

Taani ekspert: kvaliteedi hindamine on kliinilise töö osa

Tartu Ülikooli arstiteaduskonna ja Eesti Haigekassa koostöös korraldatud ravikvaliteedi seminaril esinenud Lõuna-Taani ülikooli professor Jan Mainz on Taani tervishoiukvaliteedi näitajate projekti üks algatajaid. Intervjuus portaali Med24 toimetajale Eli Lillesele räägib ta, et tänapäeval on ravikvaliteedi hindamine arsti kohustus.

Tervishoiu kvaliteet ja patsientide ohutus on muutunud tervishoiu juhtimises üha olulisemaks. Mis on selle arengu põhjused?

Taani kogemuse kohaselt on põhjus osaliselt uut tüüpi avaliku halduse juhtimine, mis algas 20–30 aastat tagasi. Üha tähtsam on avaliku sektori läbipaistvus ning aina enam nõutakse, et inimestel peaks olema ligipääs andmetele, mis näitavad tervishoiu toimuva tõhusust ja kvaliteeti. Teiseks vajab tõenduspõhine arstiabi usaldusväärseid andmeid ning nende alusel tehtud analüüse ja teadusuuringuid. Andmed ravitöö kvaliteedi kohta peegeldavad seda, kas ollakse võimelised tõenduspõhist arstiabi andma.

Olete Taani kvaliteedinäitajate projekti üks algatajatest ja projektijuht. Milline on olnud projekti mõju Taani tervishoiusüsteemile?

Taani kvaliteedinäitajate projekti kui sellist tegelikult enam ei eksisteeri. Sellest on saanud osa kliinilisest andmebaasist, millesse kuuluvad kliinilised andmekogud töötavad ühtse raamistiku alusel. Kvaliteedinäitajate projektil oli 4 eesmärki: dokumenteerida ja parandada ravi kvaliteeti; koguda kvaliteedijuhtimises kasutatavaid andmeid; muuta tervishoiusüsteemis toimuv läbipaistvaks ning parandada kogutud andmete abil teadusuuringute kvaliteeti.

Olulisena tooksin välja selle, et kvaliteedinäitajate projekti luues olid kõik tervishoidu puudutavad osapooled kaasatud ning ühel meelel. Projektis tahtsid osaleda nii tervishoiuametnikud ministeeriumist; kohalikud omavalitsused, kellele kuuluvad haiglad; erialaseltsid (arstide-õdede omad) kui ka teadusorganisatsioonid. Teine oluline



Prof Jan Mainz.

Foto: Eesti Haigekassa

kokkulepe oli, et ravi kvaliteedi mõõdikute üle otsustavad klinitsistid. Projekti teostumisel ilmnes, et kõikide kliinilistes andmebaasides registreeritud haiguste puhul on oluliselt paranenud neid iseloomustavad epidemioloogilised andmed. Kogu süsteemi liikumapanevaks jõuks on klinitsistide, arstide ja õdede ambitsioonikus: kui nad saavad andmed oma patsientide kohta, siis võimaldab see neil patsientide jaoks järjest parem olla ja oma tööd võimalikult hästi teha.

Mis on Teie enam kui kümne aasta kogemuse kohaselt kvaliteedi hindamise süsteemi juurutamisel tervishoius olulisim?

Tagasi vaadates oli Taanis seda lihtne teha, sest kõik osapooled olid huvitatud ning olemas oli ressurss luua eraldi asutus, mis hakkas tegelema andmete kogumise

ja analüüsiga. Praegu oleks alustamine veelgi lihtsam, sest tookord ei olnud palju üleriigilisi kogemusi, millele toetuda, palju energiat läks tehnilistele detailidele. Kvaliteedi hindamine on kliinilise töö osa, mis on nüüdisaja meditsiinis oluline. Näeme, et ravi kvaliteet paraneb, ja teame, et andmeid kasutatakse nii kvaliteedi parandamiseks kui ka kvaliteedijuhtimiseks.

Süsteem on väga läbipaistev: andmed ei ole avalikult internetis kättesaadavad mitte üksnes haiglate tasemel, vaid ka kliinikute ja osakondade kaupa. Osapoolte vahel valitseb usaldus ning kõik on nõus kasutama tõendus põhise meditsiini keelt. Meil ei esine paljudes riikides kerkinud probleemi, kus klinitsistid peavad ministeeriumi esitatud andmeid ebausaldusväärseks ja vastupidi. Ka meie süsteemis võiks teha parandusi – näiteks ei ole me kogunud andmeid suutnud viia patsientideni, et nad saaks neid ise kasutada informeeritud otsuste tegemiseks. Andmed on küll olemas, aga patsiendile raskesti kasutatavad ning meie järgmiste aastate eesmärk on süsteemi seda aspekti parandada.

Milline käsitlus toob kvaliteedi hindamise süsteemis parema tulemuse, kas piitsa- või präänikumeetod?

Üks märksõnadest on kindlasti see, et meie süsteem ei põhine karistamisel, vaid arengul. Arste ei vallandata, kui nad standardeid ei täida. Pigem tuleb vaadata protsesse, ning kui kvaliteediga on probleeme ja näitajaid ei täideta, peab klinitsiste aitama – kvaliteedi tagamiseks süsteemi toetama ja arendama. Samuti on süsteem sisse ehitatud raviasutuste akrediteerimise kvaliteediprogrammi, s.t kui standardeid ei täideta, tuleb esitada plaan edasise tegevuse kohta, aga konkreetset seost akrediteerimise ja arsti soorituse vahel ei ole. Andmeid on kasutatud ka haigla võimekuse kirjeldamiseks või struktuursete muudatuste põhjendamiseks, näiteks selleks, miks on vaja luua haiglasse insuldiüksus või osta uus KT-aparaat.

Te olete ravikvaliteedi mõõtmisel töötanud kliiniliste näitajatega. Millised on selle käsitluse tugevad ja nõrgad küljed?

Kliiniliste näitajatega töötamine ongi tervishoiu põhiolemus. Inimesed tulevad haiglasse, et nende haigus saaks diagnoositud

ja ravitud. Mõõtmaks, kas nad ka saavad seda, mida peaks, tuleb töötada kliiniliste näitajatega. Minu kogemus projektijuhina oli see, et kui projekti arendasime ja palusime klinitsistidelt viit paremat näitajat, andsid nad kümme. Seda on aga palju. Näitajaid ei peaks liiga palju olema, vaid valida tuleks mõned, väga strateegilise tähendusega ja tõendus põhised, kusjuures need peaks valima klinitsistid. Patsientide kaasamine ja nende rahulolu mõõtmine on samuti oluline, aga selleks on meil eraldi projekt. Näiteks osalevad diabeedigrupis klinitsistidega koos ka patsientide esindajad, aga spetsiifilise ravi ja diagnostika kohta on neil vähe lisada.

Millist nõu annaksite meile kvaliteedihindamise süsteemi väljatöötamiseks?

Tallinnas seminaril „Health care quality management in Estonia – current state and future perspectives“ kuulsin arutelu, millest kumas läbi soov kaasata protsessi eri osapooled (ülikool, ministeerium, erialaseltsid, klinitsistid, teadusorganisatsioonid, haigekassa). See on hea tee kvaliteedisüsteemi loomiseks ja töö korraldamiseks. Oluline on anda aega protsessil areneda ning võimaldada inimestel mõelda, kaaluda ja otsustada, kuidas süsteemi luua, valida mõõdikuid, andmeid koguda ja analüüsida. Näiteks otsustasime Taanis, et andmeid ei peaks avaldama isiku tasemel, sest tegu pole karistusaktisiooniga. Sellised põhialused oleks kasulik juba süsteemi kavandamisel kokku leppida.

Kvaliteedinäitajate rakendamine nõuab ressursse. Kuidas leida tasakaal, võttes arvesse mõju tervishoiu eelarvele?

Kvaliteedi parandamine on osa tänapäeva arsti erialasest tegevusest ja vale on kvaliteediks mõeldud ressursse käsitleda kuidagi töövälisena. Näiteks tööstuses ju investeeritakse raha kvaliteedi hindamisse. Peaksime ka meditsiinis võtma kvaliteedi hindamist kui raviprotsessi kohustuslikku ja normaalset osa. Kui arst tahab ajaga kaasas käia, peab ta meditsiinilise tegevuse kvaliteeti hindama ja selle parandamisega tegelema.

Mõnes riigis avaldavad kvaliteedinäitajad arsti palgale olulist mõju.

Kuidas tagada, et süsteemi toimimise peamine eesmärk oleks ikkagi tervishoiu kvaliteet?

Näeme Taanis kvaliteedi paranemist ja see kõik on juhtunud finantsstiimuliteta. Arstid ja õed tahavad head tööd teha ning olen selle üle uhke, sest nii USAs kui ka Ühendkuningriigis on muutuste taga raha. Kui meenutan protsesside algust Taanis, siis Eestis valitseb sarnane suhtumine ja töökultuur ning see on teiegi süsteemi arenguks paljulubav taust.

Piiriülene tervishoid Euroopa Liidus saab peagi võimalikuks. Kuidas see mõjutab kvaliteedi hindamise süsteemi Euroopa Liidu tasandil ja selle liikmesriikides?

Näeme arengut järgmise kümne aasta jooksul. Eri riikide seminaridel osalemisega on saanud selgeks, miks ei peaks meie kvaliteedinäitajad erinema teiste Euroopa riikide omadest. Patsiendid on ju samad, seega miks ei võiks näitajad ja kliinilised ravijuhendid samad olla. Nii tekiks ka võimalus võrrelda riigiti ravi kvaliteeti.

Kommentaariid

Peeter Padrik

TÜ Kliinikumi hematoloogia-onkoloogia kliiniku direktor

Kui Eesti tervishoiusüsteem tahab pakkuda patsientidele kõrgel tasemel ja rahvusvaheliselt konkurentsivõimelisi tervishoiuteenuseid, siis tuleb hakata ravitulemusi ja kvaliteedinäitajaid süsteemselt mõõtma ja analüüsima. Erialade spetsialistid peavad esmalt konsensuslikult igal erialal peamiste haiguste ja haigusgruppide kaupa määrama olulised ja tõenduspõhised ravitulemuste ning kvaliteedi näitajad, mida tuleb seejärel hakata mõõtma ja analüüsima. Selles saab paljuski võtta eeskujuna Rootsist ja Taanis seni tehtud tööst. Seejärel tuleb tekitada tehnilised lahendused nende näitajate registreerimiseks.

Et pea kogu terviseinfo on tänapäeval digitaalne, on selle töötlemiseks vaja sobivaid infotehnoloogilisi lahendusi. Eesti on uhke oma e-tervise lahenduste üle ning tegelikult tulekski arendada ja kasutada üleriigilist digilugu ravitulemuste ja kvaliteedinäitajate mõõtmiseks. Praegu on süsteem rakendunud peamiselt info vahendamiseks, aga selles puudub oluline – analüüsi – pool.

Ravitulemusi ja kvaliteedinäitajaid tuleks mõõta kogu riigi, eraldi raviasutuste, osakondade ning vajaduse korral ka raviarstide tasemel nii Eesti-siseses kui ka rahvusvahelises võrdluses. Mingil juhul ei tohiks selline analüüsisüsteem olla esmalt karistav. See peaks olema abistav probleemide leidmiseks ja parendavate tegevuste rakendamiseks. Ei ole ju teada ühtegi arsti ega raviasutust, kes tahaks teadlikult oma tööd halvasti teha. Mõnedel erialadel on selliseid analüüse Eestis juba ka tehtud, ühe näitena võib välja tuua perearstid, kelle tegevuse hindamiseks on rakendatud päris pikk loetelu kvaliteedinäitajaid. Siiski ei ole enamiku olulisemate haiguste kohta Eestis päris täpselt teada, millised on värskemad ravitulemused, milline on ravitüsistuste määr ja milline on olukord kvaliteedi aspektist. Oluline

on leida tervishoius tegutsevatele osapooltele sobivad organisatoorsed ja tehnilised lahendused kõige selle teostamiseks.

Joel Starkopf

TÜ arstiteaduskonna dekaan

Raske on mitte nõustuda prof J. Mainzi väitega, et kvaliteedihindamine on kliinilise töö osa. Eesti haiglad on varustatud kõrgtasemel nüüdisaegse tehnoloogiaga, meil on haritud personal, mis lubab arvata, et me osutame kõrgel tasemel arstiabi. Paraku me seda praegu täpselt ei tea, sest enamikul arstlikest erialadest, aga ka riigis tervikuna puudub tervishoiuteenuse kvaliteedi analüüs.

Taani ja Rootsi kogemus on ilmekalt näidanud seda, et detailne ja mõtestatud ravitegevuse analüüs peaks kuuluma euroopaliku tervishoiusüsteemi juurde, ning seda, kui kaugel me sellest veel tegelikult oleme. Eesti kontekstis oleks äärmiselt oluline arendada süsteem sellisena, mis võimaldaks rahvusvahelisi võrdlusi arstlike erialade kaupa.

Vajalik oleks ellu kutsuda tervishoiuteenuste kvaliteedi nõukoda, mis esimese sammuna koostöös erialaseltsidega töötaks välja olulisemad kvaliteedinäitajad. Viimaste seire saaks kohustuslikuks tervishoiuteenuse osutajatele. E-tervise ülesandeks oleks kvaliteedinäitajate seireks vajalike terviseandmete salvestamine ja töötlemine, s.t registritele vajalike algandmete tagamine. Tervishoiuteenuse näitajate analüüs peaks saama TÜ tervishoiu instituudi ja Tervise Arengu Instituudi ülesandeks. See kõik on suur töö, mis vajab märkimisväärset inim- ja rahaaressurssi. Ennekõike on aga tarvis head tahtmist ning selget ja süsteemset arusaamist, milleks tervishoiu kvaliteedisüsteemi riigis vaja on. TÜ arstiteaduskond on siin valmis aktiivselt kaasa lööma.