

Perearstikeskuste kvaliteedihindamine ja rakendusjuhised

Elle-Mall Sadrak – Eesti Perearstide Seltsi juhatuse liige

Iga aasta septembris on mitmel pool meedias taas kuulda, et perearstid tunnustasid endi seast parimaid. Kõrvalseisjaltelt, sh meedikultelt, kuuleb tihti: „Minu perearsti polnudki seal ...“ või „Miks tema seal nimekirjas küll on?“

2009. aastal kirjeldati Eesti perearstipraksiste kvaliteedijuhendis esimest korda, milline võiks olla ühe hea praksise töökorraldus. Juhendi põhjal loodi kriteeriumid, mille alusel on alates 2009. aastast keskusi ka hinnatud. Alates 2016. aastast on praksiste kvaliteedisüsteem ühendatud Eesti Haigekassa tasustatava perearsti kvaliteeditasu süsteemiga.

Meil kõigil on kindlasti oma ettekujutus, milline hea perearstikeskus on. Ühe lausega kokku võttes oleks see keskus selline – õigeaegselt kättesaadava abiga ja pädevate töötajatega keskus, kes pakub lisaks ennetusele ka järjepidevat tõenduspõhist arstiabi. Kui hea keskuse definitsioon mahub ühte lausesse, kas see peaks siis olema kõigile perearstikeskustele saavutatav?

2022. aastal on Eestis 750 perearstinimistut ja 412 perearstikeskust, millest 60 on tervisekeskused. Tervisekeskus siinses kontekstis tähendab formaalselt seda, et sellel on eraldi tervisekeskuse leping. Sisuliselt tähendab see laias laastus, et keskuses on vähemalt 3 nimistut, keskus on lahti E–R kella 8–18 ning keskuses on kas palgal või koostöölepingu alusel tööl füsioterapeut, koduõde ja ämmaemand.

KVALITEEDIAUDIT

Iga aasta veebruaris-märtsis täidavad perearstikeskused eesti.ee portaalist leitava enesehindamise tabeli, kus saavad märkida, kas konkreetne

kvaliteedikriteerium on nende puhul täidetud või mitte. Sellele järgneb valikuline auditeerimine. Kindlasti auditeeritakse kõiki neid keskusi, kes kandideerivad esimest korda A- või B-taseme keskuseks – see tähendab, et neil on enesehinnangu alusel punkte võimalikust 20st rohkem kui 16. Koostöös haigekassaga otsustatakse igal aastal, milliseid keskusi veel auditeeritakse. Viimaste aastate auditeerimiste maht on olnud ca 100 keskust.

Käesoleval aastal otsustati esimest korda auditeerida tervete maakondade kaupa, et saada ülevaade, mis maakondades päriselt toimub. Auditeeriti 11 väiksemat maakonda, koos kõigi uute A- ja B-tasemele kandideerijatega kokku 177 keskust. Järgmisel aastal on plaanis auditeerida ülejäänud 4 maakonda ja endiselt kõiki uusi A- ja B-tasemele kandideerijad.

Auditeerimine on oma olemuselt kolleegilt-kolleegile-koolitus, mille käigus saab auditeeritav tagasisidet enda töökorraldusele ning auditeerija võimaluse näha ja õppida, kuidas teised oma tööd korraldavad. Auditi meeskond on enamasti kolmeliikmeline: üks liige ehk põhiauditeerija on A-taseme perearstikeskuse perearst, teine võib olla resident, perearst või pereõde ning kolmas on külalisauditeerija kas haigekassast, sotsiaalministeeriumist, riigikantseleist, terviseametist või mõnest muust tervishoiuga seotud asutusest. Auditeerimise käigus vaadatakse, kas keskuse enesehindamise küsimustikus antud vastused on kooskõlas tegelikkusega.

Tabelist 1 on näha, et osa kriteeriumeid on sellel aastal väga hästi täidetud, näiteks digitaalsete tervi-

sekaartide kasutamine ja oma arvu-tiga töökoha olemasolu igal õel. Ometi on need 2022. aastal justkui elementaarsed tingimused mõnes keskuses veel tagamata. Samuti pole mitte kõigil keskustel täidetud osa seadusest ja haigekassaga sõlmitud üldarstiabi lepingust tulenevaid kriteeriumeid: epikriiside saatmine tervise infosüsteemi, õe iseseisev vastuvõtt 20 tundi nädalas ja baas-turbe meetmete dokumentatsioon koos võrgu- ja infosüsteemi riskianalüüsiga.

Kõige vähem on täidetud pädevusega seotud kriteeriumid – nii nimistuga töötava arsti (re)sertifitseerimise nõue kui ka pereõdede koolitused. Auditeerimisel on tihti välja toodud, et õdedel, kes tulevad haiglast perearstikeskustesse tööle, on väga raske seda punkti täita, kuna haiglates ei nõuta õdedelt 60 tunni ulatuses täienduskoolitusi. See on minu hinnangul küll teema, mida tuleks tõsiselt arutada – täienduskoolitused peaks saama elementaarseks nõudeks kõigile õdedele olenemata töökohast.

Viimase 3 aasta perearstikeskuste kvaliteedihindamise kokkuvõtivate tulemuste jaotus on esitatud joonisel 1. Ilmneb, et F-taseme keskusi on igal aastal vähemaks jäänud ja A-taseme keskusi on tulnud juurde.

Paraku ei ole kõik keskused A-tasemel. Selleks, et perearstikeskustel, kes pole saavutanud maksimaalset tulemust (20/20), ja et ka alustavatel keskustel oleks lihtsam kriteeriume täita, on Eesti Perearstide Selts saanud käesoleva aasta kevadel valmis ka kvaliteedijuhendi rakendusjuhise, kus on toodud nii erinevate ametijuhendite

Tabel 1. Kvaliteedikriteeriumid, nende punktiväärtus ning keskuste arv ja osakaal, kus kriteerium jäi täitmata

Kriteerium	Väärtus punktides	Mitmel keskusel puudus 2022. a, n (%)
I plokk: raviarvetelt või muudest andmebaasidest arvutatavad väärtused, mis on haigekassa juba ankeedis eeltäitnud		
1. Perearstikeskus saadab epikriisid tervise infosüsteemi (50%)	1	27 (6,6%)
2. Kõik nimistuga töötavad praksise arstid on (re)sertifitseeritud	2,5	227 (55%)
3. 2/3 praksise nimistutest on saavutanud haigekassa perearsti kvaliteedisüsteemis tulemuse vähemalt 0,8	2,5	105 (25%)
4. Raviloo leiduvad õe sissekanded ning raviarvetel on õe töö kodeeritud	1	40 (9,8%)
II plokk: põhikriteeriumid		
5. Perearstikeskuses on korraldatud registratuuri töökoht, kus toimub vastuvõtule registreerimine kogu tööpäeva jooksul nii, et see ei häiri pereõe ega perearsti vastuvõttu	1	61 (14,8%)
6. Elektroonilises registratuurifailis on iga patsiendi juures märgitud tema pöördumise põhjus	2	73 (17,7%)
7. Tervisekaardid on digitaalsed, neis on dokumenteeritud kõik patsiendi kontaktid perearstikeskusega	1	5 (1,2%)
8. Praksises peetakse korrapäraselt personali koosolekuid ja nõupidamisi, kus käsitletakse patsientide kliinilisi probleeme	1	93 (22,6%)
9. Praksisel on olemas digitaalne koduleht vajaliku informatsiooniga	1	106 (25,7%)
10. Tagasiside saamine vähemalt 5%-lt praksise patsientidest viimase viie aasta jooksul	1	179 (43,4%)
11. Igal õel on iseseisev töökoht arvutiga	1	4 (1%)
12. Digitaalses registratuurifailis on olemas õe vastuvõtule registreerimine	1	63 (15,3%)
13. Igal pereõel toimub iseseisev vastuvõtt 20 tundi nädalas	1	11 (2,7%)
14. Kõik praksise pereõed on läbinud 60 tundi erialast koolitust aastas või 300 tundi viie aasta kohta või on neil kehtiv pädevustunnistus	2	149 (36,2%)
15. Peremeditsiini eriala edendav ja propageeriv tegevus perearstikeskuses	1	79 (19,2%)
III plokk: jälgimisindikaatorid		
Indikaatorid, mille eest punkte ei anta, kuid mis ühel hetkel liiguvad „päris“ kriteeriumiteks		
1. Praksises on kiireloomuliste terviseprobleemide äratundmiseks kirjalik reeglistik. Selleks sobib triaazipõhimõtete reeglistik / meditsiinilise triaazi käsitlemise reeglistik	+/-	124 (30,1%)
2. Praksises on süsteem, mis kirjeldab uuringutulemuste ning e-konsultatsioonide ülevaatamist ja haldamist. Kirjalik reeglistik, võib olla ka sisekorraeeskirja osa	+/-	127 (30,8%)
3. Praksise meeskonnas on käsitletud läbipõlemise ohtu töökeskkonnas ning arutatud selle võimalikke ennetusviise	+/-	64 (15,5%)
4. Praksises tegeletakse süstemaatiliselt kliiniliste probleemide/vigade ja kaebustega. Võib olla personalikoosoleku osa	+/-	72 (17,5%)
5. Praksises toimuvad arenguevestlused, mis dokumenteeritakse	+/-	259 (62,9%)
6. Praksise ooteruumides ja registratuuris ei ole nähtavat ravimireklaami	+/-	34 (8,3%)
7. Patsientidele on kättesaadav info praksises pakutavate tasuliste teenuste hinna kohta	+/-	4 (1%)
8. Perearstikeskuses on olemas baasturbe meetmete dokumentatsioon ning võrgu- ja infosüsteemi riskianalüüs	+/-	141 (34,2%)

kui ka mitmesuguste muude perearstikeskustelt nõutavate dokumentide näidised. Rakendusjuhises on eraldi peatükk triaazi tegemiseks, et patsiendid saaksid õige kiirusega õiget abi. Samuti on eraldi toodud välja uue töötaja lõimimine, läbipõlemise ennetamine ning pööratud tähelepanu patsiendiohutusele. Patsiendiohutus on teema, mis muutub kindlasti lähiaastatel seni-

st olulisemaks. Lisaks on rakendusjuhises toodud välja, kuidas koostada professionaalse arengu plaani, mis arvestaks nii individuaalse arengu kui ka praksise vajadustega.

KVALITEEDI HINDAMISE RAKENDUSJUHIS

Rakendusjuhise näitena on alljärgnevalt toodud väljavõtte osast, mis käsitleb patsiendiohutust – teemat,

mille teadvustamine kulub ära kõigile meedikutele.

Standard 3.6. Patsiendiohutus praksises

Ohuolukordade teket perearstikeskuse töös täielikult vältida ei ole võimalik. Kõik inimesed eksivad mingis olukorras ning karistamine ei hoia ära mõne järgmise ohuolukorra teket.

Ohuolukorrad jaotuvad tüüpide järgi järgmiselt:

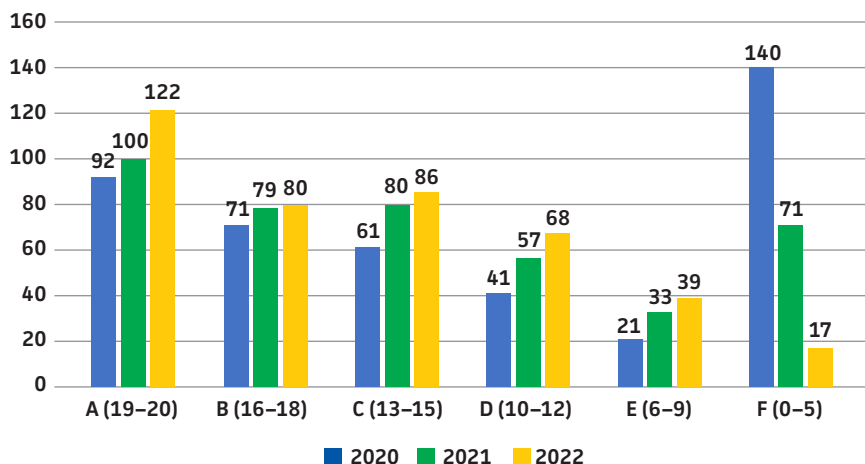
- 1) administratiivsed, sh kommuni-katsiooniga seonduvad;
- 2) diagnostikaga seonduvad (labo-ratoorsed, aparatuurist tingitud, diagnostilise meetodi/koha valikust tingitud, käsitlusest tingitud jm);
- 3) raviga seonduvad (sh kirurgilise tegevusega, ravi määramisega jm);
- 4) ühest etapist teise ravi ülekandumisega (info vahendamine osapoolte vahel, patsiendi logistika jm);
- 5) kriitiliste olukordadega seonduvad (rollijaotus, oskused jm).

Iga tegevus perearstikeskuses seonduv patsiendihutusega. Eelduseks on see, et praktilise personal on ohujuhtumitest ja potentsiaalsetest ohuolukordadest teadlik ning eksisteerib nende märkamise, registreerimise, ühiste arutelude ja juhtumitest õppimise süsteem, milles kõik praktilise töötajad on osalised. Süsteemi eesmärk on õppimine, mitte süüdlase otsimine ja karistamine.

Juhtumid jaotuvad ohu- ja kahjujuhtumiteks selle järgi, kas juhtumi käigus tekkis patsiendi tervisele või heaolule oht või realiseerus tervisekahju. Juhtumitest õppimine sisaldab analüüsi ja vea võimalikku tulemit (mõju patsiendile, tema perekonnale, praktilise meeskonnale) ning edasisi võimalusi juhtumi kordumise ärahoidmiseks.

Juurpõhjuse analüüs

Juurpõhjuse analüüs (ingl *root-cause analysis*) on juhtimise tööriist, mis aitab leida ohu- ja kahjujuhtumite põhjuseid ning sellest tulenevalt võimalusi juhtumite vältimiseks süsteemi parandamise kaudu. Juurpõhjuse analüüs on lihtne, kiiresti omandatav ja teostatav meetod, mida meditsiinivaldkonnas ka kogu maailmas palju kasutatakse. Juurpõhjuse analüüs ei ole süüdlase leidmise tööriist.



Joonis 1. Perearstikeskuste arv kvaliteeditasemete kaupa (sulgudes punktide arv) 2020–2022.

Juurpõhjuse analüüs võiks koosneda järgmistest etappidest:

1. Kui ohu- või kahjujuhtum on toimunud, kaasake arutluseks kõik juhtumiga kokku puutunud meeskonnaliikmed.
2. Pange ühiselt (tahvlile) kirja juhtumisse puutuvad asjaolud.
3. Kasutage mõnda meetodit, näiteks meetodikat „5 miksi“: küsige vähemalt viis korda, „miksi“, et jõuda juurpõhjusele. Või kasutage nn kalaluudia-grammi või SEA-analüüsi (*significant event analysis*).
4. Kui juurpõhjus on leitud, leidke meeskondlikult, milliseid preventiivseid meetodeid edaspidi kasutada, kuidas neid juurutada ja mil moel nende kasulikkust mõõta.

Viie-miksi-metoodika näide ühe juhtumi alusel: üks doos koroonavaktsiini jäi kasutamata ning tuli maha kanda.

Miks? – Registreeritud patsient jäi tulemata.

Miks ta ei tulnud? – Ta oli tegelikult helistanud ja keeldunud vaksineerimisest, kuid ei olnud nimekirjast päevaplaanis maha võetud.

Miks oli teave edastatud kõikidele meeskonnaliikmetele, mitte kellelegi konkreetset? – Ei olnud selget meeskonnasisest kokkulepet,

kellele teave edastada. Informatiooni edastamise teekond ei olnud paika pandud.

Miks keegi ei reageerinud? – Kõik meeskonnaliikmed olid sel hetkel hõivatud teiste tegevustega ning vastutus hajus.

Mis oli juurpõhjus? – Meeskonnas ei olnud määratud inimest, kes vastutaks kõikide keeldujate edasise menetlemise eest ning kelle kätte koonduks selline info. Juurpõhjuseks oli seega asjaolu, et keskuses olid paika panemata rollid ja ülesanded sellise sageli esineva olukorra jaoks.

Ettepanek: kõikide kutse järel hiljem keeldujate info koondada keskuses ühe inimese (vastutava õe) kätte, kes tegeleb info kodeerimisega, sissekande kontrollimisega ja inimeste keeldujaks märkimisega tabelaruandes. Esmane keeldumisinfo saaja – kliiniline assistent – suunab selle info edasi vastutavale õele ja vabastab keeldutud aja registratuurifailis. Muutuse efektiivsust saab hinnata vaktsiinidooside kasutamise analüüsi kaudu.

Nii perearstikeskuste kvaliteedi-juhend kui ka rakendusjuhised on leitavad Eesti Perearstide Seltsi kodulehelt eesti keeles, samuti inglise ja vene keeles.