

MEDAUDIT

RAVI KVALITEEDI UURING EESTI HAIGLATES

Andres Ellamaa

Jüri Gross

Heino Kokk

Rein Zupping

TALLINN

1994

SISUKORD

	lk.
SISSEJUHATUS	1
ARSTIABI HINDAMINE JA TAGAMINE (kirjanduse ülevaade)	2
Kokkuvõte	14
MEDITSIINILISE AUDIITOR-KONT- ROLLI ALUSTAMINE EESTIS	15
Äge kopsupõletik	22
Äge müokardi infarkt	30
Äge apenditsiit	38
Krooniline sapikivitõbi	52
KOKKUVÕTE	56
KASUTATUD KIRJANDUS	58

SISSEJUHATUS

Kvaliteetset (head) tööd on aastatuhandeid peetud arstitegevuse lahutamatuks tunnuseks, mis tuleneb arstikutsest ja -töötusest. Nüüdisajal aga, mil arstiteenus on muutnud tüüpiliseks ostu-müügi objektiks ning arstimine ise ettevõtluseks ning üha enam raha neelavaks ja vajavaks majandusharuks, on tõusnud üha teravamalt probleem arstitöö hindamisest, patsiendi õigustest ja kaitsest. Arstiteenuse ostja, kindlustusorganisatsioon, üksikhaige, ühiskond tervikuna, nõuavad üha enam usaldusväärset informatsiooni arstiabile tehtud kulutuste kasutamisest ja nende majanduslikust efektiivsusest.

Ameerika Meditsiini Assotsiatsiooni 1988. aasta määratluse järgi iseloomustavad kvaliteetset arstiabi kaheksa olulist karakteristikut. Kvaliteetne arstiabi peab:

- kindlustama patsiendi tervise optimaalse paranemise,
- olema antud õigeaegselt,
- põhinema arstiteaduse üldtunnustatud printsiipidele,
- püüdma saavutada patsiendi osavõttu ja koostööd ravimisprotsessis,
- võtma arvesse patsiendi heaolu,
- rõhutama terviseõpetust ja haiguste vältimist,
- efektiivselt kasutama tehnoloogiat,
- olema küllaldaselt dokumenteeritud, et kindlustada ravi järjepidevust ja hilisema analüüsimise võimalust.

Maailma Tervishoiuorganisatsiooni Euroopa Büroo defineeris 1993. aastal arstiabi kvaliteeti järgmiselt:

Kõrgekvaliteediline arstiabi on selline abi või teenus, mis vastab spetsiifilistele nõuetele, kaasaja teadmistele ja olemasolevatele resurssidele ning on patsiendi heaolule ja tervisele maksimaalselt kasulik ja minimaalse riskiga.

Kõrgekvaliteedilise arstiabi komponendid on:

- professionaalne täiuslikkus,
- efektiivne resursside kasutamine,
- minimaalne risk patsiendile,
- patsiendi rahulolu,
- maksimaalselt soodus mõju tervisele.

ARSTIABI KVALITEEDI HINDAMINE JA TAGAMINE (kirjanduse ülevaade)

Viimasel aastakümnel on arstiabi kvaliteedi hindamise ja tagamise probleemid aktualiseerunud peaaegu kõigis arenenud maades. Paljudes neist on välja töötatud ja rakendatud vastavad üleriigilised programmid.

Kvaliteedi hindamise esmaseks ajendiks on olnud järjest suurenevad kulutused tervishoiule, mistõttu valitsused ja kindlustusorganisatsioonid on sunnitud nõudma kulutuste kontrolli ning otsima teid nende mõistlikuks piiramiseks. Parimaks viisiks selleks on arstiabi efektiivsuse ka kvaliteedi hindamine, investeringute arstliku otstarbekuse jälgimine ning arstiabile jaguva efektiivne kasutamine nii üksikisiku kui kogu ühiskonna huvides.

Esmaselt rakendatud kvaliteedi uurimise programmid on osutanud, et enamiku riikide arstiabikorralduses ilmnevad sarnased probleemid.

- paljude diagnostiliste ja raviprotseduuride kasutamissagedus erinevais raviasutustes varieerub kohati mitmekordselt,
- patsiendi haiglasviibimise kestus erinevais samatüübilistes raviasutustes varieerub väga suurtes piirides,
- tüsistuste sagedus ja operatsioonijärgne letaalsus on erinevais samatüübilistes raviasutustes väga palju erinev,
- suurel osal meditsiinipraktikast puudub teaduslik alus, eksaktne arstiteaduslik põhjendus,
- puuduvad universaalsed arstiabi-standardid ja enamikus riikidest puudvad ka lokaal-standardid.

Ameerika Ühendriikides hinnatakse, et mittevajalikud, tõestamata efektiivsusega diagnostilised ja raviprotseduurid kulutavad 30% tervishoiu eelarvest. Arvestuslikult on leitud, et haigete haiglasviibimise kestuse ja protseduuride vähendamine 25% parandaks arstiabi kvaliteeti ja ravimite kasutamise vähendamine 40% võrra tooks endaga rahva tervise olulise paranemise.

Peetakse hädavajalikuks uurida arstide tegevust ja selle resultaate erinevais raviasutustes. Samuti rõhutatakse vajadust teada diagnoosimisel ja ravimisel kasutatavate tehnoloogiliste meetodite ning mitmesuguste protseduuridesuhtelist hinda, ohutust ja efektiivsust. Selliste andmete omamine võimaldaks arstidel otstarbekamalt kasutada nende käsutuses olevaid resursse ja kindlustusorganisatsioonid saaks paremini otsustada selle üle, mille eest nad maksavad.

Järgnevalt uuakse kirjanduse ülevaade arstiabi kvaliteedi hindamisest ja tagamisest erinevais maades

AMEERIKA UHENDRIIGID

Arstiabi kvaliteedi hindamine sai alguse Ameerika Uhendriikides ja on seal, võrreldes teiste arenenud tööstusriikidega, ka kõige enam juurdunud. On jõutud kvaliteedi hindamise ja tegamise teoreetiliste aluste loomise-etappi.

Pärast riiklike ravikindlustusorganisatsioonide MEDICARE (üle 65 aasta vanustele) ja MEDICAID (vaestele) loomist 1965.aastal püüdis USA föderaalvalitsus luua ka mehhanismi, mis võimaldaks vähendada kulutusi ning kontrollida vahendite kasutamist. USA Kongress andis 1972.aastal välja seaduse professionaalsete standardite hindamise kohta, millega loodi alus riiklikuks vahendite kasutamise programmiks. 1981.aastaks oli loodud kogu riigis asutuste ja organisatsioonide võrk, mis pidi tegelema MEDICARE ja MEDICAID süsteemis kindlustatud isikute ravikuludega. Samas arenes üleriigiline arutelu, kas tuleb tähelepanu pöörata vaid kulutustele või tegeleda ka arstimise kvaliteediga.

1984.aastal nõudis Tervishoiu Finantseerimise Administratsioon (juhib MEDICARE ja MEDICAID finantseerimist), et arstiabi kvaliteeti tuleb käsitleda sama olulise komponendina kui kulutuste otstarbekust ja et organisatsioonid, millised tegelevad arstiabi finantseerimisega peavad tegelema ka selle kvaliteediga. Arstiabi kvaliteediga tegelevaid organisatsioone, kollegiaalse hinnangu organisatsioone (peer review organizations, PRO) moodustavad eelkõige kohalikud arstid. Neis on esindatud kõik põhierialad ning reeglina ei ole nad raviasutuste või kindlustusorganisatsioonide funktsionaalsed osad vaid nad on iseseisvad ja sõltumatud. PRO-d toetavad osariikide meditsiiniassotsiatsioonid ja kuigi kvaliteedi hindamine piirdub peamiselt MEDICARE ja MEDICAID süsteemides kindlustatud isikute ravikvaliteedi hindamisega püütakse seda tegevust laiendada ka teistes kindlustusorganisatsioonides kindlustatud isikute suhtes.

Taolise kvaliteedi hindamise korraldust ja kvaliteedi säilitamisele suunatud projektide ning programmide teket peetakse tervishoiu "kolmandaks revolutsiooniks".

Selles kontekstis peetakse "esimeseks revolutsiooniks" pärast Teist Maailmasõda toimunud arstide ja raviasutuste arvu tormilist kasvu ning ravikindlustuse laienemist enamusele elanikkonnast. "Teiseks revolutsiooniks"

aga peetakse tervishoiule ja arstiabile eralduva resursi tormilist kasvu kahekümne aastaga 4%-lt 14% rahvuslikust koguproduktist.

PRO isikuline koosseis on suur, mõnes osariigis milusada inimest: meditsiiniõed, haiguslugude analüüsijad, tehnilised töötajad ja raamatupidajad. Arstid osalevad töös lepingu alusel tasustatavate konsultantidena.

On nenditud, et vaatamata PRO-de suurtele kulutustele (Kalifornia osariigis aastas ca 27 milj. USD), õigustavad need end igati ja annavad tõhusa majandusliku efekti.

PRO-d on viimasel aastakümnel analüüsinud miljoneid haigusjuhte ja vastavat ravidokumentatsiooni. Programmide modifitseerimisel püütakse peata helepanu pöörata eelkõige süsteemsete puudujääkide avastamisele ja kõrvaldamisele, mitte üksikjuhtudele. Madalakvaliteedilise arstitöö vähendamiseks püütakse arendada täienduskoolitust ning võimalikult vältida arstide administratiivset mõjutamist.

PRO programmide kontroll on omakorda delegeeritud "Super-PRO"-le, millel on omakorda leping arstide kvaliteedi-organisatsiooniga "National Medical Audit".

Praegu ei olda veel rahul PRO efektiivsusega arstiabi kvaliteedi parandamisel kuigi PRO-d on väljastanud tuhandeid märgukirju arstidele ja ravi-asutustele seoses nende töö tulemustega, nõudnud ja korraldanud täiendõpet või kohustuslikke konsultatsioone spetsialistidega.

Alates 1992.aastast on püütud kvaliteedinõudeid standardiseerida ja selleks püütakse kasutada PRO-des üleriigiliselt ühtseid kriteeriume ravimise kvaliteedi ja tulemuste hindamisel. Samuti püütakse enam keskenduda erinevustele tegeliku ja optimaalse taseme vahel ning püütakse koos raviasutustega arendada süsteemseid tööviise ja abinõusid nende kõrvaldamiseks.

INGLISMAA

Inglismaal nimetatakse arstiabi kvaliteedi hindamist meditsiiniliseks audiitorkontrolliks (medical audit). Valitsuse 1989.aasta Valge Raamat Riikliku Tervishoiuteenistuse (National Health Service) reformimise kohta nõudis audiitorkontrolli sisseviimist haiglates ja üldpraktikas. Eesmärgiks seati tervishoiule eralduvate vahendite efektiivsem kasutamine. On leitud, et kulutused sama haigusega haige te ravimisel kõiguvad erinevais piirkondades kuni 50%. Valge Raamat soovitas kõigil konsultant-arstidel osaleda audiitorkontrollis.

Meditisiiniline audiitorkontroll on arstide poolt aktsepteeritud ja muutumas igapäevaseks praktikaks. Enamus arste tahavad tõestada enesele ja teistele, et nad annavad kvaliteetset ja efektiivset abi. Audiitorkontroll on suutnud näidata oma efektiivsust ja vajalikkust ravitulemuste paranemise näol. Seejuures rõhutatakse, et on oluline seostada ravikvaliteeti ravimiseks tehtud kulutustega.

Haiglate administratsioonidele on pandud ülesandeks kindlustada tingimused audiitorkontrolliks. Konsultant-arstidele nähakse selleks ette eraldi tööaeg. Kontrolli teostavad tavaliselt teise, sama eriala osakonna arstid. Koosolekud audiitorkontrolli tulemuste analüüsimiseks toimuvad haiglates 1-4 korda kuus.

1987.aastal otsustas Kuninglik Kirurgide Selts, et haiglaid ja nende õppetööd tunnustatakse ainult siis kui seal toimub regulaarne audiitorkontroll.

HOLLAND

Hollandis hakkasid arstiabi kvaliteedi hindamisega tegelema arstide erialaseltsid 1975.aastal. Ajendiks olid suurenevad kulutused tervishoiule, kalli ja sageli ohtliku tehnoloogia kontrollimatu levik, haigete sagenevad kaebused ja rünnakud arstiabile ajakirjanduses. Arstid tunnetasid omi probleeme nagu nende tegevuse kohatine vähene efektiivsus, haigete puudulik informeeritus, väheinformatiivsed ravidokumendid ja avalikkuse poolt neile antud hinnangute baseerumine vaid üksikjuhtudele ning neist tulenevaile emotsioonidele.

1977.aastal loodi riiklik organisatsioon kvaliteedi hindamiseks haiglates. Viimastes loodi kvaliteedi hindamise komiteed, kelle esmaülesandeks oli määratleda konkreetse raviasutuse prioriteetsed probleemid.

Tänaseks on kvaliteedi hindamine juurdunud kõigis ravitegevuse sektorites: akuutse abi haiglates, üldpraktikas, ödede töös, füsioteraapias, tervishoius, psühhiaatrias ja ka parameditsiinilistes teenustes. Põhitähelepanu on aga pööratud nagu teisteski maades haiglates antavale arstiabile kui kõige kiiremat efekti tootavale ja samas kõige enam kulutusi nõudvale.

Kvaliteedi hindamisel lähtutakse nn.kvaliteedi-markeritest, millised varieeruvad erialati kuid millest universaalseimad on:

- lamatiste vältimine,
- dieedi-ettekirjutuste täitmine,
- ravimite toime soovimatute efektide registreerimine,

- ravidokumentide informatiivsus nii jooksvas töös kui ka hilisemas analüüsis,
- vältimatu abi osakonna töö,
- kraniograafia teostamine ajutraumade korral,
- veenisiseste infusioonide ja parenteraalse toitmise põhjendatus.

Kvaliteedi hindamises osalevad põhiliselt konsultant-arstid, kes juhi-
vad programme, valivad kvaliteedi-markereid ja määratlevad hindamiskritee-
riume.

Kvaliteediuuringute tulemusi, sealhulgas ka ettepanekuid kvaliteedi
parandamiseks arutatakse arstide koosolekutel. Suuremates haiglates tege-
letakse igal aastal 8-10, väiksemates 3-5 probleemiga.

Selle töö tulemusena on täheldatud olulisi positiivseid muutusi igapäe-
vases arstipraktikas. Arstid on kvaliteedi hindamise aktsepteerinud ja ei
suhtu sellesse enam kui nende tööd või prestiizi ohustavasse tegevusse.
Kõige suuremat edu on aga saavutatud taolise kvaliteedikontrolliga ödede
töös.

Kvaliteedi hindamise edukus haiglates ajendas seda tegema ka stomato-
loogias ja farmaatsias. Kvaliteedi hindamise riiklik poliitika kavandati
Hollandis 1989.aastal, mil Valitsus otsustas mitte rakendada juriidilisi
ettekirjutusi, selle asemel anti välja rida kvaliteedi hindamist toetavaid
dokumente.

ROOTSI

Rootsis ei ole ametlikku nõuet arstiabi kvaliteedi hindamiseks kuid
on ilmne suurenenud huvi selle probleemistiku vastu nii paljude arstide or-
ganisatsioonide kui ka riikliku tervisenõukogu poolt.

Käigus on mitmeid lokaalseid kvaliteedi hindamise ja tagamise prog-
ramme, mille eesmärgiks on haiglaravi järjekordade lühendamise, diagnosti-
liste vigade vähendamine. Nende ajendiks on olnud fakt, et Rootsis ootab
1200 haiget keskmiselt 13 kuud võimalust sattuda puusaliigese endoprotee-
simisele ning 23% surmajuhtudest haiglates on seostatavad diagnoosimise
või ravimise puudujääkidega.

Ravi ja selle tulemusi on uuritud südameinfarkti korral, uuritud on
ravimite kasutamist, haiglaravi kestust ning saadud väga suuri erinevusi eri-
nevate raviasutuste vahel.

On leitud, et lisaks mitmesuguste uuringute liigkasutamisele ravitak-
se haigeid sageli mitteadekvaatselt, suboptimaalselt. Hinnatakse, et tao-

line praktika neelab kuni 20% tervishoiu eelarvest.

1987.aastal moodustati Valitsuse alluvuses Rootsi Nõukogu Tehnoloogia Hindamiseks Tervishoius. Viimane sai iseseisvaks intitutsiooniks 1992.a. Nõukogu ülesanneteks on:

- tervishoiuresursside ratsionaalse kasutamise soodustamine hinnates meditsiinilise tehnoloogia majanduslikke, sotsiaalseid ja eetilisi aspekte,
- analüüsida ja sünteesida meditsiinilisi tehnoloogiaid ning levitavastavat informatsiooni kogu Rootsis, soodustades kõrgekvaliteedilise abi andmisvõimalust riigi kõigis regioonides,
- uurida informatsiooni kasutamist, levitamist ja selle mõju arstiabikorraldusele,
- jälgida ja analüüsida rahvusvahelist kogemust meditsiinilise tehnoloogia hindamise alal.

Nõukogu koosneb väikesest sekretariaadist ja kasutab nii kodu- kui ka välismaiseid eksperte arstiteaduse, ökonoomika ja epidemioloogia alal. Ekspertide grupid, milles igas 5-10 asjatundjat ning üks Nõukogu liige, uurivad ja hindavad konkreetseid probleeme. Hindamine on interdistsiplinaarne ja käsitleb diagnostiliste- ja raviprotseduuride meditsiinilisi, majanduslikke, sotsiaalseid ja eetilisi aspekte.

Nõukogu juhitakse direktorite nõukogu poolt, milles on esindatud mitmete meditsiiniliste ja teaduslike organisatsioonide esindajad. Lisaks töötab nõuandev komitee, kelle ülesandeks on väljatöötada ja konkretiseerida hindamiskriteeriumid.

Iga uuritud küsimuse kohta koostatakse põhjalik dokument, mida levitatakse tervishoiusüsteemis. Igal aastal korraldatakse üks suurem konverents analüüsile allutatud teemade kohta.

Rootsis ollakse seisukohal, et kvaliteedi hindamine on vajalik, kuid ei ole otstarbekas üritada pidevalt tegeleda arstiabi kogu spektriga, vaid kvaliteedi-alane töö peab olema valikuline, küllaldaselt kontsentreeritud sihitusega ning tehtud järeldused peavad olema realiseeritavad praktikas võimalikult lühikese ajaga.

SOOME

Soome Haiglate Liiga nõudis 1971.aastal kvaliteedi hindamise alustamist kuid tänaseni pole erilist edu saavutatud. Selle põhjuseks peetakse,

arstide huvi puudumist ning seda, et vastav initsiatiiv tuli haiglate administraatoritelt.

Viimastel aastatel on kvaliteedi hindamise küsimused taas aktualiseerunud. Seekordne algatus on tulnud meditsiiniödedelt 1987.aastal. Soome Riiklik Tervisenõukogu ja Soome Arstide Liit korraldasid 1991.a. esimese seminari kvaliteedi hindamise alal. Kuigi tehtud uuringud osutavad vajadusele ka Soomes parandada antava arstiabi kvaliteeti puuduvad praegu andmed vastavate konkreetsete programmide kohta.

Soome tervishoiujuhid on avaldanud arvamust, et tuleb alustada väikesest ning realistlike eesmärkidega projektidest ning kõige esmalt näidata arstkonnale, et antava abi kvaliteeti on võimalik ja vajalik parandada. Rõhutatakse, et kvaliteedi hindamise ja parandamise projektide edu eeldab raviasutuste administratsioonide toetust ning nende elluviimiseks on võimalik leida vahendeid tervishoiu eelarvest.

Eeldatakse, et laiahaardeline ja süstemaatiline kvaliteedi hindamine võib nõuda juriidilist alust kuid algfaasis peaks see olema vabatahtlik ning baseeruma arstkonna ja arstiteenuse ostja vastastikusel vabatahtlikul koostööl.

TAANI

Taanis on arstiabi kvaliteet kujunenud üheks tervishoiupoliitika põhiprobleemiks. Korraldatakse hulgaliselt selleteemalisi kursusi, seminare ja konverentse.

Taanis nimetatakse kvaliteedi hindamise ja kindlustamise süsteemi kvaliteedi pidevaks arendamiseks (continuous quality development), millega tegelemine on tehtud ülesandeks Riiklikule Tervisenõukogule.

Tervishoiuministerium andis kvaliteedi arendamiseks 1992.aastal kolm määrust:

- haigetel on õigus vabalt valida haiglat ja neil on õigus saada informatsiooni haiglasse pääsemise järjekordadest, tuisistuste saadusest ning teistest haigla töönäitajatest,
- haiglate spetsialiseritud osakondade moodustamiseks on vajalik kvaliteetse töö eelduste kontroll haiglas,
- arstiabi planeerimisel tuleb arvestada organisatsiooni, mille ülesandeks kvaliteedi pidev arendamine.

Riiklik Tervisenõukogu üldistab ja levitab andmeid kvaliteedi hindamisest, toetab meditsiinitehnika kasutamise kontrolli ja praktika juhendite väljatöötamist. Selleks loodi 1992.aastal Riikliku Tervisenõukogu koosseisus kvaliteedi pideva arendamise komitee. Viimane on interdistsiplinaarne ning koosneb riiklike ja regionaalsete tervishoiuasutuste juhtidest, arstlike erialaseltside esindajaist.

SAKSAMAA

Saksamaal kontrollivad arstide tööd regionaalsed arstide ühendused, kes vahendavad haigekassadelt saadud raha jõudmist arstideni ning jälgivad nii arstiabi kvaliteeti kui ka kulusid. Seejuures pööratakse põhitähelepanu neile arstidele, kelle tegevuse näitajad erinevad oluliselt keskmisest. Juhtudel, kui on tegemist ilmsete eksimustega kvaliteedinõuete vastu tuleb eksinul anda selgitusi spetsiaalses arstide komisjonis.

1989.aastal jõustunud seadus nõuab, et regionaalsed arstide ühendused koos haigekassadega kontrolliks pidevalt antava arstiabi taset. Selleks uuritakse igas kvartalis keskmiselt 2% ambulatoorses arstiabi-võrgus tegutseva arstide tööd, sealhulgas ravimite väljakirjutamist ning haiglaravile saatmist.

Sama seadus lubas haigekassadel lõpetada lepingud "ebaefektiivsete" haiglatega. Reeglina nõutakse, et haiglad avaldaksid oma teenuste hinnakirjad ning kooskõlastaks need haigekassadega. Vältimaks meditsiinitehnika asjatut dubleerimist ja seetõttu tagasihoidlikku ekspluateerimist, on moodustatud vastavad koordinatsioonikomiteed.

HISPAANIA

Arstiabi kvaliteedi hindamise esimesed programmid ilmusid Hispaanias 1980.aastal ja nende formeerijateks olid haiglate administratsioonid. Nendel programmidel oli haiglate administratsiooni nõustav funktsioon.

1986.aasta seadusega muudeti arstiabi kvaliteedi hindamine kohustuslikuks kõigis raviasutustes. Enamikus haiglatest on ka programmid ödede töö hindamiseks.

1984.a. moodustati Hispaania Arstiabi Kvaliteedi Kindlustamise Selts, mis on multidistsiplinaarne teaduslik ühing, mis tegutseb tihedas koostöös tervishoiuministeeriumiga viies läbi regulaarseid kursusi kvaliteedi hindamise kohta.

PRANTSUSMAA

Arstiabi kvaliteedi hindamine ei ole Prantsusmaal üldlevinud kuigi valitsus on viimasel ajal rõhutanud selle vajalikkust ja moodustanud riikliku komitee selle töö suunamiseks.

Ka siin nagu teisteski Lääne-Euroopa maades olid kvaliteedikontrolli initsiaatoriteks suurte haiglate administraatorid, kes alustasid 1979.a. luues selleks komisjonid.

Arstkond aga ei ole aga kvaliteedikontrolli veel tegelikult aktsepteerinud seletades seda kontseptsiooni puudumise ning kriteeriumide ebatäpsusega.

1988.aastal loodi Prantsusmaal arstiabi kvaliteedi hindamise selts, mille esmaülesandena nähti kvaliteedi-alase tegevuse vajaduse ning taktika selgitamist.

1989.aastal moodustas valitsus riikliku komitee meditsiinikvaliteedi hindamiseks. Selle, raviasutuste esindajatest koosneva komitee eesmärgiks on kvaliteedi-alase info levitamine ning hindamisele kuuluvate küsimuste töstmine.

1990.aastal loodi riiklik agentuur, mis tegeleb samal alal. Olles koosnev peamiselt praktiseerivaist arstidest on selle kohuseks kvaliteedi hindamise ja standardite juurutamine igapäevatoösse. Agentuuri finantseerivad tervishoiuministeerium ja haiguskindlustusfond.

Samas on tekkinud arstide professionaalsete ühenduste juurde grupe, kelle ülesandeks on selgitada avalikkusele arstimisega seonduvaid probleeme ning levitada objektiivset infot arstide töö kvaliteedi kohta.

Paljudes Inglismaa haiglates on viimase 15 aasta jooksul muutunud traditsioonilisteks regulaarselt toimuvad audiitorikoosolekud, milleks ettevalmistumise käigus ühe konsultant-arsti osakond analüüsib teise osakonna tööd. Hinnatakse, et selline kontroll paneb arste pidevalt mõtlema oma tegevuse põhjendatusele ja viib vigade vähenemisele.

Ambulatoorsetes raviasutustes on kvaliteedi hindamine osutunud tunduvalt raskemaks kui haiglates ja seetõttu praktiseeritakse seda harvem.

Ameerika Ühendriikides uuritakse túsistusi kahest aspektist:

- túsistused, mis on tingitud arstlikest toimingutest ja mis pole tingitud haigusprotsessist,
- túsistused, mis on põhjustatud hooletusest või substandardsest ravigist.

On leitud, et hooletusest põhjustatud túsistused moodustavad kõikidest túsistustest kuni 60%, keskmiselt 25%. Hooletustest põhjustatud túsistused on üks peamisi haigla ravikvaliteedi näitajaid.

Sageli on uuritud, seda ka endises Nõukogude Liidus, letaalsust ja selle põhjusi, kuid kõrge letaalsus iseenesest ei ole veel alati madala ravikvaliteedi näitaja.

ARSTIABI KVALITEEDI KINDLUSTAMINE

Kvaliteedi parandamise programm peab lisaks kvaliteedi hindamise alati sisaldama ka kvaliteedi kindlustamisele suunatud tegevust, mille eesmärgiks on minimeerida kvaliteedi hindamisel leitud puudusi arstiabis, kaitsta ühiskonda ebakompetentse arstiabi eest ja muuta vajadusel olemasolevaid vahendeid ning organisatsiooni.

Ameerika Meditsiiniassotsiatsioon (AMA) andis 1987.aastal juhised arstiabi kvaliteedi kindlustamiseks:

- kvaliteedi kindlustamise üldpoliitika peavad välja töötama professionaalid,
- enne olukorda parandavate meetmete kasutuselevõtmist tuleb arstile anda võimalus selgitada põhjusi kõrvalkalleteks tunnustatud praktika normidest,

- individuaalse praksise hindamisel tuleb arvestada arsti kogu tööd, mitteniivõrd üksikjuhte,
- rõhk tuleb asetada täiendõppele ja mitteaktsepteeritud praktika modifitseerimisele, mitte niivõrd sanktsioonidele. Arsti tuleb aidata parandada puudujääke teadmistes, oskustes ja tehnikas. Distiplinaarseid meetmeid tuleks rakendada vaid siis ja nende suhtes, kes ei reageeri töö parandamiseks tehtud ettepanekutele.
- peavad olema võimalused kindlaks teha soovitatud muutuste ilmumist ja seda saab teha samade kvaliteedi hindamiseks loodud institutsioonide abil,
- distiplinaarmedeid võib rakendada vaid nende suhtes, kes ei reageeri tehtud ettepanekutele või ei ole suutelised neile reageerima. Nende suhtes nähakse ette, olenevalt puudujääkidest, järgmisi mõjutusvahendeid - väljaarvamine erialaseltsist ja sertifikaadi ära võtmine, piirangud haigla ravitöös osalemises, lepingu katkestamine ravikindlustusorganisatsiooniga, litsentsi peatamine.
- kvaliteedi hindamise süsteem peab tunnustama kõrgekvaliteetset arstiabi ja korrigeerima ebarahuldavat.

KOKKUVÖTE

Nagu ilmneb käesoleva kokkuvõtte esimese osa alusallikaks olevaist vastavateemalistest kirjutistest on vajadus kontrollida ja pidevalt tagada arstiabi kvaliteeti probleem, mille põhiolemus ei sõltu riigielu majanduslikust või poliitilisest korraldusest, riigi arengutasemest ega ka arstiabi korralduse süsteemist.

Lahendamist vajavate probleemide samasusest erinevais riikides tuleneb, et ka Eesti ei saa vaadelda millegi erilisena oma arstiabi-korralduse seisukohast ning kvaliteedi tagamise printsiipide rakendamisel tuleb tugineda olemasolevale kogemusele, mille põhiolemuseks on:

1. arstiabi-kvaliteeti ei saa tagada ühepoolsete õigusaktide või administratiivsete reeglitega, vaid selleks on vaja seaduseandja, raviasutuse omaniku ja arstiteenuse ostja (kindlustusasutuse) huvitatus ning arstkonna aktiivne osavõtt ja positiivne sättumus kvaliteedi parandamise üritustesse;
2. arstiabi tagamisel on oluline osa nn.meditiinilisel audiitorkontrollil, mille tegevuse põhieesmärgiks on arstliku tegevuse süstemaatiliste vigade avastamine, nende tekkepõhjuste selgitamine ja konkreetsete kvaliteedi parandusprogrammide väljatöötamine koos vastava raviasutuse juhtkonna ning vahetult praktiseerivate arstidega;
3. meditsiiniline audiitorkontroll peab oma analüüsis tuginema mitte ainult arstliku tegevuse taktikale vaid ka selleks kulutatavate vahendite kasutamise analüüsile;
4. kulutused audiitorkontrolliks õigustavad end nii arstlikus kui ka majanduslikus mõttes;
- 5.meditiinilise audiitorkontrolliga saavad tegeleda vaid suure kliinilise kogemusega arstid, kelle arvamused ja hinnangud on arstkonna seas üldiselt aktsepteeritud. Audiitor peab olema vaba mistahes mõjutustest;
6. puuduvad universaalsed kvaliteedi-standardid, vaid need sõltuvad konkreetse regiooni oludest ja arengutasemest. Meditsiinilise audiitorkontrolli hinnang peab tulenema nn.lokaalstandardist, mis kajastab ühelt poolt arsti käsutuses olevaid võimalusi ning teisalt nende võimaluste ratsionaalset kasutamist haige huvides. Standard on minimaalselt vajalik vastava haigete-kontingendi raviks;
7. mistahes audiitor-kontroll peab algama tuginedes suhteliselt väikesele arvule kokkuleppelistele kvaliteedi-markeritele püüdmata hõlmata kogu arstliku tegevuse spektrit;

8. audiitor-kontrolli tulemusena antud negatiivsele hinnangule raviasutuse või arsti tööle võib järgneda administratiivne või majanduslik sanktsioon vaid pärast seda kui on selgunud, et pole tehtud katseid süstemaatiliste vigade kõrvaldamiseks või on need jäänud edutuks;

9. meditsiinilise audiitor-kontrolli alustamiseks ei ole vajalikud erilised õiguslikud aktid vaid selle töö alustamiseks piisab partnerite tahtest;

MEDITSIINILISE AUDIITOR_KONTROLLI ALUSTAMINE EESTIS

Käesoleval ajal puudub Eestis süsteem, mis tagaks arstliku tegevuse kvaliteedi hindamise ning tagamise. Selle tulemusena on haige (patsient) asetunud täielikku sõltuvusse arstkonnast. Puuduvad ka seaduslikud mehhanismid, mis tagaks haigele võimaliku tekitatud kahju hüvitamise teisalt ka arsti kaitse võimalike põhjendamatute pretensioonide eest. Arstil, kelle teenistuse ning antava arstiabi kvaliteedi vahel puudub seni otsene seos puudub ka otsene motivatsioon oma töökvaliteedi tõstmiseks.

1991.aastal rakendunud Ravikindlustusseadus on loonud edasilükkamatu vajaduse alustada ravikvaliteedi kontrollimise ja tagamise programmide elluviimist ka Eestis.

Käesoleva kirjutise autorid peavad otstarbekaks audiitor-kontrolli esimest, embrüonaalset, etappi katselise audiitor-kontrolliga, mis viiakse läbi järgmistes statsionaarsetes raviasutustes:

- Viljandi Maakonna haigla,
- Võru Maakonna haigla
- Rakvere Maakonna haigla;
- Haapsalu Maakonna haigal
- Nõmme Haigla,
- Pelgulinna Haigla.

Taolise valiku motiiviks on nende haiglate suhteliselt sarnane struktuur ja majanduslik-tehniline olukord.

Püütakse selgitada eelnimetatud raviasutuste majanduslike võimaluste kasutamist vahetult ravitöö huvides. Selleks analüüsitakse raviks vajalikele materjalidele ja ravimitele tehtud kulutuste struktuuri, selle vastavust konkreetse raviasutuse haigete-struktuurile.

Samuti püütakse analüüsida meditsiinipersonali motivatsioone töökvaliteedi parandamiseks. Selleks analüüsitakse raviasutuse palgafondi jaotumist administratsiooni, vahetult praktiseerivate arstide, hooldus-pöetusepersonali ning teiste töötajatekategoriate vahel.

Arstliku tegevuse hindamiseks võetakse vaatluse alla ravitegevus järgmiste nosoloogiliste haigusvormidega haigete ravimisel:

- südamelihase infarkt,
- pneumoonia,
- äge apenditsiit,
- maohaavandi perforatsioon,
- sapikivitõbi.

Eelnimetatud haigusvormid on valitud kui kõige sagedamini esinevad ja sellised, mis kajastavad kõige paremini tegevuse kvaliteeti sisehaiguste ja kirurgiliste haiguste ravimisel.

Püütakse anda hinnang ravidokumentide informatiivsele väärtusele, teostatud diagnostiliste testide otstarbekusele, farmakoteraapia põhitõdede järgimisele ning tüsistuste esinemisele.

Ka haigusdokumentide analüüsimisel püütakse analüüsida võimalusi vähendada ravikulusid.

Kõik analüüsitud haigusjuhud dokumenteeritakse vastavates protokollides. Eelnevast tehtud järeldusi analüüsitakse koos raviasutuste juhtkondade ja arstidega.

KROONILINE KOLETSÜSTIIT

Kolelitiaas -1, krooniline kalkuloosne koletsüstiit -2, krooniline koletsüst.- 3

HGL nr.....

Arve nr.

Vanus: -15 a 16-24 a 25-44 a 45-59 a 60-74 a 75- Sugu M N

AMBULATOORNE DIAGNOSTIKA

Sonograafia	jah	ei
Biokeemil.uuring	jah	ei
Kontrastuuring	jah	ei

Voodipäevi enne operatsiooni 1 p 2p 3 p 4 p 5 p

UURINGUD HAIGLAS

Sonograafia	jah	ei	põhjendatud	jah	ei
Biokeemil uuring.	jah	ei	põhjendatud	jah	ei
Kontrastuuring	jah	ei	põhjendatud	jah	ei

Ei opereeritud, miks ???

Puudub näidustus, konservatiivne ravi edukas, lükati edasi haige soovil, organisats.põhjused, vastunäidustused

Operatsioonimetoodika : retrograadne antegraadne Kocher kesklõige
transrektaalne endoskoopiline laparoskoopiline

Operatsiooniaegne invas.diagnostika: jah ei tehniliselt ebaõnnest.

Drenaaž jah ei

Postoperatiivselt intensiivravipalatis: 1 p 2 p 3 p 4 p 5p 6 p

Tüsistused: ei jah

Ravipäevi haiglas: -5 p 6-10 p 11-15 p 16-20 p 21-

Haigusloo kvaliteet: hea keskmine kehv

Kulutused: punktiEEK

Hinnatav ülekulu:..... punktiEEK

HINNANG:

Ambulatoorne diagnostika	optimaalne	suboptimaalne	ülemäärane
Haiglas diagnostika:	optimaalne	suboptimaalne	ülemäärane
Ravi:	optimaalne	suboptimaalne	ülemäärane

Auditor

ÄGE KOPSUPÖLETIK

Nr. _____

Vanus: <44 44-59 60-74 75<

Sugu M N

Põetud haigused:

südamehaigused	jah	ei
suhkurtõbi	jah	ei
krooniline lakoholism	jah	ei

Diagnoosi kriteeriumid:

kliinik	jah	ei
röntgen	jah	ei
rõga külv haiglas	jah	ei
röntgen haiglas ravi algul	jah	ei
ravi lõpul	jah	ei

Ravi:

Antibakteriaalne ravi enne haiglat	jah	ei
Antibakteriaalne ravi haiglas	jah	ei
antibiootikumid	jah	ei
sulfoonamiidid	jah	ei
Südameglükosiidi	jah	ei
Füsioteraapia	jah	ei
Ravikehakuultuur	jah	ei

Tüsistused:

Varased	jah	ei
Hilised	jah	ei

Diagnoosi vormistamine tekitaja järgi jah ei

Ravipäevad haiglas <15 16-20 21<

Haigusloo kvaliteet hea keskmine kehv

Kulutused punkti EEK

Hinnatav ülekulu punkti EEK

HINNANG

Diagnostika	optimaalne	suboptimaalne	ülemäärane
Ravi	optimaalne	suboptimaalne	ülemäärane

Audiitor.

ÄGE SÖDAMELIHASE INFARKT

Nr. _____

Vanus <44 45-59 60-74 75< Sugu M N

Põetud:

stenokardia				jah	ei
südameinfarkt				jah	ei
art.hüpertensioon				jah	ei
suhkurtõbi				jah	ei

Diagnoosi kriteeriumid:

valu				jah	ei
EKG				jah	ei
fermendid				jah	ei

Hospitaliseerimine: õigeaegne (<6 t) hilinenud (6<t)

Intensiivjälgimine ja -ravi jah ei

Ravi:

intravenoosne trombolüüs				jah	ei
nitropreparaadid				jah	ei
beeta-blokaatorid				jah	ei
Ca-antagonistid				jah	ei
polariseeriva lahuse				jah	ei
otsesed antikoagulandid				jah	ei
kaudsed antikoagulandid				jah	ei
ravikehaku algus	1-3 päeval	4.päevast			ei
lamamisrežiim	<7 päeva	>7 päeva			

Koormustest jah ei

Ehho-EKG jah ei

Tüsistused . varased jah ei

hilised jah ei

Reanimatsioon: jah ei; Surm jah

Ravipäevi haiglas <15 16-20' 21<

KulutusedpunktiEEK

Hinnatav ülekulupunktiEEK

HINNANG:

Diagnostika optimaalne suboptimaalne ülemäärane

Ravi optimaalne suboptimaalne ülemäärane

Haigusloo kvaliteet hea keskmine kehv

Audiitor:

AGE APENDITSIIT

Katarraalne -1 Flegmonoosne -2 Gangrenoosne -3

Piirdunud peritoniit -4 uldperitoniit -5

HGL nr. Arve nr.

Vanus: -15 a 16-24 a 25-44 45-59 60-74 75- Sugu M N

Anamnees: -6 t 7-12 t 13-24 t 2 p 3 p ja enam

Suunaja: kiirabi jsk,arst polikl.kirurg tuli ise

Diagnoos enne operatsiooni: selge tõenäone ei diagnoositud

Seisundi raskuse hinnang: adekvaatne alahinnatud ülehinnatud

Operatsiooni aeg pärast hospitaliseerimist:
0-2 t 3-4 t 5-6t 7-12 t 13-24 t üle 24 t

Viivituse põhjused: diagnoosimisraskused jah ei
suhtel.vastunäidustused jah ei
raskused töökorraldusest jah ei

RAVI:

Antibiootikumid enne operatsiooni jah ei

Antibiootikumid pärast operatsiooni jah ei

Operatsioon: MB MB-drenaaz kesklõige

Anesteesia " lokaalne masknarkoos intubatsioon

Tüsistused ei jah haavapõletik peritoniit tulenevalt tehnil.veast

Ravipäevi haiglas: -5 p 6-10 p 11-15 p 16-20 p üle 20 p

Haigusloo kvaliteet: hea keskmine kehv

kulutused: punkti BEK

Hinnatav ülekulu punkti..... BEK

HINNANG

Diagnostika: optimaalne suboptimaalne ülemäärane

Ravi: optimaalne suboptimaalne ülemäärane

I etapi diagnostika viga ei jah

Audiitor

AGE KOPSUPÕLETIK

Ageda kopsupõletiku korral iseloomustab arstlikku töökvaliteeti eelkõige diagnoosimise kiirus ja täpsus ning valitud ravitaktika põhjendatus ja otstarbekus.

Tüüpilise kliinilise pildiga haigel saab kopsupõletikku diagnoosida ka ilma röntgenoloogiliste ja laboratoorsete analüüsideni ligi 80% juhtudest. Viimatinimetatud uuringute tegemisega, ja pahatihti vaid ravimisel neile orienteerumisel, kaotatakse 4-5 päeva, mille võrra ravi hilineb. Olgu märgitud, et standardravimiks tavalise ägeda kopsupõletiku korral on antibakteriaalne ravi laia spektriga esimese liini antibiootikumidega.

Rõga mikrobioloogilise uurimise tulemuse järel on võimalik sihipärasem, konkreetsele haigusekitajale suunatud antibakteriaalne ravi. Korrektne on ka hilisem diagnoosi vormistamine lähtudes kopsupõletiku tekitajast.

Obligatoorne on pneumoonia ravis füsioteraapia, mis on vastunäidustatud vaid raskeid südamehaigusi, vähktõbe või tuberkuloosi põdevail.

Haiglaravi on tüsistumata haigusjuhtudel ja adekvaatselt ravitud haigetepuhul võimalik lõpule viia haiglas 16-20 päevaga

Ageda kopsupõletiku ravimise hindamisel võeti kriteeriumeiks tuginedes kirjanduse andmeile ja arvestades kõigi uuritud ravisutuste tegelikke võimalusi alltoodud näitajad:

I Diagnoosimisel:

- kliiniline leid;
- röntgenuuring;
- rõga mikrobioloogiline uuring;
- diagnoosi vormistamine tekitaja järgi;

II Ravi:

- tegelik ravimise algus;
- antibakteriaalne ravi;
- füsioteraapia;
- ravikehakultuur;
- haiglaravi kestus;

III Ravikulud:

- põhjendatud uuringud;
- liigsed uuringud ja diagnostikavõtted;

-kasutamata diagnostilised võimalused;

IV Haigusloo kvaliteet:

- hea, st.informatiivne, ammendav;
- kesine - halvasti vormistatud,kuid kajastab siiski põhihaigusega seotut;
- halb - halvasti vormistatud ja mitte-midagiütlev dokument

Eelnimetatud kriteeriumeile tuginedes hinnati ravitegevust neljas haiglas, nende teraapiaosakondades. Vaadeldud haigusjuhtude arv- kokku 667 juhtu annab võimaluse statistiliselt usaldusväärsete ($p < 0,05$) järelduste tegemiseks.

Pelgulinna Haigla

=====

Ravil 146 haiget

Kopsupõletiku diagnoos ja seega ka ravimise algus hilinesid 65 juhul (4-15 päeva).

Röga mikroskoopiline analüüs tehti 62 juhul, vajalik oleks see olnud veel 51-l haigel.

Diagnoosi vormistamist tekitaja järgi ei kasutatud.

Füsioteraapiat kasutati 127 juhul, näidustatud oleks see olnud veel 7 haigel.

Ravikehakultuuri rakendati 55 haigel.

Diagnoosimiseks ja ravimiseks mittevajalikke analüüse tehti 138 haigusjuhul. 70% haigeist oli tehtud kõhuõone elundite sonograafia, mis kopsupõletiku korral otseselt näidustatud ei ole.

Medikamentoosne ravi oli optimaalne. Antibiootikumide valiku määrasid realselt olemasolevad võimalused. Viiel juhul baseerus ravi röga mikrobioloogilise uuringu tulemustel.

Haiglaravi oli põhjendamatult pikk 18 haigusjuhul.

Haiguslood olid hea kvaliteediga peale ühe.

Nõmme haigla

Ravil 228 haiget

Kopsupõletikku diagnoositi ja seetõttu alustati hilinenult ravi 121 juhul

Rõga mikroskoopiline analüüs tehti 95 haigusjuhul, vaja oleks olnud veel 61 juhul.
Diagnoosi vormistamist tekitaja järgi ei kasutatud.

Füsioteraapiat kasutati 182 haigel, seda oleks pidanud tegema veel 19 haigele.

Ravikehakultuuri ei kasutatud.

Kopsupõletiku diagnoosimiseks ja ravimiseks mittevajalikke analüüse ja uuringuid tehti 174 haigel.
Umbes 30% haigeist tehti sealjuures kõhuõõneorganite sonograafiline uuring.

Medikamentoosne ravi oli optimaalne ja antibiootikumide valik oli ilmselt määratud võimaluste poolt. Üheksal (9) haigel ei korrigeeritud ravi vastavalt antibiogrammi tulemustele.

Haiglaravi kestus oli põhjendamatult pikaaegne 57 juhul.

Suri 3 haiget, kes kõik olid kroonilised alkohoolikud sellest tuleneva resistentsuse langusega, mis viis haiguse loomuliku lõpuni.

Haiguslugudest 20 oli kesise kvaliteediga.

Rakvere haigla

=====

Ravil 79 haiget

Kopsupõletiku diagnoosimine ja seetõttu ka ravi hilinesid 34 juhul.

Rõga mikroskoopiline analüüs tehti 41 haigel, vaja oleks olnud teha veel 22 haigel. Diagnoosi haigustekitaja järgi vormistati kolmel juhul.

Füsioteraapiat kasutati 68 haigel, vaja oleks olnud veel 3-1 haigel.

Ravikehakultuuri kasutati 26 haige ravimisel.

Kopsupõletiku diagnoosimiseks ja ravimiseks mittevajalikke uuringuid ja laboratoorseid analüüse tehti 18 juhul.

Medikamentoosne ravi oli optimaalne ja sihipärane. Intensiivravi oskuslik kasutamine oli silmapaistev

Haiglaravipäevi oli ülemääraselt 40 haigel.

Suri 2 haiget, mõlemad kroonilised alkohoolikud. Ühe lahkamata jätmist peab audiitor jämedaks veaks.

Haiguslugude kvaliteet oli hea, 3-1 kesine ja ühel halb.

Viljandi haigla

=====

Ravil oli 214 haiget.

Kopsupõletiku diagnoosimine ja ravi algas hilinesid 110 haigusjuhul.

Rõga mikrobioloogiline uuring tehti 75 haigel, oleks olnud vaja teha veel 107 haigel. Bakteriaalse tekitaja järgi diagnoose ei vormistatud.

Füsioteraapiat kasutati 52 haigel, näidustatud oli see veel 84 haigel.

Ravikehakultuuri kasutati ainult kahe haige ravimisel.

Kopsupõletiku diagnoosimiseks ja ravimiseks mittevajalikke uuringuid ja analüüse tehti 6 haigel.

Medikamentoosne ravi (eriti antibiootikumide määramine) oli lõpptulemust arvestades optimaalne kuid mitte eriti sihipärane ja süstemaatiline. Antibiootikumide valik olenes ilmselt kättesaadavusest. Teistest ravimitest torkas silma kodterpiini sage kasutamine.

Haiglaravi päevi oli ülemääraselt 73 juhul.

Haiguslugude kvaliteet oli hea, vaid 6-1 juhul oli see kesine.

KOKKUVÖTE

Ägeda kopsupõletiku diagnoosimine ja sellega ka ravi algus 667 uuritud haigusjuhu alusel hilines 233 juhul (43 -53%). Sagedamini Nõmme ja Viljandi haiglates.

Rõga mikrobioloogiline analüüs oli tegemata 241 juhul (erinevates haiglates 27-50%) kui see oli võimalik ja näidustatud. Audiitor ei saa aktsepteerida mõne bakterioloogialaboratooriumi lakoonilist uuringutulemust "patogeenseid mikroobe ei kasva".

Ägeda kopsupõletiku diagnoos oli vormistatud bakteriaalse tekitaja järgi vaid 3 juhul 667-st. !!!

Röntgenuuringuid kasutati haiglais optimaalselt. Samas aga tehti 336 juhul konkreetsete haigete ravimise seisukohalt asjatu analüüse, seda nii arvestades kopsupõletikku kui ka kaasnevat patoloogiat (AST, ALT, proteiogramm, LDH, amülaas, alkaalne fosfataas, uriin Netsiporenko järgi, faasanalüüs, koormustest). Eriti torkas see tendents silma Nõmme ja Pelgulinna haiglates. (103 ja 44 hindepunkti/haige kohta) võrreldes maakonnahaiglatega (15 ja 0,1 hindepunkti/haige kohta).

Ägeda kopsupõletiku antibakteriaalne ravi oli lõpptulemust arvestades optimaalne kuid arvestades puudujääke rõga bakterioloogilisel uurimisel ja ilmselt ka ebaühtlast varustamist ravimiega, sihipäratu.

Arvestades konkreetset olukorda ravimitega varustamisel on Eesti tingimuses audiitori arvates õigem alustada ägeda kopsupõletiku ravi penitsilliini, poolsünteesiliste penitsilliinidega või erütromütsiiniga.

Antibakteriaalse ravi kestust võis hinnata optimaalseks kõikidel juhtudel. Ka füsioteraapiat kasutati optimaalselt Pelgulinna ja Rakvere haiglates, vähe aga Nõmme haiglas ja Viljandi haiglas. Seejuures oli Nõmme haiglas kasutatud peamiselt kuppude asetamist rindkerele, mille raviefekt on praegu pulmonoloogide hulgas diskuteeritav.

Ravikehakultuuri, kui raviprotsessi osa kasutati peamiselt Rakvere ja Pelgulinna haiglates.

Ülemääraselt pikk haiglaravi kestus fikseeriti 188 juhul. Seejuures ilmnes tendents, et haiglaravi oli liig kauakestev maakonnahaiglates. See ilmselt seotud mitte meditsiiniliste vaid sotsiaalsete põhjustega.

Üheski haigusloos ei olnud märgat järelravi (s.h. sanatoorse) ravi vajaduse kohta.

Analüüsidest ravikulused ilmses, et liigsed kulutused on iseloomulikud linnahaiglates, kus ühe haige kohta oli ülekulu keskmiselt 68 - 115 hindepunkti. Seejuures oli ülekulu peamiseks põhjuseks asjatult tehtud uuringud ja analüüsid. Maakonna haiglates aga on ülekulu seotud eelkõige liig kauakestva haiglaraviga. (vt. tabel 1 ja 2)

Audiitor, analüüsidest kulutusi pööras tähelepanu ka neile uuringutele ja analüüsidele, mis olid näidustatud kuid jäid tegemata. Keskmiselt ei tehtud vajalikke kulutusi 25,5 hindepunkti haige kohta. (11 - 42 hindepunkti/haige kohta). Seda alakulu ei saa vaadelda kui kokkuhoidu, mis "tasakaalustab" ülekulu vaid kui madalamakvaliteedilist ravitööd.

Hinnates üle- ja alakulu erinevusi leidsid audiitorid, et ilmselt tuleb haiglate tööd hinnates pidada saavutatavaks, kus ülekulu ja alakulu ühe haige kohta ei ületa 25% voodipäeva maksumusest.

Kokku võttes eeltoodut soovib audiitor kvaliteedi standardiks lugeda:

I Diagnoosimisel:

- diagnoosimine kliinilise leiu alusel 75-80%
- rõga uuring 85%
- diagnoos tekitaja järgi 75%

II Ravi:

- algus esimese kolme haiguspäeva jooksul;
- füsioteraapia 85%
- ravikehakultuur 80%
- ravi kestus 16-20 päeva jooksul 90%

III Kulutused:

- liigselt tehtud analüüside maksumus kuni 1/2 voodipäeva hinnast;
- põhjendamatu tegemata uuringute ja analüüside maksumus kuni 1/2 voodipäeva hinnast;

TABEL 1

Ägeda kopsupõletiku ravimine
(667 haigusjuhtu)

	H A I G L A			
	Pelgulinn	Nõmme	Rakvere	Viljandi
Haigusjuhte	146 (100%)	228 (100%)	79 (100%)	214 (100%)
Hiline diagnoos	45%	53%	43%	53%
Rõga uuring tege- mata	35%	27%	28%	50%
Põhjendamatud:				
-analüüsid	95%	76%	23%	3%
-sonograafia	70%	30%	-	-
Ravi:				
füsioteraapia	95%	92%	96%	61%
RKK	70%	0	50%	1%
liig kauakestev	12%	25%	50%	34%

Tabel 2

Ageda kopsupõletikujahu ravikulu
(hindepunktides)

Kulutus	Pelgulinna	H A I G L A		
		Nõmme	Rakvere	Viljandi
=====				
Liigsed:				
-voodipäevad	12	24	46	60
-analüüsid	103	44	15	0,1
KOKKU:	115	68	61	60

Tegemata:				
-rõgauuring	11	8	8	15
-füsioteraapia	3	6	3	27
-intensiivravi	13	-	-	-
KOKKU	27	14	12	42

AGE MUOKARDI INFARKT

Age müokardi infarkt on üks sagedamini esinevaid äkksurma põhjusi, seda eriti tööealiste hulgas. Meditsiinistatistika Büroo andmeil registreeritakse aastas Eestis ca 1500 ägeda infarkti juhtu. Õigeaegne abi ning adekvaatne ravi võib anda infarkti korral hea ja pikaaegselt püsiva efekti.

Käesoleva uuringu käigus analüüsiti infarktihaigete ravimise olukorda neljas haiglas. Võeti vaatluse alla järgmised kriteeriumid:

- hospitaliseerimise aeg pärast haigestumist;
- biokeemiliste analüüside kasutamine;
- EKG diagnostika ja analüüs;
- ehhokardiograafia kasutamine;
- medikamentoosne ravi;
- veenisisene trombolüüs;
- intensiivravi;
- ravikehakultuuri kasutamine;
- haiglaravi kasutamine;
- letaalsus;

Kokku uuriti 276 haigusjuhtu neljas erinevas haiglas.

Pelgulinna haigla

=====

Ravil 29 haiget

59-aastaseid ja nooremaid haiged 1.

Hospitaliseerimine enam kui 6 tundi pärast haigestumist
-19 juhul;

EKG analüüs optimaalne;

Fermentanalüüsidesest kasutati põhiliselt ALT, ST ja LDH (mitte LDH1), harva ka KFK. Diagnoosimiseks mittevajalikke analüüse (proteinoogramm, CRV, siaalhape, tümooliproov, alkaalne fosfataas jt) oli tehtud kõigil 29 haigel.

Diagnoosimiseks oleks olnud vajalik KFK analüüs 8 haigel, ehhokardiograafia kolmel haigel ja kahel koormustesti tegemine. Intensiivravi palatis raviti 5 haiget.

Medikamentoosne ravi (polariseeriv lahus, nitropreparaadid, Ca-antagonistid, südameglükosiidid) oli optimaalne. Heparini kasutati 10-st varakult hospitaliseeritud haigest ainult ühel.

Aspiriini kasutamine oli rutiinne. Intravenooset trombolüüsi ei kasutatud. Tüsistuste ravi oli optimaalne.

Lamamisrežiim kestis üle 7 päeva 7-1 haigel.

Ravikehakultuuri rakendati 17 juhul. Sanatoorset järelravi kasutati võimaluste piires.

Ehhokardiograafiat ei tehtud ühelegi haigele.

Koormustest tehti ühel haigel.

Koronarograafia vajadusest ei olnud märgat üheski haigusloos.

Suri 6 haiget, neist 4 üritato elustada.

Haiglaravi oli ülemääraselt pikk 12-1 haigel.

Üks haiguslugu oli ebarahuldav.

Nõmme haigla
=====

Ravil 4 haiget. Taoline väike arv ilmselt seotud hospitaliseerimiskorraga Tallinnas

59- aastaseid ja nooremaid haigeid oli 1

Hilinenult hospitaliseeriti 3 haiget.

EKG -d olid analüüsitud nõutaval tasemel

Fermentanalüüsides kasutati vaid AST ja ALT (audiitor luges patoloogia tunnuseks 3-5 kordset tõusu).

Ageda südamelihase infarkti diagnoosimise seisukohalt asjatuid analüüse oli tehtud kõigil neljal haigel.

Intensiivravi võtteid ei kasutatud

Kasutatud medikamentoosne ravi (polariseeriv lahus, antiangiinaalsete vahenditena nitropreparaadid ja Ca-antagonistid, südameglükosiidid jt.) oli optimaalne. Otsest antikoagulanti (hepariini) ei kasutatud. Aspiriini said kaks haiget. Intravenooset trombolüüsi ei tehtud.

Tüsistuste ravi oli optimaalne.

Lamamisrežiim üle 7 päeva oli ühel haigel.

Ravikehakultuuri ei kasutatud. Sanatoorsele järelravile kedagi ei saadetud.

Ehhokardiograafia tehti kahele haigele, koormusteste ei tehtud.

Koronarograafia vajadust haiguslugudes ei märgitud.

Surnuid ei olnud.

Haiglaravi oli ülemääraselt pikk kõigil 4 juhul

Haiguslugude kvaliteet oli hea.

Rakvere haigla
=====

Ravil 128 haiget.

59 -aastasi ja nooremaid haigeid oli 44.

Hilinenult hospitaliseeriti 71 haiget.

EKG-d olid analüüsitud adekvaatselt. Võib-olla liiga kergekäeliselt on ST segmendi depressiooni kohe loetud subendokardiaalseks infarktiks. Fermentanalüüsides kasutati ainult AST ja ALT.

Intensiivravi palatis jälgiti ja raviti 105 haiget.

Kasutatud medikamentooset ravi peab audiitor optimaalseks. Vaid antianginaalset ravi mõnede nitropreparaatidega (erüniit, nitrosorbiid) ei saa pidada küllaldaseks - vahetult pärast infarkti jääkstenokardia 30% juhtudest.

Intravenooset trombolüüsi ei kasutatud kuid üks haige saadeti selleks Eesti Südamekeskusse.

Tüsistuste ravi oli optimaalne.

Ravikehakultuuri kasutati 94 juhul. Sanatoorsele järelravile saadeti haigeid ilmselt võimaluste piires.

Lamamisrežiimil üle 7 päeva oli 20 haiget.

Ehhokardiograafia tehti 20 haigel. Koormustesti ei tehtud.

Koronarograafia võimalust kaaluti ühel juhul ja haige saadeti selleks spetsialiseeritud osakonda.

Suri 22 haiget. Neist 18 üritati elustada. Ühel haigel oleks vajalik olnud ajutine elektrokardiostimulaator.

Haiglaravi oli ülemäära pikk 89 haigel.

32 haigel oleks südameinfarkti diagnoosimiseks vajalik olnud ka KFK ja LDH1 määramine kahel korral.

Koormustest oleks vajalik olnud 32 haigel.

Reanimatsiooni protokollid ja lahanguprotokollid olid täpsed ja korrektsed. Haiguslugudest üks oli kesine, üks halb.

Viljandi haigla
=====

Ravil oli 115 haiget, neist nooremad kui 59 aastat 31 haiget.

Hilinenult hospitaliseeriti 66 haiget.

Diagnoos põhines : ühel haigustunnusel 1 juhul,
kahel haigustunnusel - 52 juhul
kolmel haigustunnusel - 62 juhul

EKG analüüs on korrektne, kuid ST segmendi depressioon oli üsna lineaarselt peetud subendokardiaalseks infarktiks.

Fermentanalüüsides kasutati ainult ALT ja AST määramist.

Intensiivravi palatis raviti 63 haiget.

Kasutatud medikamentoosne ravi (polariseeriv lahus, südameglükosiidid, jt) kasutamine oli audiitori arvates optimaalne. Intravenooset trombolüüsi ei tehtud, üks haigeist saadeti selleks TÜ kliinikusse haiguse esimesel tunnil.

Tüsistuste ravi oli optimaalne.

Ravikehakultuuri kasutati 45 haigel. Sanatoorset järelravi kasutati võimaluste piires;

Ehhokardiograafia tehti 23 juhul.

Koronarograafia vajadusele ei viidatud ühelgi juhul.

Suri 16 haiget, neist 8 üritati elustada. Reanimatsiooni kulg oli protokollitud napilt ja ebatäpselt.

Ühel haigel oleks olnud vaja kasutada ajutist transvenoosset elektrokardiostimulaatorit. Kahel juhul oleks olnud vajalik ravi II astme intensiivravi palatis.

Haiglaravi oli ülemääraselt pikk 45 haigel.

Südameinfarkti diagnoosimiseks ja ravimiseks mittevajalikke uuringuid tehti kolmel haigel.

Ühel haigel oleks vaja olnud teha EKG, 18-l haigel KFK ja LDH1 22 haiget vajasis ravikehakultuuri, 19 - koormustesti

Haiguslugude kvaliteet oli hea 108 juhul, keskmine 6-1 ja halb ühel juhul.

Kokkuvõte

=====

Ageda südame infarkitga haiget hospitaliseerimine hilines 159 juhul, seda eriti arvestades trombolüüsi kasutamise ja see- ga infarktitsiooni vähendamise võimalust. See on aga eelkõige elanikkonna teadlikkuse ja haiglaeelse arstiabi küsimus.

Südameinfarkti diagnoosimine põhines ühele haigustunnusele 7 juhul, kahel tunnusel 143 -l ja kolmel tunnusel 126 juhul. Selle juures ägedale infarktile iseloomulikud muutused ferment- analüüside tulemustes esinesid vaid 120 juhul. See kinnitab veelkordselt, et südameinfarkti fermentdiagnostika ALT ja AST analüüsi abil on aegunud ega vasta tänapäeva nõuetele.

Ka EKG interpreteerimisel esines, eriti Viljandi ja Rakvere haiglais, põhjendamatu ST segmendi depressiooni hindamist sub- endokardiaalseks infarktiks. Siin peab kõll auditiivne lähenema, et väikesekõeldelise infarkti diagnoosimisega on igas haiglas, kus ei ole võimalusi isotoop-diagnostikaks, raskusi.

Südamelihase seisundi hindamisel kasutati ehhokardiograafiat kokku vaid 45 (!) haigel, mis on vähe, seda eriti arvestades, et võimalused selleks uuringuks olid kõigis raviasutustes.

Halb on olukord koormustesti kasutamisel, mis omab olulist

osa haiguse kulu prognoosimisel eriti nooremaealistel haigetel. Siin käsitlevate haigusjutude korral tehti koormustest vaid kahel (!) haigel 80-st, kes olid nooremad kui 59 a.

Vaid 2 haiget suunati intravenoosseks trombolüüsiks ning üks koronarograafiaks spetsialiseeritud osakonda.

Kui infarktihaigete medikamentoosset ravi võib üldiselt optimaalseks hinnata, ei saa rahul olla väheefektiivsete nitropreparaatide kasutamisega Rakveres ning hepariinist loobumisega Pelgulinna haiglas. B-blokaatoreid kasutati kõikides haiglates vaid südamerütmi häirete korral.

Tüsistuste ravi võis lugeda optimaalseks. Ka intensiivravi kasutamist (kokku 173 haigel) võib lugeda heaks.

Ravikehakultuuri kasutati kindlasti liiga vähe (vaid 150 juhul) ja sellele sekundeerib liig pikk lamamisrežiim, millele haiged allutati.

Haiglaravi oli ülemääraselt pikk 150 haigusjuhul.

Tegevust infarkti surnute elustamisel võib pidada optimaalseks kuigi siin analüüsitud haigusjuhtude seas ei saadud ühtegi reanimatsiooni püsivat efekti.

Haiguslugude kvaliteet oli hea 266 -1, kesine 8-1 ja halb 2-1 korral.

Seega, otsustades 276 retrospektiivselt ja vaid dokumentidele tuginedes analüüsitud haigusjuhtu üle võib väita, et vaatluse alla võetud haiglais ei ole südameinfarkti diagnoosimine ja ravimine veel kaasaegsel tasemel. Audiitor juhib tähelepanu, et kaasaegne kardioloogia on suuri kulutusi kuid ka tõsist efekti tootav meditsiinidistsipliin. Ägeda südameinfarkti ravi nõuab senisest suuremaid kulutusi. Nende vähendamise teeks on haiglaravi lühendamine ning loomulikult ka asjatute uuringute ja kasutute analüüsise vältimine (vt. tabel 3)

Kõrvutades tabelis 4 toodud näitajaid ülekulu ja tegemata kuid vajalike kulutuste kohta selgub, et põhiosa liigkuludest moodustab pikk haiglasviibimine.

Seega saab ilmsiks, et südameinfarkti korral ei ole erilist perspektiivi rahaliseks kokkuhoiuks, küll aga vajab tõsist tähelepanu olemasolevate võimaluste täielikum kasutamine haige ravimise heaks.

TABEL 3

SÜdameinfarkti ravi võrdlus
(272 haigusjuhtu)

Kriteerium	Pelgulinna	H A I G L A Rakvere	Viljandi
Haigusjuhtude arv	29(100%)	128(100%)	115(100%)
Vanus <59 a.	4	44	31
Haiglasse <6 t	10 (34%)	57 (44%)	49(43%)
EhhoKG	-	20 (16%)	23(15%)
Koormustest	1 (3%)	-	1(0,9%)
Põhjendamata anal.	29	-	3
Intens.ravi	5 (17%)	105(82%)	63(57%)
Lamamisrez.>7 päeva	7 (24%)	20(16%)	6(5%)
Ravikehakult.	17 (59%)	94(73%)	45(39%)
Letaalsus	6 (21%)	22(17%)	22(19%)
Pikk haiglaravi	12 (41%)	89(70%)	45(39%)

TABEL 4

Ravikulu (punktides) südameinfarkti-juhu kohta
(272 haigusjuhtu)

Kulutus	H A I G L A		
	Pelgulinna	Rakvere	Viljandi
=====			
Liigsed kulud:			

voodipäevad	63	137	65
analüüsid	57	-	-
teised uuringud	-	-	1
KOKKU	120	137	66

Tegemata kulutused:			

tegemata analüüsid	8	15	9
EKG	-	-	0,2
EhhoKG	28	4	-
koormustest	8	31	20
ajutine EKS	-	2	3
ravikehakult.	-	-	13
intensiivravi II	-	-	11
KOKKU	44	52	56

Audiitor soovib tuginedes siintoodule, kirjanduse andmeile ja isiklikule kogemusele kasutada südameinfarkti diagnostika ja ravi kvaliteedi hindamisel lähitulevikus järgmisi standardeid:

- hospitaliseermine enne 6 tunni möödumist 50%;
- veenisisene trombolüüs 25-30%;
- koormustest 35 -40%;
- ehhokardiograafia 85 -90%;
- ravikehakultuur 80 - 90%;
- koronarograafia 25 - 30%;
- letaalsus 20%;
- haiglaviibimine kuni 20 päeva;

AUDIITORHINNANG KIRURGILISELE TEGEVUSELE
EESTI NELJAS HAIGLAS

Küsimuse püstitamine

=====

Kõhukõone kirurgiliste haiguste ravi tulemused sõltuvad eeskätt haigete õigeaegsest saabumisest kirurgiaosakonda. Teiseks - vähemtähtsam ei ole ka optimaalse ravitaktika valik haiglas.

Need kaks tegurit määravad haiguse edasise kulu, tüsistuste tekke, ravi kestuse jt. näitajad - seega lisaks puhtmeditsiinilistele näitajatele ka ravimise majandusliku külje.

Uuriti järgmiste haiguste diagnoosimis- ja raviprotsessi:

- äge apenditsiit,
- krooniline sapikivitõbi

Haiged viibisid ravil Haapsalu (HA), Võru (VØ), Mustamäe (MU) ja Maarjamõisa (MA) haiglate kirurgiaosakondades.

ÄGE APENDITSIIT

Eesti Meditsiinistatistika Büroo andmeil on äge apenditsiit kõige sagedamini esinev kõhukoope kirurgiliselt ravitav haigus. mida põevad 49-56% kõikidest "ägeda kõhu" haigetest, s.t. 3200-3600 haigusjuhtu aastas. Seega on igati aktuaalne ning põhjendatud just selle haigete-grupi ravimise praegust olukorda.

Käesolev analüüs põhineb 275 ägeda apenditsiidi haige haigusloo retrospektiivsel analüüsil.

Audiitorkontrollil käigus seati ülesandeks selgitada, milliste apenditsiidivormidega haigeid saavad (-sid) haiglaravile;

Seejuures nenditi, et apenditsiidivormide jaotus IX Rahvusvahelise Haiguste ja Surmapõhjuste Klassifikatsiooni (ICD-9) järgi (eristatakse 3 vormi) ei rahulda praktika ja käesoleva analüüsi vajadusi ning seetõttu on kasutatud siin erialakirjanduses kasutuselolevat üldlevinud jaotust viieks vormiks:

- katarraalne apenditsiit;
- flegmonoosne apenditsiit;
- gangrenoosne apenditsiit;
- perforatiivne apenditsiit piirdunud peritoniidiga;
- perforatiivne apenditsiit üldperitoniidiga;

Sisulises analüüsis 2 esimest vormi loetakse tüsistumata apen-

ditsiidiks. Kolm viimast, mis iseloomustatavad kui destruktiivsed haigusvormid, on alati seotud põletiku levikuga kõhukelmele. Põletiku levik määrab oluliselt kogu kirurgilise ja ka edasise medikamentoosse ravimise taktika, kestuse ja maksumuse.

Püüti leida seost haige vaevuste kestuse ja haigusvormi vahel. Hiliseks hospitaliseerimiseks loeti kõik destruktiivse apenditsiidi juhud ja juhud kus haige hospitaliseeriti enam kui 6 tundi pärast haiguse algust.

Anti hinnang operatsioonimeetodikale ja valutustamismetoodikale, antibakteriaalse ravi taktikale, tüsistuste esinemissagedusele ja selle seosele ravikestusega.

Kriitiliselt analüüsiti operatsioonile eelnenud diagnostika-protsessi, olemasolevate võimaluste kasutamist diagnoosimisel ja selle kajastumist haiguslugudes. Samuti püüti selgitada haige ravimise maksumust tuginedes haigla poolt haigekassale esitatud arvetele.

Apenditsiidi vormid =====

Ageda apenditsiidiga haiged hospitaliseeriti järgmiste haigusvormidega (vt.tabel 5)

TABEL 5

Apenditsiidivormid erinevais haiglais =====

Haigla Apenditsiidi vorm	HA	VØ	MU	MA	KOKKU	
Katarraalne	23	31	21	15	90	32,7%
% kõigist	40	34	26	33		
Flegmonoosne	17	42	36	19	114	41,5%
% kõigist	30	46	45	41		
Gangrenoosne	13	4	13	9	39	14,2%
% kõigist	23	4	16	21		
Perfor.+perit.	4	15	10	9	38	11,8%
% kõigist	7	16	12	16		
KOKKU	57	92	80	46	275	100%

Eeltoodud tabeli andmete tõlgendamisel saab ilmsiks, et vaatamata kirurgiaosakondade suhtelisele lähedusele abivajajale, on destruktiivse apenditsiidiga, esmaselt tüsistunud apenditsiidivormide esinemissagedus väga suur -25% ehk iga neljas apenditsiidahaige hospitaliseeriti potentsiaalselt eluohtlikus seisundis. See juures ei ole olulist vahet maa ja linnahaiglate vahel (21 -30%). On hämmastav, et iga 8. haige opereeriti perforatiivse apenditsiidi tõttu kui põletik oli levinud kõhukelmele.

A priori võib väita, et taolise haigusega haige ravimine on kauakestvam ja kulukam.

Teine eeltoodud tabelist kerkiv probleem on suhtumine katarraalsesse apenditsiiti, mida kirurgia erialakirjanduses peetakse kas ägeda apenditsiidi algstaadiumiks või paljudel juhtudel sekundaarseks tingitud viirusinfektsioonist või mesenteriaal-lümfadeniidist. Torkab silma, et taolise haigusvormiga haiged moodustasid kuni 40% kõigist opereerituist. Selle haigusvormi kui operatsiooninäidustuse esinemissagedus iseloomustab konkreetse ravi asutuse kirurgi suhtumist, kartust hilineda operatsiooniga. On märkimisväärne, et operatsiooniga kiirustamine selle haigusvormi puhul on enam iseloomulik maakonnahaiglatele, kus neid haigeid opereeritakse sagedamini kuigi haige anamneesi pikkus ise (73% haigeist üle 12 tunni, 46%-l üle 24 tunni) osutab, et tegemist ei ole kirurgilist ravi vajava haigusjuhuga. (vt. tabel 6).

TABEL 6

Apenditsiidi vorm ja haiguse kestus

Apenditsiidi vorm	Haiguse kestus			
	<6 t	7-24 t	2 päeva	3 päeva
Katarraalne	14	35	23	18
Flegmonoosne	14	81	16	3
Gangrenoosne	1	27	10	1
Perforatiivne	-	7	16	9
KOKKU	29	150	65	31

Audiitori kogemustele ja vastavale erialakirjandusele tuginedes on alust väita, katarraalse apenditsiidiga haigete operat-

muud abi kiirabi neile haigeile anda ei saa ja samas ei vajad ka spetsiaaltransporti.

Kui lisada, et 1/3 apenditsiidahaigeist on haiglasse saabunud pärast eelmiste "ravietaappide" läbimist, kus mingit diagnostikat ega ravimist tegelikult ei toimu, siis on audiitor sunnitud rõhutama, et elanikkonna hulgas tuleb teha tõsist selgitustööd kuidas käituda kõhuvalu korral. Tuleb rõhutada, et ebamääraste, seletamatute kõhuvalude korral tuleks haigel kohe pöörduda haigla valvekirurgi poole.

Audiitori arvates tuleks seda taktikat eriti propageerida linnades, kus elanikkond kasutab kiirabi teenust sagedamini kuigi just linnades on haigete liikumisvõimalused tunduvalt hõlpsamad.

Kirurgiline ravi

=====

Väljaarvatud erandid (infiltratiivne apenditsiit, raske üldseisund, mis vajab operatsiooniks ettevalmistust ja taandarenev kliiniline pilt) on ainukeseks reaalseks ja efektiivseks abiks ussripiku ägeda põletiku puhul kirurgiline operatsioon -algkolde eemaldamine ja mäda eemaldamine kõhuõõnest.

See ei ole täielikult kehtiv katarraalset põletikuvormide puhul. Seepärast on järgnevas analüüsis arvesse võetud ainult mädase ja destruktivse apenditsiidi juhtusid.

Selgub, et valvekirurgide nõudlikkus ja aktiivsus on erinevates haiglates olnud erinev (vt. tabel 8).

TABEL 8

Apandektomia algus pärast hospitaliseerimist
(flegmonoosne, gangrenoosne, perforatiivne apenditsiit)

Haigla	Haigeid	Operatsiooni algus	
		Kuni 6 tundi	Üle 6 tunni
HA	34	34	-
VØ	61	54	7
MU	59	42	17
MA	31	29	2
KOKKU	185	159	26

Haigusjuhtude analüüsimisel ilmnas, et 7juhul on apandektomia

sioonisagedus ei tohiks ületada 20% ning edaspidises töö kvaliteedi hindamises tuleks seda 20%-list piiri pidada teatud standardiks.

Tabel 6 toodud andmete võrdlemisel ilmneb ka, et esimese ööpäeva jooksul (alates kõhuvalu tekkest) ei kujuta äge flegmonoosne ussripikupõletik endast tõsist ohtu - destruktiivne põletik on jõudnud küll kujuneda 19% haigeist kuid soole perforatsioon ja põletiku levik kõhukelmele toimub vaid 4% juhtudest. Reeglina on need haiged hästi- ja kiirestiparanevad. Seda tuleks ka selgitada elanikkonnale, kelle vähene teadlikkus on viinud selleni, et vaid 65% kõigist, apenditsiidile viitavate kõhuvaludega haigeist jõuab kirurgi vaatlusele esimese 24 tunni jooksul.

Eelnevast kerkib tõsine arstiabi-korralduse alane probleem, mis vajab täiendavat uuringut. Teatavasti on väljakujunenud nn. arstiabi etapilisus, mis tähendab, et haige pöördub üldjuhul kõhuvalude korral esmaselt jaoskonna-arsti, perearsti või ka polikliiniku kirurgi poole, kes juba oma põhitegevusest johtuva kogenematusena ei suuda haige kliinilist leidu hinnata nii adekvaatselt kui seda teeb spetsialist-kirurg. Pahatihti püütakse siis kliinilist kogenematust korvata järgnevate laboratoorsete analüüside tegemisega, mis aga reeglina ei anna vastust kõhuvalu olemusest ning toob kaasa vaid ajakaotuse.

Haige hospitaliseerimisviis
=====

Audiitor analüüsis haigete teed haigestumisest operatsioonile ning seda, kes suunas haige sinna. (vt. tabel 7)

TABEL 7

Apenditsiidahaige haiglasse suunamine

Haigla	Kiirabi	Polikliinik	Ise
HA	26%	35%	49%
VØ	39%	24%	37%
MU	51%	29%	20%
MA	48%	33%	20%
KESKMINE	41%	29%	29%

Tuleb rõhutada, et Eesti kiirabi-süsteem ägeda apenditsiidiga haigete abistamisel piirdub ainult transporditeenusega. Mingit

tehtud küll enam kui kuue tunni möödudes hospitaliseerimisest (1 - V0,6 -MU), kuid nende haigete anamnees on olnud lühikene (6-12 t) ja pärast lühiajalist jälgimist on need haiged opereeritud siiski apenditsiidi flegmonoosse põletiku staadiumis (sisuliselt õigeaegselt) ja nad paranesid komplikatsioonideta.

Seega saab väita, et kirurgiline ravitaktika on olnud 90% juhtudest optimaalne, 10%-l oli aga operatsioon hilinenud. Miks operatsioon hilines, ei õnnestushaiguslugude najal selgitada vaid üksikjuhtudel. Valdaval enamikul juhtudest oli aga hilinemispõhjus diferentsiaaldiagnostiline raskus, kusjuures tuli eristada gūnekoloogilist patoloogiat, koletsüstiiti, pankreatiiti või mesadeniiti.

Kõige sagedamini hilines kirurgiline ravi perforatiivse, piirdunud peritoniidiga haigeil (4 juhtu 25-st) ja gangreenses apenditsiidi puhul (4 juhtu 39-st).

Audiitori arvates on hilinemist operatsiooniga võimalik ja vajalik vähendada, kuid objektiivsete põhjuste tõttu (eelkõige ussripiku asendi anomaaliad) ei ole hilinemist kunagi, ka kõige paremates ja parimate diagnostikavahenditega varustatud haiglates õnnestunud viia alla 3-4%.

Operatsiooni meetodika

=====

Operatsioonimeetodika sõltub konkreetsest haigusvormist ning nende vastavusest sõltub eelkõige postoperatiivse kulu aeg, tüsistuste iseloom ning vajaminevate ravimite kogus.

Üldtunnustud on seisukoht, mida jagab ka audiitor, et tüsistumata (mitteperforatiivse) apenditsiidi vormi puhul piisab haiguskolde eemaldamisest vahelduvlõike kaudu Mac Burney järgi

Perforatiivse, piirdunud peritoniidiga apenditsiidi puhul peetakse valikmeetodiks samasugust lõiget koos põletikulise ussripiku eemaldamisega ning kõhuõõne tualeti (mitte laveari) ja dreneerimisega.

Apendikulaarse üldperitoniidi puhul on vajalik kesklõige ning kõhuõõne täielik saneerimine.

Analüüsitava 275 haigusjuhul tehti operatsioone järgmiselt:
 -klassikaline apendektomia Mac Burney järgi 226 juhtu (82%);
 -eelmine koos kõhuõõne drenaaziga 35 juhtu (13%);
 -apendektomia kesklõike kaudu 14 juhtu (5%);

Seega vastab valitud operatsioonimeetodika üldjuhul haiguse vormile ja raskusele. Siiski on üksikjuhtudel diferentsiaal-

diagnostiliste raskuste tõttu tehtud kesklõige ka juhtudel kui seda vaja poleks olnud. Flegmonoosse apenditsiidi korral -2, gangrenoosse apenditsiidi korral -2 ja piirdunud peritoniidi puhul -3.

TABEL 9

Kesklõike kasutamine apendektoomias

Haigla	Opereeriti	Kesklõige	
HA	57	2	(3,5%)
VØ	92	2	(2,2%)
MU	80	7	(8,7%)
MA	46	3	(6,5%)

Audiitori tähelepanek, et suuremaid lõikeid kasutatakse suuremates haiglates võib viidata teatud kirurgilisele julgusele aga ka kirurgi preoperatiivsele diagnostilisele ebakindlusele.

Tuleb juhtida tähelepanu asjaolule, et kõhuseina trauma suurus pimesoole virulentse floora tingimuses mõjustab oluliselt postoperatiivset haigusekulgu. 49- operatsioonist, mille puhul tehti kesklõige ja kasutati kõhuõõne дренаazi, tekkis haava supuratsioon 17-1 korral (35% !)

Kõikidest appendektoomiatest oli operatsioon tehtud lokaalanesteesias 16-1 korral (6%).

105 haiget (38%) opereeriti masknarkoosis ja 154 (56%) -intubatsioonnarkoosis. Sellist valutustamismetoodikat tuleb pidada igati optimaalseks kuna korralik anesteesia tagab piisavalt soodsad tingimused operatsiooniks. Audiitori arvates on just see olnud üheks lähtealuseks postoperatiivsete kõhuõõne-abstractside harvas esinemises (2 -1 juhul,0,7%).

Antibakteriaalne ravi
=====

Apenditsiidi, kui mikrobiaalse põletiku, ravimisel on viimasel

poolsajandil kasutatud antibakteriaalseid vahendeid, manustatuna nii lokaalselt kui ka süsteemselt.

Uuritud haigusjuhtude anesteesiaprotokollidest ja nn. temperatuurilehtedest selgus, et destruktiivse apenditsiidi juhtudel operatsioonieelset või -aegset antibiootikumide intravenooset manustamist kasutatud ainult 45% haigeist. (vt. tabel 10)

TABEL 10

Antibiootikumide kasutamine erinevais haiglais
(destruktiivne apenditsiit)

Haigla	Haigeid	Kasutati	Ei kasutatud
HA	17	9	8
VØ	19	13	6
MU	23	2	21
MA	12	8	4
KOKKU	71	32	39

Audiitori arvates ei ole loobumine antibakteriaalsest ravist põhjendatud ning seda tuleks enam kasutada Mustamäe ja Haapsalu haiglates. Siinjuures ei saa aga välistada võimalust, et antibiootikumide pre- ja intraoperatiivset manustamist praktiseeritakse enam kuid seda kajastavad dokumendid.

Gangrenoosse apenditsiidi puhul on postoperatiivses perioodis antibiootikume üldravina kasutatud 67-l haigel 71-st (s.t. 86%). Kuid väärub ka märkimist, et 10 haiget, kelle ravis ei kasutatud antibiootikume, paranesid kõik tüsistusteta.

Flegmonoosse apenditsiidi puhul on antibiootikume kasutatud keskmiselt 27% juhtudest, kuid erinevates haiglates on kasutamiskiirus olnud erinev:

Haapsalu	-12%
VØru	-19%
Mustamäe	-33%
Maarajmõisa	-47%

Torkab silma, et vaid üksikjuhtudel on kasutatud anaeroobsele mikrofloorale mõjuvat metronidasooli. Eriti apendikulaarse peritoniidi puhul on selle vajadus ilmselt suurem.

Postoperatiivsete tūsistuste esinemine on ilmses seoses apenditsiidi vormiga. Kui kogu uuritud haigete rühmas oli tūsistusi 9,8%, siis:

- katarraalse apenditsiidi puhul 4,4% ;
- flegmonoosse apenditsiidi puhul 1,8%
- destruktiivse apenditsiidi puhul 29,6%

Tūsistused olid eelkõige seotud põletikulise haigusprotsessi ägenemise ja levimisega. Ühel haigusjuhul oli tegemist tehnilise operatsiooniveaga, sekundaarse verejooksuga kõhuõõnde.

Üks haige suri 16. operatsioonijärgsel päeval tekkinud ajuinfarkti tõttu.

Siinjuures olgu märgitud, et statistikabüroo andmeil on letaalsus apenditsiidi tõttu olnud viimastel aastatel Eestis 0,2%.

Haiglasviibimine

=====

Ägeda apenditsiidiga haiged olid statsionaarsel ravil 1 - 35 päeva, keskmiselt 6,7 päeva. (vt. ka tabel 11)

TABEL 11

Haiglaravi kestus apenditsiidi puhul

Haigusvorm	Haigla				Keskmine
	HA	VØ	MU	MA	
Katarraalne	5,9	5,9	5,7	6,1	5,9
Flegmonoosne	5,1	5,6	5,4	5,9	5,5
Destruktiivne	6,9	11,3	10,4	10,2	9,8

Väärrib tähelepanu, et erinevais haiglais oli ravi kestus praktilisel ühesugune. Sealjuures oli vaid kaks päeva ravil 6 haiget ning 3 päeva 19 haiget. Ehkki viimased olid ilmselt suhteliselt kerged haigusjuhud ei pea audiitor sellist "pool-ambulaatorse" kirurgia taktikat päris põhjendatuks kuna apendektoomia käigus on seedetrakti valendik avatud, seega ka haav potentsiaalselt infitseeritud ja tūsistuste tõenäosus haige aktiivse reziimi puhul suureneb. Kuigi see probleemistik vajaks ise-

seisvat, suuremale vaatluste arvule põhinevat uuringut, peab audiitor siiski tüsistumata apenditsiidiga haigete optimaalseks haiglaravi kestuseks 4-5 päeva ning hoiatab ohu eest, mida võib endaga kaasa tuua nende haigete liig varane suunamine kodusele režiimile.

Operatsioonijärgne ravi

=====

Osa tüsistunud apenditsiidiga haigeist vajab kindlasti operatsioonijärgselt intensiivravi. Milline on selleks optimaalne vajadus (kuna tõstab oluliselt ravi maksumust) - ei ole teada.

Tüsistumata apenditsiidiga haiged on ravitud üldpalateis (v.a. kolm haiget Haapsalu haiglas).

Destruktiivse apenditsiidi vormidega haigeid on intensiivravipalateis ravitud suhteliselt enam maakonnahaiglas.

TABEL 12

Apenditsiidahaige ravimine intensiivravipalatis (destruktiivsed apenditsiidivormid)

Haigla	Haigeid	Intensiivravi palatis Ravitud	Päevi
HA	17	6 (35,3%)	22
VØ	19	5 (26,3%)	16
MU	23	4 (17,4%)	9
MA	12	2 (16,6%)	12
KOKKU	71	17 (23,9%)	59

Ehkki haige seisundit ja lokaalset leidu nägemata on raske hinnata intensiivravi vajadust võib siiski väita, et Haapsalu haiglas kasutati seda võimalust põhjendamatult, eriti kui arvestada, et tegelikult mingeid intensiivravi võtteid nende haigete ravimisel ei kasutatud..

Keskmiselt viibisid haiged intensiivravipalateis 3,5 päeva.

Kokkuvõte apenditsiidahaigete ravimisest

=====

Siintoodud analüüsis püüti anda eksperthinnang ka apenditsiidi diagnostikale ning sellest otseselt tulenevale ravitaktikale.

Kirurgiaosakondade diagnostilist-taktikalist tegevust on audiitor hinnanud:

- 218 (79%) juhul optimaalseks;
- 44 (16%) juhul suboptimaalseks
- 13 (5%) juhul ülemäärasteks

Suboptimaalset tegevust märgiti järgmiselt:

Haapsalu	57-st juhust	9 (15,8%)
Võru	92-st ""	12 (13,0%)
Mustamäe	80-st ""	21 (26,2%)
Maarjamõisa	46-st ""	4 (8,7%)

Ülemäärase tegevusena hinnati juhte, kus oli kasutatud uurin-
guid, mis ei muutnud, ega saanudki muuta, ravitaktikat. Küll
aga põhjustasid lisakulutusi. Kuna hindamise kriteeriumid ei
ole rangelt piiritletud, puudub nn. diagnostika-standard, siis
audiitor mõnab teatud subjektiivsuse momenti hinnanguis ehkki
seda püüti igati vältida.

Haiguslugude kvaliteet

=====

Nii Eestis kui ka mujal on mistahes meditsiinilise tegevuse
retrospektiivse hindamise aluseks "haiguslugu", mis on samaaeg-
selt nii meditsiiniliseks kui ka juriidiliseks dokumendiks.

Haiguslugude vormistamisel esines mitmeid ja kahjuks erinevais
raviastutustes korduvaid vigu. Nii on pahatihti haigusloos märki-
mata nii haige hospitaliseerimise kellaaeg kui ka operatsiooni
aeg. Seda puudujääki täheldati teistest sagedamini Haapsalu ja
Mustamäe haiglate haiguslugudes.

Arvestades, et apendektoomia on reeglina erakorraline operat-
sioon, oleks nende andmete märkimine obligatoorne. Tõsi, ope-
ratsiooni alguse ja lõpu aega võib leida anesteesia-protokol-
list, kuid kirurgi valvsuse ja täpsuse tõstmiseks tuleks need
ajad märkida nii haigusloo passiosasse kui ka operatsiooni kir-
jeldusse.

Ageda apenditsiidi esmase diagnoosimise üheks kriteeriumiks
on kahtlemata haige kehatemperatuuri tõus. Selgub aga, et tem-
peratuuri mõõtmist kui esmast diagnostikavõtet alahinnatakse.
Nii on haigel palavikku mõõdetud Mustamäe haiglas 28%-l, Maarja-

mõisa haiglas 30% ja Võru haiglas 68% haigeist, mida võib pida ebarahuldavaks suhtumise näitajaks. Veel enam, tegemist on süstemaatilise arstliku veaga, mida õnneks korvavad teised diagnostikavõtted ja sageli ka esmaselt soodsa kuluga haigus.

Haigusloo vormistamine on tunnustatud heaks kõigil juhtudel kui selle retrospektiivsel hindamisel oli eksperdil võimalik saada ülevaade haige seisundist, tema ravist ja tekkinud tüsistustest. Selliseid haiguslugusid oli 236 e.86%.

30-l juhul oli haiguslugu hinnatud kesisteks, neist:

- Haapsalu haiglas 57-st 2 e. 3,5%
- Võru haiglas 92-st 5 e. 5,4%
- Mustamäe haiglas 80-st 15 e.18,7%
- Maarjamõisa haiglas 46-st 8 e.17,4%

Arevusttekitav on, et kesise sisuga haiguslood moodustavad kuuni viiendiku kõigist haiguslugudest. Tüüpilisteks vigadeks on:

- lakooniline, nn. telegramm-stiilis anamnees, kus ei kajastu se-nine haiguse ja ravi kulg;
- operatsioonikirjelduses kirjeldamata konkreetseid iseärasused, lokaalne leid, vedeliku olemasolu kõhuõõnes jne.
- kirjeldamata eemaldatud ussjätke makroskoopiline pilt;

Kuigi nii headeks ja ka kesistks hinnati enamik haiguslugudest tehti tõsiseid mõõndusi haigusloo vormistamisele, sisu loogilisele esitamisele, haige uurimisele vastavalt meditsiinipõhimõtetele ja arstikunsti nõuetele, oli audiitor siiski sunnitud 9 haiguslugu tunnustama puudulikuks. Need ei olnud loetavad, neis puudus operatsiooni-protokoll jms.

Apenditsiidahaigete ravi maksumus

=====

Analüüsi käigus selgus, et ravikindlustussüsteemi rakendumisel ei ole kehtestatud nõuet haigkassadele esitatavate arvete rahalise väärtuse sissekandmiseks nii haiguslukku kui ka epikriisi, mille tõttu ravi maksumuse selgitamine osutus üheks keerukamaks ülesandeks, mis audiitori ette seatud.

Seetõttu õnnestus kindlaks teha vaid 152 haigusjuhu maksumus, mis oma keskmiselt suuruselt (1380 punkti) erinevais haiglais erines vähe ning sõltus eelkõige haigusvormist (vt tabel 13).

TABEL 13

Apenditsiidijuhu ravimaksumus
(punktides)

A P E N D I T S I I T			
Katarraalne Flegmonoosne Destruktiivne			
=====			
Haapsalu haigla	-1083	1003	1598
Võru haigla	-1056	1109	1836
Mustamäe haigla	-1178	1116	2716
Maarjamõisa haigla	-1188	1165	1645

Keskmine	-1118	1102	2142

Fakt, et kõikides haiglates oli túsistumata haigusjuhu ravimaksumus ligilähedaselt sama, lubab väita, et kulutused on reaalsed ja objektiivsed ning nende olulist vähendamist ei ole ette näha ega saa seda planeerida.

Túsistunud apenditsiidi ravikulu oli 1,5-2 korda suurem kui túsistumata haigusjuhu ravi. Järelikult kui planeerida mingitki kokkuvõidu apenditsiidi ravimisel, tuleks eelkõige seada sihiks just ravi alustamine enne koedestruksiooni kujunemist. Ainukeseks teeks on siin haigete õigeaegne, ravi etapilisust välistav hospitaliseerimine kirurgiaosakonda ning kirurgilise ravitaktika optimiseerimine.

Tuginedes kogemusele ja eelnevale analüüsile soovitab auditiir edaspidi apenditsiidiravi standardid määratleda järgmiselt:

- katarraalsete haigusvormide operatsioonisagedus kuni 20%;
- haige saabumine kohe valvekirurgi vastuvõtule;
- kesklõike ksutamine mitte üle 5% juhtudest;
- haiglaravi kestus kuni 9 päeva

KROONILINE SAPIKIVITØBI

Kroonilise sapikivitõve tüüp-ravivõtte -sapipõie kirurgiline eemaldamine on sage, keskmise raskusega ning etteplaneeritav kõhuõõne operatsioon. Tüsistumata koletsüstolitiaasiga haigete kui suhteliselt homogeense haigeterühma ravi analüüs võimaldab piisava korrektsusega hinnata kirurgiaosakonna tegevust ja ka viimase koostood ambulatoorse ravivõrguga.

Järgnevas analüüsis hinnatakse kokku 145 opereeritud haige haigusjuhtu neljas erinevas haiglas. Hinnati järgmisi näitajaid:

- operatsioonieelsete uuringute maht ambulatoorselt ja haiglas;
- operatsioonieelse perioodi kestus haiglas;
- intensiivravi kasutamine;
- operatsioonijärgse perioodi kestus;
- ravimaksumus;

Tugineti Haapsalu, Võru, Mustamäe ja Maarjamõisa haiglate kirurgiosakondades ravitud haiguslugude retrospektiivsele analüüsile.

Haiglaeelne diagnostika

=====

Sonograafilise uuringumetoodika levik, kättesaadavus ning sapikivitõve hõlbus diagnoosimine on viinud selleni, et vaid 7 haiget 145-st (4,8%) hospitaliseeriti mingi muu diagnoosiga. Mingit olulist vahet erinevate raviasutuste lõikes seejuures ei ilmnenud.

Operatsioonieelne periood haiglas

=====

Tänapäevaks on selgunud, et sapikivitõbi, mida diagnoositakse sonograafiliselt võib osutada tegelikult asümptomaatiliseks ning haige vaevuste põhjus on muus. Seepärast ei hinnanud auditor täiendavaid seedetrakti uuringuid (panendoskoopia, irrigoskoopia jt) üleliigseteks vaid igati põhjendatuteks.

Seejuures on aga tähelepanuväärne, et erinevais haiglais kasutati lisauuringuid erineva sagedusega (vt. tabel 14)

TABEL 14

Seedetrakti lisauuringud sapikivitõve-haigetel

Haigla	Haigete arv	Lisauuringud	%
Haapsalu	14	6	42
Võru	17	2	12
Mustamäe	70	4	5.7
Maarjamõisa	44	26	59

Seejuures leiti lisauuringuil 15% juhtudest sapikivitõvele kaasuv maohaigus (polüüp, hiaatushernia).

Operatsioonieelne periood

Plaanilise operatsiooni ja komplikatsioonideta haigusjuhu korral peaks operatsioonieelne haiglasviibimine olema minimaalne, mitte üle 2 päeva. Tegelikult olid aga haiged haiglas operatsiooni ootel järgmiselt:

Haapsalu	-3,1 päeva
Võru	-3,1 ""
Mustamäe	-2,5 ""
Maarjamõisa	-3,8 ""

Operatsioonieelse perioodi pikenemine kolme päevani on ilmselt seotud raviajutuste töökorraldusega.

Operatsioonijärgne periood

Analüüsitud on koletsüstektoomiaid, mis tehti nii klassikalisel e.lahtisel meetodil kui ka laparoskoopiliselt.

Kogemuslikult võib väita, et tüsistumata operatsiooni korral piisab haige jälgimisest intensiivravipalatis ja infusioonravist vaid esimese operatsioonijärgse päeva kestel. Selgus aga, et operatsioonijärgne intensiivravi palatis viibimine oli erinevais haiglas erinev (vt. tabel 15)

TABEL 15

Intensiivravipalatis viibimine

Haigla	Opereeritute arv	Intensiiv palatis	Keskmine viibimine
Haapsalu	14	14 (100%)	4,8
Võru	17	12 (70%)	2,6
Mustamäe	70	6 (8,6%)	0,2
Marjamõisa	44	6 (13,6%)	0,4

*) Mustamäe haiglas opereeritud 13 lahtisel ja 57 laparoskoopilisel meetodil.

On ilmne, et maakonnahaiglates kasutatakse ravi intensiivravipalateis suhteliselt kergekäeliselt ja seejuures ravitulemusi ei mõjutatud. Ravi tulemused olid reeglina head, surmajuhte ei olnud.

Postoperatiivseid tüsistusi oli 10 juhul, s.t. 6,9% ning ei erinevad oluliselt haiglate lõikes.

Haiglaravi kestus
=====

Erinevates haiglates oli erinev ravikestus (vt. tabel 16) ja selle põhjus eelkõige kirurgide töötraditsioonides, haigla töökorralduses ning kaheldamatult ka haigete sotsiaalmajanduslikus olukorras.

Haiglaravi kestus

TABEL 16

Haigla	Operatsiooni eel	Intensiiv ravi päevi	Haiglas (päevi)
Haapsalu	3,1	4,8	15
Võru	3,1	2,6	13,7
Mustamäe			
-lahtine op.	2,5	0,2	9,6
-laparosk.	""	""	6,2
Maarjamõisa	3,8	0,4	12,1

Siinjuures torkab silma ravipäevade erakordselt suur varieeruvus haiglas:

Haapsalu	7 - 29 päeva
Vóru	8 - 35 päeva
Mustamäe	
-lahtine	6 - 22 päeva
-laparorsk.	2 - 24 päeva
Maarjamõisa	7 - 18 päeva

Kuna sapikivitõvega haige ravikuludest moodustab lõviosa voodipäevade, eriti intensiivravipäevade maksumus, siis sellest ka haigekassale esitatud arvetel toodu varieeruvus:

TABEL 17

Ravimaksumus (punktides)

Haigla	Keskmine maksumus	Piirid
Haapsalu	3125	2420 - 4351
Vóru	3056	1571 - 4947
Mustamäe	2776	1365 - 5605
Maarjamõisa	2231	1358 - 3713

Nentides, et Eestis puudub ühtne taktika ja ka vaated sapi-
kivihaigete haiglaravile, soovitab audiitor siiski, arvestades
konkreetseid olusid, selle haigete grupi ravikvaliteedi hinda-
miseks orienteeruda järgmistele standarditele:

- operatsioonieelne haiglasviibimine - 2 päeva
- kehatemperatuuri mõõtmine - 100%
- täiendavad seedetrakti uuringud - 20%
- operatsioonijärgne intensiivravi - 2 päeva
- tüsistusi - 8%
- haiglaravi kestus kuni 10 päeva

KOKKUVÕTE

Eeltoodud uuring, mida võib pidada esimeseks taoliseks Eestis ja milles on püütud järgida Lääne-Euroopa maades omaksvõetud meditsiinilise auditi põhimõtteid, osutas mitmele, arstiabi korralduse seisukohalt olulisele probleemile.

Nagu tavaks, toimus uuring retrospektiivselt tuginedes haige kohta käivale dokumendile - haigusloole. Haigusloo kui meditsiinilise ja juriidilise dokumendi informatiivsust ning vormistamise korrektsust hindasid autorid 1338 juhul ning andsid neile hinnangu "kesine" või "halb" ligi viiendikul juhtudest. Seda vaatamata audiitorite rõhutatud tolerantsusele ja hinnangute heatahtlikkusele.

Samu haigusdokumente võrreldi ka tänapäevaks Euroopa-maades omaksvõetud standardile. Leiti, et kõigis haiglais on kasutusel "statsionaarse haige meditsiiniline kaart", mille passiosa on kehtestatud 1980. a. tolleaegse Nõukogude Liidu tervishoiuministeeriumi poolt.

Nimetatud haigusloovormi passiosa:

- ei ole patsiendikeskne, vaid dokumendi- ja ametkonnakeskne;
- sisaldab nõude ebavajaliku info talletamiseks samal ajal kui nii haige kui ka raviastutuse seisukohalt olulise info talletamiseks puudub korrektne võimalus;
- on kujunduslikult raskelttäidetav ja halvasti loetav.

Teisalt toimub aga konkreetse haige kohta käiva meditsiinilise info talletamine praktiliselt vabas vormis, kusjuures selle maht sõltub eelkõige raviastutuses omaksvõetud traditsioonidest, arsti ülikooliõpingute ajal omandatud ja nn. akadeemilise haigusloo najal kasvatatud oskustest.

Võib väita, et olukorras, kus täpselt formuleeritakse patsiendi, arsti, raviastutuse ning kindlustusorganisatsiooni vahelised suhted, ei oma praegune haigusloovorm väärtust ega usaldusväärsust, millele tuginedes saaks lahendada mistahes kerkivaid vaidlusküsimusi, olgu need meditsiinilised, rahalised või juriidilised.

Audiitorid, mõeldes, et ka "vabas" vormis kirjeldatud haigeseisund võib olla ammendav, on siiski seisukohal, et enamikus analüüsitud haiguslugudest on see kirjeldus pealiskaudne, ebaloogiline. Pahatihti puudub konkreetne ravi- ja uuringute plaan ja seetõttu toimuvad uuringud eklektiliselt alaristades klooralitest masinuuringuist ja kallimate analüüsides kusjuures lihtsamad, odavamad ja enamasti ka edasist diagnostikakäiku hästi suunavad uuringumeetodid on kasutamata.

Praktiliselt puudub haiguslugudes ravitüsistuste käsitlemine, mida audiitorid peavad oluliseks ravikvaliteedi pideval tagamisel.

Haiguslugude najal on võimatu täpselt arvestada kasutatud ravimite ja materjalide ning samuti põetusvahendite hindu.

Võttes kokku hinnanguid haigusloo kui ainukese ja olulisema haigedokumendi vormile ja sisule jõudsid audiitorid järeldusele, et:

-tuleb viivitamatult asuda üle-eestilise tüüphaigusloo väljatöötamisele, kusjuures see töö tuleb usaldada praktiseerivaile arstidele ja aprobeerida paljuprofiilseis haiglais, et vältida puudusi, millised on praeguses haigusloo passiosas;

-tuleb alustada piisavalt formaliseeritud haigedokumentide väljatöötamisele seades eesmärgiks ammendava info talletamine ka vahetult arvutisse baseerudes mõnele Euroopas kasutatavale süsteemile nagu "Swedstar", "Finstar" või sarnasele.

Haiguslugude analüüs osutas, et nn.ravivõrgu korraldamisel orienteerudes vaid praegu kasutatavatele aritmeetilistele keskmistele jäävad arvestamata mitmed olulilised ravikvaliteedi iseloomustavad aspektid. Ilmnes, et keskmise näitaja taga peitub reeglina hulk põhjendamatu uuringuid ja analüüse kuid ka haige heaks kasutamata võimalusi. Eriti ilmekalt tuli see esile kahe sageliesineva sisehaiguse juhtude süvendatud tundmaõppimisel.

Samas, kirurgiliste haiguste analüüsimisel kerkis üles nn. etapilise arstiabi rakendamise otstarbekus Eestis. Selle haigete grupi ravimisel kinnitus tõsiasi, et samaaegselt meditsiinitehnika arenguga kiputakse anostama iidseid arstikunstivõimalusi.

Kaheksas haiglas läbiviidud ravikvaliteedi uuring osutas sarnastel ravitendentsidele maakonnahaiglais ja ühiseid iseloomulikke jooni linnahaiglate ravitöös. Nii on ilmne, et vaatamata haigusvormile liialdati linnahaiglates, kus veidi paremad võimalused, mitmesuguste uuringutega. Maakonnahaiglais aga viibisid haiged reeglina suhteliselt kauem. Võimalik, et selle põhjuseks on haigetekontingendi sotsiaalne olukord.

Tuginedes eeltoodud audiitor-analüüsile jõuti esmakordselt Eestis mõnede, nn.ravikvaliteedi standardite esitamiseni. Seejuures need standardid, mis peaks olema aluseks edasisele tööanalüüsile baseeruvad kõige olulisemale konkreetsele olukorrale Eesti raviasutustes.

Esmakordselt läbiviidud audit lubab väita, et sellesuunaline tegevus väärib ja vajab jätkamist selleks, et tagada ravi kvaliteet, stimuleerida arste ja raviasutusi sellega pidevalt tegelema ning saavutada mõistlike kulutusega meditsiiniliselt võimalik optimaalne efekt.

Autorid avaldavad siirast tänu Haigekassade Assotsiatsioonile käesoleva töö finantseerimise eest ja tänavad audiitorkontrollile allutatud haiglate peaarste ning arste mõistva suhtumise ja kaasabi eest.

KASUTATUD KIRJANDUSE LOETELU

1. Bowden D, Walshe K: When medical audit starts to count. Brit Med J 1991, 303: 101-103.
2. Shaw CD: Criterion based audit. Brit Med J 1990, 300: 649-651.
3. Ellis BW: How to set up an audit. Brit Med J 1989, 298: 1635-7.
4. Gruer R et al: Audit of surgical audit. Lancet 1986, 1: 23-25.
5. Hopkins, A, Maxwell R: Contracts and quality of care. Brit Med J 1990, 300: 919-22.
6. Firth-Cozens J, Venning P: Audit officers: what are they up? Brit Med J 1991, 303: 631-2.
7. Crombie IK, Davies HTO: Audit of outpatients. Brit Med J 1991, 302: 1437-9.
8. Voogt HJ de: Quality control. Lancet 1993.
9. Reizenstein P: Quality and health care in Sweden. Brit Med J 1991, 303: 900-2.
10. Vuori H: Quality assurance in Finland. Brit Med J 1992, 304: 162-4.
11. Reerin E: Arcadia revisited: quality assurance in hospitals in The Netherlands. Brit Med J 1991, 302: 1443-5.
12. Giraud A: Medical audit in France: historical perspective. Brit Med J 1992, 304: 426-8.
13. Amouretti M et al: Medical audit in France: from ideal to reality. Brit Med J 1992, 304: 428-30.
14. Sunol R et al: Medical audit: the Spanish experience. Brit Med J 1991, 303: 1249-51.
15. Towne JB: The philosophy of the quality assurance. J Vascul Surg 1991, 13: 521-2.

16. Veith FJ et al: The need for quality assurance in vascular surgery. *J Vascul Surf* 1991, 13: 523-6.
17. Winchester DP: The assurance of quality care for cancer patients. *Cancer* 1990, 65: 776-9.
18. Berwick DM et al: Quality management in the NHS: the doctors role. *Brit Med J* 1992, 304: 235-9, 304-8.
19. Kritchevsky, SB, Simmons BP: Continuous quality improvement. Concepts and applications for physicians care. *JAMA* 1991, 266, 1817-23.
20. Berwick DM: Controlling variations in health care. *Medical Care* 1991, 29: 1212-5.
21. Berwick DM: Continuous improvement as an ideal in health care. *N Engl J Med* 1989, 320: 53-56.
22. Steffen GE: Quality medical care. *JAMA* 1988, 260: 56-61.
23. Donabedian A: The quality of care. How can it be assessed? *JAMA* 1988, 260: 1743-8.
24. Roper WI et al: Effectiveness in health care. An initiative to evaluate and improve medical care. *N Engl Med J* 1988, 319: 1197-1202.
25. Jencks SF, Wilensky GR: The health care quality improvement initiative. *JAMA* 1992, 268: 900-3.
26. Goldman RL: The reliability of peer assessment of quality of care. 1992, 267: 958-60.
27. Brennan TA et al: Hospital characteristics associated with adverse events and substandard care. *JAMA* 1991, 265: 3265-9.
28. Eisenberg JM, Rosoff AJ: Physician responsibility for the cost of unnecessary medical services. *N Engl J Med* 1978, 299: 76-80.
29. Rutstein DD et al: Measuring the quality of medical care. *N Engl J Med* 1976; 294: 582--8.

42. Carter A: Clinical practice guidelines. Can Med Assoc J 1992, 147: 1649-50.
43. Menken M: Practice guidelines in neurology. Arch Neuro~~l~~ 1992, 49: 193-5.
44. Jesilow P: Fraud by physicians against Medicaid. JAMA 1991, 266+ 3318-22.
45. Todd JS: Professionalism at its worst. JAMA 1991, 266: 3338.
46. Fitzpatrick R: Surveys of patient satisfaction. Brit Med J 1991, 302: 887-9.
47. Hirshfeld EB: Should practice parameters be the standard of care in malpractice litigation? JAMA 1991, 266: 2886-91.
48. Garnick DW et al: Can practice guidelines reduce the number and costs of malpractice claims? JAMA 1991, 266: 2856-60.
49. Kravitz RL et al: Malpractice claims data as a quality improvement tool. I. Epidemiology of error in four specialties. JAMA 1991, 266: 2087-92.
50. Rolph JE et al: Malpractice claims data as a quality improvement tool. II. Is targeting effective. JAMA 1991, 266: 2093-7.
51. Lomas J et al: Do practice guidelines guide practice? The effect of consensus statement on the practice of physicians. N Engl J Med 1989, 321: 1306-11.
52. Frazier HS, Hiatt HH: Evaluation of medical practices. Science 1978, 200: 875-8.
53. McPherson K: Length of stay and health outcome. Brit Med J 1984, 288: 1854-5.
54. Drummond M et al: Health economics: an introduction for clinicians. Ann Intern Med 1987, 107: 88-92.
55. Teasdale S: Management and administration. Brit Med J 1992, 305: 454-6.

56. Iglehart JK: Germany's health care system. (First of two parts)
N Engl J Med 1991, 324: 503-8.
57. Iglehart JK: Germany's health care system (Second of two parts).
N Engl J Med 1991, 324: 1750-6.
58. Iglehart JK: Japan's medical care system. N Engl J Med 1988,
319: 897- 12.
59. Iglehart JK: Japan's medical care system - Part two. N Engl J
Med 1988, 319: 1166-72.
60. Simmons HE et al: Comprehensive health care reform and managed
competition. N Engl J Med 1992, 327: 1525-7.
61. Donaldson C. Mooney G: Needs assessment, priority setting, and
contracts for health care: an economic view. Brit J Med 1991,
303: 1529-30.
62. Ellwood PM: A technology of patient experience. N Engl J Med
1988, 318: 1549-56.
63. Fuchs VR: The best health care system in the world. JAMA 1992,
268: 916-7.
64. Blendon RJ et al: Physicians' perspectives on caring for patients
in the United States, Canada, and West Germany. N Engl J Med
1993, 328: 1011-6.
65. Manuel BM: Changing the malpractice liability system. N Engl
J Med 1990, 322: 626+31.
66. Redelmeier DA, Fuchs VR: Hospital expenditures in the United
States and Canada. N Engl J Med 1993, 328: 772-8.
67. Mirvis DM: Physicians' autonomy - the realtion between public and
professional expectation. N Engl J Med 1993, 328: 1346-9.
68. Hiatt HH et al: A study of medical injury and medical malprac-
tice. N engl J Med 1989, 321: 480-4.
69. Lister J: Proposals for reform of the British National Health
Service. N Engl J Med 1989, 320: 877-80.

83. Policy of medical associations regarding quality of care development. Collaborative project between the European Forum of Medical Associations and the World Health Organization Regional Office for Europe, 1993.
84. Shaw CD: Quality assurance in the United Kingdom. Quality Assurance in Health Care 1993, in press.
85. Shaw CD, Brooks TE: Health service accreditation in the United Kingdom. Quality Assurance in Health Care 1991, 3: 133-40.
86. Shaw C: Medical audit. A hospital handbook. King's Fund Centre, London 1989, 52 lk.
87. Blumenthal D: Total quality management and physician' clinical decisions. JAMA 1993, 269: 2775-8.
88. Hravitz RL et al: Differences in the mix of patients among medical specialties and systems of care: results of the Medical Outcomes Study. JAMA 1992, 267: 1617-23.
89. O'Connor GT et al: A regional prospective study of in-hospital mortality associated with coronary artery bypass grafting: the Northern New England Cardiovascular Disease Study Group. JAMA 1991, 266, 803-9.
90. Health Care Technology Assessment Programs. A review of selected programs in different countries. SBU, The Swedish Council on Technology Assessment in Health Care. February 1993.
91. SBU evaluates costs, risks and benefits in health care. SBU Bulletin. Stockholm 1993.
92. Greenfield S et al: Variations in resource utilization among medical specialties and systems of care. Results from the Medical Outcomes Study. JAMA 1992, 267: 1624-30.

93. Lefevre F et al: Iatrogenic complications in high-risk, elderly patients. Arch Intern Med 1992, 152: 2074-80.
94. Lefevre F et al: Use of the Rand Structured Implicit Review Instrument for quality of care assessment. Am J Med Sci 1993, 305: 222-8.
95. Rubenstein LV et al: Changes of quality of care for five diseases measured by implicit review, 1981 to 1986. JAMA 1990, 264: 1974-9.
96. Kahn KL et al: Measuring quality of care with explicit process criteria before and after implementation of the DRG-based prospective payment system. JAMA 1990, 264: 1969-73.
97. Donaldson MS, Sox HC Jr: Setting priorities for health technology assessment. National Academy Press, Washington, DC 1992, 145 pp.
98. Gelijns AC, Ed: Technology and health care in an era of limits. National Academy Press. Washington, DC 1992, 283 pp.
99. Lohr KN, Retting RA, Ed: Quality of care and technology assessment. National Academy Press, Washington, DC 1992, 148 pp.
100. Field MJ, Lohr KN, Eds: Guidelines for clinical practice. National Academy Press. Washington, DC 1992, 426 pp.
101. National priorities for the assessment of clinical conditions and medical technologies. National Academy Press. Washington, DC 1990, 107 pp.
102. Donaldson MS, Harris-Wehling J, Lohr KN, Eds: Medicare. New directions in quality assurance. National Academy Press. Washington DC 1991, 207 pp.
103. Nieman F-M et al: Qualitätssicherung in Krankenhäusern Schleswig-Holsteins - auf dem Wege zum Qualitätsmanagement. Kiel 1993, 34 S.

104. Niemann F-M, Beske F: Qualitätssicherung in Krankenhäusern Schleswig+Holsteins. Kiel 1992, 269 S.
105. Eversmann BJ, Nieman FM, Beske F: Qualitätssicherung im Krankenhaus in der Bundesrepublik Deutschland. Kiel 1993, 70 S.
106. Continuous quality development. Why and how. Danish Ministry of Health. Danish National Board of Health. 1993, 27 pp.
107. O'Leary DS: Quality assessment. Moving from theory to practice. JAMA 1988, 260, 1760.
108. Lohr KN, Ed: Medicare. A strategy for quality assurance. Vol I and II. 441 and 4461 pp.
109. Goldman RL: The reliability of peer assessment of quality of care. JAMA 1992, 267, 998-960.
110. Dans PE et al: Peer review organizations. Promises and pitfalls. N Engl J Med 1985, 313, 1131-7.
111. Goldman RL, Walder DJ: An initial assessment of the Veterans Affairs Occurrence Screening Program. QRB 1992, 327-332.
112. Goldman R: Development of a Veterans Administration Occurrence Screening Program. Quality Review Bulletin 1989, 15, 315-9.
113. Rubin HR: Can patients evaluate the quality of hospital care? Med Care Rev 1990, 47, 267-326.
114. Lefevre F et al: Use of the Rand Structured Implicit Review Instrument for Quality of Care Assessment. Am J Med Sci 1993, 305, 222-8.
115. Burstin HR et al: The effect of hospital financial characteristics on quality of care. JAMA 1993, 270, 845-9.
116. Blumenthal D: Total quality management and physicians' clinical decisions. JAMA 1983, 269, 2775-8.