

Veselības aprūpes kvalitātes rādītāji

Veselības ministrijas apstiprinātā veselības aprūpes sistēmas kvalitātes pilnveidošanas un pacientu drošības koncepcija paredz izstrādāt un uzturēt veselības aprūpes rezultatīvo rādītāju un indikatoru klāstu ārstniecības iestāžu darbības un rezultātu analīzei un salīdzināšanai nacionālajā līmenī, Eiropas un starptautiskajā vidē, kā arī uzkrāt datus par rezultatīvajiem indikatoriem un veikt datu analīzi nacionālajā līmenī. Slimību profilakses un kontroles centrs kopš 2017.gada veic veselības aprūpes rezultatīvo rādītāju atlasī, rādītāju aprēķināšanas metodikas aprakstīšanu un šo rādītāju aprēķināšanu atbilstoši izstrādātajai metodikai.

Zemāk aprakstīti veselības aprūpes kvalitātes rādītāji, kas aprēķināti nacionālajā un institūciju līmenī.

Daļa no zemāk aprakstītajiem veselības aprūpes kvalitātes rādītājiem slimnīcu līmenī pieejami arī Slimību profilakses un kontroles centra uzturētajā [Veselības statistikas datubāzē](#).

Satura rādītājs

<i>Veselības aprūpes kvalitātes rādītāji</i>	1
<i>30 dienu mirstība pēc akūtā miokarda infarkta</i>	3
Pacientu mirstība 30 dienu laikā pēc stacionēšanas ar akūtu miokarda infarktu Latvijā 2019.gadā, procentos	5
Pacientu mirstība 30 dienu laikā gan stacionārā, gan ārpus tā pēc stacionēšanas ar akūtu miokarda infarktu Latvijā 2019.gadā, procentos; divu aprēķina metožu salīdzinājums	6
<i>30 dienu mirstība pēc akūta insulta</i>	7
30 dienu mirstības rādītāji pēc akūtā hemorāģiska insulta Latvijā 2019. gadā, procentos	9
30 dienu mirstības rādītāji pēc akūta išēmiska insulta Latvijā 2019. gadā, procentos	10
<i>Pacientu ar šizofrēniju, šizotipiskiem traucējumiem vai murgiem neatliekamā stacionēšana 30 dienu laikā tajā pašā stacionārā</i>	11
Akūtu stacionēšanas gadījumu skaits ar šizofrēniju un šizotipiskiem traucējumiem un atkārtotā stacionēšana 30 dienu laikā tai pašā slimnīcā Latvijā 2019.gadā, procentos	11
<i>Pacientu drošība</i>	12
Pacientu mirstība stacionārā un ārpus stacionāra 30 dienā laikā pēc veiktas lielās ķirurģiskās operācijas 2019.gadā, procentos	12
Ķirurģisko procedūru laikā atstātie svešķermeņi, nejauši iegriezumi, plīsumi Latvijā 2019. gadā, procentos	13
Pēcoperāciju dziļo vēnu tromboze, plaušu embolija pēc gūžas un ceļa locītavas endoprotezēšanas operācijas Latvijā 2019.gadā, procentos	15
Traumu īpatsvars vaginālās dzemdībās ar un bez instrumentu lietošanas 2018.gadā	16

30 dienu mirstība pēc akūtā miokarda infarkta

Aprēķināts, ka Eiropā galvenais mirstības un saslimstības cēlonis, kas rada milzīgu slimību slogu, ir sirds išēmiskā slimība jeb koronārā sirds slimība¹. Viena no koronārās slimības formām ir akūts miokarda infarkts, kas galvenokārt rodas koronāro asinsvadu organiska bojājuma (stenozējoša ateroskleroze, tromboze) rezultātā, piemēram, ja kādu iemeslu dēļ sirds artērijas tiek nosprostotas ar trombu. Mūsdienās, saņemot savlaicīgu ārstēšanu un pēc atlabšanas, pildot ārsta norādījumus, cilvēki pēc miokarda infarkta lielākoties var sekmīgi atlabt un dzīvot pilnvērtīgu dzīvi².

30 dienu mirstība pēc akūta miokarda infarkta ir viens no starptautiski plaši lietotiem veselības aprūpes kvalitātes rādītājiem. Tas atspoguļo neatliekamās medicīniskās palīdzības procesa kvalitāti pirms slimnīcas un slimnīcas etapā, piemēram, cik savlaicīgi pacients tiek transportēts uz stacionāro ārstniecības iestādi, cik efektīva ir izvēlēta ārstēšanas metode. Rādītāja rezultātu ietekmē ne tikai stacionārā sniegtā aprūpes kvalitāte, bet arī medicīnas personāla pieņemtais lēmums par pacienta pārvešanu uz citu stacionāru, vidējais slimnīcā pavadītais laiks, akūtā miokarda infarkta veids, smaguma pakāpe u.c. Jāņem vērā, ka arī pacienta blakus saslimšanas var ietekmēt iznākumu pēc akūtā miokarda infarkta, piemēram, nekontrolēts cukura diabēts var paaugstināt mirstību pēc pārciesta akūtā miokarda infarkta³.

Šī rādītāja aprēķināšanai ir dažādas metodikas, kas var ietekmēt rezultātu, īpaši rēķinot nelielās pacientu grupās, piemēram, ārstniecības iestāžu līmenī. Ekonomiskās sadarbības un attīstības organizācija (OECD) iesaka rēķināt divus rādītājus, kas raksturo pacientiem ar akūtu miokarda infarktu sniegtās palīdzības kvalitāti:

1. 30 dienu mirstība stacionārā pēc akūtā miokarda infarkta – raksturo savlaicīgu pacienta nogādāšanu ārstniecības iestādē un pacientam sniegtās neatliekamās medicīniskās palīdzības kvalitāti;
2. 30 dienu mirstība stacionārā un ārpus stacionāra pēc akūtā miokarda infarkta – raksturo ne tikai slimnīcā sniegtās palīdzības kvalitāti, bet arī ambulatorās palīdzības kvalitāti.

Lai samazinātu 30 dienu mirstības rādītāju pēc akūtā miokarda infarkta, ļoti svarīgi ir nodrošināt augstas kvalitātes neatliekamo medicīnisko palīdzību pacientiem ar miokarda infarktu, tai skaitā, savlaicīgu pacienta transportēšanu, pētījumos balstītas terapijas izvēli un specializētu tehnoloģiju pielietošanu, piemēram, invazīvās kardioloģijas laboratorijas.

Starptautiskie rādītāja rezultāti, t.sk. par Latviju, pieejami [OECD mājas lapā](#).

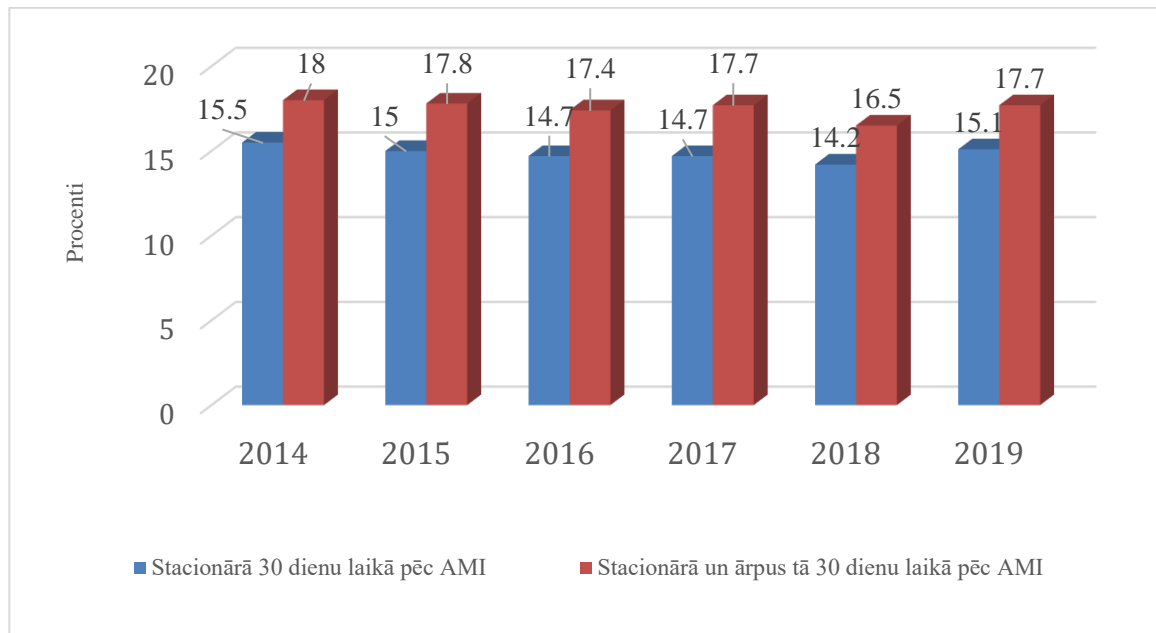
Pēdējos sešos gados Latvijā 30 dienu mirstības rādītāji pēc akūtā miokarda infarkta būtiski nav mainījušies.

¹ The Global Burden of Disease, Institute of Health Metrics and Evaluation, 2013

² Latvijas Kardiologu biedrība, www.kardiologija.lv

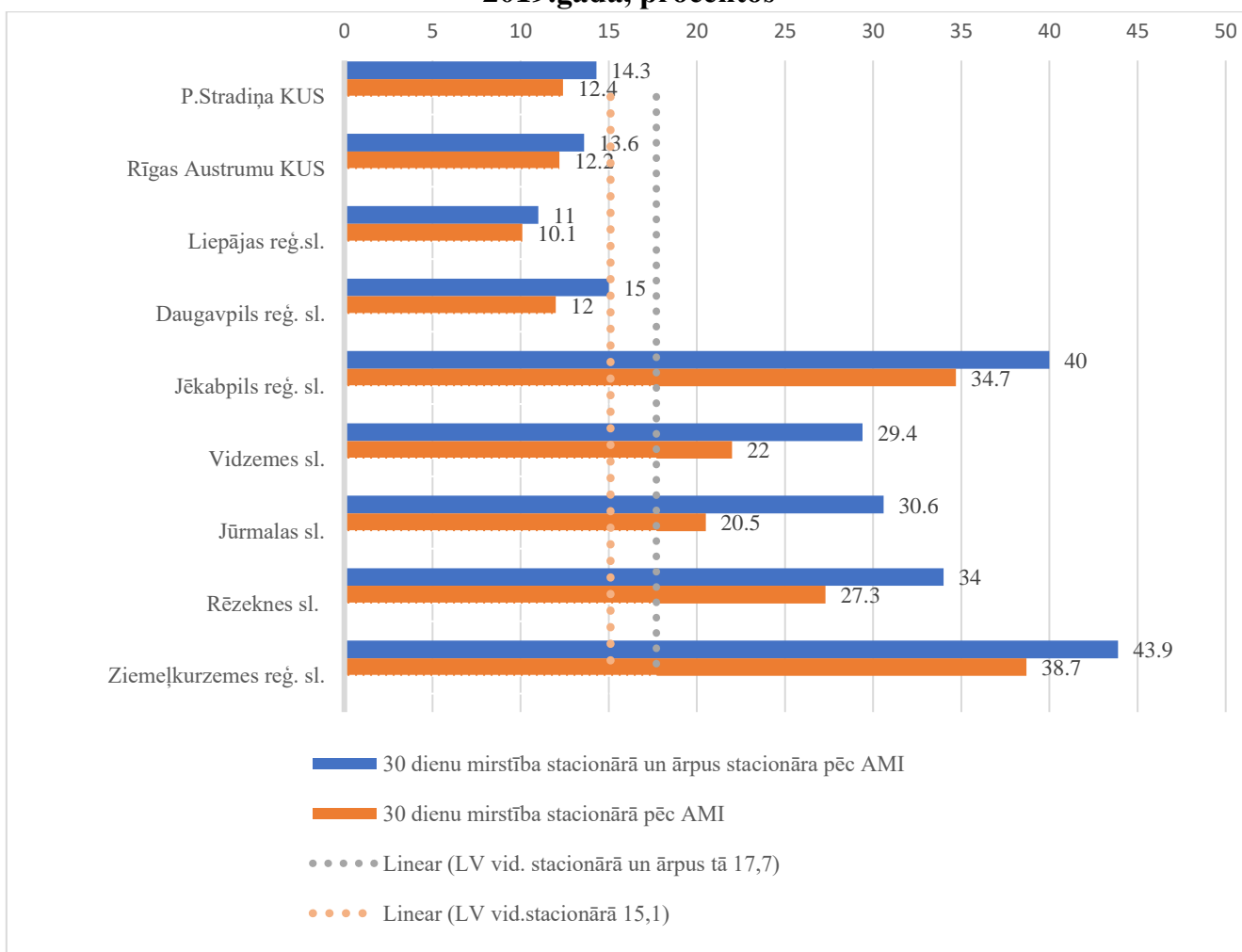
³ Health at Glance 2017, OECD, 2018

Pacientu mirstība 30 dienu laikā pēc stacionēšanas ar akūtu miokarda infarktu 2014.-2019.gadā, procentos



Kopējos Latvijas rādītājus ietekmē to vērtības katrā atsevišķā slimnīcā. Aprēķini rāda, ka minētie rādītāji dažādās Latvijas slimnīcās atšķiras, ko savukārt ietekmē gan sniegtās aprūpes process un tā kvalitāte, gan arī datu kodēšanas prakse.

Pacientu mirstība 30 dienu laikā pēc stacionēšanas ar akūtu miokarda infarktu Latvijā 2019.gadā, procentos

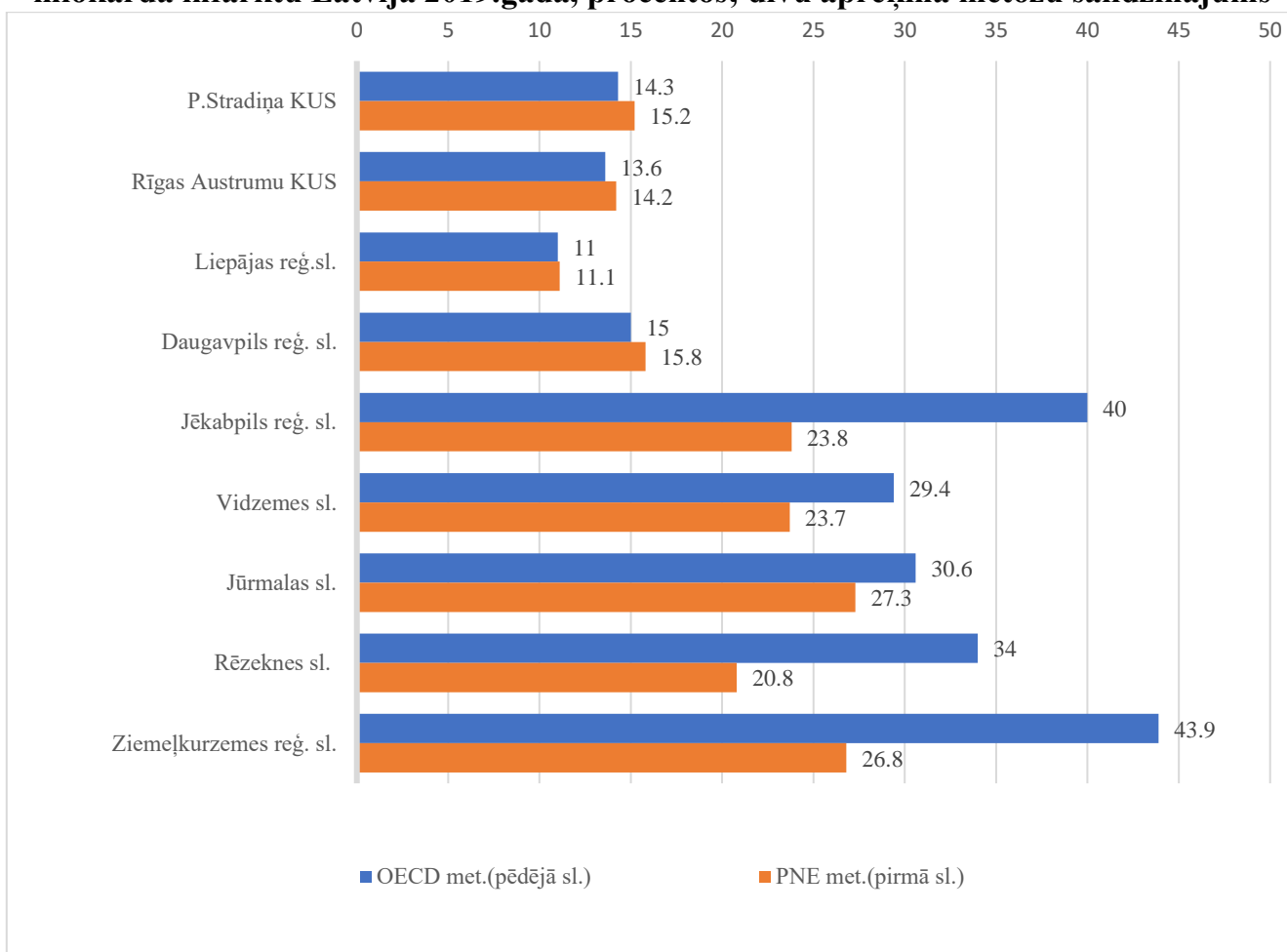


*Grafikā nav iekļautas slimnīcas, kurās gada laikā stacionēti mazāk nekā 30 pacienti ar akūtu miokarda infarktu (I21-I22 pēc SSK-10).

Ar pilnu rādītāju aprēķināšanas metodiku var iepazīties [SPKC mājaslapā](#).

Veicot rādītāja aprēķinus pēc citas metodikas (galvenā atšķirība ir tā, ka gadījumu pieskaita pirmajam stacionāram, kur pacients nonācis), rezultāti sadalījumā pa slimnīcām atšķiras.

Pacientu mirstība 30 dienu laikā gan stacionārā, gan ārpus tā pēc stacionēšanas ar akūtu miokarda infarktu Latvijā 2019.gadā, procentos; divu aprēķina metožu salīdzinājums



* Grafīkā nav iekļautas slimnīcas, kurās gada laikā stacionēti mazāk nekā 30 pacienti ar akūtu miokarda infarktu (I21-I22 pēc SSK-10).

**Rādītājs, kur gadījums pieskaitīts pirmajai slimnīcai, aprēķināts, izmantojot PNE (*Italian National Outcome Evaluation Program*) lietoto metodiku⁴.

Tomēr dažādu metodiku izmantošana būtiski neietekmē kopējo rādītāju, kas saglabājas nemainīgi augsts un norāda uz situācijas uzlabošanas iespējām. Lai mainītu situāciju un mazinātu negatīvo iznākumu biežumu, nepieciešams uzlabot slimnīcās sniegto pakalpojumu kvalitāti, veselības aprūpes pieejamību visos līmeņos savlaicīgai terapijas uzsākšanai, kā arī jāizglīto sabiedrība akūta miokarda infarkta simptomu atpazīšanā.

⁴ Strategies across Europe to assess quality of care. Report by the Expert Group on Health Systems Performance Assessment. Brussels: European Commission; 2016.

30 dienu mirstība pēc akūta insulta

Aprēķināts, ka katru gadu pasaulē 26 miljoni cilvēku piedzīvo insultu. Insults ir cēlonis 12% no visiem nāves gadījumiem pasaulē, turklāt insults ir arī viens no biežākajiem invaliditātes cēloņiem. Insults attīstās gadījumos, kad noteiktai smadzeņu daļai ir asins apgādes traucējumi. Izšķir divus insulta veidus – išēmisks (apmēram 85% no visiem insultiem) un hemorāģisks. Išēmiskā insulta ārstēšanas iespējas pēdējā desmitgadē ir ļoti attīstījušās, pacients ar išēmisko insultu pēc iespējas ātrāk ir jānogādā stacionārā, kur var veikt akūtu tromba šķīdināšanu vai izņemšanu. Neskatoties uz straujo ārstēšanas iespēju uzlabošanu, vēl arvien ir daudz darāmā, lai uzlabotu pacientu ar insultu aprūpi. Jāveicina savlaicīga insulta simptomu atpazīšana, jācenšas saīsināt laiku no pirmo simptomu parādīšanās līdz terapijas uzsākšanai, jāuzlabo ārstēšanas pieejamība, jābūt pietiekamam finansējumam pacientu aprūpei un speciālistu apmācībai⁵.

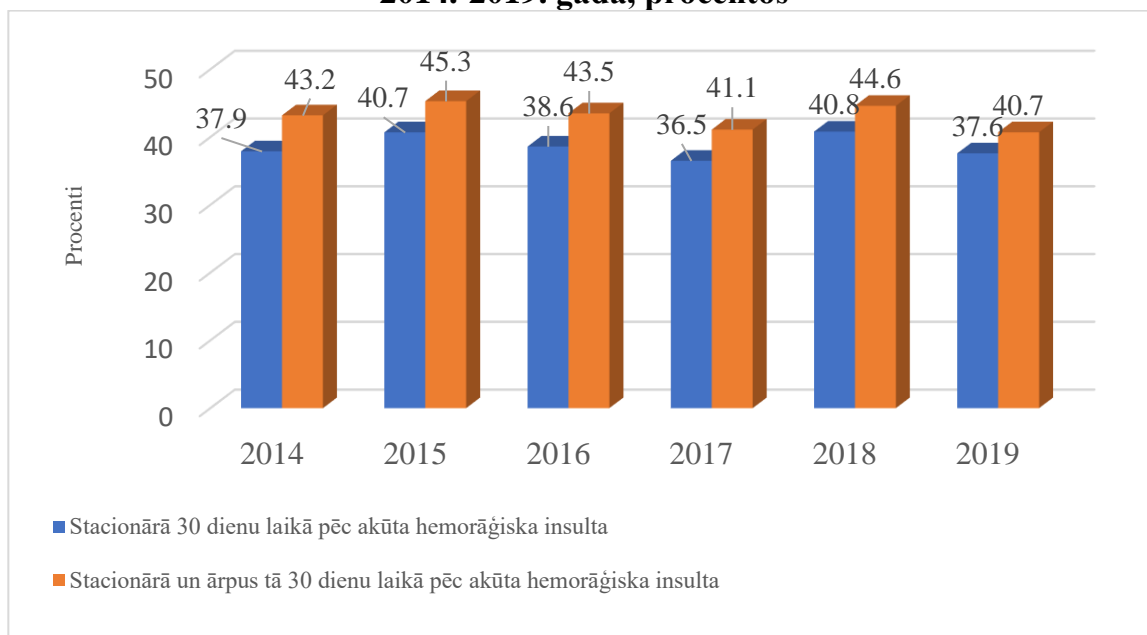
Lai raksturotu insulta pacientiem sniegto akūto palīdzību, OECD iesaka lietot sekojošus rādītājus:

1. 30 dienu mirstība stacionārā pēc akūtā hemorāģiskā insulta – raksturo savlaicīgu pacienta nogādāšanu ārstniecības iestādē un pacientam sniegtās palīdzības kvalitāti;
2. 30 dienu mirstība stacionārā un ārpus stacionāra pēc akūtā hemorāģiskā insulta – raksturo ne tikai slimnīcā sniegtās palīdzības kvalitāti, bet arī ambulatorās palīdzības un rehabilitācijas kvalitāti;
3. 30 dienu mirstība stacionārā pēc akūtā išēmiskā insulta – raksturo savlaicīgu pacienta nogādāšanu ārstniecības iestādē un pacientam sniegtās palīdzības kvalitāti;
4. 30 dienu mirstība stacionārā un ārpus stacionāra pēc akūtā išēmiskā insulta – raksturo ne tikai slimnīcā sniegtās palīdzības kvalitāti, bet arī ambulatorās palīdzības un rehabilitācijas kvalitāti.

Lai samazinātu 30 dienu mirstības rādītājus pēc išēmiskā un hemorāģiskā insulta, nepieciešama insulta atpazīšana, palīdzības izsaukšana, savlaicīga pacienta transportēšana uz slimnīcu, kurā var sniegt atbilstošu terapiju, pētījumos balstītu terapijas metožu izvēle, augsti kvalificēti speciālisti un īpaši specializēti aprīkotas nodaļas – insulta vienības.

Starptautiskie rādītāja rezultāti, t.sk. par Latviju, pieejami [OECD mājas lapā](#).

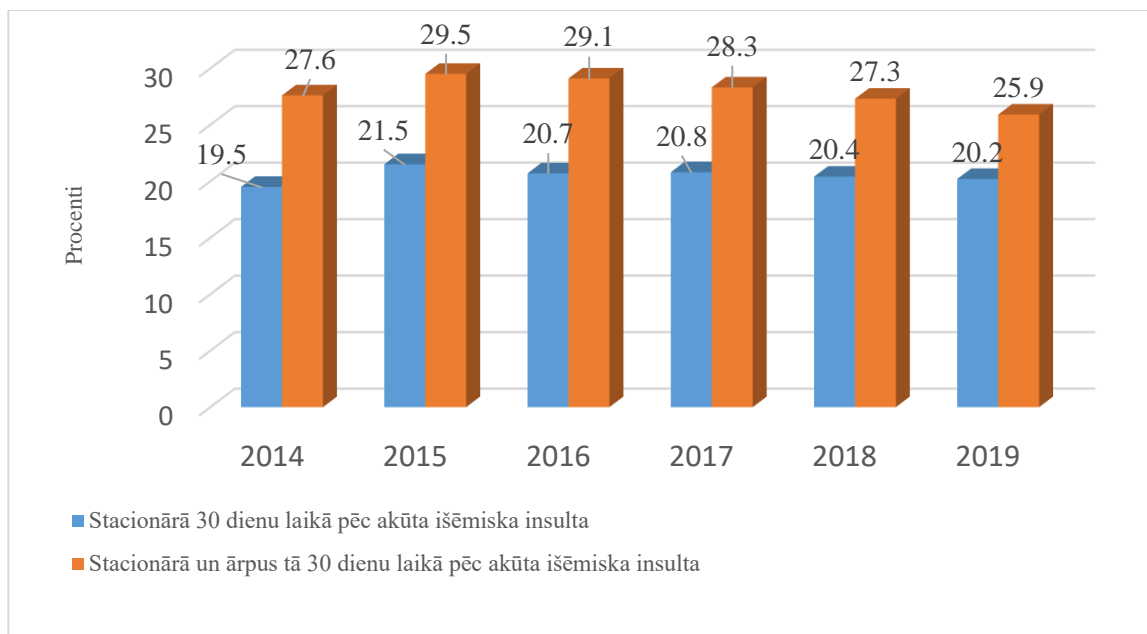
Pacientu mirstība 30 dienu laikā pēc stacionēšanas akūta hemorāģiska insulta gadījumā 2014.-2019. gadā, procentos



⁵ Health at Glance 2017, OECD, 2018

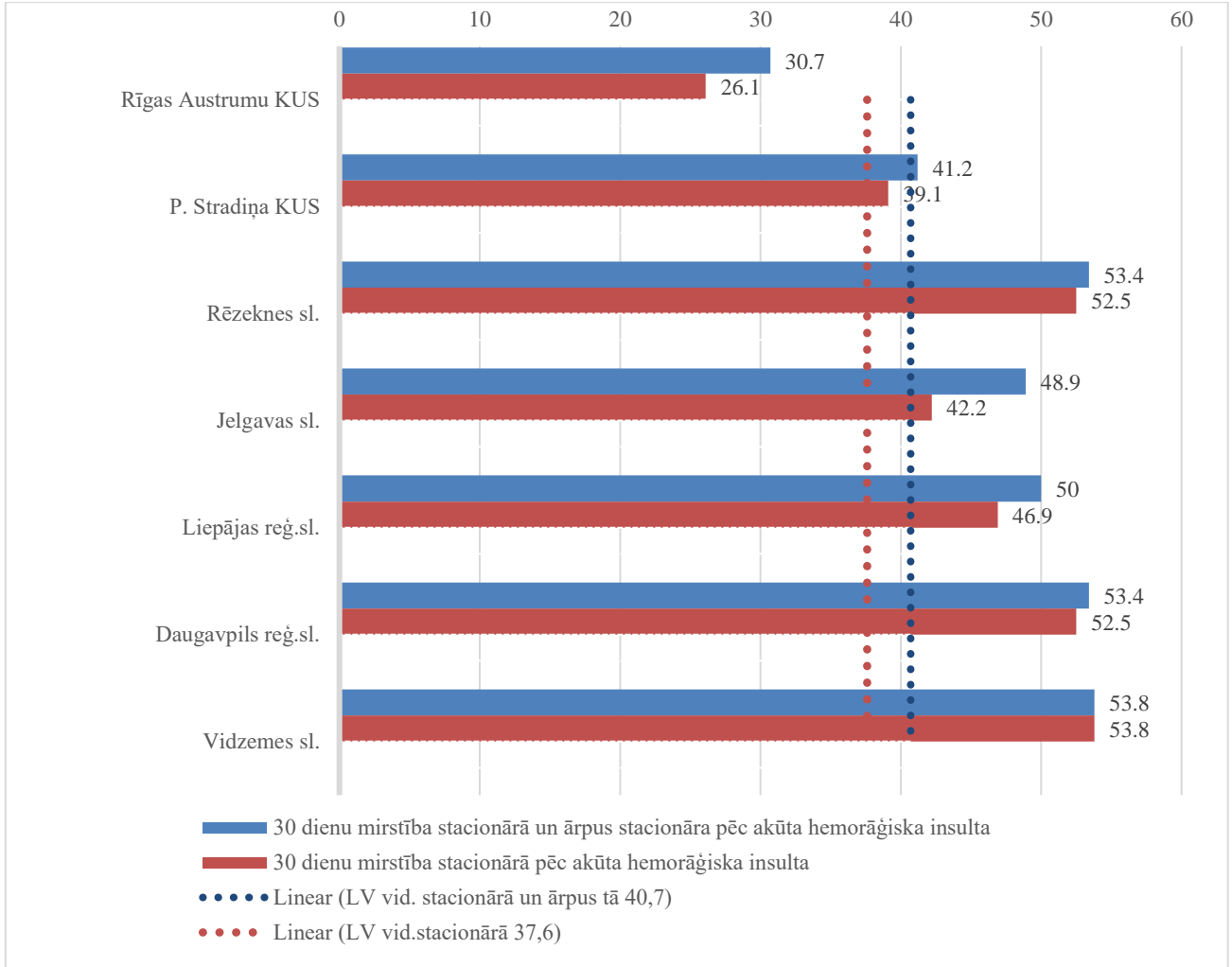
Latvijas vidējie 30 dienu mirstības rādītāji pēc akūta hemorāģiska vai išēmiska insulta būtiski nemainās un tiem nav noteiktas tendences.

Pacientu mirstība 30 dienu laikā pēc stacionēšanas akūta išēmiska insulta gadījumā 2014.-2019. gadā, procentos



30 dienu mirstības rādītāji pēc akūta išēmiska vai hemorāģiska insulta dažādās Latvijas slimnīcās atšķiras. Kopējo Latvijas rādītāju ietekmē to vērtība katrā atsevišķā slimnīcā, ko savukārt ietekmē ne tikai sniegtās aprūpes process un tā kvalitāte, bet, iespējams, arī datu kodēšanas prakse.

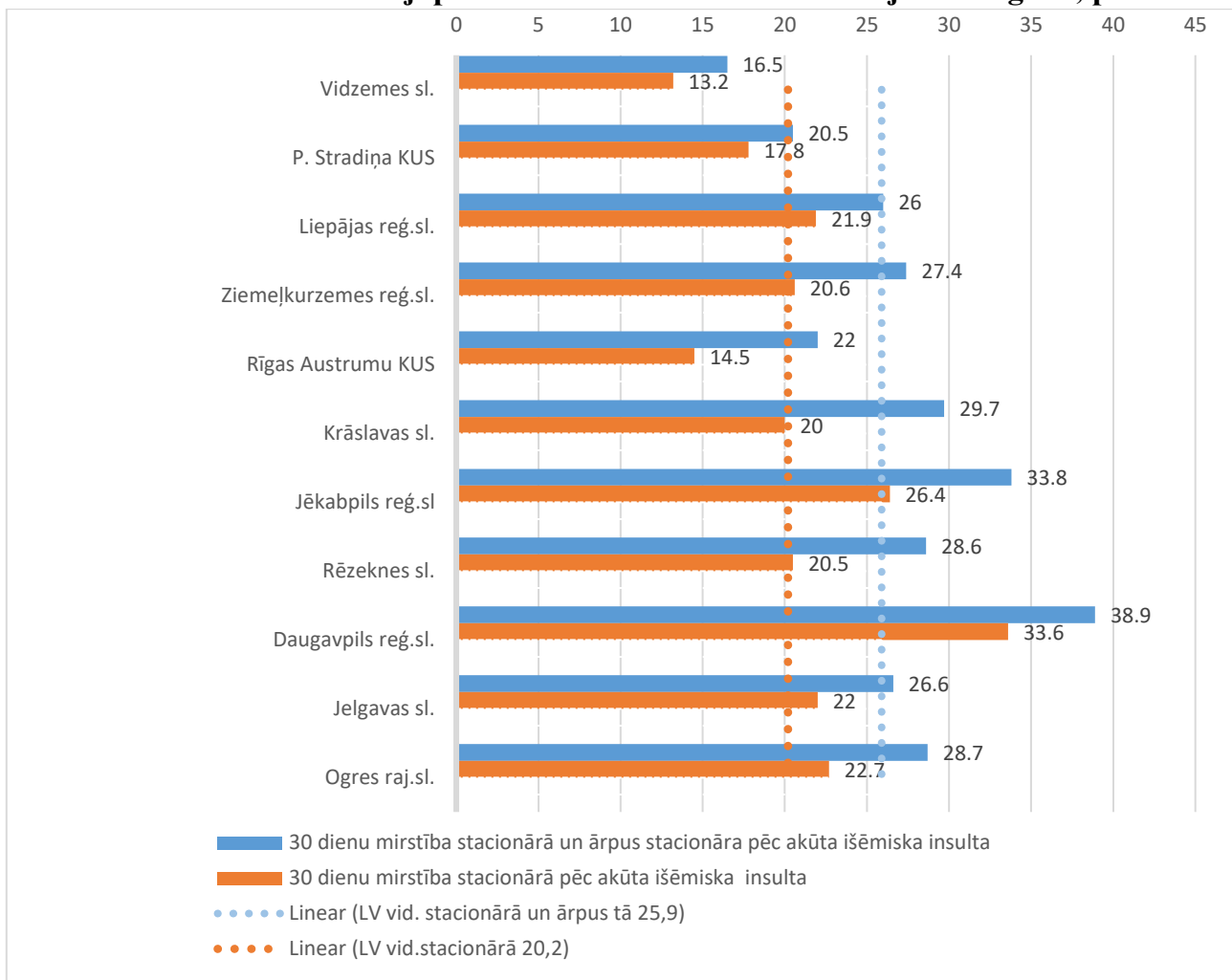
30 dienu mirstības rādītāji pēc akūta hemorāģiska insulta Latvijā 2019. gadā, procentos



* Grafikā nav iekļautas slimnīcas, kurās gada laikā stacionēti mazāk nekā 20 pacienti ar akūto hemorāģisko insultu (I60-I62 pēc SSK-10).

Ar pilnu rādītāju aprēķināšanas metodiku var iepazīties [SPKC mājaslapā](#).

30 dienu mirstības rādītāji pēc akūta išēmiska insulta Latvijā 2019. gadā, procentos



*Grafikā nav iekļautas slimnīcas, kurās gada laikā ir ārstēti mazāk nekā 50 pacienti ar akūto išēmisko insultu (I63-I64pēc SSK-10).

Ar pilnu rādītāju aprēķināšanas metodiku var iepazīties [SPKC mājaslapā](#).

Situācijas mainīšanai, lai mazinātu negatīvo iznākumu biežumu, nepieciešams uzlabot slimnīcās sniegto pakalpojumu kvalitāti, veselības aprūpes pieejamību visos līmeņos savlaicīgas terapijas uzsākšanai, kā arī jāizglīto sabiedrība savlaicīgā akūtā išēmiska un hemorāģiska insulta simptomu atpazīšanā.

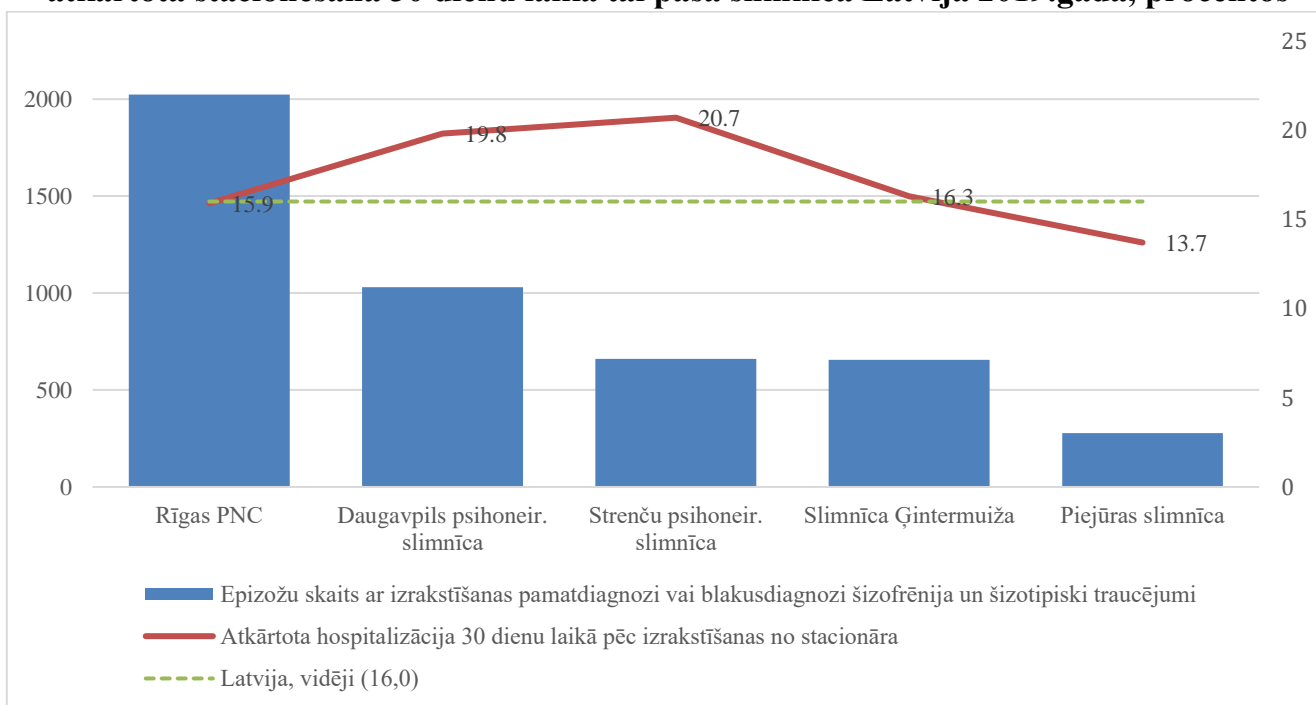
Pacientu ar šizofrēniju, šizotipiskiem traucējumiem vai murgiem neatliekamā stacionēšana 30 dienu laikā tajā pašā stacionārā

Šizofrēnija ir nopietna, hroniska psihiska saslimšana, kas skar apmēram 1% populācijas un izpaužas ar domāšanas, uztveres, emocionālo reakciju un uzvedības izmaiņām. Lai gan nav zināmi patiesie šizofrēnijas cēloņi, ļoti svarīga ir adekvāta šizofrēnijas ārstēšana⁶.

Lai novērtētu pacientiem ar šizofrēniju sniegto stacionāro pakalpojumu kvalitāti, OECD iesaka izmantot sekojošu rādītāju – pacientu ar šizofrēniju, šizotipiskiem traucējumiem vai murgiem neatliekama stacionēšana 30 dienu laikā tajā pašā stacionārajā ārstniecības iestādē.

Starptautiskie rādītāja rezultāti pieejami [OECD mājas lapā](#).

Akūtu stacionēšanas gadījumu skaits ar šizofrēniju un šizotipiskiem traucējumiem un atkārtotā stacionēšana 30 dienu laikā tai pašā slimnīcā Latvijā 2019.gadā, procentos



*Grafikā nav iekļautas slimnīcas, kurās gada laikā ir mazāk par 50 akūtām šizofrēnijas vai šizotipisku traucējumu (F20-F22 pēc SSK-10) ārstēšanas epizodēm.

Pētījumos ir pierādīts, ka galvenie atkārtotās stacionēšanas riska faktori ir piespiedu stacionēšana un garš piespiedu stacionēšanas periods, kā arī pārāk īss kopējais ārstēšanas laiks slimnīcā⁷. Atkārtotās stacionēšanas biežumu ietekmē arī ambulatorās palīdzības pieejamība – ir pierādīts, ka valstīs, kur tiek nodrošināta attiecīga psihiskās veselības aprūpe 7 dienu laikā pēc izrakstīšanas no slimnīcas, atkārtotās stacionēšanas skaits ir mazāks⁸.

Ar pilnu rādītāja aprēķināšanas metodiku varat iepazīties [SPKC mājaslapā](#).

⁶ Šizofrēnijas diagnostikas un ārstēšanas vadlīnijas/Dr. E. Tērauds, prof. E. Rancāns et al./Latvijas Psihiatru asociācija/2014

⁷ Risk factors for readmission in schizophrenia patients following involuntary admission/ Yu-Yuan Hung et al./ Published online 2017 Oct 26. doi: 10.1371/journal.pone.0186768

⁸ Thirty Day Hospital Readmission for Medicaid Enrollees with Schizophrenia: The Role of Local Health Care Systems/ Alisa B.Bush et al. /The Journal of Mental Health Policy and Economics, 2015 Sep; 18(3): 115–124.

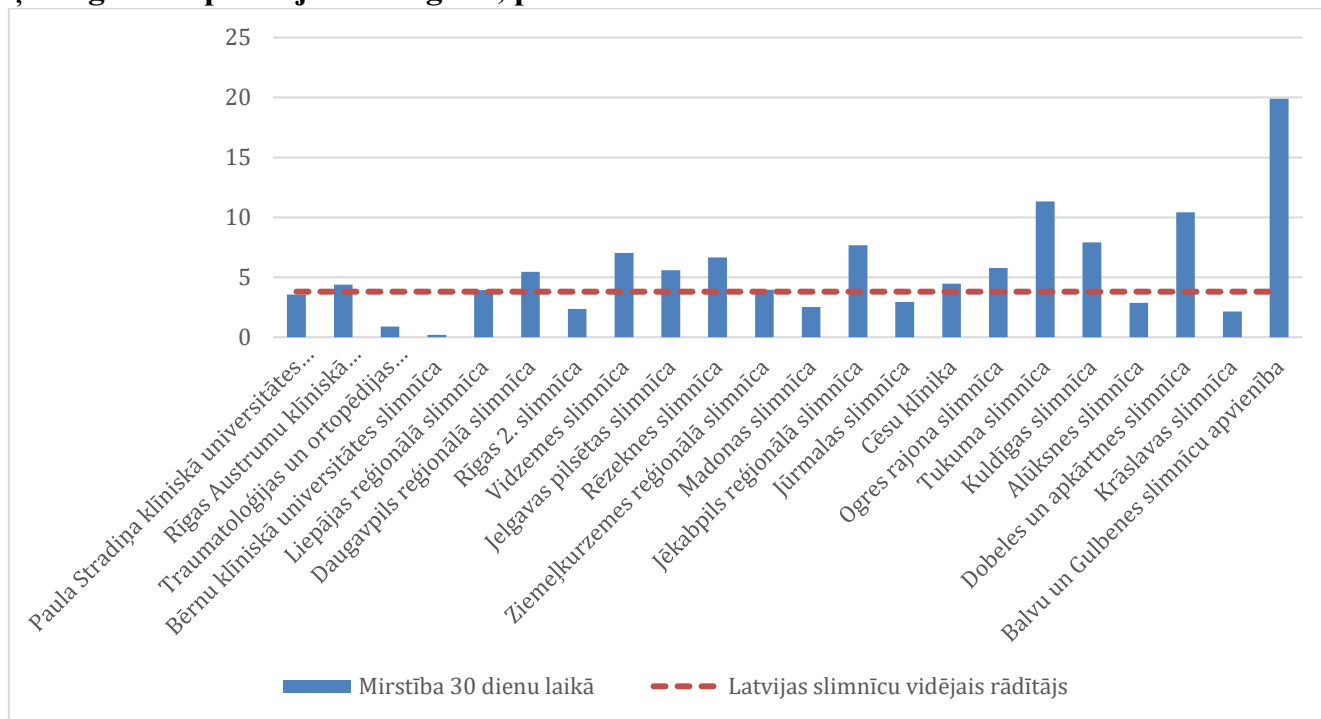
Pacientu drošība

Pacientu drošība ir viens no būtiskiem jautājumiem veselības aprūpes politikā un sabiedriskajās debatēs. Pierādījumi liecina, ka 8 – 12% pacientu cieš no ārstēšanas kļūdām, no kurām lielākā daļa ir novēršamas. Pastāv maldīgs priekšstats, ka kļūdas notiek indivīda vainas dēļ. Tomēr liela daļa no indivīda pieļautajām kļūdām ir sistēmiskas kļūdas, kuras ir iespējams novērst, piemēram, uzlabojot darba organizāciju, medikamentu, instrumentu izvietojumu vai tamlīdzīgi. Dati liecina, ka no 50% līdz 80% medicīnas atgadījumu ir novēršami, ja tiek veikta gadījuma analīze un atrasti kļūdu pirmcēloņi. Lai nodrošinātu uzlabojumus katrā individuālā ārstniecības iestādē, ļoti svarīga ir situācijas novērtēšana (zināšana), tās salīdzinājums ar citām iestādēm u.tml. Ir divu veidu ar pacientu drošību saistīti notikumi (atgadījumi):

- 1) signāla notikumi jeb t.s. „nepieļaujami gadījumi“, kuri nedrīkstētu notikt, piemēram, ķermeņa dobumā vai operācijas brūcē nejauši atstāti svešķermeņi ķirurģisku procedūru laikā;
- 2) nelabvēlīgi gadījumi kā blakusparādības, piemēram, pēcoperācijas sepse, no kuras, ņemot vērā dažu procedūru sarežģītību un riska pakāpi, nevar pilnībā izvairīties, tomēr arī šajos gadījumos nepieciešams veikt analīzi, jo bieža šādu gadījumu esamība var liecināt par sistēmisku kļūdu⁹.

Pasaules veselības organizācija ir izstrādājusi un publicējusi 100 galveno veselības rādītāju sarakstu. Visi rādītāji ir sadalīti četrās grupās un viena no šīm grupām ir veselības sistēmas rādītāji. Šajā grupā ir septiņas apakšgrupas, no kurām pirmā ir veselības aprūpes kvalitāte un drošība. Viens no šajā apakšgrupā aprakstītajiem rādītājiem ir mirstība pēc operācijām.¹⁰

Pacientu mirstība stacionārā un ārpus stacionāra 30 dienā laikā pēc veiktas lielās ķirurģiskās operācijas 2019.gadā, procentos



⁹ OECD, <http://www.oecd.org/els/health-systems/hcqi-patient-safety.htm>

¹⁰ Global Reference list of 100 Core Health Indicators, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259951/WHO-HIS-IER-GPM-2018.1-eng.pdf?sequence=1>

*Rezultātos nav iekļautas tās stacionārās ārstniecības iestādes, kurās gada laikā ir veiktas mazāk kā 100 „lielās” operācijas.

Ar pilnu rādītāju aprēķināšanas metodiku varat iepazīties [SPKC mājaslapā](#).

OECD drošas ķirurģijas novērtēšanai iesaka lietot sekojošus rādītājus:

1. ķirurģisko procedūru laikā atstātie svešķermeņi;
2. nejaušu iegriezumu vai plīsumu īpatsvars ķirurģisko manipulāciju laikā;
3. pēcooperācijas dziļo vēnu tromboze pēc gūžas un ceļa locītavas endoprotezēšanas operācijas;
4. pēcooperācijas plaušu embolija pēc gūžas un ceļa locītavas endoprotezēšanas operācijas.

Jāuzsver, ka šo rādītāju aprēķināšanā ļoti liela nozīme ir datu avotam – tam, vai slimnīcās pareizi nokodē katru konkrēto gadījumu. Šiem rādītājiem būtu jābūt pēc iespējas zemākiem un vēlams, lai šo „nepieļaujamo” atgadījumu nebūtu nemaz (lai gan daudzu valstu dati liecina, ka tie tomēr notiek). Situācijā, kad notiek kāds atgadījums, par to ir jāaizpilda medicīniskā dokumentācija un pareizi jākodē, lai būtu pilnvērtīga informācija par šiem gadījumiem un pastāvētu iespējas tos izvērtēt, lai no tiem mācītos.

Starptautiskie rādītāja rezultāti pieejami [OECD mājas lapā](#).

Vēršam uzmanību, ka, aplūkojot visus šos četrus rādītājus ārstniecības iestāžu līmenī, pat viens norādīts atgadījums uzreiz būtiski ietekmē rezultātus.

Ķirurģisko procedūru laikā atstātie svešķermeņi, nejauši iegriezumi, plīsumi Latvijā 2019. gadā, procentos

Stacionārā ārstniecības iestāde	„Lielo” operāciju skaits	Svešķermeņi¹, procentos	„Lielo” operāciju skaits, neskaitot grūtniecības, dzemdību un pēcdzemdību periodā veiktās manipulācijas	Iegriezumi, plīsumi², procentos
Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca	20397	0	19915	0,04
Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca	17712	0,005	18410	0,18
Traumatoloģijas un ortopēdijas slimnīca	5942	0	5790	0
Rīgas Dzemdību nams	4693	0	<100	-
Liepājas reģionālā slimnīca	3695	0	3202	0,03
Daugavpils reģionālā slimnīca	3147	0	2786	0

Vidzemes slimnīca	2457	0	1749	0,17
Jelgavas pilsētas slimnīca	1954	0	1394	0
Rīgas 2. slimnīca	2106	0	2075	0
Rēzeknes slimnīca	1671	0	1353	0,08
Jēkabpils reģionālā slimnīca	1292	0	900	0
Jūrmalas slimnīca	1253	0	579	0
Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca	1540	0	1288	0
Madonas slimnīca	1288	0	1147	0
Bērnu klīniskā universitātes slimnīca	3685	0	3632	0
Ogres rajona slimnīca	785	0	450	0
Siguldas slimnīca	748	0	-	-
Kuldīgas slimnīca	636	0	366	0,28
Cēsu klīnika	471	0	471	0
Dobeles un apkārtnes slimnīca	427	0	259	0
Tukuma slimnīca	366	0	371	0
Alūksnes slimnīca	311	0	313	0
Preiļu slimnīca	234	0	<100	-
Balvu un Gulbenes slimnīcu apvienība	321	0	226	0
Krāslavas slimnīca	350	0	234	0
Latvijā	72825	0,001	67069	0,07

*Rezultātos nav iekļautas tās stacionārās ārstniecības iestādes, kurās gada laikā ir veiktas mazāk kā 100 „lielās” operācijas.

¹ blakusdiagnozē atzīmēts svešķermenis, kas pēc manipulācijas nejauši atstāts ķermeņa dobumā vai operācijas brūcē (T81.5, T81.6, Y61 pēc SSK-10).

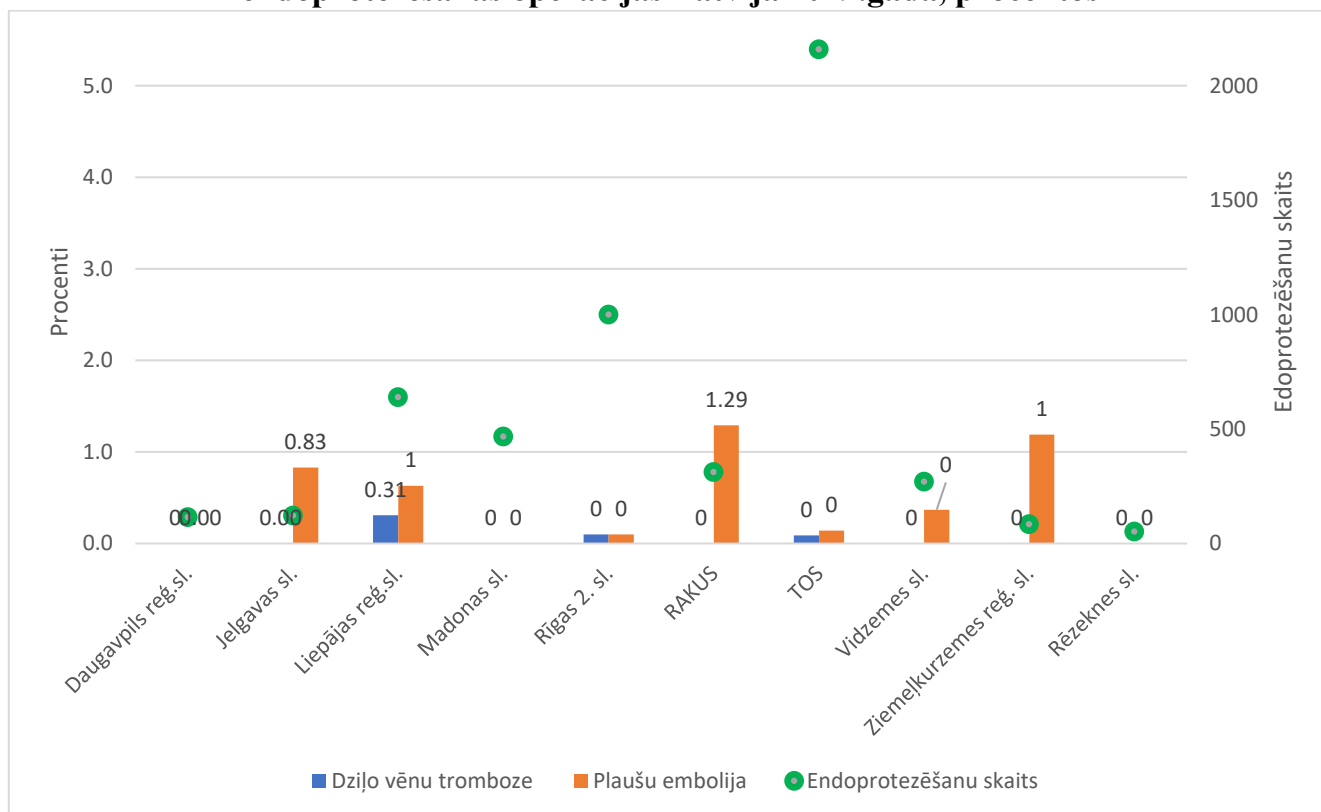
² blakusdiagnozē atzīmēta nejauša caurduršana, punkcija, perforācija vai plīsums (T81.2, Y60 pēc SSK-10).

Biežākie riska faktori “nekad” gadījumiem ķirurģijas jomā ir neplānotas, steidzamas izmaiņas operācijas gaitā, medicīnas personāla pārslodze un izmaiņas operējošajā komandā. Ir izstrādāti protokoli, kā novērst šīs kļūdas, piemēram, instrumentu un materiālu skaitīšana, metodiska brūču apskate un efektīva komunikācija starp operācijas komandas locekļiem¹¹.

Citi pacientu drošības atgadījumi ir, piemēram, plaušu embolija un dziļo vēnu tromboze, kas pagarina ārstēšanās laiku, palielina izmaksas, rada nevajadzīgas sāpes un ciešanas pacientam. Reizēm šie stāvokļi var pat noslēgties letāli, taču tie ir novēršami, lietojot antikoagulantus un veicot citus pasākumus pirms operācijas, tās laikā un pēc tās¹².

Ar pilnu rādītāja aprēķināšanas metodiku varat iepazīties [SPKC mājaslapā](#).

Pēcooperāciju dziļo vēnu tromboze, plaušu embolija pēc gūžas un ceļa locītavas endoprotezēšanas operācijas Latvijā 2019.gadā, procentos



*Grafikā nav iekļautas slimnīcas, kurās gada laikā tiek veikts mazāk nekā 50 endoprotezēšanas operāciju

Ar pilnu rādītāju aprēķināšanas metodiku varat iepazīties [SPKC mājaslapā](#).

Dzemdību palīdzības jomā pacientu drošības izvērtēšanai OECD iesaka sekojošus rādītājus:

1. Traumu (III un IV pakāpes plīsumi) īpatsvars vaginālās dzemdībās ar instrumentu lietošanu;
2. Traumu (III un IV pakāpes plīsumi) īpatsvars vaginālās dzemdībās bez instrumenta lietošanas.

Dzemdības ir dabisks, taču traumatisks process, kas noteiktos gadījumos var izraisīt starpenes plīsumus. To veicina dažādi faktori, piemēram, pirmās dzemdības, liels mazulis, ieilgusi otrā dzemdību

¹¹ Uzlabojot pacientu drošību un pakalpojumu kvalitāti Latvijā/ starptautiska konference RSU/ Rīga, Latvija, 07.06.2018

¹² Health at Glance 2017, OECD, 2018

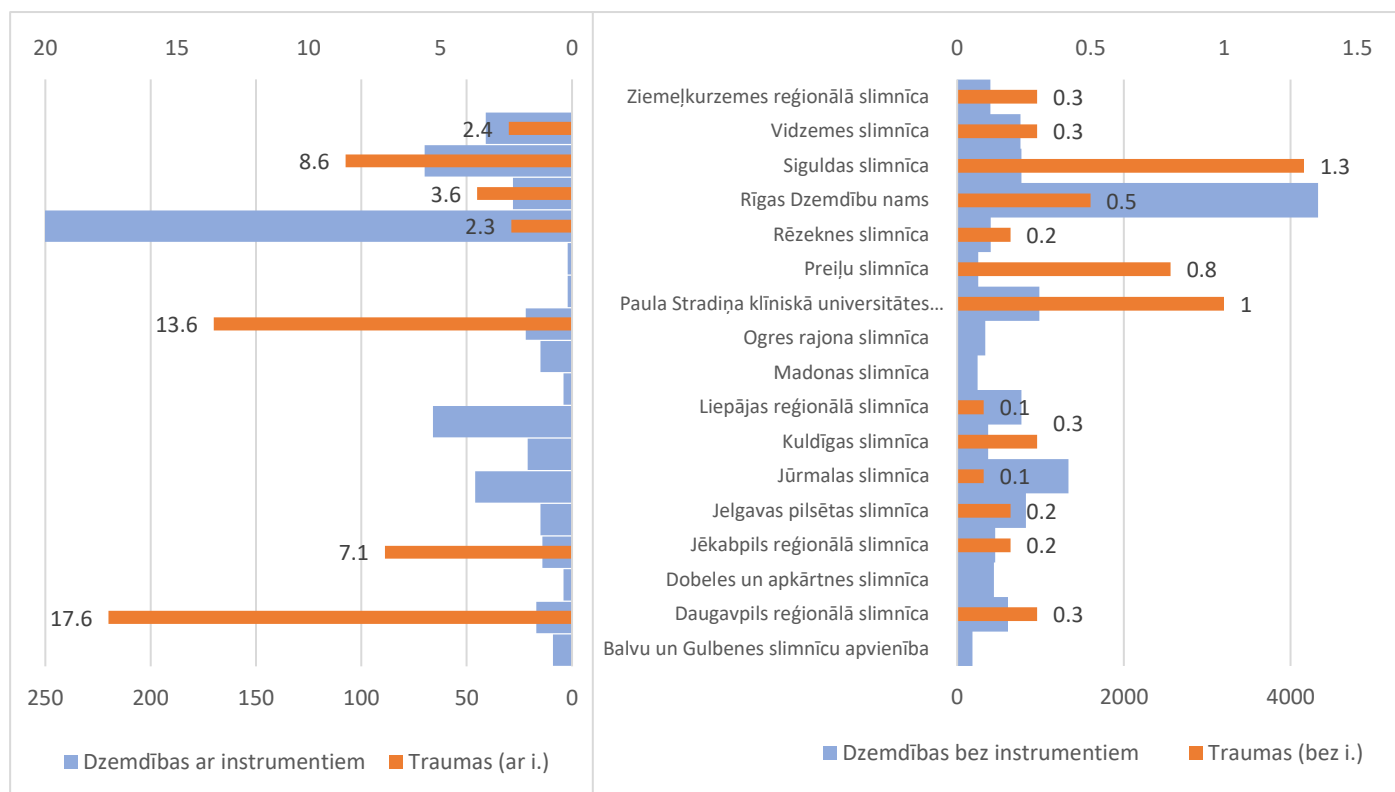
fāze, dzemdības ar instrumentu lietošanu. Visos gadījumos plīsumi nav novēršami, tomēr mazināmi ar atbilstošu dzemdību vadību un augstas kvalitātes aprūpi¹³.

Starptautiskie rādītāja rezultāti pieejami [OECD mājas lapā](#).

Dzemdību traumu (III un IV pakāpes plīsumi) rādītāji dažādās dzemdību iestādēs atšķiras. Kopējo Latvijas rādītāju ietekmē to vērtības katrā atsevišķā slimnīcā, ko savukārt ietekmē ne tikai sniegtās aprūpes kvalitāte, bet, iespējams, arī datu kodēšanas prakse. Tāpat jāņem vērā nelielais dzemdību skaits atsevišķās iestādēs, kur katrs traumu gadījums būtiski ietekmē rādītāju.

Traumu īpatsvars vaginālās dzemdībās ar un bez instrumentu lietošanas 2018.gadā

as



*Grafikā nav iekļautas dzemdību iestādes, kurās gada laikā ir bijis mazāk nekā 100 dzemdību.

Jāņem vērā, ka šos rādītājus ietekmē ne tikai dzemdību skaits ar un bez instrumentu lietošanas, bet arī ķeizargriezienu apjoms un epiziotomijas (iegriezumi).

¹³ Health at Glance 2017, OECD, 2018