedetrakti kasvajak
- 110. Seedetrakti verejooks
- 111. Fistel, abstsess
- 112. Koletsüstiit, kolangiit
- 113. Seedetrakti põletikulised haigused
- 114. Iileus
- 115. Seedetrakti perforatsioon
- 116. Seedetrakti verevarustuse häired
- 117. Maksa transplantatsioon
- 118. Muu seedetrakti kirurgia

Neurokirurgia

- 119. Kraniootomia või transsfenoidaalne protseduur
- 120. Intratserebraalne hemorraagia
- 121. SAH/aneürism, AVM
- 122. Subduraalne/epiduraalne hematoom
- 123. Laminektoomia, seljaaju kirurgia
- 124. Muu neurokirurgia

Traumakirurgia

- 125. Isoleeritud peatrauma: SDH/EDH
- 126. Isoleeritud peatrauma: ajukontusioon
- 127. Isoleeritud peatrauma: muu

- 128. Liittrauma: peatrauma + muud vigastused
- 129. Kirurgia jäsemete trauma korral
- 130. Liittrauma ilma peatraumata
- 131. Põletused

Urogenitaaltrakti kirurgia

- 132. Neeru-, põie- või prostata kasvaja
- 133. Neerusiirdamine
- 134. Hüsterrektoomia
- 135. Keisrilõige
- 136. Muu uro-/gün kirurgia

Muu

- 137. Mittetraumaatiline amputatsioon
- 138. Muu kirurgia

C. Füsioloogilised ja laboratoorsed näitajad esimese 24 t jooksul intensiivravis

Füsioloogilised parameetrid

Kehatemperatuur, °C	(max/min)
Süstoolne vererõhk, mmHg	(max/min)
Keskmine arteriaalne vererõhk (MAP), mmHg	(max/min)
Diastoolne vererõhk, mmHg	(max/min)
Südame löögisagedus, korda minutis	(max/min)
Hingamissagedus, korda minutis	(max/min)

Laboratoorsed jt uuringud

Patsient juhitalval hingamisel	(Jah/Ei)
PaO ₂ , kui PaO ₂ /FiO ₂ oli madalaim, mmHg	

FiO ₂ , kui PaO ₂ /FiO ₂ oli madalaim, 0.21...1.0	
PaCO ₂ , mmHg	(max/min)
A-aDO ₂ (märgitakse, kui FiO ₂ ≥0.5) ¹	(max/min)
Arteriaalse vere pH	(max/min)
Arteriaalse vere [HCO ₃], mmol/l	(max/min)
Seerumi Na, mmol/l	(max/min)
Seerumi K, mmol/l	(max/min)
Kreatiniin, □mol/l	(max/min)
Urea, mmol/l	(max/min)
S-Bilirubiin, mmol/l	(max/min)
Leukotsüütide arv, x 10 ⁹ rakku/l	(max/min)
Hematokrit	(max/min)
Trombotsüütide arv, x 10 ⁵ rakku/l	(max/min)
24-tunni diurees, ml ²	
Glasgow kooma skaala, punktides ³	min
GKS hinnatud eeldatavana	(Jah,/Ei)

Vasoaktiivse ravi doosid

Dopamiin, □g/kg/min	max
Dobutamiin, (□g/kg/min	max
Adrenaliin, □g/kg/min > 1 t	max
Noradrenaliin, □g/kg/min > 1 t	max

¹A-aDO₂ arvutamine: $A-aDO_2 = (FiO_2 \times 713) - PaO_2 - PaCO_2$

²Kui diureesi mõõtmisaeg on alla 24 tunni, taandatakse mõõdetud uriinikogus ööpäevaseks koguseks:

Näiteks kui 240ml/8t, siis ööpäeva diurees = $(24/8) \times 240 = 720\text{ml}$

³Glasgow kooma skoori (GKS) märkimine sedeeritud haigel:

- Parimal juhul peaks sedatsiooni katkestama ja hindama GKS-i.
- Kui sedatsiooni katkestamine ei ole patsiendi seisundi tõttu mõistlik, märgitakse eeldatav minimaalne GKS, st. väärtus, mis patsiendil oleks ilma sedatsiooni kasutamata. Näiteks väärtus, mis oli patsiendil enne intubatsiooni (IRO saalis, EMOs, sündmuskohal, enne anesteasiat, vm.). Lahtris "GKS hinnatud eeldatavana" märgitakse sel juhul valik "Jah".
- GKS-il on patsiendi seisundit iseloomustavate skooride arvutamisel (APACHE, SAPS) oluline roll. Tähtis on just ajukahjustuse aste, mitte sedatsiooni sügavus. Seetõttu on GKS korrektne määramine äärmiselt oluline.

Indikaatori nimetus	Intensiivravi indikaator 5.1: Intensiivravijärgne 12 kuu elulemus.
Indikaatori kirjeldus/vajaduse põhjendus	Uuringud on näidanud, et intensiivravi järgne varane suremus ei peegelda hästi ravi kvaliteeti. Hilisem suremus, samuti elukvaliteet intensiivravi järgselt on saanud järjest suuremat tähelepanu. Indikaatorit võimaldaks analüüsida taas intensiivravi register BM-ICU, mis kasutab laialt tuntud European Quality of Life (EQ-5D) standardset küsimustikku (http://www.euroqol.org).
Definitsioon	12 kuud pärast intensiivravilt väljakirjutamist elavate patsientide osakaal – X
Indikaatori tüüp	Ravitulemuse indikaator.
Lugeja	B - Patsientidest (A) 12 kuu möödudes (365 päeva alates hospitaliseerimise päevast) elus olevad patsiendid.
Nimetaja	A - Kalendriaasta jooksul intensiivravi osakonnas ravitud patsientide arv
Valem	$X(\%) = (B/A) * 100$
Sihtgrupp	Intensiivravi osakonda hospitaliseeritud patsiendid
Eeldused indikaatori arvutamiseks	Rahvastikuregistri seostamine haiglate patsiendiantmestikega
Sisse arvatud	Kõik intensiivravi osakonda hospitaliseeritud patsiendid
Väljaarvatud	Taashospitaliseerimised intensiivravi osakonda
Tõlgendus	Standardtase: praegusel hetkel määratlemata. Vaja määrata standardtase a) Kõik intensiivravil viibinud 12 kuu pärast elus olevad patsiendid b) 12 kuu pärast elus olevad patsiendid, kes on üle 6 päeva intensiivravil viibinud
Andmeallikad	<ul style="list-style-type: none"> • Rahvastikuregister • Haiga andmed • BM-ICU
Jälgimisperiood	01.jaanuar – 31. detsember, andmeid analüüsitakse 1x aastas Arvestuse aluseks on intensiivravi osakonda hospitaliseerimise kuupäev. Korduva hospitaliseerimise puhul arvestada viimase intensiivravi episoodi hospitaliseerimise kuupäeva.
Edasine informatsioon	Süsteematises ülevaateartiklis (Oeyen & al., 2010), milles analüüsi peamiselt Euroopa andmeid, täheldati, et intensiivravi vajanud haigete hilisem elukvaliteet oli võrreldes tavapopulatsiooniga haigusseisundist sõltuvalt mõnevõrra madalam. Suuri rahvusvahelisi uuringuid 12 kuu elulemuse ja/või elukvaliteedi osas ei ole. Samas dokumenteerib Soome intensiivravi konsortsium neid andmeid ning need parameetrid seal ka järjest kasvava tähelepanu all.

Indikaatori nimetus	Intensiivravi indikaator 5.2: Intensiivravijärgse elukvaliteedi hindamine.
Indikaatori kirjeldus/ vajaduse põhjendus	Uuringud on näidanud, et intensiivravi järgne varane suremus ei peegelda hästi ravi kvaliteeti. Hilisem suremus, samuti elukvaliteet intensiivravi järgselt on saanud järjest suuremat tähelepanu. Täna ei ole Eestis ettekujutust, mis saab intensiivravi haigetest pärast haiglaravi. Sellele küsimusele tuleb kindlasti enam tähelepanu pöörata, sellel on kindlasti ka ühiskonnas vastukaja. Indikaatorit võimaldaks analüüsida taas intensiivravi register BM-ICU, mis kasutab laialt tuntud European Quality of Life (EQ-5D) standardset küsimustikku (http://www.euroqol.org).
Definitsioon	Osakaal intensiivravil olnud patsientidest, kellel on 12 kuu (365 päeva) jooksul elukvaliteeti hinnatud - Y
Indikaatori tüüp	Ravitulemuse indikaator
Lugeja	Z – patsientide arv, kelle elukvaliteeti on hinnatud 12 kuud (365 päeva) pärast intensiivravi osakonda hospitaliseerimist
Nimetaja	B – 12 kuud pärast intensiivravist väljakirjutamist elavate patsientide arv. Vt 5.1.
Valem:	$Y(\%) = (Z/B) * 100$
Sihtgrupp	Kõik intensiivravi osakonnas ravitud patsiendid
Eeldused indikaatori arvutamiseks	Rahvastikuregistri seostamine haiglate andmestikega. Elukvaliteedi hindamistulemuste veebipõhine registreerimine
Sisse arvatud	Kõik intensiivravi osakonnas 24h või kauem ravitud patsiendid. .
Väljaarvatud	Patsiendid, kes on viibinud intensiivravi osakonnas alla 24 h. Intensiivravi osakonda taashospitaliseerimiste puhul võetakse arvesse ajaliselt viimane hospitaliseerimine.
Tõlgendus	Standardtase: 100% Eesmärk on saada infot, kui paljudel juhtudel hinnatakse patsientide elukvaliteeti peale intensiivravilt väljakirjutamist.
Andmeallikad	<ul style="list-style-type: none"> EQ5D küsimustik, telefonivestlus
Jälgimisperiod	01.jaanuar – 31. detsember, andmeid analüüsitakse 1x aastas Aluseks on intensiivravi osakonda hospitaliseerimine kuupäev.
Edasine informatsioon	Suuri rahvusvahelisi uuringuid 6 kuu elulemuse ja/või elukvaliteedi osas ei ole. Süsteemaatiline ülevaateartikkel (Oeyen & al., 2010)

Dokumenteeritakse **EQ-5d küsimustik** järgmiste andmeväljadena:

Liikumine: Käimine ei valmista mingeid raskusi
Käimine valmistab mõningaid raskusi
Voodihaige

Enesehooldus: Enese hooldamine ei valmista mingeid raskusi
Enese pesemine või riidesse panek valmistab mõningaid raskusi
Ei saa iseseisvalt ennast pesta või riidesse panna

Tavalised tegemised (nt töö, õpingud, kodused tööd, perekondlikud või vaba aja tegemised):
Tööd ja tegemised ei valmista mingeid raskusi
Tööd ja tegemised valmistavad mõningaid raskusi
Ei saa tööde ja tegemistega hakkama

Valu/ebamugavustunne:
Ei ole mingeid valusid või ebamugavustunnet
Mõõdukas valu või ebamugavustunne
Väga tugev valu või ebamugavustunne

Ärevus/masendus:
Ei ole ärevust või masendust
Mõõdukas ärevus või masendus
Väga tugev ärevus või masendus

Elukvaliteedi andmed pärinevad
Patsiendilt
Patsiendi lähedastelt

Indikaatori nimetus	Intensiivravi indikaator 6: Intensiivravi osakonda taashospitaliseerimine 48 tunni jooksul pärast väljakirjutamist.
Indikaatori kirjeldus/ vajaduse põhjendus	Intensiivravi osakonda aashospitaliseerimise suur sagedus peegeldab puudulikku otsustusahelat intensiivravist väljakirjutamisel. Sellel võib olla erinevaid põhjusi – näiteks ebapiisav intensiivravi kättesaadavus haiglas, intensiivravi voodikohtade vähesus, tavaosakonna madal ravivõimekus, selgete otsustuskriteeriumite puudumine, jne. Samas võib taas- hospitaliseerimise põhjuseks olla ka põhihaiguse progressioon või hilistüsistus. Taashospitaliseerimine on seotud pikenenud haiglas viibimise, suuremate ravikulude ning suurema haigestumuse ja suremusega.
Definitsioon	48 tunni jooksul pärast väljakirjutamist intensiivravi osakonda tagasi hospitaliseerimiste osakaal [Z(%)]
Indikaatori tüüp	Ravitulemuse indikaator
Lugeja	48 tunni jooksul pärast intensiivravi osakonnast väljakirjutamist mitteplaneeritult tagasihospitaliseeritud patsientide arv – X
Nimetaja	Intensiivravi osakonnast väljakirjutatud patsientide arv – Y
Valem:	$Z (%) = (X/Y) * 100$
Sihtgrupp:	Intensiivravi osakonnast teise osakonda üleviidud patsiendid
Eeldused indikaatori arvutamiseks:	<ul style="list-style-type: none"> • Hospitaliseerimise üksikasjade (intensiivravi osakonda hospitaliseerimise aeg, kas korduvhospitaliseerimine või mitte) dokumenteerimine, elektroonne salvestamine ja analüüsivõimekus
Sisse arvatud	Kõik mitteplaneeritud taashospitaliseerimised, sõltumata sellest, kas ravi vajav patoloogia on sama, mis eelmisel hospitaliseerimisel või mitte.
Väljaarvatud	Indikaator ei hõlma patsiente, kes on 48h jooksul pärast intensiivravi osakonnast väljakirjutamist vahetanud haiglaid. Välistada plaanilised rehospitaalseerimised.
Tõlgendus	Standardtase: < 4 %
Andmeallikad	<ul style="list-style-type: none"> • BM-ICU • Haigla infosüsteem
Jälgimisperiood	01.jaanuar – 31. detsember, andmeid analüüsitakse 1x aastas Intensiivravist väljakirjutamise kuupäev.
Edasine informatsioon	Indikaatorit soovitab Euroopa intensiivravi selts, taustaks on arvukad teadusuuringud ning ravijuhised (Angus, 1998)(Guidelines for intensive care unit admission, discharge, and triage. Task Force of the American College of Critical Care Medicine, Society of Critical Care Medicine, 1999) (Metnitz & al, 2003) (Rosenberg & Watts, 2000). Taashospitaliseerimine on analüüsitud nii Rootsi kvaliteediraportis kui ka Intensiumi konsortsiumis.

Indikaatori nimetus	Intensiivravi indikaator 7: Tsentraalveeni kateetriga seotud vereringeinfektsioonide esinemissagedus.
Indikaatori kirjeldus/ vajaduse põhjendus	Tsentraalveeni kateetrite kasutamine on lahutamatu osa intensiivravi praktikast. Infektsioon on olulisim komplikatsioon tsentraalveeni kateetrite kasutamisel ning kateetritega seotud baktereemia on peamine nosokomiaalse baktereemia põhjus intensiivravis. Tsentraalveeni kateetriga seotud vereringeinfektsioonide esinemissagedus peegeldab hästi ja otseselt töökultuuri vastavas osakonnas. Selle tüsistuse esinemine on seotud suurema suremuse ja pikema haiglasviibimisega.
Definitsioon	Tsentraalveeni kateetriga seotud infektsioonide arv 1000 vahendpäeva kohta - X
Indikaatori tüüp	Ravitulemuse indikaator
Lugeja	Tsentraalveeni kateetritega seotud vereringeinfektsioonide arv jälgimisperioodi jooksul – A
Nimetaja	Tsentraalveeni kateetrite vahendpäevade summa jälgimisperioodi jooksul – B
Valem:	Tsentraalveeni kateetritega seotud vereringeinfektsioonide arv x 1000/ tsentraalveeni kateetrite vahendpäevade summa $X = (A/B) * 1000$
Sihtgrupp:	Intensiivravil viibivad patsiendid, kellel on tsentraalveeni kateeter.
Eeldused indikaatori arvutamiseks:	<ul style="list-style-type: none"> • Kateetrite arv • Tsentraalveeni kateetriga seotud infektsioonide arv
Sisse arvatud	Intensiivravil viibivad patsiendid, kellel on tsentraalveeni kateeter.
Väljaarvatud	Intensiivravil viibivad patsiendid, kellel ei ole tsentraalveeni kateetrit.
Tõlgendus	Standardtase: 4 tsentraalveeni kateetriga seotud infektsiooni episoodi 1000 vahendpäeva kohta
Andmeallikad	Haigla infektsioonikontrolli teenistuse andmed
Jälgimisperiood	01.jaanuar – 31. detsember, andmeid analüüsitakse 1x aastas
Edasine informatsioon	Indikaatorit soovitab Euroopa intensiivravi selts baseerudes viiele teadusuuringule (Chittick & Sherertz, 2010) (Dendle & al, 2009) (Pronovost & al, An intervention to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU, 2006) (Pronovost & al, Sustaining reductions in catheter related bloodstream in Michigan intensive care units: observational study, 2010) (Lucet & al, 2010).

Tsentraalveeni kateeter (TVK) – tsentraalveenis olev vahend, mida kasutatakse infusiooniks, vere võtmiseks või hemodünaamika monitoorimiseks.

Vahendpäev - patsiendi haiglaravi päev, mille jooksul tal on tsentraalveeni kateeter.

Tsentraalveeni kateetriga seotud vereringeinfektsioon – positiivne verekülv ja sama mikroorganism kateetri otsast või sümptomid kaovad 48 h jooksul pärast TVK eemaldamist. (Selle indikaatori mõõtmise aluseks on EcDC definitsiooni kasutamine.

Indikaatori nimetus	Intensiivravi indikaator 8: Ventilaatorpneumoonia esinemissagedus.
Indikaatori kirjeldus/ vajaduse põhjendus	Ventilaatorpneumoonia (VAP) on kopsupõletik, mis tekib >48 tundi peale kopsude kunstliku ventilatsiooni alustamist (Garner ja al. 1988). Tegemist on ühe sagedasema hospitaalinfektsiooniga intensiivravi osakondades (Lisboa ja Rello 2009) (Olaechea, et al. 2010). Süsteemsete meetmetega on võimalik ventilaatorpneumooniat vähendada (Rello, et al. 2010).
Definitsioon	Infektsioonide arv 1000 vahendpäeva kohta - Z
Indikaatori tüüp	Ravitulemuse indikaator
Lugeja	Ventilaatorpneumooniate arv jälgimisperioodi jooksul – M
Nimetaja	Mehhaanilise ventilatsiooni vahendpäevade summa jälgimisperioodi jooksul - N
Valem:	$Z = (M/N) * 1000$
Sihtgrupp:	Intensiivravil viibivad patsiendid, kellel rakendatakse mehhaanilist ventilatsiooni (intubatsioonitoru või trahheotoomia olemasolu, hingamisaparaadi kasutamine)
Eeldused indikaatori arvutamiseks:	<ul style="list-style-type: none"> VAPi ühtsetel kriteeriumidel põhinev diagnoosimine ning dokumenteerimine Vahendpäevade ning kopsude kunstliku ventilatsiooni kestuse dokumenteerimine
Sisse arvatud	Intensiivravil viibivad patsiendid, kellel eelneva 48h jooksul on rakendatud kunstlikku kopsude ventilatsiooni (intubatsioonitoru või trahheotoomia olemasolu, hingamisaparaadi kasutamine)
Väljaarvatud	Intensiivravil viibivad patsiendid, <ol style="list-style-type: none"> kellel eelneva 48h jooksul ei ole rakendatud kunstlikku kopsude ventilatsiooni. Kellel on eelnevalt diagnoositud pneumoonia Kellel on rakendatud kunstlikku ventilatsiooni alla 48h
Tõlgendus	Standardtase: 12 ventilaatorpneumoonia episoodi 1000 vahendpäeva kohta
Andmeallikad	<ul style="list-style-type: none"> Haiglate infektsioonikontrolliteenistused
Jälgimisperiood	01.jaanuar – 31. detsember, andmeid analüüsitakse 1x aastas
Edasine informatsioon	VAP esinemissagedust on võimalik võrrelda näiteks Ameerika andmetega (<i>National Healthcare Safety Network</i> , CDC, US). Olulisem on konkreetse osakonna aastaste trendide jälgimine.

Ventilaatorpneumoonia – on kopsupõletik, mis tekib >48 tundi peale kopsude kunstliku ventilatsiooni alustamist.

Vahendpäev – patsiendi haiglaravi päev, mille jooksul rakendatakse kunstlikku kopsude ventilatsiooni (intubatsioonitoru või trahheotoomia olemasolu, hingamisaparaadi kasutamine). Vahendpäev registreeritakse eelneva 24h kohta iga päev samal ajal osakonna kõigi haigete kohta.

Indikaatori nimetus	Sünnitusabi indikaator 1: Väga enneaegsete sündide osakaal sündidest
Indikaatori kirjeldus/ vajaduse põhjendus	Hinnatakse sündide (elus- ja surnultsünnid) osakaala, mis on toimunud raseduskestuses 22–31+6 nädalat (VES) raviastutustes, kus puudub vastsündinute intensiivravi võimalus. Indikaator võimaldab hinnata, kas väga ja erakordselt enneaegsete sünnituste korral on toimunud suunamine ja <i>in utero</i> transport kolme kõrgema taseme sünnitushaiglasse. Perinataalabi seisukohalt on nendeks SA TÜ Kliinikum, Ida-Tallinna Keskhaigla ja Lääne-Tallinna Keskhaigla. Regionaliseerimine tagab parima perinataalse abi vastsündinutele. Eestis sünnib veidi üle 1% vastsündinutest raseduskestuses 22–31 rasedusnädalat, kuid need vastsündinud moodustavad kolmandiku kuni poole kõigist neonataalsetest surmadest. Enneaegsete vastsündinute haigestumise ja suremuse vähendamiseks ning edaspidise elukvaliteedi tagamiseks on oluline, et sünnitused toimuvad raviastutustes, kus on piisavalt suur kogemus, olemas vastsündinute intensiivravi osakond (NICU) ja spetsialistide meeskond.
Definitsioon	Väga enneaegsete sündide (elus- ja surnultsünnid) osakaal kõikidest sündidest raviastutustes, kus puudub vastsündinute intensiivravi võimalus.
Indikaatori tüüp	Protsessiindikaator
Lugeja	Sündide arv (elus- ja surnultsünnid), mis toimusid raseduskestuses 22–31+6 rasedusnädalat (A)
Nimetaja	Kõik sünnid (elus ja surnultsünnid) (B)
Valem:	$VES(\%) = (A/B) * 100$
Sihtgrupp: Eeldused indikaatori arvutamiseks:	Sihtgrupiks on kõik väga enneaegselt sündinud vastsündinud. Eesmärk: Vähem kui 1% raviastutustes, kus puudub vastsündinute intensiivravi võimalus ja on alla 1000 sünnituse. Tingimused EMSR sünnikaardil: -laps sündis elusalt või surnult (täidetud üks p.38 alajaotustest, 1-4) -raseduskestus 22–31+6 rasedus nädalat (p.26)
Sisse arvatud	Kõik sünnid, nii elusalt kui surnult sündinud, mis toimusid haigla
Väljaarvatud	Sünnid, mis toimusid väljaspool haiglat (EMSR sünnikaardil täidetud 44.2–44.5)
Tõlgendus	Enneaegsete vastsündinute haigestumise ja suremuse vähendamiseks ning edaspidise elukvaliteedi tagamiseks on oluline, et väga enneaegsed sünnitused toimuvad raviastutustes, kus on piisavalt suur kogemus, olemas vastsündinute intensiivravi osakond (NICU) ja spetsialistide meeskond. Selleks on vajalik transport kõrgema etapi haiglasse (SA TÜ Kliinikumi, Ida-Tallinna Keskhaigla, Lääne-Tallinna Keskhaigla naistekliinikusse) enne sündi (nn <i>in utero</i> transport). Eesmärk: Väga enneaegseid vastsündinuid on vähem kui 1% raviastutustes, kus on alla 1000 sünnituse
Andmeallikad	Eesti Meditsiiniline Sünniregister (EMSR)
Jälgimisperiood	01.jaanuar – 31. detsember

Edasine informatsioon	Indikaatorit kasutatakse rahvusvahelises võrdluses. Nt Euro-Peristat projekt (<i>percentage of very preterm infants delivered in units without NICU</i>) Euro-Peristat Project with SCPE and EUROCAT. European Perinatal Health Report. The health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010. www.europeristat.com
------------------------------	--

Indikaatori nimetus	Sünnitusabi indikaator 2: III ja IV astme lahkliha rebendite osakaal
Indikaatori kirjeldus/ vajaduse põhjendus	Hinnatakse vaginaalsete sünnituste osakaala, mille korral tekkis lahkliha III või IV astme rebend. Lahkliha III ja IV astme rebendi korral on vigastatud lahkliha nahk, tupe limaskest, vaagnapõhja lihased ja pärasoole sfinkter (sulgurlihas) (III aste) või lisaks on vigastatud pärasool (IV aste). Sulgurlihase vigastus on väga tõsine vaginaalse sünnituse tüsistus, millel võib olla märkimisväärne ja pikaajaline mõju naise tervisele ja elukvaliteedile.
Definitsioon	III ja IV astme lahkliha rebendite osakaal kõikidest vaginaalsetest sünnitustest: c) Kõikidest sünnitustest, mille puhul ei toimunud instrumentaalset sekkumist (loomulikul teel sünnitus), LRL d) Kõikidest sünnitusest, mille korral toimus instrumentaalne sekkumine (tang sünnitus või vaakumekstraktsioon), LRV
Indikaatori tüüp	Tulemusindikaator
Lugeja	a) Loomulikul teel toimunud sünnituste arv, mille korral tekkis III või IV astme lahkliha rebend (A); b) Instrumentaalselt abistatud sünnituste (tang sünnitus, vaakumekstraktsioon) arv, mille korral tekkis III või IV astme lahkliha rebend (B)
Nimetaja	a) Kõik loomulikul teel sünnid (C); b) Kõik instrumentaalselt abistatud sünnid (tang sünnitus, vaakumekstraktsioon)
Valem:	$LRL(\%) = (A/C) * 100;$ $LRV(\%) = (B/D) * 100;$ $LR(\%) = (A+B)/(C+D) * 100$
Sihtgrupp: Eeldused indikaatori arvutamiseks:	Sihtgrupiks on kõik sünnitused, mille korral tekkis lahkliha III või IV astme rebend. Eesmärk: Lahkliha III või IV astme rebendite osakaal kuni 3% vaginaalsetest sünnitustest. Tingimused EMSR sünnikaardil: a) -sünnitus toimus loomulikul teel (täidetud p.28.1) -tekkis lahkliha III või IV astme rebend (täidetud p.27.5) b) -sünnituse korral oli instrumentaalne sekkumine (täidetud p.28.2 või p.28.3) - tekkis lahkliha III või IV astme rebend (täidetud p.27.5)
Sisse arvatud	Kõik sünnitused, mis toimusid vaginaalselt (EMSR sünnikaardil täidetud a) p.28.1; b) p.28.2 või 28.3
Väljaarvatud	Sünnid, mis toimusid keisrilõike teel (EMSR sünnikaardil täidetud p.28.4 või p.28.5)
Tõlgendus	III ja IV astme lahkliha rebendite osakaal on oluline patsientide ohutusega seotud indikaator. Rebendite esinemist on võimalik vähendada, pöörates tähelepanu riskiteguritele ja sünnituse vastuvõtmise taktikatele. Täielik vältimine pole siiski võimalik. Samas korrektne III ja IV astme rebendite diagnostika, registreerimine ja ravitaktika võimaldab vähendada kaugtagajärgi ja tüsistusi (nt fekaalinkontinentsi). Tähelepanu tuleb pöörata nii

	kõrgele kui madalale esinemissagedusele (võib olla seotud aladiagnoosimise ja –raporteerimisega). Eesmärk: Lahkliha III ja IV astme rebendite osakaal ei ületa 3% kõikidest vaginaalsetest sünnitustest
Andmeallikad	Eesti Meditsiiniline Sünniregister (EMSR)
Jälgimisperiod	01.jaanuar – 31. detsember, kogu Eesti andmeid analüüsitakse üks kord aastas; raviasutuste põhiseks analüüsiks arvutatakse 3-aasta kohandatud keskmine ja 95% CI
Edasine informatsioon	Indikaatorit kasutatakse rahvusvahelises võrdluses ja peetakse oluliseks patsientide ohutuse ja ravikvaliteedi indikaatoriks (nt Rootsi ravikvaliteedi indikaatorid, NOMESCO, RCOG,OECD) Health at a glance 2011: OECD indicators. OECD Publishing;2011. Euro-Peristat Project with SCPE and EUROCAT. European Perinatal Health Report. The health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010. www.europeristat.com Pohjoismaiset perinataaltilastot 2010. Tilastoraportti 7/2012, 27.3.2012. THL, 2012 Quality and efficiency in Swedish health care – regional comparisons 2012. Swedish Association of local authorities and regions. Swedish National Board of Health and Welfare, 2013

Indikaatori nimetus	Sünnitusabi indikaator 3: Keisrilõigete osakaal esmassünnitajatel ajalise üksiksünnituse korral (Robson 1+2) 1)Robson 1 (CSR1):erakorraliste keisrilõigete osakaal esmassünnitajatel (üksiksünnitus, loote peaseis, raseduskestus ≥ 37 rasedusnädalat) 2)Robson2 (CSR2): keisrilõigete osakaal esmassünnitajatel (üksiksünnitus, loote peaseis, raseduskestus ≥ 37 rasedusnädalat), kellel sünnitus indutseeriti või keisrilõige tehti plaaniliselt
Indikaatori kirjeldus/ vajaduse põhjendus	Hinnatakse keisrilõigete osakaala esmassünnitajatel (üksiksünnitus, loote peaseis, raseduskestus ≥ 37 rasedusnädalat): 1) erakorraliste keisrilõigete osakaala spontaanselt käivitunud sünnituste korral; 2) keisrilõigete osakaala indutseeritud sünnituse korral (plaaniline medikamentoosne ja/või mittemedikamentoosne sünnituse esilekutsumine enne spontaanse sünnitustegevuse algust) või i enne sünnitustegevuse algust (st plaaniline keisrilõige). Võimaldab hinnata keisrilõigete osakaala sünnitajatel, kes kuuluvad madala riski rühma. Keisrilõigete osakaala analüüs ja kontrolli all hoidmine selles rühmas omab kõige enam mõju üldisele keisrilõike teel sünnituste sagedusele. Eesmärk: Robson 1+ Robson 2: 17% või vähem
Definitsioon	Robson 1: erakorraliste keisrilõigete osakaal esmassünnitajatel (üksiksünnitus, loote peaseis ja ajaline sünnitus), kellel sünnitustegevus käivitus spontaanselt. Robson 2: keisrilõigete osakaal esmassünnitajatel, kellel sünnitustegevus indutseeriti ja tehti keisrilõige või plaaniline keisrilõige tehti enne sünnitustegevuse algust
Indikaatori tüüp	Protsessiindikaator
Lugeja	Robson 1: Spontaanselt alanud sünnituste arv (üksiksünnitus, loote peaseis, raseduskestus $\geq 37RN$), mis lõppesid erakorralise keisrilõikega (A) Robson 2: indutseeritud sünnituste arv, mis lõppesid erakorralise keisrilõikega+ plaanilise keisrilõike teel toimunud sünnitused (üksiksünnitus, loote peaseis, raseduskestus $\geq 37RN$) (B)
Nimetaja	Robson 1: kõik spontaanselt alanud sünnitused (üksiksünnitus, loote peaseis, raseduskestus $\geq 37RN$) (C); Robson 2: Kõik indutseeritud sünnitused ja plaanilised keisrilõiked (üksiksünnitus, loote peaseis, raseduskestus $\geq 37RN$) (D)
Valem:	$CSR1(\%) = (A/C) * 100;$ $CSR2(\%) = (B/D) * 100;$ $CSR1+CSR2 = (A+B)/(C+D) * 100$
Sihtgrupp: Eeldused indikaatori arvutamiseks:	Sihtgrupiks on kõik esmassünnitajad (üksiksünnitus, loote peaseis, raseduskestus $\geq 37RN$). Eesmärk: keisrilõigete osakaal kuni 17%. Tingimused EMSR sünnikaardil: -varasemad sünnitused (p.16)=0 -raseduskestus sünnituse hetkel (p.26)= ≥ 37 rasedusnädalat -sündis üks laps (täidetud p36.1)

Sisse arvatud	<p>Robson 1: kõik sünnitused ülal kirjeldatud rühmas, kel sünnitus algas spontaanselt (st p 30.1 ja p 30.2 on sünnikaardil täitmata) ja sünnitasid vaginaalselt (täidetud p.28.1;28.2 või 28.3) või sünnitus toimus erakorralise keisrilõike teel (täidetud p.28.5)</p> <p>Robson 2: kõik sünnitused ülal kirjeldatud rühmas, kel sünnitustegevus indutseeriti (täidetud p.30.1 või p.30.2) ja sünnitasid vaginaalselt (täidetud p.28.1;28.2 või 28.3) või sünnitus toimus erakorralise keisrilõike teel (täidetud p.28.5) või sünnitus toimus plaanilise keisrilõike teel (täidetud p.28.4)</p>
Väljaarvatud	<p>Valimisse ei kuulu esmassünnitajad, kellel oli sünnitusel vaagnaotsseis (täidetud p.27.8) või muu atüüpiline looteseis (täidetud p.29.9); raseduskestus oli < 37 rasedusnädalat (p26=36 või vähem); sündisid mitmikud (p 36=2 või rohkem);</p> <p>Lisaks arvatakse Robson 1 korral välja need, kel sünnitustegevus indutseeriti (täidetud on p.30.1) või avati lootepõis (täidetud on p.30.2)</p>
Tõlgendus	<p>Kirjeldatud sünnitajate rühm moodustab suhteliselt suure rühma kõikidest sünnitajatest (teadaolevalt umbes 35-40%), samas on tegemist sünnitajatega, kellel sünnitusega seotud riskid on enamasti väikesed. Keisrilõigete sagedust selles rühmas on võimalik kontrollida ja keisrilõigete osakaala jälgimine ja kontrolli all hoidmine selles rühmas aitab kõige enam hoida üldist keisrilõigete osakaala optimaalsel tasemel.</p> <p>Eesmärk on, et keisrilõigete osakaal rühmades Robson 1 ja Robson 2 ei ületaks 17%.</p> <p>Kuna sünnitusega seotud riskid suurenevad vanusega, on vajalik kaaluda kohandamist vanusele</p>
Andmeallikad	Eesti Meditsiiniline Sünniregister (EMSR)
Jälgimisperiood	01.jaanuar – 31. detsember, kogu Eesti andmeid analüüsitakse 1x aastas; raviastutuste põhiseks analüüsiks arvutatakse 3-aasta kohandatud keskmine ja 95% CI
Edasine informatsioon	<p>Robsoni klassifikatsiooni kasutatakse laialdaselt rahvusvahelises võrdluses, nt Rootsi tervishoiu kvaliteediindikaatorid.</p> <p>Robson MS. Classification of caesarean sections. Fetal and Maternal Medicine Review, 2001;12:23-39.</p> <p>Perinatal Services BC. Examining cesarean delivery rates in British Columbia using the Robson Ten Classification. Part 1: Understanding the Ten Groups. Vancouver, BC, 2011.</p> <p>Torloni MR, Betran AP, Souza JP, Widmer M, Allen T et al. Classification for cesarean section: a systematic review. Plos One, 2011;6:e14566.</p> <p>Robson M, Hartigan I, Murphy M. Methods of achieving and maintaining an appropriate casesarean section rate. Best Pract ResClin Obstet Gynaecol, 2013;27:297-308.</p> <p>Kelly S, Sprague A, Fell D, Murphy P, Aelics N. , et al. Examining cesarean section rate in Canada using Robson classification system. J Obstet Gynaecol Can, 2013</p> <p>Quality and efficiency in Swedish healt care – regional comparisons 2012. Swedish Association of local authorities and regions. Swedish National Board of Health and Welfare, 2013.</p>

Indikaatori nimetus	Sünnitusabi indikaator 4: Keisrilõigete osakaal korduvsünnitajatel ajalise üksiksünnituse korral, kellel vähemalt üks sünnitus on lõppenud keisrilõike teel (Robson 5)
Indikaatori kirjeldus/ vajaduse põhjendus	Hinnatakse plaaniliste keisrilõigete osakaala korduvsünnitajatel (üksiksünnitus, loote peaseis, raseduskestus ≥ 37 rasedusnädalat), kellel on vähemalt üks eelnev sünnitus lõppenud keisrilõike teel. Seoses keisrilõigete osakaala suurenemisega on enam neid sünnitajaid, kellel on vähemalt üks eelnev keisrilõige (armiga emakas) ja sel juhul suureneb tõenäosus, et järgnev sünnitus toimub keisrilõike teel. Juhul kui ei esine täiendavaid riskitegureid ja näidustusi, ei ole eelnev keisrilõike arm põhjus järgneva sünnituseks keisrilõike teel
Definitsioon	Plaaniliste keisrilõigete osakaal korduvsünnitajatel (üksiksünnitus, loote peaseis ja ajaline sünnitus), kellel on vähemalt üks eelnev sünnitus lõppenud keisrilõike teel.
Indikaatori tüüp	Protsessiindikaator
Lugeja	Sünnituste arv korduvsünnitajatel (üksiksünnitus, loote peaseis, raseduskestus ≥ 37 RN, varasem keisrilõige), mis lõppesid plaanilise keisrilõikega (A)
Nimetaja	Kõik sünnitused antud rühmas (korduvsünnitus, üksiksünnitus, loote peaseis, raseduskestus ≥ 37 RN, eelnev keisrilõige) (C);
Valem:	$CSR5(\%) = (A/C) * 100$
Sihtgrupp: Eeldused indikaatori arvutamiseks:	Sihtgrupiks on kõik korduvsünnitajad (üksiksünnitus, loote peaseis, raseduskestus ≥ 37 RN), kellel on vähemalt üks eelnev sünnitus toimunud keisrilõike teel. Eesmärk: plaaniliste keisrilõigete osakaal kuni 50-60% (hea perinataalse tulemuse korral). Tingimused EMSR sünnikaardil: -varasemad sünnitused (p.16)= 1 või rohkem -raseduskestus sünnituse hetkel (p.26)= ≥ 37 rasedusnädalat -sündis üks laps (täidetud p36.1) -varasem keisrilõige (täidetud 25.1)
Sisse arvatud	Kõik sünnitused ülal kirjeldatud rühmas, kes sünnitasid vaginaalselt (täidetud p.28.1;28.2 või 28.3) või sünnitus toimus plaanilise keisrilõike teel (täidetud p.28.4)
Väljaarvatud	Valimisse ei kuulu korduvsünnitajad, kellel oli sünnitusel vaagnaotsseis (p.27.8) või muu atüüpiline looteseis (p.27.9) ja raseduskestus oli < 37 rasedusnädalat (p26=36 või vähem); või sündisid mitmikud (p 36=2 või rohkem)
Tõlgendus	Seoses keisrilõigete osakaala suurenemisega, on sünnituste arv antud rühmas suurenenud. Eelnev keisrilõige tõstab oluliselt tõenäosust sünnitamiseks keisrilõike teel ka järgnevate sünnituste korral. Oluline on monitoorida ja analüüsida korduvate keisrilõigete osakaala korduvsünnitajate rühmas. Ajalise üksiksünnituse ja loote peaseisu

	<p>korral on optimaalne, et eelneva keisrilõike korral ei ületaks keisrilõiget osakaal 50-60%.</p> <p>Kuna sünnitusega seotud riskid suurenevad vanusega, on vajalik kaaluda kohandamist vanusele</p>
Andmeallikad	Eesti Meditsiiniline Sünniregister (EMSR)
Jälgimisperiood	01.jaanuar – 31. detsember, kogu Eesti andmeid analüüsitakse 1x aastas; ravisutuste põhiseks analüüsiks arvutatakse 3-aasta kohandatud keskmine ja 95% CI
Edasine informatsioon	<p>Robsoni klassifikatsiooni kasutatakse laialdaselt rahvusvahelises võrdluses</p> <p>Robson MS. Classification of caesarean sections. Fetal and Maternal Medicine Review, 2001;12:23-39.</p> <p>Perinatal Services BC. Examining cesarean delivery rates in British Columbia using the Robson Ten Classification. Part 1: Understanding the Ten Groups. Vancouver, BC, 2011.</p> <p>Torloni MR, Betran AP, Souza JP, Widmer M, Allen T et al. Classification for cesarean section: a systematic review. Plos One, 2011;6:e14566.</p> <p>Robson M, Hartigan I, Murphy M. Methods of achieving and maintaining an appropriate casesarean section rate. Best Pract ResClin Obstet Gynaecol, 2013;27:297-308.</p> <p>Kelly S, Sprague A, Fell D, Murphy P, Aelics N. , et al. Examining cesarean section rate in Canada using Robson classification system. J Obstet Gynaecol Can, 2013</p> <p>Quality and efficiency in Swedish healt care – regional comparisons 2012. Swedish Association of local authorities and regions. Swedish National Board of Health and Welfare, 2013.</p>

Indikaatori nimetus	Sünnitusabi indikaator 5: Sünnitusega seotud massiivse verekaotuse osakaal
Indikaatori kirjeldus/ vajaduse põhjendus	Hinnatakse sünnituste osakaala, mille korral tekkis verekaotus üle 1000 ml. Sünnitusega seotud massiivne verekaotus (PPH) on üks sagedasemaid ja olulisemaid emade suremuse, surmalähedaste ja kriitiliste seisundite põhjuseid.
Definitsioon	Sünnituste osakaal, mille korral esines verekaotus üle 1000 ml, arvutatakse kõikidest sünnitustest
Indikaatori tüüp	Tulemusindikaator
Lugeja	Sünnituste arv, mille korral esines verekaotus üle 1000 ml (A)
Nimetaja	Kõik sünnitused (B)
Valem:	$PPH(\%) = (A/B) * 100$
Sihtgrupp: Eeldused indikaatori arutamiseks:	Sihtgrupiks on kõik sünnitused, mille korral esines verekaotus üle 1000 ml. Eesmärk: Massiivse verekaotusega sünnituste osakaal on kuni 3% sünnitustest. Tingimused EMSR sünnikaardil: -esines verekaotus üle 1000 ml (täidetud p.27.4)
Sisse arvatud	Kõik sünnitused
Väljaarvatud	Ei ole
Tõlgendus	Sünnitusega seotud massiivne verekaotus on potentsiaalselt eluohtlik seisund, mille monitoorimine on oluline. Verekaotus võib olla halvasti dokumenteeritud ja registreeritud, seetõttu vajab tähelepanu nii väga madal kui ka kõrge esinemissagedus. Eesmärk: Üle 1000 ml verekaotusega sünnituste osakaal ei ületa 3% kõikidest sünnitustest
Andmeallikad	Eesti Meditsiiniline Sünniregister (EMSR)
Jälgimisperiood	01.jaanuar – 31. detsember, kogu Eesti andmeid analüüsitakse üks kord aastas; raviastutuste põhiseks analüüsiks arvutatakse 3-aasta kohandatud keskmine ja 95% CI
Edasine informatsioon	Indikaatorit kasutatakse rahvusvahelises võrdluses ja peetakse oluliseks patsientide ohutuse ja ravikvaliteedi indikaatoriks (nt EBCOGi standardid) Standards of care for women's health in Europe. Obstetric and neonatal services. EBCOG, 2014.

Indikaatori nimetus	Kolorektaalvähi indikaator 1: Kolorektaalvähi diagnoosiga opereeritud patsientide postoperatiivne 30 päeva suremus
Indikaatori kirjeldus/ vajaduse põhjendus	<p>Üldine postoperatiivne 30 päeva suremus on näitaja, mis sõltub paljudest faktoritest: patsiendi vanusest, patsiendi soost, sotsiaalmajanduslikust staatusest, kasvaja levikust operatsiooni ajal, kaasuvatest haigustest, operatsiooni tüübist (kas on erakorraline või plaaniline tegevus), kasvaja paiknemisest sooles. Raviga seotud suremus näitab konsiiliumi poolt pakutud ravi kvaliteeti ja ohutust².</p> <p>Halvas üldseisundis olevatel patsientidel on kõrgem risk raviga seotud tüsistusteks ja suremuseks ning seetõttu tuleb nende puhul eriti kaaluda radikaalseid ravimeetodeid, mis võivad küll olla kuratiivsed, kuid peavad olema tasakaalus võimalike tüsistuste riskiga ja patsiendi prognoosiga.</p> <p>Operatiivse raviga seotud 30 päeva suremust tuleb seetõttu regulaarselt monitoorida.</p>
Definitsioon	30 päeva jooksul peale operatsiooni surnud kolorektaalvähi diagnoosiga patsientide osakaal [C(%)] kõigist kolorektaalvähi diagnoosiga patsientidest, kellele teostatud kas plaaniliselt või erakorraliselt kasvaja algkolde eemaldamine.
Indikaatori tüüp	Tulemusindikaator
Lugeja	Kõik kolorektaalvähi diagnoosiga patsiendid, kes on surnud 30 päeva jooksul peale plaanilist või erakorralist kasvaja algkolde eemaldamist, $n \leq 30 - A$; välja arvatud samal ajaperioodil välistel põhjustel surnud sama sihtgrupi patsiendid - D
Nimetaja	Kõik kolorektaalvähi diagnoosiga patsiendid, kellele on teostatud kasvaja algkolde eemaldamine - B
Valem:	$C(\%) = (A - D) / B * 100$
Sihtgrupp: Eeldused indikaatori arvutamiseks:	<p>Kõik kolorektaalvähi diagnoosiga (RHK10 koodid C18-C20) patsiendid, kellele on teostatud kasvaja algkolde eemaldamine.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Põhidiagnoos C18-C20 • Operatsiooni (vt kood Lisa 1) kuupäev • Vajaliku operatsiooni koodiga (vt Lisa 1) patsientide arv NB! Oluline eristada plaaniline ja erakorraline operatsioon, võimalik eristada NOMESCO koodidega. • [Surmaregistrist] Surma kuupäev • [Surmaregistrist] Surma põhjus <ul style="list-style-type: none"> ○ NB! Välistada välised surma põhjused • 30päeva peale kasvaja algkolde eemaldamist surnud patsientide arv
Sisse arvatud	Kõik kolorektaalvähi diagnoosiga (RHK10 koodid C18-C20) patsiendid kellele on teostatud kasvaja algkolde resektsioon vastavate NOMESCO operatsioonikoodidega (vt. Lisa 1).

Väljaarvatud	Indikaator ei hõlma kolorektaalvähi diagnoosiga (RHK10 koodid C18-C20) patsiente, kellele on teostatud ükskõik milline palliatiivne operatsioon ilma algkolde eemaldamiseta. Lugejast on välja arvatud 30 päeva jooksul peale kasvaja algkolde eemaldamist välistel põhjustel (traumad, mürgistused jne) surnud patsiendid.
Tõlgendus	Üldine 30päeva postoperatiivne suremus on kasutusel paljudes riikides ravi tulemusindikaatorina. Eesmärk: plaaniline operatsioon <5% Erakorraline* operatsioon <15%
Andmeallikad	<ul style="list-style-type: none"> • Haigla infosüsteemid • Surmaregistri andmed (Eesti Haigekassa poolne infopäring)
Jälgimisperiood	01.jaanuar – 31. detsember, andmeid analüüsitakse 1x aastas Arvutuste aluseks arvestatakse operatsiooni kuupäeva.
Edasine informatsioon	Indikaatorit kasutatakse näiteks Šoti vähiravi kvaliteedihindamises, Inglismaa kolorektaalvähi kvaliteediindikaatorina.

*Erakorralisteks operatsioonideks loetakse selliseid olukordi, kus operatsiooni erakorralisus tuleneb patsiendi tervislikust seisundist, kuna see mõjutab otseselt postoperatiivset kulgu. Erakorraline on operatsioon juhul kui patsiendil on :

- iileus
- sooleperforatsioonist tulenev peritoniit
- äge verejooks

Erakorralisteks operatsioonideks antud indikaatori puhul ei loeta administratiivsetest või majanduslikest kaalutustest lähtunud nn erakorralisi põhjuseid, k.a. olukorda, et patsient põeb kolorektaalvähi, mis ei vaja vältimatut kirurgilist sekkumist.

Vaja rõhutada, et oluline on märkida erakorraline ja plaaniline operatsioon (kasutada õigeid NCSP koode)

Lisa 1

- JFB30 Parempoolne hemikolektoomia
- JFB31 Laparoskoopiline parempoolne hemikolektoomia
- JFB40 Ristikäärsoole reseksioon
- JFB41 Ristikäärsoole laparoskoopiline reseksioon
- JFB43 Vasakpoolne hemikolektoomia
- JFB44 Laparoskoopiline vasakpoolne hemikolektoomia
- JFB46 Sigmasoole reseksioon
- JFB47 Sigmasoole laparoskoopiline reseksioon
- JFB50 Jämesoole muu reseksioon
- JFB51 Jämesoole muu laparoskoopiline reseksioon
- JFB60 Sigmasoole reseksioon koos lõpp-kolostoomiga
- JFB61 Sigmasoole laparoskoopiline reseksioon koos lõpp-kolostoomiga ja distaalse kõndi sulgemisega

- JFB63 Jämesoole muu reseksioon koos proksimaalse kolostoomiaga ja distaalse kõndi sulgemisega
- JFB64 Muu laparoskoopiline jämesoole reseksioon koos proksimaalse kolostoomiaga ja distaalse otsa sulgemisega
- JFH00 Totaalne kolektoomia ja ileorektaalne anastomoos
- JFH01 Laparoskoopiline totaalne kolektoomia ja iliorektaalne anastomoos
- JFH10 Totaalne kolektoomia ja ileostoomi rajamine
- JFH11 Laparoskoopiline totaalne kolektoomia ja ileostoomia
- JFH20 Proktokolektoomia ja ileostoomi rajamine
- JFH30 Totaalne kolektoomia, limaskestast proktektoomia ja ileoanaalne anastomoos ilma ileostoomita

- JFH33 Totaalne kolektoomia, limaskestast proktektoomia, ileoanaalne anastomoos ja ileostoomia
- JFH40 Proktokolektoomia ja kontinentse ileostoomi rajamine
- JFH96 Muu totaalne kolektoomia
- JGB00 Osaline proktektoomia ja kolorektaalne või koloanaalne anastomoos
- JGB01 Laparoskoopiline osaline proktektoomia ja kolorektaalne või koloanaalne anastomoos
- JGB10 Osaline proktektoomia ja lõpp-kolostoomi rajamine
- JGB11 Laparoskoopiline osaline proktektoomia ja lõpp-kolostoomi rajamine
- JGB20 Osaline rektosigmoidektoomia ja abdominoperineaalne anastomoos läbi päraku
- JGB30 Pärasoole abdominoperineaalne ekstsissioon
- JGB31 Rektumi laparoskoopiline ja perineaalne ekstsissioon
- JGB40 Pärasoole ekstsissioon ja lõpp-ileostoomi rajamine
- JGB60 Rektumi ekstsissioon ja ileoanaalne anastomoos
- JGB96 Muu proktektoomia või pärasoole ekstsissioon
- JGB97 Muu laparoskoopiline proktektoomia või pärasoole ekstsissioon

Indikaatori nimetus	Kolorektaalvähi indikaator 2: Neoadjuvantset kiiritusravi (koos või ilma keemiaravita) saanud patsientide osakaal kõigist lokoregionaalselt levinud pärasoolevähi patsientidest
Indikaatori kirjeldus/ vajaduse põhjendus	Neoadjuvantne kiiritusravi koos või ilma keemiaravita on näidustatud lokoregionaalselt levinud pärasoolevähi korral vähendades lokaalretsidiivide hulka ja üksikute uuringute alusel pikendades ka elulemust. Indikaatori hindamine näitab onkoloogia alamerialade omavahelist koostööd, kiiritusravi kättesaadavust ja toimimist patsiendi huvides vastavalt rahvusvahelistele ravijuhistele.
Definitsioon	Kliiniliselt lokoregionaalselt levinud II-III staadiumi* pärasoolevähi (RHK 10 kood C20) haigete osakaal, kellele teostati neoadjuvantset kiiritusravi koos või ilma keemiaravita. Arvutatakse neoadjuvantset kiiritusravi saanute osakaal [K(%)] kõigist tuumori reseksiooni läbi teinud pärasoolevähi haigetest.
Indikaatori tüüp	Protsessiindikaator
Lugeja	Neoadjuvantset kiiritusravi koos või ilma keemiaravita saanud kliiniliselt II-III staadiumi* esmaste pärasoolevähi haigete arv. - X
Nimetaja	Kogu patsientide arv, kellel kliiniliselt esmaselt diagnoositud II-III staadiumi* pärasoolevähk ja kellele teostatud kasvaja algkolde eemaldamine - Y
Valem:	$K(\%) = (X/Y) * 100$
Sihtgrupp: Eeldused indikaatori arvutamiseks:	Lokoregionaalselt levinud II-III staadiumi* pärasoolevähiga patsiendid. <ul style="list-style-type: none"> • Põhidiagnoos pärasoolevähk (RHK10 kood C20) • Vajalik operatsioonieelne cTNM • Esmane diagnoos • Kiiritusravi teostamise teenuse kood (740201, 740202) • Kiiritusravi (teenuse kood 740201, 740202) alguse kuupäev • Operatsiooni (kood vt. Lisa 1) kuupäev • Operatsioonikood(kood vt. Lisa 1)
Sisse arvatud	Kõik lokoregionaalselt levinud * pärasoolevähi diagnoosiga patsiendid, kellele on teostatud kasvaja algkolde eemaldamine.
Väljaarvatud	Arvutustest ei ole välja jäänud ühtki lokoregionaalselt levinud * pärasoolevähi diagnoosiga isikut, kellele on teostatud kasvaja algkolde eemaldamine. Neoadjuvantseks kiiritusraviks üldseisundi ja kaasuvate haiguste tõttu mittesobivad juhud on arvestatud eesmärgi 90% sisse
Tõlgendus	Eesmärk – 90 % (hõlmab üldseisundi ja kaasuvate haiguste tõttu neoadjuvantseks kiiritusraviks mittesobivaid patsiente)
Andmeallikad	<ul style="list-style-type: none"> • Haigla infosüsteem • EHK raviarved
Jälgimisperiod	01.jaanuar – 31. detsember, andmeid analüüsitakse 1x aastas Hakkame lugema alates diagnoosimise kuupäevast, st sisse lähevad patsiendid, kes on selle kalendriaasta jooksul diagnoositud.
Edasine informatsioon	1. Glimelius B, Holm T, Blomqvist L. Chemotherapy in addition to preoperative radiotherapy in locally advanced rectal cancer- a systematic overview.Rev Recent Clin Trials;2008;3:20411

	<ol style="list-style-type: none"> 2. Glimelius B, Pahlman L, Cervantes A. Rectal cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. <i>Ann Oncol</i> 2010;21(Suppl 5):v82 3. Valentini V, Aristei C, Glimelius B, <i>Multidisciplinary rectal cancer management: 2nd European Rectal Cancer Consensus Conference (EURECA-CC2). Radiother Oncol</i> 2009;92:148-163 4. Sebag-Montefiore D, Stephens RJ, Steele R, et al. <i>Preoperative radiotherapy versus selective postoperative chemoradiotherapy in patients with rectal cancer (MRC CR07 and NCIC-CTG C016): a multicentre, randomised trial. Lancet</i> 2009;373:811-820. 5. Folkesson J, Birgisson H, Pahlman L, et al. <i>Swedish Rectal Cancer Trial: long lasting benefits from radiotherapy on survival and local recurrence rate. J Clin Oncol</i> 2005;23:5644-5650. 6. van Gijn W, Marijnen CA, Nagtegaal ID, et al. <i>Preoperative radiotherapy combined with total mesorectal excision for resectable rectal cancer: 12-year follow-up of the multicentre, randomised controlled TME trial. Lancet Oncol</i> 2011;12:575-582. 7. Bujko K, Nowacki MP, Nasierowska-Guttmejer A, et al. <i>Long-term results of a randomized trial comparing preoperative short-course radiotherapy with preoperative conventionally fractionated chemoradiation for rectal cancer. Br J Surg</i> 2006;93:1215-1223. 8. Gérard JP, Conroy T, Bonnetain F, et al. <i>Preoperative radiotherapy with or without concurrent fluorouracil and leucovorin in T3-4 rectal cancers: results of FFC09203. J Clin Oncol</i> 2006;24:4620-4625. 9. Bosset JF, Collette L, Calais G, et al. <i>Chemotherapy with preoperative radiotherapy in rectal cancer. N Engl J Med</i> 2006;355:1114-1123. 10. Valentina Bianchi,1 Alessandra Spitale,1 Laura Ortelli,1 Luca Mazzucchelli,2 Andrea Bordoni,1 and the QC3 CRC Working Group Quality indicators of clinical cancer care (QC3) in colorectal cancer <i>BMJ Open</i> 2013;3:e002818. doi:10.1136/bmjopen-2013-002818 11. http://www.healthcareimprovementscotland.org/our_work/cancer_care_improvement/programme_resources/cancer_qpis.aspx
--	--

*

IIA T3 N0 M0

IIB T4a N0 M0

IIC T4b N0 M0

IIIA T1-T2 N1/N1c M0

T1 N2a M0

IIIB T3-T4a N1/N1c M0

T2-T3 N2a M0

T1-T2 N2b M0

IIIC T4a N2a M0

T3-T4a N2b M0

T4b N1-N2 M0

Lisa 1

JFB30	Parempoolne hemikolektoomia
JFB31	Laparoskoopiline parempoolne hemikolektoomia
JFB40	Ristikäärsoole reseksioon
JFB41	Ristikäärsoole laparoskoopiline reseksioon
JFB43	Vasakpoolne hemikolektoomia
JFB44	Laparoskoopiline vasakpoolne hemikolektoomia
JFB46	Sigmasoole reseksioon
JFB47	Sigmasoole laparoskoopiline reseksioon
JFB50	Jämesoole muu reseksioon
JFB51	Jämesoole muu laparoskoopiline reseksioon
JFB60	Sigmasoole reseksioon koos lõpp-kolostoomiga
JFB61	Sigmasoole laparoskoopiline reseksioon koos lõpp-kolostoomiga ja distaalse kõndi sulgemisega
JFB63	Jämesoole muu reseksioon koos proksimaalse kolostoomiaga ja distaalse kõndi sulgemisega
JFB64	Muu laparoskoopiline jämesoole reseksioon koos proksimaalse kolostoomiaga ja distaalse otsa sulgemisega
JFH00	Totaalne kolektoomia ja ileorektaalne anastomoos
JFH01	Laparoskoopiline totaalne kolektoomia ja iliorektaalne anastomoos
JFH10	Totaalne kolektoomia ja ileostoomi rajamine
JFH11	Laparoskoopiline totaalne kolektoomia ja ileostoomia
JFH20	Proktokolektoomia ja ileostoomi rajamine
JFH30	Totaalne kolektoomia, limaskestast proktektoomia ja ileoanaalne anastomoos ilma ileostoomita
JFH33	Totaalne kolektoomia, limaskestast proktektoomia, ileoanaalne anastomoos ja ileostoomia
JFH40	Proktokolektoomia ja kontinentse ileostoomi rajamine
JFH96	Muu totaalne kolektoomia
JGB00	Osaline proktektoomia ja kolorektaalne või koloanaalne anastomoos
JGB01	Laparoskoopiline osaline proktektoomia ja kolorektaalne või koloanaalne anastomoos
JGB10	Osaline proktektoomia ja lõpp-kolostoomi rajamine
JGB11	Laparoskoopiline osaline proktektoomia ja lõpp-kolostoomi rajamine
JGB20	Osaline rektosigmoidektoomia ja abdominoperineaalne anastomoos läbi päraku
JGB30	Pärasoole abdominoperineaalne ekstsisioon
JGB31	Rektumi laparoskoopiline ja perineaalne ekstsisioon
JGB40	Pärasoole ekstsisioon ja lõpp-ileostoomi rajamine
JGB60	Rektumi ekstsisioon ja ileoanaalne anastomoos
JGB96	Muu proktektoomia või pärasoole ekstsisioon
JGB97	Muu laparoskoopiline proktektoomia või pärasoole ekstsisioon

Indikaatori nimetus	Kolorektaalvähi indikaator 3: Esmase radikaalse kirurgilise ravi läbinud kolorektaalvähi diagnoosiga patsientide operatsioonipreparaadis uuritud lümfisõlmede arv
Indikaatori kirjeldus/vajaduse põhjendus	Võimalikult suur lümfisõlmede eemaldamine ja patohistoloogiline uurimine võimaldab täpsemat kasvaja leviku hindamist ja seeläbi optimaalsemaid raviotsuseid adjuvantravi ja haiguse prognoosi osas.
Definitsioon	Kolorektaalvähi diagnoosiga patsientide osakaal, kes on läbinud esmase radikaalse kirurgilise ravi (kasvaja eemaldamise) ja kellel on eemaldatud ja operatsioonipreparaadis patohistoloogiliselt uuritud ≥ 12 lümfisõlme kõikidest kolorektaalvähi haigetest, kes on läbinud kasvaja esmase radikaalse kirurgilise ravi.
Indikaatori tüüp	Protsessiindikaator
Lugeja	Kolorektaalvähi diagnoosiga patsientide arv, kellel on esmase radikaalse operatsiooni käigus eemaldatud ja operatsioonipreparaadis patohistoloogiliselt uuritud ≥ 12 lümfisõlme. (T)
Nimetaja	Kõik kolorektaalvähi diagnoosiga patsiendid, kes on läbinud esmase radikaalse kirurgilise ravi (U), v.a. nn pika neoadjuvantse kiiritusravi läbinud patsiendid (V)
Valem:	$R(\%) = T/(U-V)*100$
Sihtgrupp: Eeldused indikaatori arvutamiseks:	Kõik radikaalselt kirurgiliselt ravitud esmased kolorektaalvähi patsiendid (RHK10 koodid C18-C20), va nn pika neoadjuvantse kiiritusravi läbinud patsiendid. <ul style="list-style-type: none"> • RHK kood C18-C20 • Radikaalse operatsiooni kood (koodi vt Lisa 1.) • Operatsiooni kuupäev • Patohistoloogia raportist uuritud lümfisõlmede koguarv [n] • Patohistoloogia raporti vastuse sisestamise kuupäev • Kiiritusravi (HKteenuse koodid 740201, 740202), kiiritusravi teenuste arv >5 <p>Tingimus: Kiiritusravi kuupäev enne operatsiooni kuupäeva</p>
Sisse arvatud	Kõik radikaalselt kirurgiliselt ravitud esmased kolorektaalvähi patsiendid (RHK10 koodid C18-C20)
Väljaarvatud	Kolorektaalvähi diagnoosiga patsiendid, kes on läbinud nn pika neoadjuvantse kiiritusravi
Tõlgendus	Eesmärk: 80% patsientidest peaks olema eemaldatud ja uuritud ≥ 12 lümfisõlme (arvestab olukorraga, et kõik patsiendid ei pruugi olla piisavalt heas seisundis ulatuslikuks lümfadenektoomiaks).
Andmeallikad	<ul style="list-style-type: none"> • Haigla infosüsteem Vajalik struktureeritud patohistoloogiline raport
Jälgimisperiod	01.jaanuar – 31. detsember, andmeid analüüsitakse 1x aastas Aluseks võetakse operatsiooni kuupäev.
Edasine informatsioon	Indikaatorit kasutatakse näiteks Šoti vähiravi kvaliteedihindamises, Inglismaa kolorektaalvähi kvaliteediindikaatorina.

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Elferink MA, Siesling S, Lemmens VE, et al. Variation in lymph node evaluation in rectal cancer: a Dutch Nationwide Population-Based Study. <i>Ann Surg Oncol</i> 2011;18:386–95. 2. Elferink MA, Siesling S, Visser O, et al. Large variation between hospitals and pathology laboratories in lymph node evaluation in colon cancer and its impact on survival, a nationwide population-based study in the Netherlands. <i>Ann Oncol</i> 2011;22:110–17. 3. Kelder W, Inberg B, Schaapveld M, et al. Impact of the number of histologically examined lymph nodes on prognosis in colon cancer: a population-based study in the Netherlands. <i>Dis Colon Rectum</i> 2009;52:260–7. 4. Vather R, Sammour T, Kahokehr A, et al. Lymph node evaluation and long-term survival in Stage II and Stage III colon cancer: a national study. <i>Ann Surg Oncol</i> 2009;16:585–93. 5. Lindebjerg J, Spindler KL, Ploen J, et al. The prognostic value of lymph node metastases and tumour regression grade in rectal cancer patients treated with long-course preoperative chemoradiotherapy. <i>Colorectal Dis</i> 2009;11:264–9. 6. Choi HK, Law WL, Poon JT. The optimal number of lymph nodes examined in stage II colorectal cancer and its impact of on outcomes. <i>BMC Cancer</i> 2010;10:267. 7. Labianca R, Nordlinger B, Beretta GD, et al. Primary colon cancer:ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, adjuvant treatment and follow-up. <i>Ann Oncol</i> 2010;21(Suppl 5):v70–7. 8. NCCN. Colon Cancer. 2.2011 ed: NCCN, 2011 9. http://www.healthcareimprovementscotland.org/our_work/cancer_care_improvement/programme_resources/cancer_qpis.aspx
--	---

Lisa 1

- JFB30 Parempoolne hemikolektoomia
- JFB31 Laparoskoopiline parempoolne hemikolektoomia
- JFB40 Ristikäärsoole reseksioon
- JFB41 Ristikäärsoole laparoskoopiline reseksioon
- JFB43 Vasakpoolne hemikolektoomia
- JFB44 Laparoskoopiline vasakpoolne hemikolektoomia
- JFB46 Sigmasoole reseksioon
- JFB47 Sigmasoole laparoskoopiline reseksioon
- JFB50 Jämesoole muu reseksioon
- JFB51 Jämesoole muu laparoskoopiline reseksioon
- JFB60 Sigmasoole reseksioon koos lõpp-kolostoomiga
- JFB61 Sigmasoole laparoskoopiline reseksioon koos lõpp-kolostoomiga ja distaalse kõndi sulgemisega
- JFB63 Jämesoole muu reseksioon koos proksimaalse kolostoomiaga ja distaalse kõndi sulgemisega

- JFB64 Muu laparoskoopiline jämesoole reseksioon koos proksimaalse kolostoomiaga ja distaalse otsa sulgemisega
- JFH00 Totaalne kolektoomia ja ileorektaalne anastomoos
- JFH01 Laparoskoopiline totaalne kolektoomia ja iliorektaalne anastomoos
- JFH10 Totaalne kolektoomia ja ileostoomi rajamine
- JFH11 Laparoskoopiline totaalne kolektoomia ja ileostoomia
- JFH20 Proktokolektoomia ja ileostoomi rajamine
- JFH30 Totaalne kolektoomia, limaskestast proktektoomia ja ileoanaalne anastomoos ilma ileostoomita
-
- JFH33 Totaalne kolektoomia, limaskestast proktektoomia, ileoanaalne anastomoos ja ileostoomia
- JFH40 Proktokolektoomia ja kontinentse ileostoomi rajamine
- JFH96 Muu totaalne kolektoomia
- JGB00 Osaline proktektoomia ja kolorektaalne või koloanaalne anastomoos
- JGB01 Laparoskoopiline osaline proktektoomia ja kolorektaalne või koloanaalne anastomoos
- JGB10 Osaline proktektoomia ja lõpp-kolostoomi rajamine
- JGB11 Laparoskoopiline osaline proktektoomia ja lõpp-kolostoomi rajamine
- JGB20 Osaline rektosigmoidektoomia ja abdooperineaalne anastomoos läbi päraku
- JGB30 Pärasoole abdooperineaalne ekstsissioon
- JGB31 Rektumi laparoskoopiline ja perineaalne ekstsissioon
- JGB40 Pärasoole ekstsissioon ja lõpp-ileostoomi rajamine
- JGB60 Rektumi ekstsissioon ja ileoanaalne anastomoos
- JGB96 Muu proktektoomia või pärasoole ekstsissioon
- JGB97 Muu laparoskoopiline proktektoomia või pärasoole ekstsissioon

Indikaatori nimetus	Kolorektaalvähi indikaator 4: Adjuvantset keemiaravi saanute osakaal kõrge retsidiveerumisriskiga II staadiumi ja III staadiumi käärsoolevähi patsientide seas
Indikaatori kirjeldus/ vajaduse põhjendus	Kõrge retsidiiviriskiga (esineb vähemalt üks faktor: <12 l/s eemaldatud ja uuritud, G3, LVI, PNI, iileus, perforatsioon) II st (T3N0M0, T4N0M0) ja kõikide III staadiumi käärsoolevähi patsientide osakaal, kes said adjuvantset keemiaravi 56 päeva jooksul peale kasvaja eemaldamiseks tehtud operatsiooni, kõigist sama grupi opereeritud patsientidest. Adjuvantne keemiaravi kõrge retsidiiviriskiga (esineb vähemalt üks faktor: <12 l/s eemaldatud ja uuritud, G3, LVI, PNI, iileus, perforatsioon) II st (T3N0M0, T4N0M0) ja kõikide III staadiumi käärsoolevähi patsientidele on näidustatud, kuna esineb kõrge risk süsteemseks ja lokaalseks retsidiiviks. Adjuvantne keemiaravi vähendab kasvaja retsidiivi riski ja pikendab elulemust. Indikaator näitab erinevate onkoloogilise ravi spetsialistide koostöös, keemiaravi kättesaadavust näidustuse korral, rahvusvahelistest ravijuhistest kinnipidamist.
Definitsioon	Kõrge retsidiiviriskiga II staadiumi ja kõikide III staadiumi käärsoolevähi patsientide osakaal [X(%)], kellel alustati adjuvantset keemiaravi 56 päeva jooksul peale kasvaja eemaldamiseks tehtud operatsiooni, kõigist sama diagnoosi ja riskiastmega kasvaja esmase radikaalse kirurgilise ravi läbinud patsientidest.
Indikaatori tüüp	Protsessiindikaator
Lugeja	Kõrge retsidiiviriskiga käärsoolevähi diagnoosiga (esineb vähemalt üks faktor: <12 l/s eemaldatud ja uuritud, G3, LVI, PNI, iileus, perforatsioon) II st (T3N0M0, T4N0M0) (Q) ja kõikide sama diagnoosiga III staadiumi patsientide arv, kes on läbinud esmase radikaalse kirurgilise ravi ja adjuvantset keemiaravi on alustatud 56 päeva jooksul peale operatsiooni. (V)
Nimetaja	Kõrge retsidiiviriskiga käärsoolevähi diagnoosiga (esineb vähemalt üks faktor: <12 l/s eemaldatud ja uuritud, G3, LVI, PNI, iileus, perforatsioon) II st (T3N0M0, T4N0M0) (M) ja kõikide sama diagnoosiga III staadiumi patsientide arv, kes on läbinud esmase radikaalse kirurgilise ravi. (L)
Valem:	$X_1(\%) = (Q/M) \cdot 100$ $X_2(\%) = (V/L) \cdot 100$

Sihtgrupp: Eeldused indikaatori arutamiseks:	<p>Kõrge retsidiiviriskiga (esineb vähemalt üks faktor: <12 l/s eemaldatud ja uuritud, G3, LVI, PNI, iileus, perforatsioon) II st (T3N0M0, T4N0M0) ja III staadiumi käärsoolevähi diagnoosiga patsiendid, kes on läbinud esmase radikaalse kirurgilise ravi.</p> <ul style="list-style-type: none"> • RHK10 kood C18-19 • Radikaalse operatsiooni kood (vt Lisa 1.) • Operatsiooni kuupäev -A • Operatsioonijärgne pTNM • Riskifaktorite andmed patohistoloogia raportist (LVI pos, PNI pos, diferentseerumisaste G3, uuritud lümfisõlmede arv alla 12) • Soole perforatsioon/peritoniit • Iileus • Adjuvantse keemiaravi teostamise fakt ja selle kuupäev <ul style="list-style-type: none"> • retseptikeskuses kasutatud T. Capcitabine koodi L01BC06 või • haigekassa raviteenuse kolorektaalvähi keemiaravi koodi (R322) • Esimese keemiaravi (L01BC06 või R322) kuuri alguskuupäev – B • Arvutada päevade arv (n) = B-A • Valemisse võtta keemiaravi saanud patsientide arv (Q või V), kus n≤56p
Sisse arvatud	<p>Kõrge retsidiiviriskiga käärsoolevähi diagnoosiga C18-19 (esineb vähemalt üks faktor: <12 l/s eemaldatud ja uuritud, G3, LVI, PNI, iileus, perforatsioon) II st (T3N0M0, T4N0M0) ja kõikide sama diagnoosiga III staadiumi patsientide arv, kes on läbinud esmase radikaalse kirurgilise ravi</p>
Väljaarvatud	<p>Väljaarvamisi ei ole</p>
Tõlgendus	<p>Eesmärk: 50% kõrge retsidiiviriskiga C18-C19 diagnoosikoodiga II st patsientides 70% III st C18-C19 diagnoosikoodiga patsientidest</p>
Andmeallikad	<ul style="list-style-type: none"> • Haigla infosüsteem • Vajalik struktureeritud patohistoloogia raport • Päring retseptikeskusesse haigekassa poolt
Jälgimisperiood	<p>01.jaanuar – 31. detsember, andmeid analüüsitakse 1x aastas Aluseks on operatsiooni kuupäev.</p>
Edasine informatsioon	<ol style="list-style-type: none"> 1. Malafa MP, Corman MM, Shibata D, et al: The Florida Initiative for Quality Cancer Care: a regional project to measure and improve cancer care. Cancer Control 16:318-27, 2009 2. Schmoll HJ, Van Cutsem E, Stein A, et al: ESMO Consensus Guidelines for management of patients with colon and rectal cancer. a personalized approach to clinical decision making. Ann Oncol 23:2479-516, 3. Andre T, Boni C, Navarro M, et al: Improved overall survival with oxaliplatin, fluorouracil, and leucovorin as adjuvant treatment in stage II or III colon cancer in the MOSAIC trial. J Clin Oncol 27:3109-16, 2009

	<p>4. Twelves C, Wong A, Nowacki MP, et al. Capecitabine as adjuvant treatment for stage III colon cancer. <i>N Engl J Med</i> 2005;352:2696–704.</p> <p>5. Van Cutsem E, Labianca R, Bodoky G, et al. Randomized phase III trial comparing biweekly infusional fluorouracil/leucovorin alone or with irinotecan in the adjuvant treatment of stage III colon cancer: PETACC-3. <i>J Clin Oncol</i> 2009;27:3117–25.</p> <p>6. http://www.healthcareimprovementscotland.org/our_work/cancer_care_improvement/programme_resources/cancer_qpis.aspx</p> <p>7. Valentina Bianchi,¹ Alessandra Spitale,¹ Laura Orтели,¹ Luca Mazzucchelli,² Andrea Bordoni,¹ and the QC3 CRC Working Group Quality indicators of clinical cancer care (QC3) in colorectal cancer <i>BMJ Open</i> 2013;3:e002818. doi:10.1136/bmjopen-2013-002818</p>
--	--

Lisa 1

- JFB30 Parempoolne hemikolektoomia
- JFB31 Laparoskoopiline parempoolne hemikolektoomia
- JFB40 Ristikäärsoole reseksioon
- JFB41 Ristikäärsoole laparoskoopiline reseksioon
- JFB43 Vasakpoolne hemikolektoomia
- JFB44 Laparoskoopiline vasakpoolne hemikolektoomia
- JFB46 Sigmasoole reseksioon
- JFB47 Sigmasoole laparoskoopiline reseksioon
- JFB50 Jämesoole muu reseksioon
- JFB51 Jämesoole muu laparoskoopiline reseksioon
- JFB60 Sigmasoole reseksioon koos lõpp-kolostoomiga
- JFB61 Sigmasoole laparoskoopiline reseksioon koos lõpp-kolostoomiga ja distaalse kõndi sulgemisega
- JFB63 Jämesoole muu reseksioon koos proksimaalse kolostoomiaga ja distaalse kõndi sulgemisega
- JFB64 Muu laparoskoopiline jämesoole reseksioon koos proksimaalse kolostoomiaga ja distaalse otsa sulgemisega
- JFH00 Totaalne kolektoomia ja ileorektaalne anastomoos
- JFH01 Laparoskoopiline totaalne kolektoomia ja iliorektaalne anastomoos
- JFH10 Totaalne kolektoomia ja ileostoomi rajamine
- JFH11 Laparoskoopiline totaalne kolektoomia ja ileostoomia
- JFH20 Proktokolektoomia ja ileostoomi rajamine
- JFH30 Totaalne kolektoomia, limaskestast proktektoomia ja ileoanaalne anastomoos ilma ileostoomita
- JFH33 Totaalne kolektoomia, limaskestast proktektoomia, ileoanaalne anastomoos ja ileostoomia
- JFH40 Proktokolektoomia ja kontinentse ileostoomi rajamine
- JFH96 Muu totaalne kolektoomia
- JGB00 Osaline proktektoomia ja kolorektaalne või koloanaalne anastomoos
- JGB01 Laparoskoopiline osaline proktektoomia ja kolorektaalne või koloanaalne anastomoos

- JGB10 Osaline proktektoomia ja lõpp-kolostoomi rajamine
- JGB11 Laparoskoopiline osaline proktektoomia ja lõpp-kolostoomi rajamine
- JGB20 Osaline rektosigmoidektoomia ja abdooperineaalne anastomoos läbi päraku
- JGB30 Pärasoole abdooperineaalne ekstsisioon
- JGB31 Rektumi laparoskoopiline ja perineaalne ekstsisioon
- JGB40 Pärasoole ekstsisioon ja lõpp-ileostoomi rajamine
- JGB60 Rektumi ekstsisioon ja ileoanaalne anastomoos
- JGB96 Muu proktektoomia või pärasoole ekstsisioon
- JGB97 Muu laparoskoopiline proktektoomia või pärasoole ekstsisioon

Indikaatori nimetus	Rinnavähi indikaator 1: Aeg esmase rinnavähi diagnoosiga patsientide esimesest visiidist raviasutuses kuni onkoloogilise ravi alguseni
Indikaatori kirjeldus/vajaduse põhjendus	Patsientide osakaal, kel ravi on alustatud vähemalt 28 kalendripäeva jooksul pärast esmast vähiravi spetsialisti(*) vastuvõttu. Indikaator iseloomustab aega, mille vältel teostatakse pahaloomulise kasvaja diagnostika, levikuulatuse uuringud, multimodaalne raviotsus ja reaalne ravi algus. Sihtgrupiks on kõik esmase rinnavähi diagnoosiga patsiendid. Eesmärk: üle 95%.
Definitsioon	Patsientide osakaal (%), kellel on alustatud 28 kalendripäeva jooksul peale mammoloogi/onkoloogi vastuvõttu onkoloogilist ravi teostavas asutuses neoadjuvantset keemiaravi, hormoonravi või teostatud operatsioon
Indikaatori tüüp	Protsessiindikaator
Lugeja	Esmaste rinnavähi diagnoosiga esmaste patsientide arv, kelle ravi on alustatud ≤28 kalendripäeva jooksul alates mammoloogi/onkoloogi vastuvõtu kuupäevast = A
Nimetaja	Kogu rinnavähi diagnoosiga esmaste patsientide arv, kelle ravi on alustatud = B
Valem:	$C(\%) = (A/B) * 100$
Sihtgrupp: Eeldused indikaatori arvutamiseks:	Sihtgrupiks on kõik esmase rinnavähi diagnoosiga patsiendid. Eesmärk: üle 95%. <ul style="list-style-type: none"> - Isikul on rinnavähi diagnoos (RHK koodid C50.0-C50.9, raviarvel märges „+“) - Isikul on fikseeritud mammoloogi/onkoloogi vastuvõtu kuupäev samas raviasutuses - Isikul on fikseeritud <ul style="list-style-type: none"> o neoadjuvantse keemiaravi (314R) alustamise kuupäev või o operatsiooni (HAB, HAC või PJD) teostamise kuupäev või o hormoonravi alustamise kuupäev (retsepti väljakirjutamise kuupäev)
Sisse arvatud	Esmase rinnavähi diagnoosiga patsiendid, kellel on alustatud 28 kalendripäeva jooksul aktiivravi peale vähiravi spetsialisti* vastuvõttu, kas neoadjuvantset keemiaravi, hormoonravi või teostatud operatsioon
Väljaarvatud	Valimisse ei kuulu rinnavähi diagnoosiga patsiendid, kes ei saa onkopsüüfilist ravi.
Tõlgendus	Eesmärk: üle 95%. Ravi alguse edasilükkumine halvendab/suurendab riski pahaloomulise kasvaja levimiseks ja võib halvendada haiguse prognoosi.
Andmeallikad	<ul style="list-style-type: none"> • Operatsiooniprotokoll • Kiiritusravi register • Vähiregistri teatis
Jälgimisperiod	01.jaanuar – 31. detsember, andmeid analüüsitakse 1x aastas Aluseks on vähiravi spetsialisti* vastuvõtu kuupäev.
Edasine informatsioon	Indikaatorit kasutatakse Rootsi tervishoiu kvaliteedi hindamises, samuti EUSOMA võrgustikus.

(*) üldkirurg, günekoloog, onkoloog, mammoloog

Indikaatori nimetus	Rinnavähi indikaator 2: Re-ekstsioonide osakaal protsentides peale kirurgilist ravi histoloogilisel uuringul tuvastatud ebapiisava kasvavaba serva tõttu operatsioonipreparaadis esmase rinnavähidiagnoosiga patsientidel.
Indikaatori kirjeldus/vajaduse põhjendus	Esmase rinnavähiga patsientide proportsioon, kes vajavad rinda säilitava operatsiooni korral re-ekstsiooni. Indikaator kirjeldab esmase rinnavähikirurgia kui ka ravieelse diagnostika kvaliteeti. Pärast rinda säilitavat kirurgiat teostatakse preparaadi patoloogiline uuring, mis selgitab, kas kasvaja on eemaldatud tuumorivabade preparaadiipiiridega või on vajalik täiendav rinnakoe eemaldamine. Täiendav operatsioon põhjustab patsiendile lisavaevusi ja nõuab täiendavaid ressursse.
Definitsioon	Re-ekstsioonide osakaal (%) peale kirurgilist ravi histoloogilisel uuringul tuvastatud ebapiisava kasvavaba serva tõttu preparaadis
Indikaatori tüüp	Protsessiindikaator
Lugeja	Korduslöikuste (HAB40+HWW99+HAC) arv (histoloogilisel uuringul on selgunud, et kasvaja kude on preparaadi serval) = F
Nimetaja	Rinnavähi patsientidele teostatud esmaste operatsioonide (kõik HAB) arv = E
Valem:	Valem: $G (%) = (F/E) * 100$
Sihtgrupp: Eeldused indikaatori arvutamiseks:	Sihtgrupiks on kõik esmase rinnavähi diagnoosiga patsiendid, kellele on teostatud rinda säilitav operatsioon. Eesmärk: alla 5%. <ul style="list-style-type: none"> • Isikul on rinnavähi diagnoos- (RHK10 koodid C50.0-C50.9) • Isikul on fikseeritud operatsiooni (HAB40) kuupäev samas raviasutuses • Isikul on teostatud operatsiooni preparaadi patoloogiline uuring • Patoloogiaraporti alusel otsustatakse kordusoperatsiooni vajadus – (patoloogi raportis fikseeritakse „ebapuhas serv“) • Isikul on fikseeritud kordusoperatsiooni kuupäev samas raviasutuses
Sisse arvatud	Esmase rinnavähi diagnoosiga patsiendid, kellele on teostatud rinda säilitav operatsioon ja teostatud operatsioonipreparaadi patoloogiline uuring.
Väljaarvatud	Valimisse ei kuulu rinnavähi diagnoosiga patsiendid, kellele on teostatud radikaalne mastektoomia (kõik HAC koodid), mitte rinda säilitav operatsioon.
Tõlgendus	Eesmärk: alla 5%. Indikaator kirjeldab esmase rinnavähikirurgia kui ka ravieelse diagnostika kvaliteeti.
Andmeallikad	01.jaanuar – 31. detsember, andmeid analüüsitakse 1x aastas Arvestada esimese operatsiooni kuupäevast.
Jälgimisperiood	Indikaatorit kasutatakse Rootsi tervishoiu kvaliteedi hindamises ja EUSOMA võrgustikus, Šoti vähiravi kvaliteedihindamises
Edasine informatsioon	Oluline, et kordusoperatsioon kodeeritakse ühtemoodi kõikides raviasutuses.

Indikaatori nimetus	Rinnavähi indikaator 3: Invasiivse rinnavähiga patsientide osakaal, kes on saanud postoperatiivset kiiritusravi rinnanäärmele peale rinda säilitavat operatsiooni (BCT).
Indikaatori kirjeldus/vajaduse põhjendus	Rinda säästva operatsiooni (kõik HAB koodid) järgselt peavad invasiivse rinnavähiga patsiendid saada postoperatiivset kiiritusravi rinnanäärmele. Postoperatiivne kiiritusravi vähendab lokaalse retsidiivi riski ja pikendab pikaajalist elulemust rinnanäärmevähiga patsientidel, kellel on teostatud rinda säilitav operatsioon (BCT).
Definitsioon	Invasiivse rinnavähiga patsientide osakaal, kes on saanud postoperatiivset kiiritusravi rinnanäärmele peale rinda säilitavat operatsiooni (BCT).
Indikaatori tüüp	Protsessiindikaator
Lugeja	Postoperatiivset kiiritusravi saanud rinnavähi diagnoosiga patsientide arv, kellele on teostatud rinda säilitav operatsioon = N
Nimetaja	Rinnavähi diagnoosiga patsientide koguarv, kellele on teostatud rinda säilitav operatsioon = M
Valem:	Valem: $L(\%) = (N/M) \cdot 100$ L= Postoperatiivset kiiritusravi saanud rinnavähi diagnoosiga patsientide osakaal protsentides kõikidest rinnavähi diagnoosiga patsientidest, kellele on teostatud rinda säilitav kirurgiline ravi.
Sihtgrupp: Eeldused indikaatori arvutamiseks:	Sihtgrupiks on kõik invasiivse rinnavähi diagnoosiga patsiendid, kellele on teostatud rinda säilitav operatsioon. Eesmärk - 95%. <ul style="list-style-type: none"> • Isikul on rinnavähi diagnoos- (RHK10 koodid C50.0-C50.9). • Kõik rinnavähi diagnoosiga patsiendid, kelle on teostatud rinda säilitav operatsioon (kõik HAB koodid) • Rinnavähi diagnoosiga patsientide osakaal, kes on saanud adjuvantset rinna kiiritusravi (teenuse kood või RHK10 kood ja (Z51.0) kombinatsioonis).
Sisse arvatud	Invasiivse rinnavähi diagnoosiga patsiendid, kellele on teostatud rinda säilitav operatsioon.
Väljaarvatud	Valimisse ei kuulu rinnavähi diagnoosiga patsiendid, kellele on teostatud radikaalne mastektomia (kõik HAC koodid) ega <i>in situ</i> vähiga patsiendid. NB! Tuleb silmas pidada, et valemisse mitte võtta patsientide koguarvu, kes on kiiritusravi saanud.
Tõlgendus	Eesmärk – 95%. Teadusuuringud on näidanud statistiliselt olulist lokaalsete retsidiivide vähenemist rinnavähi haigetel, kes peale rinda säilitavat operatsiooni on saanud kiiritusravi. Samuti on näidatud, et postoperatiivne kiiritusravi vähendas nendel patsientidel rinnavähist tingitud suremust.

Andmeallikad	<ul style="list-style-type: none"> • Stationaarsed/ambulatoorsed epikriisid • EHK raviarved • Operatsiooniprotokoll • Kiiritusraviregister
Jälgimisperiood	01.jaanuar – 31. detsember, andmeid analüüsitakse 1x aastas Jälgimisperioodi arvestame operatsiooni kuupäevast.
Edasine informatsioon	Indikaator on rahvusvaheline standard, kasutatakse ka EUSOMA võrgustikus ja Šoti rinnavähi ravi ühe kvaliteediindikaatorina.

Eraldi kood rinnanäärme kiiritusele puudub praegu! Oleks vaja eristada kiiritatavat paiget. Vajalik kõigi invasiivse rinnavähiga rinda säilitaval meetodil opereeritud haigete andmebaas, mis sisaldab diagnoosi staatust, operatsiooni kuupäeva, operatsiooni liiki, haiguse levikut ja staadiumi TNM klassifikatsiooni järgi, morfoloogilist diagnoosi, kiiritusravi mahtu, doosi ja ajastatust peale operatsiooni

Indikaatori nimetus	Rinnavähi indikaator 4: Trastuzumabiga ravi saavate patsientide osakaal protsentides kõigist HER2 3+ (T>1cm N0 või N+) ja HER2 (2+ ISH+) rinnavähi diagnoosiga patsientidest.
Indikaatori kirjeldus/vajaduse põhjendus	<p>Bioloogiline adjuvantravi trastuzumabiga lisatuna adjuvantsele keemiaravile vähendab HER2 positiivsete kasvajate korral rinnavähi retsidiivi riski ja parandab elulemust.</p> <p>HER2 (ingl k. <i>human epidermal growth factor receptor-type 2</i>) - inimese epidermaalse kasvufaktori 2. tüüpi retseptor</p> <p>On leitud, et HER2 ülemäärane avaldumine (üleekspressioon) on seotud agressiivsema rinnavähi tekke ja levikuga, mis allub halvemini tavapärasele ravile.</p> <p>Trastuzumabi tuleks kasutada ainult neil patsientidel, kelle kasvaja esineb HER2 üleekspressioon või HER2 geeni amplifikatsioon, mis on kindlaks tehtud täpse ja valideeritud analüüsi abil. HER2 üleekspressiooni tuleb määrata fikseeritud kasvajaõikudel immunohistokeemilisel (IHC) meetodil. HER2 geeni amplifikatsiooni tuleb määrata fikseeritud kasvajaõikudel fluorestsents <i>in situ</i> hübriidatsiooni (FISH) või kromogeense <i>in situ</i> hübriidatsiooni (CISH) meetodil.</p>
Definitsioon	Trastuzumabiga ravi saavate patsientide osakaal protsentides kõigist HER2 3+ (T>1cm N0 või N+) ja HER2 (2+ ISH+) rinnavähi diagnoosiga patsientidest.
Indikaatori tüüp	Protsessiindikaator
Lugeja	<ul style="list-style-type: none"> • HER 2 3+ patsientide arv, kes on saanud trastuzumabi = (O) • Kõik HER2 2+ patsiendid, kellele on tehtud ISH uuring ja selle vastus on ISH positiivne ning kes on saanud trastuzumabi (Q)
Nimetaja	<ul style="list-style-type: none"> • Kõik HER2 2+ patsiendid, kellele on tehtud ISH uuring ja kelle vastus on ISH positiivne = (P) • Kõik HER 2 3+ patsiendid = (R)
Valem:	Valem: $S(\%) = (O+Q)/(P+R)*100$
htgrupp:	Sihtgrupiks on Trastuzumabiga ravi vajavad esmased rinnavähihaiged (kasvaja suurus üle 1 cm), kel puuduvad vastunäidustused.
Eeldused indikaatori arvutamiseks:	<p>Isikul on rinnavähi diagnoos- (RHK10 koodid C50.0-C50.9)</p> <p>4) Histoloogilise uuringu vastuses on toodud, et kasvaja suurus on T>1cm</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kõik HER2 2+ patsiendid, kellele on tehtud ISH uuring ja selle vastus on ISH positiivne • Kõik HER 2 3+ patsiendid • Kõik HER2 3+ ja kõik HER2 2+ ISH positiivsete patsientide arv, kes on saanud <u>Trastuzumabi</u>

Sisse arvatud	Trastuzumab – raviks sobilikel patsientidel esineb tugev HER2 üleekspressioon (IHC 3+) või positiivne ISH analüüsi tulemus. <ul style="list-style-type: none"> • Kõik HER2 2+ patsiendid, kellele on tehtud ISH uuring ja selle vastus on ISH positiivne • Kõik HER 2 3+ patsiendid
Väljaarvatud	<ul style="list-style-type: none"> • HER2 2+ patsiendid, kellele on tehtud ISH uuring, kuid selle vastus on ISH negatiivne • Kasvaja suurus alla 1cm
Tõlgendus	Eesmärk: üle 90%. Bioloogiline adjuvantravi trastuzumabiga lisatuna adjuvantsele keemiaravile vähendab HER2 positiivsete kasvajate korral rinnavähi taastekke riski ja parandab elulemust.
Andmeallikad	<ul style="list-style-type: none"> • Statsionaarsed/ambulatoorsed epikriisid • RHK raviarved
Jälgimisperiood	01.jaanuar – 31. detsember, andmeid analüüsitakse 1x aastas Arvestame histoloogilise uuringu vastuse kuupäeva.
Edasine informatsioon	Indikaator on rahvusvaheline standard, kasutatakse ka EUSOMA võrgustikus ja Šoti rinnavähi ravi ühe kvaliteediindikaatorina.

Indikaatori nimetus	Insuldiravi indikaator 9: Osakaal letaalse lõppega patsientidest 30 päeva jooksul haigestumisest (30. päeva letaalsus)
Indikaatori kirjeldus/ vajaduse põhjendus	Letaalsus esimese 30 päeva jooksul alates haigestumisest akuutsesse insulti. Insult on raske haigus, ligi 26% patsientidest sureb esimese kuu jooksul (7). Letaalsus esimese 30 päeva jooksul alates haigestumisest akuutsesse insulti (varajane tulemus) peegeldab lisaks insuldi raskusele ka insuldi käsitlust raviasutustes, selle abil võimalik on jälgida ajalisi trende riigis.
Definitsioon	Insuldiga patsientide osakaal, kelle haigus lõpeb letaalselt 30. päeva jooksul pärast ägedat haigestumist.
Indikaatori tüüp	Ravitulemuse indikaator
Lugeja	Patsiendid (M) diagnoosiga I63 ja I61 koos laienditega 0-9, kes on surnud 30 päeva jooksul alates hospitaliseerimisest
Nimetaja	Kõik patsiendid (T) diagnoosiga I63 ja I61 koos laienditega 0-9
Valem:	$X(\%)=(M/T)*100$
Sihtgrupp:	Ajuinfarktiga (I63 koos laienditega) ja intratserebraalse hemorraagia (I61 koos laienditega) diagnoosiga patsiendid.
Eeldused indikaatori arvutamiseks:	Ajuinfarktiga (I63 koos laienditega) ja intratserebraalse hemorraagiaga (I61 koos laienditega) diagnoosiga patsiendid. Hospitaliseerimise kuupäev Surma kuupäev
Sisse arvatud	I61 ja I63 koos laienditega 0-9 Raviarvel Vältimatu abi. Oluline erakorralisus Statsionaarne arve (V48) Patsiendid ≥ 15 a
Väljaarvatud	Patsiendid diagnoosiga I64, I69 Patsiendid alla 15 eluaasta
Tõlgendus	Eesmärk: alla 20%
Andmeallikad	Haigekassa raviarved Statsionaarsed raviarved, vältimatu abi. Siduda surmapõhjuste registriga.
Jälgimisperiood	Andmeid kogutakse ja analüüsitakse üks kord kalenderaastas Jälgimisperiood 01. jaanuar- 31. detsember Arvestuse alguseks on hospitaliseerimise kuupäev.
Edasine informatsioon	1. European Stroke Organisation (ESO) Executive Committee; ESO Writing Committee. Guidelines for Management of Ischaemic Stroke and Transient Ischaemic Attack 2008. Cerebrovasc Dis. 2008;25:457-507. 2. Jauch EC, Saver JL, Adams HP Jr, et al; .Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2013;44:870-947. 3. http://www.kcks-vest.dk/forside 4. Quality and Efficiency in Swedish Health Care. Regional Comparisons 2012. Swedish Association of Local Authorities and Regions. Swedish National Board of Health and Welfare 2013. 5. Stroke Unit Trialists' Collaboration: Organised inpatient (stroke unit) care for stroke; in: Cochrane Library, Issue 2, 2013;9:CD000197. doi: 10.1002/14651858.CD000197