

Intervjuu Tartu Ülikooli arstiteaduskonna dekaani Toomas Asseriga

Agne Adamson – Celsius Healthcare

Professor Toomas Asser leiab, et kuigi üldiselt tasub e-tervise suhtes hoida positiivset meeletatust, võib projekt sisaldada ka pikemas perspektiivis tülikaid probleeme.

MIDA PEATE RAKENDATAVA E-TERVISE SÜSTEEMI PEAMISTEKS VÄÄRTUSTEKS JA MIDA PUUDUSTEKS? MILLISED ON OOTUSED PIKEMAS PERSPEKTIIVIS?

Mida e-tervise süsteem tegelikult paremaks muudab ja kuidas selleni lõpuks jõutakse, on praegu pigem teoreetiline ja kaugem eesmärk, kuid ma usun, et kõik seatud eesmärgid on ka saavutatavad. Kindlad asjad, mida teame oodata, on, et saame ulatusliku korrastatud terviseandmete kogu, vajaduse korral kiire juurdepääsu patsiendi andmetele. See, et arstil on täielikum – ideaalis terviklik – ülevaade patsiendi haigusloost, peaks tagama ka parema ravi. E-tervise lahendustest tulenevalt peaks muutuma sujuvamaks retseptide väljastamine, saadakse väga hea ülevaade ravimite kasutamisest, paremaks võiks muutuda arsti vastuvõtule registreerimine. Kõige selle tulemusena peaks arsti tööaeg olema kasutatud tulemuslikumalt.

Peame arvestama ka sellega, et uue ja sedavõrd suure süsteemi juurutamise käigus tekivad paratamatult tehnilised probleemid, mis IT-inimestele võivad näida lihtsana, kuid arstile ja patsiendile on tülikad ning tekitavad segadust ja rahulolematust.

Kui lisandub kindlaksmääramata mahus tööd, võib sellega kaasneda ka arstide negatiivne suhtumine. Patsiendid reageerivad kriitikaga, et asjad on korraldamata. Sellised probleemid on kerged tekkima ning ma näen siin ohtu, mille suurust me täpselt ei oska hinnata, kuid arvan, et seda on alahinnatud.

Riigi tasandil peaks e-tervishoid tagama tulevikus suurema kokkuhoiu, ideaalis tegema kogu süsteemi ökonoomsemaks: asjad võiksid hakata sujuvamalt ja kiiremini toimima ning topelttegevusi oleks samuti vähem. Seda, mis puudutab arsti igapäevast tööd, saab hinnata süsteemi jõustumisel ja selle toimides alles pikema aja järel. Kas ei teki näiteks arsti ja patsiendi suhetes võõrandumist? Me ei saa eeldada, et uus süsteem on veatu, vaid eeldame, et nende vigade olemus on spetsiifiline, erinev teistest eluvaldkondadest. Meditsiinis võimendub viga või inimlik eksimus hõlpsasti ning senine praktika on näidanud, et see sisaldab ka ohte. Kuid üldiselt olen positiivselt meeletatud ja ootan, et digiloole seatud eesmärgid muudavad arstiabisüsteemi ja tervishoiu korralduse kvaliteetsemaks.

KUIDAS MUUDAB E-TERVIS AKADEEMILIST ÕPET? KOGUTUD INFOHULK ON MITU KORDA SUUREM. KAS NÄETE, ET INFO SÜSTEMATISEERIMISE TULEMUSEL ON VÕIMALIK KVALITATIIVNE HÜPE KA UURINGUTE TEGEMISEL?

Et digitaliseerida praegust käsikirjalist infot, mis jääb tihti arusaamatuks või ka

lihtsalt kaob, on vaja tekitada n-õ uus lisaahel. Infot tekib määratult rohkem ja digitaalne keskkond peaks aitama selle õpetamise eesmärgil kiiresti kättesaadavaks ning nähtavaks teha. Kindlasti ei tähenda see aga, et sellise korrastatud infohulga suurenemine annaks meile just samavõrd ka mõõdetavat kasu. Eeldatavalt kaob lõpuks enamik käsikirjalisest tööst. Füüsiline paber klassikalisel moel kaob, see tähendab omakorda, et selline "isiklik käsikirjaline panus" jääb minevikku ja haiguslugu praegusel harjumuslikul kujul ei pruugi enam olla. See muudab õpetamist olulisel määral. Muutub ka tudengite juurdepääs infole. Siit tulenevad ka uued nõuded kogu infrastruktuurile. Tudengitel peaks olema oluliste takistusteta juurdepääs patsiendiinfole, selleks peab olema vastav eetilise regulatsioon, füüsiline keskkond ja tingimused.

KUIDAS SUHTUTE SELLESSE, ET PATSIENDIL ON TEADVUSTATUD JUURDEPÄÄS OMA RAVIANDMETELE JA SEEGA SUUREM VOLI OMA RAVIS KAASA RÄÄKIDA NING ARSTI TÖÖD HINNATA?

See suundumus on kõikjal ning paratamatult ka meil. Mis puudutab info kättesaadavust ja seda, et patsiendil on tema enda uuringutest täielik ülevaade, siis sõltub see väga palju inimese võimest seda õigesti tähtsustada. Patsient on ka seni saanud soovi korral arstilt täielikku infot ning küsimus on pigem selles, kuidas ta informatsioonist aru saab. Tõsi küll, seni on olnud võimalus esitada lõplikumaid seisukohti ning mitte niivõrd üksikuuringute tulemusi.

Arsti väga oluliseks rolliks on ja jääb rääkida selgelt ning arusaadavates seostes, et vältida info väärarvamusi. Üldjuhul on ju patsiendi enda hinnang kogu raviprotsessi toimimise kohta vajalik, me oleme sellest huvitatud ka praegu.

Patsiendi õigus oma andmeid osaliselt sulgeda võib teatud olukordades oluliselt muuta arstlikku tegutsemist. Erakorralises olukorras on arstid seni töötanud

enamasti ilma igasuguse eelneva infota. Arusaadavalt oleks niisuguses situatsioonis varasema terviseinfo olemasolu mõistlik. Kui mingil põhjusel on osa patsiendi tervise kohta käivast infost tema enda tahte alusel arstile kättesaamatu, siis võib see meie tegemisi oluliselt eksitada. Võidakse teha topeltuuringuid, mis aeglustavad arstliku otsuse vastuvõtmist ja suurendavad mittevajalikke kulutusi. Lõppkokkuvõttes on see patsiendile kahjulik, meditsiinisisüsteemile aga kurnav ja mõttetult kulukas. Arvan, et arstile peaks jääma õigus jätta patsiendile valikuliselt avalikustamata osa infost, kui see on ravi seisukohalt oluline. Kuid andmete sulgemine patsiendi poolt on pigem arsti ja patsiendi vahelise usalduse küsimus. Ka patsiendil pole raske aru saada, et ilma tervikliku pildita tema tervislikust olukorrast on ka arstil keeruline pakkuda parimat võimalikku ravi.

INFOTEHNOLOOGILISED LAHENDUSED MUUDAVAD TRADITSIOONILISI ARSTI-PATSIENDI SUHTEID. MILLISEID ARENGUSUUNDI PROGNOOSITE?

Õiguslikult ja eetiliselt taustalt lähtudes on suhe muutunud võrreldes sellega, mis oli veel mõni aastakümne tagasi. Kui aga traditsiooniliseks arsti-patsiendi suhteks pidada kitsamalt vaid vahetatut suhtlemist, siis arvan ja tõesti loodan, et üldjuhul siiski selle tähtsus väga palju ei muutu. Kuivõrd igasugune suhe on ju kahepoolne, usun, et patsiendid on enamasti positiivsed ja heatahtlikult meelestatud ning ratsionaalselt lähenedes ei tohiks väga suuri probleeme tekkida. Seetõttu arvan, et ka uue infomahukama süsteemi korral jääb suhtlemise aluseks usalduslik suhe arsti ja patsiendi vahel. Samas olen veendunud, et üksikjuhudel tekib olukordi, kus patsiendi suhtumine muutub nõudlikumaks. Kuid arstidena ei peaks ju seegi olema võõras kogemus. Digitaalne keskkond moodsa kõrgtehnoloogilise aparatuuriga tekitab juurde palju, kohati harjumatu võõrast lisainfot, mida

alles õpitakse tähtsustama. Meditsiinilise teabe puhul tekib patsiendil paratamatult rohkem küsimusi, kui arstil on vastuseid. Ning elu on näidanud, et igast üksikust lausekatkest, mida tõlgendatakse valesti, tekivad pseudohirmud ja väärarusaamad. Ma ei taha öelda, et me seepärast peaksime midagi varjama, pigem olema ohtudest teadlikud. Korrektsus sissekannetes peaks vältima tõsisemaid arusaamatusi. Sellele vaatamata ma siiski kardan, et uues keskkonnas on võimalik patsiendi ja arsti suurem võõrandumine.

E-TERVISE RAKENDUSED EELDAVAD, ET ARSTIL JÄÄB ROHKEM AEGA SISULISEKS TÖÖKS, SEST ADMINISTRATIIVNE TÖÖ ON SÜSTEMATISEERITUM.

Mis on sisuline töö? Teatud määral on selleks ka korrektne, läbimõeldud ja argumenteeritud dokumenteerimine. Ma hindaksin kõige rohkem seda, kui arstile jääks iga haigusjuhu korral oluliselt rohkem aega kõige muu kõrvalt lugeda ja mõelda. Algul tekib kindlasti rohkem küsimusi ja töökorraldusega hakkamasaamine muutub aeganõudvamaks, kuid loodetavasti mitte kauaks. Arvan, et vähemalt algul arstide koormus tervikuna kasvab. Kuid me peame soosima kõiki neid lahendusi, mis lõppkokkuvõttes patsiendi kohta teraviklikuma pildi annavad.

E-tervise uued rakendused, näiteks telemeditsiini erinevad võimalused, tuginevad samuti arsti-patsiendi suhtlemisele. Nende võimaluste ulatuslikum kasutamine nõuab arstilt aega ja pühendumist nagu praegune otsesuhtlemine. Seetõttu arvan, et patsiendid võivad nendest lahendustest, kuid kas ka arstidel selleks kõigeks ressursi jätkub, on raske öelda.

Kui andmekogud suurenevad, loob see hea pinnase ka teadustööks, kuna andmed on praegusest paremini korrastatud ning süsteemsemalt kättesaadavad. Kindlasti ei ole aga tekkiv andmekogu piisav väga kitsaste spetsiifiliste küsimuste lahendamiseks. Selleks peavad olema eraldi de-

tailsemad ja suunitletumad päringud ning andmebaasid. Kuid rahvatervise küsimuste puhul saab nüüd tekkivatest andmebaasidest kindlasti mitmetele meid huvitavatele küsimustele vastuse.

MILLISEID OHTE NÄETE SÜSTEEMI RAKENDUMISEL?

Eks peamine oht on see, et süsteem ei hakka nii kiiresti toimima, kui soovime. Üksikaspektid ja esmapilgul väikesed detailid võivad osutada oluliseks, ja me ei tea, kui palju neid tekib. Seetõttu võib uue süsteemi jõustumise kuupäeva nimetada ka katseperioodi alguseks.

Palju sõltub ka arstkonna, patsientide ja ühiskonna hoiakutest tervikuna. Probleeme, mis kõikidele nähtavalt ilmnevad ja mis vajavad kiiret lahendust, tekib kindlasti. Oluline on tasakaalukas ja mõistev suhtumine, sest tegemist ei saa olla juba alguses ideaalse ja veatuna startiva süsteemiga.

Võib tekkida ettearvamatuid nüansse, mis selguvad alles süsteemi rakendumisel. Näiteks võimaldas kliinikumis juurutatud digitaalne etteregistreerimise tarkvara vaid väikese tarkvaraprobleemi tõttu registreerida samale kellajaale mitu haiget. Infotehnoloogiline pisidetail tekitas aga nii vastuvõtule registreerunutele kui ka meditsiinipersonalile keeruka olukorra, mille järgi antakse hinnang mitte infotehnoloogile, vaid arstile-öele, kogu meditsiinile. Seesuguseid probleeme saab lahendada patsientidega otse suheldes ja ka see on ettearvatu lisatöö. Nii et varjatud riske on kindlasti, kuna sellega kaasnev töö maht, mis juurde tekib, ei ole (ega saagi praegu olla) väga täpselt kindlaks määratav. Arstkonna positiivne hoiak ning häälestatus, et sellised küsimused võivad tekkida, on siinkohal ääretult oluline.

Süsteemi saame hakata adekvaatselt hindama alles siis, kui see on käigus. Rollid süsteemi erinevate osapoolte vahel peavad olema selgelt jaotatud. Kindlasti vajatakse digiloo rakendumisel juurde lisatööjõudu, kes hakkab seda haldama. Juurutamise

perioodil peab olema operatiivne ja toimiv tagasiside. Loodetavasti suudab Sotsiaalministeerium oma koordineerivat funktsiooni seejuures edukalt täita. Süsteemi rakendudes avarduvad selles osalejate vahelised suhted, loodetavasti võimaldavad need avaramat dialoogi väga erinevatel tasanditel. Kui hiljem tekivad tervishoiusüsteemi põhimõtteliselt uued e-teenused, siis tingib see ka muutusi teenuste turul, kuid seda ei peaks vaatama kui ohtu, vaid kui arengut.

PROJEKTI ETTEVALMISTAVAS FAASIS ON EETIKA TÖÖRÜHMAS PALJU PATSIENDILE MÕELDUD, KUID SELLELE VAATAMATA EI SAA INIMESED VEEL ARU, MIS SÜSTEEMIGA ON TEGEMIST JA MIS ÕIGUSI NEILE TAHETAKSE ANDA.

Süsteem võiks olla abiks ka regionaalpoliitiliselt, tehes kvaliteetse meditsiiniabi kättesaadavaks ka praegu kehvemini varustatud piirkondades. Edasi tuleks arendada telemeditsiinilisi teenuseid. Norra on selles osas üks arenenumaid riike, saaksime sealt eeskujuga võtta patsiendi jälgimise ja kaugmeditsiini ideede osas. Arstide kättesaadavus ja ravi kvaliteet on prioriteetsed. Usun, et ka Eestil saab olema lahendusi, mida pakkuda muule maailmale.

Positiivne on ka see, et uus süsteem aitab ühtlustada diagnoose. Võib-olla läheme lõpuks üle ka eestikeelsetele diagnoosidele.

TEIE KLIINIK ON ALGUSEST PEALE TOETANUD DIGIKESKKONNA LOOMIST NING SELLEL ON PIKK AJALUGU.

Oma kliinikus oleme digikeskkonna fännid olnud algusest peale. Mäletan, et käisin 1988–89 Jaapanis ja see, mis seal juba tookord näha oli – diagnostilise aparatuuri kasutus ja kättesaadavus –, oli väga muljetavaldav ning innustav. Nii et me võime uhkusega öelda, et digitaalse tervisesüsteemi riiklikult terviklikku rakendust me praegu väljaspool Eestit ei leia, kuid erinevate rakenduste ja komponentidena on digilugu mujal maailmas juba ammu olemas. Näiteks toimivad juba mitu aastat eri maades n-õ paberivabad haiglad. Meil ei ole seega üksikosa-des mingit unikaalset süsteemi, küll aga paneme uudsenda riigi tasandil erinevad komponendid kokku.

Tartu Ülikooli närvikliinikus alustasime juba enne 2000. aastat Bitnet'i (Baltic International Telemedicine Network) nimelise telemeditsiini projektiga, milles osalesid lisaks meile Uppsala, Kohtla-Järve, Pärnu, Haapsalu ja Tallinna Mustamäe haigla. Need radioloogia pildipangad, mida praegugi Eestis kasutame, on selle projekti üks tulemeid. Alustasime telekonsultatsioonide ja loengutega ning ehitasime üles neurofüsioloogia-võrgustiku, mis toimib siiaani.