

# Veel kord tervishoiu kvaliteedist ja seda mõõtvatest indikaatoritest

Andres Soosaar – Eesti Arst

Arstimise kvaliteedi parandamiseks on läbi sajandite järjest uusi võtteid ja vahendeid loodud. Juba Hippokratase vande kohustust „Luban mitte kasutada nuga, ka mitte kivi-vaevuste korral, vaid tahan selle kõik jätta nende meeste hooleks, kes selle töö oma peale võtavad” võib tõlgendada ravikvaliteedi parandamise viisina seeläbi, et arstid teevad erialaselt vaid seda, milleks neil on piisavad oskused. Sellele on hiljem lisandunud kvaliteedi tagamise organisatoorse võtetena meditsiinasutuste hierarhiline organisatsioon, eri ametikohtadele esitatavad kvalifikatsiooni ja litsentseerimise nõuded, kohustuslik dokumenteerimine ja aruandlus, üksnes teaduslikult tõendatud ravivõtete kasutamine jt.

Tervishoiu kvaliteedi tagamine tänapäevases mõttes sai ilmsesti alguse läinud sajandi viimastel kümnenditel, kui mitmel pool USAs ja Lääne-Euroopa riikides hakati tervishoiusüsteemide kvaliteeti süsteemselt uurima ja juhtima ning tekkisid selle ülesande jaoks loodud spetsiaalsed institutsioonid ja töörühmad. Just süsteemsus on tänapäevase kvaliteedi hindamise üheks keskseks omaduseks ning see tähendab ühelt poolt selgelt eesmärgistatud küsimuste lahendamiseks teadusliku tõendusega meetodite kasutamist ning teiselt poolt terviklikku lähenemist vaadeldavale sotsiaalsele kooslusele (1). Teiseks võtab tervishoiu kvaliteedi hindamine ja jälgimine lisaks ühe riigi tervishoiusüsteemi erinevatel tasemetel toimuvale järjest rahvusvahelisema iseloomu. Kogu selle protsessi edendamisel on oluline roll nii Maailma Terviseorganisatsioonil kui ka Majandusliku Koostöö ja Arengu Organisatsioonil.

Eesti tervishoiu hakati nüüdisaja mõttes tervishoiu kvaliteedi tagamisest rääkima 1990. aastate keskpaigas, kui tookordse keskhaigekassa tellimisel hakkasid auditeid tegema Rein Zupping, Andres Ellamaa jt. Sel ajal moodustati ka ravikvaliteedi komisjon ning 2000. aastate alguses kehtestati eraldi

sotsiaalministri määrused tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamiseks (2). Väino Sinisalu kirjutas Eesti Arsti 2005. aasta novembrinumbris PERHi 4. sügiskonverentsi „Arstiabi kvaliteet – kas mõõdetav?“ ülevaates, et keegi ei olnud üritusel küll kvaliteedi mõõtmise ja raviasutuste tulemuste võrdlemise vastu, kuid mõned tervishoiujuhid kõhklesid, kas olemasolev tervishoiukorraldus ja haigekassa roll selles soosivad haiglate kvaliteedi süsteemse hindamise käivitamist (3). Samas ajakirjanumbris tutvustas Jane Alop Eesti arstikonnale WHO Euroopa piirkonna loodud haiglate tegevuse hindamise meetodikat PATH (*Performance Assessment Tool for quality improvement in Hospitals*) ning Eesti haigekassa ja haiglate liitumist projektiga, mis rajanes selle meetodikat kasutamisel (4). Samal aastal ilmus ka Sotsiaalministeeriumi ja WHO initsiatiivil valminud raport „Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamine Eestis“ (5).

Vahepealsetel aastatel on korraldatud seminare, koostatud kliinilisi auditeid, tegeldud ravijuhendite koostamise protsessi uuendamisega, omandatud teiste riikide kogemusi, kuid siiski ei ole Eestis veel käima saanud terviklikku ja kõiki osapooli rahuldavat tervishoiuteenuste kvaliteedi seiresüsteemi. Küllap on selle taga ka valdkonna enda keerukus ning täiel määral sobivate eeskujude puudumine teistes riikides. Samas kuulub see teema jätkuvalt haigekassa prioriteetide hulka ning vastav arendustöö toimub pidevalt.

17. jaanuaril 2013 korraldati haigekassa ja TÜ kliinikumi koostöös ning WHO toetusel seminar „Taani kliiniliste indikaatorite süsteem ja selle kasutamine igapäevapraktikas“ (6). Taani rahvusvaheliselt väga kõrgelt hinnatud saavutusi kliinilise tegevuse kvaliteedi jälgimisel ja edendamisel tutvustasid prof Jan Mainz ja dr Paul Bartels. Lõuna-Taani Ülikooli kvaliteedi parendamise professor J. Mainz näitas 2000. aastal alus-



Andres Soosaar

tatud Taani üleriigilise kliiniliste näitajate projekti „Danish National Indicators Project (DNIP)“ alusel võimalusi, kuidas luua teatud konkreetsete haiguste ravimisel kogu riiki haarav kvaliteedi hindamise süsteem.

Selle süsteemi metodoloogiliseks aluseks on iga haiguse jaoks sobivate kliiniliste näitajate kirjeldamine, neid kajastavate andmete pidev kogumine ja analüüs ning lõpuks nende alusel antav tagasiside ravi-kvaliteedi kohta nii raviasutuste ja nende üksuste, regioonide kui ka kogu riigi tasemel. Ettekandja rõhutas, et ilma sobivate näitajateta, mis peegeldaksid ravitegevuse protseduurilist külge ja väljundeid, ei ole kvaliteedi hindamine üldse mõeldav. Need näitajad võimaldavad peegeldada kliinilise tegevuse sõlmpunktides toimuvat ning võrrelda (*benchmarking*) erinevates ravi-asutustes ja regioonides toimuvat omavahel ning teatud etteantud standarditega. Nüüdseks on projekti raames 10 haigusliku seisundi ravimise hindamiseks loodud ligikaudu 150 kliinilist näitajat, millest 80% peegeldavad raviprotsessi ning 20% väljundeid.

Taani kvaliteedi hindamise süsteemis tehakse kokkuvõtteid üleriigilisest süsteemist kuni raviasutuste osakondade tasemeni iga kuu ja see info on kõigile avalikult kättesaadav. Samuti on oluline märkida, et andmete edastamine seiresüsteemidesse on kohustuslik kõigile tervishoiuteenuse osutajatele ning kriitilise tähtsusega on klinitsistide eestvedav roll nende süsteemide arendamisel. Loomulikult põhjustas sellisel moel ravikvaliteedi hindamine algul skepsist meedikute ja haiglajuhtide eneste seas, kuid kohe projekti algusest peale kaasati partneritena sellesse olulisemad tervishoiu ja tervishoiutöötajate erialaühendused ning nüüdseks nähakse raviasutuste tulemuste töö avalikustamises ja läbipaistvuses märksa enam positiivseid aspekte, mis võimaldavad operatiivselt institutsioonidel korrigeerida oma tegevust ja seeläbi parandada töö kvaliteeti ning lõppkokkuvõttes senisest paremini aidata patsiente. Prof J Mainz tõi välja, et selline rahvusvaheliselt suurt tunnustust leidnud avaliku teabe olemasolu Taani tervishoiu-süsteemi kvaliteedi kohta on võimalik tänu hästi toimivatele registritele ja unikaalsele patsiendikoodile, mis aitab siduda tervikuks

erinevatesse andmekogudesse talletatud patsientide terviseandmed.

Seminaril tutvustas dr Paul Bartels Taani kliiniliste registrite toimimist ning nende rolli üleriigilise kvaliteedi tagamise süsteemis. Taanis on praegu üle 60 kliinilise registri, millest 24 on seotud onkoloogiaga, 6 enam levinud krooniliste haigustega, 5 kardioloogiaga, 3 psühhiaatriaga jne. Taani esimesed kliinilised registrid loodi 1970. aastatel ning see areng on läbinud mitmeid etappe ja jõudnud nüüdseks õige unifitseeritud üldiste eesmärkide, tööpõhimõtete ja juhtimiseni. Isikuandmete kaitse seisukohalt on oluline, et andmete esitamiseks pole vaja eraldi nõusolekut patsiendilt, kuid samas on registrite töö hoolika sotsiaalse kontrolli all ning neil on kohustus igal aastal avaldada kokkuvõtteid ja analüüsid kogutud andmetest. Väga tähtis nii registrite eneste kui ka tervishoiu kvaliteedi hindamise seisukohalt on andmete operatiivne ja paindlik vahetus erinevate infosüsteemide vahel ning selleks loovad uued infotehnoloogilised lahendused kõikjal järjest paremaid võimalusi.

Kokkuvõttes tuleb märkida, et kuigi Eestis on iseenesest olemas enamik kriitilise tähtsusega elemente tervishoiu kvaliteedi jälgimise tänapäevase üleriigilise süsteemi loomiseks, on meil siiani jäänud puudu ühisest tahtest selle loomiseks, sest selleks tuleks asjaosalistel leevendada meie parema tervise nimel mõnesid oma igapäevahuvidest lähtuvaid nõudmisi. Eestlased on alati osanud õppida teiste kogemusest ja haiglates pööratakse järjest rohkem tähelepanu tegevuse kvaliteedi süsteemsele mõõtmisele. Toimunud seminar oli järjekordseks sammuks ühtsete põhimõtetega üle-eestilise seiresüsteemi loomisel.

## KIRJANDUS

1. Merry MD, Crago MC. Tee past, present and future of health care quality. *Physician Exec* 2001;27:30–5.
2. Sotsiaalministri 15.12.2004 määrus nr 128 „Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamise nõuded. Riigi Teataja RTL 2004, 158, 2376. <https://www.riigiteataja.ee/akt/828314>.
3. Sinisalu V. Arstiabi kvaliteet – kas mõõdetav? *Pudemeid SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla IV sügiskonverentsilt. Eesti Arst* 2005;84:802–3.
4. Alop J. Haiglate tegevuse hindamine. *Eesti Arst* 2005;84:804–7.
5. Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamine Eestis. Tallinn: Sotsiaalministeerium; 2005. [http://ee.euro.who.int/tervis-hoiu\\_kvaliteet\\_24veebr2005.pdf](http://ee.euro.who.int/tervis-hoiu_kvaliteet_24veebr2005.pdf).
6. Seminari „Taani kliiniliste indikaatorite süsteem ja selle kasutamise igapäevapraktikas“ materjalid. <http://www.haigekassa.ee/raviasutusele/kvaliteet>.

*andres.soosaar@eestiarst.ee*