

Medaudit @

**TALLINNA HAIGLATESSE HOSPI-  
TALISEERIMISE MOTIVEERITUS  
JA  
RAVI-DIAGNOSTILISTE PROTSE-  
DUURIDE OTSTARBEKUS**

**Koostajad:**

**Rein Zupping  
Andres Ellamaa**

Tallinn, 1995

Arst-audiitorid:

ENE ANIJALG  
JÜRI GROSS  
TOOMAS KÜTT  
TOIVO LAKS  
ERKI LOIGOM  
ÜLLE PLANKEN  
ANNE PÕLD  
HELE REMMEL  
TOOMAS TAMM  
RANDO TRUVE

TARTU ÜLIKOOLI SISEKLIINIK  
MUSTAMÄE HAIGLA  
TALLINNA KESKHAIGLA  
MUSTAMÄE HAIGLA  
MUSTAMÄE HAIGLA  
EESTI SÜDAMEKESKUS  
TARTU ÜLIKOOLI KÕRVAKLIINIK  
TARTU ÜLIKOOLI SISEKLIINIK  
TALLINNA KESKHAIGLA  
TALLINNA PELGULINNA HAIGLA

Koostajate aadress:

EE 0034, Tallinn, Sütiste 19  
Tallinna Mustamäe Haigla

telef. 535-653; 525-654

Ainult jumalat võib uskuda,  
teised esitagu arvud !

## SISSEJUHATUS

Käesolev uuring on valminud Riigi Keskhaigekassa tellimusel. Selle eesmärgiks oli saada ülevaadet Tallinna haiglate ravitööst arstlikel põhialadel. Erinevalt varasemast TPI Linnauuringute Labori mahukast uuringust, milles hinnati ravikulutusi tuginedes haigekassa-arvetele ja statistilistele näitajatele, tugineb käesolev töö Euroopa-maades aktsepteeritud arstiabi kvaliteedi-alaste uuringute metoodikale, kus mistahes otsustus langetatakse uurides üksikjuhtusid ning seades esiplaanile arstliku tegevuse analüüsi nn.hea kliinilise praksise põhimõtteist lähtudes.

Uuringu autorid loodavad, et selle tulemused annavad lisa-informatsiooni nii tervishoiu-organisaatoritele kui ka haigekassadele edasise kindlustustegevuse korraldamisel. Samuti loodavad autorid, et analüüsi käigus ilmsikstulnud puudused aitavad kaasa arstliku töö kvaliteedi edasisele paranemisele.

## MATERJAL JA METOODIKA

Uuringu aluseks olid 3293 seitsme Tallinna haigla 33 osakonnas ravitud haige ravidokumendid (haiguslood). Nende alusel analüüsiti iga konkreetse haigusjuhu korral nii diagnostilise protsessi kui ka ravimetoodika otstarbekust. Iga haigusjuhu kohta koostati protokoll, milles 49 tunnust iseloomustamaks haiget, haigusjuhtu, diagnostika- ja raviprotsessi.

Haiguslugude analüüsis ja kokkuvõtete tegemisel osales 12 kõrgema või esimese kategooriaga arsti-audiitorit kellel praktilise töö kogemus vastaval erialal vähemalt 15 aastat. kellest neljal meditsiinikandidaadi ja kahel meditsiinidoktori teaduslik kraad.

## TULEMUSED

Kokku analüüsiti juhusliku valiku alusel haiguslugusid 3295, neist allloetletud haiglatest järgmiselt:

<u>Haigla *</u>		<u>Haigete arv</u>
Järve Haigla	(JÄ)	600
Keskhaigla	(KE)	501
Magdaleena haigla	(MA)	500
Meremeeste haigla	(ME)	600
Mustamäe haigla	(MU)	694
Nõmme haigla	(NÕ)	100
Pelgulinna haigla	(PE)	300

Ravilolnud haiged jaotusid oma sotsiaalselt kuuluvuselt järgmiselt:

Õpilasi	185	( 5,6%)
Töötajaid	1461	(44,4%)
Mittetöötavaid täiskasvanuid	129	( 3,9%)
Pensionäre	1254	(38,1%)
Invaliide	286	( 8,7%)

Eeltoodud mittetöötavate täiskasvanute suhe haigekassadega ning rahaline vahekord konkreetse raviasutusega jäi selgitamata. Kuivõrd nende isikute haiguslugudes ei leidunud viiteid kindlustuse olemasolule, siis võib neid tinglikult lugeda mittekindlustatuteks.

Hospitaliseeritud oli 2136 nn "plaanilises" korras ning 1089 erakorralistel näidustustel.

\* edaspidises tekstis kasutatakse sulgudes toodud tähistusi

Diagnostilisi protseduure ja uuringuid oli enne hospitaliseerimist tehtud 1168 juhul ning ei olnud tehtud 2096-l juhul. Uuringuid, mida oleks võinud teha enne haiglasse saabumist ambulatoorselt registreeriti 588 haigusjuhu puhul. Näidustamatuks pidasid audiitorid mitmesuguseid diagnostilisi protseduure ja uuringuid 277 haigusjuhu (8,5%).

Kava haige uurimiseks või ravimiseks oli hospitaliseerimisel või 1.-2.-l haiglapäeval 2957 haige puhul. 318 haige puhul aga formeerus see hiljem .

Audiitorid, kes võtsid oma hinnangute tegemisel aluseks konkreetse haigla võimalusi olid seisukohal, et 280-l juhul ei kasutatud haigla võimalusi optimaalselt. 37-l juhul registreeriti kliiniliselt põhjendamatute raviprotseduuride rakendamist.

Kokku kasutati siin analüüsitud haigusjuhtude puhul raviks 36336 haiglapäeva. Seejuures ei pidanud audiitorid optimaalseks haiglaravi kestust 831-l juhul (25,5%). Ülemäärase haiglasviibimise põhjustena toodi esile järgmist:

- haiguse komplitseeritud kulg	323 juhul (38,9%)
- kaasnevad haigused	204 juhul (24,5%)
- diagnostikaprotseduuride ootamine	142 juhul (17,0%)
- operatsiooni ootamine	73 juhul ( 8,8%)
- põetusravile saamine	20 juhul ( 2,4%)
- koju saamise ootamine	212 juhul ( 25,5%)
- diagnostika-tüsistused	11 juhul ( 1,3%)
- haiguste tüsistused	76 juhul ( 9,1%)
- ravi tüsistused	31 juhul ( 3,7%)
- muud põhjused	238 juhul (28,6%)

Siinjuures võis ühel üksikjuhul olla pikal haiglasviibimisel mitu motiivi.

Analüüsitava haiguslugude hulgas oli 223 ebakorrektselt haiguslugu (6,8%), neist kaks kui dokumendid, mittekasutatavad. Epikriisi pidasid audiitorid 245-l juhul mitteammendavaks või haigusjuhtu ebaadekvaatselt kajastavaks, mistõttu need ei olnud piisavalt informatiivsed. Tüsistuste puudulikkude registreerimist märgiti 38 haigusjuhu puhul.

### Hospitaliseerimine

Hospitaliseeritute hulgas oli 2697 (82%) tallinlasi ning 576 (18%) mujal elavat isikut. Seejuures oli märgitud proportsioon erinev haiglate kaupa

---

	JÄ	KE	MA	ME	MU	NÕ	PE	Kokku
Tallinlasi	92	52	81	90	81	94	88	100%
Mitte-tallinlasi	8	42	19	10	19	6	12	100%

Väärrib märkimist, et vaatamata uuritud haiglaosakondade sarnasusele oma tööülesannete ja võimaluste poolest, oli erinevusi ka hospitaliseeritute sotsiaalses seisundis.

	JÄ	KE	MA	ME	MU	NÕ	PE
Õpilasi	4	11,4	4	3,5	6,2	1	6
Töötavaid	38,2	46,9	51,1	44,9	45,2	37	40,6
Mittetöötavaid	3,8	3,6	2,4	2,7	5,5	5	5,7
Pensionäre	43,3	26,7	39,9	40,5	50,9	47	40
Invaliide	9,9	10,6	5,8	10,5	7,1	9	8
Kokku	100	100	100	100	100	100	100%

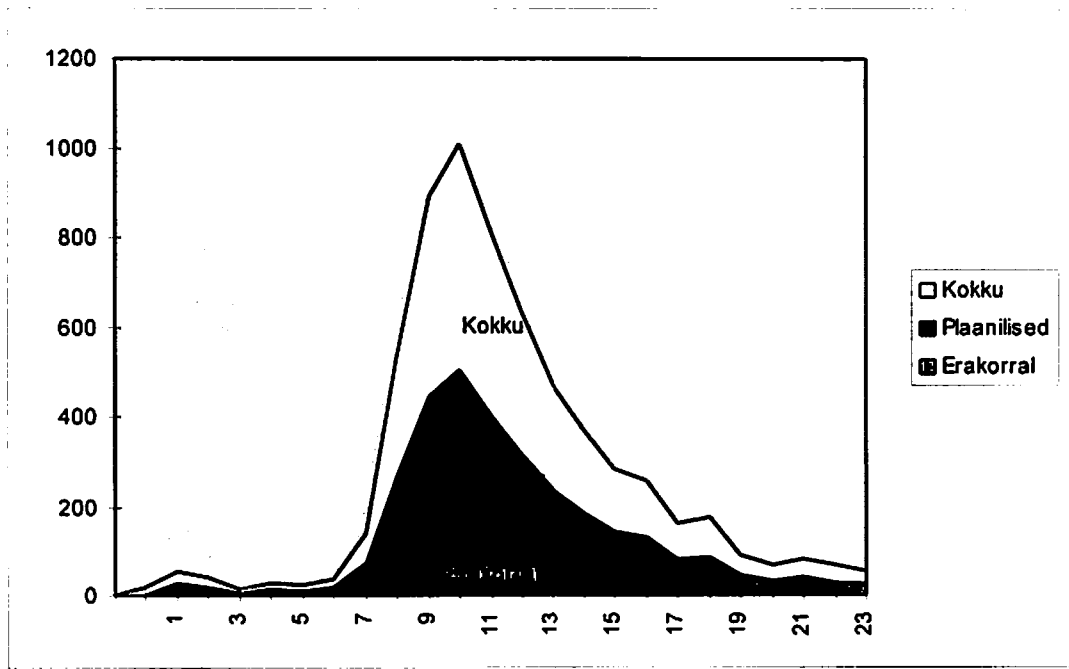
Hospitaliseerimine toimus nädalapäevade lõikes ebaühtlaselt ning selle põhiosa toimus nädala esimesel poolel. Sellist tendentsi võis täheldada mitte ainult "plaaniliste" vaid ka "erakorraliste haigete hospitaliseerimisel.

#### Hospitaliseerimise nädaladünaamika

	<u>Kõik</u>	<u>Plaanilised</u>	<u>Erakorralised</u>
Esmaspäev	24,4	26,3	17,5
Teisipäev	18,6	20,4	16,5
Kolmapäev	18,0	18,7	15,3
Neljapäev	16,6	17,5	15,0
Reede	12,8	11,9	15,0
Laupäev	3,8	1,0	9,4
Pühapäev	6,4	4,2	11,2
Kokku :	100%	100%	100%

Hospitaliseerimise ööpäevarütmi uurimine osutas, et öötundidel, s.t. kella 22-st kuni kell 6-ni hospitaliseeritakse 4,9% haigeist. Erakorralistest haigetest hospitaliseeritakse samal ajaperioodil 13,2%.

### Hospitaliseerimise ööpäeva-dünaamika



### **Diagnoosimine**

Kuigi 2/3-kku haigeist oli hospitaliseeritud nn.plaanilises korras oli neist vaid pooltel tehtud uuringuid enne haiglasse saabumist (1168 juhtu). Samas aga tehti 588 juhul haiglas neid uuringuid, mida oleks saanud hõpsalt teha ambulatoorseis tingimuses. Näidustamata uuringuid konkreetse haigusjuhu seisukohalt märgiti 277 juhul

Ambulatoorselt uurimata haigete hospitaliseerimissagedus varieerus oluliselt erinevate haiglate samatüübiliste osakondade vahel kui ka erialade lõikes.

### Haiglaeelsed diagnostilised uuringud ja analüüsid

Kirurgia

	JÄ	KE	MA	ME	MU	PE
Tehtud enne hospitaliseerimist	7	7	46	25	22	28
Oleks võinud teha ambulatoorselt	1	14	14	2	41	2
Näidustamata uuringud	0	4	1	0	1	1

### Uroloogia

	JÄ	KE	MA	ME	MU	PE
Tehtud enne hospitaliseerimist	26	62	82	51	17	20
Oleks võinud teha ambulatoorselt	20	20	12	7	29	36
Näidustamata uuringud	1	1	2	0	14	2

### Sisehaigused

	JÄ	ME	MU	NÕ	PE
Tehtud enne hospitaliseerimist	40	56	30	39	24
Oleks võinud teha ambulatoorselt	0	12	12	39	10
Näidustamata uuringud	0	1	57	0	2

### Kardioloogia

	JÄ	KE	MA	ME	MU I	MU II
Tehtud enne hospitaliseerimist	19	23	39	29	22	28
Oleks võinud teha ambulatoorselt	39	3	57	56	3	29
Näidustamata uuringud	1	0	2	1	4	8

### Gastroenteroloogia

	JÄ	KE	MA	ME
Tehtud enne hospitaliseerimist	47	76	47	72
Oleks võinud teha ambulatoorselt	27	12	26	5
Näidustamata uuringud	14	2	1	0

### Neuroloogia

	JÄ	MA	ME
Tehtud enne hospitaliseerimist	23	16	9
Oleks võinud teha ambulatoorselt	0	13	12
Näidustamata uuringud	2	15	18

### LOR

	KE	MU
Tehtud enne hospitaliseerimist	63	54
Oleks võinud teha ambulatoorselt	1	2
Näidustamata uuringud	0	0

Diagnostilise perioodi pikkuse kohta oli audiitoritel etteheiteid vaid üksikjuhtudel ning statistilise usaldusväarsuse seisukohalt nende põhjalikumat analüüsi käesolevas töös ei tooda..

### Ravimine



Haiglasse saabumisel oli raviplaan(-kava) formeerunud 2957 haigusjuhul ning audiitorid leidsid vaid 8,5%-l juhtudest (kokku 280 juhul), et haiglas olemasolevaid ravivõimalusi ei kasutatud optimaalselt. 37-l juhul oli kasutatud põhjendamata ravivõtteid või meetodikaid

Kokku kasutati uuritud haigusjuhtude puhul 36336 haiglapäeva haige keskmise haiglasviibimisega 11,1 päeva. Haiglasviibimise kestus oli plaanilises korras ja erakorralistel näidustustel hospitaliseeritute hulgas erinev. Samuti oli see erinev tallinlaste ja mitte-tallinlaste osas.

Keskmine haiglasviibimine:

-plaanilised haiged	11,2 päeva
-erakorralised haiged	8,0 päeva
-tallinlased	11,4 päeva
-mitte-tallinlased	9,6 päeva

Erinevate sotsiaalsete gruppide haiglasviibimine oli:

-õpilastel	5,5 päeva
-töötajail	9,7 päeva
-mittetöötavail	8,4 päeva
-pensionäridel	13,4 päeva
-invaliididel	50,3 päeva

Keskmine haiglasviibimine varieerus haiglate kaupa järgmiselt:

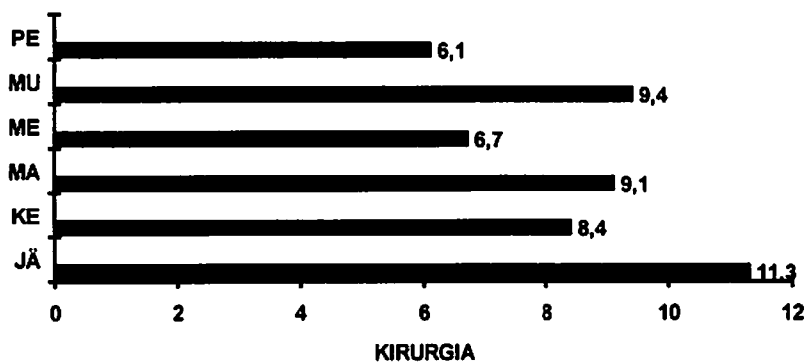
-JÄ	13,7 päeva
-KE	8,2 päeva
-MA	12,4 päeva
-ME	11,6 päeva
-MU	9,9 päeva
-NÕ	13,6 päeva
-PE	9,9 päeva

Seejuures tuleb arvestada, et hospitaliseeritute sotsiaalne struktuur erinevais haiglais varieerus oluliselt. (vt.lk.4) Haiglasviibimise keskmised näitajad varieerusid samuti ka erialade lõikes :

-sisehaigused	12,9 päeva
-gastroenteroloogia	13,0 päeva
-kardioloogia	16,2 päeva
-neuroloogia	15,4 päeva
-LOR	5,3 päeva
-kirurgia	8,6 päeva
-uroloogia	12,9 päeva

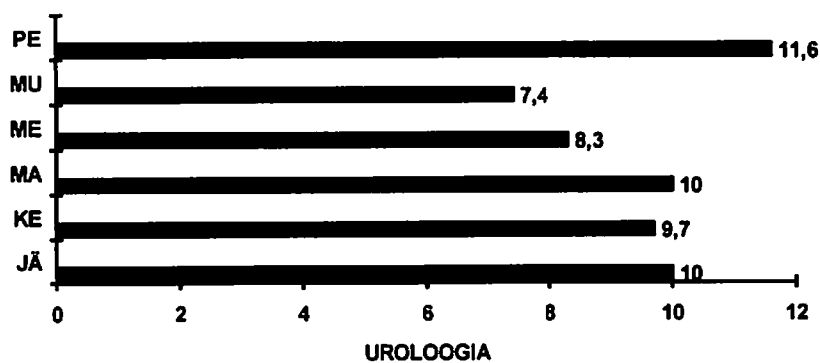
Samatüübilistes osakondades oli raviviibimise kestus erinev:

Keskmesised raviviibimised erinevais osakondades



Kirurgia

JÄ	KE	MA	ME	MU	PE
11,3	8,4	9,1	6,7	9,4	6,1



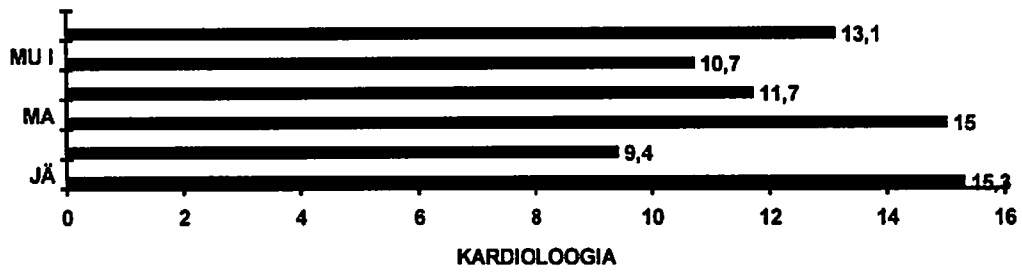
Urologia

JÄ	KE	MA	ME	MU	PE
10,0	9,7	10,0	8,3	7,4	11,6



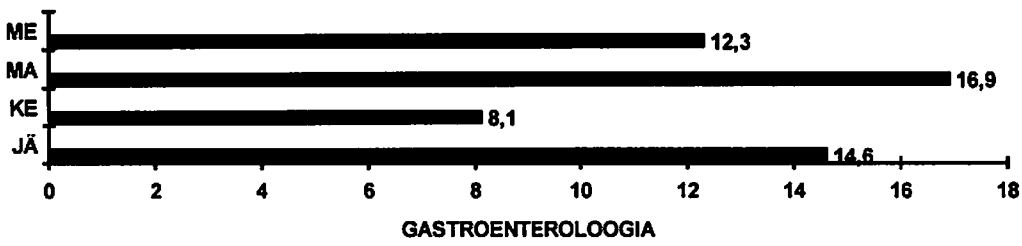
Sisehaigused

JÄ	ME	MU	NÕ	PE
14,9	11,7	12,5	13,6	11,9



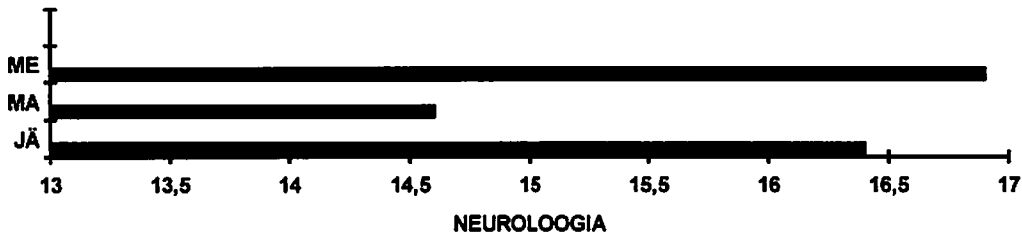
Kardioloogia

JÄ	MA	KE	MU I	MU II	ME
15,3	15,0	9,4	10,7	13,1	11,7



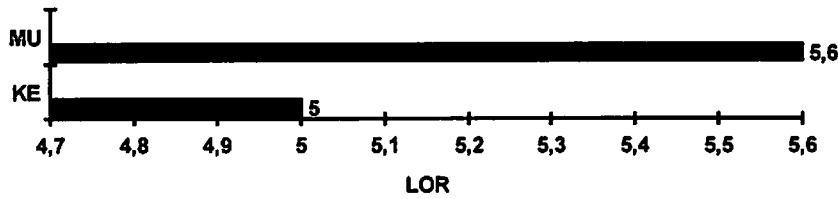
Gastroenteroloogia

JÄ	KE	MA	ME
14,6	8,1	16,9	12,3



Neuroloogia

JÄ	MA	ME
16,4	14,6	16,9



LOR

KE	MU
5,0	5,6

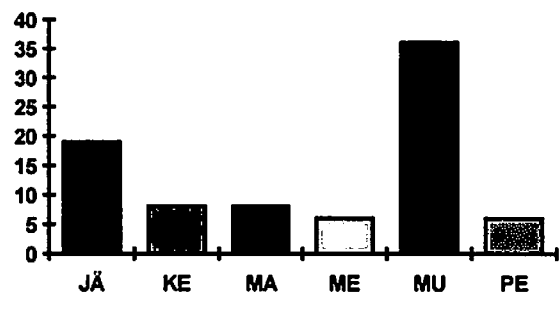
Analüüsidest haiglasviibimise keskmiste näitajate kujunemist ilmses, et mõnel erialal leiti oluliselt rohkem haigusjuhte, mille puhul haige oli viibinud haiglas 1-3 päeva ja kerkib küsimus haige hospitaliseerimise vajalikkusest üldse. Kokku registreeriti taolisi juhte 500 e. 0,15% kõigist juhtudest.

Kolm või vähem päeva viibis haiglas 40,4% LOR-osakondadesse hospitaliseeritud. Samuti oli nende haigete osakaal suhteliselt suur kirurgiaosakondades (22,4%) ja uroloogiaosakondades (18,5%).

Teisalt erines oluliselt ka haigete pikk (15 ja enam päeva) haiglasviibimine erinevais samatüübilistes osakondades. Kokku moodustasid taolised juhud 27,3% kõigist analüüsitud juhtudest.

15 ja enam päeva haiglasviibinute osakaal oli (%%) :

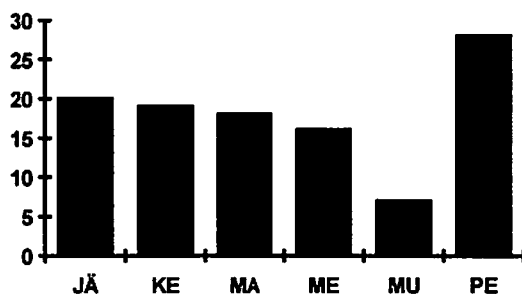
KIRURGIA



Kirurgia

JÄ	KE	MA	ME	MU	PE
19	8	8	6	36	6

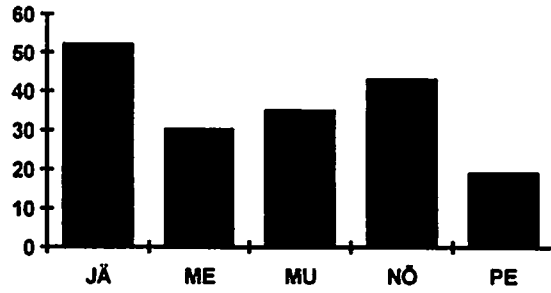
UROLOGIA



Uroloogia

JÄ	KE	MA	ME	MU	PE
20	19	18	16	7	28

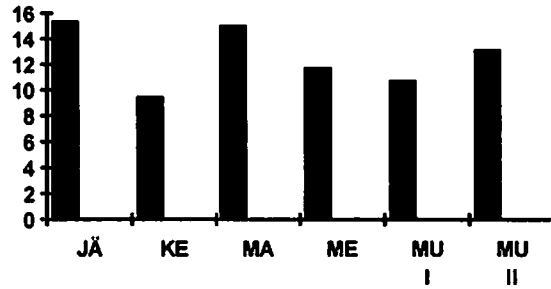
**SISEHAIGUSED**



**Sisehaigused**

JÄ	ME	MU	NÕ	PE
52	30	35	43	19

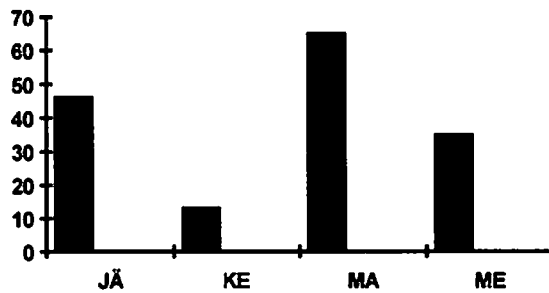
**KARDIOLOOGIA**



**Kardioloogia**

JÄ	KE	MA	ME	MU I	MU II
15,3	9,4	15,0	11,7	10,7	13,1

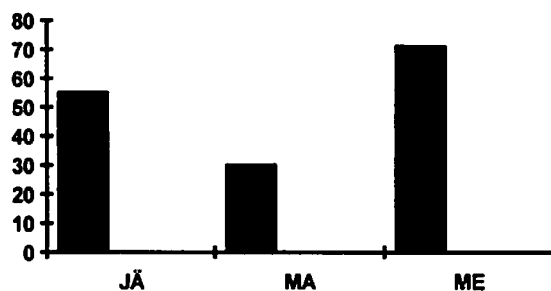
**GASTROENTEROLOOGIA**



**Gastroenteroloogia**

JÄ	KE	MA	ME
46	13	65	35

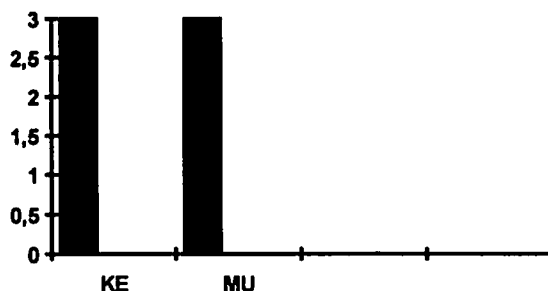
## NEUROLOOGIA



## Neuroloogia

JÄ	MA	ME
55	30	71

## LOR



## LOR

KE	MU
3	3

Üksikjuhtude analüüsimisel leidsid audiitorid 831 juhul (25%) ,et haige haiglasviibimise kestus konkreetses raviasutuses ei vastanud haigusest tulenevale.

Liigse haiglasviibimise põhjustena märgiti järgmist:

-kaasnevad haigused	204 juhul	(24,5%)
-diagnostiliste protseduuride ootamine	142 juhul	(10,0%)
-operatsiooni ootamine	73 juhul	( 8,8%)
-põetusravi ootamine	20 juhul	( 2,4%)
-koju saamise ootamine	212 juhul	(25,5%)
-diagnoosimise tüsistused	11 juhul	( 1,3%)
-haiguse tüsistused	76 juhul	( 9,1%)
-ravi tüsistused	31 juhul	( 3,7%)
-muud põhjused	238 juhul	(28,6%)

"Muude põhjuste" all toodi esmajärjekorras esile hospitaliseerimist sotsiaalsetel näidustustel, teadlikku hospitaliseerimist mitte vastavuses osakonna tööprofiiliga . Diagnostiliste protseduuride või operatsiooni ootamist täheldati erinevais haiglais järgnevalt:

Haigla	Diagnostikat	Operatsiooni
JÄ	23	5
KE	13	17
MA	21	7
ME	9	9
MU	43	26
NÕ	20	9
PE	13	10
Kokku	142	73

Koju saamist ootas 212 haiget, neist õpilasi -3, töötajaid -61, mittetöötavaid -6, pensionäre -123 ja invalide -32

### Kulutused

Nagu eelpool öeldud registreerisid audiitorid asjatuid haiglastehtud kulutusi ning põhjendamatu või liiga pikka haiglasviibimise perioodi kokku 831 juhul ning töid välja igal konkreetsel juhul otstarbetult kulutatud rahasumma.

Kokku oli see 3295 haigusjuhu kohta 554 475 EEK. Otstarbetud kulutused varieerusid nii haiglate kui ka erialade kaupa. Nii kulutati ühe haigusjuhu kohta otstarbetult :

- kirurgiaosakondades -53 EEK,
- uroloogiaosakondades - 212 EEK,
- siseosakondades - 93 EEK
- kardioloogiaosakondades-493
- gastroenteroloogiaosakondades-158
- neuroloogiaosakondades -136 EEK.
- LOR-osakondades -76 EEK.

Otstarbetult kulutatud rahasumma varieerus ka haiglate kaupa, kus ühe haigusjuhu kohta tuli:

JÄ	-169,9	EEK
KE	- 99,8	EEK
MA	- 287,5	EEK
MU	- 209,9	EEK
NÕ	- 266,5	EEK
PE	- 97,2	EEK

Siinjuures olgu aga märgitud, et käesolevas töös ei uuritud neid kulutusi, mis jäid tegemata diagnoosimisel ja ravimisel kuigi neid oleks olnud vaja teha. (vt. J.Gross, Eesti Arst, 1994, 5), mistõttu toodud arvutused ei kajasta tegelikult iga haigusjuhu raviks kuluvat adekvaatset rahasummat. Samas on audiitorid märkinud real juhtudel, et tegemata on jäänud diagnostika- või ravivõtted, mille rakendamine oleks võinud soodustada paranemisprotsessi.

## Audiitorite arvamused (refereering)

### 1. JÄ sisehaigused

- haiguslood korrektsed
- epikriisid ammendavad
- puuduvad andmed plaaniliste haigete ambulatoorsete, haiglaeelsete, uuringute kohta;
- eksimused uuringutulemuste tõlgendamisel;
- kopsupõletiku diagnoos ei kinnitu enamikul juhtudest röntgenograafiliselt;
- haige pikka haiglasviibimise põhjus, kui see ka on olemas, ei kajastu haigusloos;

### 2. JÄ gastroenteroloogia

- puudub info ambulatoorselt tehtud uuringute kohta;
- haavandtõve ravimine ilmselt liiga väikeste tsimetidiini annustega;
- tõsised puudused maksahaiguste diagnoosimisel. Ei uurita etioloogilist faktorit, ei kasutata maksabiopsiat, ei uurita viirusmarkereid ega immuunsusnäitajaid;
- üle hinnatakse peroraalse koletsüstograafia diagnostilist väärtust ;

### 3. JÄ kardioloogia

- raviplaan ja epikriis korrektsed;
- enamik haigeid Tallinnast pärit plaanilised haiged, kelle uuring ja ravi oleks täiesti tehtavad ambulatoorselt.
- head uuringutingimused kuid patsientidel, kes hospitaliseeritud vaid sageli vaid sotsiaalsel näidustusel, puudub vajadus neid uuringuid alati rakendada haigusloos; -liig pika haiglasviibimise põhjused ei kajastu

### 4. JÄ neuroloogia

- korrektsed haiguslood ning hospitaliseerimisel kavandatud ravi ja uuringute plaan;
- põhjendamatult palju kasutatakse elektroentsefalograafiat aju vaskulaarsete haiguste diagnoosimisel;
- kalduvus polüpragmaasiaks - 14% haigeist saab korraga 6 või enam ravimit;
- farmakodünaamiliste koosmõjude vähene arvestamine hüpertooniatõvega haigete ravimisel;
- kaitsevaelaste-ajateenijate põhjendamatult pikk haiglasviibimine:



## 5. JÄ kirurgia

ei

- plaanilistel haigetel ei ole tahtud eelnevalt uuringud või kajastu need haigusloos;
- ravil on suhteliselt vähe kirurgilist ravi vajavaid haigeid.
- palju on liigespõletiku, alajäsemete arterite ateroskleroosi ja troofiliste haavanditega haigeid;
- haiguslugude decursused "hõredad", haiguslood vähe-informatiivsed;

## 6. JA uroloogia

lükatud

- jääb mulje, et mõne haigusjuhu puhul on lahendus edasi järgmisele hospitaliseerimisele;

## 7. KE kirurgia

- plaanilistel haigetel puudvad eelnevad uuringud või andmed nende kohta;
- praktiseeritakse gastroskopia-järgset mao röntgen-uuringut, mida audiitor peab põhjendamatuks;
- haiguslood on kohati raskestiloetavad arstide halva käekirja pärast ning epikriisid on liiga lakoonilised;

## 8. KE kardioloogia

uuringute

- uuringute-ravi skeemid kaasaegsed ja korrektsed;
- plaanilist haigetekontingenti saaks polikliiniku parema töökorralduse puhul vähendada. Plaaniliste etapp statsionaaris on pikk.

## 9. MA gastroenteroloogia

tagasi-  
atsinooli;

- duodenumi haavandi ravi-arsenal põhjendamatu hoidlik, kasutatakse domineerivalt kollargooli ja Samas ilmselt liialdatakse baroteraapiaga;
- maksahaiguste diagnoosimisel ei kasutata morfoloogiat ega viirusmarkerite uurimist;

## 10. MA kardioloogia

- haiguslood vormiliselt korrektsed;
- decursus ei kajasta pika haiglasviibimise põhjust;
- enamikku haigeist oleks olnud võimalik uurida ja ravida ambulatoorselt;

## 11. MA neuroloogia

- haiguslood rahuldavad;
- ei ole tava kujundada ravi-ja uuringute plaani;
- põhjendamatu palju on kasutatud esimese uuringuna NMR uuringut samas kui tunduvalt odavamalt CT-

d

## 12. MA kirurgia

- haigusloost ei selgu, kas plaanilistel haigetel on tehtud ambulatoorseid uuringuid;
- operatsioonijärgse perioodi pikkus ilmselt tingitud traditsioonist oodata haava lõpliku paranemisni, turse kadumiseni ja haavasiidide eemaldamiseni;
- väga palju mitteprofiilseid haigeid - 28 LOR-haiget sajast

## 13. MA uroloogia

- palju uuringuid, mida oleks võinud teha enne haiglat ambulatoorselt;
- palju haigeid, kes hospitaliseeritud mitte-urooloogilistel näidustustel. Näidustus ei kajastu sageli

haigusloos;

tehtud vaid kolmel haigel sajast;

## 14. ME kardioloogia

- enamikul plaanilistest haigetest oli ambulatoorselt tegemata lihtsamadki kardioloogilised uuringud, või puudusid andmed nende kohta;
- ühtegi surnut ei lahatud;

## 15. ME gastroenteroloogia

- eelnevad uuringud ei kajastu saatekirjas ega haigusloos;
- ei kasutata maksabiopsiat

## 16. ME sisehaigused

- haiguslood vormilt korrektset kuid sisult pinnapealsed;
- puuduvad andmed varasemate ambulatoorsete uuringute kohta või on need tegemata;
- raskused aneemia diagnoosimisel.

## 17. ME kirurgia

- haiguslood on väga korrektsed;
- töö on hästi planeeritud, plaaniline operatsioon tehakse saabumise päeval;

## 18. ME neuroloogia

- korrektsed ja põhjalikud haiguslood;
  - hospitaliseerimisenäidustused 15-l juhul sajast
- kaheldavad;
- põhjendamatult suuruuringute arv ja nende stereotüüpne valik;
  - kalduvus polüpragmaasiaks - 37%haigeist saavad 6 või enam ravimit ;

## 19. MU kirurgia

- mitteprofiilseid haigeid osakondades ei ole;
- puuduvad andmed ambulatoorsete haiglaeelsete uuringute kohta või on need tegemata;
- plaaniliste, lokaalanesteesias opereeritavate haigete operatsioonieelne periood peaks olema lühem, haiged peaks opereeritama saabumise päeval
- venitamine haiglast väljakirjutamisega

## 20. MU uroloogia

haigeid;

- palju diskuteeritava hospitaliseerimismärgustusega
- plaanilised haiged enne ambulatoorselt uurimata;

## 21. MU I kardioloogia

- valdavalt erakorralised haiged ning haiglasviibimise aega on kasutatud ratsionaalselt;
- väljavõtted haiguslugudest käsitsi kirjutatud, sageli raskeltloetavad ning sisult laialivalguvad toomata esile põhilist;
- kalduvus ülehinnata ultraheli-uuringuid;

## 22. MUII kardioloogia

-

- vähe infarkit-haigeid, enamik haigeid ebastabiilse stenokardia või rütmihäiretega;
- raviplaanid korrektsed, epikriisid pinnapealsed;
- viivitamine haiglast väljakirjutamisega;

## 23. PE sisehaigused

- võrreldes teiste siseosakondadega palju elatanud ja raskes seisundis haigeid;
- haiguslood korrektsed;
- paljud erakorraliselt hospitaliseerituist on korduvad kroonilised haiged;
- tuleks enam süveneda eksudatiivse pleuriidiga haigete ravisse;

## 24. PE uroloogia

- tehakse palju uuringuid, mida võiks teha ambulatoorset;
- haiguslood raskeltanalüüsitavad, käekiri mitteloetav;

## KOKKUVÕTE

Tallinna haiglate sise-,kardioloogia,kirurgia,uroloogia, neuroloogia ja kõrva-nina-kurguosakondade töö korralduse võib hinnata rahuldavaks. Kuigi paljudel juhtudel võib pidada hospitaliseerimisnäidustusi diskuteeritavaks.

Kuni 15% haigetest oleks olnud ravitavad ambulatoorselt.

Uuringuid oleks võinud teha ambulatoorselt 18% haigetest. Näidustamata uuringuid tehti 18%.

Haiglate võimalusi ei kasutatud konkreetse haige ravimisel täielikult 8% juhtudest. Põhjendamatuid raviprotseduure tehti 1,1% juhtudest.

Plaanilises korras hospitaliseerituist olid diagnostilised uuringud tehtud ambulatoorselt ainult pooltel juhtudel. Sageli korraldati ambulatoorselt tehtud uuringuid, kuna info nende tulemustest, kui need ka olid enne tehtud, ei jõua haiglasse.

Keskmine ravilviibimine erines osakonniti kuid see ei olnud seoses teiste uuritud näitajatega.

Haiglaravi kestus oli üle optimaalse 25,5% juhtudest. Selle põhjused varieerusid osakonniti, kuid domineerivaks oli viivitamine haiglast väljakirjutamisega (25,5%)

1-3 päeva viibis haiglas 3,2% haigeist, plaanilistest haigetest aga 15% (320 haiget). Valdavat osa neist haigeist oleks ilmselt võinud ravida ambulatoorselt.

15 päeva ja enam viibis haiglas 27,3% haigeist kusjuures see näitaja erines osakonniti.

36 tuhande voodipäeva kohta tehti otstarbetuid kulutusi 0,5 miljonit EEK. Otstarbetute kulutuste hulk varieerus nii haiglate kui ka osakondade lõikes.

## ETTEPANEKUD

Polikliiniku ja haigla vahelise info liikumine vajab kiiret ja otsustavat parandamist. Haigla ja polikliiniku vastastikuse usalduse taastamiseks tuleb seda sisse laborite kvaliteedi standarditest kinnipidamise üle range kontroll.

On vaja kiiresti väljatöötada haigusloo-standard, millest kinnipidamine on kohustuslik. Soovitav on taotleda haigedokumentide vormistamist masinkirjas.

Pilt-diagnostika meetodite, võimaluste ning rakendusnäidustuste tutvustamiseks on vaja anda vastavad juhendmaterjalid.

Võtta haigekassade-poolse süvendatud tähelepanu alla haigusjuhud, mille puhul haiglasviibimise periood ületab 2 nädalat.

Vaadata läbi ambulatoorselt teostatavate operatsioonid ja protseduuride nimekiri ning kehtestada reeglid, millistes tingimustes tasutakse nende eest haiglale.

Haiglate finantseerimine seostada töö ökonoomsuse ja kulutuste põhjendatusega ning töötada välja reeglistik, mis võimaldaks jätta asjatud kulutused raviasutustele tasumata.