

Digitaalne süsteem – tõhusam infovahetus

Marika Kusnets – Eesti Arst

Tervise infosüsteem rakendub 1. septembrist. Täielikult minnakse digitaalsetele dokumentidele üle viie aasta jooksul. Üleminek toimub järk-järgult. Millised süsteemid kõigepealt tööle hakkavad ja millises järjekorras edasi minnakse, sellest räägib alljärgnevas intervjuus Sotsiaalministeeriumi e-tervise juht Kaja Kuivjõgi.

KUIDAS ÜLEMINEK DIGITAALSELE SÜSTEEMILE TÄPSEMALT VÄLJA NÄEB?

Praegu valmistume 1. septembriks, kui tervishoius algab viieaastane üleminekuperiood digitaalsetele dokumentidele. Väga palju asju on juba praegu digitaalsed, aga selles digitaalses maailmas on üks probleem: need infosüsteemid ei ole üksteisega suhtlemiseks standarditud. Me töötame välja dokumendipõhised standardid, mida järk-järgult rakendatakse. Standarditakse ära ambulatoorse võrgu, stationaarse võrgu ja kiirabi dokumendid, et erinevad osapooled saaksid tulevikus omavahel infot vahetada.

MIDA SEE VIIEAASTANE ÜLEMINEKUAEG ENDAS SISALDAB?

Mitte kõik dokumendid ei ole 1. septembrist digitaalsed. Praegu on meil tervisekaart ja haiguslugu – mõlemad võivad olla mitme sentimeetri paksused. Väärtuslik osa neist on väga konkreetsed näitajad: diagnoosid, raviskeemid, ravimid, uuringud. Nendest olulistest asjadest tehakse juhtumi kohta epikriis. Kaks esimest dokumenti, mille oleme juba

ära standardinud, ongi ambulatoorne ja stationaarne epikriis. Printsibiks on ühe arsti hinnanguliselt oluline info teisele arstile. Inimene satub oma probleemiga erinevate arstide juurde ja igaühel neist on oma spetsiifika, kuid inimene on tervik – üks häda mõjutab ka teist. Ei ole võimalik head ravi pakkuda, kui puudub tervikpilt.

1. septembrist rakenduvad veel standarditud saatekirjad. Tulemus, mida tahame kõigepealt saavutada, on infovahetus erinevate arstide vahel.

Teise sammuna võtame ette erialakeskse lähenemise. Selles etapis tahaksime kõigepealt standardida lastega seotud tegevused: rasedus, sünn, lapse tervisekaart, ka elupõhine info kõikide vaksineerimiste kohta, et sündivate laste kohta saaks algusest peale adekvaatset infot koguda.

Kolmanda suure plokina tuleb kiirabi ja erakorraline meditsiin: standarditakse kiirabi-kaart, erakorralise juhtumi dokumentatsioon ehk EMO tegevus. Kuna erakorralisi juhtumeid võib ette tulla ka ambulatoorses võrgus, siis täidetav dokumentatsioon ei ole erialapõhine, vaid ühtne kõigi erakorraliste juhtumite jaoks. Veel tuleb standardida kogu vere infosüsteem, psühhiaatriaga seonduv ja laboriteenused ning lõpuks ka taastus- ja hooldusraviplokid. Jaotame need valdkonnad projektidesse ja püüame nende projektide kaudu katta kogu tervishoiusüsteemi – sünnist surmani.

Tervishoid on suur ja info hästi spetsiifiline, sellepärast tuleb ta lihtsalt juppideks jagada. Ühelt poolt on standardimise töö, mida koordineerib E-tervise Sihtasutus ja mis järk-järgult läheb ka õigusruumi. Teiselt poolt

peavad tervishoiuteenuse osutajad suutma järele tulla oma infosüsteemide arendamisega, nii et see ravitööd segama ei hakkaks. Kõigest sellest tulenevalt kestab ülemineku-periood viis aastat.

KAS DIGIREGISTRATUUR LÄHEB KÄIKU KA 1. SEPTEMBRIST?

Jah, aga samuti etapiviisi. Digiregistratuuril on kaks suuremat eesmärki. Tekitame saatekirjakeskuse, s.t et meil on olemas info tellimuse kohta, s.o teame, millistele uuringutele, protseduuridele ja vastuvõtudele on inimesi suunatud. Registratuuri mõte ongi tegelikult tervishoiu ressursside parem juhtimine. Tahame analüüsida, kuidas olemasolevat ressurssi kasutatakse ja milliste meetoditega saaksime seda ressurssi paremini rakendada, et ei jääks vabu ooteaegu, et ei oleks ebamõistlikke suunamisi, et ebaühtlase ravi-vajadusega inimesi ei suunataks ühele spetsialiteedile. Näiteks võivad haava sidumist ja kirurgilist operatsiooni teha täiesti erineva kvalifikatsiooniga kirurgid, mõnda asja võib teha öde, teatud juhtudel ilma kirurgita läbi ei saa. On ebaratsionaalne panna kõik need patsiendid ühte järjekorda. Või võtame perearsti järjekorrad. On hulk tegevusi, mida perearsti järjekorras ootavad inimesed saaksid öe kaudu ja palju kiiremini. Selliseid asju tuleb hakata analüüsima ja juhtima, kuna meil on tervishoiu ressurss niivõrd kriitiline. Meil on vähe arste, vähe ödesid, meil ei ole kunagi liiga palju raha.

Ressursikeskuse kõrval on teiseks suureks eesmärgiks broneerimiskeskus: teha kättesaadavaks info konkreetsele vastuvõtule registreerimise kohta, et patsient ja arst saaks registreerida digitaalses keskkonnas ükskõik millise spetsialisti juurde ükskõik millises raviasutuses.

Virtuaalse üleriigilise järjekorra IT-lahendus on praegu katsetamisel. See rakendub samuti etapiviisi. Kõigepealt tahame hakata teavet jagama ambulatoorsete vastuvõtude kohta, edasi juba statsionaarse võrgu, uuringute ja protseduuride kohta. Paljudel haiglatel ja polikliinikutel on juba sellised registratuu-

rid olemas, aga paljudel ei ole. Püüamegi seda süsteemi ühtlustada. Digitaalne ambulatoorne registreerimine hakkab tööle 1. septembrist.

OLEN ARU SAANUD, ET ÜKS ARST SAAB TEISE EEST KA ANDMEID SULGEDA. KAS SEE ON TEIE ARVATES MÕISTLIK?

Räägin natukene ajaloost. Paar aastat tagasi hakkasime korraldama ümarlauanõupidamisi, kus arutasime erialade erisusi andmete le juurdepääsuks. Lõpuks jõudsime nii kaugele, et ühel erialal ei peaks teise eriala ees saladust olema. Sellise seaduseelnõuga läksime ka Riigikokku. Riigikogu sotsiaalkomisjonis tekkis diskussioon Eesti Arstide Liidu initsiatiivil – on tundlikke erialasid, kus peaks saama andmeid sulgeda. Praegu on õigusruumis kompromisslahendus, kus arstil on õigus panna patsiendi andmed kinni. Inimesel on õigus andmed kinni panna ja arstil on õigus andmed dokumendipõhiselt kinni panna. Tuleb aga kindlasti teadvustada, mis tagajärjed sellisel tegevusel võivad olla.

On ka selline võimalus, et arst paneb info patsiendi eest piiratud ajaks kinni, kui see on põhjendatud inimese enda elu ja tervise kaitseks. On raskeid diagnoose, millega saadetakse uuringutele ja uuringutulemused on võimalik etteulatavalt kinni panna. See tähendab, et inimene ei saa tutvuda esimest korda üksinda Internetist oma uuringu tulemustega, vaid ta peab kõigepealt arstiga kohtuma. Sellist teavet saab kinni panna mak-simaalselt kuueks kuuks. Selle aja jooksul peavad patsient ja arst kohtuma.

ARSTIDE PÄEVADEL KÄISITE OMA ETTEKANDES VÄLJA KA NIISUGUSE MÕTTE, ET ARSTIDE ERIALADE VAHELISED BARJÄÄRID SÜVENDAVALD STIGMATISEERUMIST ÜHISKONNAS. KUIDAS SEDA MÕISTA?

Ükskõik milline diagnoos – on see siis hü-pertoonia, diabeet, HIV, narkomaania või psüühikahäire – ei ole põhjus selleks, et olla ühiskonnas tõrjutud. Kui juba arsti-arsti suhtes antakse selline signaal, et ühe arsti diagnoos on teiste arstide eest varjatud, siis kandub ka ühiskonda üle, et on mingid diag-

noosid, mida peab varjama. On vaja ümbritsevate toetust, mõistvat suhtumist, tolerantust ja arusaamist sellest, et meil kõigil võib olla probleeme ja meil kõigil on vaja oma probleemidega hakkama saada. Ei saa ühteisid teistest eristada või grupeerida ja öelda, et näiteks alkohooliku või HI-viiruse kandja probleem on kuidagi halvamaigulisem kui hüpertooniku probleem. Tegelikult on need ju kõik meditsiinilised probleemid. Ei tohi tekitada niisugust erialast tulenevat tõrjumist. Minu meelest on võtmesõnaks tolerantus ja siin on arstid kõneisikud. Kui aga arst ütleb, et on mingi diagnoos, mida peab salgama, ja sisendab patsiendile vastuvõtul, et sellise diagnoosiga infot me küll kuskile ei kirjuta ja teisele arstile ei ütle, selle asemel et seletada inimesele, et tal on probleem nagu teistelgi, ainult teistsugune ja see ei ole mingi häbiasi ning anda talle sellega tuge ja jõudu, siis oleme tagasi nõukogude ajas, kui ühiskonnas ei olnud puudega inimesi.

Muret teeb see, et kui arstid, kes on tugevad arvamuslimidrid, kultiveerivad mõtteviisi, et neil on teise arsti eest vaja mingid andmed kinni panna, siis tuleks seda arstidega lihtsalt arutada. Võib-olla on probleem selles, et keegi on kuskil usaldust kuritarvitanud ja konkreetsetest juhtumistest on tekkinud sellised üldised äraspidised tulemused. Lõpptulemusena on need aga kogu ühiskonnale kahjulikud.

KUIDAS JÄI LÕPUKS AEGKRIITILISTE ANDMETEGA?

Aegkriitiliste andmete teenus tuleb, kuid inimesel on õigus ka need andmed kinni panna. Arstid tegid ettepaneku, et aegkriitilised andmed võiks jagada kaheks, kuna aegkriitiliste andmete andmekoosseis on paisunud liiga suureks ja erakorralise olukorra tarbeks on seal ka mittevajalikku infot. Samas on see oluline ja ülevaatlik info patsiendi kohta, juhul kui ta satub konkreetse arsti juurde esimest korda. Oleme analüüsinud võimalust vähendada aegkriitiliste andmete hulka, nii et see teave oleks mõne sekundiga hoomatav ja mõistetav ning suurem andmehulk oleks siis n-ö patsiendi põhiantmete päring: põ-

hidiagnoosid, kroonilised diagnoosid, põhiravimid, viimane vastuvõtt või kokkupuude tervishoiusüsteemiga.

MIL VIISIL AITAB DIGITAALNE SÜSTEEM RAVIKVALITEETI HINNATA?

Praegu ei ole me veel võimelised ravikvaliteeti hindama: ei ole piisavalt infot ja olemasolev info on hindamiseks liiga ebaühtlase kvaliteediga. Näiteks, kui patsient satub haiglasse insuldi või infarktiga ja talle tehakse operatsioon, siis viibib ta haiglas nädal-kaks. Põhimõtteliselt peaks ta edasi olema ambulatoorsel jälgimisel. Väga sageli vajab niisugune patsient ka taastusravi. Praegu on infovahetus statsionaarse ja ambulatoorse võrgu vahel puudulik. Väga paljud tippkirurgide opereeritud tulevad mõne aja pärast tagasi, sellepärast et nad ei ole saanud õiget järelravi või ei ole nad üldse järelravi saanud. Selleks et näha, kus on puudujäägid statsionaarse ja ambulatoorse süsteemi koostöös, tuleb hinnata ja vaadata, kui paljud patsiendid on saanud tervisekahjustuse või sattunud tagasi haiglasse puudulikust või vales ravist tingituna. Hüpooteetiliselt peaks olema võimalik suhteliselt lihtsate meetoditega nende kahe suure süsteemi vahelise infoliikumisega ravi tulemusi parandada. Tegelikult huvitab see ju mõlemat poolt: statsionaar on huvitatud, et tema opereeritud haige ei satuks tagasi, ja riigi seisukohalt on oluline, et sellise operatsiooni läbiteinu ei invaliidistuks, vaid taastuks ja oleks jälle töövõimeline. Loomulikult on sellest huvitatud ka patsient ise. Korraliku taastus- ja järelraviga on võimalik võita juurde kvaliteetset eluiga. Miks siis teha uus kõrgetasemeline operatsioon, maksta kalleid ravipäevi, kui ambulatoorses võrgus saab teha korralikku taastusravi?

Teine valdkond on ravijuhtude kvaliteedi hindamine: milliseid raviskeeme sarnaste juhtude puhul rakendatakse, millised töötavad paremini, millised halvemini. Kuna Eesti on väike, siis ühes haiglas ei ole adekvaatse analüüsi tegemiseks sarnaste diagnoosidega juhtude arv piisav. Korralikuks ravipraktika analüüsiks tuleb koguda andmeid üle Eesti.