

Kliiniline audit “ Intensiivraviteenuse osutamise kvaliteet“ Kokkuvõte

Auditi “Intensiivraviteenuse osutamise kvaliteet“ viisid läbi: Dr. Raido Paasma (SA Pärnu Haigla anestezioloog, Eesti Anestezioloogide Seltsi juhatuse liige, töörühma juht), Dr. Mari-Liis Ilmoja (SA Tallinna Lastehaigla anestezioloog, Eesti Anestezioloogide Seltsi juhatuse liige), Dr. Silver Sarapuu (SA Tartu Ülikooli Kliinikum intensiivraviarst).
Audit teostati 2011 I poolaastal.

1. Auditi eesmärk

Auditi „Intensiivraviteenuse osutamise kvaliteet“ eesmärgid olid:

1. Hinnata TISS-lehtede õigsust ja kvaliteeti vastavalt osutatud tervishoiuteenustele ning vastavust intensiivravi jälgimislehtedele.
2. Võimalusel hinnata intensiivravi adekvaatsust.
3. Teha ettepanekuid võimalike meetmete rakendamiseks leitud (ravi)vigade vältimiseks.

2. Auditi valim ja meetod

Antud audit hõlmas 18 haiglat (üld-, era-, kesk- regionaalhaiglad), kus teostatakse intensiivravi. Neist haiglatest telliti juhusliku valiku meetodi alusel 300 haiguslugu.

Terviseameti tegevuslubade registri alusel osutatakse piirkondlikes ja keskhaiglates I-III a astme intensiivravi ning üldhaiglates I-III astme intensiivravi.

Auditeeritud haigusjuhud olid ajavahemikust 11.06.2010 kuni 28.12.2010.

3. Lühikokkuvõtte auditi tulemustest

3.1 Haiguslugude sissekanded

Haiguslugude sissekanded olid reeglina olemas kõigis auditeeritud haiguslugudes. Enamasti olid sissekanded käsikirjalised, kuid leidis ka haiglaid, kus sissekanded olid elektroonsed ja lisatud korrektselt väljatrükituna haigusloole. Tavaosakondade postoperatiivsete palatite ja I astme intensiivravi palatite patsientidest eraldi sissekandeid enamasti ei olnud. Anestezioloogide poolt tehtud sissekanded intensiivravil viibinud patsientide kohta olid reeglina ammendavad ning raviotsused olid mõistetavad. Keeruline oli lugeda Narva Haigla päeviku sissekandeid, mis olid käsikirjalised ja vene keeles.

Kokkuvõtteks: Arvestades, et intensiivravi jälgimisleht ja haiguslugu on mõlemad ametlikud dokumendid, ei ole sisulist vahet, kuhu on sissekanded tehtud. Oluline on, et sissekanded oleks tehtud iga päev ning seal kajastuksid selgelt nii haige seisund kui ka ravimuudatused ja konsultatsioonide otsused. Sissekannete loetavuse parandamine tähendaks trükitud sissekandeid või tulevikus digitaalse haigusloo sissekandeid.

3.2 Haiguslugude epikriisid/haigusloo väljavõtted

Reeglina olid epikriisid kõigis haiguslugudes olemas ja tavaliselt trükituna. Osades haiglates kannavad epikriisid ka nimetust „väljavõte haigusloost“. Epikriisid/haigusloo väljavõtted puudusid paljudest AS-i Fertilitas haiguslugudest, teistes haiguslugudes olid kõigis epikriisid olemas. Epikriisid olid põhjalikud ja adekvaatsed.

3.3 Intensiivravi näidustused, tingimused ja vastavus kliinilisele seisundile

Hinnangut intensiivravi näidustustele on baseerudes ainult dokumentatsioonile väga keeruline anda. Teatud haiglate puhul tekitas küsimusi intensiivravi kasutamine postoperatiivsetel patsientidel.

Intensiivravi tingimuste osas otsustamiseks oleks vajalik saada ülevaade erinevate haiglate intensiivravi teenust osutavatest osakondadest ning nende varustusest ja töökorraldusest, hindamaks nende vastavust sotsiaalministri määrusele nr. 103 19.08.2004 "Haigla liikide nõuded". Viimane intensiivravi töökohtade audit viidi läbi 1998. aastal Eesti Anestesioloogide Seltsi poolt, kus hinnati intensiivravi osakondade, kus töötavad anestesioloogid, vastavust kehtinud sotsiaalministri määrusega. Sellest ajast on intensiivravi osutajate arv suurenenud, on täiustunud intensiivravi teenuse osutajate tehniline valmisolek ning on vajalik saada ülevaade ka teiste erialade poolt osutatava intensiivravi tingimustest.

3.3.1 Intensiivravi näidustused

Intensiivravi teostamine auditeeritud haiglates ja näidustuse kirjeldamine haiguslugudes oli erinev. Haiglates, kus intensiivravi oli osutatud spetsiaalsetes osakondades, oli see reeglina põhjendatud ning osutatud adekvaatselt. Küsimusi tekitasid need postoperatiivsete patsientide haiguslood, kus patsiente raviti postoperatiivselt intensiivravi osakonnas või viibisid nad postoperatiivses palatis pärast plaanilisi või erakorralisi operatsioone. Sellised patsiendid vajavad vahetult postoperatiivses perioodis põhjalikumalt jälgimist kui tavalised patsiendid. Paljudes haiglates on see probleem lahendatud ärkamisruumi näol. Kui tervishoiuteenuse osutajal pole ärkamisruumi, siis on õige sellised patsiendid monitoorida postoperatiivses palatis. Küsitav on taolise jälgimise vajalikkus 1-2 päeva vältel. Kehtiv tervishoiuteenuste loetelu piirhind sätestab ärkamisruumis tasu 16,47 EUR jälgitud tunni eest ja seda makstakse maksimaalselt 3 tundi. Pikemal viibimisel ärkamistoas haigekassa selle eest ei tasu. Seda printsiipi võikski kasutada stabiilsetel postoperatiivsetel patsientidel, kus esimese 3 tunni eest tasustatakse ärkamisruumi koodiga, kus patsient on vajalikul määral monitooritud ja jälgitud. Kui raviarst leiab vajaduse patsiendi edasiseks jälgimiseks ja raviks intensiivravi palatis, siis märgitakse vastav põhjendus ka haiguslukku. Ärkamisruumipõhine tasustamine ei puuduta patsiente, kes suunatakse intensiivravile spetsialiseeritud intensiivravi osakonda koheselt postoperatiivselt.

3.3.2 Intensiivravi tingimused

Hinnangut intensiivravi tingimuste ja võimaluste kohta erinevates haiglates antud auditiga anda ei saa. Erinevate astmete intensiivravi ressurss on erinev. I ja II astme intensiivravil põhiliselt jälgitakse ehk monitooritakse regulaarselt patsientide elutähtsaid parameetreid (hemodünaamika, hingamine, teadvus seisund) ja osutatakse esmast ravi. Kõikidel juhtudel peaks olema võimalus rakendada intravenoosset (i/v) infusioonravi koos sinna lisatud erinevate raviskeemidega. Monitooringust suurema osa hõlmavad mitteinvasiivsed meetodid (EKG, SpO₂, arteriaalne vererõhk (NIBP), hingamissagedus (RR) jt.), kuid peaks olema võimalus kasutada ka

invasiivseid meetodeid (otsene arteriaalne rõhk, tsentraalvenoosne rõhk). II astme intensiivravis peaks olema kättesaadav ja teostatav ka lühiaegne kopsude kunstlik ventilatsioon. Kui patsiendid vajavad spetsiifilisemat intensiivravi koos pikaajase kopsude kunstliku ventilatsiooniga, siis kuuluvad nad III astme intensiivravi patsientide hulka ning nende ravi peaks toimuma piirkondlikes- ja keskhaiglates.

3.3.3 Intensiivravi vastavus

Objektiivne intensiivravi vastavuse hinnangu andmine on raskendatud. Paljuski sõltub see patsientide üldseisundist, kaasuvatest patoloogiatest ning haigla töökorralduslikest iseärasustest. Samas on haigusloo sissekannete alusel mingil määral võimalik saada ülevaade intensiivravi näidustustest.

Kokkuvõtteks: Arusaamatuste ja valesti mõistmiste vältimiseks võiks tulevikus haiguslugude päevikute osas olla põhjendus intensiivravi näidustusteks. Siinkohal tooks mõned näited, millelele võiks rohkem tähelepanu pöörata:

- 1. vedelikubilanssi kalkuleerimine üle 1 korra ööpäevas tavalistel postoperatiivsetel patsientidel, kes saavad infusioonravi minimaalselt või joovad ise ning mõningatele pole isegi asetatud kusepõie kateetrit ning nad käivad iseseisvalt WC-s.*
- 2. lamatiste profülaktika tavalisel postoperatiivsel patsiendil, kes on teadvusel ning ilma neuroloogiliste ärajäämanähtudeta. Polnud harv juhul, et kirjeldati lamatiste profülaktikat ka patsientidel, kes ise istuvad.*
- 3. postoperatiivne valuravi on vaid üksikutes haiglates regulaarse raviskeemina nagu ta peaks kaasaegses meditsiinis olema. Tundub, et kahjuks on juhtiv vananenud arusaam, et patsient peab saama valuravi alles siis, kui valu on väljakannatamatu.*
- 4. hemodünaamika põhiparameetrite monitoorimine (SpO₂, NIBP, EKG, RR) peaksid olema obligatoorsed kõikidele intensiivravi haigetele.*
- 5. uuringud väljaspool intensiivravi osakonda ei ole kontrollülesvõtted postoperatiivsel ortopeedilisel patsiendil ega diagnoosi kinnitamiseks tehtud röntgenülesvõtted enne patsiendi saabumist osakonda.*

3.4 Intensiivravi jälgimislehed, nende täitmine

Intensiivravi jälgimislehed erinesid haiglati. Mõnes haiglas olid kasutatud isegi 4 erinevat tüüpi intensiivravi jälgimislehti (SA TÜK). III astme intensiivravi osutavates osakondades kasutusel olevad intensiivravi jälgimislehed olid reeglina adekvaatsed, põhjalikud ning võimaldasid kõiki vajalikke kandeid. Kõige probleemsemad olid jälgimislehed günekoloogilistel postoperatiivsetel patsientidel AS-is Fertilitas ja SA-s TÜK, kus kasutatavad lehed intensiivravi lehtedele ei vasta. Nõuded kehtivale intensiivravi alasele dokumentatsioonile on kirjeldatud sotsiaalministri määruses nr 56 19. augustist 2008.a. „Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise ning nende dokumentide säilitamise tingimused ja kord.” Kuigi selle määruse põhjal ei ole kehtestatud ühtseid intensiivravi jälgimislehtede vorme, on see üks ettepanek, mis tekkis käeolevat auditit tehes. Intensiivravilehtede täitmisel jäi aeg-ajalt arusaamatuks millisel viisil on ravi ordineeritud, kas p/o, i/m või i/v. Samuti esines intensiivravi jälgimislehti, kus ravim oli regulaarse raviskeemina kirjas, kuid TISS lehel oli märke, nagu oleks seda tehtud erakorralisena.

3.5 Intensiivravi kvaliteet

Kuna kõik auditeeritud haiguslood polnud intensiivravi haiguslood, siis polnud võimalik anda hinnangut intensiivravi kvaliteedile. Kirurgilistel haigetel osutati küll intensiivravi monitooringu- ja ravivõtteid, kuid tulemit interpreteerida intensiivravi kvaliteedina oleks vale. Teiseks on

intensiivravi kvaliteedi hindamise aluseks mitmed haigusjuhu kulgemisest ja organisatsiooni reageeringutest tulenevad näitajad, mida Eestis ei registreerita erinevatel põhjustel, näiteks:

- suremuse näitajad (varajane, hiline, haiglasisene, üld- ja standardiseeritud patsiendi seisundi või haigusgruppide järgi);
- intensiivravi kestvus ja lõpetamise põhjus;
- hospitaalinfektsioonide osakaal;
- ravijuhenditest kinnipidamine;
- öisel ajal üleviimine ja rehospitalseerimine intensiivravisse;
- ravi piiramise ja organdoonorlusega seotud näitajad.

Kokkuvõtteks: Objektivse hinnangu andmist intensiivravi kvaliteedile võimaldab kokkulepitud näitajate dünaamika jälgimine raviasutusesiseselt ja võrdlus raviasutustega rahvuslikul või rahvusvahelisel tasandil.

3.6 TISS lehtede täitmine ja vastavus intensiivravi lehtedele

TISS lehtede täitmine on erinev haiglati ning isegi erinev ühe haigla erinevates osakondades. On kasutusel nii elektroonsed kui ka käsikirjalised TISS lehed, mis mõlemad on lubatud. Üldiselt TISS skooringu lehed on vastavuses intensiivravi jälgimislehtedega, kuid esineb ka vasturääkivusi. TISS skooringu lehtede täitmise kellaeg on aga väga erinev.

3.6.1 Kasutusel olevad TISS lehed

Eelmise intensiivravi auditi (2006.a.) tulemusena tehti Eesti Anestesioloogide Seltsi eestvedamisel seni kehtinud TISS skooringusse täiendusi ning parandusi ja esitati sotsiaalministrile kinnitamiseks. Praegu kehtiv TISS skooring viimane versioon pärineb 19. augustist 2008.a. sotsiaalministri määrusest nr 56 „Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise ning nende dokumentide säilitamise tingimused ja kord.” Paljudes haiglates on tänasel päeval kasutusel juba elektroonne TISS leht. Auditeeritud haiglates oli reeglina kasutusel praegu kehtiv TISS skooringu versioon (v.a. Rapla Haigla, kus kasutatakse vanemat TISS skooringu lehte).

3.6.2 TISS lehtede täitmine ja probleemid

Auditeeritud haiguslugudes olid reeglina kõigi intensiivravi lehtede kohta olemas ka TISS skooringu lehed. Esines ka haiguslugusid, kus oli puudu kas TISS skooringu leht (SA TÜK 6 haigusloos puudusid täiesti või osaliselt TISS lehed, Rakvere Haiglas puudusid TISS lehed 3 haigusloos, Ida-Tallinna Keskhaiglas puudusid osad TISS lehed 1 haigusloos, Viljandi Haiglas 1 haigusloos). Lõuna-Eesti Haiglas puudusid ühes haigusloos intensiivravi jälgimislehed kuigi olid olemas TISS lehed, Taastava Kirurgia Kliinikus puudus ühest haigusloost samuti intensiivravi jälgimisleht või erinesid intensiivravi jälgimislehtede ja TISS skooringu lehtede kuupäevad (Fertilitas). Kindlasti tuleks kõigil intensiivravi teenuse osutajatel jälgida, et intensiivravi jälgimislehed ning TISS skooringu lehed oleksid vastavuses.

Põhilisteks probleemideks TISS lehtede täitmisel on sisulised vead, millest omakorda võivad tuleneda tahtmatult või tahtlikult teostatud intensiivravile mittevastavad skoorid.

Kokkuvõtteks: Teha muudatused TISS skooringu lehtedesse ja seletuskirja. Võimalusel ühtlustada üle Eesti TISS lehtede täitmise kellaeg. Kui see pole võimalik, siis nõuda, et ühes haiglas oleks TISS skooringu lehe täitmise kellaeg kõigis osakondades üks ning see aeg oleks märgitud ka TISS lehele. Kui on osutatud intensiivravi teenus, siis peaks selle kohta olema ka täidetud TISS skooringu leht, mis on aluseks tehtud tegevuse eest tasumisel. Üle vaadata ja ühtlustada Eestis kehtivad intensiivravi jälgimislehed ning välja töötada erinevad jälgimislehed erinevat tüüpi

osakondades. Postoperatiivsetel patsientidel, kellel puudub intensiivravi näidustus, kasutada ärkamisruumi koodi 3 tunni vältel postoperatiivselt vastavate jälgimisparameetrite täitmisel.

4. Tagasiside auditeeritutele

Eesti Haigekassa saatis kõigile 18le auditeeritud lepingupartneritele auditi kokkuvõtte ja eraldi konkreetset neid puudutavad tulemused. Tervishoiuteenuste osutajatelt oodati auditi tulemuste omapoolset analüüsi ja ettepanekuid, kas ja kuidas auditis toodud probleemseid situatsioone oleks võimalik nende seisukohast parendada. Oma seisukohad edastasid kõik auditeeritud lepingupartnerid. Auditi tulemusi tutvustati Tallinnas 25.10.2011 arutelul, milles osalesid auditeeritud asutuste, haigekassa ja sotsiaalministeeriumi esindajad.

Arutelul esitatud kommentaarid ja ettepanekud:

- Väga vajalik oleks käitumisjuhend intensiivravi piiramise või lõpetamise kohta.
- Intensiivravi lehed vajavad ühtlustamist.
- Lamatiste profülaktika on oluline intensiivravi perioodil ja ka operatsioonitoas (tähelepanu pöörata spinaal- ja epiduraalanesteesiaga patsientidele).
- Erinevalt on tõlgendatud tervishoiuasutustes intravenoosse ravimi manustamist väljaspool regulaarseid korraldusi. TISS juhendis defineeritud intravenoosne ravim väljaspool regulaarseid korraldusi kui ravim, mis on määratud hetkeseisundit arvestades. Valuravi ja antibiootikumi manustamine ei peaks regulaarse raviskeemina siia punkti alla käima.
- EMO töös ei saa kasutada TISS skooriingut, sest viimane on mõeldud kasutamiseks vaid intensiivravi osakonnas.
- Tegeleda intensiivravi kvaliteedi hindamisega.

5. Ettepanekud

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

5.1 Ettepanekud Sotsiaalministeeriumile

5.1.1 Koostöös Eesti Haigekassa ja Eesti Anestesioloogide Seltsiga luua süsteem intensiivravi kvaliteedi hindamiseks.

Põhjendus: Täna sel päeval puudub Eestis süsteem intensiivravi kvaliteedi hindamiseks.

Võimaldamaks hinnata intensiivravi kvaliteeti tuleks registreerida mitmed haigusjuhu kulgemisest ja organisatsiooni reageeringutest tulenevad indikaatorid, näiteks:

- suremuse näitajad (kokku lepitud ajaintervalli järgne varane suremus, intensiivravi osakonna ja haiglas viibimise üldsuremus, standardiseeritud suremus patsiendi seisundi või haigusgruppide järgi)
- intensiivravi kestvus ja selle lõpetamise põhjused
- hospitaalinfektsioonide esinemissagedus
- ravijuhistest kinnipidamine
- öhtusel/öisel ajal intensiivravi osakonnast väljakirjutamine
- intensiivravisse rehospitaliseerimine

- ravi piiramise ja organdoonorlusega seotud näitajad
- tüsistuste ja vigade registreerimine

5.1.2 Viia läbi tervishoiuasutuste audit, et hinnata intensiivravi töökohtade vastavust kehtivale seadusandlusele.

Põhjendus: Viimane intensiivravi töökohtade audit viidi läbi Eesti Anestesioloogide Seltsi poolt 1998. aastal. Vahepealsel perioodil on intensiivravis toimunud olulised arengud ning on tekkinud ka uued teenusepakkujad.

5.1.3 Kohustada haiglaid sisse viima järgmised dokumenteerimise nõuded: sissekanne intensiivravi alustamise näidustuse kohta ja TISS lehtede täitmise kellaeg ühtlustada

Põhjendus: Teenuse osutajal peab olema selge põhjendus, miks intensiivravi on vajalik. Kriitilises seisundis patsientidele oli auditi põhjal intensiivravi reeglina näidustatud. Postoperatiivsetele patsientidele osutatud intensiivravi näidustus oli sageli ebaselge.

5.1.4 Teha ettepanek Eesti Anestesioloogide Seltsile välja töötada soovituslikud Eestis ühtsed intensiivravi jälgimislehed.

Põhjendus: Praeguse on Eestis kasutusel väga erinevad jälgimislehed. Paljud neist ei võimalda nõutava monitooringu ja teostatud protseduuride märkimist, lisaks on raskendatud nende põhjal kokkuvõtete tegemine.

5.1.5 Koostada koos Eesti Anestesioloogide Seltsiga ja kooskõlastada teiste erialaseltsidega käitumisjuhised intensiivravi piiramise või lõpetamise korral.

Põhjendus: Audit tuvastas olukordi, kus vaatamata halvale prognoosile jätkati intensiivravi teenust täies mahus. Kui arstide konsiilium teeb otsuse, et intensiivravi jätkamine ei ole eeldatava halva prognoosi tõttu näidustatud, tuleb see dokumenteerida haigusloos (päevikus või konsiiliumi lehel), mille järgselt kaalutakse haige üleviimist väljapoole intensiivravi osakonda. Kui selleks puudub võimalus, võib jätkata palliatiivset ravi intensiivravi osakonnas I astme intensiivravi päeva hinnaga.

5.2 Ettepanekud Haigekassale

5.2.1 Koostöös Sotsiaalministeeriumiga ja Eesti Anestesioloogide Seltsiga luua süsteem intensiivravi kvaliteedi hindamiseks. Vt. ettepanekud Sotsiaalministeeriumile, punkt 5.1.1.

5.2.2 Haiglates, kus puudub ärkamispat (, teenuse kood 2111), kuid on olemas määrusele vastav II astme intensiivravi, peab olema võimalik kasutada postoperatiivsetel patsientidel 3h jooksul koodi 2111 kui vastavad jälgimiskriteeriumid on täidetud. Kui patsient vajab pikemat jälgimist või ravi intensiivravi osakonnas tuleks haiguslukuks teha sissekanne intensiivravi näidustuse kohta.

Põhjendus: postoperatiivse patsiendi jälgimiseks kasutatakse vahetult operatsiooni järgselt ärkamispatit. Ärkamispatiti tunnihind on 16,47 EUR ja tasustatakse 3h jooksul. Nõuded ärkamisruumi kohale on sarnased II astme intensiivravi voodikoha nõuetega.

5.2.3 Muuta I astme intensiivravi hinnakirja alljärgnevalt:

a. Määrata I astme intensiivravi voodipäeva hinnaks 100 EUR-i (1,8-2 kordne minimaalne voodipäeva maksumus) ja kehtestada intensiivravi I astme punktiliseks väärtuseks 10-16 TISS punkti (II aste 17-24 TISS punkti) või

b. Muuta intensiivravi tasustamise põhimõte lineaarseks, s.t. kehtestada TISS-i punktile rahaline väärtus ja kaotada voodipäevade jaotus astmeteks. Kaaluda sellise printsiibi kasutamise majanduslikku mõju.

Põhjendus: Intensiivravi üks eesmärke on patsiendi põhjalikum jälgimine, elutähtsate parameetrite dokumenteerimine ja tüsistuste vältimine, seda kõigi intensiivravi astmete korral, kaasa arvatud I astme intensiivravi puhul. Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelus on I astme intensiivravi voodipäeva hind (57,14 EUR) endiselt võrdne minimaalse tavaprofiili voodipäeva hinnaga, kusjuures erinevate erialade tavavoodipäevade hinnad on vahemikus 57,14 - 78,80 EUR-i. See pärsib intensiivravi võimaluste kasutamist või osadel juhtudel kasutatakse küll I astme intensiivravi, kuid seda ei kodeerita vastavalt raviarvetes.

5.3 Ettepanekud tervishoiuteenuse osutajatele

5.3.1 Korraldada TISS skooringu täitjatele regulaarseid koolitusi.

5.3.2 Viia läbi tervishoiuasutuste audit, et hinnata intensiivravi töökohtade vastavust kehtivale seadusandlusele. Vt. ettepanekud Sotsiaalministeeriumile, punkt 5.1.2.

5.3.3 Ühtlustada TISS lehtede täitmise kellaag haiglasiseselt.

5.3.4 Märkida TISS lehele haige saabumise ja lahkumise kellaag, kui seadusandlusega pole ühtlustatud TISS lehtede täitmise kellaag.

5.3.5 Viia läbi 6-12 kuu pärast haiglasisen järelaudit alljärgnevates intensiivravi teenust osutavates haiglates ja intensiivraviosakondades: AS Fertilitas, AS Ortopeedia Arstid, Taastava Kirurgia Kliinik, SA TÜK [teiste erialade spetsialistide (mitte anesthesioloogide) poolt koordineeritavates intensiivravi osakondades/palatites], SA PERH [teiste erialade spetsialistide (mitte anesthesioloogide) poolt koordineeritavates intensiivravi osakondades/palatites], AS Ida-Tallinna Keskhaigla, AS Lääne-Tallinna Keskhaigla, AS Rakvere Haigla

5.3.6 Soovitada kasutusele võtta TISS-i moodul elektroonse haigusloo osana.

Põhjendus: Alati ei ole paberil TISS lehed tagantjärgi kättesaadavad.

5.3.7 Haiglatel üle vaadata konsiiliumi otsuste tegemine, nende dokumenteerimine ja järgimine prognoositutel intensiivravi haigetel.

5.4 Ettepanekud Eesti Anestesioloogia Seltsile

5.4.1 Vt. ettepanekud Sotsiaalministeeriumile, punktid 5.1.3, 5.1.4, 5.1.5.

5.4.2 Teha täiendused TISS skooringu seletuskirja, kooskõlastada need teiste erialaseltsidega ning esitada Sotsiaalministeeriumile kinnitamiseks. (vt. lisa 1)

5.4.3 Koostöös Eesti Haigekassaga määratleda TISS punkti rahaline väärtus ja hinnata selle kasutamise majanduslikku mõju.

Nimetatud ettepanekud saadab haigekassa asjaomastele institutsioonidele. Piirkondlikud osakonnad tutvustavad auditi tulemusi ja ettepanekud haiglate nõukogudele.