

E-tervise pundar

Liisi Uder – Riigikontroll



Liisi Uder

Uuringutega on leitud, et tervisevaldkonna peamine kasutamata potentsiaal seisneb infotehnoloogia üha laiemas kasutuselevõtus. Kui tervishoiusektoris muidu on tehnoloogiline areng olnud tohutu, siis just infotehnoloogilisi võimalusi pole seni suudetud ära kasutada.

Sama võib öelda ka Eesti kohta, kus kümme aastat tagasi alustades hakati looma küll unikaalset e-tervise süsteemi, kuid selle kümne aastaga pole märkimisväärselt kaugemale jõutud. Riigikontroll viis hiljuti läbi auditi e-tervise rakendamisest, näidates, millises seisus ja miks me 2013. aastal olime. Usun, et Eesti Arsti tavalugejale pole kogu auditiaruandes toodu refereerimine esmatähtis. Huvi korral on aga kontrolliaruanne avalik ja tutvumiseks.

Eesti alustas e-tervise arendamist neljast nn põhiprojektist: digilugu, digiregistratuur, digipilt ja digiretsept. Nende loomiseks kasutati euroraha ning see seadis projektide arendamisele ajalised piirid, mistõttu 2008. aasta lõpus deklareeriti, et kõik projektid on valminud. Mõelge, millist nendest rakendustest kasutate oma töös igapäevaselt! Ilmselt esmajärjekorras kasutate digiretsepti, tõenäoliselt saadate epikriisid ka digilukku. Aga see on suures plaanis ka kõik, sest ei digiregistratuuril ega digipildil pole seni mingit praktilist väärtust. Üleriigilist süsteemi, kus saaks patsiendi arsti vastuvõtule registreerida, pole siiani. Digipilt on samas vaid viidete ladu, milles pärispiltidega vähe seost. 80% piltidest on nagunii hoopis kahe suurhaigla koostöös valminud Pildipangas, mida arstid on igapäevaselt harjunud ka kasutama.

Digiretsept on hoolimata oma rasket lapsepõlvest nüüd seisus, et selle võib arvata valminuks, ning tundub, et ka kõik osapooled on rahul. Digilugu kui n-ö võidujooksus teisel kohal olev arendus ei leia aga siiani kasutust moel, milleks see mõeldud oli. On tõsi, et statsionaarseid epikriise laekub sinna peaaegu 100%, teiste dokumentidega on aga juba keerulisem.

Dokumente tuleb sinna esitada aga 14 liiki, lisaks epikriisidele ka teatised, saatekirjad jne. Toon näite ambulatoorsetest epikriisidest. Võrdlesime auditi käigus e-tervisesse esitatud epikriiside arvu ambulatoorsete ravijuhtude arvuga Eesti Haigekassas ning saime, et vaid 43% ravijuhtude kohta võib leida epikriisi e-tervisest. Loomulikult ei saa neid kaht arvu omavahel üks ühele võrrelda, kuid enam kui kahekordne vahe paneb siiski küsima, kas kogu oluline raviinfo jõuab alati e-tervisesse. Ärme unusta, et e-tervise üks peamisi eesmärgi on parandada ravikvaliteeti!

Usun, et iga doktor sooviks saada ülevaadet selle kohta, milliste kolleegide poole ja mis asjaoludel on nende patsient varem pöördunud. Tõstasime auditi käigus teravalt küsimuse, kas kõigile osapooltele on ikka selge, millal tuleb epikriisi e-tervisesse esitada. Tihti saime sellele nipsaka vastuse, et sotsiaalministri määruses on kõik kirjas. Tõepoolest, Riigikontrollil pole kahtlust, et tegelikkuses on olukord tõesti selline, et peale ambulatoorse epikriisi **kinnitamist** saadetakse see teatud aja jooksul e-tervisesse ning et need asutused, kes saadavad korrektselt e-tervisesse statsionaarsed epikriisid, saadavad sinna ka ambulatoorsete epikriise.

On arsti pädevuses otsustada, mida üheks ravilooks pidada ning millal epikriis n-ö kinnitada, mistõttu on meil juhte, kus epikriis koostatakse iga visiidi kohta või hoopis kord poolaastas. Kuidas tagada sellise töökorralduse juures, et kogu vajalik ja ajakohane info on e-tervises olemas? On oluline ju, et isegi kui ravilugu hõlmab poolt aastat, oleks ka selle info ja patsiendi ravi kulg digiloos näha. Alates käesolevast, 2014. aastast on kasutusel ka e-kiirabi teenus, mis võimaldab kiirabil saada operatiivset infot patsiendi varasema ravi kohta. Kirjeldatud juhul aga, kus e-tervises veel infot ei ole, ei saa seda infot näha ka kiirabi.

Arstide esmane ülesanne on pakkuda abi patsientidele. Selle juures ei maksa aga

unustada, et arstid töötavad tihti võrgustikes ning info peab kättesaadav olema kõigile selle liikmetele. Tõsi on see, et Eesti patsient on suhteliselt vähemobiilne: kui ta on juba ühe eriarstiabi teenuse osutaja juurde sattunud, siis saab ta tihtipeale ka kogu ravi sealt. See aga vähendab arstide huvi ja päriselu vajadust otsida patsientide kohta infot e-tervisest, sest see teave on neil haiglas endalgi olemas. Mõnes mõttes on patsientide vähene mobiilsus olnud e-tervise arengut pärssiv tegur, millega oleks võinud e-tervist arendama asudes arvestada.

Auditi käigus uurisime ka seda, et mil määral e-tervise olevate andmetega tutvutakse. Meil on teada, mitmest tervishoiuasutustest on päringuid tehtud, teame ka seda, mitu töötajat on päringut teinud, kuid pole teada, mitme patsiendi ja kui mitut ravidokument on vaadatud. Kuna arvet selle üle ei peeta, siis ei saa tegelikkuses anda ka adekvaatset infot selle kohta, kui palju e-tervis igapäevases ravitöös kasutamist leiab. Nii kaua kui meil seda infot ei ole, ei saa me ka anda hinnangut e-tervise rakendumise kohta. Seetõttu oleme soovitanud auditis, et edaspidi tuleks e-tervise mõju hinnata selle järgi, kuidas on see muutnud tervishoidu kvaliteetsemaks ja/või patsiendikeskemaks. Ja siin on mitmeid toredaid arendusi ka tehtud. Paraku ei leidnud näiteks e-konsultatsiooni teenus oma esimesel haigekassa hinnakirjas olemise aastal sugugi nii palju kasutamist, kui võiks. Auditis tõime välja, et kuna suur osa eriarstikülastusi piirdub vaid ühe visiidiga või äärmisel juhul tehakse ka üks uuring, siis suur osa selliseid visiite oleks Riigikontrolli hinnangul e-konsultatsiooni laialdasema kasutamise puhul välditavad.

Riigikontroll tegeles oma auditi käigus pikalt ka sellega, miks e-tervis – süsteem, mis loodud juba nii kaua aega tagasi, – ei ole leidnud sel määral kasutamist, nagu esialgu

planeeriti. Lisaks eespool mainitud põhjusele – patsientide vähene mobiilsus – olid teised põhjused seotud projektide arendamise käigus tehtud vigadega. Auditi käigus selgus, et kuigi kõik riskid olid teada, ei suudetud neid süsteemi arendades vältida ega maandada. Kuna projektide planeerimisel oli ka ajaline surve, jäi nõrgaks osapoolte kaasamine ning esialgu ka standardimine. Lisaks otsustas riik esialgu panna kogu auru kesksüsteemi arendamisesse, mõtlemata süsteemi tarbijate kasutusmugavusele.

Raviinfo ja selle aktuaalsus digiloos on mündi üks külg. Kuigi e-tervis on eelkõige mõeldud ravitöök, seati sellele juba alguses ka mitmeid teisi eesmärke. Kahjuks tuli meil kontrolliaruandes tõdeda, et ükski neist polnud täidetud. Selle peamine põhjus on digiloos olevate andmete puudulikkus. Kuigi võib-olla paljud seda ei mäleta, sooviti e-tervise kaudu hakata koguma riiklikku tervisestatistikat, esialgu oli plaanis ka meditsiinilised registrid viia e-tervise põhiseks. Ka Sotsiaalministeeriumil endal olid suured plaanid – e-tervis peaks olema riistapuu, mis aitaks kogu tervishoiukorraldust juhtida ja seda planeerida. Ja nüüd tõmban ma välja Eesti tervishoiusüsteemi jaoks tõeliselt punase rätiku – e-tervise andmed võiksid olla, peaksid olema Eesti Haigekassale aluseks oma rahastamisotsuste tegemisel.

Seega seisneb e-tervise suurim häda ja viletsus selles, et kuna seal pole kogu infot, siis ei ole mõtet seda suurt millekski ka kasutada, ning kuna seda ei saa kasutada, siis milleks sinna infot lisada ... Surnud ring, kust peab hakkama välja murdma, ning Riigikontroll loodab väga, et auditi järelduste ja soovitude põhjal seda pundart ka harutama hakatakse.

liisi.uder@riigikontroll.ee