

Kokkuvõte kliinilisest auditist „Iseseisva statsionaarse õendusabi kvaliteet ja põhjendus“

1. SISSEJUHATUS

Eesti Haigekassa on korduvalt hinnanud ravikindlustushüvitiste kontrollina iseseisva statsionaarse õendusabi kvaliteeti ja põhjendatust ning leidnud, et vajalik on hinnata, millised on iseseisvale statsionaarsele õendusabi teenusele suunatud patsientide õendusabivajadused.

Riigikontroll on 2015. aastal avaldatud auditi „*Riigi tegevus õendusabi korraldamisel*“ tulemusel leidnud, et on vajalik hinnata iseseisva statsionaarse õendusabi osutamise kvaliteeti (1).

Eesti Haigekassa hindas viimati 2007. aastal auditi abil iseseisva hooldusravi osutamise kvaliteeti.

Seega tuginedes sellele, et mitmed läbiviidud auditid on soovitanud hinnata iseseisva statsionaarse õendusabi osutamise kvaliteeti ja põhjendatust ning viimases auditist oli möödas peaaegu 10. aastat, siis oli oluline korraldada kliiniline audit iseseisva statsionaarse õendusabi teenuse osutamise kvaliteedi ja põhjendatuse hindamiseks.

2. AUDITI KORRALDUS

Eesti Haigekassa esitas hankekutse kliinilise auditi (edaspidi auditi) läbiviimiseks. Hooldusravi Osutajate Ühendus esitas Eesti Haigekassale hankepakkumise ja Eesti Haigekassa kinnitas, et pakkumine vastas esitatud nõuetele. Seejärel sõlmisid Eesti Haigekassa ja Hooldusravi Osutajate Ühendus auditi läbiviimiseks lepingu nr2-10/135.

Hooldusravi Osutajate Ühenduse volitatud auditeerijad olid:

- 1) Kadri Oras;
- 2) Jelena Leibur;
- 3) Lilia Leppsaar;
- 4) Eha Rumberg;
- 5) Margit Seppik;
- 6) Miia – Kersti Sultsmann (juhtauditeerija).

3. AUDITI EESMÄRK JA ÜLESANDED

Kliinilise auditi eesmärk oli hinnata iseseisva statsionaarse õendusabi kvaliteeti ja põhjendatust.

Auditi ülesanded olid järgmised:

- anda hinnang saatekirjade kvaliteedile;
- anda hinnang õendusloo dokumenteerimise kvaliteedile;
- tuua välja ravijuhud, mille puhul patsiendid võiksid iseseisva statsionaarse õendusabi teenuse asemel viibida mõnel muul tervishoiu- ja/või sotsiaalteenusel;
- hinnata vaatuse/intervjuude abil iseseisva statsionaarse õendusabi osutajate teenuse osutamise kvaliteeti.

4. JUHENDMATERJALID

Hindamiskriteeriumite koostamisel lähtuti statsionaarset õendusabi reguleerivatest õigusaktidest, õigusaktidega reguleerimata küsimustes lähtuti üldistest õendusabi osutamise põhimõtetest ja headest tavadest ning teaduskirjandusest. Täpne ülevaade kasutatud juhendmaterjalidest on esitatud käesoleva kokkuvõtte kasutatud kirjanduse osas.

5. KOKKUVÕTE AUDITI TULEMUSTEST

5.1. Saatekirjad

Iseseisva õendusabi osutamisel on saatekirja kvaliteet õendusprotsessi efektiivsuse osas olulise tähtsusega. Saatekirja vormil ette nähtud patsiendi seisundi hindamine on aluseks õendusprotsessi alustamisel patsiendi saabumisel. Teenuse osutaja poolt anamneesi käigus kogutavad andmed laiendavad ja täiendavad ülevaadet üldjuhul multiprobleemsete patsientide vajadustest.

Auditeeriti 296 saatekirja. Statsionaarsele õendusabiteenusele suunamise põhjendatus oli korrektselt märgitud 61,5% (n=182) saatekirjadel. Patsientide anamneesi/ tervises seisundi kirjeldus puudus 25,3% saatekirjadel. Õendusabi vajadus oli hindamata peaaegu pooltel saatekirjadel (42,2%, n=125).

5.2. Õendusdokumentatsioon

Patsiendi käsitlemise aluseks on õendusprotsess. Õendusloos peab olema kirjeldatud õendusprotsessi 4 etappi: õendusabi vajaduste ja patsiendi jõuvarude hindamine (õendusanamnees), õendustegevuste planeerimine (õendusprobleemid ja eesmärgid), tegevuste elluviimine (planeeritud õendussekumised) ja 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 määratlemisel, 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.

Riskitegurite: lamatiste tekkeriski ja kukkumise riski hindamise tulemused on edasise õendusprotsessi planeerimise oluliseks osaks. Lamatiste tekkerisk oli hinnatud 23,7% juhtudest (n=71).

Statsionaarse õendusabiteenuse tarbijatest on suurem enamus eakad ja piiratud liikumisvõimega patsiendid, kes halvasti kohanevad haigla keskkonnaga. Teiseks oluliseks õendusabiteenuse kvaliteediindikaatoriks on patsientide kukkumiste vältimine, mis on tihedalt seotud turvalise keskkonna säilitamise elamistoiminguga. Kukkumise riski oli hinnatud 30,3% (n= 91) juhtudest. Kõrge kukkumise riski korral tuleb planeerida õendusplaanis tegevused kukkumiste vältimiseks. Kõrge kukkumise riskiga patsientidest (n=107) 57% (n=61) oli planeeritud sekkumised kukkumise vältimiseks.

Õendusplaan on tegevuskava, milles on kirjeldatud õendusanamneesist lähtuvalt õendusprobleemid, nendest tulenevad eesmärgid, planeeritud tegevused, tulemuste hindamine ja ajakava. Õendusplaanide auditeerimisel hinnati terviklikuks need õendusplaanid, kus olid olemas kõik eelnimetatud osad. Umbes kolmveerandis (76,3%, n= 229) õenduslugudes oli õendusplaan olemas. Auditeerimisel selgus, et umbes pooltel juhtudel (56,7%, n=170) juhtudel tulenesid õendusprobleemid õendusanamneesist.

Patsiendi seisundi jälgimise osa oli õenduslugudes vormistatud väga erinevalt. Hea praktika on, et kõik patsiendi tervise jälgimisega seotud andmed kantakse ühele vormile, siis on patsiendi terviseseisundi dünaamika kergesti jälgitav. Jälgimislehte oli kasutatud 84,3% (n=253) juhtudest. Enamuses (90%, n=270) õenduslugudes olid õendustegevused dokumenteeritud.

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

Arsti konsultatsioonid olid dokumenteeritud ja korrektselt vormistatud 92% (n=276) lugudest.

Õendusepikriis on kokkuvõtte osutatud õendusabist. Sisukas õendusepikriis on ka oluliseks nurgakiviks õendusprotsessi järjepidevuse tagamiseks teistel esmatasandi tervishoiuteenustel. Enamus 92% (n=276) lugudest sisaldasid õendusepikriisi. Epikriis peab sisaldama ka õe tähelepanekuid ja soovitusi edaspidiseks. Üle poolte juhtudest (58,3%, n=175) olid soovitud kajastatud.

5.3. Iseseisva statsionaarse õendusabi osutamise põhjendatus

Isikute abi vajaduse hindamiseks kasutatakse erinevaid meetodikaid (standardiseeritud igakülgse hindamise meetodikad), sõltuvalt riiklikest/piirkondlikest regulatsioonidest. Eestis ühtne meetodika puudub. Auditis võtsime aluseks ravi põhjendatuse hindamisel kriteeriumid, mis algselt EGGA töögrupi poolt koostati 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 teenustele sobivuse kriteeriume Eesti kontekstis ning tehti valik neist tunnustest, mille dokumenteerimine on statsionaarse õendusabi teenuse puhul õendusdokumentatsioonis eeldatav. Seega pärines informatsioon ainult õenduslugudest ja oli sõltuv õenduslugude täitmise korrektsusest. Ravi põhjendatuse hindamiskriteeriumid võib jagada kaheks:

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

Põhjendatud ravijuhte oli 80,3% (n=241), põhjendamata ravijuhte 11% (n=33), 8,7% (n=26) juhtudest jäi põhjendatus lahtiseks, kuna dokumentatsioonis puudus piisav informatsioon.

Sagedasemad põhjused statsionaarsele õendusabile suunamisel olid:

- ravi reguleerimine (47%);
- elutähtsate näitajate regulaarne jälgimine (45%);
- valu jälgimine (32%);
- toidu- ja vedelikubilansi tasakaalu jälgimine (13%);
- ravimite parenteraalne manustamine (9%).

Õendusabiteenuse pideva vajaduse sagedasemad kriteeriumid:

- 63% juhtudest olid nõrgestavad seisundid, kaasa arvatud väga kõrge iga koos väljendunud tasakaaluhäiretega, mis viitavad ennetava õenduse ja supervisiooni vajadusele, et ennetada naha kahjustusi, kukkumisi ja luumurde, alatoitumist ja infektsioone;
- 52% juhtudest olid mitu dekompanseeritud haigusseisundit (endokriinhaigused, kardiovaskulaarne puudulikkus, kaugele arenenud onkoloogilised seisundid, insult,

jt.) nõrgestatud ja/või väljendunud kognitiivsete häiretega patsientidel (sh dementsusega patsiendid)

- 27% sagedane asendivahetuse vajadus naha kahjustuse vältimiseks;
- 23% juhtudest liikumisravi ja tromboosi profülaktika peale suuri luumurde;
- 19% füsioteraapia ja tegevusteraapia vajadus;
- 18% sidumised liikumiskahjustustega ja /või kognitiivsete häiretega patsientidel;
- 17% dementsusega patsiendid segasusseisundi, agiteerituse, agressiivsuse, ärevuse, depressiooniga;
- 10% juhtudest tetrapleegia, hemipleegia, väljendunud spastilisus, rigiidsus, kontrollimatud liigutused, treemor, väljendunud deformatsioonid;
- 9% juhtudest nõrgestatud ja/või väljendunud kognitiivsete häiretega patsientidel püsikateetri või epitsüstostoomi olemasolu;
- 0,3% ja 3,7% vastavalt hapnikuravi vajadus, stoomide olemasolu.

5.4.Vaatlused/intervjuud

Tervikpildi saamiseks asutuses toimuvast viidi läbi vaatlused ja intervjuud järgmistel teemadel: juhtimine, füüsiline keskkond, patsiendikesksus, õendusprotsess.

Kokkuvõtvalt saab öelda, et ametijuhendid olid koostatud kõikides asutustes, enamuses oli olemas koolitusplaan (82,4%, n=14).

Enamustes asutustes (n=16) vastas füüsiline keskkond seadusandlikele nõuetele.

Peaaegu kõikides asutustes olid konfidentsiaalsuse nõuded täidetud ja personal oli teadlik teenuse osutamise eetilistest nõuetest (n=15).

Enamus teenuse osutajatest (n=14) olid koostatud õigusaktides nõutud tegevusjuhised.

4. JÄRELDUSED

Saatekirjade kvaliteet oli erinev. Saatekirja vormil ette nähtud patsiendi seisundi hindamine on aluseks õendusprotsessi alustamisel patsiendi saabumisel.

Õendusdokumentatsiooni kvaliteet oli nii vormiliselt kui sisuliselt erinev.

Informatsioon, mida põhjendatuse kriteeriumid arvestasid, pärines ainult õenduslugudest, mitte reaalsest elust, mistõttu ka järeldused statsionaarse õendusabi põhjendatuse kohta kehtivad dokumenteerid haigusjuhtude kohta, mitte reaalsete inimeste kohta. Kõik olenes sellest, kui põhjalik oli õendusloos kajastatud informatsioon.

Väga hea tulemus oli, et enamus teenuse osutajad olid täitnud elementaarsed juhtimise, füüsilise keskkonna, patsiendikesksuse ja õendusprotsessi nõuded.

5. SOOVITUSED

1) Iseseisva statsionaarse õendusabiteenuse osutajale

- võtta kasutusele sotsiaalministri määrusele nr. 56 (18.09.2008) vastavad õendusdokumentatsiooni vormid ja tagada nende täitmine; tagada kukkumis- ja lamatisriskide hindamine vastavalt sotsiaalministri määrusele nr. 128 (15.12.2014);

-tagada õdedele õendusprotsessi ja dokumentatsiooni koolitused.

2. Sotsiaalministeeriumile

-tagada iseseisvale statsionaarse õendusabiteenusele suunamisel ühtsete hindamisvahendite kasutamine;

3. Erialauhendustele (sh Eesti Perearstide Selts)

- tagada nõuetekohane saatekirjade täitmine ja kasutamine;

4. Hooldusravi Osutajate Ühendusele

- tagada õendusprotsessi koolitused õendusjuhtidele.

5. Eesti Haigekassale

- tagada järelkontroll soovitude rakendumise osas iseseisva statsionaarse õendusabiteenuse osutajate üle.

6. KASUTATUD KIRJANDUS

1. Riigikontroll „Riigi tegevus iseseisva õendusabi korraldamisel“; 2015.

<http://www.riigikontroll.ee/tabid/206/Audit/2343/Area/21/language/et-EE/Default.aspx>

2. Sotsiaalministri 18. septembri 2008. a määrusele nr 56 „Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise ning nende dokumentide säilitamise tingimused ja kord“

<https://www.riigiteataja.ee/akt/131072015003>

3. Sotsiaalministri 13. septembri 2014. a määrusele nr 4 „Õendushaiglas iseseisvalt osutada lubatud õendusabiteenuste loetelu ja nende hulka kuuluvad tegevused ning nõuded statsionaarse õendusabi iseseisvalt osutamiseks vajalikule töötajate koosseisule, ruumidele, sisseseadele, aparatuurile ja töövahenditele“

<https://www.riigiteataja.ee/akt/117012014004>

4. Sotsiaalministri 15. detsembri 2014. a määrusele nr 128 „Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamise nõuded“

<https://www.riigiteataja.ee/akt/106112013006>

Lisaks eelnevale lähtuti hindamiskriteeriumite koostamisel Eesti Haigekassa ravi rahastamise lepingu üldtingimustest-

5. https://www.haigekassa.ee/sites/default/files/RRL/2015/lisa_01_yldtingimused.pdf

Iseseisva statsionaarse õendusabi põhjendatuse hindamiskriteeriumite koostamisel lähtuti järgmisest teaduskirjandusest:

6. Admission to long-term care homes. CCAC Client Services Policy manual Chapter 11 (2006)

http://www.health.gov.on.ca/english/providers/pub/manuala/ccac/ccac_11.pdf

7. Anderson W & Bungay H (2004) Assessing patients' eligibility for fully funded nursing care. *Nursing Times*, 100(2):38-41.
8. Büscher A, Wingefeld K & Schaeffer D (2011) Determining eligibility for long-term care – lessons from Germany. *International Journal of Integrated Care* Apr-Jun; 11: e019.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3178799/pdf/ijic2011-2011019.pdf>
9. Criteria for long-term care services. Skilled nursing facility services .
http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Documents/ManCriteria_26_LTC.htm
10. Institutional care (2013). In: *Inter RAI clinical and management applications manual: For Use with the interRAI Acute Care Assessment Instrument*. Ed Gray, L, Arino-Blasco S, Berg K et al. InterRAI publications, Open Book Systems, Inc. Rockport, Massachusetts, USA, p. 21.
11. 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>
12. The long-term care system for the elderly in Finland. ENEPRI research report NO. 76 (2010)
http://www.ancien-longtermcare.eu/sites/default/files/ANCIEN%20RR%2076%20Finland_0.pdf
13. Õendushoolduse osutamise nõuded 2007
<http://www.ravijuhend.ee/ravijuhendikasutajale/tegevusjuhendid/44/Hooldusravi%20tegevusjuhend>
14. Xie H, Chausalet TJ, Thompson WA & Millard PH (2002) Modelling decisions of a multidisciplinary panel for admission to long-term care. *Health Care Management Science* 5, 291-295.
15. Roper, N., Logan, W. & Tierney, A. 1999. Õenduse alused. Tartu: Elmatar.
16. Levald, H. Kvaliteedijuhtimine ja selle rakendamine avalikus sektoris.
<https://rito.riigikogu.ee/eelmised-numbrid/nr-22/kvaliteedijuhtimine-ja-selle-rakendamine-avalikus-juhtimises/>