



Kliiniline audit „Iseseisva antenataalse ämmaemandusabi kvaliteet”

Kokkuvõte

Juuli 2013

Auditi „Iseseisva antenataalse ämmaemandusabi kvaliteet” viisid läbi Eesti Ämmaemandate Ühinguga kooskõlastatult Siiri Põllumaa, Pille Teesalu, Silja Staafeldt-Rahumägi, Pirjo Kirsch ja Marge Mahla.

EÄÜ sõlmis kõigi auditeerijatega konfidentsiaalsuslepingu, mille eesmärgiks on auditi tegemisel teatavaks saanud andmete igakülgne kaitse mittesihipärase kasutamise ning kolmandate isikute valdusesse sattumise eest.

1. Auditi eesmärk

Seadusandlus võimaldab kasutada ämmaemanda pädevust normaalselt kulgevate madala riskiga raseduste iseseisvaks jälgimiseks. Raseda jälgimise juhendis kirjeldatakse nn. jagatud hoolduse e. optimaalset mudelit, mis tähendab, et ämmaemand jälgib rasedust alates 1. pöördumisest ning rase suunatakse naistearsti konsultatsioonile 1-2 korral raseduse jooksul. Rasedusriskide lisandumisel või patoloogia ilmnemisel konsulteeritakse naistearstiga ja otsustatakse edasine jälgimise taktika.

Auditi eesmärgiks oli ämmaemandate poolt läbi viidud rasedate jälgimise hindamine. Kuna rasedate jälgimise soovituslikuks mudeliks kehtiva juhendi alusel on jagatud hooldus, siis on auditi käigus kaasneva tulemusena hinnati ka naistearstide tegevust rasedate jälgimisel.

Auditeerijate ülesanded:

- anda hinnang auditeerimisele esitatud dokumentatsioonile,
- analüüsida tervishoiuteenuse osutajate lõikes teostatud rasedate jälgimise vastavust juhendile,
- teha ettepanekuid rasedate jälgimisel juhendile mittevastavuse edaspidise vältimise osas.

2. Auditi valim ja meetod

Valimisse võtmise kriteeriumiks olid ambulatoorse günekoloogia raviarved alguskuupäevaga 01.01.2012 - 31.08.2012, kus põhidiagnoosina kajastusid järgmised diagnoosid: Z35.0 – Z35.9, Z32.1, Z34.0, Z34.8. Lisatingimus oli, et rasedus peab olema lõppenud sünnitusega. Lõppvalimisse jäi 18 asutust ja igast asutusest juhuvalimi teel minimaalselt 22 raseda jälgimise juhtu. Lõplikuks auditeeritud juhtude arvuks oli 391 juhtu.

3. Lühikokkuvõte auditi tulemustest

3.1 Teenuseosutaja tegevuse kajastumine jälgimise dokumenteerimisel

Dokumentatsiooni auditeerides jääb sageli ebaselgeks, milline tervishoiutöötaja viis läbi esimese, raseduse esimese (nn arvele tuleku) visiidi. Kolmes asutuses ei ole paber kandjal võimalik eristada rasedaga tegelenud tervishoiutöötajat (naistearst ja/või ämmaemand). Lisaks ei ole võimalik eristada, kas üldse ja kuidas ämmaemanda ja arsti visiidid vahelduvad, selgusetuks jääb, kas tegemist on arsti juhusliku puudumise või kavandatud ämmaemanda visiidiga.

3.2 Dokumentatsiooni struktuur, kasutatavus, täitmise kvaliteet ja järjepidevus ning terminoloogia

Üldmulje põhjal on dokumentatsiooni vormistus ebakorrekne, puuduvad mitmed olulised andmed, tehakse mitte-juhendijärgseid analüüse, nõustamise dokumenteerimine on üldjuhul minimaalne, diagnoosid on ebaselged või ei kajastu dokumentatsioonis, tegevused/suunamised sageli põhjendamata. Seetõttu on edasise tegevuse vajadus spetsialistile aimatav, kuid sisuliselt põhjendamata ning annab võimaluse ridade vahelt lugeda. Teisalt ei ole võimalik kogu dokumentatsiooni auditeerides saada ülevaadet raseduse kulust kui tervikust.

Auditi käigus ilmnes asjaolu, et enamikes asutustest toimub raseduse jälgimise dokumenteerimine mitmel erineval andmekandjal (elektrooniliselt ja paber kandjal). Dokumentatsiooni dubleerimine ei ole otstarbekas, kuna on ajamahukas, põhjustab ebatäpsusi ja sissekannete erinevusi. Eeltoodust tulenevalt on raseduse jälgimisega seotud informatsioon raskesti leitav, halvasti jälgitav ja analüüsitav ning ei võimalda teenuse kvaliteeti tagada. Samuti on puudu või puudulikult täidetud raseduse jälgimise epikriis.

Auditi käigus tuvastati, et sageli ei ole lühendite kasutamine põhjendatud ning esineb telegrammstiilis päevikukandeid, mis valdavalt koosnevad lühenditest.

3.3 Raseda jälgimise juhendi soovitusel

Soovituslik visiitide arv on keskmiselt 9-10 visiiti raseduse jooksul. Keskmise ühe raseda visiitide arv auditeeritud asutustes oli 10,4, mida võib pidada optimaalseks (sh riskirasedad). Auditi käigus tuvastati dokumentatsioonile tuginedes ka olukord, kus ämmaemand võtab sageli vastu koos naistearstiga.

Esimene pöördumine toimub enamikul juhtudest siiski naistearsti poole, vaid kolmes asutuses enamasti ämmaemandale. Neljas asutuses ületab summaarselt ämmaemanda visiitide arv naistearstide oma. Kuues asutuses kajastuvad enamasti vaid arsti juurde tehtavad visiidid.

Anamnees. Pooltes auditeeritud asutustest ei kajastu anamnees adekvaatsel kujul ei paber kandjal ega elektrooniliselt. Sünnitusabi anamneesis on sageli puudu sünnituste ja raseduste katkestamiste kuupäevad, samuti tüsistused. Üksikutes asutustes kajastub dokumentatsioonis kehamassi indeks (KMI) ja sellest tulenevad järeldused. Minimaalselt on kajastatud töötingimustega seotud riske. Kahjulike harjumuste väljaselgitamine ja nende dokumenteerimine on ebapiisav.

Raseduse tuvastamine toimub enamasti ultraheli abil. Gravimmuun-test on tehtud ja dokumenteeritud vähestel juhtudel. Oletatava sünnitustähtaja hindamine ja dokumenteerimine on enamasti adekvaatne.

Ämmaemandate selektiivne retseptiõigus on osaliselt käivitunud. Tõsiseid puudujääke tuvastati raviskeemi ja ravi tulemuste dokumenteerimisel nii ämmaemandate kui naistearstide poolt. Ravi määramise näidustus on sageli aimatav, kuid selgelt dokumenteerimata. Määratud raviskeem ning ravi tulemused on tihti dokumenteerimata, kuid toetudes esitatud analüüside

vastustele aimatavad. Ravi määraja ei ole alati selgelt tuvastatav (loetav nimi või allkiri ning registrikood).

Suunamine või teiste spetsialistide poole pöördumine kajastub dokumentatsioonis harva, sageli on suunamise põhjus aimatav. Suunamine naistearstile on juhendijärgselt kohustuslik ja üldjuhul ka toimib, kui rasedat jälgib põhiosas ämmaemand.

I ja II trimestri (kuni 27+6 rn) **analüüsid ja uuringud** on enamasti tehtud ja dokumenteeritud, va. hiliste visiidile saabujate korral. Uuest juhendist lähtuvat soovitus B-hepatiidi analüüsiks esimese visiidi järgselt on arvestatud kahel kolmandikul juhtudest. Samuti leiab soovitatust vähem uriini külvi tegemist esmasel pöördumisel. Kaheksas asutuses 18st ei suunata rasedaid I trimestri seerumskriiningule. Ligi kahele kolmandikule juhtudest on tehtud mitte-juhendijärgseid analüüse, kuid näidustus on dokumenteerimata. Emakapõhja kõrguse mõõtmine ja loote südamelööki kuulatlemine on kajastatud üldjuhul rahuldavalt.

III trimestril (28 - 42 rn) juhendijärgsed analüüsid ja uuringud kajastuvad üldjuhul dokumentatsioonis, vaid veregrupi, Rh-faktori ja antikehade kordusuuringut tehakse soovitatust harvem.

Objektiivse leiu dokumenteerimisel igal visiidil on adekvaatselt kajastatud vererõhk ja kaaluive, sageli on kajastamata tursete hindamine.

Kuna dokumentatsioon ei võimalda tuvastada näidustusi ja põhjendusi lisaanalüüsides määramiseks, tunduvad mitmed teostatud analüüsid mittevajalikud. Näiteks on asutusi, kus on määratud rutiinselt kõikidel rasedatel CRV, GTT, glükoliseeritud hgb, kliiniline veri koos viieosalise leukogrammiga, UH ja kliiniline veri igal külastusel. Samas uriinikülvi, mis lähtub uuest raseda jälgimise juhendist, on määratud vähestel juhtudel.

Nõustamistegevus on kaootiline ning puuduvad dokumenteeritud süsteemsele nõustamise läbiviimisele viitavad tunnused. Nõustamised on valdavalt vähe kirjeldatud või suures osas täiesti kirjeldamata. Kõige enam toimub dokumenteeritud nõustamist toitumise, raseduspuhuste vaevuste ja nende leevendamise ning sünnituseks ettevalmistuse osas.

Lähtudes kasutusel olevast dokumenteerimise vormist on nõustamistegevust võimalik fikseerida. Kõige paremini kajastub nõustamine dokumentides Pärnu ja Rakvere haigla puhul. Probleem on tõenäoliselt seotud ka asjaoluga, et visiidiks ettenähtud aeg on lühike, dokumendivorm ei võimalda täies mahus dokumenteerimist ning teenuse osutajatel on vähene motivatsioon, harjumus ja kogemus nõustamiste dokumenteerimise vallas.

Raseduse jälgimisega seotud **diagnoosid** ei kajastu korrektselt paber kandjal dokumentatsioonis, samuti jääb ebaselgeks diagnoosi püstitaja. Elektroonilises versioonis seda probleemi enamasti ei ole.

Kokkuvõte: Seadusandlusega võimaldatud ämmaemandate rasedate jälgimine on käivitunud paaris asutuses arvestatavas mahus ja kvaliteedis. Mõistagi vajab uus korraldus aega käivitumiseks, selles osas peaks ka auditi ettepanekutel olema positiivne mõju teenuse kvaliteedi parandamisel. Tunnustamist vajab ka asutuste püüd üle minna elektroonilisele jälgimise dokumentatsioonile. Kõige kasutajasõbralikumaks ja ülevaatlikumaks tunnistati auditeerijate hinnangul Lääne-Tallinna Keskhaiglas hetkel kasutusel olev dokumentatsioon. Dokumentatsiooni sisu ja disaini/vormistuse osas tuleks erialaseltsidel ja asutustel teha jätkuvat koostööd parendamise ja dokumenteerimise ühtlustamise osas.

4. Tagasiside auditeeritutele

Eesti Haigekassa saatis kõigile 18le auditeeritud lepingupartneritele auditi kokkuvõtte ja eraldi konkreetselt neid puudutavad tulemused. Tervishoiuteenuste osutajatelt oodati auditi

tulemuste omapoolset analüüsi ja ettepanekuid, kas ja kuidas auditis toodud probleemseid situatsioone oleks võimalik nende seisukohast parandada. Oma tagasiside edastasid kõik (18) auditeeritud lepingupartnerid.

Auditi tulemusi tutvustati Tallinnas 11.aprilli 2013 arutelul, milles osalesid ämmaemandad, naistearstid, haigekassa, sotsiaalministeeriumi ja Terviseameti esindajad.

Auditi tagasiside koosolekul esitatud arvamused ja ettepanekud:

- Teenuse rakendumine eeldab inimeste teadlikkuse parandamist. Naisi ja peresid tuleks teavitada ämmaemanda vastuvõtule pöördumise võimalustest ja eelistest. Teenusega rahulolu peaks paranema, kui naine saab kiirelt vastuvõtule, kui on teenuse osutamise järjepidevus ja kui tal on kontroll selle üle, mis raseduse jooksul toimub.
- Nõustamise kvaliteeti on vaja parandada, nõustamine võiks olla naiste ja perede vajadusepõhiselt. Vajalik on nõustamisel dokumenteerida ka perekooli kursustel osalemine ja teemad.
- Vajalik on perekoolide tegevuste standardiseerimine ja tegevuste suhestumine erinevate tervishoiutöötajate vahel.
- Seoses piiratud retseptiõiguse rakendamisega vajavad ämmaemandad täiendkoolitust, laiendada võiks ka ravimite nimekirja. Retsepti väljakirjutamise osas oleks abi koolitusmoodulist, mis võiks olla ka e-koolitus. On algatatud TTKSi muutmise eelnõu ravimite loetelu laiendamiseks, mida ämmaemandad saavad välja kirjutada.
- Rasedakaardid võiks jääda tulevikus rasedale, vajalik oleks kehtestada ühtne vorm.
- Vajalik üleminek elektroonilisele dokumentatsioonile. Ressursside optimaalseks kasutamiseks kasutada arstidega vastuvõtul assistendi tööd, tagades patsiendile privaatsuse.
- Dokumenteerimisel pöörata tähelepanu järgmistele teemadele:
 - ✓ Täiendavate analüüsides ja uuringute juurde märkida põhjendused. Skriinimine on vähene.
 - ✓ Dokumenteerida anamneesi varasemad sünnitused ja eelmise sünnituse lõpe. Lisaks kirjeldada sünnituse ja sünnitusjärgse perioodi patoloogia ning imetamise anamnees.
 - ✓ Dokumenteerida selgelt visiidi läbiviinud tervishoiutöötaja (arst, ämmaemand).
 - ✓ Järgida riiklikult kehtestatud dokumentatsiooninõudeid ja üle vaadata miinimumandmete koosseis.
 - ✓ Pöörata tähelepanu lühendite kasutamisele, ühiselt kokku leppida kasutatavad lühendid.
 - ✓ Dokumenteerimisel kasutada riigikeelt. Võimalusel võiks patsiendiga suhelda tema emakeeles.
- Sünnitusjärgne visiit oma ämmaemanda juurde võiks olla standardteenuse osa.
- Koolitused ja auditeerimiskogemuse jagamine tervishoiukõrgkoolides ämmaemandate õppekava arendus, samuti auditi tulemuste arutelu laiemalt.
- Rohkem tuleks suhelda asutuste vaheliselt ja vahendada ning võrrelda head praktikat, nt siseauditi tegemiseks kogemuse jagamine.

5. Ettepanekud

Käesolevate ettepanekute aluseks on auditeerijate ettepanekud, auditeeritud asutuste kirjalik ja suuline tagasiside ning auditi tagasisidearutelul tehtud ettepanekud osutatava tervishoiuteenuse kvaliteedi parendamiseks.

5.1. Ettepanekud tervishoiuteenuse osutajale

- 5.1.1 Lõpetada dokumentatsiooni dubleerimine ja võimalikult kiiresti minna üle osapoolte koostöös kokku lepitud elektroonilise vormi kasutamisele, mis annab hea ülevaate raseduse kulust, jälgimisest ning teenuse kvaliteedist tervikuna.
- 5.1.2 Võtta kasutusele raseduse ja sünnitusega seotud dokumentatsiooni ühtlustamiseks ning parendamiseks Haiglate Liidu standardiseerimisprojekti esitatud miinimumnõuded raseduse jälgimise dokumenteerimisele ning dokumenteerimise infoväljadele. Kõik raseduse jälgimisega seotud tegevused ja elektroonilised rasedus- või tervisekaartide väljad viia kooskõlla kehtiva raseda jälgimise juhendi ja määruses „Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise ning nende dokumentide säilitamise tingimused ja kord” ettenähtuga.
- 5.1.3 Kriitiliselt analüüsida kasutatavat paberkandjal dokumentatsiooni asutustes, kus lähima paari aasta jooksul ei ole ette näha üleminekut elektroonilisele dokumenteerimisele, ning viia see vastavusse kehtiva juhendiga.
- 5.1.4 Kasutada arsti assisteerimiseks vastuvõtul vähem-kvalifitseeritud töajõudu (sekretäri või assistenti).
- 5.1.5 Jälgida kehtestatud nõudeid dokumenteerimisele (sh. nõustamise teemade kajastamine).
- 5.1.6 Standardiseerida ultraheliuuringu vastuste vorm.
- 5.1.7 Korraldada regulaarselt asutusesisest teenuse kvaliteedi ning dokumentatsiooni nõuetekohasuse hindamist.
- 5.1.8 Lähtuda asutusesiseste koolituste planeerimisel auditeerimise tulemustest ja ettepanekutest.

5.2 Ettepanekud Eesti Haigekassale

- 5.2.1 Suunata teenuse osutamise rahastamist selliselt, et see motiveeriks teenuse pakkujat iseseisvat ämmaemandusabiteenust osutama, seejuures arvestades spetsialistide vähesust ja ebahühtlast jaotumist piirkonniti.
- 5.2.2 Vaadata üle tervishoiuteenuste loetelus ämmaemandusabi teenuse hinna komponendid seoses vastuvõtuaegade pikkuse ja teenuse planeeritava sisu vastavusse viimisega juhendist lähtuvate nõuete ja tegevustega.
- 5.2.3 Korrata antenataalse ämmaemandusabi auditit kahe-kolme aasta pärast, et hinnata teenuse käivitumist ning käesoleva auditi tulemusena tehtud ettepanekute realiseerumist.

5.3 Ettepanekud Sotsiaalministeeriumile

- 5.3.1 arvestada tervishoiuteenuste korraldamisel asjaolu, et antenataalne ämmaemandusabi on oma põhiolemuselt esmatasandi teenus.

5.4 Ettepanekud Eesti Haiglate Liidule

- 5.4.1 Võtta kasutusele raseduse ja sünnitusega seotud dokumentatsiooni ühtlustamiseks ning parendamiseks Haiglate Liigu standardiseerimisprojekti esitatud miinimumnõuded raseduse jälgimise dokumenteerimisele ning dokumenteerimise infoväljadele.

- 5.4.2 Motiveerida teenuseosutajaid üle minema elektroonilisele raseda jälgimise dokumenteerimisele ja vältima mittevajalikku dubleerimist dokumenteerimisel.
- 5.4.3 Kriitiliselt analüüsida kasutatavat paber kandjal dokumentatsiooni asutustes, kus lähima paari aasta jooksul ei toimu üleminekut ainult elektroonilisele dokumenteerimisele ja viia see vastavusse kehtiva juhendiga.
- 5.4.4 Rakendada teenuse saaja huvides ämmaemandaid ja naistearste optimaalselt.

5.5 Ettepanekud Eesti Naistearstide Seltsile ja Eesti Ämmaemandate Ühingule

- 5.5.1 Tutvustada 2011.a. raseduse jälgimise juhendit laiemalt naistearstidele ja ämmaemandatele nii erialaorganisatsioonide siseselt kui ravi-asutuste sisekoolituste raames.
- 5.5.2 Tutvustada käesoleva auditi tulemusi laiemalt naistearstidele ja ämmaemandatele nii erialaorganisatsioonide siseselt kui ravi-asutuste sisekoolitustel.
- 5.5.3 Hinnata ja planeerida koostöös raseduse jälgimise alaste koolituste, juhendi täiendamise ning raseduse jälgimise protsessi ja dokumentatsiooni arendamise vajadust kvaliteetse teenuse tagamiseks.
- 5.5.4 Kehtestada koostöös selged dokumenteerimise nõuded (sh. lühendite kasutamine, nõustamise adekvaatne kajastamine jms.)
- 5.5.5 Koostada asutustele paber kandjal rasedakaardi näidisvorm (raseda käes olev dokument), mis oleks juhendile vastav.
- 5.5.6 Leppida kokku raseduse jälgimise epikriisi soovituslik vorm ja lisada see elektroonilisele raseda- või tervisekaardile.
- 5.5.7 Koostada ja kokku leppida dokumenteerimisel kasutatavad lühendid raseda jälgimise juhendi juurde.