

Kokkuvõtte kliinilisest auditist „Iseseisva statsionaarse õendusabi kvaliteet ja põhjendatus“

Miia-Kersti Sultsmann^{1,2}, Lilia Leppsaar^{1,2}, Kadri Oras^{1,2}, Jelena Leibur^{1,2}, Margit Seppik^{1,2}, Eha Rumberg^{1,2}, Tiina Unukainen³, Sirli Joona³

¹ Eesti Gerontoloogia ja Geriaatria Assotsiatsioon, ² Hooldusravi Osutajate Ühendus, ³ Eesti Haigekassa

Eesti Haigekassa on ravikindlustushüvitiste kontrollimisel korduvalt hinnanud iseseisva statsionaarse õendusabi kvaliteeti ja põhjendatust ning leidnud, et on vaja selgitada, millised on õendusabiks statsionaari suunatud patsientide vajadused. Riigikontroll on 2015. aastal avaldatud auditi „Riigi tegevus õendusabi korraldamisel“ tulemusel samuti leidnud, et on vaja hinnata statsionaarse õendusabi kvaliteeti (1). Viimati hindas Eesti Haigekassa hooldusravi kvaliteeti auditi käigus 2007. aastal.

Kuna mitmes auditis oli soovitatud statsionaarse õendusabi kvaliteeti ja põhjendatust hinnata ning viimasest auditist oli möödas peaaegu 10 aastat, tehtigi uus kliiniline audit.

AUDITI EESMÄRK

Auditiga sooviti anda hinnang saatekirjade kvaliteedile ja õendusloo dokumenteerimise kvaliteedile; tuua välja ravijuhud, mille puhul patsiendid võiksid iseseisva statsionaarse õendusabi teenuse asemel saada mõnda muud tervishoiu- ja/või sotsiaalteenust; ning hinnata vaatus ja intervjuude abil iseseisva statsionaarse õendusabi teenuse osutamise kvaliteeti.

JUHENDMATERJALID

Hindamiskriteeriumite koostamisel lähtuti statsionaarset õendusabi reguleerivatest õigusaktidest. Õigusaktidega reguleerimata küsimustes lähtuti õendusabi üldpõhimõtetest ja heast tavast ning toetuti vastavale teaduskirjandusele.

AUDITI VALIM

Auditeerimisel olid andmete allikaks õendusdokumentatsioon, et hinnata teenuse kvaliteeti ja põhjendatust, ning vaatlused ja intervjuud, et hinnata teenuse kvali-

teeti. Kokku auditeeriti juhuvalimi alusel 20 asutust ja igapähe neist 15 õenduslugu, seega analüüsiti 2015. aasta 300 õenduslugu. Vaatlused ja intervjuud toimusid 17 asutuses, kes selleks nõusoleku andsid.

Auditi hindamiskriteeriumite koostamisel lähtus töörühm auditi eesmärgist: teenuse kvaliteedi hindamiseks koostati kriteeriumid, lähtudes õendusdokumentatsiooni nõuetest. Vaatlusel ning intervjuudel hinnati juhtimist, keskkonna turvalisust, patsiendikesksust ja õendusprotsessi kvaliteeti. Hinnati ainult neid dokumente, mis asutused saatsid õigeks ajaks.

AUDITI TULEMUSED

Saatekirja kvaliteedist sõltub õendusabis palju, seal toodud hinnang patsiendi seisundile on aluseks, millele toetub tegevus asutusse saabumisel. Teenuse osutaja kogub anamneesi käigus andmed, mis laiendavad ja täiendavad ülevaadet patsientidest, kellel on mitmeid terviseprobleeme ja erivajadusi.

Auditeeriti 296 saatekirja. Statsionaarsele õendusabiteenusele suunamise põhjendatus oli korrektselt märgitud 61,5%-l (n = 182) saatekirjadest. Patsientide anamneesi ja tervises seisundi kirjeldus puudus 25,3%-l saatekirjadest. Millist tüüpi õendusabi on vaja, oli hindamata peaaegu pooltel saatekirjadel (42,2%, n = 125).

Õendusprotsess

Patsiendi käsitlemise aluseks on õendusprotsess. Õendusloos peab olema kirjeldatud õendusprotsessi 4 etappi: õendusabi vajaduste ja patsiendi jõuvarude hindamine (õendusanamnees), õendusgevuste planeerimine (õendusprobleemid ja -eesmärgid), tegevuste elluviimine (planeeritud õendussekkumised) ning tulemuste hindamine.

Õendusprobleemid peavad tulenema anamneesist ning õendusanamnees ja õendusplaan peavad olema omavahel sisuliselt seotud, et tagada õendusprotsessi loogilisus ja järjepidevus.

Õendusanamnees (edaspidi anamnees) on aluseks patsiendi õendusprobleemide kindlaksmääramisel, eesmärkide seadmisel ning tegevuste planeerimisel. Kõik auditeeritud õenduslood sisaldasid anamneesi (n = 300). Kõigis õenduslugudes oli anamneesi kogumiseks kasutatud struktureeritud vormi, kuid dokumentide sisukvaliteet asutustes oli väga erinev. Umbes veerand õendusanamneesidest (25,3%, n = 76) oli nõuetekohaselt vormistatud.

Statsionaarse õendusabi saajatest on enamik eakad ja piiratud liikumisvõimega patsiendid, kes kohanevad halvasti haigla keskkonnaga. Nende selliste riskitegurite nagu lamatiste tekkeriski ja kukkumise riski hindamine on edasise tegevuse planeerimise oluline osa. Lamatiste tekkeriski oli hinnatud 23,7%-l juhtudest (n = 71). Kukkumise riski oli hinnatud 30,3%-l (n = 91) juhtudest. Suure kukkumise riski korral tuleb planeerida õendusplaanis tegevused selle vältimiseks. Suure kukkumise riskiga patsientidest (n = 107) 57%-l (n = 61) olid planeeritud sekkumised kukkumise vältimiseks.

Õendusplaan

Õendusplaan on tegevuskava, milles on kirjeldatud õendusanamneesist lähtudes õendusprobleemid, nendest tulenevad eesmärgid, planeeritud tegevused, tulemuste hindamine ja tegevuste ajakava. Õendusplaani peeti terviklikuks, kui selles olid olemas kõik eelnimetatud osad. Umbes kolmveerandis (76,3%, n = 229) õenduslugudes oli plaan olemas.

Patsiendi seisundi jälgimise osa oli õenduslugudes vormistatud väga erinevalt. Hea tava kohaselt kantakse patsiendi tervise jälgimisega seotud andmed samale vormile, siis on patsiendi terviseseisundi muutus kergesti jälgitav. Jälgimislehte oli kasutatud 84,3%-l (n = 253) juhtudest. Enamikus (90%, n = 270) õenduslugudes olid tegevused dokumenteeritud.

Raviplaan

Raviplaan sisaldab patsiendile määratud ravi, ravimite manustamise sissekandeid. Raviplaan oli olemas 85,3%-l (n = 253) esitatud lugudest. Arsti konsultatsioonid

olid dokumenteeritud ja korrektselt vormistatud 92%-l (n = 276) lugudest.

Õendusepikriis

Õendusepikriis on kokkuvõtte osutatud õendusabist. Sisukas õendusepikriis on ka oluline nurgakivi, mis tagab õendusprotsessi järje-pidevuse teiste esmatasandi tervishoiuteenuste saamisel. 92% (n = 276) õenduslugudest sisaldas õendusepikriisi. Epikriisis peavad olema kirjas ka õe tähelepanekud ja soovitus edaspidiseks. Enam kui pooltel juhtudest (58,3%, n = 175) olid soovitusel kajastatud.

Iseseisva statsionaarse õendusabi osutamise põhjendus

Isikute abivajaduse hindamiseks kasutatakse erinevaid meetodikaid (standarditud igakülgse hindamise meetodikaid), sõltuvalt riiklikest ning piirkondlikest õiguslikest alustest. Eestis ühtne meetodika selleks puudub.

Auditis võeti ravi põhjendatuse hindamisel aluseks kriteeriumid, mis Eesti Gerontoloogia ja Geriaatria Assotsiatsiooni (EGGA) töörühm oli koostanud 2014. aastal Riigikontrolli auditi „Riigi tegevus hooldusravi korraldamisel” jaoks. 2014. aastal oli eelduseks, et kõik vajalikud õendusabiga seotud teenusetasandid on kättesaadavad. Haigekassa auditi kriteeriumite koostamisel kaaluti patsiendile osutatud teenuste sobivust Eesti kontekstis ning tehti valik neist tunnustest, mille dokumenteerimist võib statsionaarse õendusabi puhul õendusdokumentatsioonis eeldada. Seega pärines info ainult õenduslugudest ja sõltus õenduslugude täitmise korrektsusest.

Ravi põhjendatuse hindamiskriteeriumid võib jagada kaheks:

- õendusloos oli dokumenteeritud arsti korraldus patsiendi seisundi jälgimiseks ja hindamiseks, ravi planeerimiseks, ravikorralduste uuendamiseks ja ravimite kontrollimiseks;
- vajadus õendusdokumentatsioonis fikseeritud õendusteenuste järele oli pidev.

Põhjendatud ravijuhte oli 80,3% (n = 241) ja põhjendamata ravijuhte 11% (n = 33) ning 8,7%-l (n = 26) juhtudest jäi põhjendus lahtiseks, kuna dokumentatsioonis puudus piisav info.

Sagedasemad statsionaarsele õendusabile suunamise põhjused olid järgmised:

ravi reguleerimine (47%); elutegevuse tähtsate näitajate pidev jälgimine (45%); valu hindamine (32%); toidu- ja vedelikubilansi jälgimine (13%); ravimite parenteraalne manustamine (9%).

Õendusabiteenuse pideva vajaduse sagedasemad kriteeriumid:

- 63%-l juhtudest oli kriteeriumiks nõrgestav seisund, kaasa arvatud väga kõrge iga koos väljendunud tasakaaluhäiretega, mis viitavad õendusteenuse ja jälgimise vajadusele, et ennetada naha kahjustusi, kukkumisi ja luumurde, alatoitumist ja infektsioone;
- 52%-l juhtudest oli haigetel mitu dekompenseeritud haigusseisundit (endokriinsed haigused, kardiovaskulaarne puudulikkus, kaugelearenenud onkoloogilised haigused, insult jt) koos nõrgestatud ja/või väljendunud kognitiivsete häiretega (sh dementsus);
- 27%-l oli kriteeriumiks sagedane asendivahetuse vajadus nahakahjustuse vältimiseks;
- 23%-l juhtudest liikumisravi ja tromboosi profülaktika pärast suuri luumurde;
- 19%-l füsioteraapia ja tegevusteraapia vajadus;
- 18%-l sidumisvajadus liikumisraskustega ja /või kognitiivsete häiretega patsientidel;
- 17%-l oli kriteerium dementsus koos segasusseisundi, agiteerituse, agressiivsuse, ärevuse, depressiooniga;
- 10%-l juhtudest tetrapleegia, hemipleegia, väljendunud spastilisus, rigiidsus, kontrollimatud liigutused, treemor, väljendunud deformatsioonid;
- 9%-l juhtudest nõrgestatud seisund ja/või väljendunud kognitiivne häire koos püsikateetri või epitsüstostoomiga;
- 0,3%-l hapnikuravi vajadus ja 3,7%-l stoomide olemasolu.

Teenuse osutamisele seatud nõuete täitmine

- Ametijuhendid olid koostatud kõikides asutustes, enamikus neist oli olemas koolitusplaan (82,4%, n = 14).
- Enamikus asutustes (n = 16) vastas füüsiline keskkond õigusnõuetele.
- Pääaegu kõikides asutustes (n = 15) olid konfidentsiaalsusnõuded täidetud ja personal oli teadlik teenuse osutamise eetilistest nõuetest.

- Pääaegu kõik teenuse osutajad (n = 14) olid koostanud õigusaktides nõutud tegevusjuhised.

JÄRELDUSED

Saatekirjade kvaliteet oli erinev. Patsiendi seisundi hindamise dokumenteerimine saatekirjas on patsiendi saabumisel õendusprotsessi alustamise aluseks. Õendusdokumentatsiooni kvaliteet erines asutuseti nii vormiliselt kui ka sisuliselt.

Info, mida teenuse saamise põhjendatuse kriteeriumite hindamisel arvestati, pärines ainult õenduslugudest. Seetõttu rajanevad ka järeldused statsionaarse õendusabi põhjendatuse kohta dokumenteerid haigusjuhtudel. Hinnang oleneb õendusloo põhjalikkusest.

Väga hea tulemus oli, et suurem osa teenuse osutajad oli täitnud elementaarseid juhtimise, füüsilise keskkonna, patsiendikesksuse ja õendusprotsessi nõudeid.

SOOVITUSED

1. Iseseisva statsionaarse õendusabiteenuse osutajal võtta kasutusele sotsiaalministri 18.09.2008. a määrusele nr 56 vastavad õendusdokumentatsiooni vormid ja tagada nende täitmine; tagada kukkumis- ja lamatisriskide hindamine, lähtudes sotsiaalministri 15.12.2014. a määrusest nr 128; ning tagada õdedele õendusprotsessi ja dokumentatsiooni koolitused.
2. Sotsiaalministeeriumil tagada iseseisvale statsionaarse õendusabiteenusele suunamisel ühtsete hindamisvahendite kasutamine.
3. Erialähendustel, sh Eesti Perekarstide Seltsil, tagada nõuetekohane saatekirjade täitmine ja kasutamine.
4. Hooldusravi Osutajate Ühendusel tagada õendusprotsessi koolitused õendusjuhtidele.
5. Eesti Haigekassal tagada soovitude rakendamise järelkontroll iseseisva statsionaarse õendusabiteenuse osutajate juures.

DOKUMENDID, MILLEST AUDITIS LÄHTUTI

- Riigikontroll. Riigi tegevus iseseisva õendusabi korraldamisel. 2015. <http://www.riigikontroll.ee/tabid/206/Audit/2343/Area/21/language/et-EE/Default.aspx>.
- Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise ning nende dokumentide säilitamise tingimused ja kord (18.09.2008, nr 56). RTL 2008. 80, 1115; viimati muudetud 27.07.2015. <https://www.riigiteataja.ee/akt/131072015003>.

- Õendushaiglas iseseisvalt osutada lubatud õendusabiteenuste loetelu ja nende hulka kuuluvad tegevused ning nõuded statsionaarse õenduse iseseisvalt osutamiseks vajalikule töötajate koosseisule, ruumidele, sisseseadele, aparatuurile ja töövahenditele (13.01.2014, nr 3). RT I, 17.01.2014, 4. <https://www.riigiteataja.ee/akt/117012014004>,
- Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamise nõuded (15.12.2004 nr 128). RTL 2004, 158, 2376; viimati muudetud 31.10.2013. <https://www.riigiteataja.ee/akt/106112013006>.
- Eesti Haigekassa ravi rahastamise lepingu üldtingimused. https://www.haigekassa.ee/sites/default/files/RRL/2015/lisa_01_ylldtingimused.pdf.
- Admission to long-term care homes. CCAC Client Services Policy manual Chapter 11 (2006). http://www.health.gov.on.ca/english/providers/pub/manuals/ccac/ccac_11.pdf.
- Anderson W, Bungay H. Assessing patients' eligibility for fully funded nursing care. Nursing Times 2004;100:38–41.
- Büscher A, Wingenfeld K, Schaeffer D. Determining eligibility for long-term care – lessons from Germany. Int J Integr Care 2011;11:e019.
- Criteria for long-term care services. Skilled nursing facility services. http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Documents/ManCriteria_26_LTC.htm.
- Institutional care. In: Ed Gray L, Arino-Blasco S, Berg K, et al, eds. Inter RAI clinical and management applications manual: For use with the interRAI acute care assessment instrument. Massachusetts, US: InterRAI publications, Open Book Systems, Inc. Rockport, 2013:21.
- Medicaid medical eligibility determination for long term care. New Hampshire department of Health and Human Services. <http://www.dhhs.nh.gov/dcbcs/beas/eligibility.htm>.
- The long-term care system for the elderly in Finland. ENEPRI research report NO. 76 (2010). http://www.ancien-long-termcare.eu/sites/default/files/ANCIEN%20RR%2076%20Finland_0.pdf.
- Õendushoolduse osutamise nõuded 2007. https://www.google.ee/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKewiRlu7Z2p7UAhWCDSwKHX1dBzQQFggkMAA&url=https%3A%2F%2Fwww.haigekassa.ee%2Ffiles%2Fest_raviasutusele_ravijuhendid_andmebaas_tunnustatud%2Ftegevusjuh.doc&usq=AFQjCNFcU7EiG8h0n3wjrfP0eza33Jw52w.
- Xie H, Chausalet TJ, Thompson WA, Millard PH. Modelling decisions of a multidisciplinary panel for admission to long-term care. Health Care Management Science 2002;5:291–5.
- Roper N, Logan W, Tierney A. Õenduse alused. Tartu: Elmartar;1999.
- Levald H. Kvaliteedijuhtimine ja selle rakendamine avalikus sektoris. Riigikogu toimetised nr 22, 2010. <https://rito.riigikogu.ee/eelmised-numbrid/nr-22/kvaliteedijuhtimine-ja-selle-rakendamine-avalikus-juhtimises/>.

Ajakirjas Eesti Arst 2016. aastal ilmunud parimad artiklid

Tartu Ülikooli Kliinikumi preemia ajakirja Eesti Arst parimale teadusartiklile

I koht. Kaja Rahu, Mati Rahu. Tšernobõli veteranide Eesti kohortuuring: vähihaigestumus 1986–2012 ja suremus 1986–2014. Eesti Arst 2016;95:575–80.

II koht. Aleksander Sipria, Ülle Kirsimägi, Arkadi Popov, Aire Veber. Taaselustamine haiglaväliselt tekkinud südame äkksurmast. Tulemused Eestis aastatel 1999–2013. Eesti Arst 2016;95:428–36.

III koht. Rainer Reile, Janika Kõrv, Jüri Voitk, Tiina Uuetoa, Janika Alloja, Triin Vörno, Katrin Lutsar, Julia Aleksandrova, Kaspar Tootsi, Raul-Allan Kiiwet. Antikoagulantid virvendusarütmia tüsistuste ennetamisel Eestis – kulutõhusus ja maksumus. Eesti Arst 2016;95:709–15.

Põhja-Eesti Regionaalhaigla preemia ajakirjas Eesti Arst 2016. aastal ilmunud parima artikli eest

I koht. Peep Talving, Vladislav Mihnovitš, Urmas Lepner, Sten Saar. Ägeda apenditsiidi tänapäevane käsitus. Eesti Arst 2016;95:723–27.

II koht. Margus Viigimaa. Traditsioonilised ja uued ravimid ateroogene düslipideemia ravis. Eesti Arst 2016;95:299–306.

III koht. Teele Jaanson. Ajuveresoonte seisund migreenihoo ajal. Magnetresonantstomograafia võimalused selle visualiseerimiseks. Eesti Arst 2016;95:734–5.