

Kliinilise auditi „Statsionaarse hooldusravi põhjendatus ja kvaliteet“ kokkuvõte

Auditi „Statsionaarse hooldusravi põhjendatus ja kvaliteet“ viisid läbi Eesti Gerontoloogia ja Geriaatria Assotsiatsiooni liikmed 2006-2007 aastal. Töörühma kuulusid Kai Saks, Jelena Leibur, Galina Afanasjeva, Oksana Ivanova ja Anne Rusalejeva.

1. Auditi eesmärk

Eesmärgiks oli anda üldine hinnang statsionaarse hooldusteenuse vajaduse põhjendatuse, statsionaarse hooldusravi raames pandud õendusdiagnooside ja teostatud õendus- ja hooldusravitegevuste osas. Samuti teha kokkuvõtte haige antud rahulolu ja elukvaliteedi tagasisidele. Auditi tegemisel lähtuti hooldusravi ja õenduse heast tavast ja Eestis tunnustatud või, nende puudumisel, rahvusvaheliselt üldtunnustatud ravijuhistest/standarditest.

2. Auditi valim ja meetod

Kokku auditeeriti 20 raviasutust, kes osutasid hooldusraviteenust kas piirkondliku- keskküld- või kohaliku haiglana ja auditi käigus vaadeldi 186 ravijuhtu kahes etapis.

Töörühma liikmed külastasid kõiki nimistusse kantud asutusi. Igast hooldusravihaiglast plaaniti auditeerida 10 juhtu. Juhuväliku alusel valiti ja kodeeriti nimekirjast iga seitsmes patsient. Kui nimekirjas oli alla 10 patsiendi, siis auditeeriti kõiki. Pärast auditeeritavate nimekirja koostamist vesteldi personaliga ning neilt saadud informatsiooni alusel jagunesid patsiendid:

- Adekvaatsed patsiendid (ilma olulise kognitiivse häireta), kes vastasid MAsST küsimustikele vajaduste-pakkumiste osas, võtmeindikaatorite osas, elukvaliteedi ja hoolduse subjektiivse kvaliteedi osas.
- Dementsusega patsiendid, kelle kohta haiget kõige paremini tundev personaliliige (õde, hooldusõde või hooldaja) täitis QUALID (elukvaliteedi skaala raske dementsuse puhul) küsimustiku.

Patsiendid, kelle adekvaatsuse kohta personal ei osanud vastata, tehti Minimental test ja tulemustele alusel (30-st üle 18 punkti on adekvaatne patsient) valiti vastavad küsimustikud.

Andmed koguti kolmest allikast: hooldusravi dokumentatsioon, haige küsitlemine ja hoolduspersonali küsitlemine. Õendusdokumentatsiooni auditeerimisel hinnati saatekirja olemasolu ja sisu, õenduslugu, otsiti andmeid MAsST küsimustikule „Dokumenteeritud hoolduse kvaliteet“, hinnati õendushooldusdokumentatsioonis kirjeldatud vajadusi/pakkumisi lähtudes 11 hooldusdimensioonist ning jälgiti, kas geriaatriline hindamine on tehtud või mitte.

3. Lühikokkuvõtte tulemustest

Õendusdokumentatsiooni üldine hinnang, hinnang õendusdiagnoosidele ja teostatavatele õendustegevustele.

Õenduslood

Osades asutustes olid õenduslood haiguslugude osaks (14 asutust), osades olid iseseisvad õenduslood (kuus asutust) ja arsti sissekanded olid konsultatsioonide vormis. Õenduslood puudusid ühes asutuses, haiguslood olid olemas. Kõige enam sai õendushooldusalast informatsiooni nendest asutustest, kus olid olemas iseseisvad õendushoolduslood, kõige vähem haiguslugudest, kus õenduslood täielikult puudusid. Õenduslood puudusid kahes asutuses.

Õendusanamnees

Õendusanamnees oli olemas kõikides asutustes, kus oli olemas õenduslugu. Kolmes raviasutuses oli igas auditeeritud õendusdokumentatsioonis üks õendusanamnees puudu.

Esmane hindamine

Esmane hindamine oli dokumenteeritud valdaval enamusel juhtudel. Täielikult oli esmane hindamine dokumenteeritud 13 asutusel ja osaliselt oli hindamine dokumenteeritud 6 asutusel. Hindamise dokumenteerimine oli pealiskaudne, mistõttu tuli informatsiooni otsida õenduspäevikust viies raviasutuses.

Profülaktika ehk ennetamise osas oli suuri puudujääke. Samas on just profülaktika osa väga oluline, sest dehüdratsioon, kukkumised, lamatiste teke ja deliirium on väga olulised riskifaktorid hooldusravis, nende seisundite ennetamine on palju efektiivsem võrreldes raviga. Oluline oleks olnud hooldusdokumentatsioonist välja lugeda rohkem informatsiooni ravimite võtmise osas, kas patsient teeb seda ise, antakse ravimid talle kätte või vajab ta nende suhu panekut. Dokumentatsioon annab enamuses informatsiooni patsiendi füüsiliste vajaduste kohta, kuid ei pööra tähelepanu patsiendi sotsiaalsetele, psüühilistele ja spirituaalsetele (vaimsetele) vajadustele. Selline lähenemine hooldusravile ei vasta tänapäevase hoolduse nõuetele.

Õendusdokumentatsioonist ei olnud võimalik eristada vajadusi ja pakkumisi, auditeerijad eeldasid, et kui vajadus on dokumenteeritud, siis on ka pakkumine olemas. Dokumentatsioonis puuduvatele küsimustele andis enamuses vastuse õendushoolduspersonali küsitlemine, see on auditis kajastatud iseseisva osana.

Dokumentatsiooni alusel oli osadel juhtudel raske aru saada, kui palju abi patsient tegelikult vajab ja mida ta on suuteline ise tegema. Osadel juhtudel ei valmistanud raskusi dokumentatsioonist välja lugeda, kui palju abi patsient tegelikult vajab ja mida ta on suuteline ise tegema.

Õendusdiagnoos

Täielikult puuduvad või on väga üldised ja napsõnalised õendusdiagnoosid kuues raviasutuses. Korralikult on õendusdiagnoosid kõikidel auditeeritud juhtudel vormistatud

kaheksal asutusel Üldiselt on enamuses asutustes õendusdiagnoosid korrektselt vormistatud, osades asutustes üldsõnalisemalt, osades täpsemalt.

Õendusplaan

Õendusplaan (hindamine, probleemid, eesmärgid, õendustegevused, täitmine) olid erinevatel asutustel ebahühtlaselt täidetud. Õendushoolduse sihipärasel osutamisel omab õendusplaan tähtsat osa. Oluline on patsiendi probleemide, võimete ja tugevuste hindamine, probleemide ja nende lahendamise eesmärkide määratlemine, tegevuste läbimõtlemine ja dokumenteerimine ja eesmärkide täitmise hindamine.

Õenduseesmärgid

Selgus, et ainult pooltel olid õenduseesmärgid korrektselt dokumenteeritud. Samas on sihipärase õendushoolduse osutamine ilma eesmärkideta küsitav. Õenduseesmärgid ja nende täitmine olid õendusdokumentatsioonis üldse kirjeldamata viiel asutusel. Korralikult olid õendushoolduseesmärgid määratletud ainult kaheksal haiglal. Ükski asutus ei olnud õenduseesmärkide seadmisel arvestanud patsientide tugevusi ja võimalusi, arvestatud on ainult probleeme.

Õendustegevused

Õendustegevusi oli kirjeldatud rohkem kui eesmäärke, kuid määratlemata eesmärkide puhul olid tegevused võrrelduna eesmärkide järgi määratletud tegevustega üldisemad. Õendustegevused olid õendusdokumentatsioonis üldse kirjeldamata neljal ja poolikult täidetud kaheksal asutusel. Täiesti korrektselt olid õendustegevused dokumenteeritud seitsmel asutusel.

Õendushoolduseesmärkide täitmine

Õendushoolduseesmärkide täitmise hindamine on oluline planeerimaks edasist õendushooldust. Õendushoolduseesmärkide täitmine oli täielikult hindamata 11 asutusel. Kuna osad auditeeritavad hooldusravi juhud lühemad kui 30 päeva ja patsientide seisundis ei olnud dokumentatsiooni alusel olulisi muutuseid, siis kõikidel nendel juhtudel ei saa seda puudujäägiks lugeda. Paljudel haiglatel oli õenduseesmärkide hindamine ebamäärane, ei hinnatud mitte otseselt eesmärgi täitmist vaid patsiendi üldseisundit.

Korduv hindamine

On võimatu osutada sihipärasest hooldusravi teenust, kui muutused patsiendi seisundis jäävad märkamata ja dokumenteerimata. Korduv hindamine on oluline nende haigete puhul, kes on hooldusravil pikka aega (üle 30 päeva) ja nende puhul, kelle seisundis on olnud olulisi muutuseid. Enamuses, s.o. 3/4 asutustest puudub korduvhindamine täielikult. Ülejäänud neljandikul oli korduvhindamine osaliselt dokumenteeritud.

Õenduspäevik

Õenduspäevik on õendushooldusloos oluline osa, mis kajastab igapäevaseid õendushooldustegevusi. Osades asutustes oli õenduspäevikud eriti põhjalikud, osades lakoonilisemad. Õenduspäevikute alusel oli jälgitav tegevuste dünaamika, seetõttu peaksid kõik asutused õenduspäevikutele täitmisel rohkem tähelepanu pöörama sellele, et

kajastatud oleks just patsientide seisundi muutused. Õenduspäevik oli enamusel asutustest korralikult täidetud.

Ravi määramise ja jälgimise lehed

Kõikides asutustes olid kasutusel ravi määramise ja jälgimise lehed, millel tuuakse ära arsti poolt määratud ravi kirjeldus. Õendustegevused nagu ravimite jagamine, vererõhu, temperatuuri, diureesi ja veresuhkru jälgimine olid kõikidel asutustel ja kõigil juhtudel täidetud. Samuti oli jälgimislehtedel jälgitavad erinevate stoomide hooldus, intravenoossed ja intramuskulaarsed protseduurid, kateetrite panek ja vahetus, lamatiste hooldus ja muud sidumised.

Arsti sissekanded

Arsti sissekanded olid kas õendusloo juures konsultatsiooni lehena või arstlikus haigusloos. Arstlikku lugu pidasid 14 asutust, isesisvat õenduslugu kuus asutust. Seda, et arsti sissekanded osadel juhtudel puudusid, ei saa hinnata veaks, kuna ilmselt puudus neil patsientidel vajadus arsti konsultatsiooniks.

Saatekirjad

Saatekirjade hindamisel hinnati nende olemasolu, diagnoosi, kasutatavate ravimite ja patsiendi seisundi hinnangu olemasolu saatelehel. Nende saatekirjade puhul, kus on kirjeldatud lisaks diagnoosidele ka patsiendi seisund ja vajalik ravi, on võimalik iseseisev õendushooldus, teistel juhtudel on vajalik, et arst patsiendi vastu võtab.

Saatekirjad olid olemas valdaval enamusel juhtudest. Kõik saatekirjad sisaldasid arstlikke diagnoose kõikidel juhtudel. Patsiendi seisundit hooldusravile suunamisel võis välja lugeda osadel saatekirjadel, vajalikud ravimid olid saatekirjal olemas osadel juhtudel.

Geriaatriline hindamine

Dokumenteeritud oli 20 juhul. Geriaatrilise hindamise tulemustest selgus, et hinnatutest kuus vajas hooldusravi, neli vajas hooldekodu, viis vajas alguses hooldusravi ja seejärel suunamist hooldekodu teenusele, üks vajas hooldusravi ja seejärel koduhooldust, kaks hinnati koju minema, üks vajas koduõendust, ühel juhul ei olnud dokumendid veel saabunud.

Kokkuvõtte auditeeritud asutuste õendushoolduse dokumentatsiooni kvaliteedist

Õenduslood on eesmärgipärase õendushoolduse aluseks ja kvaliteetse teenuse eelduseks. Õendusdokumentatsiooni täitmise tase on hooldusravi osutataval asutustel erinev, mõnel hea ja mõnel mitterahuldav, enamuses siiski rahuldav. Hooldusravi dokumenteerimine vajab vähem või rohkem parandamist enamuses asutustes.

Statsionaarse hooldusteenuse vajaduse põhjendatus

Eesti hooldusravis puuduvad kriteeriumid, mis on aluseks patsiendi hooldusravile suunamisel. Seetõttu oli raske otsustada, kas statsionaarne hooldusravi teenus oli põhjendatud või ei. Osadel juhtudel saaks patsient hakkama kodus, kui talle võimaldataks

koduõendus, koduhooldus ja sotsiaalhoolekande abi, kuid kui seda kõike ei suudeta võimaldada, siis on hooldusravi põhjendatud. Osad patsiendid vajaksid hooldekodu kohta, kuid kui hooldekodu koha ooteaeg on pikk ja patsiendi funktsionaalne seisund ei võimalda tal enam kodus toime tulla, ka siis on hooldusravi põhjendatud. Kuid kummalgi juhul ei ole teenus neil juhtudel kulusäästlik.

Dokumentatsiooni alusel on samuti raske otsustada hooldusravi põhjendatuse üle, kuna dokumentatsioonist ei loe piisava põhjalikkusega välja, kas tegemist oli tervisliku seisundi halvenemisega, funktsionaalse toimetuleku halvenemisega või kroonilise haiguse ägenemisega. Ka saatekirjadelt ei loe välja, miks just nüüd on näidustatud hooldusravile suunamine. Samuti ei anna patsiendi dokumenteeritud esmane hindamine piisavalt selgust, kas hooldusravi oli kindlasti põhjendatud.

On võimalik jälgida patsiendi enda ja personali vajaduste/pakkumiste küsimustike andmeid, mille osas peaks nii õendushooldustöötajatel kui ka patsientidel ühesugune arusaamine olema, võib eeldada, et kui patsient ei vaja või vajab iseenda ja personali arvates minimaalselt kõrvalabi kõikides elutoimingutes, tal ei ole lamatisi, haavandeid ega valu, ta ei ole kurt ega pime ja tal ei ole suurt kukkumise ohtu, siis ei vaja ta statsionaarset hooldusravi. Selliseid patsiente, kelle suhtes hooldusravi vajaduse osas kahtlus tekkis, oli 20 auditeeritud hooldushaigla kohta kaheksas asutuses.

Hoolduse kvaliteet

Lisaks koguti andmeid hooldusravi kvaliteedi kohta hoolduse dokumentatsioonist ning haigeid ja hoolduspersonali küsitledes. Eesmärgiks oli teha eelkõige üldistavaid kokkuvõtteid tänapäevaste hooldusravikontseptsioonide järgmise kohta ning hooldatavate rahulolu ja elukvaliteedi kohta Eesti hooldusravivõrgustikus. **Uuritute arv igast asutusest oli liialt väike, et võimaldada teha põhjalikku analüüsi asutuste kaupa.**

Tulemuste arutelu

Hooldusravi dokumentatsioon on kesine – vajaduste hindamisel keskendutakse peamiselt meditsiinilistele ja funktsionaalsetele probleemidele, kuid psühhoemotsionaalsed, sotsiaalsed ja keskkondlikud vajadused jäävad hindamata. Kui võtta aluseks dokumenteeritud vajadused ja arvestada, et need vajadused on teenustega rahuldatud juhul, kui dokumentatsioonis sisaldub õendusplaan, siis on need vajadused hästi kaetud. Kui aga küsitleda personali, siis nende arvates on rahuldamata veerand tegelikest vajadustest. Rahuldamata on eelkõige keskkondlikud ja psühhosotsiaalsed vajadused. Vajaduste hindamine ja selle dokumenteerimine on võtmeks, et haige saaks vajalikke teenuseid. Kui hooldusravi asutuses ei nõuta korrektsete hindamisinstrumentide kasutamist, siis jäävad paljud vajadused märkamata, seega ka abi pakkumata. CareKeys uuringu põhjal saab väita, et hooldatavate elukvaliteet oli otseses sõltuvuses hooldusdokumentatsiooni kvaliteedist.

Hooldusravi dokumentatsioonis oli väga vähe selliseid kirjeid, mille alusel otsustada, et hoolduse planeerimisel on järgitud tänapäevase hoolduse nõudeid. Rohkem kui pooltes

auditis läbivaadatud hooldusdokumentides polnud viiteid sellele, et hooldusplaanis oleks rakendatud ennetavat abi (tüsistuste profülaktika, kukkumiste vältimine jmt.), et hooldusplaani uuendataks regulaarselt või seisundi muutumisel, et rakendataks meeskonnatööd ja arvestataks väliseid ressursse, et klient ja tema mitteformaalne tugivõrgustik oleksid kaasatud hoolduse planeerimisse, et hooldatava individuaalseid võimeid ja soove arvestataks hoolduse planeerimisel. Nende meetmete rakendamine oli asutuste lõikes üsna erinev ning oli ka neid, kus dokumentatsioonis kajastus suur osa nimetatud kvaliteedinõuetest. Üsna selgelt domineerib Eesti hooldusravis meditsiinile orienteeritud mudel, kus patsienti vaadeldakse kui hooldusravi objekti, kes vajab meditsiinilist ja funktsionaalset tuge olemasolevate probleemide tõttu. Preventsioon jääb sageli tahaplaanile, samuti isiku ja tema lähedaste kaasamine hooldusravi planeerimisse. Selline olukord saab tekkida ühelt poolt hoolduspersonali vähestest teadmistest tänapäevastest hoolduse teooriatest, kuid teisalt ka hoolduse juhtide vähesest huvist hoolduse professionaalse kvaliteedi suhtes. Kohati võib takistuseks olla ka personalipuudus, kuid seda me antud auditis ei uurinud.

Haigete rahulolu hooldusega oli üldiselt hea. Siiski, ligikaudu 10% ei olnud hooldusega eriti rahul. Sagedamini (15%) oldi rahulolematu sellega, et hoolduspersonalil ei jätku piisavalt aega nende jaoks ja ei anta piisavalt informatsiooni. Ei oldud rahul ka sellega, et ise ei saa oma päeva planeerida ja teha on vähe ning välja saada keeruline. Üllataval kombel oldi vähem rahul ka juurdepääsuga tervishoiuteenustele. Abiga igapäevaste toimingute tegemisel ning kokkuvõttes kogu hooldusasutusega oldi üldiselt hästi rahul. Meie tulemused on heas kooskõlas teiste riikide andmetega – (eakad) abivajavad inimesed on asutushoolduse teenustega üldjoontes rahul, sest iga teenus on parem kui üldse mitte teenust saada ning inimesed on tänulikud. Ühe eripärana torkab silma see, et meie hooldusravi haigete ootused meditsiiniliste teenuste osas on suuremad kui abi pakkumine. Võimalik, et siin on üheks põhjuseks ka terminoloogia – tegemist on valdavalt hooldusravihaiglaga või –osakonnaga ning inimesed ootavad, et uuringud ja ravi oleksid võrreldavad nn. tavahaiglaga (aktiivraviosakonnas). Auditi tulemuste põhjal tuleks ka haigete rahulolu seisukohalt kasuks, kui meditsiinilisele käsitlemisele lisanduks sotsiaal-kultuuriline komponent. Eriti oluline on see tulevikus, kui hooldusravi ajalised piirid ei ole nii jäigad kui praegu ning õenduskodus saavad abivajajad elada nii kaua, kui see neil vajalik on, vajadusel kogu ülejäänud elu. Teisalt võib arvata, et osa haigeid, kes on hooldusravil, vajaksid tegelikult palju suuremas mahus terviseteenuseid mõnes aktiivraviosakonnas, tulevikus ka geriaatriaosakonnas. Samas on hooldusravihaiglates ka neid haigeid, kes vajavad hoopis koduõendust, koduhooldust.

Elukvaliteedi hindamine andis oodatust paremaid tulemusi. Elukvaliteet on nii paljudest erinevatest aspektidest sõltuv, et raske on ühemomentse uuringu põhjal ja piiratud indikaatoritega sellest palju järeldusi teha. Tervislik seisund, sotsiaalne taust, inimese isiksuslikud jooned, majanduslik seisund ja palju muud lisaks hooldusravile mõjutavad elukvaliteeti. Hooldusravi kvaliteedi hindamisel on tähtsam elukvaliteedi dünaamika hindamine, nii isiku kui osakonna/asutuse tasandil. Meie uuringus leitud tõsiasi, et dementsusega inimeste elukvaliteet kaudsel hinnangul on parem kui kognitiivse häireta inimestel, on sageli leitud tulemus. Ühelt poolt võib dementsusega inimestel tõepoolest heaolu ja rahulolu tunne muutuda, kuid teisalt peame arvestama, et nende elukvaliteeti

hinnati kaudselt, väliste märkide järgi. Paraku ei saa me kunagi seda neilt endilt küsida ning peame leppima kaudse hinnanguga. Antud uuringus võis üheks kallutavaks teguriks olla ka asjaolu, et osa hoolduspersonalist ei tundnud neid haigeid piisavalt, kuid meie auditi skeemi alusel ei olnud muu, kui tööl oleva personali küsitlemine võimalik.

Ettepanekud

- Hooldusravi dokumentatsioon vajab jätkuvalt parandamist, kasuks tuleks ühtsete standardite kasutuselevõtmine (EGGA HOÜ poolt koostatud ning Eesti Haigekassa poolt heaks kiidetud Hooldusravi tegevusjuhend; http://www.haigekassa.ee/files/est_raviasutusele_ravijuhendid_andmebaas_tunnustatud/tegevusjuh.doc).
- Hooldusravi personal, kaasa arvatud juhid, vajavad täiendkoolitust tänapäevase hoolduse korralduse (teooriad, kontseptsioonid) ja kvaliteedinõuete osas.
- Hooldusraviga tegelevates asutustes (eriti aktiivravihaiglates) on oluline kõikidel juhtimise tasanditel süvendada arusaama hooldusravist (õendusabiteenus) kui iseseisvast, väärikast ning tõendus põhiseisest teenusest.
- Osades asutustes vajab hooldusravi personal, kaasa arvatud õendusjuhid, täiendkoolitust õendusdokumentatsiooni täitmise osas: õendusdiagnooside vormistamine, õenduseesmärkide seadmine ja patsiendi vajaduste igakülgne hindamine.
- Hooldushaigete rahulolu hooldusega on üldiselt hea, kuid rohkem tähelepanu tuleks pöörata psühholoogiliste ja emotsionaalsete ning sotsiaalsete vajaduste rahuldamisele.
- Rohkem tähelepanu tuleks pöörata erinevate tüsistuste profülaktika vajaduste dokumenteerimisele (korrekne dokumentatsioon sisaldab hinnangu profülaktilise meetme järele siis, kui haige seda vajab, samuti sel juhul, kui ei vaja; nn. puuduva vajaduse dokumenteerimine kindlustab selle, et probleemile on tähelepanu pööratud) ning vajalikele teenustele juurdepääsu kindlustamisele.
- Hooldusravi kvaliteedi monitoorimisel on otstarbekas jälgida nii meditsiinilisi ja funktsionaalseid kui ka rahulolu ja elukvaliteedi näitajaid. Elukvaliteet, mille parandamine on hooldusravi lõppeesmärgiks, on vaid osaliselt sõltuv hoolduse kvaliteedist. Teisalt, haigete hea elukvaliteet ning rahulolu teenustega ei pruugi olla iseseisvaks kvaliteetse hooldusravi tunnuseks, kuna need sõltuvad haigete kognitiivsest võimekusest, isiksuseomadustest ning eelnenud elusündmustest.
- Hoolduse subjektiivse kvaliteedi ja elukvaliteedi adekvaatseks monitoorimiseks peaks valim olema oluliselt suurem kui 10 juhtu, kasuks tuleks hinnangute dünaamika hindamine.
- Saatekirjade kvaliteet vajab parandamist, vajalik on selgitustöö perearstide hulgas.
- Eestil jaoks on vaja välja töötada hooldushaigete klassifitseerimise süsteem, mis tugineb haigete vajaduste ja ressursside standardiseeritud hindamisel.