

# Tervise infosüsteemi ja regulaarse tervisestatistika andmete võrdlus

III analüüs



Tervise Arengu Instituut  
National Institute for Health Development

Tervise Arengu Instituut  
Tervisestatistika osakond

**TERVISE INFOSÜSTEEMI  
JA REGULAARSE  
TERVISESTATISTIKA  
ANDMETE VÕRDLUS  
III analüüs**

Tallinn 2013

Tervisestatistika osakonna missioon:  
Rahva tervis ja heaolu parema statistika ja informatsiooni kaudu

Koostajad:

Angela Poolakese  
Hedi Liivlaid  
Merike Rätsep  
Natalja Eigo  
Riina Tilk

Analüüsi andmete kasutamisel või tsiteerimisel palume viidata allikale

# SISUKORD

Tabelite loetelu.....	4
Kasutatud mõisted.....	5
Kasutatud lühendid.....	5
SISSEJUHATUS.....	6
1. METOODIKA.....	7
1.1. Analüüsitavad tunnused ja nendega seonduvad loendid/klassifikaatorid.....	7
1.2. TIS-i faili puhastus .....	8
1.3. TIS-i tunnuste täitmine, etteantud formaadile ja ETSA-s publitseeritud loenditele ja klassifikaatoritele vastavuse kontroll.....	9
2. TULEMUSED.....	10
2.1. Andmete võrreldavus / väljavõtte vastavus .....	10
2.2. Haigusjuhtumi määratlus .....	10
2.3. Patsiendi elukohaga seotud andmeväljade täitmine .....	12
2.4. Haiglasse pöördumise erakorralisus .....	13
2.5. Diagnoosid .....	14
2.6. Kirurgilised operatsioonid.....	24
ARUTELU .....	28
JÄRELDUSED .....	30
EDASISED TEGEVUSED .....	32

## Tabelite loetelu

Tabel 1. Tunnused, loendid/klassifikaatorid .....	7
Tabel 2. Väljavõtte võrdlus seisuga detsember 2011 ja aprill 2012 .....	10
Tabel 3. Saabumiskuupäevaga samal päeval lõppenud haigusjuhtumid haiglate järgi.....	11
Tabel 4. Diagnoosi koodide märkimine vastavalt RHK-10 tasemetele .....	14
Tabel 5. Põhihaiguse diagnooside arv.....	15
Tabel 6. Põhidiagnoosi statistiline liik.....	17
Tabel 7. Põhidiagnoosi statistilise liigi koodi ja nimetuse kasutamine .....	18
Tabel 8. Põhihaiguse tüsistuste arv haigusjuhtumis.....	18
Tabel 9. Kaasuvate haiguste arv haigusjuhtumis.....	19
Tabel 10. Ilma välispõhjusteta vigastusjuhtumid (ptk XIX S00–T98) diagnooside järgi .....	21
Tabel 11. Välispõhjuste arv haigusjuhtumis.....	21
Tabel 12. Välispõhjuste lisategurite (Y90–Y98) diagnoosid .....	22
Tabel 13. Sagedasemad R koodid põhihaigusena ja keskmine voodipäevade arv .....	23

## Kasutatud mõisted

**Haiglaravil viibinud** – hospitaliseeritud ja haiglast lahkunud (jagunevad lahkumisviisi järgi: väljakirjutatud, üleviidud või surnud)

**Hospitaliseeritu** – statsionaarsele ravile võetud patsient, tavaliselt vähemalt üheks ööpäevaks

**Kirje** – andmed ühe haigusjuhtumi või osakonnas viibimise kohta

**Lahkumisviis** – väljakirjutatud, üleviidud või surnud

**Laps** – tervishoiustatistikas 0–14 aastane isik

**Patsiendi staatus** – paranenud, halvenenud või muutusteta

**Ravijuhtum** – üks haigusjuhtum

**Täiskasvanu** – tervishoiustatistikas 15-aastane ja vanem isik

**Voodiprofiil** – haiglaravivoodite profiilid on määratud nende tervishoiuteenuste kaudu, mida ravivooditel osutatakse

## Kasutatud lühendid

EHA – Eesti haldus- ja asustusjaotuse klassifikaator

ETSA – E-Tervise Sihtasutus

NCSP – Nomesco kirurgiliste protseduuride klassifikatsioon

RHK-10 – Rahvusvaheline haiguste ja tervisega seotud probleemide statistiline klassifikatsioon

SoM – Sotsiaalministeerium

TAI – Tervise Arengu Instituut

TAI TSO – Tervise Arengu Instituudi tervisestatistika osakond

TIS – Tervise Infosüsteem

TTO – tervishoiuteenuse osutaja

## SISSEJUHATUS

2008. aastal loodud tervise infosüsteem (TIS), mida haldab ja arendab Eesti E-tervise Sihtasutus (ETSA), on erinevaid lahendusi hõlmav tervishoiusektori koostöömudel, mille üheks oluliseks osaks on riigi infosüsteemi kuuluv andmekogu<sup>1</sup>. See on kahtlemata üks suurematest tervisestatistika jaoks vajalikke andmeid sisaldavatest andmekogudest. Seda loogilisem samm on tervisestatistika arendusel minna üle süsteemile, mis lubab kasutada juba kogutud detailseid andmeid täpsema tervisestatistika tootmiseks. Eelmisel aastal käivitus kauaoodatud TIS-i statistikamooduli väljaarendamine, mille peamiseks eesmärgiks on võtta statistika tarbeks kasutusele TIS-i kaudu edastatav patsientide raviinfo. Samuti loodetakse vähendada tervishoiuteenuse osutajate (TTO) kui andmeesitajate halduskoormust minnes aruannetelt üle administratiivandmetele.

Viimaste aastate jooksul on ETSA, Sotsiaalministeerium (SoM), Tervise Arengu Instituudi tervisestatistika osakond (TAI TSO), tarkvara arendajad ja TTO-d leppinud kokku esialgsed TIS-i edastatavad statsionaarse ja päevaravi dokumendistandardid. Alustatud on informatsioonivoo kirjeldamisega, mis täpsustaks, milliseid andmeid ja kuidas kasutada statistikamooduli rakendamiseks. Samuti on panustatud definitsioonide ja kvaliteedikontrolli reeglite väljatöötamise. 2013. aasta suvel on plaanis läbi viia statistikamooduli pilootprojekt, et hinnata kokkulepitud andmete kogumise võimalikkust.

2011. aasta teiseks poolaastaks oli TIS-i saadetavate meditsiinidokumentide hulk ületanud teatava kriitilise piiri ning tekkis võimalus hakata olemasolevat teavet kasutama. Et tõsta TIS-i laekuvate dokumentide kvaliteeti ja ette valmistada üleminekut aruannetelt TIS-i edastatud infol põhinevale regulaarsele statistikale, teostati TAI TSO poolt TIS-i esitatud epikriiside kvantiteedi ja kvaliteedi mõõtmiseks kaks analüüsi (<http://www.tai.ee/et/terviseandmed/uuringud/download/184>).

Käesolev analüüs on järjekorras kolmas, mis annab ülevaate TIS-i laekuvate statsionaarsete epikriiside täitmisest. Antud töös on vaatluse all sama periood, mis teises analüüsis ehk 2011. aasta kolmanda kvartali andmed. Analüüsis vaadeldakse diagnooside, kirurgiliste operatsioonide, patsiendi elukoha ja pöördumise erakorralisuse andmeväljade täitmist s.o tunnuseid, mille täitmist eelmises analüüsis ei uuritud. Analüüsi tulemusi on plaanis rakendada statistikamooduli pilootprojektis ning arvestada edasistel arendustel.

Analüüsi eesmärk on:

- analüüsida statsionaarse epikriisi tunnuste täitmist ja reeglite järgimist;
- saada informatsiooni definitsioonidest ja mõistetest, mis vajavad huvigruppide vahel ülevaatamist ja kokkuleppimist;
- saada informatsiooni, kuidas moodustada andmeväljavõtteid ja kuidas muutub andmekoosseis sõltuvalt väljavõtte koostamise hetkest;
- tuvastada probleeme, mis vajavad lahendust statistikamooduli rakendamisel.

---

<sup>1</sup> <http://www.e-tervis.ee/index.php/et/eesti-etervise-sihtasutus/tervise-infosusteem>

# 1. METOODIKA

ETSA edastas käesolevaks analüüsiks TAI TSO-le kõik TIS-i laekunud statsionaarsed epikriisid, kus patsiendi haiglas viibimise aeg langes ajavahemikku 01.07.2011–30.09.2011, sõltumata nende teatiste saatmise kuupäevast TIS-i. Väljavõte tehti seisuga 27.04.2012.

Statsionaarse e haigusloo epikriisi kirjeldus ja andmekoosseis on publitseeritud <http://pub.e-tervis.ee/manuals/Meditsiinidokumentide%20kirjeldus/1.0>.

## 1.1. Analüüsitavad tunnused ja nendega seonduvad loendid/klassifikaatorid

Tabel 1. Tunnused, loendid/klassifikaatorid

Tunnus	Loend/Klassifikaator	Link loendile/klassifikaatorile
Patsiendi elukoht	Eesti haldus- ja asustusjaotuse klassifikaator (EHAK)	<a href="http://pub.e-tervis.ee/classifications/EHAK/2">http://pub.e-tervis.ee/classifications/EHAK/2</a>
Haiglasse pöördumise erakorralisuse kood ja nimetus	Pöördumise plaanilisus_erakorralisus	<a href="http://pub.e-tervis.ee/classifications/P%C3%B6%C3%B6rdumise%20plaanilisus_erakorralisus/1">http://pub.e-tervis.ee/classifications/P%C3%B6%C3%B6rdumise%20plaanilisus_erakorralisus/1</a>
Põhihaiguse diagnoosi kood ja nimetus	Rahvusvaheline haiguste ja terviseiga seotud probleemide statistiline klassifikatsioon, kümnes väljaanne (RHK-10)	<a href="http://pub.e-tervis.ee/classifications/RHK-10/5">http://pub.e-tervis.ee/classifications/RHK-10/5</a>
Põhihaiguse diagnoosi statistilise liigi kood ja nimetus	Diagnoosi statistiline liik	<a href="http://pub.e-tervis.ee/classifications/Diagnoosi%20statistiline%20liik/2">http://pub.e-tervis.ee/classifications/Diagnoosi%20statistiline%20liik/2</a>
Põhihaiguse tüsistuse kood ja nimetus	RHK-10	<a href="http://pub.e-tervis.ee/classifications/RHK-10/5">http://pub.e-tervis.ee/classifications/RHK-10/5</a>
Põhihaiguse tüsistuse statistilise liigi kood ja nimetus	Diagnoosi statistiline liik	<a href="http://pub.e-tervis.ee/classifications/Diagnoosi%20statistiline%20liik/2">http://pub.e-tervis.ee/classifications/Diagnoosi%20statistiline%20liik/2</a>
Kaasuva haiguse kood ja nimetus	RHK-10	<a href="http://pub.e-tervis.ee/classifications/RHK-10/5">http://pub.e-tervis.ee/classifications/RHK-10/5</a>
Kaasuva haiguse statistilise liigi kood ja nimetus	Diagnoosi statistiline liik	<a href="http://pub.e-tervis.ee/classifications/Diagnoosi%20statistiline%20liik/2">http://pub.e-tervis.ee/classifications/Diagnoosi%20statistiline%20liik/2</a>
Välispõhjuse kood ja nimetus	RHK-10	<a href="http://pub.e-tervis.ee/classifications/RHK-10/5">http://pub.e-tervis.ee/classifications/RHK-10/5</a>
Välispõhjuse statistilise liigi kood ja nimetus	Diagnoosi statistiline liik	<a href="http://pub.e-tervis.ee/classifications/Diagnoosi%20statistiline%20liik/2">http://pub.e-tervis.ee/classifications/Diagnoosi%20statistiline%20liik/2</a>



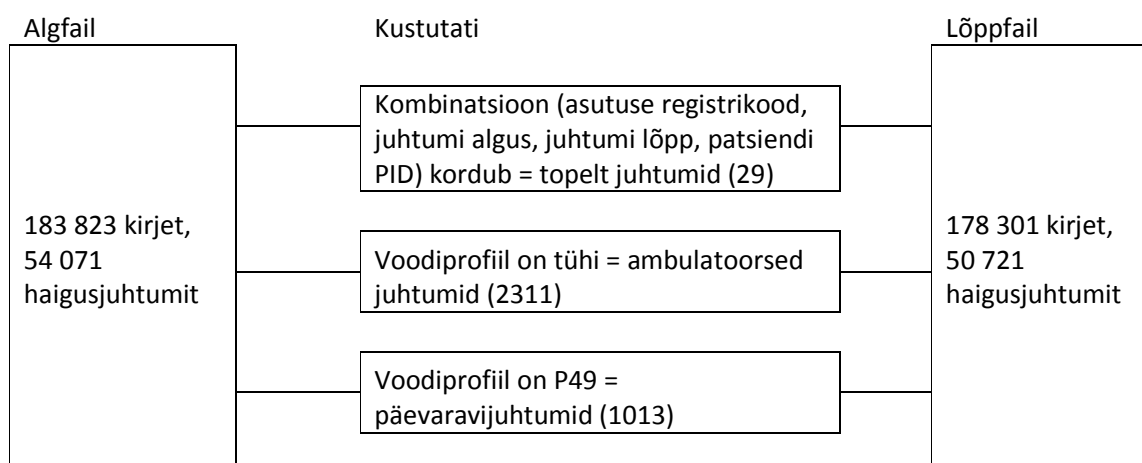
Operatsiooni kuupäev	–	–
NCSP kood ja nimetus	Nomesco kirurgiliste protseduuride klassifikatsioon (NCSP) 2010. a versioon	<a href="http://pub.e-tervis.ee/classifications/NCSP/2">http://pub.e-tervis.ee/classifications/NCSP/2</a>
Haigekassa kood ja nimetus	Haigekassa (EHK) hinnakiri	<a href="http://pub.e-tervis.ee/classifications/Haigekassa%20hinnakiri/5">http://pub.e-tervis.ee/classifications/Haigekassa%20hinnakiri/5</a>
Anesteesia kood ja nimetus	Anesteesia liigid	<a href="http://pub.e-tervis.ee/classifications/Anesteesia%20liigid/2">http://pub.e-tervis.ee/classifications/Anesteesia%20liigid/2</a>
Haigekassa lisavahendi kood ja nimetus	EHK 2008. a hinnakirja meditsiini-seadmed	<a href="http://pub.e-tervis.ee/classifications/EHK%202008a.%20hinnakirja%20meditsiiniseadmed/2">http://pub.e-tervis.ee/classifications/EHK%202008a.%20hinnakirja%20meditsiiniseadmed/2</a>

Tunnused, mida võrdlesime kahe erineva kuupäevaga teostatud väljavõtte (detsember 2011 ja aprill 2012) kontekstis, olid järgmised: kirjete arv, juhtumite arv ja epikriise esitanud haiglate arv.

## 1.2. TIS-i faili puhastus

Aprillis 2012 ETSA poolt edastatud failis oli kokku 183 823 kirjet 54 074 haigusjuhtumiga. Peale andmepuhastust jäi alles 178 301 kirjet ja 50 721 haigusjuhtumit.

Andmefailist kustutati ambulatoorsed ja päevaravijuhtumid ning topelt haigusjuhtumid. Ambulatoorseteks loeti need haigusjuhtumid, millel puudus info voodiprofiili kohta. Kui voodiprofiili koodiks oli märgitud P49, oli tegemist päevaravijuhtumitega. Topelt haigusjuhtumite identifitseerimiseks võrreldi omavahel nelja välja: asutuse registrikood, haigusjuhtumi algus, haigusjuhtumi lõpp ja patsienti identifitseeriv kood (PID).



Joonis 1. TIS-i faili puhastus andmete analüüsiks

Enamik topelt haigusjuhtumitest olid erineva dokumendi numbriga. Juhend näeb ette, et paranduste tegemisel esitatakse samast dokumendist uus versioon. Kolmel juhul oli dokumendi number sama, kuid sama oli ka versiooni number.

Dokumentide nummerdamine toimub asutuse piires, mistõttu failis esines erinevatelt haiglatelt sama numbriga dokumente, mis ei ole teineteist dubleerivad haigusjuhtumid.

Sarnaselt eelmise korraga oli failis ka topelt voodiprofiile (algfailis 15 254 kirjet). Need on kirjed, kus sama haigusjuhtumi piires on sama patsiendi, sama ajaperioodi ja sama voodiprofiili kohta mitu kirjet. Analüüsi käigus selgus, et neile dubleerivate voodiprofiilidega kirjetele oli märgitud erinevad diagnoosid, mistõttu kirje tervikuna ei olnud topelt. St voodiprofiilide andmete analüüsimiseks tuli kasutada erinevaid kirjeid võrreldes diagnooside käsitlemisega.

### **1.3. TIS-i tunnuste täitmine, etteantud formaadile ja ETSA-s publitseeritud loenditele ja klassifikaatoritele vastavuse kontroll**

Võrdlesime ükshaaval tunnuseid ja nende vastavust standardile. Suure kõrvalekalde puhul konsulteerisime asutuste ja ETSA-ga, selgitamaks, kas tegemist on kõrvaldatava veaga, ajutise või pideva eksimusega. Näitajate võrdlemisel on kasutatud absoluutarve või protsente.

Tulemustes on kaldkirjas märgitud ETSA publitseeritud standardite dokumendi info või tervisestatistika kogumise või esitamise reeglid vastava tunnuse kohta.

## 2. TULEMUSED

### 2.1. Andmete võrreldavus / väljavõtte vastavus

Kui võrrelda dokumendi ja versiooni numbreid eelmise väljavõtte andmetega, oli 23 haigusjuhtumi puhul dokumentidel uus versiooninumber. Uue versiooni numbriga dokumente esitasid viis haiglat.

Võrreldes eelmise väljavõttega saadud dokumentidega ei olnud uues väljavõttes enam 137 dokumenti. ETSAga konsulteerimisel selgus, et 6.–7. detsembril 2011. aastal oli tehniline probleem dokumentide vastuvõtmisel, mistõttu dokumentide töötlemine jäi poolikuks ja osade haigusjuhtumite kohta jäi kehtiv dokument puudevaks. Kolmel juhul oli olemas sama patsiendi kohta samade haiglaravi algus- ja lõppkuupäevadega uus dokument.

Üle poole (56%) nõ kadunud dokumentidest pärinesid ühelt haiglalt. Järgneva kahe haigla osatähtsus oli 22% ja 10%.

Seekordses väljavõttes oli 2622 dokumenti, mida eelmises väljavõttes ei olnud. Need olid haigusjuhtumid, mis saadeti ETSAsse peale andmete eelmist väljavõttu.

Tabel 2. Väljavõtte võrdlus seisuga detsember 2011 ja aprill 2012

	Puhastatud väljavõtte seisuga detsember 2011	Puhastatud väljavõtte seisuga aprill 2012
Kirjeid	118 876	178 301
Juhtumeid	48 237	50 721
Haiglaid	25	25

### 2.2. Haigusjuhtumi määratlus

#### 2.2.1 Haigusjuhtumi määratlus statsionaarsena

*Tervisestatistikas on kokku lepitud definitsioon: Statsionaarne haigusjuhtum – patsient hospitaliseeritakse haiglasse (vormistatakse statsionaarne haiguslugu) kavatsusega osutada ravi, mis kestab vähemalt ühe ööpäeva. Surma või teise haiglasse üleviimise korral võib ravijuhu kestus olla lühem.*

Haigusjuhtumi määratluse korrektsuse hindamiseks võrdlesime statsionaari mõttes ebatüüpilisi, st saabumispäevaga samal päeval haiglast lahkumisega juhtumeid.

Sama saabumis- ja lahkumiskuupäev oli 4877 haigusjuhtumil, neist 141 juhtumit olid suunamisega teise asutusse ja 92 lõppesid surmaga. 2124 samal päeval lahkumisega juhtumil puhul oli märgitud operatsiooni kuupäev ja NCSP kood, sh sagedasemad operatsioonid olid katarakti operatsioonid, adenotonsillektoomiad, emakaõõne/kaela abrasioonid, abordid, mida enamasti teostatakse päevaravis.

Nii saabumis- kui lahkumiskellaaja oli märkinud ainult üks asutus. Neist juhtumitest kolmandik kestsid kuni kuus tundi (sh kümnendik kuni neli tundi).

Konsulteerides TTOdega selgus, et tehnilistel põhjustel kasutati 2011. aastal nii haigla- kui päevaravi andmete edastamiseks statsionaarset epikriisi. Seda, kas tegemist on statsionaarse või päevaravi juhtumiga, näitati tunnusega “haigusjuhu tüüp”. Kuna ETSA väljavõte ei sisalda “haigusjuhu tüübi” andmeid, ei ole võimalik tegelikku päevaravi juhtumite arvu öelda ega analüüsist välja jätta.

Tabel 3. Saabumiskuupäevaga samal päeval lõppenud haigusjuhtumid haiglate järgi

	Sama päeva juhtumite osakaal, %	Sama päeva juhtumitest. ..., %		
		väljakirjutatud	üleviidud	surnud
Haigla 1	25,0	96,5	2,9	0,6
Haigla 2	23,7	99,3	0,1	0,6
Haigla 3	19,4	96,3	2,6	1,1
Haigla 4	18,4	59,6	40,4	0,0
Haigla 5	17,0	93,9	3,2	2,8
Haigla 6	14,8	97,8	1,5	0,7
Haigla 7	13,1	96,0	3,0	1,0
Haigla 8	7,8	97,6	1,2	1,2
Haigla 9	5,6	81,4	16,3	2,3
Haigla 10	5,5	96,2	1,3	2,6
Haigla 11	3,6	88,8	7,7	3,6
Haigla 12	3,5	79,3	15,5	5,2
Haigla 13	3,2	69,7	24,7	5,6
Haigla 14	3,0	86,6	3,1	10,2
Haigla 15	2,8	85,7	14,3	0
Haigla 16	2,6	63,2	26,3	10,5
Haigla 17	1,9	52,9	41,2	5,9
Haigla 18	1,3	66,7	0	33,3
Haigla 19	0,9	0,0	100,0	0,0
Haigla 20	0,8	60,0	20,0	20,0
Haigla 21	0,0	-	-	-
Haigla 22	0,0	-	-	-
Haigla 23	0,0	-	-	-
Haigla 24	0,0	-	-	-
Haigla 25	0,0	-	-	-
<b>Kokku</b>	<b>9,6</b>	<b>95,2</b>	<b>2,9</b>	<b>1,9</b>

### 2.2.2. Uue haigusjuhtumi alustamise erijuhtumid

**TIS-i saadetakse epikriis haigusjuhtumi lõpetamisel.** Digitaalse tervise loo projekti raames 2006. aastal koostatud meditsiinitermiite andmesõnastikus on öeldud, et statsionaarse haigusjuhtumi moodustavad patsiendi uuringute ja raviga seotud toimingud ühes tervishoiuasutuses hospitaliseerimisest kuni haiglast lahkumiseni ja hooldusravi on erijuhtumiks.

Tervisestatistika aruandluse ja haiglate küsitluse põhjal võib eeldada, et uue haigusjuhtumi alustamiseks kasutatakse erinevat lähenemist. Kuna haigusjuhtumite arv on oluline näitaja, on TAI eesmärk definitsiooni ühtlustada. Tervisestatistika definitsioonide töörühmas on 2013. aasta alguse seisuga kokku

*lepitud, et TIS-is alustatakse sama haigla piires uut statsionaarset haigusjuhtumit ainult ravi jätkamisel hooldusravis, arvestades, et tegemist on õendusabi osutamisega.*

Eelmise haigusjuhtumi lõpukuupäevaga alustati samas asutuses sama patsiendiga uut juhtu 851 juhul. Peaaegu kolmandik nendest olid ühe haigla haigusjuhtumid. 328 juhul (39%) oli tegemist üleviimisega, ülejäänud juhtudel väljakirjutamisega.

Pooltel juhtudel (446 juhtu, 52%) oli põhidiagnoos sama. Ning 60-l juhtumil oli sama nii põhidiagnoos kui ka voodiprofiil.

96 juhul alustati uut haigusjuhtumit samal voodiprofiilil, neist 54 juhul oli tegemist hooldusravivoodiga. Neid juhte, kus uut haigusjuhtumit alustati hooldusravivoodil ja eelnenud juhtum oli lõppenud muul profiilil, oli 342. Peaaegu võrdselt oli nende hulgas väljakirjutatud ja üleviidud patsiente, vastavalt 174 ja 168.

Neid juhtumeid, kus sama patsiendiga alustatakse uut haigusjuhtumit samas haiglas järgmisel päeval, oli 343. Neist 96% lõpetati väljakirjutamise ning 4% üleviimisega. 240 korral alustati uut juhtumit samal voodiprofiilil: neist 72 korral hooldusravi, 39-l psühhiaatria, 19-l günekoloogia, 18-l kirurgia ning 10-l sisehaiguste ja raseduspatoloogia voodiprofiilil.

343-st juhtumist 207-l ehk 60% juhtumitest oli põhidiagnoos sama. Nii voodiprofiil kui ka põhidiagnoos oli sama 48% juhtumitest (165 juhtumit).

Kui üldiselt alustati hooldusravi profiilil uue haigusjuhtumiga, siis kolm haiglat näitasid ühe haigusjuhtumi raames hooldusravi profiili kõrval ka teisi profile. Kokku oli selliseid juhtumeid 144 (võrdluseks, hooldusravi profiiliga haigusjuhtumeid oli kokku 1649, mille esitasid 14 haiglat). 90% nendest juhtumitest pärinesid ühelt haiglalt.

## **2.3. Patsiendi elukohaga seotud andmeväljade täitmine**

Eelmises analüüsis kontrolliti maakonna ja riigi tunnuste täitmist, mida käesolevas analüüsis korduvalt ei kirjeldata.

### **2.3.1 patsiendi elukoht: linn – Patsiendi ütluspõhine tegelik elukoht**

*Tekstiväli. Pole juhendit, mis ütleks, kas tuleb kasutada linna või valla nimetust EHAK-i järgi.*

Epikriisides ei olnud märgitud üksnes linnasid, vaid andmed olid ka valla ja alevi tasemel. Erinevaid väärtusi oli 436. Andmeväli oli täitmata 17 421 haigusjuhtumi puhul ehk 34% juhtudest.

### **2.3.2 patsiendi elukoht EHAK-i järgi**

*Eesti haldus- ja asustusjaotuse klassifikaator (EHAK) on ettenähtud kasutamiseks territoriaalse paiknevuse tähistamiseks. Klassifikaator hõlmab: riikliku haldamise üksused – maakonnad; omavalitsuslikud haldusüksused - vallad ja linnad; piiratud omavalitsusega haldusüksused - osavallad ja linnaosad; muud asulad ja asustusüksused - vallasisesed linnad, alevid, alevikud, külad ja asumid; muud. Igale klassifitseerimisobjektile on antud unikaalne neljakohaline kood ning on ära näidatud objekti nimi ja*

rööpnimi (kui selline on olemas). Koodiga seotud lisatunnused (klassifitseeriv osa) näitavad iga objekti maakondliku ja omavalitsusliku alluvuse ning tema tüübi (maakond, vald, linn, alev, vallasisene linn, osavald, linnaosa, alevik, küla või muu asula).

Koodi arvvaartuse järgi on eristatavad:

- maakonna tase (kood väiksem kui 100)
- omavalitsuste tase (kood alates 100 kuni 999)
- asulate tase (kood suurem kui 1000)

(Eesti haldus- ja asustusjaotuse klassifikaator 2013v3, <http://metaweb.stat.ee/>)

Erinevaid koode oli failis 1158. Väli oli täitmata 34 709 haigusjuhtumi puhul ehk 68,4% juhtudest. Kõikidel juhtudel oli väli täidetud ainult kolmel asutusel, osade haigusjuhtumite puhul oli väli täidetud viiel asutusel, ülejäänud asutused ei olnud üldse antud välja täitnud.

Kuigi klassifikaatori järgi on EHAK kood neljakohaline, olid kõik asutuste poolt märgitud koodid kas viie- või kuuekohalised. Kui märgitud oli viiekohaline kood, oli klassifikaatori järgi näidatud nii maakonna kui ka valla kood. Kui kood oli kuuekohaline, oli lisaks maakonna koodile märgitud ka elukoha tüübi kood (alev, alevik, küla, linn, linnaosa, maakond, vald, vallasisene linn).

## 2.4. Haiglasse pöördumise erakorralisus

### 2.4.1 Haiglasse pöördumise erakorralisus (kood)

*Numbriline väli. Aluseks on klassifikaator "Pöördumise plaanilisus\_erakorralisus". Klassifikaator näeb ette kolm koodi: 1, 2, 3.*

Tunnus oli täidetud kõigi haigusjuhtumite puhul. Ainult üks haigla kasutas kõiki kolme liiki pöördumisi (kuid jaotuse põhjal võib oletada, et peamiselt eristatakse erakorralist plaanilisest, vaid mõnel üksikul juhul oli pöördumine märgitud vältimatuks). Teised asutused kasutasid vaid kahte koodi — kas 1 ja 2 või 1 ja 3. Haiglatega konsulteerides on selgunud, et sisu mõttes kodeeritakse nii erakorralise kui vältimatu pöördumise koodiga vaid erakorralist pöördumist.

### 2.4.2 Haiglasse pöördumise erakorralisus (nimetus)

*Tekstiväli. Eelmise näitaja tekstiline tõlgendus. Klassifikaatori järgi vastab eelmises punktis toodud koodidele: 1 – plaaniline; 2 – vältimatu; 3 – erakorraline.*

Tunnus oli täidetud kõigi haigusjuhtumite puhul. Analüüsist oli näha, et valdavalt eristavad haiglad üksnes kahte liiki pöördumist – plaanilist ja erakorralist, aga haiglati erines erakorralise nimetusele vastav pöördumise kood. Erakorralist pöördumist vältimatu pöördumise koodiga näitasid kolm haiglat. Ülejäänud haiglad kasutasid erakorralise pöördumisega erakorralise pöördumise koodi. Ühel haiglal oli üksikud juhtumid vältimatu pöördumisega, ülejäänud plaanilised või erakorralised.

## 2.5. Diagnoosid

Üheksa haigusjuhtumi puhul ei olnud märgitud ühtegi diagnoosi (ei põhi- ega kaasuvat, tüsistust, välispõhjust).

### 2.5.1 RHK-10 koodide tasemete vastavus

RHK-10 kasutatakse haiguste diagnooside ja muude terviseprobleemide ülekandmiseks sõnadest tärgkoodi<sup>2</sup>, võimaldamaks rahvusvahelist suremuse ja haigestumuse andmete süstemaatilist registreerimist, analüüsimist, interpreteerimist ja võrdlemist.

RHK-10-s on olemas nii kolme-, nelja- kui ka viiekohalisi koode. (NB! neljas koodikoht järgneb kümnendpunktile, mida ei nimetata eraldi koodikohana). Teatud juhtudel on lubatud kasutada ka kuuekohalisi koode, Eestis ei ole nende kasutamises kokku lepitud. Valdavalt on haiguseisundid kodeeritud nelja koodikohaga, aga enamikes peatükkides leidub diagnoose, mille kodeerimiseks piisab kolmest koodikohast. Peatükkide „Psüühika- ja käitumishäired“ (V ptk) ja „Haigestumise ja surma välispõhjused“ (XX ptk) puhul on suurem osa koode viiekohalised.

Tervisestatistika aruannetes on haiguseisundid enamasti näidatud kolme- või neljakohalise koodiga, erandiks on viiekohalisena kodeeritavad psühhiaatrie poolt registreeritud „Psüühika ja käitumishäired“ (V ptk) ja „Haigestumise ja surma välispõhjused“ (XX ptk). TIS-i on planeeritud kodeerimine kõige madalamal tasemel, st kui RHK-10-s on olemas viiekohaline kood, siis tuleb diagnoos kodeerida viiekohalisena.

Epikriisides oli kasutatud kokku 10 526 diagnoosi koodi, mis RHK-10-s on esitatud viienda koodikoha tasemega, ja 121 654 koodi, mis on esitatud neljanda koodikoha tasemega. Nelja koodikohaga koodidest märgiti korrektselt 99%. Viie koodikohaga koodidest märgiti korrektselt veidi vähem kui pooled.

Tabel 4. Diagnoosi koodide märkimine vastavalt RHK-10 tasemetele

	RHK-s viie koodikohaga	RHK-s nelja koodikohaga
Kokku koodi	10 526	121 654
On märgitud nelja koodikohaga	4995	120 792
Osakaal, %	47,5	99,3
On märgitud kolme koodikohaga	196	862
Osakaal, %	1,9	0,7

4995 haigusjuhtumi puhul, mil klassifikaatoris on olemas viies koht, oli diagnoosi koodina kasutatud neljakohalist koodi. Need koodid kuuluvad RHK-10 V ptk (F00–F99), XIX ptk (S00–T98) ja XX ptk (V01–Y98). Selliseid koode esitasid peaaegu kõik asutused.

Neid juhtumeid, kus RHKs on olemas koodid viiekohalisel tasandil, aga kasutatud oli vaid kolme kohta, oli kokku 196. Kolmekohalist koodi oli viiekohalise koodi asemel kasutanud kaheksa haiglat. Sama palju haiglaid kasutas kolmekohalist koodi neljakohalise koodi asemel. Üksikute haigusjuhtumite puhul oli

<sup>2</sup> Tähti ja numbreid sisaldav kood.

viiekohalisena kodeeritud RHK-10-s nelja kohta nõudev diagnoosikood. Enamasti oli tegu F peatüki haigusseisunditega.

## 2.5.2 põhihaiguse diagnoosi kood

*Tekstiväli, mis põhineb RHK-l. TIS-is on antud reegel, et igal haigusjuhtumil peab olema üks põhidiagnoos.*

Põhihaiguse diagnoos puudus 27 haigusjuhtumil. Neist üheksal juhtumil ei olnud epikriisil kirjas ühtegi diagnoosi, teistel juhtudel oli täidetud välispõhjus (12 juhtu), kaasuv haigus (3 juhtu) või kaasuv ja välispõhjus (2 juhtu). Kaks kolmandikku kirjeid pärinesid ühest haiglast (18).

93% epikriisidest oli märgitud vastavalt TIS-i reeglile üks põhidiagnoos. Ligikaudu seitsmel protsendil haigusjuhtumitest oli näidatud rohkem kui üks põhidiagnoos.

Tabel 5. Põhihaiguse diagnooside arv

	Põhihaiguse diagnooside arv													Kokku
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	12	13	
Haigusjuhtumite arv	27	47 185	1897	911	410	180	52	33	16	6	1	2	1	50 721

Põhihaiguse diagnoosi lahtrisse olid märgitud mõned koodid, mida epikriisi kinnitamise aegses RHK versioonis ei eksisteeri (F06.40, F41.00, F43.00, F44.90, F60.40, F61.00, F71.10, F73.10, M46.24), enamus nendest koodidest olid F peatükist.

### 2.5.2.1 Juhtumid, mil põhidiagnoose oli rohkem kui üks

Rohkem kui üks põhidiagnoos oli 3509 haigusjuhtumil. Kolmandikul nendest juhtumitest olid täidetud ainult põhidiagnoosid, ülejäänud juhtudel oli lisaks mitmele põhidiagnoosile märgitud ka kaasuvaid diagnoose, tüsistusi või välispõhjust.

Haiglali esinesid ühe põhidiagnoosi reegli täitmisel suured erinevused – neljal haiglal oli üle kümne protsendi juhtude puhul märgitud rohkem kui üks põhidiagnoos, sh ühel haiglal üle poole juhtudest. Ülejäänud haiglatel oli näidatud üks põhidiagnoos või oli reeglist kõrvalekallet minimaalselt. TTO-dega konsulteerides selgus, et mitme põhidiagnoosi olemasolu oli ühel haiglal tingitud peamiselt infotehnoloogilisest probleemist, kus põhihaiguse tüsistused sattusid põhidiagnoosi alla. TIS-i väljavõte 2012. aasta detsembrikuu kohta näitas, et põhidiagnoosi reegli järgimine on paranenud. Kõigist TIS-i esitatud epikriisidest (statsionaarsed, päevaravi ja ambulatoorsed) 219 haigusjuhtumil oli märgitud mitu põhidiagnoosi, sh juhtumi kohta maksimaalselt kolm diagnoosikoodi.

RHK lubab mõnede seisundite puhul kasutada haigusseisundi kirjeldamiseks mitut koodi, mistõttu arsti poolt võib põhidiagnoosina olla näidatud rohkem kui üks diagnoosikood. Selliste juhtumite alla kuuluvad:

- **Risti ja täрни süsteemi kasutamine**

*Haigusseisundi kohta täielikuma informatsiooni saamiseks on lubatud teatud seisundeid kodeerida kahe koodi abil – lisaks põhihaigusele kodeeritakse elundi või paikme ilming. Sellisel juhul märgitakse RHK-10-s põhihaigus ristiga ja lisakood tärniga. Ristiga kood on esmane kood, mida peab alati kasutama. Tärniga koodi ei tohi kunagi üksi kasutada.*



Ebatäpsust tärniga koodi märkimisel esines enamiku haiglate poolt, kuigi haigusjuhtumeid ei olnud arvuliselt palju. Tärniga kood oli põhidiagnoosina esimesele kohale märgitud 220 haigusjuhtumil. Neist 210 juhul oli tärniga kood ainus põhidiagnoos. Sagedamini e kolmandikul juhtudest kodeeriti ebakorrektselt dementsust, viiendikul juhtudest sekundaarset aneemiat ja 13% psoriaatilisi artropaatiad.

- **Bakterid, viirused ja muud nakkushaiguste tekitajad (B95–B97)**

*RHK reeglite järgi ei tohi neid alajaotisi kunagi kasutada esmaseks kodeerimiseks, vaid täiendavate või lisakoodidena, kui soovitakse identifitseerida mujal klassifitseeritud haiguste tekitajaid.*

Ainsa põhihaigusena märgiti B95–B97 kolme haigusjuhu puhul, sh ühel juhul näidati tegelik põhihaigus kaasuva haigusena.

- **Hulgivigastus**

*Mitme vigastuse/paikme samaaegsel esinemisel soovitatakse statistikas põhidiagnoosina märkida vigastus, mis on selgelt raskem ja ressursenõudvam. Juhul, kui ükski seisund raskuselt ei domineeri, võib peamise seisundina registreerida hulgivigastuse koodi. Kuna sel juhul läheb kaduma osa informatsiooni, võivad arstid olla märkinud põhidiagnoosi alla rohkem kui ühe vigastuse.*

104 haigusjuhtumi puhul oli põhihaiguse alla märgitud rohkem kui üks vigastuse (ptk XIX) diagnoosikood. Kolmandikul juhtumitest oli koos vigastuste koodidega märgitud ka kaasuvaid haigusi või tüsistusi. Ülejäänutel oli suuremat osa võimalik kodeerida tõsisema vigastuse järgi.

RHKs kahe koodiga märkida lubatud psühhiaatrilisi haigusseisundeid koos täpsustava seisundiga ja funktsionaalse aktiivsusega kasvajaid funktsioonitüübi täpsustusega andmefailis ei esinenud.

### **2.5.3 RHK kood (põhihaigus)**

*Tekstiväli, kus on näidatud, missugust RHK versiooni asutus haiguste klassifitseerimisel kasutab.*

RHK kood oli kõikidel juhtudel, mil põhihaiguse diagnoosi kood oli täidetud, *RHK-10*.

### **2.5.4 Põhihaiguse diagnoosi nimetus**

*Tekstiväli, mis põhineb RHK koodi nimetusel ja on seotud väljaga põhihaiguse diagnoosi kood.*

Kui erinevaid põhihaiguse diagnoosi koode oli 3950, siis erinevaid põhihaiguse diagnoosi nimetusi oli 10 065. Kui vaadata koodi ja nimetust kombineeritult, siis oli erinevaid kombinatsioone 10 099, mis tähendab seda, et ühele koodile vastas mitu nimetust ja oli ka nimetusi, millele vastas mitu koodi.

1864 koodil oli ainult üks sõnaline vaste. Kõige rohkem erinevaid nimetusi oli koodile C61, kokku 67. Seejuures oli 66 erinevat nimetust ühe asutuse sees. Kui nimetatud asutus kõrvale jätta, oli erinevaid nimetusi koodile C61 vaid kaks. Erinevate nimetuste paljusus ühe koodi piires oli tingitud sellest, et asutus oli klassifikaatori nimetusele lisanud veel täiendavat teksti.

Erinevus klassifikaatoris märgitud nimetusest oli tingitud ka lühendite kasutamisest ning peatüki nimetuse lisamisest alamkoodile ja tema nimetusele.

Juhtumeid, kus ühele nimetusele vastas kaks koodi, oli väljavõttes 31. Lisaks oli ühe nimetuse puhul kasutatud kolme erinevat koodi. Kui vaadata klassifikaatorit, siis on erinevates alamjaotistes samu

nimetusi. Näiteks nii F70.1, F71.1 kui ka F72.1 vaste klassifikaatoris on „Oluline käitumishäire“, st puudub kõrgemate tasandite täpsustus.

### 2.5.5 Põhidiagnoosi statistiline liik (kood)

Tekstiväli, mis peab olema täidetud iga põhidiagnoosi koodi kohta. Väli põhineb klassifikaatoril *Diagnoosi statistiline liik*. Klassifikaator näeb ette, et koodina kasutatakse numbreid 1, 2, 3 ning lühinimetusega kodeeringut „+“, „-“ ja „0“.

Diagnoosi statistiline liik oli täidetud 42 126 haigusjuhtumi puhul. 8568 juhu puhul, mil põhidiagnoos oli olemas, ei ole diagnoosi statistilist liiki märgitud. 99,8% juhtudest, millel oli diagnoosi statistiline liik märkimata, olid ühelt haiglalt (8555 juhtu).

Kui välja jätta need juhtumid, kus diagnoosi statistilise liigi kood puudus, oli diagnoosi statistilise liigi koode märgitud sama palju kui põhihaiguse diagnoose. See tähendab, et kui haigusjuhtumis oli näiteks üheksa põhihaiguse diagnoosi, siis sama palju oli ka diagnoosi statistilise liigi koode ja nimetusi.

Osad asutused kasutasid numbrilist kodeeringut 1,2,3, teised aga märke „+“ ja „-“.

Tabel 6. Põhidiagnoosi statistiline liik

Kood	Lühinimetus	Nimetus	Pikk nimetus
1	+	esmashaigestumine	esmashaigestumine
2	-	korduvhaigestumine	korduvhaigestumine
3	0	esialgne diagnoos	esialgne diagnoos

### 2.5.6 Põhidiagnoosi statistiline liik (nimetus)

Tekstiväli, mis peab olema täidetud iga põhidiagnoosi koodi kohta. Väli põhineb klassifikaatoril *Diagnoosi statistiline liik ja on eelmise välja tekstiline selgitus*. Epikriisi juhendis ei ole täpsustatud, kas tuleb kasutada lühi- või pikka nimetust.

Kõikidel juhtudel, kui põhidiagnoosi statistilise liigi koodi väli oli täidetud, oli olemas ka nimetus. Sarnaselt koodi väljaga ei ole ka siin asutuse ühtset täitmist. Üks asutus kasutas klassifikaatori lühinimetust („+“, „-“, „0“), mida osa asutusi kasutas ka koodi välja täitmisel, osa asutusi kasutas pikka nimetust (esmashaigestumine, korduvhaigestumine, esialgne diagnoos) ning osad kasutatud nimetused ei põhine üldse klassifikaatoril.

Tabel 7. Põhidiagnoosi statistilise liigi koodi ja nimetuse kasutamine

Kood	Nimetus	Esinemissagedus
-	kordusjuht elus	7
-	korduv	2892
+	esmajuhut elus	6
+	esmakordne	5202
1	+	4214
1	esmahaigestumine	14 913
2	-	3892
2	korduvhaigestumine	12 197
3	0	379
3	esialgne diagnoos	245

### 2.5.7 Põhihaiguse tüsistuse kood

*Tekstiväli, mis põhineb RHK-I. Juhul, kui on täidetud, võib olla mitu koodi.*

Põhihaiguse tüsistuse kood oli märgitud 7223 haigusjuhtumi puhul ja 11 401 korral. Kasutatud on 1342 erinevat koodi A-peatükist Y-peatükini.

Põhihaiguse tüsistuse koodi ei ole märgitud 85,8% juhtumitest. Nendest juhtumitest, mil tüsistuse kood oli olemas, oli üks tüsistuse kood märgitud 64% juhtudest, kaks koodi 23% ning kolm 8% juhtudest. Maksimaalne näidatud tüsistuste arv haigusjuhtumis oli 14.

Põhihaiguse tüsistuse märkimisel oli kasutatud ka ühte koodi, mida RHKs ei ole – F04.11.

Tabel 8. Põhihaiguse tüsistuste arv haigusjuhtumis

	Koodide arv haigusjuhtumis													Kokku	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		14
Haigusjuhtumite arv	43 498	4643	1653	574	202	72	44	17	5	4	4	1	2	2	50 721

### 2.5.8 RHK kood (põhihaiguse tüsistus)

*Tekstiväli, kus on näidatud, mis klassifikaatorit on põhihaiguse tüsistuse kodeerimisel kasutatud.*

Välja väärtus oli kõikidel juhtudel, mil põhihaiguse tüsistuse kood oli täidetud, RHK-10.

### 2.5.9 Põhihaiguse tüsistus (nimetus)

*Tekstiväli, mis põhineb RHK koodi nimetusel ja on seotud väljaga põhihaiguse tüsistuse kood.*

Erinevaid nimetusi oli 2662. Arvestades, et erinevaid koode oli 1342, on näha, et ühele ja samale koodile vastas mitu erinevat nimetust. Erinevaid koodi ja nimetuse kombinatsioone oli 2667 ehk mõnele nimetusele vastas ka mitu erinevat koodi.

### 2.5.10 Põhihaiguse túsistus statistiline liik (kood)

Tekstiväli, mis peab olema täidetud iga túsistuse koodi kohta. Väli põhineb klassifikaatoril *Diagnoosi statistiline liik*. Klassifikaator näeb ette, et koodina kasutatakse numbreid 1, 2, 3 ning lühinimetusena kodeeringut „+“, „-“ ja „0“.

Kasutatud oli kahte erinevat kodeeringut. Ühel juhul numbreid 1, 2, 3 ja teisel juhul märke „+“ ja „-“.

Väli oli täitmata 2182 korral ja 1329 juhul, mil põhihaiguse túsistuse kood oli täidetud. Kui põhihaiguse statistiline liik oli täitmata valdavalt ühel asutusel, siis neid asutusi, kus oli märgitud túsistuse kood, aga túsistuse statistiline liik puudus, oli rohkem. Üldse ei olnud túsistuse statistilist liiki märkinud kuus haiglat.

### 2.5.11 Põhihaiguse túsistus statistiline liik (nimetus)

Tekstiväli, mis peab olema täidetud iga túsistuse koodi kohta. Väli põhineb klassifikaatoril *Diagnoosi statistiline liik ja on eelmise välja tekstiline selgitus*.

Kõikidel juhtudel, kui väli „statistiline liik kood“ oli täidetud, oli olemas ka nimetus. Epikriisides oli kasutatud kaheksat erinevat nimetust. Lisaks sõnalistele selgitustele oli siia veergu märgitud ka „+“ ja „-“ märki ning „0“.

### 2.5.12 Kaasuv haigus (kood)

Tekstiväli, mis põhineb RHK-l. Juhul, kui väli on täidetud, võib olla märgitud mitu koodi.

Erinevaid väärtusi oli näidatud 3940.

Üksikute haigusjuhtumite puhul oli kasutatud diagnoosi koode, mida RHK-s ei ole (F03.00, F06.70, F07.00, F19.60, F25.10, F41.10, F45.00, F45.80, F60.20, F60.40, F70.10, F84.10, M42.96, M47.85, M48.02, M48.95, M54.29, M80.00). Antud koodid on RHK-s olemas nelja-, mitte viiekohalise koodina.

Tabel 9. Kaasuvate haiguste arv haigusjuhtumis

	Kaasuva haiguse koode																	Kokku	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16		17
Haigusjuhtumite arv	20 932	11 139	7168	4841	2974	1692	976	472	251	133	71	28	18	11	8	4	2	1	50 721

### 2.5.13 RHK kood (kaasuv haigus)

Tekstiväli, kus on näidatud, millist klassifikaatorit on kaasuva haiguse kodeerimisel kasutatud.

Välja väärtus oli kõikidel juhtudel, mil kaasuva haiguse kood oli täidetud, RHK-10.

### 2.5.14 Kaasuv haigus (nimetus)

Tekstiväli, mis põhineb RHK koodi nimetusel ja on seotud väljaga kaasuva haiguse diagnoosi kood.

Erinevaid nimetusi oli 9271, erinevaid koodi ja nimetuse kombinatsioone 9314. Eeltoodust järeldub, et ühele koodile vastas mitu nimetust ja samas oli nimetusi, millele vastas mitu koodi.

#### **2.5.15 Kaasuv haigus (statistiline liik kood)**

Tekstiväli, mis peab olema täidetud iga kaasuva haiguse koodi kohta. Väli põhineb klassifikaatoril *Diagnoosi statistiline liik*. Klassifikaator näeb ette, et koodina kasutatakse numbreid 1, 2, 3 ning lühinimetusega kodeeringut „+“, „-“ ja „0“.

Kasutatud oli kahte erinevat kodeeringut. Ühel juhul numbreid 1, 2, 3 ja teisel juhul märke „+“ ja „-“.

Kaasuva haiguse statistiline liik oli märkimata 4923 haigusjuhtumi puhul, mil kaasuva haiguse kood oli märgitud. Siin oli sarnane pilt põhihaiguse diagnoosi statistilise liigi koodi märkimisega: valdavalt oli lahter täitmata ühel haiglal ja neljal asutusel oli täitmata üksikud juhud.

#### **2.5.16 Kaasuv haigus (statistiline liik nimetus)**

Tekstiväli, mis peab olema täidetud iga kaasuva haiguse koodi kohta. Väli põhineb klassifikaatoril *Diagnoosi statistiline liik ja on eelmise välja tekstiline selgitus*.

Erinevaid nimetusi oli 10. Lisaks sõnalistele väljenditele oli siia veergu märgitud ka „+“ ja „-“ märki ning „0“. Kõikidel juhtudel, kui eelmine väli oli täidetud, oli olemas ka nimetus.

#### **2.5.17 Välispõhjus (kood)**

*Tekstiväli. Juhul, kui väli on täidetud, võib olla vaid üks kood.*

*Väli põhineb RHK-I. Esimese kolme koodiga (üks tähtkood ja kaks numbrilist koodi) näidatakse välispõhjuse liik, neljanda koodikohaga märgitakse W00–Y34 (v.a Y06, Y07) kodeeritavate välispõhjuste puhul sündmuspaiga numbriline kood ja viienda koodikohaga V01–Y34 kodeeritavate välispõhjuste tegevuse numbriline kood.*

Välispõhjuse koodi lahtris oli erinevaid koode 1337.

Välispõhjusi (koodid V01–Y98) oli üldse kokku märgitud 4511 haigusjuhtumi korral. Neist 38 juhul oli välispõhjus märgitud põhihaiguse, neljal juhul põhihaiguse tüsistuse ning 20 juhul kaasuva haiguse alla (kokku 1,4% juhtumitest).

Kokku oli täidetud välispõhjuse lahtriga juhtumeid 4724. Haigusjuhtumeid, kus välispõhjuse lahter oli täidetud, kuid see ei sisaldanud välispõhjuste koode, oli 265 (u 6%). Neist vigastuse, mürgistuste ja teatavate muude välispõhjuste tagajärgede diagnoose (koodid S00–T98) oli märgitud 32 juhtumi puhul (12%). Muid diagnoose A00–R99 oli märgitud 154 ja Z00–Z99 koode 96 haigusjuhtumi puhul (vastavalt 58% ja 36%).

Väljatoodud 265 juhtumist, kus välispõhjuste lahter ei sisaldanud välispõhjuse koode, 254 ehk 96% oli esitatud ühe haigla poolt.

#### **Välispõhjuste märkimine RHK-10 ptk XIX koode S00–T98 sisaldavate haigusjuhtumite puhul**

Vigastuse, mürgistuse ja teatavate muude välispõhjuste tagajärgede diagnoose (koodid S00–T98) oli märgitud kokku 4878 haigusjuhtumi puhul. Neist 4376 ehk 90% oli olemas ka välispõhjuse kood.

502 juhtumist, kus välispõhjuse kood oli märkimata, 386 juhtumit ehk 77% oli esitatud kahe haigla poolt (vastavalt 49% ja 28% juhtumitest).

502 välispõhjuseeta haigusjuhtumi puhul oli vigastuste, mürgistuste ja muude välispõhjuste toime koode (ptk XIX) märgitud järgnevalt:

Tabel 10. Ilma välispõhjuseeta vigastusjuhtumid (ptk XIX S00–T98) diagnooside järgi

RHK kood	Nimetus	Juhtumite arv
S00–S99	Erinevate kehapiirkondade vigastused	163
T00–T75	Vigastused, mürgistused ja teatavad muud välispõhjuste toime tagajärjed	42
T78	Mujal klassifitseerimata kahjulikud toimed	5
T79	Trauma teatavad varajased tüsistused	3
T80–T88	Mujal klassifitseerimata kirurgilise ja muu meditsiiniabi tüsistused	212
T90–T98	Vigastuste, mürgistuste ja välispõhjuste toime muude tagajärgede jääknähud	77

Kõigist 4878-st vigastuse ja mürgistuse diagnoosiga (S00–T98) juhtumist 4227 puhul (s.o 87%) oli vigastuse kood märgitud põhidiagnoosi veergu. Neist 363 juhul (u 9%) puudus välispõhjus. S00–T98 kood oli ainsaks koodiks põhihaiguse all 3804 haigusjuhtumi puhul (s.o 90% põhidiagnoosi veergu märgitud vigastusjuhtumitest), neist 192 juhul oli kasutatud nn liitvigastuste koodi (jaotise S00–S99 koodid, kus 4. koodikoht on „,7“ ning jaotise T00–T05 koodid).

#### **Mitme välispõhjuse koodiga haigusjuhtumid**

4459 haigusjuhtumist, kus välispõhjuse all oli välispõhjuse kood, 65 juhtumit (s.o 1,5%) sisaldavad mitut märgitud koodi. Neist vaid 7 juhul oli tegemist kahe välispõhjuse koodiga V01–Y98. 40 juhtumit sisaldavad välispõhjuse all lisaks S00–T98 koode ning 28 juhul oli sisestatud ka muid koode (A00–R99, Z00–Z99).

Tabel 11. Välispõhjuste arv haigusjuhtumis

	Välispõhjuse lahtrisse märgitud koodide arv								Kokku
	1	2	3	4	5	6	7	8	
Haigusjuhtumite arv	4394	38	11	8	3	4	0	1	4459

Seitsmest juhtumist neljal juhul oli tegemist kahe välispõhjuse koodiga W00–Y34, ühel juhul oli märgitud kaks muude meditsiiniliste menetluste tüsistuste koodi (Y84), ühel juhul oli meditsiinilise lisaseadisega seotud äparduse kood (Y79) lisatud kukkumisele (W01) ning vaid ühe juhtumi puhul oli alkoholimürgituse koodile (X45) lisatud mürgistuse tugevuse määramisega tõestatud seos alkoholiga (Y91).

#### **Haigestumise ja surma mujal klassifitseeritud põhjustega seotud lisategurite (välispõhjuse koodid Y90–Y98) kasutamine**

Kõigist välispõhjustega ravijuhtumitest oli välispõhjuste lisategurite koode märgitud järgnevalt:

Tabel 12. Välispõhjuste lisategurite (Y90–Y98) diagnoosid

RHK kood	Nimetus	Juhtumite arv
Y90	Vere alkoholisalduse määramisega tõestatud seos alkoholiga	4
Y91	Mürgistuse tugevuse määramisega tõestatud seos alkoholiga	2
Y95	Haiglaolud	2
Y96	Kutsetööga seotud olud	30

Esitatud 38st lisateguri koodist 34 oli märgitud ainsa koodina välispõhjuse all. Seost alkoholiga (Y90–Y91) oli esitanud kolm haiglat. 27 kutsetööga seotud olude koodiga juhtumit oli esitanud üks haigla.

#### **Välispõhjuste koodide tasemete vastavus**

4459st välispõhjustega ravijuhtumist oli välispõhjus märgitud viiekohalise koodiga 2856 juhul (s.o 64%), neljakohalise koodiga oli märgitud 1400 (31%) ning kolmekohalise 203 juhul (5%). Neljakohalisena märgitud koodidest 975 (e 70%) kuulus koodide gruppi V00–Y34 ehk peaks olema märgitud viiekohalisena. Märgitud kolmekohalistest koodidest 155 juhul (e 76%) peaks kood tegelikult olema viiekohaline (V00–Y34) ja kolmel juhul neljakohaline (Y83, Y79).

Ehk siis neid haigusjuhtumeid kokku, kus välispõhjus oli märgitud kolme- või neljakohalisena, kuid peaks olema kasutatud viie- või neljakohalist välispõhjuse koodi, oli 1133 (s.o 25% kõigist välispõhjustega juhtumitest).

Nimetatud juhtumeid esitas 20 haiglat 22-st välispõhjustega haigusjuhtumeid esitanud asutusest ning 60% ehk 679 juhtumitest oli esitatud nelja haigla poolt.

#### **Kirurgilise või muu meditsiiniabi tüsistuste märkimine**

212 haigusjuhtumi puhul oli põhi-, kaasuva-, põhihaiguse tüsistuse või välispõhjuse lahtrisse (vastavalt 125, 33, 36 ning 18 juhtu) märgitud „Mujal klassifitseerimata kirurgilise ja muu meditsiiniabi tüsistused“ (koodid T80–T88), kuid välispõhjuse lahtris välispõhjuse kood puudus. Sarnaselt oli 77 juhtumi puhul märgitud vigastuste, mürgistuste ja välispõhjuste toime muude tagajärgede jääknähtude koodi T90–T98 (59 põhihaiguse, 1 põhihaiguse tüsistuse ja 17 kaasuva all), kuid välispõhjuste lahtris puudus välispõhjuse kood.

#### **2.5.18 RHK kood (välispõhjus)**

*Tekstiväli, kus on näidatud, millist klassifikaatorit on välispõhjuse kodeerimisel kasutatud.*

Välja väärtus oli kõikidel juhtumitel, mil välispõhjuse kood oli täidetud, RHK-10.

#### **2.5.19 Välispõhjus (nimetus)**

*Tekstiväli, mis põhineb RHK koodi nimetusel ja on seotud väljaga välispõhjuse kood.*

Erinevaid nimetusi oli 1863. Erinevaid koodi ja nimetuse kombinatsioone oli 1874. Eeltoodust järeldub, et ühele koodile vastas mitu nimetust ja samas oli nimetusi, millele vastas mitu koodi.

### 2.5.20 Välispõhjus (statistiline liik kood)

Tekstiväli, mis peab olema täidetud iga välispõhjuse koodi kohta. Väli põhineb klassifikaatoril *Diagnoosi statistiline liik*. Klassifikaator näeb ette, et koodina kasutatakse numbreid 1, 2, 3 ning lühinimetusega kodeeringut „+“, „-“ ja „0“.

Kasutatud oli kahte erinevat kodeeringut, ühel juhul numbreid 1, 2, 3 ja teisel juhul märki „+“.

Välispõhjuse statistiline liik oli märkimata 2267 ravijuhtumi puhul, mil välispõhjuse kood oli märgitud.

### 2.5.21 Välispõhjus (statistiline liik nimetus)

Tekstiväli, mis peab olema täidetud iga välispõhjuse koodi kohta. Väli põhineb klassifikaatoril *Diagnoosi statistiline liik ja on eelmise välja tekstiline selgitus*.

Erinevaid nimetusi oli seitse. Lisaks sõnalistele väljenditele oli siia veergu märgitud ka „+“ ja „-“ märki ning „0“. Kõikidel juhtudel, kui eelmine väli oli täidetud, oli olemas ka nimetus.

### 2.5.22 Valitud diagnooside kasutamine

Järgnevalt kirjeldatakse valitud diagnooside kasutamise praktikat. Haigusjuhtumite puhul, kus põhidiagnoosi all oli rohkem kui üks diagnoos, on põhidiagnoosina arvestatud esimene diagnoos.

#### 2.5.22.1 R00–R99 „Mujal klassifitseerimata sümptomid, tunnused ja kliiniliste ning laboratoorsete leidude hälbepäevad“

R oli põhihaigusena nimetatud 540 juhtumi korral, sealjuures 311 juhtumi korral ei ole kaasuvat haigust nimetatud. Keskmine ravikestus oli 2,41 päeva. Nelja juhtumi puhul, kui põhihaiguseks oli R kood, oli lahkumisviisiks märgitud surm.

Tabel 13. Sagedasemad R koodid põhihaigusena ja keskmine voodipäevade arv

RHK kood	Nimetus	Juhtumite arv	Keskmine haiglaravi päevade arv
R10.4	Muu ja täpsustamata kõhuvalu	81	1,69
R49.0	Häälepuue e düsfoonia	41	0,00
R04.0	Ninaverejooks e epistaks	41	2,76
R11	liveldus ja oksendamine	28	1,50
R55	Sünkoop e süvaminestus ja kollaps e raugus	28	3,29
R06.5	Suuhingamine	24	0,75
R56.8	Muud ja täpsustamata vapluskrambid	23	2,22
R56.0	Palavikuvapuluskrambid	20	1,20
R10.3	Alakõhu muudes piirkondades lokaliseerunud valu	15	1,27
R31	Täpsustamata hematuuria e verikusesus	12	4,58
R50.9	Täpsustamata palavik	12	5,92
R07.3	Muu rindkerevalu	10	2,30
R33	Uriiniretentsioon e kusepeetus	10	4,10
R42	Vertiigo e peapööritus	10	5,00



#### **2.5.22.2 Z00.1 – lapse tervise tavaläbivaatus**

*TIS-i reeglina tervete vastsündinute kohta haiglaravi epikriisi ei saadeta, vaid tehakse sünniepikriis. RHK-10 alusel kodeeritakse terved vastsündinud Z38 „Haiglas või mujal elusalt sündinud lapsed“ alla.*

Koodi Z00.1 oli põhihaigusena esimesena nimetatud 675 haigusjuhtumi korral. Kõik olid ühe haigla juhud. Voodipäevade arv oli 0–5, keskmine voodipäevade arv 2,02. Ilmselt tehakse tervetele vastsündinutele ka haiguslugu (sünniaeg kõigil 2011 juuli–september). Kuuel juhul oli märgitud juurde kaasuv haigus – Q ptk.

#### **2.5.22.3 Z49.0 – dialüüsi ettevalmistushooldus, Z49.1 – kehaväline e ekstrakorporaalne dialüüs, Z49.2 – muu dialüüs**

Põhihaiguseks oli koodi Z49.1 ja Z49.2 märgitud 50 juhtumi korral, mil põhihaiguse alla oli märgitud rohkem kui üks kood. Esimesena ei ole neid koodi kordagi nimetatud.

Kaasuva haigusena oli Z49.1 ja Z49.2 seitsme haigusjuhtumi korral. Asutuse eriüksusi ei olnud, kolm asutust olid märkinud Z49.1 või Z49.2 kaasuvaks haiguseks.

Välispõhjuseks oli Z49.0, Z49.1 ja Z49.2 märgitud kaheksa juhtumi puhul. Kõik juhud olid ühe haigla omad.

Tüsistuseks oli Z49.1 ja Z49.2 märgitud 38 juhtumi korral. Kuna juhtumeid oli nii vähe, ei saa öelda, et asutuse eriüksusi oleks märkimises erinevusi.

#### **2.5.22.4 Z51.0 – kiiritusravikuur, Z51.1 – kemoteraapiakuur kasvaja korral, Z51.2 – muu kemoteraapia**

Koodi Z51.1 oli põhihaiguseks märgitud 75 juhtumi korral, aga ainult üheksal juhul oli koodi nimetatud esimesena. Kui Z51.1 oli nimetatud esimesena, oli kõigil kaasuva haigusena nimetatud C peatükk (kasvajad). Kõik esimese diagnoosikoodina näidatud juhud olid ühelt haiglalt.

Kaasuvaks haiguseks oli Z51.0 ja Z51.1 märgitud 779 haigusjuhtumi korral. Enamasti (546 korda) oli põhihaiguseks märgitud C peatükk. Suurem osa juhtumitest olid ühe haigla omad.

Välispõhjuseks oli koodi Z51.0 ja Z51.1 märgitud 31 juhtumi korral. Põhihaiguseks oli alati C peatükk. Enamus juhte olid ühe haigla omad, ainult üks juht oli teiselt haiglalt. Tüsistuseks ei olnud koodi Z51 märgitud.

## **2.6. Kirurgilised operatsioonid**

*TIS-is ei ole defineeritud, mis on operatsioon. Tervisestatistika aruandluses näidatakse kirurgia tabelis kõik NCSP põhipeatükkide (ptk A–Q), väikeste kirurgiliste protseduuride (ptk T) ja elundite võtmise transplantatsiooniks (ptk Y) alusel kodeeritavad kirurgilised protseduurid.*

TIS-i haiglaravi epikriise saatnud haiglatest näitasid kirurgilisi operatsioone (st oli täidetud operatsiooni kuupäev ja NCSP või haigekassa kood) kõik tervisestatistika aruandes statsionaarset kirurgiat esitanud haiglad peale ühe.

Kokku saadeti TIS-i 12 037 kirurgilise operatsiooniga statsionaarset epikriisi. Neist 2124 haigusjuhtumit olid samal päeval väljakirjutamisega ning tõenäoliselt oli suures osas tegemist päevakirurgia juhtumitega (vt osa 2.2.1)

### **2.6.1 Operatsiooni kuupäev**

*Välja formaat on yyyymmdd(hhmmss).*

Kokku oli operatsiooni kuupäev täidetud 12 157 haigusjuhtumi puhul ja 14 903 korral. 7138 juhu puhul oli operatsiooni aeg kellaajalise täpsusega.

Andmefailis oli 22 juhtumit, milles operatsiooni kuupäev ei jäänud haigusjuhtumi ajaraami. Ühe haigla juhte oli nende hulgas 12.

144 haigusjuhtumi puhul oli märgitud operatsiooni kuupäevi rohkem kui NCSP kood. Neist 120 juhtumil puudus nii NCSP kood kui ka haigekassa kood. Lisavahendi kood oli olemas kaheksa haigusjuhtumi puhul. Anesteesia liik oli märgitud 144-st haigusjuhtumist 138-l. Operatsiooni kuupäeva olemasolu ilma NCSP koodita oli paari haigla probleem. Kõige enam oli neil juhtudel põhidiagnoosiks iseeneslik peaseis-sünnitus, äge lümfoblastleukeemia ja äge maksillaarsinusiit.

10 290 juhul (84,6%) oli üks operatsiooni kuupäev, maksimaalselt oli 22 operatsiooni kuupäeva.

### **2.6.2 NCSP kood**

*Tekstiväli, mis põhineb NCSP-l. Korrektselt täidetuna koosneb kolmest tähemärgist ja kahest numbrist.*

12 037 haigusjuhtumi puhul oli täidetud vähemalt üks NCSP kood. See moodustas 23,7% kõikidest juhtudest. Neljal juhul oli NCSP koodi asemel märgitud haigekassa kood. Andmefailis oli üks kood, mida klassifikaatoris ei eksisteeri (NHL41). Ülejäänud juhtudel vastasid NCSP koodid etteantud formaadile ja klassifikaatorile.

Kasutati 1438 erinevat NCSP koodi. Haiglatest, kes esitavad statsionaarse kirurgia aruannet, ei olnud näidanud ühtegi koodi üks haigla. Enamikel juhtudel (84,7%), mil NCSP kood oli välja toodud, oli haigusjuhtum üks NCSP kood. Maksimaalne näidatud NCSP koodide arv haigusjuhtumi kohta oli 22.

Kõigis haigusjuhtumites, kus oli märgitud kas haigekassa kood või operatsiooni lisavahendi kood, oli täidetud ka NCSP kood. Selliseid juhte, kus NCSP kood oli olemas, aga puudus nii haigekassa kood kui ka lisavahendi kood, oli 3361 ehk 28% juhtudest.

#### Z peatüki (Kõikides teistes peatükkides esinevad piiritlejad) koodide kasutamine

*NCSP reegel ütleb: Peatükis Z antud protseduurikoodid on üldised protseduuride piiritlejad, mis annavad lisainformatsiooni protseduuride põhikoodide kohta. Nad lisatakse alati põhiprotseduuride koodidele ning neid ei või kunagi iseseisvalt kasutada.*

Z kood oli põhikoodina märgitud 270 haigusjuhtumil, neist 252 juhul ainsa NCSP koodina. Z koodi põhioperatsioonina oli näidanud 14 haiglat, aga juhtumitest pooled pärinesid ühelt haigalt.

T peatüki (Väikesed kirurgilised protseduurid) koode oli kokku märgitud 106 juhul. Põhiprotseduurina märgiti T peatüki koode 63 haigusjuhtumi korral. Kuuel juhul, mil NCSP koode oli märgitud rohkem kui üks, oli T kood märgitud põhikoodiks ekslikult. Ülejäänud 57 haigusjuhtumi puhul oli T kood ainus NCSP kood. Neist enamus olid sünnitusepuhused episiootomiad.

U peatüki (Transluminaalne endoskoopia) kood ainsa koodina oli märgitud 23 juhul ja koos teise NCSP koodiga viiel juhul.

X peatüki (Kirurgiaga seotud uurimisprotseduurid) NCSP kood oli ainsa operatsioonikoodina näidatud ühel haigusjuhtumil.

### **2.6.3 NCSP**

*Tekstiväli, kus on näidatud, millist klassifikaatorit on NCSP kodeerimisel kasutatud.*

Kõikidel juhtumitel, kus oli täidetud NCSP koodi väli, oli klassifikaatori nimi NCSP.

### **2.6.4 NCSP nimetus**

Tekstiväli, mis annab väljale *NCSP kood* sõnalise vaste.

Kõigil juhtudel, mil oli täidetud NCSP kood, oli täidetud ka nimetus. Erinevaid nimetusi oli 1530. Koodi ja nimetuse kombinatsioone oli 1532, st paarile nimetusele vastab erinev kood. Enamikele koodidele vastas üks nimetus, aga oli ka neid koode, millel oli mitu vastet. Selle põhjuseks oli erinevate katusega tähtede esitamine (š, ž ja lisaks ka <, >).

### **2.6.5 Haigekassa kood**

Tekstiväli, mille aluseks on haigekassa teenuste loetelu, mis on kättesaadav nii haigekassa kodulehelt kui ka Vabariigi valitsuse määrusest nr 32 „Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu“.

Haigekassa kood oli täidetud 8090 juhul ja täitmata 6216 juhul, mil NCSP kood oli haigusjuhtumil olemas. Erinevaid väärtusi oli 600. Märgitud oli nii numbrilisi kui ka tekstilisi koode.

Haiglatest ei olnud haigekassa koodi ühelgi juhul täitnud viis asutust, kes olid näidanud NCSP koodi. Kaks haiglat olid haigekassa koodi lahtrisse kopeerinud NCSP koodi (kolmel haigusjuhtumil oli põhikoodiks Z... kood ja haigekassa all tegelik põhioperatsiooni NCSP kood).

Haiglatel algas haigekassa kood nulliga, kuigi haigekassa enda loetelus nulli ei ole.

### **2.6.6 Haigekassa kood (nimetus)**

Tekstiväli, mille aluseks on haigekassa teenuste loetelul, mis on kättesaadav nii haigekassa kodulehelt kui ka Vabariigi valitsuse määrusest nr 32 „Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu“.

Erinevaid väärtusi oli 650. Erinevaid koodi ja nimetuse kombinatsioone oli 749. Siit nähtub, et erinevalt eelpool toodud näitajatest oli neid juhtumeid rohkem, kus ühele nimetusele vastas palju erinevaid

koode. Vähem oli neid juhtumeid, kus ühele koodile vastas mitu erinevat nimetust. Erinevate nimetuste esinemine oli tingitud sellest, et kasutatud oli erinevaid loendeid.

### **2.6.7 Anesteesia kood**

Tekstiväli, mille aluseks on klassifikaator „Anesteesia liik“. Lahter oli täidetud 10 050 korral, erinevaid väärtusi oli 32. Kasutatud oli kahte kodeeringut. Enamik koode põhines klassifikaatori „Anesteesia liik“ 1. versioonil, mis oli kehtiv 1. jaanuarini 2013. Selle järgi oli koodideks täht (ja numbrikombinatsioonid). Teine kasutatud kodeering oli sarnane klassifikaatori uuele versioonile, mille järgi kodeeritakse väli numbritega 1, 1.1...2,2.1...3.2. Samas kõiki asutuste poolt märgitud koode selles versioonis ei ole (4; 4.10; 5; 5.10; 10; 23) ja klassifikaatoris olemasolevate koodide seletused ei ole klassifikaatorile vastavad. Tõenäoliselt on tegemist mingi muu klassifikaatoriga, mitte „Anesteesia liigi“ 2. versiooniga, mida on kasutanud mitu erinevat asutust.

Anesteesia andmed oli esitanud 19 haiglat. Ühtegi anesteesia koodi ei olnud väljavõttes kuuel haiglal.

### **2.6.8 Anesteesia nimetus**

Tekstiväli, mille väärtus peab vastama eelmisel väljal toodud koodile. Erinevaid nimetusi oli andmefailis 44. Erinevaid koodi ja nimetuse kombinatsioone oli 45, sealjuures oli juhtumeid, kus kood oli märkimata, aga nimetus oli olemas (5 korral, 4 haigusjuhtumit). Üks asutus oli kohandanud klassifikaatoris toodud nimetusi.

Kokku oli väli täidetud 10 055 korral.

### **2.6.9 Haigekassa lisavahend kood**

*Tekstiväli, mis põhineb klassifikaatoril „EHK 2008a. hinnakirja meditsiiniseadmed“. Korrektselt täidetud väli koosneb neljast numbrist, mille lõpus on täht „L“.*

Väli oli täidetud 3800 korral, neist 673 korral ei ole asutus NCSP koodi ega haigekassa koodi näidanud. Erinevaid väärtusi oli 94. Formaadile ei vastanud neist kolm. Lisaks ei ole klassifikaatori 1. ega 2. versioonis 13 koodi, mida asutused kasutasid: 2623L, 2626L, 2750L, 2751L, 2756L, 2757L, 2759L, 2760L, 2862L, 2863L, 2901L, 2903L, 2904L.

Haigekassa lisavahendi koodi näitasid 17 haiglat.

### **2.6.10 Haigekassa lisavahendi koodi nimetus**

*Tekstiväli, mis põhineb klassifikaatoril „EHK 2008a. hinnakirja meditsiiniseadmed“.*

Välja väärtus peab vastama eelmisel väljal toodud koodile. Erinevaid nimetusi oli peaaegu poole rohkem kui erinevaid koode (177 vs 94), mis tähendab, et ühele koodile vastas mitu erinevat nimetust. Erinevused tulenesid sellest, et haiglad olid klassifikaatori seletusi täpsustanud (lisanud konkreetseid operatsioonikoodid), lühendanud või kasutanud klassifikaatorist erinevat nimetust. Erinevuste allikaks olid ka tähemärgilised erinevused. Erinevaid koodi ja nimetuse kombinatsioone oli 178, st et välja arvatud ühel juhul vastas ühele nimetusele üks kood.

## ARUTELU

Analüüsi lugemisel peab arvestama, et vaadeldud on 2011. aasta andmeid, mis on esitatud hiljemalt aprillis 2012. Toona esinenud tehnilised probleemid võivad olla tänaseks lahendatud. Haiglatega konsulteerides on selgunud, et mitmes asutuses on infotehnoloogilised süsteemid vahetunud, on lisatud kvaliteedikontrolle ja võetud kasutusele uusi dokumente, nt päevaravi epikriis.

Üks analüüsi eesmärk oli õppida moodustama üksikjuhtumitega väljavõtet ja välja selgitada tunnuseid, mida kontrollides saab välistada topelt või vigased haigusjuhtumid. See eesmärk sai ka täidetud, aga TAI TSO jaoks ei ole hetkel selge, kas see on piisav ja kas antud kogemusest on abi ka statistikamooduli rakendamisel. Mõned andmefaili moodustamise iseärasused vajaksid veel täpsustamist, nt kuidas kasutajale mugavamalt moodustada ühe haigusjuhtumi kohta ühte kirjet (et kasutaja ei peaks 13 diagnoosi olemasolul 13 kirjest ise ühte haigusjuhtumit moodustama).

Oluline on, et samade lähtetingimuste puhul oleks väljavõtte alati sama. Kuna dokumente parandatakse uue informatsiooni ilmnmisel, on antud tingimuse kontroll keeruline. Käesoleva analüüsi puhul võeti sama perioodi jooksul haiglast lahkunute epikriiside kohta väljavõtte paarikuulise vahega ja haigusjuhtumite üldarv erines viis protsenti, mis on üsna suur erinevus. Väljavõttest oli dokumente kadunud ja juurde tulnud, kuid eeldada võib tehniliste probleemide lahenemist ja vähenemist käesolevaks ajaks. Analüüsiga tuli välja päringu ja väljavõtte tegemise täpse kirjelduse ja arhiveerimise vajadus. Võib eeldada, et TIS-i stabiliseerimisel ei muutu andmed sedavõrd, aga peab kokku leppima, kui sageli on väljundtabeleid mõistlik uuendada.

Üks analüüsi eesmärk oli kontrollida statistikamoodulisse planeeritavate reeglite/kvaliteedikontrollide sobilikkust. Näiteks on kokku lepitud, et haigusjuhtumil tohib olla ainult üks põhidiagnoos. Antud reegel on haiglate poolt tunnustatud vajalikuks ja arvestades 2011. aasta epikriisides esinenud vigade rohkust põhidiagnoosi märkimisel, on kontrollseose lisamine oluline. Samas lubab RHK-10 teatud haigusseisundeid kodeerida mitme koodiga, millest statistikasse peab kirja minema ainult üks kood. Need seisundid on nt risti ja täрни süsteemi koodide kasutamine, hulgivigastused, haigusseisundite täpsustus teatud nakkustekitajatega, kasvajate funktsionaalse aktiivsuse täpsustus. Kuigi arvuliselt ei kasutatud lubatud mitmikkodeerimist sageli (probleem võis olla ka lihtsalt selliste seisundite kodeerimise oskuses), oleks vaja arutada, kas alati ühe põhidiagnoosi nõue ei põhjusta diagnoosi kohta liiga vähese informatsiooni saamist. Nt statistikas haiglaravi diagnooside esitamiseks on hulgivigastuse puhul üks põhidiagnoos piisav, aga kas ka vigastuste ennetus- ja ravitegevuste planeerimiseks.

Ühtse haigusjuhtumi määratluse alusel andmete TIS-i esitamise tagamine on keeruline, sest arstid/haiglad esitavad haiglaravi andmeid eri vajadustega osapooltele (haigekassa, teised arstid, statistika jne). Ka tervisestatistikas defineeritakse haigusjuhtumit mitmeti. Statistikas võib tekkida vajadus andmeid kohandada. Näiteks selleks, et esitada andmeid rahvusvahelise definitsiooni alusel, võib olla vajalik mitme haigusjuhtumi liitmine või lahutamine erinevateks episoodideks. Pilootprojekti andmete analüüsi põhjal on vaja otsustada, mis reeglite alusel erinevad juhtumid liita (kui pikk vahe võib olla erinevate

juhtumite vahel, kuivõrd arvestada lahkumisviisi, diagnoosi, voodiprofiili jne). Samuti peab leidma lahenduse, kuidas andmed esitatakse sel juhul TIS-i statistikamooduli aruannete tabelites.

Kuna asutused esitavad andmeid erinevatele osapooltele, siis viimased peavad jälgima ja omavahel kokku leppima klassifikaatorite ühtse kasutamise.

Statistikamoodulis võivad problemaatiliseks osutada mitte ainult erinev haigusjuhtumi arvestus, vaid ka sisulised vead. Enamus kvaliteedikontrollidest on hoiatava iseloomuga, sest erandite tõttu ei ole tihti võimalik rangeid kontrole kehtestada. Kui tervishoiutöötaja ei paranda ilmset viga, tekib küsimus, kuidas sel juhul käituda andmetega? Kas jätta andmed aruandest välja või teha statistiline ümberarvestus? Sellisel juhul võivad erinevad statistilised tulemused segadust tekitada.

# JÄRELDUSED

## Väljavõtte moodustamine

Ligikaudu kuus protsenti analüüsitud haiglaravi epikriisidest ei osutunud statsionaarseks. Kuna kõiki päevaravi juhtumeid ei olnud võimalik eristada ja analüüsist eemaldada, siis oli haiglaravi juhtumite arv mõnevõrra suurem kui tegelikult.

- Topelt haigusjuhtumite kindlaks tegemiseks tuleb kasutada mitte ainult dokumendi numbrit ja äriregistri koodi kombinatsiooni, vaid võrrelda andmeid ka patsiendi ID ning haiglaravi alguse ja lõpu järgi.
- Statsionaarse haigusjuhtumi tuvastamiseks ei piisa statsionaarse epikriisi dokumendist juhtumi piiritlejana. On vaja kontrollida ka haigusjuhtumi tüübi ja voodiprofiili vastavust.

## Haiglaravi epikriisi tunnuste täitmine ja reeglite järgimine

- Patsiendi elukoha EHAK-i kood oli täidetud kolmandiku haigusjuhtumite puhul, sh alati ainult kolme haigla poolt. Arvestada tuleb, et koodid ei ole esitatud neljakohalistena, nagu klassifikaator ette näeb, vaid haiglate poolt esitatud koodid koosnevad kahest osast: esimesed kaks numbrit näitavad maakonda; viimased kolm või neli numbrit valda, linna või alevit.
- Haiglasse pöördumise erakorralisus oli täidetud kõikide haigusjuhtumite puhul, aga kolmesest loendist oli kasutatud valdavalt ainult kahte nimetust. Kui välja jätta ühe haigla üksikud juhtumid, ei kasutanud haiglad vältimatut abi korras pöördumise nimetust. Koodidena oli kasutatud nii plaanilist, erakorralist kui vältimatut pöördumist, aga haiglati näidati peale plaanilise pöördumise ainult kas erakorralist või vältimatut pöördumist.
- Diagnoosi tunnuse kvantitatiivne täitmine oli hea, ainult üheksal haigusjuhtumil 50 721-st ei olnud märgitud ühtegi diagnoosi.
- Sagedasem viga diagnoosi täitmisel oli ühe põhidiagnoosi reegli mittejärgimine, st ligikaudu seitsmel protsendil haigusjuhtumitest oli märgitud rohkem kui üks põhidiagnoos. Osa neist oli tingitud tehnilistest probleemidest.
- Teine sagedasem viga diagnoosi täitmisel oli diagnoosikoodi märkimine ebapiisava tasemega. RHKs nelja koodikohaga diagnoosid olid märgitud 99% korrektselt. Tunduvalt halvemini olid märgitud RHKs viie koodikohaga (st psüühikahäirete, vigastuste ja välispõhjuste peatükki kuuluvad) diagnoosid. RHKs viie koodikohaga esitatud diagnoosidest olid korrektselt kodeeritud ainult pooled.
- Välispõhjuste puhul jäeti lisaks tegevuse ja sündmuskoha ebapiisavale (25% juhtumitest) märkimisele RHK-10 XIX ptk „Vigastuse, mürgistuse ja teatavate muude välispõhjuste tagajärjed” diagnoosid välispõhjusega täpsustamata (10%) või märgiti välispõhjuste lahtrisse teiste haigusseisundite koodid (6%).
- Mõne asutuse poolt kasutati RHK-10 diagnooside muudetud nimetusi, kas täiendades diagnoosi või kasutades lühendeid. Üksikutel juhtumitel ei vastanud diagnoosikood RHK-10-le. Nendel juhtudel kodeeriti klassifikaatoris nelja koodikohaga esitatud seisundeid viie koodikohaga.

- 99% haigusjuhtumitest, kus oli märgitud operatsiooni kuupäev, oli näidatud ka vähemalt üks NCSP kood, aga 252 juhtumi puhul oli ainsaks NCSP koodiks Z peatüki kood, 23 juhtumi puhul transluminaalse endoskoopia kood ja ühel juhul kirurgiaga seotud uurimisprotseduur – ptk X.
- NCSP koodid olid märgitud paremini kui Haigekassa koodid. Haigekassa kood oli märgitud ligikaudu pooltel juhtumitel, mil oli täidetud NCSP kood. Viiel haiglal, kes olid märkinud NCSP koodi, ei olnud märgitud ühtegi haigekassa koodi.
- Kui NCSP koodid (v.a üks kood) vastasid klassifikaatorile ja nimetustes oli vähe erinevusi klassifikaatorist, siis haigekassa koodide puhul oli kasutatud erinevaid teenuste loetelu versioone, samuti ei leidunud kõiki näidatud lisavahendite koode kehtinud tervishoiuteenuste loetelus.

### **Kehtestatud reeglid ja juhendid**

- Epikriisi täitmiseks ei ole alati reegleid kehtestatud või piisavalt kirjeldatud. Ei ole kirjas, kuidas märkida EHAK-i kood, missugust nimetust kasutada diagnoosi statistilise liigi märkimisel, millal on tegemist kirurgilise operatsiooniga.
- Epikriisi ja statistika koondteatise reeglid ei ole alati vastavuses, nt epikriisil on lubatud üks välispõhjus, koondteatisel mitu.
- Analüüsiga ilmnes suhteliselt palju vigu, millest saaks dokumendi/kvaliteedi kontrollireeglite rakendamisega epikriisi esitajat teavitada, nt põhidiagnooside arv, põhidiagnoosina mitte lubatud diagnoosid, välispõhjuste puhul lubatud koodid, operatsioonide puhul põhiprotseduurina mitte lubatud koodid, operatsiooni kuupäeva haigusjuhtumi piirest välja jäämine jne.

### **Loendid ja klassifikaatorid**

- Kõik publitseeritud loendid/tunnused ei toimi ja vajaksid kas ümbervaatomist või kasutusjuhendi täiendamist, nt „pöördumise plaanilisus\_erakorralisus” või „RHK kood” .
- Eri linkidena avaldatud rahvusvahelised/riiklikult kasutatavad klassifikaatorid ei ole identsed, nt RHK-10 SoM-i kodulehel avaldatud online versioon, xml ja uuenduste fail erinevad mõnede koodide osas.



## EDASISED TEGEVUSED

- ETSA-ga arutelu TIS-i dokumendi- või kvaliteedikontrollide toimimise ja lisamise võimalikkuse ning juhendite täiendamise vajaduse kohta.
- ETSA-le ja TTO-dele klassifikaatorite haiglate andmesisestusprogrammidesse integreerimise vajaduse teadvustamine.
- SoM-ile kui RHK-10 eest vastutajale tagasiside andmine RHK-10 versioonide erinevuste kohta, samuti RESTAle statistikamooduli pilootprojektiks.
- Ambulatoorsete epikriiside andmekoosseisu ja reeglite ülevaatamiseks on loodud ETSA poolt töörühm, töö on planeeritud valmis saada 2013. aasta sügiseks. Tervisestatistika definitsioonide ühtlustamiseks loodi SoM-i poolt 2012. aastal töörühm, kes on haigla- ja päevaravi definitsioone täpsustanud. Nii publitseeritud (haiglaravi ja päevaravi) kui publitseerimata (ambulatoorne) statistika koondteatiste andmekoosseis ja mõisted on plaanis üle vaadata vastavalt statistikamooduli pilootprojekti tulemustele ja ambulatoorse epikriisi töörühma otsustele ning vajadusel viia sisse muudatused.
- TIS-i dokumentide täitmise ja loendite/klassifikaatorite kasutamise reeglite regulaarsete koolituse läbiviimine.

