

## Arstiabi kvaliteet – kas mõõdetav? Pudemeid SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla IV sügiskonverentsilt

Väino Sinisalu – EA peatoimetaja

Seoses ühiskonna järjest kasvavate kulutustega tervishoiule ja arstiabile esitab maksumaksja tervishoiusüsteemile õigustatult küsimuse, kas saadud abi on kvaliteetne. Kas arstiabi kvaliteeti saab üldse mõõta? Sellele küsimusteringile oli pühendatud PERHi sügiskonverents 28. oktoobril 2005 Tallinnas.

Konverentsi avas PERHi juhatuse esimees **Tõnis Allik**, kes alustuseks meenutas, millised on praegu maailmas aktsepteeritud tervishoiu kvaliteedi dimensioonid. Nendeks on a) mõjus (effectiveness) – kui tulemuslik on ravi, kas sellega tagatakse eluea pikenedamine, enam tervena elatud aastaid ja parem elukvaliteet; b) turvalisus (safety) – arstiabi ei tohi põhjustada tüsistusi patsiendile (infektsioonide vältimine, ravimite kvaliteedi tagamine jms) ega ka personalile (ebaloomulik tööstress, läbipõlemine jm); c) patsiendikesksus (patient-centeredness) – kõik patsiendi heaks, tema on kuningas; d) ajastatus (timeliness) – abi peab antama õigel ajal; e) tõhusus (efficiency) – abiks vajalikke ressursse tuleb kasutada mõistlikult; f) võrdsus (equity) – kõigil ühiskonna liikmel on õigus abile võrdsetel alustel.

Tervishoiu kvaliteeti hinnatakse peale patsiendi tasandi veel organisatsiooni tasandil – esmajoones tervishoiuasutuste tasandil. Siin on vaatluse all raviteenuse, teeninduse ja juhtimise kvaliteet. Kvaliteetse abi saab tagada vastaval tasemel asutuse infrastruktuur. Vajalik on luua adekvaatne kvaliteedisüsteem, et hinnata taset ja planeerida meetmeid selle parandamiseks.

T. Allik märkis, et raviasutuse tööle hinnangu andmisel peetakse seni silmas eelkõige majanduslikku toimetulekut, töö kvaliteet on tunduvalt vähema tähelepanu all. Asutuse rahastamise põhimõtted

üldiselt kvaliteetset tööd ei stimuleeri. Ettekandja arvates on kvaliteedist rääkides siiani ennekõike silmas peetud teenuse professionaalset kvaliteeti. Enam on vaja diskussiooni ja ka töötajate koolitust asutuse töö kvaliteedi teiste dimensioonide osas. Riigi tasandil tagatakse tervishoiu kvaliteet parlamendi ning valitsuse-ministeeriumi tasandil seadusloome ning struktuurile ja personalile vastavate nõuete läbivaatamisega. Vaja oleks, et Sotsiaalministeeriumile oleksid kvaliteedi parandamisel aktiivseteks partneriteks haigekassa, raviasutused, erialaseltsid ja -liidud. Paljudes riikides on loodud tervishoiu kvaliteediga tegelevad organisatsioonid. Meil see puudub. Aktiivsemalt tegeldakse tervishoiu kvaliteediga rahvusvahelisel tasandil: WHO, rahvusvahelised erialaühendused (nt EUMS – *European Union of Medical Specialists*).

Rahvusvahelisel tasandil on kvaliteedi käsitlus ravikvaliteedi hindamiselt laienenud tervishoiu kvaliteedi hindamisele. Kvaliteedi tagamise (QA – *quality assurance*) asemel on päevakorral kvaliteedi parandamise (QI – *quality improvement*) süsteem – kultuur.

Paljudes riikides on rakendatud mitmed kvaliteedi parandamise strateegiad: ravijuhendid (-standardid), kvaliteedi mõõtmine ja võrdlemine, teenuse osutajate litsentsimine, hindamine, kvaliteedi järelevalve, mitmesuguste projektide koostamine kvaliteedi parandamiseks, vastava ala koolitus ning täiendusõpe ja infosüsteemide arendus.

Osa neist on rakendatud ka Eestis, kuid T. Alliku hinnangul pole see piisav. T. Allik refereeris EL tervishoiu kvaliteedi uuringut, mis tõi välja 3 rühma: riigid, kus sellega üldse ei tegelda; riigid, kes on tegevust alustanud (süü kuuluvad ka Eesti ja Leedu); maad, kes on juba teatud edu saavutanud.

On elementaarne, et omamata selgeid kvaliteedi indikaatoreid, ei saa kvaliteeti mõõta ega võrrelda ega ka loota mingeid tulemusi. On ka selge, et ainult kasumi ja tegevusmahu mõõtmine raviasutuses ei ole kvaliteedi hindamiseks piisav. Eestis on WHO initsiatiivil ja haigekassa toetusel rakendumisel rahvusvaheline kvaliteedi hindamise meetodika. Täpsemalt saab sellega tutvuda, lugedes Jane Alopi artiklit ajakirja käesolevas numbris.

Kvaliteedi indikaatorite juurutamine ja hindamine laboris oli dr **Karel Tombergi** – PERHi laboratooriumi juhataja – ettekande teema. Eesti laboriteenistuses on laborite sisemine kvaliteedikontroll toimunud 1980. aastatest, 1990datest liituti rahvusvahelise välise kvaliteedikontrolli (Labquality, Helsingi) süsteemiga. Praeguseks on jõutud arusaamiseni, et ainult laboris kvaliteetselt tehtud analüüs ei taga veel kvaliteeti. Samaväärset tähelepanu vajab ka pre- ja postanalüütilise faasi kvaliteet: proov peab olema nõuetekohaselt võetud ja laborisse saabunud. Kui proovi väärtused on kriitilised – oluliselt normist kõrvale kalduvad – on ülitähtis, et see info jõuaks viivitamatult ravipersonalini.

Eestis töötab alates 1978. aastast edukalt Eesti vähiregister. Selle andmed on hindamatud vähi diagnostika ja ravi tulemuslikkuse näitajad. Vähiregistri tegevustest rääkis konverentsil dr **Tiiu Aareleid**. Headel kliinilistel tavadel ägeda koronaarhaiguse ravis peatus dr **Toivo Laks**.

Hommikune sessioon lõppes diskussiooniga teemal „**Arstiabi kvaliteet – kas mõõdetav?**“. Ümarlaual osalesid piirkondlike ja keskhaiglate tippjuhid, Tartu Ülikooli, Tallinna Tehnikaülikooli ja Eesti kvaliteediühingu spetsialistid. Juhatas prof Raul-Allan Kiiwet, TÜ tervishoiu instituudi juhataja. Ta formuleeris kvaliteedi mõiste järgmiselt: kvaliteet on omadus millegi saavutamiseks, headus

on väärtus millegi jaoks – alati kindlas kontekstis. Diskussiooniks esitati 3 küsimust: kas teie organisatsioon on valmis arstiabi kvaliteeti hindama, kas ja kuidas peaks kvaliteeti võrdlema ja analüüsima, mida organisatsioon võib sellest võita.

Sellele, et kvaliteeti peab mõõtma ja oma tulemusi teistega võrdlema, kellelgi vastuväiteid ei olnud. Ravikvaliteediga tegeldakse suuremal või vähemal määral kõikides raviasutustes. Samas avaldasid mitmed tervishoiujuhid kartust, et praeguses olukorras, kus raviasutused peavad sõdima haigekassa lepingumahtude eest, et ellu jääda, ei pruugi me saada tõeseid andmeid abi kvaliteedi kohta. Sõnavõttudest kumas läbi ka hirm, et haigekassa toetusel rakendatav haiglate tegevuse hindamise meetodika hakkab asutusi paremusjärjestusse seadma ja tagumise asetusega haiglad jäävad lepingutest hoopis ilma. Seda hirmu püüdis hajutada dr Helvi Tarien haigekassast, kes väitis, et kvaliteediprojekti tahab haigekassa olla koordinaator, mitte diktaator ega karistaja. Raviasutuste osavõtt on vabatahtlik.

Avaldati ka mõtteid selle kohta, et Eestis tuleks luua tervishoiu kvaliteedi keskus. Enamiku paneelil osalejate arvates oleks see kulukas ettevõtmine. Selleks pole meil piisavalt ka inimressurssi. Õige on toetada WHO ja haigekassa kvaliteediprojekti vähemalt töö alustamiseks. Tulevik toob selgust.

Ka meie arstikond hakkab järjest enam mõistma, et kvaliteet abis pole ainult see, kui me professionaalselt heal tasemel oma erialadel abi anname. Sel heal töö on mõte vaid siis, kui kõik tervishoiu etapid kvaliteedi tagavad. Kvaliteeti ei saa sanktsioonidega ähvardades nõuda. See on töökultuur: tahe ausalt oma tööd hinnata, seda teistega võrrelda ja soov midagi paremini teha. Nii kogu tervishoiusüsteemis.

eestiarst@eestiarst.ee