

**Järeldaudit veresoontekirurgia teenuse kvaliteedi hindamiseks
viisid läbi Eesti Veresoontekirurgide Seltsi ja Eesti Kirurgide
Assotsiatsiooni (06.05.2011) määratud eksperdid**

aprill 2012

1. Auditi eesmärk

Eelmine audit viidi läbi 2008 aasta lõpus, mille käigus tuvastati puudusi, mis tingisid järeldauditeerimise vajaduse. Käesolev järeldaudit on läbiviidud hindamaks veresoontekirurgia teenuse kvaliteeti Ida-Tallinna Keskhaiglas ja Taastava Kirurgia Kliinikus.

Auditi eesmärgiks oli hinnata: preoperatiivset diagnostikat, ravitaktika valikut, operatsioonimeetodi valikut, postoperatiivsete tüsistuste esinemissagedust, ateroskleroosi riskifaktorite hindamist ja modifitseerimist, opereeritud haige järelkontrollisüsteemi, raviteenuste arвете vastavust osutatud meditsiinilistele teenustele, eelmisest auditist tulenevate puuduste ja probleemide käsitlemist.

2. Auditi valim ja meetod

Käesolevaks auditeerimiseks olid valitud eeltoodust tulenevalt 38 haigusjuhtu Ida-Tallinna Keskhaiglast (kõik patsiendid, kes vastasid valikukriteeriumitele) ja juhuvaliku teel 101 haigusjuhtu Taastava Kirurgia Kliinikust ajavahemikust 1.07.2010 – 31.12.2010. a.

Valikukriteeriumid olid järgmised:

- ✓ Raviarved ajavahemikus 01.07. – 31.12.2010
- ✓ Raviarvetel diagnoosid: I65.2, I71.3, I71.4 ja I70.2 ja operatsioonikoodid: 40601, 40603, 50601, 50603, 50605, 60601, 60602, 60603, 60604, 60608, 60609, 70601, 70603, 70604, 70606, 70608
- ✓ Välja jäetud kood: 30111, kui see esines raviarvel sel perioodil ainsana (ITK - 10 juhtu koodiga 30111 ja TKK - 4 juhtu koodiga 30111)

Auditeerijad teostasid haiguslugude analüüsi ja vaskulaarse piltiagnostika analüüsi pildipanga (WEB 1000) baasil. Ravitulemuste järeldamiseks tehti vajadusel patsientide telefoniküsitlus. Preoperatiivne diagnostika hinnati heaks, kui valdaval enamusel patsientidest oli olemas piltiagnostika ja vaskulaarne füüsikaline uuring. Preoperatiivne diagnostika loeti mitterahuldavaks, kui olulisel hulgal patsientidest see puudus. Ravitaktika ja operatsioonimeetodi hindamisel loeti adekvaatseks (s.t parimaks valikuks patsiendile) need, mis vastavalt ravijuhistele peaksid olema esmavalikuks. Küsitavaks hinnati situatsiooni, kui valiti alternatiivne ravitaktika või operatsioonimeetod. Valeks loeti ravitaktika, kui piltiagnostika puudus või seda oli valesti interpreteeritud. Valeks loeti operatsioonimeetod, mida rakendati ilma piltiagnostikata või piltiagnostikat valesti interpreteerides.

Kuna Eestil puuduvad oma ravijuhised veresoontehaiguste käsitlemiseks, lähtusid auditeerijad tunnustatud rahvusvahelisest praktikast, mis on kujunenud tõendus põhiste teadmiste alusel.

Hindamise aluseks olid järgmised laialdaselt tunnustatud ravijuhised ja konsensusdokumendid:

- 1) Inter-Society Consensus for the Management of Peripheral Arterial Disease (TASC II). Eur J Vasc Surg 33: S1-S70 (2007)2) ACC/AHA 2005 Guidelines for the management of Patients with Peripheral Arterial Disease (Lower Extremity, Renal, Mesenteric and

Abdominal Aortic). Circulation 21; 113 (1): 463-654 (2006), <http://acc.org/clinical/guidelines/pad/index.pdf>

- 2) Chaturvedi S, Bruno A, Feasby T et al. Carotide endarterectomy and evidence based review: report of the Therapeutic and Technology Assessment Subcommittee of the American Academy of Neurology. Neurology 2005; 65 (1):794-801.
- 3) Beard J.D Which is the best revascularization for critical limb ischemia: Endovascular or open surgery? (The Robert B. Rutherford lecture) Journal of Vascular Surgery December Supplement 2008.11S-16S.

3. Lühikokkuvõte järelauditi tulemustest

3.1 Kokkuvõte Ida-Tallinna Keskhaigla veresoontekirurgia-alasele tegevusele

Preoperatiivset vaskulaarset diagnostikat võib lugeda heaks, kuna osaline vaskulaarne füüsikaline uuring oli teostatud 92%, täielik 8% juhtudest ning preoperatiivne vaskulaarne piltdiagnostika oli olemas 100% juhtudest.

Võrreldes eelneva auditiga on preoperatiivse vaskulaarse diagnostika paranenud. Eelmises auditis oli olemas täielik füüsikaline vaskulaarne uuring 0% ja osaline 88% patsientidest, piltdiagnostika oli olemas 81% juhtudest. Eelmises auditis hinnati preoperatiivset diagnostikat rahuldavaks, nüüd saab seda pidada heaks.

Ateroskleroosi riskifaktorite identifitseerimine ja modifitseerimine on võrreldes eelneva auditiga mõnevõrra paranenud, kuid siiski ei saa väita, et sellega tegeletakse süstemaatiliselt, eriti mis puudutab lipiidide ainevahetuse diagnostikat ja selle korrigeerimist.

Ravitaktika valik oli adekvaatne 90% juhtudest, mida võib lugeda heaks. Eelmises auditis täheldati adekvaatset ravitaktika valikut 69% juhtudest. Märkimist väärib endovaskulaarse ravimeetodi kasutamine, mis tänapäeva veresoontekirurgias on kujunemas esmavalikuks. Haigekassalt päringu tegemisel selgus, et auditeeritava perioodil tehti 14 juhul endovaskulaarset ravi, mis moodustas kolmandiku ITKH veresoontekirurgilisest tegevusest sellel ajaperioodil.

Operatsioonimeetodi valikul (operatsioonid veresoontel) oli 90% juhtudest tehtud adekvaatne valik, s.t. valiti operatsioonimeetod, mis tagas parima ravitulemuse. Seda võib lugeda heaks ja tulemus on märkimisväärselt paranenud võrreldes eelneva auditiga, kus adekvaatne operatsioonimeetodi valik oli täheldatud 42% juhtudest.

Postoperatiivsete tüsistuste esinemissagedus oli 17% (eelmine audit 11,5%), mis on aktsepteeritav.

Voodipäevade kasutamine on muutunud efektiivsemaks, keskmine voodipäevade arv oli 8,1 päeva, mis on kahe päeva võrra vähenenud võrreldes eelneva auditiga (10,2 päeva).

Oluline edasimineku on opereeritud haigete järelkontrolli süsteemis. Kui eelmise audit järeldustes nenditi, et ITKH puudub opereeritud veresoontepatoloogiaga patsientide kliiniline järelkontroll siis käesoleval juhul oli 86% patsientidest allutatud järelkontrollile, mis on hea näitaja.

Kokkuvõtvalt: veresoontekirurgia teenus Ida-Tallinna Keskhaiglas on hea kvaliteediga ja eelmisest auditist ilmnenu puudused on suuremas osas likvideeritud.

3.2 Kokkuvõte AS Taastava Kirurgia Kliiniku veresoontekirurgia-alasele tegevusele

Võrreldes eelneva auditiga olulist paranemist veresoonte patoloogiaga patsientide käsitluses ei ole toimunud. Jätkuvalt ei saa lugeda rahuldavaks preoperatiivset vaskulaarset diagnostikat, kui 40% juhtudest puudub nõuetekohane vaskulaarne piltdiagnostika. Eelmises auditis puudus see 67% juhtudest.

Sama kehtib ka ravitaktikaliste otsuste osas, kus puudulik preoperatiivne diagnostika ja puudulikud erialateadmised ei võimaldanud teha adekvaatseid ravitaktikalisi otsuseid ega valida parimat revaskularisatsioonimeetodit patsiendi jaoks. Adekvaatseid ravitaktikalisi otsuseid tehti 52% juhtudest, eelmises auditis 22%.

Vaatamata sellele, et eelmises auditis juhti tähelepanu endovaskulaarse ravimeetodi kasutamise puudumisele, selgub haigekassast päringu tegemisel, et auditeeritaval perioodil ei rakendatud mitte ühelegi patsiendile endovaskulaarset ravi. Samas vahepealsetel aastatel (kahe auditi vaheline periood) on endovaskulaarse ravi osatähtsus veresoontekirurgias veelgi kasvanud ja alajäseme veresoonte patoloogia korral on vähemalt 60-70% juhtudest endovaskulaarne ravi esmavalikuks.

Ka operatsioonimeetodite valikul ei lähtunud ravijuhistes soovitatust: šunteerivate operatsioonide eelistamist TEA-le ja transplantaadi valikul autoveeni eelistamist proteesile. Autoveeni kasutati ainult 9% juhtudest infraingvinaalsetel šunteerimistel (Swedvasc 2010 andmetel Rootsis 73%).

Valed ja küsitavad ravitaktikalised otsused peegeldusid sagedastes postoperatiivsetes tüsistustes (34% juhtudest). Eelmises auditis täheldati postoperatiivseid tüsistusi 38% juhtudest. Tüsistunud juhud tingisid ka tavalult pika haiglaravi kestvuse (14,6 päeva). Eelmises auditis oli keskmine haiglaravi pikkus 11,1 päeva.

Tüsistuste tõttu vajab iga kolmas patsient kordusoperatsiooni, neist 10 patsienti korduvalt. Kõrge oli vahetu postoperatiivne amputatsioonide sagedus (11,6%), lisaks kaotasid jäseme 9 patsienti (10,5%) esimese 6 kuu jooksul pärast haiglast lahkumist.

Vaatamata sellele, et eelnevas auditis juhtisime tähelepanu asjaolule, et veresoontekirurgi kvalifikatsiooni mitteomav arst ei tohiks teha veresoonte rekonstruktiivseid operatsioone, jätkatakse siiski selle praktikaga.

Raviteenuste arвете vastavusest osutatud raviteenustele analüüsist ilmnes, et võrreldes eelneva auditiga on probleemseid juhte vähem, kuid küsitavusi oli siiski ka käesolevasse valimisse sattunud haiguslugudes.

Kokkuvõtvalt: veresoontekirurgia teenuse kvaliteet Taastava Kirurgia Kliinikus ei vasta tänapäeva veresoontekirurgia nõuetele.

4. Tagasiside auditeeritutele

Eesti Haigekassa saatis mõlemale auditeeritud asutusele järelauditi kokkuvõtte neid puudutavate tulemustega. Lisaks saadeti järelauditi aruanne üldistatud kujul ka Sotsiaalministeeriumile, Terviseametile, Eesti Veresoontekirurgia Seltsile ja Eesti Kirurgide Assotsiatsioonile. Tervishoiuteenuse osutajatelt oodati auditi tulemuste omapoolset analüüsi ja ettepanekuid, kas ja kuidas auditis toodud probleemseid situatsioone oleks võimalik nende seisukohast parendada. Mõlemad tervishoiuteenuse osutajad saatsid haigekassale vastused.

Auditi tulemusi tutvustati Tallinnas 20.02.2012, milles osalesid 29 isikut auditeeritud asutustest, sotsiaalministeeriumist, terviseametist, Eesti Veresoontekirurgide Seltsist, Eesti Kirurgide Assotsiatsioonist ja haigekassast.

5. Ettepanekud¹

Tervishoiuteenuse osutajate juhtkonnale

- ✓ Tagada vaskulaarne piltagnostika kõikidele patsientidele, kes seda vajavad.
- ✓ Endovaskulaarne ravi peab olema veresoontekirurgia osakonna lahutamatu koostisosa.
- ✓ Tagada, et veresoontekirurgia teenust osutab ainult vastavat pädevust omav eriarst.
- ✓ Tagada opereeritud veresoontekirurgia haigetele toimiv järelkontrolli süsteem.

Sotsiaalministeeriumile ja/või Terviseametile

- ✓ Kontrollida veresoontekirurgia teenuse osutamiseks kehtivaid nõudeid raviasutuses (vaskulaarse piltagnostika võimalus ja endovaskulaarse ravi võimekus), et tegevusloa saamiseks peavad need nõuded olema täidetud.
- ✓ Tagada, et veresoontekirurgia teenust osutavad ainult vastavat pädevust omavad eriarstid.

Erialühendustele

- ✓ Kaaluda Eesti Vabariigi vaskulaarregisteri loomist, et saada ülevaadet erialasest tegevusest ja selle kvaliteedist.
- ✓ Hinnata veresoontekirurgia teenust osutavate arstide pädevust.

Eesti Haigekassale

- ✓ Veenduda lepingute sõlmimisel raviteenuse osutajaga, et raviasutusel on kaasaegne diagnostika ja ravi võimekus kvaliteetse raviteenuse osutamiseks. Selle puudusel ei tohiks lepinguid sõlmida või kehtivad lepingud tuleks ümber vaadata.
- ✓ Täpsustada või ümber töötada veresoontekirurgia operatsioonide kodeerimise juhend raviarvetele.
- ✓ Kaaluda hinnakirjas erineva pikkusega proteeside maksumuse diferentseerimist.
- ✓ Kontrollida raviteenuste arvet vastavusest osutatud raviteenustele, et lõpetada juurdekirjutused ja pettused raviteenuste arvetel (s.t. maksumaksja raha raiskamine)

¹ Auditeerijate ettepanekud tulenevad eelkõige Taastava Kirurgia Kliiniku järelauditi tulemustest lähtuvalt.

LISA 1: Eesti Veresoontekirurgide Seltsi otsus ekspertiisi tegemisest (29.2.2012, digiallkirjastanud P.Pöder)

Eesti Veresoontekirurgide Selts

Juhatusesimees: Dr. Andres Idla
Seltsi sekretär: Dr. Priit Pöder
priit.poder@gmail.com

29 veebruar 2012

Eesti Haigekassa
Tervishoiamet
Sotsiaalministeerium

Eesti Veresoontekirurgide Seltsi juhatuse otsus

Lähtudes põhikirja punktist 2.1.1 ja 2.1.3 otsustas Eesti Veresoontekirurgide Seltsi juhatus järgmist:

Kohustada Eesti Veresoontekirurgide Seltsi (edaspidi selts) liikmeid mitte andma hinnanguid ja/või ekspertiisiotsuseid aimuisikuliselt Eesti Vabariigi veresoontekirurgia keskuste (Sihtasutus Põhja-Eesti Regionaalhaigla, Aktsiaselts Ida-Tallinna Keskhaigla, Sihtasutus Tartu Ülikooli Kliinikum, Aktsiaselts Taastava Kirurgia Kliinik) kohta.

Kõik nimetatud hinnangud ja/või ekspertiisid tuleb teostada kollektiivselt vähemalt 3 seltsi liikme poolt, kellest vähemalt 2 on juhatuse liikmed.

Kõik nimetatud hinnangud ja/või ekspertiisid, mis ei täida eelpool toodud tingimust, on seltsi juhatuse otsuse kohaselt õigustühised.

Lugupidamisega,

Juhatusesimees:

Dr. Andres Idla, Dr. Asser Aavik, Dr. Argo Aru, Dr. Priit Pöder

LISA 2: Eesti Veresoontekirurgide Seltsi juhatuse vastus audiitoritele

From: Urmas Lepner
Sent: Thursday, February 23, 2012 9:16 AM
To: Asser Aavik
Subject: FW: arvamuse küsimine

Lgp. Eesti Veresoontekirurgia Seltsi juhatuse

Pöördume Teie poole hiljuti läbiviidud järelauditiga "Veresoontekirurgia kvaliteedi hindamiseks ITKH ja TKK." Kuna selts usaldas meile selle auditi läbiviimise siis palume seltsi juhatusele selgeid ja põhimõtteilisi vastuseid meie alljärgnevatele küsimustele, et saaksime kavandada oma järgmisi samme meile osaks saanud alusetule kriitikale TKK kolleegide poolt läbi ajakirjanduse. Nendele küsimustele vastamine ei nõua auditiga süva tutvumist ega ka vastulausete analüüsi rääkimata algallikate (haiguslugude) uurimist.

Meie küsimused on järgmised.

1. Kas seltsi juhatuse leiab, et TKK ravitav haigete kontingent erineb teiste Eesti veresoontekirurgia keskuste haigete kontingendist välistades võrdleva analüüsi Eesti veresoontekirurgia keskuste vahel?
2. Kas UH arteritest (continous- wave doppler ultrasound) on piltagnostika ja kas selle alusel on võimalik teha ravitaktikalisi otsuseid revaskularisatsioon vs amputatsioon või endovaskulaarne ravi vs. avatud veresoonte rekonstruktiivne operatsioon?
3. Kas patsiendid, kellel on veresoonte rekonstruktsioon tromboseerunud ja/või jala seisund muutunud (klaudikatsioon gangreeniks) vajavad uut piltagnostikat enne uut raviotsust, kui eelmisest piltagnostikast on möödunud keskmiselt 8 kuud (4,5-14 kuud)?
4. Kas veresoontekirurgia selts jagab seisukohta, et kaasaegne veresoontekirurgia ei ole mõeldav ilma endovaskulaarse ravita ja igal veresoontekirurgia keskusel peaks see võimekus olema?
5. Kas selts nõustub/ei nõustu dr. T. Mereni poolt ajakirjanduses esitatud seisukohaga "Endovaskulaarse ravi puudumine on loogiline, sest see on mõeldud kergete haigustega inimestele"?
6. Kas veresoontekirurgi kvalifikatsiooni mitteomav kirurg võib iseseisvalt vastu võtta ravitaktikalisi otsuseid ja teha veresoonte rekonstruktiivseid operatsioone

Palume esimesel võimalusel tagasisidet.

Lugupidamisega,
Urmas Lepner ja Tiit Vaasna

From: Andres Idla - PERH [<mailto:Andres.Idla@regionaalhaigla.ee>]
Sent: Thursday, February 23, 2012 2:05 PM
To: Urmas Lepner; Tiit Vaasna
Cc: Asser Aavik; Priit Põder (priit.poder@gmail.com); Argo Aru@itk.ee
Subject: Re: arvamuse küsimine

Tere Lp.kolleegid,

Teie esitatud küsimused on läbi arutatud EVKS juhatuse liikmete vahel, eriarvamusi ei esinenud.

1. kontingendid erinevates keskustes Eestis ei erine
2. UH-Doppleruuringu alusel ei saa teha ravitaktikalisi otsuseid.
3. Jah, pärast 2 kuu möödumist eelnevast piltagnostikast on vajalik uus piltagnostika juhul, kui jala seisund on kliiniliselt muutunud ja planeeritakse uut rekonstruktsiooni.
4. Kaasaegne veresoontekirurgia ei ole mõeldav ilma endovaskulaarse ravita ja igal keskusel peab see võimalus olema. (Voib tellida ka teisest keskusest).
5. Selts ei nõustu dr. Mereni ajakirjanduses esitatud väitega. Endovaskulaarse ravi puudumine ei ole loogiline ja selle rakendamine ei sõltu seejuures patoloogia raskusest.
6. Veresoontekirurgi kvalifikatsiooni mitteomav kirurg võib teha erakorralises situatsioonis ravitaktikalise elupäästva otsuse (klemmida või ommelda arteri), kuid ei voi teha plaanilisi rekonstruktiivseid operatsioone.

Tervitades,

EVKS juhatuse esimees,
Andres Idla