

Eesti tervishoiu kvaliteedistrateegia

Väino Sinisalu – EA peatoimetaja

Sotsiaalministeeriumi, Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) ja Eesti tervishoiujuhtide kolleegium korraldasid 17. detsembril 2004 Tallinnas seminari arutamaks Eesti tervishoiu kvaliteedistrateegiat. Osalesid spetsialistid Sotsiaalministeeriumist, tervishoiuametist, Tartu Ülikoolist, haigekassast ja suurematest raviasutustest.

Ettekandega esines WHO kvaliteedispetsialist dr **Bruno Bouchet**, kes esitas WHO seisukoha tervishoiuteenuse kvaliteedi ja selle parandamise teede kohta.

WHO on sõnastanud kvaliteetse arstiabi kriteeriumid järgmiselt: 1) **ohutus** – arstiabi ei tohi kahjustada patsienti; 2) **efektiivsus** – patsient peab saama abi, mida ta vajab, kuid talle ei pea tegema uuringuid ega rakendama ravivõtteid, mis ei ole tema ravis tulemuslikud. Selle all mõistetakse ka tervishoiuressursside optimaalset kasutamist, mitte üle- või alakasutamist; 3) **patsiendikesksus** – patsient peab olema oma haigusest ja selle ravivõimalustest informeeritud, tal peab olema võimalus nõustuda või mitte nõustuda pakutud ravivõimalustega. Süsteem peab tagama sellist abi, mida patsient vajab; 4) **õigeaegsus** – patsient ei pea ootama pikas ravijärjekorras, mille jooksul tema tervis võib halveneda; 5) **kuluefektiivsus** – olemasolevate vahendite ja võimaluste mõistlik, otstarbekas, säästlik kasutamine; 6) **võrdsus** – osutatav abi peab olema võrdselt kättesaadav kõigile piirkonnas elavatele inimestele.

Arstiabi kvaliteet ja selle parandamise võimalused sõltuvad sellest, a) kuidas on tervishoiusüsteem üles ehitatud ja kuidas seda rahastatakse, b) kuidas on arstiabi andmine ja selle kättesaadavus korraldatud, c) millisel professionaalsel tasemel arstiabi antakse (töenduspõhiste meditsiiniliste teadmiste rakendamine), d) millised on piirkonna inimeste ootused arstiabi suhtes ja vajadused selle järele.

WHO on sõnastanud tervishoiu kvaliteedi parandamise võimalused: a) lisaks abi professionaalsele kvaliteedile osutada tähelepanu kogu tervishoiusüsteemi kvaliteedile; b) ministeerium peab kvaliteedialases tegevuses olema liider, edendaja ja koordinaator, mitte ainult regulatiivide looja; c) kujundada kvaliteetse abi osutamise kultuur, tagada pidev tegevus kvaliteedi parandamiseks. Kvaliteedi jälgimiselt suunduda kvaliteedi parandamisele, määrata täpsed eesmärgid kvaliteedi parandamiseks ja järkjärgult need eesmärgid saavutada – vähem on parem, kõike korraga ei saa. Kokkuvõtlikult on uus suund liikuda kvaliteedi kontrollilt kvaliteedi parandamisele.

Eestis lähtuti kuni 1990. aastate alguseni meditsiiniabi kvaliteedi tagamisel üleliidulistest regulatiividest. Iseseisvas Eestis muutus tervishoiukorraldus ja arusaamad abi kvaliteedist. Eelmise sajandi viimasel kümnendil muutusid kogu arenenud maailmas arusaamad tervishoiu kvaliteedist – hakati tähelepanu pöörama tervishoiuasutuste juhtimiskvaliteedile, arenes patsiendi õiguste kontseptsioon, patsient sai aktiivseks partneriks tervishoiusüsteemis.

Eesti tervishoiuprojekti raames toimus 1995.–1998. a tervishoiuteenuste hindamine ja litsentseerimine ning koostati Eesti tervishoiu kvaliteedipoliitika dokument. Viimane toimus koostöös Hollandi ekspertidega. Dokument esitati kinnitamiseks valitsusele, see vaadati läbi, kuid seda ei kinnitatud. Nõuded tervishoiu kvaliteedile sõnastati 2001. a tervishoiuteenuste

korraldamise seaduses. Selle kohaselt kehtestab Sotsiaalministeerium nõuded tervishoiuteenuste kvaliteedile ja kättesaadavusele, samuti miinimumnõuded tervishoiuteenuste esitajatele.

Seminaril arutlusel olnud Eesti tervishoiu kvaliteedistrateegia dokument saab aluseks kõigi huvirühmadega kooskõlastatud projekti ettevalmistamisel Eesti tervishoiu kvaliteedistrateegia väljatöötamiseks.

Sellega seoses on vaja saada täpne ülevaade tervishoiu kvaliteedi tagamisega seotud õigusaktidest ja muudest dokumentidest ning teha kindlaks valdkonnad, mida need regulatiivid ei käsitle, ja vajadus uute regulatiivide väljatöötamise järele. Täpselt on vaja analüüsida meie riiklike ja mitteriiklike organisatsioonide osa tervishoiu kvaliteediküsimuste lahendamisel.

Kaja Põlluste esitas oma ettekandes ülevaate praegusest olukorrast. Kvaliteetset tervishoiuteenust iseloomustatakse järgmiste komponentide kaudu.

1. Struktuuri kvaliteet. See määratakse suuresti õigusaktide ja regulatiivdokumentidega. Nii on meil paika pandud tervishoiutöötajate koolituse nõuded, seadus reguleerib nõuded tervishoiuteenuste osutajatele, konkreetseid valdkondi reguleerivad meditsiiniseadme seadus ja ravimiseadus.

2. Protsessi kvaliteet. Seda ei saa korrastada ainult regulatiividega, olulisem on heade tavade ja raviteenuse osutamise juhiste väljatöötamine ja järgimine.

3. Tulemuste kvaliteet. See on kõige raske mini määratletav osa kvaliteedi hindamisel. Ei ole võimalik ka seadustega reguleerida ravitulemuste kooskõla patsiendi, teenuse osutajate ja rahastajate ootustega. Oluline on siin juhtimis-kvaliteedi arendamine. On üldteada, et soovimatud ravitulemused on 80% juhtudest seotud hälvetega raviasutuse ja raviteenuste vahelise töö korralduses ja vaid 20% konkreetse teenuse osutaja mitteküllaldase kvalifikatsiooni või veaga tema tegevuses.

Kvaliteedi tagamisega on Eestis seotud seitse riiklikku või mitteriiklikku institutsiooni või nende rühma: Sotsiaalministeerium, Tervishoiuamet, Eesti Haigekassa, maavalitsused, tervishoiutöötajate kutse- ja erialaühendused, tervishoiuteenuse osutajad (haiglad, eriarstid), õppeasutused.

Kvaliteedistrateegia väljatöötamisel on vaja jõuda ühise arusaamiseni kõigi nende osapoolte ülesannetes kvaliteedi tagamisel. Praegu ei ole kokku lepitud, kas Sotsiaalministeeriumi ülesandeks peaks olema kvaliteeditagamise koordineerimine ning kvaliteediandmete kogumine ja analüüs. Ei ole selge, kas Tervishoiuameti ülesanne on hinnata arstiabi protsessi ja tulemuste kvaliteeti. Samuti ei osanud ettekandja öelda, kas Eesti Haigekassal on õigus kehtestada teenuse kvaliteedi kriteeriumid, mil määral peaks ta abiprotsessi ja tulemuste kvaliteeti hindama ning kas usaldusarstid on piisavalt kompetentsed seda tegema. Täiesti on unarusse jäänud maavalitsuste osa piiritlemine oma piirkonna inimestele kvaliteetse arstiabi tagamiseks. Tervishoiutöötajate pädevuse hindamine on praegu kutse- ja erialaühenduste ülesanne. Läbi on rääkimata, kuidas ja kas peaksid erialaselt hindama abi professionaalset kvaliteeti ning kuidas võiks erinevate erialaselt tegevat tegevust selles vallas olla koordineeritud ja kooskõlastatud.

Meil ei ole ülevaadet, kas ja kui süstemaatiliselt tervishoiuteenuse osutajad tegelevad abi kvaliteedi hindamisega, milliseid näitajaid selleks kasutatakse.

Kokkuvõtlikult märkis Kaja Põlluste, et tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamine on õigusaktidega reguleeritud ja selliselt ka hinnatav struktuuri kvaliteedi tagamiseks. Meditsiinilise tegevuse kvaliteedi hoidmiseks lähtutakse enamasti headest tavadest. Puuduvad ühtselt mõistetavad ja aktsepteeritud tulemuste kvaliteedi hindamise mõõdikud.

Kalev Karu (dokumenti ettevalmistava töörühma liige) analüüsis tervishoiuteenuse kvaliteeti meie konkreetsetes oludes tegutseva raviasutuse vaatevinklist. Kuna arstiabi rahastatakse

ostumüügitehingute kaudu, on teenuse ostja ja müüja kvaliteedihuvid vastandlikud, ja kuna raviasutusele on kehtestatud kindlad hinnad, on tema eelistus ja vajadus „toota võimalikult odavalt“. Nii võib mõnigi kord kvaliteetne teenus olla majanduslikult kahjulik. Kui raviasutus püüab süsteemselt läheneda kvaliteediarengule, võib see olla kulukas – personali koolitus, konsultatsioonikulud, kulud dokumentatsioonile, kliinilise personali lisakoormus. Nendes tingimustes vajavad raviasutused sihipärast motiivatsiooni kvaliteediarenguks, peavad olema usaldusväärsele meetodikale põhinevad näitajad raviasutuse tegevuse hindamiseks.

Kvaliteediteemalisel **diskussioonil** öeldi välja paiguti isegi vastakaid seisukohti. See ei ole kindlasti arstkonna erimeelsuse näitaja, pigem näitab soovi ja valmisolekut kvaliteediteemaga tõsiselt tegeleda.

Diskussioonil pidas A. Vask vajalikuks luua tervishoiukvaliteedi arendamise keskus kas TÜ või TAI juurde, kaasates selleks erialaseltse. A. Kõrgvee soovust arvas, et kvaliteedi kontrollimine ja kvaliteedi indikaatorite määramine on iga eriala siseasi. Ü. Kaljumäe arvates abi kvaliteeti rohkem õigusaktidega reguleerida ei saa – ministerium peab siin võtma koordineeriva ja suunava rolli. Ka rahandusministerium peaks mõistma, et liiga palju sotsiaalküsimusi tahetakse lahendada tervishoiu vahenditest (K. Mand).

Nii erialade arengukavad kui ka abi kvaliteedi tagamise komponendid on vajalikud,

aga erinevate ja ka lähedaste erialade arengukavad on kooskõlastamata – igaüks hoiab enda poole (K. Mand). Erialspetsialistid annavad arengukavasid koostades nõu, kuid nõuanded on mõttetus, kui planeerijad, korraldajad neid arvesse ei võta – tõsist, argumenteeritud diskussiooni tervishoiu üle ei ole meil kujunenud (M. Lember).

Seltsid saavad hinnata eriarstide pädevust, kuid ei saa tagada jätkukoolitust – asutused peaksid arste saatma enam koolitusele väljapoole Eestit (T. Kariis). Täiendusõpet võiks rahaliselt soodustada – nt tulumaksuvabastus täiendusõppele kulutatud rahast (P. Mardna). P. Mardna tõstatab jälle küsimusi patsiendi osast raviprotsessis – kvaliteet ei sõltu ainult arstist, ta teeb oma tööd hästi, aga kui patsient ei hooli ravirežiimist, on tulemus ikkagi halb.

Mööda ei saadud minna ka rahast – kvaliteetset tööd tuleb rahaliselt stimuleerida (A. Kõrgvee).

Bruno Bouchet võttis diskussiooni ja seminaripäeva kokku järgmiselt: kvaliteedi parandamise eesmärk on säästa raha. Kvaliteetne abi hoiab kokku raha – ei ole vaja kulutada tüsistuste ravile, korduvalt hospitaliseerida jne. Kas kvaliteedi parandamiseks peab investeerima, sõltub sellest, mida ja kuidas tahetakse parendada – tuleb seada selged eesmärgid. Samas kui tehakse tööd, miks seda siis mitte kvaliteetselt teha, miks on hea töö eest vaja peale maksta? Võime olla veendunud, et iga hea arst tahab oma tööd hästi teha, ning süsteem peab seda soosima.

eestiarst@eestiarst.ee