



Riigihanke viitenumber: 154284

Tellijä: Sotsiaalministeerium

Tervishoiu kvaliteedisüsteemi arendamine

III etapp

**Ettevalmistustööd kvaliteedisüsteemi arendamiseks ja
kvaliteediindikaatorite rakendamissüsteemi väljatöötamine**

**Tartu Ülikool
tervishoiu instituut**

2015

Sisukord

1. Kokkuvõte	4
2. Kvaliteet tervishoius	7
3. Ettevalmistustööde eesmärk ja läbiviimise protsess	9
4. Eesti tervishoiu kvaliteedisüsteemi areng	10
5. Tervishoiu kvaliteedi hindamissüsteem Inglismaal	13
6. Tervishoiu kvaliteedi hindamissüsteem Taanis	18
7. Kvaliteedi hindamine Eesti tervishoius	22
7.1 Tagasiside haiglatele	
7.2 Perearsti kvaliteedisüsteem	
7.3 Kollegiaalne hindamine peremeditsiinis	
8. Välisriikide kogemus ja puuduvad lülid Eestis	26
9. Ettepanekud kvaliteedisüsteemi arendamiseks Eesti tervishoius	28
9.1 Akrediteerimine ja re-sertifitseerimine	
9.2 Kaasajastada SoM määrus „Tervishoiuteenuste kvaliteedi nõuded“	
9.3 Kaasajastada SoM määrus „Tervishoiuteenuste kättesaadavuse nõuded“	
9.4 Informatsiooni dokumenteerimine, kogumine ja kasutatavus	
9.5 Patsiendiohutuse arendamine	
9.6 Keskne sekretariaat ravi- ja tegevusjuhendite koostamiseks	
9.7 Kvaliteediarendus riigi ja tervishoiusüsteemi tasemel	
9.8 Kvaliteediarendus teenuseosutajate ja tervishoiutöötajate tasemel	
9.9 Patsientide kaasamine	
10. Riiklike kvaliteediindikaatorite rakendamise pilootprojekt	34
10.1 Intensiivravijärgne rehospitaliseerimine ja suremus	
10.2 Pilootprojekti õppetunnid	
11. Ettepanekud kvaliteediindikaatorite süsteemi loomiseks	39
11.1 Vajalikud ressursid ja õigusloome	
11.2 Tervise infosüsteemi ümberehitamine	
11.3 Tagasiside arstidele ja raviasutustele	
11.4 Indikaatorite väärkasutamise riskid	
11.5 Kvaliteeditasu arendamine peremeditsiinis	
12. Tegevuskava kvaliteedi edendamise süsteemi loomiseks	46
Raporti põhitekstis viidatud kirjandus	48
Lisa 1. Viited ja kirjandus Inglismaa tervishoiu kvaliteedisüsteemi kohta	49
Lisa 2. Viited ja kirjandus Taani tervishoiu kvaliteedisüsteemi kohta	52
Lisa 3. Intensiivravi kvaliteediindikaatorite hindamise meetodika, sh indikaatorite ja andmepäringu kirjeldused	54
Lisa 4. Tervishoiu kvaliteedi arenduskeskus 2016+	56

Mõisted käesoleva analüüsi kontekstis

Kvaliteet – teenuse omaduste ja karakteristikute kogum, mis võimaldab rahuldada kindlaksmääratud või eeldatavaid vajadusi.

Kvaliteedisüsteem – organisatsiooniline struktuur, vastutused, protseduurid, protsessid ja ressursid kvaliteedijuhtimise teostamiseks.

Kvaliteedi hindamine – mõõdetakse tegevuste vastavust ootustele ehk antakse hinnang, missugusel määral on teadmised, oskused ja kogemused ellu rakendatud.

Kvaliteedi indikaator (siin tervishoiu kvaliteedi indikaator) – näitaja, mis aitab analüüsida tervishoiusüsteemi eri aspektide olukorda ja tulevikuväljavaateid. Indikaatorid arvutatakse tavaliselt statistilisi meetodeid kasutades ja kvaliteediindikaatorid peaksid iseloomustama tervishoiusüsteemi osapooltele olulisi protsesse ja tulemusi.

Kliiniline audit – kvaliteedi parandamise protsess, mille käigus hinnatakse süstemaatiliselt patsientide ravi ja ravitulemusi kindlate kriteeriumite alusel ja rakendatakse vajalikke muudatusi.

Kollegiaalne hindamine (ingl *peer-review*) – sama valdkonna ja eriala asjatundjate antav põhjalik hinnang teaduslikele töödele, uurimistulemustele või ravikvaliteedi kontekstis hinnang kolleegide erialasele tegevusele ja tööle eeskätt protsessi ja tulemuslikkuse aspektist.

Võrdlusanalüüs (ingl *benchmarking*) – organisatsiooni või üksikisiku tegevuse võrdlemine samal tegevusalal saavutatud taseme või parima tulemusega. Võrdlusanalüüsi abil kavandatakse ja rakendatakse meetmeid parima tulemuse saavutamiseks.

Andmete sisestamine – terviseandmete (algandmete) esmakordne digitaalne dokumenteerimine nende tekkekohas, kas õe või arsti poolt raviasutuses või isiku enda poolt.

Andmete kogumine – algandmete valikuline ja kindlatel eesmärkidel saatmine tekkekohast järgmistele andmekasutajatele.

Terviseandmete moodul – kindlaksmääratud andmekoosseis ehk algandmete organiseerimine mahus ja viisil, mis vastab kokkulepitud kasutuseesmärkidele.

Käesoleva raporti koostajad:

Raul-Allan Kiivet, Tartu Ülikooli tervishoiukorralduse professor
Ruth Kalda, Tartu Ülikooli peremeditsiini professor
Mari Petersen, Tartu Ülikooli peremeditsiini resident
Inge Ringmets, Tartu Ülikooli biostatistika lektor
Elvo Themass, Tartu Ülikooli rakendusuringute keskuse analüütik

Tänuavaldused

Käesoleva raporti koostamisel oli väga suureks abiks informatsioon, mida andsid intervjuude ja vestluste käigus Mihhail Muzõtšin ja Eve Pilt Terviseametist, Merje Tikk ja Mart Einasto Tartu Ülikooli Kliinikumist ning PATH Eesti töögrupi liikmed.

1. Kokkuvõte

Tervishoiu kvaliteet ei vaja arendamist mitte põhjusel, et Eestis on ravikvaliteediga suuri probleeme, vaid et me homme teaks, kuidas ülehommega teha paremini.

Kvaliteet on suhteline ja subjektiivne mõiste, mis sõltub vaatenurgast, sest samal ajal või teenusel on eri osapoolte jaoks erinev väärtus, mida saab ka erinevalt mõõta ja käsitleda. Samas ei saa tõendada kvaliteeti või selle puudumist ilma kvaliteedikriteeriume kehtestamata ja kvaliteeti mõõdetavaks muutmata.

Tervishoius eristub selgelt kolm vaatenurka: patsiendi jaoks on ravitegevuse korral väärtuseks vastavus ootustele ja tervistumine, teenuseosutaja jaoks ravimeetodi õige valik ja rakendamine ning tervishoiusüsteemi jaoks ressursside optimaalne kasutamine, et aidata võimalikult palju abivajajaid. Need erinevused toovad välja sügava vastuolu – mis on parim ühe konkreetse patsiendi aspektist, pole alati parim ühiskonna ehk teiste (tuleviku) patsientide vaatenurgast.

Või teistpidi – patsient võib olla väga rahul raviga, mis ei andnud parimat võimalikku ravitulemust ja kasutas ülemääraselt avalikke ressursse; ravi rahastaja on rahul teenuseosutajaga, kes pakkus teenust vastavalt lepingus kokku lepitud indikaatoritele, kuigi patsiendile ei olnud seda vaja ja tervisekasu ta sellest ei saanud; või on teenuseosutaja rahul teenusega, mis vastab rahastaja nõuetele, kuid ta ei tea, et patsient pole enam nõus samasse raviasutusse ravile tulema.

Seega ei ole tervishoid ega tervishoiuteenus kvaliteetne iseenesest vaid konkreetsetes situatsioonides konkreetse lähenemisenurga alt ning õiglase hinnangu andmiseks ei tule kasutada mitte ühte mõõdikut, vaid erinevaid ja üksteist täiendavaid meetodeid.

Eestis arendavad tervishoiuasutused ja arstlikud erialad oma kompetentsi kuuluvaid valdkondi vastavalt oma teadmistele ja jõududele, reageerides aktuaalsetele probleemidele. Seni puudub Eestis ühtne tervishoiu kvaliteedisüsteem, mis tegeleks plaanipäraselt ravikvaliteedi arendamise, mõõtmise ja analüüsiga.

Käesoleva raporti eesmärgiks on esitada ettepanekud kvaliteedisüsteemi arendamiseks Eesti tervishoiu ja kvaliteediindikaatorite rakendamissüsteemi väljatöötamiseks.

Arenenud maades on kasutusel erinevaid lahendusi tervishoiu kvaliteedi hindamiseks ja olulistele küsimustele vastuste saamiseks. Osa nendest teadmistest ja kogemustest kahes tervishoiusüsteemis (Suurbritannia ja Taani) esitatakse käesolevas analüüsis. Samal ajal analüüsiti Eesti tervishoiu toimivaid kvaliteeditegevusi ja selgitati välja puuduvad lülid, arvestades seejuures rahvusvahelist kogemust. Selle alusel koostati ettepanekud erinevate tegevuste sidumiseks ühtseks tõendus põhiseks terviklikuks kvaliteedisüsteemiks.

Kolmandaks piloteeriti haigekassa ravikvaliteedi indikaatorite nõukoja poolt heaks kiidetud indikaatorid intensiivravi ravitulemuste hindamiseks (suremuskordaja ja rehospitalseerimine) ning teostatud analüüside alusel sõnastati soovitusel ja tegevuskava kvaliteediindikaatorite monitoorimissüsteemi loomiseks Eestis. Tegevuskava sisaldab soovitusi vajalike kvaliteetsete algandmete kogumise ja regulaarse kättesaadavuse tagamiseks ning ettepanekuid andmete analüüsi organisatsiooni ülesehitamiseks.

Inglismaal on meditsiini kvaliteedi arendamise süsteem tsentraliseeritud ja olulisel kohal on kvantitatiivsed kvaliteediindikaatorid ja infosüsteemid. Järjest enam tugevneb surve parima võimaliku teenuse osutamiseks. Prioriteetseteks valdkondadeks on rahvatervis, ravijärjekordade lühendamise, teenused vähihaigetele, vaimne tervis ja patsiendikesksus. Üritatakse soodustada

patsiendi valikuvabadust, haiguste ennetust, patsiendi kompleksset käsitlust, head juurdepääsu teenustele ja kvaliteetset ning kulutõhusat arstiabi.

Taani meditsiinisüsteemi tugevusteks on head andmebaasid, süsteemne kvaliteedikäsitus haiglate suhtes ja hea akrediteerimise korraldus. Arengukohtadena nähakse esmatasandi meditsiini väheseid kvaliteedimehhanisme, patsientide vähest osalust kvaliteedi hindamisel ning arstide isikliku tagasiside puudulikkust haiglates.

Raporti seitsmendas peatükis kirjeldatakse Eesti kolme kõige tulemuslikumat initsiatiivi kvaliteedi hindamise valdkonnas: haiglaravi kvaliteedi monitoorimine, perearstide kvaliteeditasu ja perearstide kollegiaalne hindamine. Nende edusammude kõrval tuleb tõdeda, et Eestis puuduvad koordineeritud ja süstemaatilised rakendusuringud, mis võimaldaksid teha tõendus põhiseid otsuseid nii raviasutuste kui tervishoiusüsteemi tasemel.

Lüngad Eesti kvaliteediarenduses võrreldes välismaise kogemusega:

- strateegilise juhtimise ja plaani puudumine riigi tasemel;
- kvaliteedialase arendustegevuse delegerimine teenuseosutajatele ja selle ebaühtlane areng;
- süsteemse kvaliteedikoolituse puudumine tervishoius;
- keskse koordineeriva ja juhendmaterjale ettevalmistava asutuse puudumine;
- andmebaaside ja registrite puudulik areng;
- olemasolevate andmete mittekasutamine tagasisideks tervishoiutöötajatele ja raviasutustele;
- ravi järjepidevuse ja patsiendikesksuse vähenenud areng;
- patsiendihutuse (ingl *patient safety*) teema on arenenud maades väga aktuaalne, kuid Eestis seni teadvustamata nii tervishoiusüsteemis kui avalikkuse jaoks.

Ettepanekud kvaliteedisüsteemi arendamiseks Eesti tervishoius:

- 1) käivitada akrediteerimine ja resertifitseerimine;
- 2) kaasajastada SoM määrus „Tervishoiuteenuste kvaliteedi nõuded“;
- 3) kaasajastada SoM määrus „Tervishoiuteenuste kättesaadavuse nõuded“;
- 4) muuta andmed ja informatsioon tervishoius kättesaadavaks ja kasutatavaks;
- 5) käivitada patsientide probleem- ja ohujuhtumite registreerimise ja analüüsi süsteemi;
- 6) moodustada keskne sekretariaat ravi- ja tegevusjuhendite koostamiseks;
- 7) arendada tervishoiuteenuste kvaliteeti nii riigi kui ka tervishoiusüsteemi tasemel;
- 8) anda teenuseosutajatele ja arstidele sisulist tagasisidet nende tegevuse kohta;
- 9) kaasata ja teavitada patsiente.

Tervishoiu kvaliteeti ei saa tagada ainult seaduste, määruste ja ettekirjutustega valitsuse tasandil, kuid ilma riigi tasandil koordineerimata ei teki kvaliteeti osapooli rahuldaval tasemel.

Kvaliteedi mõõde on tervishoiuteenuste loomulik osa ja sellest vaatenurgast võib selle eraldi rahastamine tunduda sobimatu. Küll aga tekib väga suur osa kvaliteedist patsiendi (ja tervisesüsteemi) jaoks teenuseosutajate vahel ja koostöös ning seda osa kvaliteedist tuleb täiendavalt toetada, arendada ja rahastada.

Kvaliteeti ei saa hinnata puudulike või ebakvaliteetsete andmete alusel

Juhtimise aspektist on kiusatus otsida parameetrit või indikaatorit, mida mõõtes saaks teha kiireid juhtimisotsuseid, aga tervishoid ja arstiabi ei ole täppisteadus ning parameeter, mis ühes olukorras tundub kohane, pole seda teistsuguste patsientide ega teiste raviasutuste korral.

Seepärast on tervishoius asjakohane võrdlusanalüüs (ingl *benchmarking*), mis ei tähenda võrdlust absoluutskaalal administratiivsete otsuste tegemiseks, vaid indikaatori väärtuse arvutamist konkreetses kontekstis ja ajas, et toetada eneseanalüüsi ja kvaliteedi parendamist teenuseosutajate endi poolt. See on ka loomulik, et ainult teenuseosutajad ise valdavad teadmisi ja informatsiooni õige suuna leidmiseks ja elluviimiseks.

Pilootprojekti käigus testiti haigekassa raviarvete andmebaasis olevate andmete sobivust ravikvaliteedi indikaatorite nõukoja poolt heaks kiidetud intensiivravi ravitulemuste indikaatorite hindamiseks – standardiseeritud suremuskordaja ja rehospitalseerimine, mille arvulised tulemused ja nende tõlgendus on esitatud 10.peatükis.

Siinkohal võib kinnitada, et andmed, mida täna raviasutused dokumenteerivad haigekassa raviarvete vormistamiseks, kirjeldavad suurt osa vajalikust administratiivsest informatsioonist, kuid nende sisestamise kvaliteet ei ole piisav, et välistada puudulike või vastuoluliste andmete edastamine.

Kogutavate andmete koosseise Eestis tuleb täiendada uuritava seisundi/sekkumise jaoks oluliste tunnustega, mida tuleb hakata koguma prospektiivselt ja kõikselt, et saada usaldusväärseid andmeid esinduslike võrdlusanalüüside tarvis.

Kvaliteediindikaatorite süsteemi loomiseks ning ravikvaliteedi arendamiseks ja hindamiseks vajalike andmete kogumiseks tuleb tervise infosüsteem ümber teha või selle kõrvale luua uus, mis võtab vastutuse ja katab andmehõive kvaliteedi alates andmete sisestamiskohast.

Võttes eesmärgiks luua 2020. aastaks Eestis tervishoiu kvaliteedi jälgimise ja edendamise süsteem, tuleb aastatel 2015–2016 astuda kolm sammu, mis koos loovad eeldused arenguhüppeks:

- 1) mittesüüline patsientide lahendamise süsteem – võtab maha pinged tervishoius;
- 2) uus sisu e-tervisele – annab vahendid andmete kogumiseks ja analüüsiks;
- 3) riiklik juhtimine – tagab plaanipärase ja tasakaalus arengu.

Sotsiaalministeeriumil tuleb võtta juhtroll tervishoiu kvaliteedi arendamisel ja koostada kvaliteedipoliitika dokument, milles on sõnastatud jõukohased eesmärgid ja nende saavutamiseks vajalikud tegevused ning koostada eelarve tegevuskava elluviimiseks. Plaani osadeks on kehtivate regulatsioonide kaasajastamine ja täiendav õigusloome ning tervishoiu kvaliteeti koordineeriva tsentraalse keskuse loomine.

Eesti tervishoiu arengu tagamiseks on vaja käivitada ravitulemuste ja ravikvaliteedi näitajate süstemaatiline kogumine ja analüüs, et faktiliselt hinnata Eesti meditsiini vastavust Euroopa tasemele ja selle toel teha tõenduspõhiseid tervishoiupoliitilisi otsuseid.

2. Kvaliteet tervishoius

Kvaliteet väljendub omadustena (headus ja väärtus) – asja, teenuse või info vastavusena otstarbele, vajadustele ja nõudmistele. Kvaliteet on suhteline (subjektiivne) mõiste ja sõltub lähenemisenurgast, sest samal ajal või teenusel on igapäevane erinev tarbimisväärtus, mida saab ka erinevalt mõõta ja käsitleda. Ilma kvaliteedikriteeriume kehtestamata ei saa tõendada kvaliteeti või selle puudumist ega muuta kvaliteeti mõõdetavaks.

Rahvusvaheline Standardiorganisatsioon ISO (*International Organization for Standardization*) määratleb **kvaliteeti** kui teenuse omaduste ja karakteristikute kogumit, mis võimaldab rahuldada kindlaksmääratud või eeldatavaid vajadusi. **Kvaliteedisüsteem** on organisatsiooniline struktuur, vastutused, protseduurid, protsessid ja ressursid kvaliteedijuhtimiseks.

Kvaliteedisüsteemi eelduseks on **kvaliteedi hindamine**, mis tähendab, et mõõdetakse tegevuste vastavust ootustele ehk antakse hinnang, missugusel määral on teadmised, oskused ja kogemused ellu rakendatud. Kvaliteedi hindamisel võrreldakse saadud tulemusi kvaliteedinõuetega ja tehakse selle alusel juhtimisotsuseid.

Tervishoiu kvaliteedisüsteemi eesmärgiks on tagada tervishoiuteenuste usaldusväärsus alati ja kõikjal, st parima võimaliku tulemuse saavutamist kõigi vastava teenuse osutajate ja teenuse osutamises osalevate isikute poolt. Terviklik kvaliteedisüsteem peab arvestama osapoolte vajaduste ja huvidega ning hoidma neid tasakaalus.

Käesoleva analüüsi elluviimisel lähtutakse WHO tunnustatud seisukohtast, et **kõrge kvaliteediga tervishoiuteenust iseloomustavad**:

- tervishoiutöötajate head professionaalsed oskused;
- ressursside kasutamise efektiivsus ja ratsionaalsus;
- diagnostiliste ja raviprotseduuride minimaalne risk patsiendile;
- patsiendi maksimaalne heaolu ja rahulolu;
- võimalikest parim tulemus tervisele.

Kvaliteedi hindamisel tervishoius peetakse silmas tervishoiuteenuste tarbijate ja osutajate ning tervishoiusüsteemi juhtimisest tulenevaid vajadusi, mida on otstarbekas käsitleda kui struktuuri, protsessi või tulemuste hindamist:

- struktuur (ehk sisend) tähendab personali pädevust ja töökoormust, hoonete, varustuse ja infosüsteemide ehk ressursside olemasolu ja taset; selle näideteks on tervishoiuteenuse osutajate tegevusload ja tervishoiutöötajate registreerimine;
- protsess (ehk tegevused) hõlmab haigusi ennetavat, diagnostilist, ravi- ja õendustegevust ning patsiendi informeerimist ja kaasamist; selle näideteks on ametijuhendid, ravijuhendid, õendustegevus- ja patsiendijuhendid ja nende järgimise monitooring;
- tulemus (ehk väljund) tähendab tervishoiuteenuste mõju patsiendi tervisele, healolele ja rahulolule ning tulemuste seost ressursside kasutamisega; selle näideteks on teenuse kättesaadavus, tulemuse meditsiiniline või majanduslik efektiivsus ning patsiendi rahulolu hindamine.

Kvaliteedi hindamisel on kaks põhimõtteliselt erinevat võimalust. Esiteks, tegevuse ja tulemuse hindamine vastavalt standarditele (näiteks personali arvu ja pädevuse vastavus õigusaktides sätestatud nõuetele) ja kokkulepetele (näiteks arsti tegevuse vastavus ravijuhenditele).

Teiseks võimaluseks on tegevuse või tulemuse hindamine olemasoleva informatsiooni alusel, näiteks vastates kliinilise auditi käigus küsimustele, kas tegevus vastas patsiendi tegelikele vajadustele (hinnatakse protsessi) ja kas mõni teine ravi- ja õendustegevus annaks parema tulemuse (hinnatakse tulemusi).

Tervishoiu osapoolte jaoks on kvaliteedil erinevad (osaliselt vastuolulised) tähendused, mistõttu on mõistlik kvaliteeti käsitleda tervishoiusüsteemi, teenuseosutaja ja patsiendi vaatenurgast. Näiteks tervishoiuasutus ja tervishoiusüsteem peavad soovitud kvaliteedi saavutama ülemääraste kulutusteta, kuid patsiendile on vaja kindlustunnet, et soovitud teenus on kättesaadav ja selle kvaliteet garanteeritud.

Arstiteaduse areng suurendab konkurentsi tervishoiuteenuste turul ja survestab piiratud ressursside kasutamist, mis nõuab tervishoiujuhtidelt pidevat protseduuride, teenuste ja tehnoloogiate hindamist ja kvaliteedi tagamist, ressursside sihipärasest kasutamist ning süsteemi muutmist patsiendikesksemaks. Nende eesmärkide saavutamine eeldab alati andmeid ja informatsiooni, mis kajastab objektiivselt teenuste kvaliteeti ja süsteemide tulemuslikkust.

Arenenud maades on kasutusel erinevaid lahendusi kvaliteedi hindamiseks tervishoius ja olulistele küsimustele vastuste saamiseks. Osa sellest teadmistest ja kogemusest kahes tervishoiusüsteemis (Suurbritannia ja Taani) esitatakse käesoleva analüüsi 5. ja 6. peatükis ning need kajastuvad ka Eesti kohta tehtud ettepanekutes.

Tervishoiuasutused ja arstlikud erialad Eestis arendavad oma kompetentsi kuuluvaid valdkondi vastavalt oma teadmistele ja jõududele, reageerides aktuaalsetele probleemidele. Koordineeritud ja ühetaoline süsteem hoiab kokku ressursse ning tagab ühtlase riikliku lähenemise tervishoiuteenuste osutajatele ja võrdsete võimaluste loomise kõigile patsientidele.

Eestis puudub siiani ühtne tervishoiu kvaliteedisüsteem, mis tegeleks süsteemselt ja regulaarselt ravikvaliteedi arendamise, mõõtmise ja analüüsiga [1]. Kahe aastakümne jooksul on asjakohaseid eeltöid tehtud ja tervishoiu kvaliteedi kohta on Eestis koostatud kaks poliitikadokumenti – aastatel 1998 [2] ja 2005 [3]. Käesolev analüüs toetub neile poliitikadokumentidele, sest seal esitatud põhimõtted ei ole aegunud ja ettepanekud on ellu viimata [1, 4].

Ülaltoodud põhimõtetele toetudes sõnastatakse käesoleva analüüsi tulemusena ettepanekud kvaliteedisüsteemi arendamiseks Eesti tervishoius ja kvaliteediindikaatorite rakendussüsteemi väljatöötamiseks.

3. Ettevalmistustööde eesmärk ja läbiviimise protsess

Projekti üldiseks eesmärgiks on teha ettevalmistustöid Eesti tervishoiu ja arstiabi kvaliteedi arendamiseks, mis toetuks tõenduspõhisele teadmisele, oleks patsiendikeskne ja taotleks parimat väärtust ühiskonnale. Projekti käigus tehakse ettevalmistusi tervishoiu kvaliteedisüsteemi arendamiseks kolmes valdkonnas:

- ettevalmistustööd kvaliteedisüsteemi arendamiseks ja kvaliteediindikaatorite rakendussüsteemi väljatöötamine;
- ettevalmistustööd tõenduspõhiste õendustegevusjuhendite väljatöötamiseks;
- töötavate apteekrite arvu ja vanuselise koosseisu prognoosimine aastani 2032.

Lahendused nimetatud ülesannetele on esitatud kolme eraldi raportina ja käesolevas on vastused esimese osauringu küsimustele.

Käesoleva raporti eesmärgiks on esitada ettepanekud kvaliteedisüsteemi arendamiseks Eesti tervishoiu ja kvaliteediindikaatorite rakendamissüsteemi väljatöötamiseks.

Ettevalmistustööd ettepanekute koostamiseks toimusid järgnevalt. **Esimeses etapis** koostati ülevaated Eesti ja kahe Euroopa riigi (Suurbritannia ja Taani) tervishoiu toimiva kvaliteedi arendamise süsteemi kohta. Eesti puhul analüüsiti raviasutustes, eriaseltsides ja riiklikul tasemel toimuvat kvaliteedi hindamist – parimaid praktikaid ja kvaliteedialast arendustööd.

Suurbritannia ja Taani valiti analüüsi kahel põhjusel. Esiteks on mõlemas tervishoid korraldatud ühtse riikliku süsteemina nagu Eestiski (ja erinevalt enamikest Euroopa riikidest), mistõttu ka kvaliteediarendus toimib riiklikul tasemel. Teiseks toimivad Suurbritannias ja Taanis mitmed tervishoiu kvaliteeti ja arstiabi tulemuslikkust toetavad süsteemid, mida võetakse eeskujuks nii rahvusvahelisel tasemel kui ka Eestis. Nii Suurbritannia kui Taani puhul otsiti rahvusvaheliselt tunnustatud juhendeid ja teaduskirjandust ning olulisemad sel viisil kogutud infoallikatest on esitatud käeoleva raporti lisades 1 ja 2 ning tehakse elektrooniliselt kättesaadavaks rahvatervishoiu veebiraamatukogus (www.rahvatervis.ut.ee).

Teises etapis analüüsiti Eesti tervishoiu toimivaid kvaliteeditegevusi ja selgitati välja puuduvad lülid, arvestades rahvusvahelist kogemust. Töötati välja ettepanekud erinevate tegevuste sidumiseks ühtseks tõenduspõhiseks terviklikuks kvaliteedisüsteemiks.

Kolmandaks toetati haigekassa ravikvaliteedi indikaatorite nõukoja poolt kokku lepivate ravikvaliteedi indikaatorite hindamise süsteemi arendamist ja piloteeriti valitud indikaatorite osas olemasolevate protsesside rakendatavust. Välja valiti indikaatorid intensiivravi ravitulemuste hindamiseks (suremuskordaja ja rehospitaliseerimine) ning analüüsi kaasati kõigi raviasutuste intensiivravi osakondade andmed.

Neljandana esitatakse analüüsides alusel soovitusel ja tegevuskava kvaliteediindikaatorite monitoorimissüsteemi loomiseks Eestis. Tegevuskava sisaldab soovitusi vajalike kvaliteetsete algandmete kogumise ja regulaarse kättesaadavuse tagamiseks ning ettepanekuid andmete analüüsi organisatsiooni ülesehitamiseks.

4. Eesti tervishoiu kvaliteedisüsteemi areng

Tervishoiu kvaliteet on Eestis tagatud erinevate seadusandlike regulatsioonidega ja tervishoiu kvaliteedi üle teeb riiklikku järelevalvet Terviseamet. Protsessi kvaliteedi valdkonnas on juhtrolli võtnud Eesti Haigekassa, kuid tulemuse kvaliteedi valdkonnas ei ole ükski tervishoiu osapool võtnud vastutust süsteemse lähenemise kujundamiseks [1, 4].

Struktuuri kvaliteet

Regulatsioonide ja järelevalvega on võimalik tagada ja jälgida n-ö struktuuri kvaliteeti – ruumide, varustuse, ressursside, infosüsteemi ja personali olemasolu ning formaalset sobivust vastavate ülesannete täitmiseks. Minimaalsete materiaalsete eelduste (hooned, ruumid, aparatuur jm varustus) kvaliteet oli tegevuslubade taotlemise ja uuendamise kaudu riiklikult reguleeritud ja juhitud ning Terviseamet kontrollis nõuetele vastavust enne tegevuslubade väljastamist.

Nüüd, mil Eestis on kõik tegevusload (mitte ainult tervishoius) muutunud tähtjatuks, tuleb õigusaktidega tagada, et järelevalveorganid hindaksid teenuseosutajate sobivust proaktiivselt ja võtaksid seejuures arvesse meditsiinitehnoloogiate ja arstiteaduse arenguid, st et nõuded ruumidele, aparatuurile jm varustusele peavad ajaga kaasas käima.

Tervishoiutöötajate kvalifikatsiooni vastavust nõuetele kontrollitakse Eestis ainult ühel korral, nende kandmisel tervishoiutöötajate registrisse, mis ei arvesta, et pädevus vajab nii säilitamist kui arendamist. Ka fakt, et tervishoiutöötaja registreerimist saab kehtetuks tunnistada ainult kohtuotsusega ja registreerimist peatada ainult aastaks, räägib sellest, et meetmed patsientidele ohtlike tervishoiutöötajate kõrvaldamiseks tervishoiusüsteemist on ebapiisavad.

Arstide pädevuse hindamisega tegeleb osa erialaseltsidest, kuid kuna selle protsessi läbimisest ei sõltu ei töötasu ega töölepingu püsivus, väheneb pidevalt eriarstide arv, kes selles osalevad.

Protsessi kvaliteet

Tervishoius on väga palju haigusi ennetavaid, diagnostilisi, ravi- ja õendustegevusi, sh ka patsiendi informeerimist ja kaasamist, mida tuleb teha õigel ajal õigesti ja milles osaleb kas üheaegselt või kindlas ajalises järjestuses enam kui üks tervishoiutöötaja, mis tähendab koostööd ja jagatud vastutust. Selle koostöö tagamiseks on vajalikud ametijuhendid, ravijuhendid, õendustegevus- ja patsiendijuhendid ja nende järgimise monitooring. Tervishoiu kvaliteedi arendamist protsessi tasemel on Eestis suunanud haigekassa ja erialaühendused. Olulisimaks püsivaks meetmeks on siin kujunenud ravijuhendite koostamine.

Ravijuhendite koostamist on haigekassa toetanud üle tosina aasta, kuid kuni 2010. a-ni toimus see protsess spontaanselt ja koordineerimatult ning kokku polnud lepitud ühtseid reegleid ega standardeid, mistõttu ravijuhendite sisuline kvaliteet oli väga ebaühtlane. Aastal 2010 algatati protsess seni ilmunud ravijuhendite kvaliteedi võrdlevaks hindamiseks, arvestades rahvusvahelist kogemust. Protsess päädis 2012. aastal ravijuhendite koostamise käsiraamatu [5] avaldamisega ning asjakohase formaliseeritud protseduuri kehtestamisega. Haigekassa on pidevalt toetanud ka patsiendijuhendite väljatöötamist tervise edendamise valdkonnas ja viimastel aastatel ka koos uute ravijuhendite väljatöötamisega.

Juhendite väljatöötamist toetav tegevus on olnud edukas, kuid väljatöötatud ja kokkulepitud juhendite arv on liiga väike, et saavutada piisav kaetus kõige olulisemates valdkondades. Samuti

on juhendite väljatöötamise protsess küllaltki pikk, mistõttu selles osalevate tervishoiutöötajate ring on piiratud.

Tulemuste kvaliteet

Tervishoiuteenuste osutamise eesmärgiks (loe: tulemuseks) on mõju patsiendi tervisele ja heaolule ning sellest vaatenurgast on Eestis kõige pikem traditsioon patsiendi rahulolu hindamisel. Patsientide vaadet tervishoiu kvaliteedile hinnatakse 1990-ndate lõpust alates elanikkonna rahulolu uuringutega, mida igal aastal korraldavad sotsiaalministeerium ja haigekassa. Lisaks tehakse suuremates haiglates patsiendi rahulolu uuringuid, millest saadakse tagasisidet raviasutuse töökorralduse, olme ja töötajate ning samuti kvaliteedi arendamise mõjude kohta [3].

Tervishoiuteenuste meditsiinilist efektiivsust hindab Eestis eeskätt haigekassa ja olulisemateks meetmeteks on siin kliinilised auditid, perearstide kvaliteedisüsteem, tagasiside haiglavõrgu haiglatele ning hiljuti käivitatud ravikvaliteedi indikaatorite arendustegevus.

Kliinilisi auditeid on tehtud pikemat aega ja saadud kogemuse najal koostati 2014. a kliiniliste auditite käsiraamat [6], mis aitab parandada auditite tulemuslikkust.

Perearstide kvaliteedisüsteem (PKS) on haigekassa kvaliteedi arendamise ja kontrollimise osa. Süsteemi on arendatud koostöös perearstide seltsiga alates 2006. a-st ning seda käsitletakse lähemalt peatükkides 7.2 ja 11.5.

Koos kuue suurema haiglaga on haigekassa juba kümnekond aastat osalenud WHO PATH (*Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals*) koostöövõrgustikus [7, 8], kus rakendatakse rahvusvaheliselt tunnustatud kvaliteediindikaatoreid. Selle koostöökogemuse najal on Eesti Haigekassa alates 2012. a-st hakanud avaldama kõigi Eesti haiglate kohta valikut raviteenuste kvaliteedi näitajatest [9].

Ravikvaliteedi indikaatorite nõukoja moodustamine 2013. a Eestile kohaste indikaatorite määratlemiseks on eelduseks, et käivitada kvaliteedi hindamine tulemuse aspektist. Indikaatorite defineerimine võimaldab järgmise sammuna kindlaks määrata optimaalsed tasemed (standardid), mida saab teha ainult vastavaid indikaatoreid süsteemselt mõõtes ja võrreldes. See on vajalik eeltöö, et hinnata Eesti tervishoius nii protsesse kui tulemusi.

Kvaliteet tervishoiuteenuse osutaja vaatenurgast

Raviasutustest suuremad tegelevad kvaliteediarendusega ISO raamistikus (kvaliteedi juhtimise süsteem ISO 9004). Välishindamises osaleb aktiivselt laboratoorse meditsiini eriala ja kümnekonna raviasutuse laborid on sertifitseeritud ISO 15189 raames.

Professionaalne ehk meditsiiniline kvaliteet hindab, kas teenuste tase ja osutamine vastavad professionaalsetele nõuetele ning rahuldavad patsiendi vajadusi. Erialase pädevuse hindamisega tegelevad erialaseltsidest vähesed, neist kõige süsteemsem töö toimub peremeditsiini, sünnitusabi ja günekoloogia, anestesioloogia ja hambaarsti erialadel.

Perearstipraksiste kvaliteedi käsiraamat [10] on välja antud Eesti Perearstide Seltsi poolt 2009. a. Käsiraamat annab juhiseid, kuidas organiseerida perearstipraksiste tööd parimal viisil ning on aluseks kollegiaalsele hindamisele, mida käsitletakse lähemalt peatükkides 7.3 ja 11.5.

Eriarstiabis on erialaseltside ja raviasutuste poolt olnud erinevaid initsiatiive rahvusvaheline akrediteerimise valdkonnas. Neist kõige värskemana võib nimetada, et TÜ Kliinikum läbis 2014. a Euroopa Vähiinstituutide Organisatsiooni (OEIC, *Organization of European Cancer Institutes*) akrediteerimise, mis koosnes eneseanalüüsist kliinikumis toimiva onkoloogiliste haigete

käsitlemise süsteemi kohta, ekspertide külaskäigust ja nende hinnangutest ning selle alusel koostatud parendusplaanist.

Kvaliteet patsiendi vaatenurgast

Patsientide organisatsioonid Eestis on seni keskendunud teenuste kättesaadavuse küsimustele, samas on patsiendiohutus avalikkuse jaoks veel avastamata teema.

Esimene konstruktiivne samm on 2013. a TÜ Kliinikumis käivitunud patsiendi kahju- ja ohujuhtumite infosüsteem, mille abil ohujuhtumid registreeritakse, klassifitseeritakse pärast riskianalüüsi erinevatesse riskiasmetesse ja menetletakse vastavalt.

Kättesaadavus on patsientide jaoks oluline tervishoiuteenuste kvaliteedi mõõde ja haigekassa hindab arstiabi kättesaadavust nii perearstide kui haiglate tasemel. Hindamine toimub aga rahastaja vaatenurgast ja ei ole teada, kas ja kuidas olemasolev informatsioon (näiteks järjekordade kohta) aitab patsiente nende valikute ja otsuste tegemisel.

Kvaliteet tervishoiusüsteemi vaatenurgast

Sotsiaalministeeriumis töötab tervishoiuteenuse kvaliteedi ekspertkomisjon (aastani 2007 arstiabi kvaliteedi ekspertkomisjon), mille nimetuse järgi võiks arvata, et komisjon nõustab ministrit tervishoiu kvaliteedi strateegilise juhtimise valdkonnas. Ekspertkomisjon tegeleb aga teise väga olulise ülesandega – hinnangute andmisega tervishoiuteenuste kvaliteedile vastavalt komisjoni poole pöördunud isikute (patsientide) taotlustele. Selline probleem- ja konfliktjuhtumite lahendamine on osapoolte jaoks väga tähtis, kuid kahjuks ei ole aastate jooksul komisjonile laekunud informatsiooni süsteemselt analüüsitud ega kasutatud tagasisideks ja õppimisvõimaluste loomiseks tervishoiutöötajatele ja tervishoiuteenuse osutajatele.

Ekspertkomisjon on ainus ministeeriumi tasemel toimiv püsilahendus tervishoiu kvaliteedi valdkonnas, mis osutab, et kvaliteediga tegeletakse tagasisivaatavalt, arutades juba toimunud juhtumeid. Oluline oleks aga käsitleda toimunut mitte ainult meditsiinilisest seisukohast, vaid teadvustada ka organisatsiooni juhtimise ja töökorralduse tähtsust vigade ärahoidmisel ja parima tulemuse saavutamisel.

Kokkuvõte kvaliteedi juhtimisest Eesti tervishoiusüsteemis

Eesti seadusandlus delegerib kogu vastutuse kvaliteedi tagamise eest tervishoiuteenuse osutajatele. See on mõistlik vaatenurgast, et raviasutuses või arstikabinetis toimuv määrab väga suure osa ravitulemusest. Küll aga ei arvesta selline lähenemine asjaoluga, et tervishoiuteenuse osutajaid on Eestis enam kui 1400, kuid ainult kümnekond suuremat haiglat on suutelised oma jõududega üles ehitama kvaliteedisüsteemi olulised lülid.

Teiseks jätab selline detsentraliseeritud lähenemine teenuseosutajatele vabad käed rakendada lahendusi, mis ei pruugi olla omavahel kooskõlas ega samavõrra tõenduspõhised, mistõttu kvaliteedi sisu raviasutuseti võib erineda määral, mis mõjutab patsiendi ravitulemusi.

Kolmandaks seisneb kvaliteet patsiendi ja tervishoiusüsteemi jaoks teenuseosutajate koostöös, mille eelduseks on kokkulepitud tööjaotus ja vastutused, mis tagavad ravi järjepidevuse ja patsiendikeskse tervishoiu.

Eestis on mitmed raviasutused ja erialaseltsid välja töötanud ja rakendanud asjakohaseid ja kaasaegseid lahendusi kvaliteedi arendamiseks ja hindamiseks, kuid hea praktika levib väga aeglaselt ja spontaanselt. See protsess peaks olema kiirem ja universaalsem, mis eeldab vastutuse tsentraliseerimist ja riigi juhtrolli tervishoiu kvaliteedi strateegilisel juhtimisel.

5. Tervishoiu kvaliteedi hindamissüsteem Inglismaal

Inglismaa meditsiini kvaliteet ja selle arendamine tõusis päevakorda 1990-ndatel, kui tulid ilmsiks mitmed juhtumid tervishoiu kvaliteedi puudulikkusest. Tõdeti, et riigi eri osades, eri tervishoiuasutustes on teenuste kvaliteet väga ebahütlane. Seejärel võttis valitsus meditsiini kvaliteedi parandamise üheks prioriteediks. Kvaliteet on defineeritud patsiendiohutuse, kliinilise efektiivsuse ja patsiendi positiivse kogemusena tervishoiust.

Strateegilised dokumendid ja nende rakendamine. 1998. a koostati järgnevas kümneks aastaks üldine strateegia dokumendis *A first class service: Quality in the new NHS* ([kokkuvõte](#) [EN01]¹ ja [tervikekst](#) [EN02]). Esikohale tõsteti kliiniline kvaliteet varasema hea majandamise asemel, seejuures tekkis haiglajuhtidel isiklik vastutus selle eest (Boyle, 2011). Konkreetsemaks eesmärgiks võeti kvaliteedistandardite ja ravijuhiste väljatöötamine. Selleks asutati 1999. a *National Institute for Clinical Excellence* (NICE; [koduleht](#) [EN03]) ja koostati *National Service Frameworks* (NSF). NICE ülesandeks sai koostada ravijuhendeid, teha kulutõhususe analüüse ning levitada tõenduspõhiseid ravipõhimõtteid. 2005. a lisati NICE pädevusse rahvatervise valdkonna analüüsid eesmärgiga ennetada haigusi ja edendada tervislikke eluviise. 2013. a laiendati juhendite väljatöötamine sotsiaalhoolekandele.

NSFides määratleti peamiselt kvalitatiivsed teenuste standardid ning koostati strateegiad nende rakendamiseks. Need töötati välja 10 prioriteetsemas valdkonnas (koronaarhaigus, vaimne tervis, vähk, KOK, diabeet, insult, neeruhaigus, kroonilised seisundid ja geriaatria). Näiteks diabeedi NSF suunas NHSi (*National Health Service*, võrreldav Eesti Haigekassaga) välja arendama, ellu viima ja jälgima diabeedi ennetuse, diagnoosimise, ravi ning tüsistuste ennetamise konkreetseid põhimõtteid ja tegevuskavasid. Üheks sõnastatud standardiks oli ka teiste haiguste riskifaktorite väljaselgitamine ning ravi, nt vererõhu kontroll, kolesterooli alandamine ja suitsetamisest loobumine. Eraldi punktidenägi toodi välja vajadus laste ja noorte diabeedi käsitlemise järele (nt lasteasutuste töötajate teavitustöö, lapse ja perekonna kaasamine, sh nende koolitus, sujuv üleminek täiskasvanute raviasutustesse). Rohkem infot [diabeedi NSFist](#) [EN04].

Sõnastati võimalikud indikaatorid, millega jälgida standardite täitmist, nt olemasolevate registrite põhjal kättesaadav info: tüsistustega toimetuleku kategoorias neeruasendusravi saavate patsientide arv miljoni inimese kohta aastas või diabeetilise jala tõttu tehtud amputatsioonide arv aastas; väljaarendamist vajavad võimalikud indikaatorid: laserteraapiat vajava retinopaatiaga diabeetiku protseduuri ooteaeg, sümptomaatilise südame isheemiatõve levimus diabeetikute seas (vt [Väljapakutud indikaatorid diabeedi NSFis](#) [EN05]). Mitmed indikaatorid on leidnud koha perearstide tulemustasustamise süsteemis QOF (pikemalt QOFst edaspidi). Konkreetsemad võtted standardite elluviimiseks sõnastati eraldi rakendusstrateegias ([NSF Diabetes: Delivery Strategy](#) [EN06]). Mõne aastaste vahedega jälgiti standardite täitmist raportites (nt [6. aasta ülevaade tehtust](#) [EN07]), kus esitatakse mõõdikuid, auditi tulemusi konkreetsete standardite kontekstis, NHS tervisekontroll 40–74-aastastele ja Change4Life, mis tegelevad riskifaktorite kaardistamise ja haiguste varajase diagnoosimisega ning üldise teadlikkuse tõstmisega diabeedist.

Nüüdseks on kvaliteedistandardite väljatöötamise enda peale võtnud NICE. Aastaks 2015 on plaanis sõnastada uued tõenduspõhised kvaliteedistandardid 150 sagedasema teema kohta. Näiteks on sõnastatud uued standardid diabeedi kohta, kus muu hulgas on rõhutatud diabeetilise haavandiga patsiendi suunamist ravile 24 tunni jooksul, psüühikale tähelepanu pööramist ja raviplaani koostamist ühes patsiendiga (vt [diabeedi kvaliteedistandardid](#) [EN08]). Eeldatakse iga

¹ Lühendiga [EN01] jne on tähistatud infoallikad Inglismaa kohta, mille veebilink on esitatud lisas 1.

tervishoiuteenuse osutaja rakendab standardeid. Teenuseosutaja peab standardeid arvesse võttes igal aastal koostama ja avalikustama kvaliteedijuhtimise aruande.

Lisaks sagedamini esinevate seisundite kvaliteedistandarditele alustasid 2013. a NHSi organiseeritud kliinilised nõuanderühmad (*Clinical Reference Groups – CRG*) harvemini esinevate teemade (nt [tsüstiline fibroos](#) [EN09], neeruasendusravi [jt](#) [EN10]) teenusestandardite loomist. Neis sõnastatakse mõned tõendus põhised ravipõhimõtted, peamiselt käsitletakse aga teenuste kättesaadavuse ja toimivuse põhimõtteid (nt suunamine, koostöö eri spetsialistide vahel, patsiendi kaasamine) ning esitatakse konkreetsed indikaatorid koos eesmärkväärtustega. Mõnes valdkonnas põhinevad CRG standardid suures osas erialaseltside väljatöötatud kliinilistel juhistel, nt [tsüstilise fibroosi ravistandardid](#) [EN11].

Kvaliteediindikaatorite süsteemid. 1990-ndatel rakendati Inglismaal *High Level Performance Indicators* (HLPI) süsteem. Jälgitavad indikaatorid hõlmasid suremusnäitajaid (eagruppidesse jaotatuna, kasvajast või südame-veresoonkonnahaigustest tingituna, enesetappude ja fataalsete õnnetusjuhtumite arv), kättesaadavuse hindamist (nt operatsioonide arv, ootejärjekordades olevate patsientide arv, vähi varajane avastamine), tõhususe hindamist (nt päevaravijuhtumite osakaal, keskmine voodipäevade arv juhtumi kohta, geneeriliste ravimite väljakirjutamise osakaal), patsiendi kogemust (nt ooteaeg erakorralise meditsiini osakonnas alla 2 tunni, esmasele visiidile mitteilmujate osakaal, plaanilise visiidi ooteaeg alla 13 nädala, üle 12 kuu ootavate patsientide arv kõigist ootajatest) ja tervishoiuteenuste muid näitajaid (nt imikusuremus, rinna- ja emakakaelavähi elulemus, üle 75-aastastepatsientide erakorraliste hospitaliseerimiste arv, tüsistuste arv, enne 16. eluaastat toimunud rasestumiste arv, välditavate surmade arv).

HLPI süsteem rajas aluse praegu töötavale igal aastal täiendatavale NHSi kvaliteedimõõdikute programmile NHS *Outcomes*. Selle eesmärk on saada üleriigiliselt võrreldavat infot NHSi tööst, anda aru valitsusele avaliku raha efektiivse kasutuse kohta ja soodustada kvaliteedi parandamist. Antud süsteemis eesmärkväärtusi ei ole ja süsteemi indikaatorid on esitatud Lisas 1-1.

Tulemusi avaldatakse 4 korda aastas, vt viimast, [2014. a novembri statistilist raportit](#) [EN12]. Osa indikaatoreid kattub teiste valdkondade (nt rahvatervise või sotsiaalhoolekande) kvaliteedimõõdikutega. Samuti on kattuvaid indikaatoreid ravikorraldustöörühmade (CCG – *Clinical Commissioning Groups*) mõõdikutega, samas erinevad nad NHSi indikaatoritest peamiselt populatsiooni suuruse definitsiooni poolest (CCG puhul kohalikes perearstipraksistes registreerunute arv, NHSi puhul elanike arv rahvastikuregistri järgi). Lisaindikaatoreid CCG-le on arendanud NICE ja tervishoiualane infokeskus HSCIC (*Health & Social Care Information Centre*). Kuna üks Inglismaa prioriteete on vähisuremuse vähendamine, siis uued kvaliteediindikaatorid suunavad enam tähelepanu vähi käsitlemisele. Mõned näited viimati lisandunud indikaatoritest: vähi diagnoosimisel staadiumi määramine, I ja II staadiumis avastatud vähkide osakaal ja rinnavähi suremus. CCG kvaliteedimõõdikute andmeid kogutakse eelkõige kohaliku tasandi tervishoiukorralduse parandamiseks, seejuures soodustatakse kohalikul tasandil oma eesmärkväärtuste seadmist. [CCG 2014. a septembri statistiline raport](#) [EN13].

On loodud ka kitsamate valdkondade mõõdikute kogusid, nt alates 2011. a-st on erakorralises meditsiinis kvaliteediindikaatoriteks võetud järgmised näitajad: patsientide arv, kes lahkusid arsti nägemata (eesmärk alla 5%), 7 päeva jooksul uuesti pöördunud patsientide arv, aeg esimese läbivaatuseni, aeg ravi alguseni, summaarne EMOs viibitud aeg. Lisaks neile administratiivsetele näitajatele hinnatakse patsientide tagasisidet (peamiselt narratiivina) ja kliiniliselt poolt hospitaliseeritud patsientide osakaal kõigist süvaveenitromboosiga haigetest.

Esmatasandi kvaliteediprogramm. Esmatasandil töötab alates 2004. a-st vabatahtlik kvaliteediprogramm *Quality and Outcomes Framework* (QOF; [koduleht](#) [EN14]). Enamik riigi perearstipraksistest on sellega liitunud. QOFi raames hinnatakse praksise tegevust viies valdkonnas: kliiniline (krooniliste haiguste käsitlemine), rahvatervis (haiguste ennetamine), lisategevused rahvatervises (lapse kasvu ja arengu jälgimine, kontratseptsiooninõustamine, emakakaelavähi skriining, rasedate jälgimine), kvaliteet ja produktiivsus ning patsiendi käsitlemine

(mh indikaatoriks visiitide kestus). Igas valdkonnas on oma alaindikaatorid koos eesmärkväärtustega (nt kliinilises kategoorias vähemalt 60% südamepuudulikkuse haigetest saab AKE või ARBiga ravi). Kvaliteedimõõdikuid muudetakse vastavalt NICE soovitudele. Vt [kehtivat indikaatorite kogu koos lisainformatsiooniga](#) (kokkuvõte alates lk-lt 11) [EN15]. Indikaatorite täitmise põhjal saab punkte, mille alusel makstakse praktilisele kvaliteedisüsteemi lisatasu.

Perearstipraktise sissetulekust moodustab QOFi tasu keskmiselt umbes veerandi. Kvaliteedipõhine tasustamine ongi antud programmi eesmärk, samas kasutatakse infot ka teenuste korraldamisel nii riigi kui kohalikul tasandil, uurimistöödeks ja terviseedenduses. Indikaatorid ja nende täitmine praktilistes avalikustatakse. Vt [viimast QOF raportit](#) [EN16]. Analüüsides on näidatud QOFi kulutõhusust (Walker 2010).

Kogutavad mõõdikud ja info vastuste kohta on koondatud vabalt ligipääsetavasse indikaatorite andmebaasi. Kokku on välja töötatud ja jälgimisel üle 200 indikaatori. Vt [NHSi infokeskuse koduleht](#) [EN17] ja [Health and Social Care Information Centre \(HSCIC\) indikaatorite andmebaas](#) [EN18]. Nii paljude indikaatorite olemasolul tekib küsimusi nende mõttekusest või kasulikkusest, seejuures on enamik indikaatoreid iseloomult kvantitatiivsed ja neid kasutatakse tervishoiuasutuste suunamiseks (Exworthy 2010).

Eriarstiabi kvaliteedipõhine rahastamine. Eriarstiabi hakati alates 1997. a-st tulemuspõhiselt rahastama (*Payment by Results*, PbR); 2002. a-st kannab süsteem nimetust *The National Tariff*. Teenuste hinnad määratakse riikliku keskmise kulu järgi. Tulemuspõhiseid rahastamisskeeme on arendatud alates 2004. a-st, praeguseks on haiglate tegevustest 60% haaratud tulemustasustamise süsteemidega.

Alates 2010. a-st on hakatud välja töötama teenuste hindu, mis vastavad parima kvaliteediga arstiabi osutamisel esinevale kulule (*Best Practice Tariffs*; BPT). BPT kasutamise eesmärgiks on soodustada ravikvaliteeti ja kulutõhusust. Esialgu töötati välja BPT silmakae operatsioonile ja koletsüstektoomiale päevakirurgia osakaalu suurendamiseks ning ägedale insuldile ja reieluukaela murrule. Tänapäevaks on BPT määratud ka mitmetele teistele juhtumitele. Reieluukaela murru puhul peab BPTle vastamiseks operatsioon toimuma vähemalt 36 tunni jooksul hospitaliseerimisest, patsienti peavad konsulteerima nii ortopeed kui geriaater, patsient peab operatsioonijärgselt saama interdistsiplinaarset taastusravi ja tuleb tegeleda tema võimalike järgmiste murdude ennetusega. Aasta hiljem lisati kohustus täita kaks vaimse tervise küsimustikku pre- ja postoperatiivselt. Vt [BPT mõju analüüsiv 2012.a. auditit](#) [EN19]. Tulemustasustamise rakendamisega on näidatud ravijärjekordade lühenemist, päevakirurgia osakaalu suurenemist, paremat finantsplaneerimist ja seeläbi kulude kokkuhoidu (Appleby 2012).

Haiglate tulemustasustamise lisavõimalus on osa võtta CQUINi programmist (lisarahastus 2,5% lepingusummast). Eesmärgiks on konkreetsete tulemuste paranemine, mida hinnatakse viies valdkonnas: patsiendiohutus (NHSi ohutustermomeetri tööriista kasutamine), patsiendi tagasiside arvestamine (*Friends and Family Test* (FFT) tulemuste parandamine), patsiendi lähedaste toetamine, dementsusele enama tähelepanu pööramine ning venoosse trombemboolia (VTE) esinemise vähendamine. Lisaks lepitakse teenuseosutajaga kokku just neile oluliste valdkondade kvaliteedi parandamine koos konkreetsete indikaatoritega. Heaks näiteks võib tuua *North Westi* piirkonna haiglate ühenduse loodud ühine CQUINi süsteem *Advancing Quality*. Selle eesmärkideks on päästa elusid, vähendada rehospitaaliseerimise vajadust, vähendada tüsistusi ja lühendada haiglas viibimise aega. Mõõdikud on olemas sagedamini esiletulevates valdkondades (südamelihase infarkt, koronaaride šunteerimine, südamepuudulikkus, insult, põlve- ja puusaproteesimine, kopsupõletik, dementsus ning psühhos). Mõõdetakse teatud ajalisi raame ravi osutamisel, näidustatud ravimi manustamist, diagnostiliste protseduuride tegemist, aga ka kirjaliku õpetuse kaasaandmist patsiendi väljakirjutamisel. Tutvustus [kodulehel](#) [EN20].

Analüüsid on näidanud, et *Advancing Quality* programm on vähendanud surmajuhtumeid, parandanud ravikvaliteeti ning on kulutõhus (Sutton 2012, Meacock 2013).

Infosüsteemid. Juhtumitepõhist haiglate tegevuse (nii hospitaliseeritud, ambulatoorsete kui ka erakorraliste patsientide juhtumid) infot kogutakse riiklikku infosüsteemi, kus pärast infotöötlust moodustatakse infokogu [Hospital Episode Statistics](#) (HES) [EN21]. See annab võimaluse teha uurimistöid, statistilist hindamist, auditeid ja kulude analüüsi, kuna infokogumine on seotud ka teenusepõhise rahastamisega. Andmed hõlmavad kliinilist, administratiivset ja geograafilist infot. HESile on juurdepääs avalik, täpsemat infot saab päringu alusel. Igakuiselt tehakse lühikokkuvõtteid, kord aastas põhjalikum ülevaade. Infosüsteem töötab alates 1987. a-st. Näiteks võib tuua allergiliste haiguste diagnoosidega haiglaepisoodid 2012/13. Plaanilisi visiite oli 93,7% ja ligi 63%-l juhtudest oli peamine sekkumine subkutaanne immuunteraapia. Allergilise riniidiga patsiendid pöördusid enam novembris ja veebruaris. Allergiatega pöördunute visiite arv kasvas võrreldes eelneva aastaga 7,7%. Kõige rohkem oli allergia diagnoosiga pöördunud laste seas. Eraldi on toodud allergiajuhtumite statistika piirkondade kaupa, vt täpsemalt [statistilist raportit](#) [EN22].

Lisaks on teisi temaatilisi andmekogusid, mida haldab *Health & Social Care Information Centre* (nt [riikliku vähi võrgustiku koduleht](#) [EN23]; [nimekirja kõikidest andmebaasidest](#) [EN24]) ja NHSi kodulehel kajastatavad andmed (nt ooteaeg suunamisest ravini, laste immuniseerimisega hõlmatus, imikute arv ja osakaal, kes 6–8-nädalaselt saavad rinnapiima kas täielikult või osaliselt. Vt täpsemalt [NHS statistika valdkondi](#) [EN25].

Patsiendi tagasiside. Inglismaa meditsiinisüsteemi ülesehituse põhimõteteks on teiste hulgas läbipaistvus ja patsiendi osalus. Seetõttu on suurem osa kogutavast infost avalikkusele kättesaadav eesmärgiga soodustada patsiendi teadlikku valikut teenusepakkuja osas ([NHS Choices koduleht](#) [EN26]). Lähtutakse eeldusest, et võistlusmoment pakkujate vahel soodustab kvaliteedi parandamist. Patsiendi tagasiside saamiseks korraldatakse mitmeid uuringuid (nt igaaastane riiklik perearstiabiga rahulolu [uuring](#) [EN27], tulemusnäitajatega seotud 4 plaanilise operatsiooni järgne tagasiside hinnang – [PROM](#) [EN28], perele ja sõpradele soovitamise test – [FFT](#) [EN29]). Patsiendid ning hooldajad peavad olema esindatud mitmetes tervishoiukorralduslikes nõukogudes.

Teised kvaliteedi tagamise mehhanismid. Riiklikul tasemel korraldab auditeid *Healthcare Quality Improvement Partnership* ([HQIP koduleht](#) [EN30]). igal aastal umbes 30 auditit. Akrediteerimine toimub vähestes valdkondades, akrediteerijaks on erialaselt (nt *Royal College of Psychiatrists*) või eraldi organisatsioon (nt *United Kingdom Accreditation Service* – UKAS). Akrediteeritakse peamiselt kindlaid teenuseid konkreetses raviasutuses, nt UKAS akrediteerib laboreid, arstide liidu (*Royal College of Physicians*) osalusel moodustatud koostöögrupp aga seedetrakti endoskoopilisi protseduure. *General Medical Council* teostab iga 5 aasta järel arstide [revalideerimist](#) [EN31]. Mõned erialaselt aitavad kaasa revalideerimisele ja auditite läbiviimisele. Et tagada meditsiinitöötajate väljaõppe kvaliteeti, on erialase hariduse taseme mõõtmiseks välja töötatud oma [indikaatorid](#) [EN32].

Meditsiinasutuste põhiliste kvaliteedinõuete täitmise järelevalvet teostab *Care Quality Commission* (CQC). CQC inspekteerib nii regulaarselt kui vajaduspõhiselt. Hinnatakse viit valdkonda: ohutus, efektiivsus, hoolivus, vastavus patsientide ootustele ja hea juhtimine. Samadest kriteeriumidest lähtuvalt on põhjalikult sõnastatud ka teenuseosutaja [registreerimise nõuded](#) [EN33]. Vt lisas 1–2 kvaliteediraporti kokkuvõtet.

Avalik tunnustus kõrge kvaliteedi eest. Aastatel 2000–2005 anti Inglismaal haiglatele kvaliteedimõddikutele vastamise eest tähte, et lihtsustada patsientidele hea kvaliteediga teenuseosutaja valikut. Ühest küljest on tähnide andmine ja seeläbi asutuse maine mõjutamine ainuke kvaliteedi parandamise meetod, mis on leidnud teaduslikku tõestust (Bevan 2010). Samas tekitab selline süsteem, seejuures kohustuslik, ebakindlust andmete kvaliteedis ja soodustab nende fabritseerimist (Bevan 2005). Sõltumatu kvaliteedihindamise organisatsioon *Caspe*

Healthcare Knowledge Systems (CHKS) annab alates 2000. a-st välja parima haigla tiitlit, alates 2009.a. antakse lisaauhindu patsiendiohutuse, ravikvaliteedi ja andmete kvaliteetsuse vallas. Riiklikul tasandil tunnustatakse kvaliteetse abi osutajaid *Clinical Excellence Award*'iga.

Kokkuvõtteks võib tõdeda, et Inglismaa meditsiini kvaliteedi arendamise süsteem on tsentraliseeritud ja konkreetsed arendusvaldkonnad sõltuvad võimul olevast poliitilisest jõust (Ham 2010). Olulisel kohal on kvantitatiivsed kvaliteediindikaatorid ja infosüsteemid. Järjest enam tugevneb surve parima võimaliku teenuse osutamiseks. Prioriteetseteks valdkondadeks on rahvatervis, ravijärjekordade lühendamine, teenused vähihaigetele, vaimne tervis ja patsiendikesksus. Edasistes arengutes, sh [NHSi järgmise 5 aasta strateegilises dokumendis \[EN34\]](#) mainituna, üritatakse soodustada patsiendi valikuvabadust, haiguste ennetust, haigete kompleksset käsitlust, head juurdepääsu teenustele, kvaliteetset ning kulutõhusat arstiabi (Lord Darzi 2008). Võrdlust teiste Ühendkuningriigi osadega vt lisast 1–3.

6. Tervishoiu kvaliteedi hindamissüsteem Taanis

Taani meditsiinkorraldus, sh kvaliteedijälgimise korraldus, on ajalooliselt olnud suuresti Taani maakondade vastutusala. Aastal 2001 otsustati kohalikud initsiatiivid omavahel liita ning luua ühtne süsteem Taani Kvaliteedimudeli nime all. Keskseks eesmärgiks võeti kõigi haiglate akrediteerimine üldiste standardite alusel, hilisemates etappides laiendati akrediteerimist erahaiglatele, kohaliku omavalitsuse hallatavatele tervishoiuasutustele (nt hooldekodud) ja apteekidele. Kuigi loodi mitmed riiklikud süsteemid, siis mõnede eesmärkide konkreetset lahendused (nt ravi interdistsiplinaarne integreeritus) jäeti maakondade otsustada (Vrangbæk 2002).

2004. a asutati Taani Tervishoiukvaliteedi ja Akrediteerimise Instituut – [IKAS](#) [DK01²], mis hakkas kvaliteedimudelit ellu viima. IKASi ülesandeks on toetada ka teadustööd meditsiini kvaliteedi alal nii finantsiliselt kui luues teadlastele töökeskkonna (andmebaaside haldajana). IKASi hallatav riiklik meditsiini kvaliteedi jälgimine ja parandamine toimub Taani Tervishoiu Kvaliteedi Programmi (DDKM) kaudu. Lisaks akrediteerimisele ja andmebaasidele kuulub DDKMi alla ka Riiklik Indikaatorite Projekt.

Akrediteerimine. DDKMi raames toimuv akrediteerimine on eespool nimetatud tervishoiuasutustele kohustuslik, protsess algatatakse avalduse alusel. Kõigepealt antakse esialgne hinnang, koostatakse tegevuskava kvaliteedi parandamiseks prioriteetsetes valdkondades ja määratakse vajaduse korra konsultant. Aasta pärast viib akrediteerimismeeskond läbi inspeksiooni ja koostab raporti ning otsuse. Dokumendid avalikustatakse kodulehel, et tagada kvaliteediinfo kättesaadavus ja selle kaudu soodustada inimeste informeeritud valikut. Asutuse võib otsuse apelleerida. Akrediteerimist tuleb iga kolme aasta tagant uuendada. Lihtsustamaks akrediteerimisprotsessi ja standardite rakendamist, korraldatakse koolitusi ning välja on antud käsiraamat seletustega. Akrediteerimisprotsess vastab rahvusvahelise organisatsiooni [ISQua](#) [DK02] toimimispõhimõtetele.

Akrediteerimisstandardid jaotuvad organisatoorseks, üldisteks ja spetsiifiliste haiguste puhusteks standarditeks. Organisatoorsed standardid hõlmavad asutuse juhtimist (sh kvaliteedijuhtimist), üldised standardid patsientide informeerimist, hügieeninõudeid ja muud. Haiguspetsiifilised standardid peavad olema kooskõlas riiklike või kohalike ravijuhenditega ning kohandatud akrediteeritavale tervishoiuasutusele. Standardite dokumendi 1. versioonis toodi välja konkreetset valdkonnad, sh skisofreenia, rinnavähk, diabeet, insult, rasedus-sünnitus (konkreetset indikaatorid antud teema all on nt naiste osakaal, kel raseduseelselt oli KMI üle 27 ja keda skriinimise gestatsioonidiabeedi suhtes; laste osakaal, kes pärast sünnitust olid emaga nahk-naha kontaktis). Uuendatud versioonis eraldi haiguseid või seisundeid välja ei toodud. Akrediteerimisstandardites nõutakse enamjaolt tegevus- või ravijuhendite olemasolu, vajaduse korral riiklike juhendite kohandamist antud asutusele, juhiste täitmise jälgimist ja selle kaudu kvaliteedi parandamist. Vt [akrediteerimisstandardid haiglatele 2. versioon](#) [DK03].

KOVi hallatavate tervishoiuasutuste (sh hooldekodude) akrediteerimisstandardid hõlmavad suures osas sarnaseid valdkondi, lisaks on pööratud enam tähelepanu lamatiste ennetamisele, palliatiivsele ravile ning hooldatava isiku väärikuse tagamisele. Vt [munitsipaalasutuste akrediteerimisstandardid](#) [DK04].

Riiklik Indikaatorite Projekt. Oluline riiklik kvaliteedijälgimise programm on 2000. a alustatud Taani Riiklik Indikaatorite Projekt (edaspidi [DNIP](#) [DK05]). Meditsiinitöötajate ühenduste, teadusasutuste ja riigi osalusel töötati välja kvaliteediindikaatorid esialgu 6 haiguse

² Lühendiga [DK01] jne on tähistatud infoallikad Taani kohta, mille veebilink on esitatud lisas 2.

jaoks. Indikaatorite jälgimine on kõigile haiglatele kohustuslik. Kokkuvõtteid tehakse regulaarselt mitu korda aastas ning tulemused avalikustatakse piirkondade kaupa. Iga haigla saab tagasisidet enda tulemuste kohta ning samas saab end võrrelda ka teiste haiglatega. Indikaatorite kasutuse mõju hindamiseks ja kvaliteedi parandamiseks tehakse regulaarselt auditeid. Indikaatorite kasutamine ei ole seotud haiglate finantseerimisega. Kvaliteediindikaatorite jälgimine on muutnud tervishoiuteenuste taset ühtlasemaks (Mainz 2004). DNIPi arendamise ja käivitamise kohta on kirjutatud [raport](#) [DK06].

DNIPs käsitletavat esimesed 6 haigust on insult, südamepuudulikkus, kopsuvähk, reieluukaela murd, skisofreenia ja kõhukoopa äge kirurgiline probleem (verejooksuga või perforatsiooniga või duodenaalhaavand). Igas nimetatud valdkonnas valiti välja 6–10 tõendus põhise indikaatorit. 2009. a otsustati luua indikaatorid ka diabeedi, kroonilise obstruktiivse kopsuhaiguse, depressiooni, sünnituse ning põletikulise soolehaiguse jaoks. Praegu töötavad andmebaasid lisaks ka diabeedi ja KOKi osas.

Näiteks võib tuua insuldipuhused indikaatorid: ravi insuldile spetsialiseerunud üksuses 48 h jooksul, ravi antiagregandiga 48 h jooksul ja 14 päeva jooksul antikoagulandiga, näidustuse korral, CT või MRT tegemine 48 h jooksul, füsioterapeudi ja tervishoiuspetsialisti tehtud läbivaatused ning toitumuse hindamine. Tulemusnäitajaks on suremus 30 päeva jooksul. Indikaatoritele on määratud ka eesmärkväärtused (osakaal kõikidest patsientidest, nt 90%). Lisandunud on vee neelamise test hospitaliseerimise päeval ning UH või CT-angiograafia tegemine kaelaarteritest nelja päeva jooksul (Pedersen 2011). Patsiendid, kel on enamik kriteeriume täidetud, viibivad haiglas 13–33% vähem aega, samuti on nende ravikulud väiksemad (Svendsen 2009 ja 2013).

2003.a. käivitati DNIPi raames Taani südamepuudulikkuse register Südamepuudulikkuse ravi alasteks kvaliteediindikaatoriteks on ehkardiograafia teostamine, NYHA klassifikatsiooni järgi raskusastme määramine ja vähenenud süstoolse funktsiooniga (vasaku vatsakese väljutusfraktsioon alla 40%) patsientidel AKE inhibiitorite või ATII retseptorite blokaatorite, beetablokaatorite kasutamine, patsientide füsioterapiale suunamine ja terviklikust patsiendiõpetusest osasaamine. Tulemusnäitajaks on suremus 1 aasta jooksul alates haiglakontaktist (hospitaliseerimisest või esimesest visiidist). Võrreldes 2003. ja 2010. a andmeid, ilmneb peaaegu kõigi indikaatorite puhul teenuse kvaliteedi paranemine (v.a. AKE/ARBi manustamine, mis on jäänud enam-vähem samaks). Sama perioodi vältel on vähenenud suremus 20,5%-lt 12,8%-le (Nakano 2013).

Kolmandaks näiteks võib tuua kõhukoopa ägeda kirurgilise probleemi. Ägeda seedetrakti verejooksu ja perforatsiooni indikaatorid (valik 16st indikaatorist): patsientide osakaal, kellele tehakse 24h jooksul gastroskoopia (eesmärk vähemalt 85%, 2012/13. a saavutatud 85%); patsientide osakaal, kes vajavad 5 päeva jooksul ravi taasalanud verejooksu tõttu (eesmärk alla 15%, 2012/13. a oli 11%); haavandi verejooksu tõttu opereeritud patsientide osakaal (eesmärk alla 10%, 2012/13. a 3%); suremus 30 päeva jooksul (eesmärk alla 10%, 2012/13. a 10%). Vt lisaks taanikeelne 2013. a [raport](#) [DK07] (tabelid arusaadavad ka minimaalse taani keele oskuse korral).

Auditeerimine. Taanis tehakse igal aastal mitmeid riiklikke auditeid. Enamik neist on vabatahtliku osalusega. Hindamiseks mitmeid eri osakondi, on välja töötatud osakondadeülesed tulemusnäitajad. Näiteks erakorraliste hospitaliseeritud patsientide puhul (olenemata osakonnast, kuhu hospitaliseeriti) on hindamiskriteeriumiteks korrektne esialgne diagnoos, interdistsiplinaarne tegevuskava, korrektne ravimite määramine ja manustamine, uuringute ooteajad, dokumenteerimise korrektsus, rehospitaliseerimise vajadus ning epikriiside sisu ja valmimisaeg. 2001. ja 2002. a tehti nende kriteeriumidega auditid, mille tulemusena 75% osakondadest muutis pärast esimest auditeerimist oma töökorraldust. Samuti paranes statistiliselt olulisel määral interdistsiplinaarsete tegevuskavade välatöötamine (72,8%-lt 75,9%-ni). Uuringusse oli kaasatud 71% erakorralisi patsiente vastuvõtivatest Taani haiglatest (Qvist 2004).

Andmebaasid. Kliinilise kvaliteedi andmebaase haldavad Taani maakondade kvaliteediüksused. Riikliku rahastuse üle otsustab mitmeid tervishoiukorralduslikke asutusi koondav nõukogu. Riikliku rahastuse saab andmebaas, mille eesmärk peale teadustööks infokogumise on ka meditsiini kvaliteedi parandamine. Kui andmebaas on saanud ametliku tunnustuse, siis on kõigil tervishoiuteenuste osutajatel kohustus sinna andmeid edastada. Andmebaasi hea kvaliteedi tagamiseks peab olema sisse kantud vähemalt 90% vastava diagnoosiga patsientide infost ning patsiendi andmed peavad olema terviklikud; puuduoleva info hulk ei tohi olla üle 10%. Riiklik rahastus antakse korraga 3 aastaks. 2011. a seisuga oli andmebaase 59, neist 51 olid üleriigilised ja 32 said rahastust. DNIPi on kaasatud 8 andmebaasi. Andmebaasidest [ülevaade](#) [DK08]. Taanikeelne [nimekiri](#) [DK09] koos täpsemate suunamistega andmebaasidest ja raportitest.

Kvaliteedi jälgimine peremeditsiinis. Tagamaks esmatasandi meditsiini kvaliteeti, on Taani Perearstide Kolledži välja töötanud ravijuhendeid. Koostöös maakondade Peremeditsiini Kvaliteediüksusega ([DAK-E](#) [DK10]) on välja töötatud mitmeid kvaliteedijälgimise tööriistu, peamiseks näiteks võib tuua *Data Capture*. See kogub tööarvutist koodide alusel automaatselt infot diagnooside ja tegevuste, samuti laborianalüüside vastuste ja väljakirjutatud ravimite kohta. Programm annab piisava aja jooksul infot koondades automaatselt ülevaate ja hinnangu kvaliteedile vastavalt ravijuhiste eesmärkväärtustele (nt diabeedi puhul viimase 12 kuu jooksul teostatud üldkolesterooli analüüsi väärtus alla 4,5). Jälgitakse diabeedi, KOKi, südameveresoonehaiguste ja depressiooni diagnoosiga patsiente. Programm on vabatahtlik, liituda võib ka osaliselt (nt ainult diabeedi jälgimiseks). *Data Capture* annab praktilisele individuaalset tagasisidet ning võimaldab praktiliseid omavahel võrrelda. Näidatud on selle positiivset mõju muidu tähelepanuta jäävate patsientide aktiivsemale meditsiinilisele käsitlusele (Schroll 2012). Teiseks programmiks on DANPEP, mis on patsientide tagasisideküsimustik. Ka sel puhul saab perearst individuaalselt tagasisidearvust, mis sisaldab tema tulemusi ja võrdlust teiste praksistega. Kvaliteedi parandamine on iga perearsti enda korraldada. Piirkondade põhiselt korraldatakse eraldi kvaliteedi tagamise ettevõtmisi, kuid ühtset riiklikku süsteemi ei ole (Pedersen 2012). <http://www.dak-e.dk/flx/en/about-dak-e/>

Patsiendiohutus. 2004. a käivitati riiklik tüsistuste teavitamise register. Meditsiinitöötaja on kohustatud teavitama tüsistustest ja ohujuhtumitest, seejuures võib ta jääda anonüümseks (kuigi seda ei soovitata, kuna siis võib olla keeruline juhtumit läbi arutada ja sellest õigeid järeldusi teha). Meditsiinitöötajale ei järgne mingeid sanktsioone teavitamise eest. Teavitused kogutakse piirkondlikul tasandil kokku ja edastatakse Riiklikule Tervisenõukogule. Juhtumid jaotatakse järgmistesse kategooriatesse: ravimreaktsioonid, invasiivse protseduuriga seotud tüsistused, kukkumised, enesetapukatsed, anesteesiaga seonduvad tüsistused, ravivead, segadus ja möödarääkimine, järjepidevuse katkemine, südamepuudulikkus või ootamatu surm, teised ohujuhtumid. Info põhjal tehakse iga-aastased raportid, vajaduse korral pööratakse tähelepanu spetsiifilisele probleemile, mis esineb üle riigi liiga sageli. Näiteks 2009. a esines operatsioonil võõrkeha jätmist patsiendi kehasse Taanis 0,002%, postoperatiivset sepsist 0,24%, postoperatiivset KATEt või SVTd 0,27% ja kateetriga seotud süsteemseid infektsioone 0,033%. Haiglate personali hinnangul võib probleemidest julgelt teada anda ning enamasti haiglate juhtkonnad soodustavad seda. Patsiendiohutust vähendav faktor on üleviimine teise osakonda, kuna infovahetus on puudulik (Skjoet 2006).

Patsientide kaasamine ja tagasiside. Haiglapatsientide (nii ambulatoorsete kui statsionaarsete patsientide) rahulolu küsitlusuuringuga alustati 2000. a. Esialgu korraldati seda iga kahe aasta tagant, alates 2009. a igal aastal. Küsimused on raviteenuste, ohutuse, järjepidevuse, kaasamise, suhtlemise, info edastamise, väljakirjutamise, koostöö, ooteaegade, haiglavaliku ning füüsilise keskkonna kohta. Lisaks üldistele küsimustele saab iga maakond välja töötada oma spetsiifilisi küsimusi. Uuringut haldab [Patsiendi Tagasiside ja Hinnangu Keskus](#) [DK11]. Üldiselt on patsiendid tervishoiuga rahul. Lisaks on täpsemalt uuritud patsientide haiglavaliku õigust, sellest teadlikkust, valikuõiguse kasutamist ning seda mõjutavaid faktoreid. Teadlikumad olid naissoost, kõrgema haridusega, avaliku sektori töötajad ja kirurgilist abi vajavad patsiendid (Birk 2011).

Kuna avalik juurdepääs kvaliteediandmetele on prioriteetne, siis võib välja tuua hea näite Taani suurima haigla *Rigshospitalet*'i initsiatiivist oma kodulehel avalikustada võimalikult ajakohaseid kvaliteediindikaatorite andmeid võrrelduna riigi keskmisega. Täpsemalt vaata *Rigshospitalet kodulehelt* [DK12].

Kvaliteediinfole avaliku ligipääsu tagamiseks on loodud veebileht, mis annab ülevaate tervishoiu kvaliteedi indikaatoritest (sh suremus, ooteajad, mittevajalik hospitaliseerimised, patsientide rahulolu, tervishoiu maksumus elaniku kohta). Leht on taanikeelne, vt [siit](#) [DK13].

Rahvusvaheline kvaliteedi hindamine. Taani osaleb OECD tervishoiu kvaliteediindikaatorite projektis (HCQI). Selle raames jälgitud indikaatorid olid rinna-, emakakaela- ja kolorektaalvähi elulemus, mammograafia, emakakaelavähi sõeluuring, vaksineerimisega hõlmatus ja vaktsiinivõltsivate haiguste esinemissagedus, üle 65-aastaste gripivaktsiiniga vaksineerimise hõlmatus, astmasse suremus, ägedasse müokardiinfarkti ja insuldi suremus 30-päeva jooksul, reieluukaelamurru operatsiooni ooteaeg, suitsetamise levimus. Täpsem info 2006. a [vaheraportist](#) [DK14]. Lisainfot OECD jälgitavate indikaatorite kohta leiab viimasest Taani meditsiinisüsteemi ülevaatest, ptk 7.4 (Olejaz 2012).

OECD [hinnangul](#) [DK15] on Taani meditsiinisüsteemi tugevusteks head andmebaasid, haiglate süsteemne käsitlus, hea kvaliteediga akrediteerimine, arengukohtadena nähakse esmatasandi meditsiini väheseid kvaliteedimehhanisme, patsientide osaluse vähesust kvaliteedi hindamisel ning arstide isikliku tagasiside puudulikkust haiglates. Vaata ka Taani tervishoiuministeriumi välja antud meditsiinisüsteemi [ülevaadet](#) [DK16].

7. Kvaliteedi hindamine Eesti tervishoius

Kvaliteedi hindamine tähendab, et mõõdetakse tegevuse vastavust ootustele ehk hinnangut, millisel määral teadmised ja oskused on ellu rakendatud. Kvaliteedi hindamisel võrreldakse saavutatud tulemusi püstitatud eesmärkide või nõuetega.

Semiootiline soovitus – kvaliteedi hindamise asemel võiks kasutada mõistet "kvaliteedi edendamine", sest kvaliteedi hindamine pole ühekordne hinnangu andmine skaalal hea-halb, et selle alusel teha administratiivseid otsuseid. Kvaliteedi monitoorimine-jälgimine on protsess, mis juhul, kui see toetub asjakohasele informatsioonile, näitab, mis suunas ja kui kiiresti toimuvad arengud.

Ravitulemuse hindamise eesmärgil on Eestis tehtud ka mitmeid teadus- ja arendusprojekte, millest võib mainida postoperatiivsete tüsistuste esinemist garstrokirurgias [11] ja revaskulariseerimise ravitulemuste, sh elulemuse hindamist [12], kuid kvaliteedialane teadustöö on siiski veel marginaalne.

Siin peatükis kirjeldatakse kolme initsiatiivi kvaliteedi hindamise valdkonnas, mis on Eesti tervishoius pikima ajalooga ja tulemuslikud: haiglaravi kvaliteedi monitoorimine, perearstide kvaliteeditasu ja perearstide kollegiaalne hindamine.

Etteruttavalt võib käesoleva peatüki kokkuvõtteks öelda, et Eestis puuduvad tervishoiuteenuste kvaliteeti käsitlevad koordineeritud ja süstemaatilised rakendusuringud, mis võimaldaks teha tõendus põhiseid otsuseid nii raviasutuste kui tervishoiusüsteemi tasemetel.

7.1. Tagasiside haiglatele

Koos kuue suurema haiglaga on haigekassa kümme aastat osalenud WHO PATH (*Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals*) koostöövõrgustikus [7, 8], kus töötatakse välja ja rakendatakse rahvusvaheliselt tunnustatud kvaliteediindikaatoreid.

Esimestel aastatel töötati välja kvaliteediindikaatorite arvutamiseks sobilikud andmeallikad ja andmekoosseisud, et saavutada andmete usaldusvärsus ja võrreldavus. Töömahukas protsess andis tulemuseks ligi 40 indikaatorit, mille kohta koostati täpsed andmekoosseisud ja andmetest indikaatorite arvutamise valemid. Töötati välja formaat, mis võimaldab hinnata muutusi ajas ja võrrelda haiglaid.

Selle koostöökogemuse najal on alates 2012. s-st Eesti Haigekassa hakanud avaldama kõigi haiglate kohta valikut raviteenuste kvaliteedi näitajatest [9]. Selle eesmärk on kirjeldada haiglate tegevust eri aspektidest ning pakkuda haiglajuhtidele ja klinitsistidele võimalusi analüüsida oma haigla tööd võrreldes teiste haiglavõrgu haiglatega ja õppida teiste kogemusest.

Aruande koostamisel kasutatakse haigekassale esitatud raviarvetel olevat informatsiooni. Iga indikaatori kohta esitatakse graafilised võrdlusjoonised ja Exceli tabelid, mis võimaldavad kasutatud andmeid detailsemas vaates analüüsida.

Koostöökogemuse saavutused ja õppetunnid [8, kohandatud]:

- välja on töötatud metoodika tunnustatud kvaliteediindikaatorite arvutamiseks, mis on osapoolte jaoks usaldusväärne ja informatiivne;

- saavutatud on vastastikune usaldus, mis võimaldab teha tulemusel avalikult kättesaadavaks;

- koostöös osalevad raviasutused on leidnud palju võimalusi, kuidas üksteiselt õppida ja koostööd teha;
- paljude indikaatorite arvutamiseks saab edukalt kasutada haigekassa raviarvete andmeid, st pole vaja üles ehitada täiesti eraldiseisvat andmete kogumise organisatsiooni;
- samas ei võimalda raviarvete andmekoosseis arvesse võtta tegureid, mis mõjutavad (ravi)tulemusi, näiteks patsiendi seisundi raskus, kaasuvad haigused ja eelnev haiguskäik;
- tervishoiu rahastaja roll protsessi koordineerijana võib olla kallutatud ja liigselt rõhutada optimaalse ressursikasutuse tähtsust teiste kvaliteedieesmärkide kõrval;
- tervishoiu rahastaja roll protsessi koordineerijana suurendab riski, et erisuste ilmnemisel tehakse administratiivseid otsuseid, kuigi indikaatorite avaldamise eesmärgiks on toetada avalikku arutelu erinevuste põhjuste mõistmiseks ja parendusvõimaluste leidmiseks.

7.2. Perearsti kvaliteedisüsteem

Perearstide kvaliteedisüsteem on osa haigekassa tegevustest kvaliteedi arendamisel, mis käivitati 2006. a Eesti Perearstide Seltsi initsiatiivil. Praeguseks on välja töötatud 38 kvaliteediindikaatorit, neist haigusi ennetava tegevuse indikaatoreid on 7 ja krooniliste haigete jälgimise indikaatoreid 27. Nendele lisanduvad kolmanda osana erialast lisapädevust näitavad tegevused (pisikirurgia, normaalse raseduse jälgimine ja günekoloogilised läbivaatused) ning erialane jätkukoolitus. Indikaatorite täitmine kas 100% või 80% ulatuses tähendab, et perearstile makstakse lisaks pearahale jt tavatasudele n-ö kvaliteeditasu.

Perearsti kvaliteedisüsteemi tugevused:

1. Kvaliteedi hindamise protsess, põhimõtted ja kriteeriumid on arendatud välja koostöös perearstide seltsiga ning igal aastal toimuvad regulaarsed arutelud uute indikaatorite lisamise ja tulemuse saavutamise kriteeriumite üle.
2. Alates 2015. a-st on süsteem kohustuslik kõigile perearstidele, kuni 2014. a-ni oli see vabatahtlik. Siiski oli 2014. aastal vabatahtliku süsteemiga liitunud juba 97% perearstidest.
3. Kvaliteedisüsteem võimaldab perearste nende töö tulemuslikkuse alusel diferentseeritult tasustada. Süsteemiga liitunud perearstil on uuringufond suurem: kuni 2015. aastani oli see 32% võrreldes tavapärase 27%-ga, alates 2015. aastast on uuringufond 37–45% sõltuvalt tulemuse saavutamisest.
4. Indikaatoritepõhine süsteem annab perearstile võimaluse oma tegevust analüüsida. Iga aasta kolmandas kvartalis annab haigekassa perearstile tagasisidet möödunud perioodi (9 kuu) tegevuse kohta (kvaliteedikriteeriumide senine täitmine). Aasta lõppedes antakse tagasisidet uuesti.
5. Perearstide tulemused avaldatakse haigekassa veebilehel, mis annab igale perearstile võimaluse võrrelda oma tulemusi teistega.
6. Indikaatorite arvutamine baseerub raviarvetel ja seda on püütud teha perearstile võimalikult lihtsaks: arvetele tuleb lisada küll täiendavad koodid, kuid lisaaruandeid esitama ei pea.
7. Kvaliteedisüsteemis osalemine on suurendanud õdede osatähtsust perearsti meeskonnas, sest üheks indikaatoriks on krooniliste haigete ja südameveresoonehaiguste kõrge riskiga patsientide nõustamine pereõe vastuvõtus. Aastate jooksul on õdede nõustamiste arv rohkem kui kolmekordistunud ja eriti oluline on tõus just kvaliteedisüsteemiga liitunud perearstikeskustes. Lisaks on paljudes perearstikeskustes aktiveerunud patsientide tervisekontrollile kutsumine.

Perearsti kvaliteedisüsteemi miinused:

1. Indikaatoreid on väga palju (38), mis teeb nende jälgimise ja registreerimise küllaltki keeruliseks, sest iga tegevus nõuab kindlat koodi raviarvel. Paljudel puhkudel, ja seda näitavad hilisemad apelleerimised, on hindamise aluseks olevad tegevused küll teostatud, aga nende koodid on jäänud raviarvele kandmata.
2. Indikaatorite arv peaks olema pigem väiksem, aga hästi kaalutletud ja seotud otsesemalt patsiendile oluliste tervisetulemitega, kaasa arvatud ravitegevuse ohutus ja kättesaadavus.
3. Enamik indikaatoritest on protsessipõhised indikaatorid, mis registreerivad teatud tegevuste sooritamist (näiteks veresuhkru või kolesterooli mõõtmist, glükolüeeritud hemoglobiini määramist, EKG teostamist jne) ja ei ole seotud hea ravitulemusega. Mõned indikaatorid praeguses süsteemis on tulemile enam orienteeritud, näiteks hüpertooniatõve ja II tüüpi diabeediga patsientidele positiivse mikroalbuminuuria testi puhul AKE inhibiitori määramine ja ka 0–2-aastaste laste vaksineerimistega hõlmatud.
4. Üksikute tegevuste registreerimise asemel võiks enam kasutada kompleksindikaatoreid. Selle asemel, et hinnata, kas patsiendil on mõõdetud kolesterooli või veresuhkru, võiks kompleksindikaator anda hinnangu, kas diabeedi jälgimine vastab ravijuhendis soovitatule või mitte. Kindlasti on sellise indikaatori tekitamine tehniliselt raske, samas annab see hinnangu terviklikule lähenemisele, mis on ka kvaliteetse tervishoiuteenuse üheks eesmärgiks.
5. Paljud olemasolevatest indikaatoritest ei peegelda vaid perearstide tegevust: raviarvetele on lubatud kanda ka tegevused, mis on teostatud eriarstiabis. Esialgne idee – mitte dubleerida teatud tegevusi/teenuseid lihtsalt kvaliteedisüsteemis punktide kogumise eesmärgil – vajaks ümber hindamist ja pigem peaks perearstiabi kvaliteediindikaatorid valitama sellised, mis peegeldaksid täiesti selgelt vaid perearstide endi tegevusi.
6. Lisatasu maksmisel on kaks taset: 100% kriteeriumite täitmine ja üle 80% kriteeriumite täitmine. Perearstile makstakse kvaliteeditasu piirhinnast koefitsiendiga 0,8, kui haigusi ennetava tulemusliku töö kriteeriumidest ja krooniliste haigete jälgimise tulemusliku töö kriteeriumidest kokku on täidetud vähemalt 80%. Need perearstid, kelle tegevus jääb alla 80% taseme, kvaliteedisüsteemis lisatasu ei saa. Väärriks kaalumist ka kolmanda taseme lisamine (60–79%), selleks et tõsta perearstide motiveeritust ja väärtustada tehtut.
7. Lisatasuga peaks premeerima tulemuse paranemist, mitte ainult häid tulemusi. Kui teatud indikaatorite puhul on enamik perearst saavutanud maksimaalse võimaliku taseme, mis on varem kokku lepitud, siis peaks vastava indikaatori välja vahetama mõne teise vastu.
8. Kvaliteedisüsteemis osalemine on toonud kaasa töökoormuse tõusu. Kvaliteedisüsteemiga liitunud perearstidel on oluliselt rohkem visiite iga nimistusse kuuluva isiku kohta ja liitunud perearstikeskustes on visiitide arv ühe pereõe kohta kuni kolm korda suurem. Samas ei ole seost sagedasema arsti juures käimise ja elanikkonna tervisenäitajate paranemise vahel.
9. Kvaliteedisüsteemis jälgitavate krooniliste haigustega patsientide hulka lisatakse patsiendid kohe, kui vastava haiguse diagnoos on esinenud kasvõi ühel raviarvel eelneva aasta jooksul. See aga tingib olukorra, kus juhusliku või alles hüpoteetilise diagnoosiga patsient satub kvaliteedi jälgimise protsessi, millest väljumine pole enam võimalik ka siis, kui diagnoos ei leidnud kinnitust.

7.3. Kollegiaalne hindamine peremeditsiinis

Perearstipraksiste kvaliteedijuhis [10] anti välja Eesti Perearstide Seltsi poolt 2009. a nii eesti kui vene keeles ja see kirjeldab, kuidas organiseerida perearstipraksiste tööd parimal viisil järgmistes valdkondades:

- 1) perearstiabi kättesaadavus;
- 2) praksise organisatsioon;
- 3) kliinilise töö kvaliteet;
- 4) perearstikeskus kui õpetamise ja teadustöö baasasutus

Lisa 1. Patsientide rahulolu küsimustik; Lisa 2. Indikaatorite tabel

Käsiraamatu baasil töötas Eesti Perearstide Selts välja praksiste kaheastmelise akrediteerimise süsteemi. See süsteem on vabatahtlik, kuid enesehindamise tegi 2009/2010. a läbi 79 perearstipraksist ning aasta hiljem 109 praksist (perearstipraksiste koguarv Eestis on 468).

Esimene aste tähendab praksiste enesehindamist etteantud struktuuri kohaselt ja see enesehindamise vorm täidetakse elektroonilises keskkonnas Svoog (www.perearstiselts.ee). Võrreldes oma praksise organisatsiooni ja tegevust etteantud indikaatoritega kujunevad eelhindamisel hinded A, B, C. Perearstide selts korraldab kõikides praksistes, kes enesehindamisel on saanud A-taseme, kollegiaalse hindamise (teine aste) spetsiaalse protokollil alusel, mille allkirjastavad nii hindajad kui hinnatavad.

Kollegiaalse hindamise (ingl *peer-review*) meeskonda kuulub üks perearstide seltsi esindaja ja teine liige on väljastpoolt (kas ülikoolist, haigekassast, sotsiaalministeeriumist või rahvusvaheline ekspert). Need perearstikeskused, kes on saanud kahel hindamisel järjest A-taseme ja see on kinnitunud ka hindajate visiidil, ei pea läbima hindamist kahel järgneval aastal. Kõiki A-taseme perearstipraksiseid tunnustatakse spetsiaalse auhinnaga Eesti Perearstide Seltsi sügiskonverentsil. 2011. aastal tänas A-taseme saavutanud perearstikeskuseid president Toomas-Hendrik Ilves.

Süsteemi plussid:

1. Arendati välja perearstide seltsi initsiatiivil ja initsiatiiv püsib.
2. Huvi hindamise vastu kasvab, vaatamata protsessi vabatahtlikkusele.
3. Aasta-aastalt on suurenenud A-taseme saavutanud perearstipraksiste arv – kui 2011. aastal oli A-tasemel 24, siis 2014. aastal juba 40 perearstipraksist.
4. Koostööd auditeerijate osas tehakse nii haigekassaga kui terviseametiga, kaasatud on ka rahvusvahelised eksperdid (kolleegid Soomest).
5. Perearstipraksise kvaliteedi hindamine on saanud avalikkuse tähelepanu ja heakskiidu (igal aastal avaldavad suuremad päevalehed auhinnatud perearstikeskuste nimekirja).

Süsteemi miinused:

1. Ei ole seotud ühegi lisamotivaatoriga, v.a tunnustus
2. Kuigi osalejate arv on tõusnud, läbivad hindamisprotsessi vaid 1/4–1/3 perearstipraksistest.
3. Kui eelhindamist taotleks enamik perearstikeskuseid, oleks perearstide seltsil raske leida nii inim- kui ka raharessurssi perearstikeskuste külastamiseks ja hindamiseks, sest hindajad töötavad sisuliselt entusiastmist.
4. Perearstide töö kliiniline kvaliteet on lahutamatu seotud praksise töökorralduslike aspektidega, mistõttu peaks neid käsitlema koos kvaliteeditasuga.

Perearstide kvaliteedisüsteemis on hulk võimalusi selle parendamiseks (vt ptk 11.5).

8. Välisriikide kogemus ja puuduvad lülid Eestis

Heaoluriikides oodatakse tervishoiuteenustelt, et need oleksid kättesaadavad, kvaliteetsed ja taskukohased. Üksiku teenuse korral võivad need kolm vastandlikku omadust ka kokku langeda, kuid tavaliselt tähendab ühe omaduse maksimeerimine järeleandmist teiste arvelt. Siiski on nii patsiendi kui tervishoiusüsteemi aspektist kvaliteet domineeriv, sest pole mõtet maksta kättesaadava teenuse eest, millest pole kasu. Kui aga teenus on kvaliteetne (tulemuslik), kuid ressursimahukas, oleme nõus ootama ja mõistame rangete reeglite vajalikkust.

Möödas on ajad kui kvaliteedi tagasid ainult arsti teadmised, oskused ja kogemus, sest tänapäeva tervishoid on interdistsiplinaarne ja pidevas arengus ning vajalik on kõigi osapoolte koostöö ja ühtlaselt hea tase.

Enamkasutatud ja tõhusad meetmed ravikvaliteedi parendamiseks

- õiguslikud ja regulatiivsed meetmed, nt tööjaotus ja vastutuspiirkonnad;
- süsteemipõhised strateegiad, n ravile suunamise reeglid ja ravi eest tasumise kriteeriumid;
- ravijuhendid, tegevusjuhendid, patsiendijuhendid;
- kollegiaalne hindamine (ingl *peer-review*), akrediteerimine, Eestis kliiniline audit;
- tagasiside arstidele jt tervishoiutöötajatele ning raviasutustele;
- tervishoiutöötajate jätkukoolitus ja kvaliteedialane juhendamine;
- patsientide tagasiside ja kaasamine.

Kvaliteedi arvestamine tervishoiu rahastamisel

Heaoluühiskonnas peetakse tervishoiuteenuste kvaliteeti (sh kättesaadavust) teenuste loomulikuks osaks, sest maksumaksja vahenditega on tagatud tervishoiusüsteemi ülalpidamine, mistõttu ebakvaliteetset teenust ei tohiks lubada, ammugi mitte selle rahastamist avalikest vahenditest. Selles kontekstis on vaja väga hoolikalt kaaluda, kuidas kvaliteedi mõistet siduda rahastamisotsustega, ilma et sellest jääks mulje, et tervishoius saab teha ka madalakvaliteedilist ravi.

Tasu tulemuse eest (ingl *Pay for Performance, P4P*) on atraktiivne kontseptsioon tervishoiu rahastaja perspektiivist ja seda on paljudes tervishoiusüsteemides erinevas mastaabis ja erineva edukusega kasutatud (Austraalia, Hispaania, Kanada, UK, USA jt). Kvaliteedinäitajate sidumine rahastamisotsustega on rahvusvahelise kogemuse alusel (vt ptk 5 Inglismaa) kahe teraga mõök, mis võib anda oodatust erinevaid tulemusi. Juhul kui kvaliteedi eest tasutav summa kogurahastamisest on suur (15–20% või enam), siis hakkab osa teenuseosutajaid kulutama suurt osa energiast kvaliteedinäitajate saavutamiseks ja tagaplaanile jääb tavatöö, mille tasustamine on garanteeritud.

Kvaliteedi mõõde on tervishoiuteenuste loomulik osa ja sellest vaatenurgast võib kvaliteedi eraldi rahastamine tunduda ebavajalik. Eesti tervishoius rahastatakse teenuste osutamist – haigekassa "ostab" ravijuhte, ja kui arvestada, et kvaliteet on "hinna sees", siis jah, raviasutustes toimuv kvaliteediarendus peaks seal sisalduma.

Küll aga tekib väga suur osa kvaliteedist patsiendi (ja tervisesüsteemi) jaoks teenuseosutajate vahel ja koostöös ning seda osa kvaliteedist tuleb toetada/arendada/rahastada täiendavalt.

Patsiendikeskne tervishoid ja ravi järjepidevus eri teenuseosutajate koostöös on krooniliste haiguste eduka kontrolli tagatis.

Eesti kohta võib öelda, et kvaliteediparameetrite arvestamine tervishoiu rahastamisel on marginaalne. Sõna "kvaliteet" esineb Eesti Haigekassa ravi rahastamise lepingutes kahes kohas. Lepingu üldtingimuste p 4.1 ütleb, et "tervishoiuteenuse osutaja kohustub tagama kindlustatud isikule lepingus kokkulepitud kvaliteetsete teenuste kättesaadavuse" ning lepingu eritingimuste p. 1.1.3 ütleb, et "Haigekassa lähtub ravijuhtude arvu ja ravijuhtude keskmise maksumuse kavandamisel eelkõige: kvaliteetsete tervishoiuteenuste pakkumiseks vajalikust ravijuhtude miinimumarvust".

Pole lahti kirjutatud, mida nende "kvaliteetsete teenuste" all mõeldakse, ja pole kindel, et selle mõiste taandamine (üksikutele) indikaatoritele annab positiivse tulemuse. Pigem tulekski kvaliteeti kasutada üldmõistena, st kvaliteet on tervishoiuteenuste loomulik osa.

Kvaliteet pole objektiivne parameeter pluss-miinus skaalal, vaid ajas muutuv ja suhteline

Juhtimise aspektist on kiusatus otsida parameetrit või indikaatorit, mida mõttes saab teha juhtimisotsuseid, aga tervishoid ja arstiabi ei ole siiski täppisteadus ning parameeter, mis ühes olukorras tundub kohane, pole seda teistsuguste patsientide ega teiste raviasutuste korral.

Seepärast on tervishoius juurdunud n-ö *bench-marking*, mis ei tähenda võrdlust absoluutskaalal administratiivsete otsuste tegemiseks, vaid indikaatori väärtuse arvutamist konkreetses kontekstis ja ajas, et toetada eneseanalüüsi ja kvaliteedi parendamist teenuseosutajate endi poolt. See on ka loomulik, sest ainult teenuseosutajad ise valdavad teadmisi ja informatsiooni õige suuna leidmiseks ja elluviimiseks.

Kvaliteediarenduse rahastamine

"Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020" räägib tervishoiuteenuste kvaliteedist mitmes kontekstis, kuid arengukava rakendusplaan, mis seostab eesmärgid ja tegevused rahastamisega, ei näita tervishoiu kvaliteedi arendamiseks suunatud vahendeid väljaspool tervishoiuteenuste osutamist.

Haigekassa 2015. a eelarve 950 mln eurost on arendustegevuseks planeeritud 225 000 eurot, mis moodustab kogueelarvest 0,02% ja on 33% võrra vähem kui 2014. a. Selline disproportsioon tegevus- ja arenduskulude vahel ei aita kvaliteeti arendada ega säilitada.

Lüngad Eesti kvaliteediarenduses

- strateegilise juhtimise ja plaani puudumine riigi tasemel;
- kvaliteedialase arendustegevuse delegerimine teenuseosutajatele ja arendustegevuse ebaühtlane areng;
- süsteemse kvaliteedialase koolituse puudumine tervishoius;
- keskse koordineeriva ja juhendmaterjale ettevalmistava asutuse puudumine;
- andmebaaside ja registrite puudulik areng;
- olemasolevate andmete mittekasutamine tagasisideks tervishoiutöötajatele ja raviasutustele;
- ravi järjepidevuse ja patsiendikesksuse puudulik areng;
- patsiendiohutuse (ingl *patient safety*) teema on arenenud maades väga aktuaalne, kuid Eestis seni teadvustamata nii tervishoiusüsteemis kui avalikkuses.

9. Ettepanekud kvaliteedisüsteemi arendamiseks Eesti tervishoius

Tervishoiu kvaliteedisüsteemi arendamisel Eestis on kolm takistust, mille lahendamine on eelduseks järgmiste sammude edukusele:

- a) puudub mittesüüline patsiendikahjude menetlemise süsteem;
- b) tervishoiu kvaliteediküsimusi käsitletakse üksikjuhtumitena raviasutuste ja erialade põhiselt;
- c) arstiabi võimaluste ülehindamine nii patsientide kui tervishoiutöötajate poolt.

A. Patsiendikahjude lahendamise mittesüülike süsteemi kehtestamine

Kvaliteedi teemat saab Eestis arendada ainult tingimusel, et tervishoiusüsteemis julgetakse märgata ja avameelselt käsitleda probleemolukordi, ohujuhtumeid ja ravitüsistusi. Seda ei saa juhtuda olemasolevas õiguskorras, kus probleemi saab käsitleda ainult arstliku vea ja süülike põhjuslikkuse kontekstis.

Konsensus patsiendikahjude mittesüülike menetlemise hädavajalikkusest tervishoiu osapoolte vahel saavutati aastatel 2011–2012, mil koos kindlustusfirmadega töötati välja Eestile kohane lahendus. Vastav säte hea tahte koostöökokkuleppes määras kehtimahakkamise tähtajaks 2014.a., kuid kokkuleppes pole kinni peetud.

Mittesüülike kahjumenetluse puudumine on ka peamiseks takistuseks tervishoiuteenuste ekspordi arendamisel Põhjamaade suunal, mis on Eesti (era)tervishoiusektorile väga oluline.

B. Kvaliteet tervishoius saavutatakse koostöös

Tervishoiu rahastamisel kehtib reegel – mida rahastad, seda tehakse. Kui rahastatakse teenuseid ja ravijuhte, siis osutatakse teenuseid ehk rõhk on kvantiteedil ja vastutus piirdub visiidi või haiglaravi episoodiga. Kuid kvaliteet patsiendi ega tervishoiusüsteemi jaoks ei teki ühest teenusest, vaid süsteemsest ja järjepidevast patsiendikäsitlusest.

Kvaliteedil tervishoius on selgelt piiritletud dimensioonid, mida on kõige õigem arendada raviasutuste (ametijuhendid) ja erialade põhiselt (eriarstide pädevus), kuid sellest ei piisa, et käsitleda kvaliteeti tervishoiusüsteemi või patsiendi vaatenurgast. Enamik haigeid ei põe tänapäeval ühte haigust, mille raviga saab hakkama üks eriarst või sama raviasutus. Tänapäeva meditsiin on ülimalt spetsialiseerunud, mistõttu iga haigega tegelevad tervishoiutöötajate meeskonnad.

Erialapõhine lähenemine tähendab, et suur osa krooniliste vaevustega haigeid (nt seljavalu, unehäired, südamepekslemine, kõhukinnisus jne) ei kuulu ühegi eriala kompetentsi ja jäävad kvaliteedimõõtmest kõrvale, kuid ka nendega peab tervishoiusüsteem tegelema.

Kaasaegse tervishoiu suurimad probleemid tekivad ebaselge tööjaotuse ja puuduliku koostöö tõttu, mitte üksiku tervishoiutöötaja erialase ebapädevuse pärast. Seega peaksid näiteks ametijuhendid arvestama küll konkreetse raviasutuse töökorraldust, kuid olema kooskõlas ka teiste raviasutuste omadega ja üleriigiliste ravijuhenditega, et tagada patsientidele ravi järjepidevus ja ühtlaselt kõrge tase kogu haigusprotsessi vältel. Sellise lähenemise näideteks on Inglismaal (vt ptk 5) ja mujal levinud *patient pathway* tüüpi algoritmid ja standardid, kus on selgelt välja toodud ka tervishoiu eri tasandite omavaheline koostöö ja kokkupuuted patsiendi probleemi lahendamisel.

Eestis tuleb strateegilisel tasemel saavutada konsensus, et teenuse osutamise lõppedes ei ole veel kvaliteet saavutatud, ja liikuda isoleeritud tegevuste kvaliteedi arendamiselt koostöö ja ravi järjepidevuse suunas.

C. Arstiabi võimaluste objektiivne kajastamine ja patsiendiohutuse teema tõstatamine

Iseloomulik näide nihkele elanike ootustes on, et suurimaks tunnetatud probleemiks Eesti tervishoius on ka poliitikute jaoks järjekorrad eriarsti vastuvõtule, mis kajastab arvamust, et kui see tõke on ületatud, siis on abiotsija terviseprobleemid lahendatud.

Tegelikult võib probleem olla vastupidine, mida näitab arenenud riikides üha enama tähelepanu pööramine patsiendiohutuse tagamisele nii raviasutuse kui tervishoiusüsteemi tasemel.

Kui ootused on ebarealaalsed või kõrgele tõstetud, tekitab tervise mittetaastamine või ootamatu terviseseisundi halvenemine ravi käigus pettumuse vaatamata sellele, et mistahes meetmete rakendamisega tervishoius kaasnevad alati riskid.

Eesti avalikkust tuleb ette valmistada aruteludeks tervishoiu kvaliteedi üle, sest aastakümnete jooksul ei ole harjutud rääkima tüsistustest ja riskidest, mis paratamatult kaasnevad haiguste loomuliku kuluga ja mida meditsiinilised sekkumised võivad küll vähendada. samas ka ise põhjustada.

Kui näiteks haigla, mis tegeleb sisuliselt ravikvaliteedi oluliste küsimustega, nagu haiglainfektsioonide või patsientide kukumisõnnetuste registreerimine, oma tulemused avalikustaks, siis jääks ta väga halba valgusse võrreldes teiste Eesti raviasutustega, mille kohta selliseid juhtumeid ei ole teada, sest neid ei registreerita.

Tervishoiu kvaliteedist tuleb avalikkuses rääkida rohkem ja objektiivselt, et haiged ja nende lähedased, samuti avalik arvamus ei ootaks arstiabilt ja tervishoiusüsteemilt lahendusi olukordadele, mis ei ole meditsiini võimuses, ja teadvustaks riske, mis meditsiiniga alati kaasas käivad.

9.1. Struktuuri kvaliteet – akrediteerimine ja resertifitseerimine

Arvestades, et tegevuslubade väljastamine põhineb struktuuri (ruumid, aparaadid, personal) hindamisel, tuleks seda eeskätt eriarstiabi osas täiendada erialapõhise perioodilise akrediteerimisega, kus hinnatakse protsessi ja tulemust, raviasutuse valmisolekut terviklikuks patsiendikäsitluseks ning diagnostika ja ravi vastavust kaasaegsetele ravijuhenditele. Arvestades Eesti väiksust tuleks toetada raviasutuste osalemist rahvusvahelistel akrediteerimistel.

Resertifitseerimine tähendab siinkohal, et iga Eestis töötav arst on kohustatud iga viie aasta järel oma pädevust vastava erialaseltsi juures tõendama – eeskätt töökogemuse ja töötulemuste eneseanalüüsi alusel – ja esitama vastava tõendi Terviseametile, kes selle info veebis avalikustab.

Kvaliteedimääruses 128/2004 [13] nõutakse tervishoiutöötajatelt osalemist erialastel koolitustel 60 tunni ulatuses aastas, mis on ebaproportsionaalne ja ülejõu käiv nõue nii asjakohaste koolitusvõimaluste puuduse kui kahenädalase koolituse eest tasumiseks vajalike vahendite nappuse tõttu.

Osalemine (passiivsel) täienduskoolitusel ei tohiks olla resertifitseerimise ehk pädevuse arendamise põhimeetod, vaid lisatingimus tööanalüüsile ja osalemisele oma eriala arendamisel (asutuse või riigi tasemel) või ravijuhendite koostamisel.

9.2. Kaasajastada SoM määrus 128/2004 „Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamise nõuded“

Määruses [13] esitatud nõuded kvaliteedi tagamiseks ja kvaliteedijuhtimissüsteemi sisseeadmiseks on soovitud mahus jõukohased vaid paarile-kolmele suurhaiglale. Terviseameti tegevuslubade registris on 2015. a märtsi seisuga 1458 asutust, millel on kehtiv tegevusluba tervishoiuteenuse osutamiseks. Valdava enamuse neist juriidilistest isikutest on FIE-d või paari töötajaga osahingud, sh 520 hambaraviteenuse osutajat ja 470 perearstiasutust.

Nõudeid tuleks stratifitseerida eri tüüpi ja töömahtudega tervishoiuteenuse osutajatele kohaseks. Universaalseks nõudeks kvaliteedijuhtimissüsteemi asemel võiks olla raviasutusele sobiliku kvaliteediaruande koostamine ja ravitulemuste perioodiline analüüs, mis tuleks esitada koos tegevusloa uuendamise taotlusega.

Määruse üldine suund on selles mõttes õige, et tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamine on tõesti iga teenuseosutaja vastutus ja väga palju saavad just nemad tagada. Samas on oht, et erinevad teenuseosutajad lahendavad olukordi erinevalt, mis mitte ainult ei tekita segadust patsientides vaid võib tähendada ka erineva tasemega sisereeglid. Näiteks nõue, et iga teenuseosutaja kehtestab tegevusjuhendid patsiendiohutuse, transfusioonravi või kiirgusohutuse kohta, samas kui reeglid peaksid olema riiklikult ühtsed ja mitte sõltuma raviasutuses olemasolevast oskusteabest vastavas valdkonnas.

Määrust tuleks täiendada üleriiklikult vajaliku nõudega, et raviasutuses, kel on tegevusluba kirurgia, intensiivravi ja erakorralise meditsiini erialadel, tuleb sisse seada aeg-kriitiliste tegevuste kellaaja dokumenteerimine ja kehtestada vastavate tegevuste loetelu. Seejuures ei tohi aja dokumenteerimine häirida erakorralise abi osutamist, st see ei pea toimuma *online* ning seda ei pea raporteerima väljapoole ravikvaliteedi hindamise süsteemi.

9.3. Kaasajastada SoM määrus 46/2008 „Tervishoiuteenuste kättesaadavuse ja ravijärjekordade pidamise nõuded“

Kõik heaoluühiskondade tervishoiusüsteemid, kus maksjaks pole otsene teenuse kasutaja, vaid kolmas osapool (riik, ravikindlustus), on paratamatult silmitsi olukorraga, et nõudlus ületab pakkumise ja tekivad järjekorrad raviteenustele, mis ei ole oma loomult erakorralised.

Järjekorrad on ka Eestis elanike jaoks suurim tunnetatud tervishoiuprobleem, ja tõesti, raviteenuste õigeaegne kättesaadavus on teenuse kvaliteedi oluline mõõde. Dilemma on selles, et osa järjekordade probleemist on küll lahendatav raviasutuse parema töökorraldusega, kuid osa probleemist on riiklik, sest Eestis on kehtestatud ravijuhtude piirarvud, mida ravikindlustus raviasutustele tasub.

Määrusest 46/2008 [14] tuleb välja viia kiirabi ja erakorraline meditsiin, st tervishoiuteenused, mis oma loomult ei sobi kuidagi järjekordade pidamiseks ja mille kiire toimimine tuleb tagada iseseisvate regulatsioonidega.

Määrus kehtestab järjekordadele universaalsed reeglid, kuid eristada tuleks kahte selgelt erinevat kategooriat. Esiteks, plaaniline ravijärjekord, sh haiglaravi, päevastatsioonar ja ambulatoorselt teostatavad raviprotseduurid, kus kehtivad rahastaja määratud ravijuhtude piirarvud ja kus ravijärjekordi tuleks pidada üleriiklikult.

Teine kategooria oleks järjekord eriarsti vastuvõtule, kus on selgelt teistsugused nii kättesaadavuse kriteeriumid kui järjekordade avalikustamise regulatsioon. Nende järjekordade lahendamisel on raviasutustel endil palju suurem roll kui rahastajal.

Tervise infosüsteemi digiregistratuuri arendamine on selleks kohane lahendus, sest järjekorrad on küll paratamatus, aga elanikel on alati õigus teada oma võimalusi. E-konsultatsioonide

käivitamine aitab samuti järjekordi reguleerida vastavalt patsientide probleemide kiireloomulisusele.

9.4. Informatsiooni dokumenteerimine, kogumine ja kasutatavus

Dokumenteermiskohustuse ja tervise infosüsteemi eesmärk Eestis on talletada ja koguda tervishoiuteenuste osutamise käigus toimunud, et kasutada kogutud infot isiku tervise huvides tulevikus.

Määrus 53/2008 "Tervise infosüsteemi edastatavate dokumentide andmekoosseis" nõuab tohtul hulgal väga detailse, aga ebavajaliku info edastamist. Samas ei dokumenteerita ega koguta andmeid viisil, mis võimaldaks hinnata ravitulemusi ja arstiabi kvaliteeti ning teha juhtimisotsuseid teenuste paremaks korraldamiseks raviautuse ja riigi tasemel.

Kooskõlas kvaliteedi hindamise ning indikaatorite kogumise ja analüüsiga tuleb kehtestada selleks vajalike andmete dokumenteerimise ja kogumise kord ning protseduurid andmete analüüsiks ja tulemuste kasutamiseks eneseanalüüsis ning avalikustamiseks. Tervise infosüsteemi tuleb üles ehitada sellekohaste andmete kogumise, talletamise ja kättesaadavaks tegemise täiendavad mehhanismid.

Tervishoiuteenuste osutamise käigus raviautustes digitaalselt talletatav informatsioon patsientide tervises seisundi ning nendega tehtud diagnostiliste ja raviprotseduuride kohta ei ole kättesaadavad kasutajale sobivas formaadis ega liigu kasutajateni piisavalt kiiresti.

Tervise infosüsteemi on seni arendatud informatsiooni kogumiseks, aga mitte kasutatavuse ega infovahetuse vaatenurgast. Siin on palju ära teha ja e-konsultatsioonide arendamine on selleks õige suund.

9.5. Patsiendiohutuse arendamine

Kvaliteedimäärust 128/2004 [13] täiendati novembris 2013. a seoses eurodirektiiviga 2011/24 patsiendiõiguste kohaldamisest piiriüleises ravis [15]. Nüüd kohustab määrus 128/2004 tervishoiuteenuse osutajaid kehtestama tegevusjuhendeid muu hulgas patsientide kukkumiskohaste ennetamiseks, valu hindamiseks, lamatiste ennetamiseks ja raviks.

Vastutuse delegerimine sellisel viisil on formaalne, sest nende nõuete täitmine iseseisvalt ei ole 95%-le Eesti tervishoiuteenuse osutajatest jõukohane, kuna neil puuduvad ressursid ja kompetents kvaliteediarenduseks patsiendiohutuse valdkonnas.

Pioneeriks siin valdkonnas on TÜ Kliinikum, kus on tööle rakendatud patsiendi ohujuhtumitest teatamise ja registreerimise süsteem, mis on heaks eeskujuks, kuid ei ole ilmselgelt sellises mahus kohane rakendamiseks väiksemates ehk enamikus Eesti raviautustes.

Patsiendiohutuse teemat on Eestis veel nii vähe käsitletud, et selle arendamiseks tuleb luua kompetentsikeskus, mis korraldaks ohujuhtumite standardiseerimist, asjakohaste koolitusprogrammide koostamist ja enamlevinud ohujuhtumite jaoks näidisjuhendite koostamist, mida raviautused saaksid kohandada vastavalt oma spetsiifikale.

Patsiendi ohujuhtumite ja ravitüüpide registreerimise süsteem eeldab, et riigi tasemel on kokku lepitud raporteeritavate juhtumite definitsioonid, määraates nii asjakohased RHK-10 koodid kui juhtumiga seotud meditsiinilisi sekkumisi kirjeldavad raviteenuste, DRG ja NCSP koodid.

9.6. Keskse sekretariaadi moodustamine ravijuhendite, õendustegevusjuhendite ja patsiendijuhendite koostamiseks [Lisa 4]

Senised kogemused ravijuhendite väljatöötamisel on kätte näidanud mehhanismi, mis Eesti tingimustes tagab tõenduspõhise informatsiooni kogumise ja tõlgendamise, erialadeülese konsensuse saavutamise ja rakendusplaanid saavutatud kokkulepete ellurakendamiseks. Seda protseduuri tuleks laiendada ka teiste juhendite väljatöötamisele ja mitmekordistada töömahte, et paari-kolme aastaga suudetaks saavutada kriitiline mass, millest oleks oodata mõju tervishoiuteenuste osutamisele.

Seni on juhendite väljatöötamine toimunud *ad hoc* moodustatud sekretariaatide ja töörühmades, mille liikmed on seda tööd teinud oma (kliinilise) põhitöö kõrvalt. Selles protsessis on olulisel määral standardseid tegevusi ja etappe, mille teostamine põhikohaga töötava sekretariaadi abil suurendaks nii väljatöötamise kiirust kui tagaks tulemuste ühtlasema kvaliteedi.

Käesoleva raporti lisa 4 on sõnastatud ettepanek tervishoiu kvaliteedi arenduskeskuse loomiseks. See toimiks sekretariaadina juhendite väljatöötamise protsessis ja analüüsiks ravikvaliteeti vastavalt kokkulepitud indikaatoritele ja riiklikule tegevuskavale.

9.7. Kvaliteediarendus riigi ja tervishoiusüsteemi tasemel

Tervishoiu kvaliteeti ei saa tagada ainult seaduste, määruste ja ettekirjutustega valitsuse tasandil, kuid ilma riiklikul tasemel koordineerimisega ei teki kvaliteeti osapooli rahuldaval tasemel.

Tervishoiu kvaliteedisüsteemi arenguks on vaja hästi toimivat üleriigilist struktuuri, mille ülesanneteks ja tegevusvaldkondadeks on:

- kvaliteedisüsteemi korralduse ja vastutusvaldkondade jaotuse põhimõtete kokkuleppimine;
- kvaliteeditegevust toetav seadusloome;
- kvaliteediindikaatorite, standardite ja klassifikaatorite väljatöötamine ja kehtestamine;
- raviasutuste ja erialaseltside nõustamine kvaliteediarenduse kavandamiseks ja edendamiseks;
- kvaliteedialase koolituse korraldamine tervishoiutöötajatele;
- ravi-, tegevus- ja patsiendijuhendite väljatöötamise toetamine;
- ravikvaliteedi süsteemseks mõõtmiseks vajalike andmete keskse kättesaadavuse tagamine uue tervise infosüsteemi vahendusel;
- ravikvaliteedi mõõdikute, ravi-, tegevus- ja patsiendijuhendite avaldamine, kliiniliste auditite jt analüüsitud tulemuste avalikustamine (kommunikatsioon);
- ravikvaliteedi hindamissüsteemi sisseadmine (süsteem sisaldab protsesse andmete defineerimisest ja sisestamisest kuni analüüsimiseni).

9.8. Kvaliteediarendus teenuseosutajate ja tervishoiutöötajate tasemel

Tervishoiuasutuste juhtide jaoks seostub tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamisega eeskätt kulutuste efektiivsus ja sihipärane kasutamine, et piiratud ressursside tingimustes osutada teenuseid võimalikult suurele hulgale abivajajatele.

Tervishoiutöötajate võimalused pakkuda üha suuremal hulgal erinevaid teenuseid tulenevad tervisetehnoloogiate arengust, kuid sellega kaasneb vajadus tõsta teenuseosutajate oskuste ja

kogemuse tase vastavaks tehnilise varustuse võimalustele, et tagada teenuste professionaalne kvaliteet.

Arstide erialaseltsid ning õdede ja ämmaemandate kutse- ja erialaühendused on ainsad organisatsioonid, kelle võimuses on arendada professionaalset (meditsiinilist) kvaliteeti tervishoius. Aktiivne osalemine ravijuhendite koostamisel ja kvaliteediindikaatorite väljatöötamisel tagab struktuuri, mille najal saab hinnata protsesse ja tulemusi.

Professionaalse kvaliteedi hindamise peamisteks meetoditeks on eneseanalüüs ja kollegiaalne hindamine (ingl *peer-review*), sest ainult erialas endas on olemas vastav pädevus. Samas peab see protsess olema usaldusväärne, mille tagab protsessi läbipaistvus (transparentsus) ja tulemuste avalikustamine eeskätt teistele erialadele ja tervishoiusüsteemi sees.

Vaatamata eralaspetsiifilistele nüanssidele on nii eneseanalüüs kui kollegiaalne hindamine eesmärkide, meetodika ja tulemuste rakendamise ning avalikustamise aspektist universaalsed, mistõttu tuleb asjakohased meetodikad Eestis erialadeüleselt kokku leppida.

Kollegiaalse hinnangu ja kvaliteediindikaatorite analüüside tulemusena selguvad parima tulemuse saavutamise võimalused ning *head praktikad* tuleb kirjeldada ja tutvustada, et seda saaks rakendada teistes raviasutustes, sellest õppida teistel erialadel ning tervishoiusüsteem ja avalikkus oleksid teadlikud meditsiini võimalustest ja saavutustest.

9.9. Patsient on partner kvaliteetse tervishoiuteenuse saavutamisel

Tervishoiuteenuste kasutajatele, olgu siis haigete, tervete või nende lähedaste jaoks, seostub tervishoiu kvaliteet eeskätt abivajajale kohase teenuse võimalikult kiire kättesaadavusega, sest heaoluühiskonnas peetakse enesestmõistetavaks nii õigust abile tervisehädade korral kui seda, et abi osutatakse vajaliku professionaalse pädevusega, sest selleks on maksud makstud.

Ootuste kasv ja väljendunud nõudlus teenuste järele on vastuolus piiratud ressursidega ja ühiskonna sesiukohalt peaks kvaliteedi tagamine aitama kasutada tervishoiu ressursse võimalikult otstarbekalt üksikisiku ja elanikkonna vajaduste rahuldamiseks.

Kvaliteedi mõõde planeerimisel ja otsustamisel tähendab juhendite, standardite ja indikaatorite väljatöötamist koostöös patsientidega. See võimaldab tervishoiu osapooltel orienteeruda osutatavate teenuste kvaliteedis, mahus, tulemuslikkuses ja otstarbekuses.

Kaasaegses meditsiinis sõltub ravimeetodi valik üha enam patsiendi eelistustest ja ravi edukus sellest, kui hästi on õnnestunud patsiente kaasata ja võimestada. See kehtib eeskätt krooniliste haiguste korral, mil patsiendi haigusteadlikkus ja tervisekäitumine mõjutavad ravitulemuste saavutamist.

Kvaliteetse tervishoiuteenuse saavutamiseks ei saa patsiendid olla passiivsed „kliendid“, vaid nende võimuses on olulisel määral meditsiinile kaasa aidata või vastu töötada. Selleks tuleb senisest enam võimestada ja kaasata patsientide organisatsioone ja esindajaid tervishoiu kvaliteediarendusse ja tervishoiu planeerimise eri tasanditele.

Patsientide, nende lähedaste ja elanikkonna teadlikkus meditsiini võimalustest ja headest praktikatest ning mõistmine, et mistahes arstliku sekkumisega kaasnevad riskid, kujundavad informeeritud patsiendi.

10. Riiklike kvaliteediindikaatorite rakendamise pilootprojekt

Ettevalmistustööde kolmandaks ülesandeks oli toetada haigekassa ravikvaliteedi indikaatorite nõukoja poolt kokku lepitud ravikvaliteedi indikaatorite hindamissüsteemi arendamist ja katsetada valitud indikaatorite osas olemasolevate protsesside rakendatavust.

Käesolevas peatükis esitatakse pilootprojekti tulemused ning parendusettepanekud, mis aitaksid tulevikus paremini arvutada nii neid kui ka sarnaseid indikaatoreid kõigi teiste haiglaravi episoodide tulemuslikkuse hindamisel Eestis.

Detsembris 2014 kiitis ravikvaliteedi indikaatorite nõukoda heaks nelja eriala riiklikud kvaliteediindikaatorid. Käesoleva pilootprojekti tarvis valiti välja indikaatorid intensiivravi ravitulemuste hindamiseks – rehospitalseerimine ja standarditud suremuskordaja pärast intensiivravi. Intensiivravi kvaliteedi-indikaatorite hindamise meetodika – andmepäringu kirjeldused, indikaatorite arvutamine, raviasutuste võrdlus ja tulemuste kohandamine – on kirjeldatud raporti lisa 3.

Et suurendada valimi esinduslikkust ja võimalike erinevuste usaldusväärsust, võeti valimisse kolme järjestikuse aasta raviarved. Raviasutuste võrreldavuse huvides kaasati analüüsi täiskasvanutele osutatud III ja IIIA astme intensiivravi arved, mis kirjeldavad n-ö intensiivravi osakondade tööd. Andmed esitatakse kümne raviasutuse kohta, kus toimus kokku 97% nimetatud kriteeriumitele vastavast intensiivravist Eestis.

Tabel 10–1. Eestis 2011–2013 intensiivravil olnud täiskasvanud isikud raviasutuste lõikes

	Episoodide arv	Isikute arv	Ravi-päevi kokku	Meeste %	Naiste mediaanvanus	Meeste mediaanvanus
10 haiglat kokku	19 323	17 552	88 525	57%	72	68
Põhja-Eesti Regionaalhaigla	8879	8251	33 474	60%	72	67
TÜ Kliinikum	5118	4688	29 213	57%	70	67
Ida-Tallinna Keskhaigla	1280	1187	6184	49%	73	70
Ida-Viru Keskhaigla	1060	964	6457	50%	78	73
Lääne-Tallinna Keskhaigla	774	684	3642	45%	72	70
Taastava Kirurgia Kliinik	643	598	1394	64%	71	70
Pärnu Haigla	615	565	3602	55%	76	72
Rakvere Haigla	447	421	1816	53%	77	71
Narva Haigla	343	321	1930	61%	74	63
Kuressaare Haigla	164	151	814	54%	75	72

Tabelis 10–1 varieerub haiglate lõikes meeste osakaal 45–64% ning mediaanvanused naistel vahemikus 70–78 a ja meestel vahemikus 63–73 a ehk intensiivravil olnud haigete soolisvanuseline koosseis haiglates on väga erinev, mistõttu ravitulemusi hindavad indikaatorid on vaja soole ja vanusele kohandada.

10.1 Intensiivravijärgne rehospitaliseerimine ja suremus

Intensiivravisse taashospitaliseerimise suur sagedus 48 (72) tunni jooksul peegeldab puudulikku otsustusahelat intensiivravist väljakirjutamisel. Sellel võib olla erinevaid põhjusi, näiteks ebapiisav intensiivravi kättesaadavus haiglas, intensiivravi voodikohtade vähesus, tavaosakonna madal ravivõimekus, selgete otsustuskriteeriumite puudumine jne. Samas võib taashospitaliseerimise (loomulikult) põhjuseks olla põhihaiguse progresseerumine või hilistüsistus. Taashospitaliseerimine on seotud pikenenud haiglasviibimise, suuremate ravikulude ning suurema haigestumuse ja suremusega.

Indikaatorit soovitab Euroopa Intensiivravi Selts ja seda on analüüsitud nii Rootsi kvaliteediraportis kui ka Intensiumi konsortsiumis. Standardtase on alla 4%.

Käesoleva indikaatori täpne arvutamine oli ette teada võimatu, sest haigekassa raviarvetele ei märgita kellaega. Seetõttu testiti, kas seda indikaatorit on võimalik arvutada intensiivravi osakonnast lahkumise ja tagasisaabumise kuupäevade alusel (vt metoodikat lisas 3). Selgus, et haiglati märgitakse kuupäevi väga erinevalt. Näiteks haiglas B tuli enamuse järjekuseid raviarveid jätta analüüsist kõrvale, kuna ravi algus uues osakonnas oli märgitud varasemaks, kui ravi lõpukuupäev eelmises osakonnas. Et tegemist on n-ö "suurhaiglaga", siis selle puudulikud andmed viisid haiglate keskmise oluliselt allapoole.

Kasutada olnud andmete puuduliku kvaliteedi tõttu ei kajasta tabelis 10–2 esitatud tulemused tegelikkust ja haiglatevahelisi erinevusi ei saa võtta tõestena, kuigi tulemused on kohandatud soole ja vanusele.

Tabel 10–2. Intensiivravil olnud isikute rehospitaliseerimine samasse intensiivravi osakonda 72 tunni jooksul pärast üleviimist intensiivravist palatiosakonda

	Rehospital. osakaal	Kohandatud indeks (95% CI)
10 haigla keskmine	1,2%	100
A	0%	–
B	0,3%	26 (6–45)
C	1,2%	101 (75–127)
D	1,9%	146 (96–196)
E	2,2%	190 (89–292)
F	2,3%	163 (80–245)
G	3,1%	222 (152–293)
H	3,8%	278 (224–332)
I	4,7%	360 (293–426)
J	5,7%	402 (264–540)

Küll aga tuleb tähelepanu juhtida faktille, et kuna tegemist on harva esineva sündmusega (2–3%), siis usaldusvahemikud on väga laiad, isegi juhul, kui summeeritud on kolme aasta ravijuhud.

Kohandamata suremus ei ole hea indikaator erinevate haiglate võrdlemiseks, kuna ei võeta arvesse patsientide kohortide eripärasid. Standarditud suremuskordaja arvestab patsiendi kohta teadaolevat infot ning kohandab suremuskordaja vastavalt erinevate haiglate patsientide koosseisule. Sõltuvalt kasutada olevatest andmetest analüüsitakse haiglasuremust (Soome register Intensium) või 30 päeva (Rootsi intensiivravi register) ja hilisemat suremust. See indikaator on suurel määral mõjutatud nii patsiendi vanusest, põhihaigusest, kasutatud ravimeetoditest kui ka intensiivravile järgnevast järel- ja taastusravist.

Standarditud suremuskordaja arvutamiseks vajalik andmekoosseis intensiivris on rahvusvaheliselt kokku lepitud ja see on kättesaadav Ravikvaliteedi Indikaatrite Nõukoja materjalides. Vajalikud parameetrid ja klassifikaatorid 6 leheküljel hõlmavad hospitaliseerimise üksikasju, diagnoosi APACHE IV järgi ning kindlaid füsioloogilisi ja laboratoorseid näitajaid esimese 24 tunni jooksul. See kõik eeldab vastavate andmete prospektiivset registreerimist ja ei olnud seetõttu käesolevas pilootprojektis kasutatav.

Haigekassa raviarvetel on andmed ainult patsientide soo ja vanuse kohta, mistõttu kohandamisel ei olnud võimalik arvestada teiste oluliste tunnustega, mis ravitulemusi mõjutavad.

Tabel 10–3. Intensiivravil olnud isikute suremus haiglaravi episoodi jooksul ja 30 päeva jooksul pärast väljakirjutamist haiglast, kus toimus intensiivravi.

	Haiglasuremus	Haiglasuremuse kohandatud indeks (95% CI)	30 päeva suremus
10 haigla keskmine	10,9%	100	9,3%
A	2,1%	18 (0–41)	3,5%
B	7,6%	71 (65–77)	6,1%
C	8,9%	84 (76–92)	9,0%
D	11,7%	104 (88–121)	12,7%
E	12,8%	107 (62–152)	13,5%
F	18,1%	163 (141–184)	14,6%
G	20,5%	175 (148–202)	18,5%
H	23,0%	197 (174–220)	16,0%
I	24,0%	234 (202–267)	17,3%
J	32,3%	277 (259–294)	23,7%

Tabelis 10–3 esitatud haiglasuremuse indeks on kohandatud soole ja vanusele ehk patsientide soolis-vanuselise koosseis ei ole põhjuseks, et haiglates A, B ja C on intensiivravil olnud haigete haiglasuremus Eesti keskmisest väiksem ja haiglates F kuni J oluliselt suurem kui Eestis keskmiselt.

On tõenäoline, et valdav osa raviastutuste erinevustest kaoks, kui kohandamine võtaks täies mahus arvesse kõiki ülalkirjeldatud olulisi tunnuseid, mis ravitulemust mõjutavad.

10.2. Pilootprojekti õppetunnid

Rehospitaliseerimine ja suremus on universaalsed haiglaravi kvaliteedi tulemusindikaatorid, mida kasutavad kõik ravikvaliteediga tegelevad raviasutused ja organisatsioonid ning nende arvutamise meetodika on samuti universaalne. Küll aga tuleb indikaatorite võrreldavaks tegemisel sõnastada täpsed uurimisküsimused, defineerida uuritavad haigusseisundid ja ravimeetodid ning standardida tulemused haigete vanuse, soo, haiguse raskuse ning kaasuvate haiguste alusel.

Andmed, mida raviasutused dokumenteerivad haigekassa raviarvete vormistamiseks, kirjeldavad küll suurt osa vajalikust administratiivsest informatsioonist, kuid nende andmete sisestamise kvaliteet ei ole piisav, sest paljusid neist ei kontrollita (automaatselt), mis välistaks puudulike või vastuoluliste andmete edastamise.

Standardimine

Üldlevinud probleem ravikvaliteedi analüüsi tulemuste tõlgendamisel on nende võrreldavus kas standardiga või erinevate asutuste vahel, mis võtaks arvesse patsientide eripära.

Haiglaravil või mujal tervishoius abi otsivad patsiendid erinevad üksteisest nii demograafiliste andmete kui ka kaasuvate haiguste, seisundi raskuse ja senise haiguskulu poolest, mis kõik mõjutavad ravivalikuid ja ravitulemusi. Seega erinevad ravitulemused erinevates raviasutustes ei ole reeglina põhjustatud ainult asutuse töö kvaliteedist, vaid ka erinevast patsientide koosseisust. Seega tuleb adekvaatse võrdlustulemuse saavutamiseks kordajad standardida.

Standardimise meetodeid on kaks – otsene ja kaudne standardimine. Otsene standardimine on meetod, millega saab välja arvutada eeldatavad väärtused mistahes mõõdetava ravitulemuse jaoks (näiteks rehospitaliseerimine või surmade arv), kui kõikides võrdlusalustes populatsioonides oleks sama tunnuste jaotusega (nn standardjaotusega, tavaliselt soo ja vanusrühmade kaupa) patsiendid. Kui on vaja ravitulemusi kohandada lisaks soole ja vanusele veel paljudele teistele ravi iseloomustavatele tunnustele, siis ei ole enam nn standardjaotuse kasutamine võimalik. Sellistel juhtudel kasutatakse kaudset standardimist. Kaudselt standarditud kordaja saadakse kogu patsientide populatsiooni põhjal arvatud eeldatavate kordajate rakendamisel vastava tervishoiuasutuse patsientide koosseisule.

Eestis haigekassa raviarvete jaoks dokumenteeritavad andmed võimaldavad arvesse võtta ainult ravitud isiku vanust ja sugu ning mõnedel juhtudel ka põhidiagnoosi. See on parem kui kohandata jätmine, kuid selgelt ebapiisav, kui huviorbiidis on sisulised küsimused, nagu erinevused suremuses intensiivravi käigus ja järel.

Ravikvaliteedi aspektist tuleb kogutavate andmete koosseise Eestis täiendada uuritava haiguse/seisundi/sekkumise jaoks oluliste tunnustega, mida tuleb hakata koguma prospektiivselt ja kõikselt, et saada usaldusväärseid andmeid esinduslike võrdlusanalüüside teostamiseks.

30 päeva rehospitaliseerimine

Universaalne haiglaravi kvaliteedi tulemusindikaator, mida lisaks intensiivravile sobib kasutada nii ulatusliku kirurgia (*major surgery*) kui pisikirurgia (adenektoomia) puhul. See on rahvusvaheliselt väga levinud ja selle arvutamiseks kasutatakse tavapärast *Hospital Discharge Registry* andmeid, kuhu enamikus riikides/piirkondades kogutakse kõik haiglaravi episoodid.

Et indikaator oleks informatiivne, ei tule seda arvutada/esitada mitte raviasutuse keskmise väärtusena vaid stratifitseerida ravimeetodite ja operatsioonitüüpide alusel, mis eeldab, et riiklikul tasemel on kokku lepitud ühtne ravimeetodite ja operatsioonide klassifikatsioon.

Eestis kasutatakse kirurgiliste protseduuride klassifitseerimiseks haigekassa raviteenuste arvetel NCSP ja DRG koodi, mille (kombinatsioonide) abil saab suure osa kirurgilisest tegevusest muuta võrreldavaks raviasutuste tasemel ja rahvusvaheliselt.

Eestis puudub haiglaravi register, kuid vajalik informatsioon dokumenteeritakse digitaalselt ja minimaalne vajalik andmekoosseis on haiglates olemas:

- haige isikukood, mis kirjeldab tema vanust ja sugu;
- haiglaravi põhidiagnoos;
- intensiivravi algus- ja lõpuaeg või intensiivravi mittetoimumine;
- operatsiooni tüüp NCSP ja DGR koodide järgi;
- operatsiooni kuupäev ja haiglast väljakirjutamise kuupäev.

Need administratiivsed andmed dokumenteeritakse haiglates raviarvetel, kuid kvaliteedi kontekstis tuleb need paralleelselt koguda **e-tervise haiglaravi andmebaasi** saatmiseks. Selleks ei ole vaja koguda uusi andmeid, vaid juba haiglas tuleb olemaslevad andmed grupeerida võrdluse kuuluvate ravi- või operatsioonitüüpide kaupa.

Indikaatorit on mõtet arvutada aasta peale kokku. E-tervis otsib ja lingib aasta jooksul haiglaravi olnud haigete isikukoodide alusel tema lõppenud haiglaravi episoodid mistahes haiglas eelneva 30 päeva jooksul või kinnitab selle puudumise.

Kuigi mitte kõiki ravimeetodeid või kirurgilisi sekkumisi ei ole mõttekas ega võimalik sel viisil analüüsida, tuleb selle indikaatori arutamise tehniline lahendus ehitada universaalsena, nii et see registreeriks kõik haiglaravi episoodid, sealhulgas ka need, kus kirurgiat ei toimunud.

Haiglaravi andmebaasile lisaks oleks Eesti tingimustes mõistlik luua samasugustel alustel **e-tervise EMO andmebaas**, mis annaks ülevaate tüsistustest ja probleemidest, mis olid lahendatavad ilma statsionaarse ravita või seda siiski vajasid.

48 tunni rehospitalseerimine

Kella-aja registreerimine – *from door to needle/operation* – on väga oluline kvaliteedi-indikaator ägedate ja eluohtlike seisundite ravitulemuste parandamiseks, näiteks infarkt, insult ja eri liiki ulatuslikud traumad.

Näide indikaatorist, mille rakendamine eeldab Eestis täiendavate andmete – kellaegade – süstemaatilist digitaalset dokumenteerimist. Kindlasti vajalik kogu erakorralise töö osas, sest abi andmise aeg on kriitiline hea ravitulemuse saavutamiseks. Aja arvestamata jätmine moonutab kvaliteedi hindamist sarnaselt patsiendi oluliste eripärade mitteamestamisega.

Intensiivravis ega mujal haiglaravis pole oluliste toimingute kellaegade dokumenteerimine uudis, kuid küsimus on sellele tegevusele kindlate protseduurireeglite kokkuleppimises ja kehtestamises. Kui seda ei tehta universaalse protokolliga alusel ja kõikjal, pole andmekogumisel mõtet. Kokku on vaja leppida (48 tunni rehosp näitel) vähemalt:

- milliste osakondade kohta see kehtib;
- registreerimise täpne formaat (nt mm/hh/kuupäev/aasta);
- kuhu täpselt tehakse esmane kanne;
- kes registreerib ja millal (*online* ei ole otstarbekas);
- kuidas tõendatakse kellaaja fikseerimist ja selle muutmist, kui kandes tehti viga; jne.

Kui sisulised kokkulepped on saavutatud, tuleb välja töötada IT-lahendus, mis salvestaks info raviasutuse infosüsteemi ja samas edastaks selle e-tervisele koos (administratiivsete) andmetega, millise ravijuhu juurde algus- ja lõpuaeg kuuluvad.

11. Ettepanekud kvaliteediindikaatorite süsteemi loomiseks

Oluline eeskuju tervishoiu kvaliteedi hindamise süsteemi arendamiseks Eestis on OECD 2002. a algatatud *Health Care Quality Indicators Project* [16]. Alates 2010. a on Eesti OECD liige ja meil on nüüd võimalus hakata oma tervishoiu kvaliteeti süsteemselt võrdlema arenenud maade ja nende raviasutustega. Rahvusvaheline kogemus ja võrdlusandmed on eelduseks, et oskaksime Eesti andmeid analüüsides hinnata oma taset ja teha asjakohaseid juhtimisotsuseid.

Ravitulemuste hindamine on kõige informatiivsem isikupõhiselt, seostades kliinilisi andmeid erinevatest raviasutustest ja andmebaasidest ning täiendades olemasolevaid andmestikke spetsiifilisi küsimusi toetavate andmekogumise moodulitega.

Ravikvaliteedi ja tulemuslikkuse hindamiseks saab Eesti tervishoius kasutada andmeid, mis on maailmas ainulaadsed, sest hõlmavad kogu rahvastikku (esinduslikkus) ja kajastavad pikka ajavahemikku. See lubab püstitada suure teadusliku väärtusega uurimisküsimusi ja avada uusi võimalusi arstiteaduste ja terviseteaduste arenguks Eestis.

11.1. Vajalikud ressursid ja õigusloome

Efektive kvaliteedihindamise süsteemi loomiseks ja käigus hoidmiseks nii riiklikul kui raviasutuse tasemel on vajalik **eraldada sihtotstarbelised ressursid**:

- aeg (enese)analüüsiks – klinitsistide tööaja sisse ei kuulu mitte ainult ravimine, vaid ka ravitulemuste hindamine;
- usaldusväärsed andmed – asjakohased, täpsed ja täielikud andmed kliiniliste protsesside ja tulemuste kohta, mis on õigel ajal kättesaadavad ja kasutatavad;
- toetav informatsioon – teaduslikud ja praktilised juhendmaterjalid standardite ja indikaatorite metoodika, referentsväärtuste ja *hea praktika* tasemete kohta;
- oskused – andmeanalüüsi metodoloogia ja tulemuste tõlgendamine;
- tehniline tugi – andmete kogumisel ja eelanalüüside teostamisel.

Ei saa loota, et need märkimisväärsed ressursid tuleksid n-ö lisarahastamisena, mis ei ole ka asjakohane, sest kvaliteedi mõõde on loomulik osa tervishoiuteenusest ja tervishoiuteenuste eelarvest. Tervishoiutöötajate ametijuhenditesse ja töökoormusse peaks olema sisse kirjutatud aeg, mida kasutatakse täiendusõppeks, töötulemuste analüüsiks, kollegiaalseks hindamiseks, ravikvaliteedi arendamiseks ja tööks erialase teaduskirjandusega.

Mõistagi on suuremates institutsioonides otstarbekas spetsialiseeruda, et kvaliteediga tegeleks isik(ud), kel on vastav pädevus ja juhtkonna volitused võtta juhtroll erinevate initsiatiivide organiseerimisel ja korraldamisel ning tagada klinitsistidele tehniline tugi.

Nagu näitab Eesti kogemus, ei eraldata kvaliteedi hindamiseks vajalikke ressursse spontaanselt, vajab see tsentraalset juhtimist ja planeerimist. Eesti tingimustes, kus kõik tervishoiuteenuse osutajad tegutsevad eraõiguslike isikutena, on võimalik protsesse juhtida vaid seadusandlike regulatsioonidega, mille hulka kuulub ka rahaliste motivaatorite kujundamine.

Koostada SoM määrus kvaliteedi arendamine Eesti tervishoiusüsteemis

Määruse väljatöötamiseks on vaja kokku kutsuda asjatundjate töörihm, kellele tuleb anda volitused kokku leppida tervishoiu osapoolte (riik, haigekassa, haiglad, teised teenuseosutajad, erialaseltsid, tervishoiutöötajate kutseühendused jne) vastutus ja tööjaotus. Määruses võiks käsitleda vähemalt järgmisi küsimusi:

- tervishoiutöötajate pädevuse säilitamine ja arendamine (resertifitseerimine);
- tervishoiuasutuste ja võtmetähendusega eriarstiabi teenuste akrediteerimine;
- andmete dokumenteerimise ja kasutamise eesmärgid;
- ravijuhendite ja tegevusjuhendite väljatöötamise ja kasutamise raamistik;
- tegevuslubade diferentseerimine tegevuste ja protseduuride puhul, millega kaasnevad olulised riskid ja kus teostajate pädevuse ja kogemuse säilitamiseks on vajalikud minimaalsed töömahud;
- kvaliteediindikaatorite, standardite ja klassifikaatorite väljatöötamine ja kehtestamine;
- raviasutuste ja erialaseltside nõustamine kvaliteediarenduse kavandamiseks ja edendamiseks;
- kvaliteedialase koolituse korraldamine tervishoiutöötajatele.

Määruse koostamiseks on vajalik vastava delegatsiooni kirjutamine tervishoiuteenuste korraldamise seadusse ja see sobiks kõige paremini tervishoiu juhtimise peatükki, mis muuhulgas reguleerib tervise infosüsteemi all informatsiooni kogumist ja edastamist.

11.2. Tervise infosüsteemi ümberehitamine

Eesti tervise infosüsteemi ülesehitus põhineb täna statsionaarsetel ja ambulatoorsetel epikriisidel, mis kirjeldavad isikuga konkreetse haigusjuhu jooksul toimunut. Sel viisil kogutavad andmed peaksid aitama edaspidi sedasama isikut, mis on üks tervise infosüsteemi kahest eesmärgist. Epikriisidena kogutavad andmed kahjuks seda eesmärki ei suuda täita, aga siinkohal jääb see teema arendamata, sest sellega tegeleb 2015. a Riigikantselei e-tervise rakkerühm.

Teine peamine tervise infosüsteemi eesmärk peaks olema üksikisikute terviseandmete alusel tekitada tervishoiustatistikat jm informatsiooni, mis oleks abiks tervishoiu juhtimisel ja planeerimisel. Eestis on see eesmärk formaalselt tervishoiu infosüsteemile seatud, kuid riik ei ole kandnud hoolt, et eesmärgi täitmiseks oleks tehtud asjakohast ja plaanipärast tööd.

Haigusjuhu kirjeldus, mida kajastavad epikriisid, ei ole siin piisav ning täiendavalt tuleb koguda andmeid ja tunnuseid, mis antud haigusjuhu lahendamisel ei olnud määravad, kuid on hädavajalikud informatsiooni analüüsiks haiguste, patsiendirühmade või rahvastiku tasemel.

Tervise infosüsteemist tuleb teha uus e-tervis

1. Praegune tervise infosüsteem kogub andmeid eesmärgitult, valimatult ja standardiseeritult.
2. Haigekassa kogub andmeid standardiseeritult väga kindla eesmärgiga.
3. Kumbki süsteem ei ole iseseisvana ega koos kasutatavad ravikvaliteedi edendamiseks, mistõttu tuleb ehitada uus andmete kogumise süsteem – uus e-tervis.
4. Suur osa põhiantmetest dokumenteeritakse raviasutustes digitaalselt, kuid kvaliteedi jaoks oluliste andmete dokumenteerimine ei ole süstemaatiline ja on kokku leppimata.
5. Kvaliteedi aspektist on määravad isikupõhised andmed, mis võimaldavad moodustada aegridasid ja arvestada isikute eripära (vanus, sugu, haigused, eelnev ravi).
6. Kvaliteeti ei saa hinnata puudulike või ebakvaliteetsete andmete alusel.

7. Andmekvaliteet tähendab (automaatseid) kvaliteedikontrolle andmete sisestamise kohas, sest hiljem ei ole infot, et vigaseid andmeid parandada.
8. Andmeid tuleb sisestada ühtsete ja riiklikult väljatöötatud IT-lahenduste abil, mis antakse raviastutuste kasutusse, et saavutada 100% hõlmatus.
9. Ühtne süsteem sisestamisest kuni taaskasutamist võimaldava andmekoguni tagab standardse andmehõive ja esindusliku kaetuse.

Ravikvaliteedi hindamiseks vajalike algandmete kogumiseks tuleb tervise infosüsteem kas ümber teha või ehitada sinna kõrvale uus, mis võtab vastutuse ja katab andmehõive kvaliteedi alates andmete sisestamisest.

Uue e-tervise põhimõtted

Kogutavad terviseandmed on:

1. Valitud (ettemääratud) – kõik andmed ei ole võrdselt olulised ja kõike ei tohi koguda.
2. Eesmärgipärased – kogutavate andmete koosseis määratakse kasutuseesmärkide alusel.
3. Isikupõhised – et tunnuste alusel saaks isikuid otsida ja linkida.
4. Standardiseeritud ja struktureeritud – kehtib eranditult kõigile kogutavatele andmetele, et erinevate isikute sarnased tunnused oleks automaatselt analüüsitavad.
5. Kvaliteetsed – automaatselt kontrollitud sisestamise hetkel.
6. Ühetaolised – organiseeritud identsel viisil kõigi teenuseosutajate juures.
7. Eelanalüüsitud – andmeteks on diagnoos või raviotsus, mitte saatekiri ega selle vastus.
8. Olulised – tervise infosüsteem peab kättesaadavana hoidma olulise informatsiooni ja eristama selle teisejärgulisest.
9. Organiseeritud isiku digitaalseks terviseloos – tervise infosüsteem kuvab terviseandmed kasutajate vajadustele kohandatud viisidel (perearsti, koduõe või neuroloogi profiil jne)
10. Tagasisidestatud – raviastutus ja arst saavad oma tegemiste kohta regulaarset tagasisidet.

Terviseandmete kogumisel ja analüüsil on kaks vaadet – isiku ja rahvastiku (populatsiooni) vaade – ning andmed liiguvad sisestamisel koheselt mõlemas suunas.

Isikupõhine vaade tähendab andmete kogumist, säilitamist ja kättesaadavaks tegemist konkreetse isiku tervise huvides. See n-õ raviinfo peab liikuma kiiresti ja olema kõigile teenuseosutajatele kohe kättesaadav. Näideteks on saatekirjade vastused, haiglaravi kokkuvõtted, kiirabikaardid jm aegkriitiline info, mis peaks ilmuma isiku digiloo avalehele.

Rahvastiku(rühmade)põhine vaade tähendab, et admeid ei koguta mitte niivõrd konkreetse isiku aitamiseks, kuivõrd (kõigi) haigete parema ravi korraldamiseks vajalike ravitulemuste ja kvaliteedi hindamiseks, samuti töökorralduse ja ressursivajaduse hindamiseks. Nendel andmetel ei ole tähendust ühekaupa, kuid väärtus tekib, kui neid on kogutud mingi ajaperioodi kohta või kindlaksmääratud tunnuste alusel erinevate isikute kohta: st nendega ei ole kiiret ja nad on oma kasutuslaadilt sarnased statistikale.

Näiteks vaksineerimine või diabeedi monitoorimine peab küll kajastuma iga isiku digitaalses terviseloos, kuid info selle kohta peab paralleelselt liikuma vastavalt vaksineeritute registrisse ja perearsti tagasiside kokkuvõttesse. Mõlema tegevuse kohta koostab tervise infosüsteem automaatselt kvartaliaruande ja perearstil on ülevaade kõigist tema nimistust vaksineeritud väikelastest ja jälgimist vajavatest suhkruhaigetest.

Terviseandmeid võib nende kasutamise peamise otstarbe alusel jagada administratiivseteks ja kliinilisteks. Mõlemad on hädavajalikud nii isikupõhise kui rahvastikurühmadepõhise andmekogumise vaatenurgast.

Terviseandmeid on võimalik kasutada erinevatel eesmärkidel ainult siis, kui see on nii ette nähtud nende sisestamise hetkel ning kui andmed on struktureeritud ja standardiseeritud viisil, mis arvestab nende kasutamisega enam kui ühel eesmärgil ja viisil.

Administratiivsete terviseandmete põhituumik – isikukood, arsti kood, kuupäev, teenuse kood – dokumenteeritakse täna raviasutustes digitaalselt ja edastatakse haigekassale. See tähendab, et nende andmete kogumine on standardiseeritud ja struktureeritud ning juba kogutud andmete voog tuleka paralleelselt saata uude e-tervise infosüsteemi, kus see suunatakse edasi erinevate andmestike moodustamiseks.

Andmed tuleb grupeerida minimaalsetesse moodulitesse, mis oleksid omavahel seostatavad isikukoodi jt tunnuste abil. Näiteks arstivisiidi toimumise fakt (kuupäev ja arst) peab kajastuma isiku digitaalses terviseiloos ja sama info (kuupäev ja arst) koos isikukoodiga on administratiivsete andmete pakett, mis peab liikuma mitmesse erinevasse andmestikku – nii arsti enda tegevusaruandesse, raviasutuse aruandesse, haigekassale kui tervishoiustatistikasse.

Osa vajalikke administratiivseid andmeid (näit kellaajad või kasutatud keemiaravi) seni ei dokumenteerita ja haigekassale ei edastata, st et raviasutuste jaoks tuleb luua ühtse üleriikliku protokollil alusel IT-lahendused vajalikes kohtades (opituba, intensiiv, EMO) oluliste andmete täiendavaks kogumiseks.

Suurem osa vajalikest kliinilistest andmetest on reeglina olemas haiguslugudes, kuid mitte standardiseeritud ja stuktureeritud kujul, mis lubaks neid digitaalselt liigutada ja analüüsida. Oluliste kliiniliste andmete minimaalsed koosseisud tuleb riiklikul tasemel üle vaadata ja kokku leppida ning seejärel tagada tehnilised lahendused nende dokumenteerimiseks olemasolevate klassifikaatorite (RHK-10, NCSP, EHK koodid) abil.

Väga oluline on tervise infosüsteemis kajastada isiku tervise seisundi raskust lisaks diagnoosile. Mõnes kindlas kliinilises olukorras kasutatakse ka Eestis selleks spetsiifilisi skaalasid – nt Glasgow kooma skoor intensiivravis ja *Harris Hip Score* isikul, kes võetakse puusaliigese endoproteesimise järjekorda –, kuid seni seda informatsiooni ei dokumenteerita süsteemselt ega koguta digitaalselt.

Kui riiklikul tasemel on kokku lepitud, milliseid seisundeid, millal ja millise instrumendiga hinnata, siis saab ka nende andmete dokumenteerimiseks riiklikul tasemel välja töötada asjakohased tehnilised IT-lahendused ja anda need teenuseosutajate kasutusse.

11.3. Tagasiside arstidele ja raviasutustele

Eesti raviasutustes valitseb põhjendatud mure, et kvaliteedi argumenti hakatakse kasutama rahastamisotsuste tegemisel (lepingupartnerite valik ja lepingumahtude määramine), sest sellist sõnumit on poliitiliselt tasandilt edastatud nii raviasutustega kohtumistel kui meedias. Selline kvaliteedi argumendi väärkasutus tuleb välistada, sest kvaliteet üldmõistena ega ükski kvaliteediindikaator ei ole kategooriline suurus *on-off*-skaalal, vaid pidev muutuja, mida tuleb tõlgendada kontekstile vastavalt ja ajalises dünaamikas.

Tervishoiu kvaliteediga süsteemne tegelemine on mistahes raviasutuse põhitöö ja seetõttu ei sobi üksikute detailide esiletõstmine kvaliteedi kontseptsiooniga. Pigem peaks rahastaja vaatenurgast toetama süsteemset lähenemist ja arengut õiges suunas ning tunnustama ja toetama raviasutuse ravikvaliteedi analüüsi koostamist, patsiendi ohujuhtumite süsteemi arendamist, osalemist rahvusvahelisel akrediteerimisel, osalemist välishindamistel jne.

Arvestades raviastutuste erinevust ja ka rahastaja soovi, et kõik tegeleks kvaliteediküsimustega senisest enam, võiks kaaluda lepingute sõlmimisel n-õ kvaliteedilisa, kus iga raviastutusega lepatakse kokku eesmärgid ja samuti nende täitmise või osalise täitmise seosed kvaliteeditasuga.

Kvaliteedi tagamine tervishoius ei ole ei riigi ega rahastaja võimuses, vaid seda saavad arendada ainult teenuseosutajad ise, kellel on selleks vajalikud teadmised ja oskused. Riik regulaatorina ja rahastaja motiveerijana saavad luua keskkonna, kus tegeletakse kvaliteediga sisuliselt, mitte karistuse hirmus või rahaliste hüvede nimel.

Parim, mida riik ja rahastaja saavad teha, on asjakohane õigusruum ja kvaliteedi arendamiseks vajalike andmete organiseerimine viisil, mis muudab selle informatsiooni kasutatavaks haigete ja haigusrühmade ravitulemuste parandamise eesmärgil.

Regulaarne, struktureeritud ja eelanalüüsitud tagasiside igale arstile ja raviastutusele, samuti erialale ja haiglatele nende tegevuste kohta (protsessi indikaatorid) ja ravitud haigete edasisest tervisestaatusest (tulemusindikaatorid) on kaasaegsele infotehnoloogiale jõukohane, kui meedikud sõnastavad sisuliselt õiged ülesanded.

Konkreetseks arenguvõimaluse näiteks on siinkohal haigekassa poolt perearstidele antav tagasiside nende kvaliteeditasu indikaatorite täitmise kohta: tagasisidest nähtub, kas teenus on isikule osutatud või mitte. See võimaldab perearstil kontrollida, kas lävend on õigesti arvutatud või mitte, kuid oma tegevustest ülevaate saamiseks peab perearst tegema hulga käsitööd. Eelanalüüsitud aegriidade jt teemakohaste võrdluste tekitamine on tänapäeva infotehnoloogia jaoks jõukohane, aga vajab täpse analüüsikava kokkuleppimist just kasutaja vaatenurgast.

Prototüübid selleks on Eestis olemas. Aastatel 2001–2002 andis haigekassa perearstidele kvartaalset tagasisidet nende poolt välja kirjutatud soodusravimite kohta ja alates 2012. a-st avalikustab haigekassa haiglavõrgu arengukava haiglate tegevust kirjeldavaid indikaatoreid. Koostöös Eesti PATH töögrupiga on sellest võimalik välja arendada formaadid, mis oleksid sobilikud raviastutuses toimuva kliinilise töö kvaliteediaspektide monitoorimiseks.

11.4. Indikaatorite väärkasutamise riskid – rohkem ei ole parem

25. märtsil 2015 toimus konverents Sotsiaalministeeriumi ja Eesti Haigekassa koostöös Maailma Terviseorganisatsiooni ja Maailmapangaga. Konverents osutas muuhulgas kvaliteediindikaatorite kasutamise problemaatikale tervishoiupoliitiliste hinnangute andmisel. Kvaliteedimõõdikutena kasutati Maailmapanga uuringus vereanalüüsides ja uuringute regulaarset tegemist kroonilistel haigetel või riskirühmadel, mis põhineb loogikal, et raviotsuste tegemiseks on vaja regulaarselt teha analüüse või uuringuid ja et uuringule suunamine iseloomustab ravitöö kvaliteeti.

See võib nii olla, aga ei pruugi – rohkem analüüse ei tähenda paremat ravi ega ravitulemust. Mingi tegevuse sooritamine on näide protsessiindikaatorist, mida tuleb kasutada sobivas kontekstis. Samas on see suurepärane indikaator, hindamaks näiteks sihtrühma vaktsineerimist, sest ainult vaktsineerides saavutatakse immuunsus.

Kuid veresuhkru määramise fakt diabeedihaiigel ega vererõhu mõõtmine riskirühma isikutele ei näita haiguse kontrolli, vaid suunab lauskontrolli ka need haiged, kes seda analüüsi ei vaja. Ühekordse mõõtmise asemel arsti juures on oluline tegeliku riskirühma kindlaksmääramine ja nende veresuhkru ja/või vererõhu regulaarne monitooring kodus, et teada saada haiguse kontrolli tase. Ühekordse analüüsi või mõõtmise rõhutamine ei pruugi näidata ravikvaliteeti, vaid võib kallutada arste tegema raviotsuseid kergekäeliselt ja käsitlema haigeid vormitäiteks.

Eelõeldu on näide protsessiindikaatorite väärkasutamisest kvaliteedi hindamisel – kui midagi on kerge mõõta, ei tähenda, et see sobib iseseisvana sisuliste hinnangute andmiseks. Maailmapanga järeldused olid õiged, et ravi järjepidevuses ja krooniliste haigete jälgimises on Eestis

arenguruumi, kuid protsessiindikaatoreid ei sobi kasutada kategooriliste eesmärkväärtustena, mille alusel anda hinnanguid või teha administratiivseid otsuseid. Protsessi-indikaatorite mõõtmisele peaks järgnema leitud erinevuste põhjuste analüüs ja siduline ravitulemustega.

Eesmärkväärtuseks ei saa siin olla ei 100%-line ega muu fikseeritud tase, küll aga peaks eraldi tegelema nende arstidega, kelle nimistu ühelegi kroonisele haigele ei ole tehtud aasta jooksul ühtegi uuringut. On ilmne, et neile arstidele kvaliteeditasu ei toimi ja tuleb pead murda, millised motivaatorid oleksid siin asjakohased.

Kõigile haigetele sama indikaatori (vereanalüüs kord aastas) ühetaoline rakendamine põhjustab asjatut aja- ja ressursikulu ning annab nii arstidele kui haigetele vale signaali, nagu aitaks uuring haigust kontrollida, samas kui energia tuleks suunata haigete eluviisi korrigeerimisele.

Kvaliteedisüsteemiga ühinenud perearstide juurde tehakse üha enam visiite ja nende nimistutes kasvab krooniliste haigete arv, Osaliselt võib see olla tingitud ebavajalikest uuringutest ja põhjustab ülediagnoosimist – mida otsid, seda leiad – eriti just I astme hüpertensiooni on palju juurde tekkinud.

11.5. Kvaliteeditasu arendamine peremeditsiinis

Majandusteadustes tunnustatud Pareto printsiip (80/20) kehtib ka tervishoius – 80% probleemidest põhjustab 20% isikutest, seda nii haigete kui arstide seas. Kvaliteediarenduse peamisi eesmärke tervishoiussüsteemi vaatenurgast on leida need 20% probleemsetest teenuseosutajatest ja aidata nad järele teiste jaoks jõukohasele tasemele. Kui on loodud rahalised motivaatorid kvaliteediindikaatorite saavutamiseks, tuleb kindlasti jälgida, et 20% probleemseid ei saa jääda süsteemist kõrvale, kui seatud eesmärgid ei ole neile motiveerivad või jõukohased.

Eesti Haigekassa on koostöös Eesti Perearstide Seltsiga rakendanud kvaliteeditasu süsteemi (vt ptk 7.2), mis alates 2015. a-st on perearstidele kohustuslik. Kvaliteeditasu arvestatakse kahel tasemel – kõigi 38 indikaatori saavutamisel koefitsiendiga 1,0 või vähemalt 80% indikaatorite saavutamisel koefitsiendiga 0,8. Lisatasu haiguste ennetamise ja krooniliste haigete jälgimise eest (kood 3061) on 2015. a 3451 eurot, mis on ligikaudu 3% ühe perearstinimistu keskmisest sissetulekust.

Tänane olukord

Kehtivas perearsti kvaliteeditasu arvestamise süsteemis on 27 tegevuspõhist indikaatorit, mis suunavad perearsti aktiivselt tegelema krooniliste haigete jälgimisega.

Kokku on lepitud, et haigekassa koostab kord aastas loetelud nimistusse kuuluvatest isikutest, kes põevad hüpertooniatõbe või suhkurtõbe. Seejuures on kriteeriumiks, et isikul on kolme eelmise aasta jooksul olnud perearstide raviarvete andmebaasis vähemalt üks arve vastava haiguse diagnoosiga. See on haigekassa vaatenurgast hea lahendus, sest sellise loetelu tegemiseks on algandmed olemas.

Väide

Haiguse definitsioon arvel oleva diagnoosi alusel ülehindab oluliselt haigete arvu, sest 20%-l isikutest on *white coat hypertension* ja vereglükoosi väärtus on väga muutlik, kuid ühekordne kõrvalekalle normist annab aluse nõutud lahtri täitmiseks.

Raviarvel on diagnoosi lahter vajalik, sest see aitab iseloomustada põhjust, miks arstiabi vajati. Haiglaravi korral võib uskuda, et põhidiagnoos vastab enam-vähem haige peamisele terviseprobleemile, mida lahendati.

Seevastu ambulatoorse visiidi korral on diagnoosi lahter tihti desinformatsioon, sest enamusel juhtudel käiakse arsti juures sümptomite ehk haigustunnuste tõttu – kurdetakse väsimust, unetust, südamepekslemist või peapööritust jne, kuid see ei ole reeglite järgi klassifitseeritav ja seetõttu

pannakse arvele enim esinev diagnoos või kahtlus, mille pärast tehti mõni uuring. Juhul kui edasiste uuringutega esialgne diagnoosi hüpotees ei leidnud kinnitust, ei ole isikut võimalik enam "süsteemist" välja saada, sest diagnoos ei muutu kehtetuks, kuna ta on raviarvel esinenud.

Soovitud olukord

Mõned aastad tagasi kehtinud süsteem, kus perearstid ise esitasid oma krooniliste haigete nimekirjad, oli seetõttu usaldusväärsem, et patsiendid, kel kroonilist haigust tegelikult ei esinenud, kvaliteedi jälgimise süsteemi ei sattunud.

Krooniliste haigete jälgimine on ülioluline, kuid siin tuleb täpselt määrata haigete sihtrühm, mis eeldab ravijuhistele vastavate diagnoosikriteeriumite täitmist. Eestis on näiteks kõrgvererõhktõve ja astma kohta ravijuhend kokku lepitud. Haigeks tunnistamise tõendus põhisisus peab olema tagatud, sest otsus on saatuslik ravitavale isikule ja pöördumatu kohustus tervishoiusüsteemile.

Uue e-tervise eesmärgiks peaks olema otsusetugede loomine, mis vastavalt ravijuhenditele aitavad arstil dokumenteerida kokkulepitud kriteeriumite (analüüsid, vaevused, kestus jne) täitmist ja kvaliteediindikaatoriks võiks sobida vastavate otsusetugede kasutamine diagnoosi püstitamisel.

Patsiendid erinevad üksteisest seisundi raskuse, kaasuvate riskitegurite ja koostöövõime poolest, mistõttu sama haigusega isikud vajavad erinevat tähelepanu ja erinevaid sekkumisi-nõustamisi. Kroonilised haiged tuleb e-tervise abil stratifitseerida vastavalt kumulatiivsele riskile ja ravivõimalustele, nagu praegu toimub hüpertoonია korral.

Perearstide 2016.a kvaliteeditasu kokkuleppimisel on vaja üle vaadata kroonilise haige mõiste ja defineerida nende selekteerimise täpsed andmekoosseisud (probleemid tekivad detailidest).

Parendusettepanekud

Nii perearstipraksiste hindamine kui ka kliinilise töö kvaliteedi hindamine (praegune kvaliteeditasu süsteem) peaksid moodustama ühtse terviku, st et perearstide seltsi poolt läbi viidud perearstikeskuste hindamise tulemusi arvestataks kvaliteeditasu määramisel.

Perearstikeskuse kvaliteedi hindamine võiks jääda perearstide seltsi korraldada ja edasi arendada, samas vajab süsteemi funktsioneerimine ja jätkusuutlikkus ka hindajate koolitusi. Nii koolituste läbiviimiseks kui ka praksiste visiteerimiseks on oluline finantsilise toe olemasolu. Entusiasmil püsivad tegevused ei pruugi kaua olla jätkusuutlikud.

Indikaatorite arvu tuleb vähendada ja nende valik peab olema hästi argumenteeritud, mistõttu tuleb kriitiliselt üle vaadata kõik indikaatorid, hindamaks nende tõendatust, ning püüda defineerida kliiniliselt olulisimad ja tulemile orienteeritud näitajad.

Pluss-miinus-süsteemi asemel tuleks motiveerida ka liikumist õiges suunas. Fikseeritud tasu ja pluss-miinus-süsteem on vähemotiveeriv praksistele, kus objektiivsetel põhjustel (nimistu koosseis) võib näitaja saavutamine sõltuda 1–2 haige haiguskäitumisest.

Kvaliteeditasu osa perearstide üldises finantseerimises on olnud 2–3%, mis on tagasihoidlik võrreldes rahvusvahelise praktikaga. Näited ulatuvad eri maades 2%-st 25%-ni, (nt. Portugalis 10%, Sloveenias 10%, Hollandis 7%, Inglismaal 25%). Kvaliteedi eest tasumine ei tohi muutuda rahastamise põhikomponendiks, kuid motivatsiooni säilitamiseks peab see olema suurem.

Kuna elanikkonna vananemisega ning krooniliste haiguste suurenemisega kasvab ka patsientide hulk, kel esineb mitu haigust korraga, siis võiks indikaatorite hulgas olla ka selliseid, mis mõõdavad arstiabi kompleksust ja koordineeritust isiku tasemel. Näiteks selle asemel, et hinnata, kas kreatiniini on diabeedihaiigel määratud, tuleks haige käsitlest tervikuna võrrelda ravijuhendiga. Koordineerituse näitajate jaoks tuleb koostada erialadeülesed käsitluse protokollid, kus saaksid tekkida asjakohased indikaatorid.

12. Tegevuskava kvaliteedi edendamise süsteemi loomiseks

Siin peatükis esitatakse rakendusplaan, loomaks ravitulemuste hindamist võimaldav süsteem, mis tagaks kvaliteediindikaatorite monitoorimiseks vajalike kvaliteetsete algandmete kogumise ja kättesaadavuse ning analüüsitulemuste kasutatavuse nii teenuseosutaja (asutuse ja tervishoiutöötaja) kui riikliku tervishoiusüsteemi jaoks.

Terminoloogiline soovitus – kvaliteedi hindamise asemel võiks kasutada mõistet "kvaliteedi edendamine", sest kvaliteedi hindamine pole eksami tegemine hindade ega ühekordne hinnangu andmine skaalal hea-halb, et selle alusel teha administratiivseid otsuseid. Kvaliteedi hindamine-jälgimine on pigem protsess, mis asjakohasele informatsioonile toetudes kirjeldab, mis suunas ja kui kiiresti toimuvad arengud.

Tegevuskava sisaldab soovitusi vajalike kvaliteetsete algandmete kogumise ja regulaarse kättesaadavuse tagamiseks ning ettepanekuid andmete analüüsi organisatsiooni ülesehitamiseks.

Kvaliteedi edendamiseks tuleb³ muuta mõtteraamistikku ehk mõttemustrit (paradigmat).

Kvaliteet tervishoius ei ole ainult teenuseosutajate vastutus.

Tervishoiu kvaliteeti ei saa tagada ainult seaduste, määruste ja ettekirjutustega valitsuse tasandil, samas ilma riiklikul tasemel koordineerimiseta ei teki kvaliteeti osapooli rahuldaval tasemel.

Entroopia (korratuse) vältimiseks tuleb teha tööd (termodünaamika teine seadus)

Väga suur osa kvaliteedist patsiendi ja tervisesüsteemi jaoks tekib teenuseosutajate vahel ja koostöös ning seda osa kvaliteedist tuleb täiendavalt toetada, arendada ja rahastada.

Kvaliteeti ei saa hinnata puudulike või ebakvaliteetsete andmete alusel.

Ravikvaliteedi arendamiseks ja hindamiseks vajalike andmete kogumiseks tuleb tervise infosüsteem kas ümber teha või selle kõrvale ehitada uus, mis võtab vastutuse ja katab andmehõive kvaliteedi alates andmete sisestamisest.

Eksimustest õpitakse (no-fault and system-failure measurement culture).

Kvaliteedi hindamine identifitseerib probleeme ja eksimusi, et nendest õppides arendada kliinilist mõtlemist ja organisatsioonilist keskkonda.

Võttes eesmärgiks luua 2020. aastaks Eestis tervishoiu kvaliteedi jälgimise ja edendamise süsteem, tuleb 2015–2016 astuda kolm sammu, mis koos loovad eeldused arenguhüppeks:

- 1) mittesüüline patsiendikahjude lahendamise süsteem – võtab maha pinged tervishoius;
- 2) uus sisu e-tervisele – annab vahendid andmete kogumiseks ja analüüsiks;
- 3) riiklik juhtimine – tagab plaanipärase ja tasakaalus arengu.

Sotsiaalministeerium võtab juhtrolli tervishoiu kvaliteedi arendamisel ja koostab kvaliteedipoliitika dokumendi, milles on sõnastatud eesmärgid, nende saavutamiseks vajalikud

³ Tegevuskavas kasutatakse kindlat (mitte käskivat) kõneviisi, sest tingiv kõneviis jätaks mulje, et ühte või teist võiks teha või tegemata jätta, kuid "poole rehkenduse tegemine" ei taga arengut.

tegevused ja eelarve tegevuskava elluviimiseks. Terviklahenduse komponendid lisaks mõttemustri muutmisele:

- kehtivate regulatsioonide kaasajastamine ja täiendav õigusloome;
- probleemjuhtumite registreerimise ja analüüsi süsteemi käivitamine;
- tervishoiu kvaliteeti koordineeriva tsentraalse keskuse loomine (vt lisa 4).

Haigekassa jätkab toimivate kvaliteedimeetmete arendamist:

- ravijuhendite nõukoja ja ravikvaliteedi indikaatorite nõukoja toetamine;
- koostöös PATH töögrupi, Ravikvaliteedi indikaatorite nõukoja ja haiglate liiduga koostatakse haiglaravi tagasiside IT-lahenduste loomiseks vajalikud ülesandepüstitused, mis kirjeldavad raviasutuste ja erialade aspektist olulisi tegevusi kvaliteedi võtmes;
- koostöös perearstide seltsiga koostatakse tagasiside formaat perearstidele, mis annab sisulise ülevaate perearsti tegevustest oma nimistu patsientidega, sh ressursikasutus ja ravimite väljakirjutamine.

Sotsiaalministeeriumi e-tervise valdkond annab e-tervisele uue sisu:

- kokkulepitud kvaliteediindikaatorite analüüsiks vajalike ja täna raviasutustes dokumenteeritavate algandmete sisestamise ja andmehõive protokollide koostamine, sisestusmoodulite tellimine ja edastamine teenuseosutajatele;
- kvaliteedi hindamiseks ja seireks vajalike täiendavate andmete loendite ja kogumise viiside väljatöötamine ning seostamine raviasutuste ja e-tervise infosüsteemidega;
- olemasolevate ja tulevaste andmete analüüsi meetodikate väljatöötamine raviasutuste üleriiklikuks võrdluseks ning erinevate patsiendirühmade ravitulemuste jälgimiseks.

Tervishoiu kvaliteeti koordineeriva tsentraalse keskuse ülesanded alates 2016:

- Eesti tervishoiu tulemuslikkuse ja kvaliteedi aastaaruannete ja sihtanalüüside koostamine vastavalt kokkulepitud kvaliteedistandarditele ja -indikaatoritele;
- kuni käivituvad uued andmete kogumise mehhanismid, kirjeldatakse olemasolevate administratiivsete andmete abil Eesti tervishoiu jaoks oluliste indikaatorite aegridasid;
- Eesti raviasutustes ja erialaühendustes toimuva kvaliteedihindamise parimate praktikate ja kvaliteedialase arendustöö koordineerimine.

Tervishoiutöötajate aktiivne osalus (*hands-on training*) kvaliteediarenduses:

- ravijuhendite ja tegevusjuhendite väljatöötamise mitmekordistamine;
- regulaarne tagasiside tegevuste ja tulemuste kohta loob võimalused ravitöö eneseanalüüsiks;
- resertifitseerimise käivitamine erialaühendustes;
- akrediteerimisel ja kollegiaalsel hindamisel osalemise sidumine resertifitseerimisega;
- uuenenud e-tervis toetab teadustööd ravi kvaliteedi ja tulemuslikkuse valdkonnas.

Raporti põhitekstis viidatud kirjandus

1. Shaw C. Mission report: EHIF and quality of healthcare in Estonia. April 2013. http://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/Mission_report_2013_final_27082013.pdf
2. Eesti tervishoiu kvaliteedipoliitika. Sotsiaalministeerium 1998. http://rahvatervis.ut.ee/bitstream/1/6039/1/Eesti_tervishoiu_kvaliteedipoliitika_1998.pdf
3. Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamine Eestis. Sotsiaalministeerium 2005. http://ee.euro.who.int/tervishoiu_kvaliteet_24veebr2005.pdf
4. Lai T, Habicht T, Kahur K, Reinap M, Kiivet R, van Ginneken E. Eesti: Tervisesüsteemi ülevaade. Tervisesüsteemid muutustes, 2013; 15(6):1–196.
5. Eesti ravijuhendite koostamise käsiraamat. Eesti Haigekassa 2011. http://www.ravijuhend.ee/uploads/userfiles/ravijuhendi_kasiraamat_est.pdf
6. Kliiniliste auditite käsiraamat Eesti Haigekassa 2014. https://haigekassa.ee/uploads/userfiles/Auditi_kasiraamat_2014_fin.pdf
7. WHO PATH (*Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals*). <http://www.pathqualityproject.eu/>
8. Guisset AL, Kjaergaard J, Habicht J. Performance management and developing a culture of measurement and continuous quality improvement in Estonian hospitals: Recommendations on alternative entry points and ways forward. WHO Regional Office for Europe, 2009: 1–46
9. Tagasiside aruanne haiglavõrgu haiglatele. Eesti Haigekassa 2011, 2012 ja 2013. http://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/HVA_Aruanne_2013.pdf
10. Eesti perearstipraksiste kvaliteedijuhis. Eesti Perearstide Selts 2009. <https://www.perearstiselts.ee/images/PAK%20kvaliteedijuhis/Eesti%20Perearstipraksiste%20Kvaliteedijuhis.pdf>
11. Jakobson T, Karjagin J, Vipp L, Padar M, Parik AH, Starkopf L, Kern H, Tammik O, Starkopf J. Postoperative complications and mortality after major gastrointestinal surgery. *Medicina* 2014; 50: 111–117
12. Eha J, Ruusalepp A, Palm E, Ringmets I, Kiivet RA. Revaskulariseerimine südame isheemiatõve ravis Eestis. *Tartu Ülikooli tervishoiu toimetised* 2011 (1): 1–59.
13. Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamise nõuded. Sotsiaalministri 15.12.2004 määrus nr 128. <https://www.riigiteataja.ee/akt/828314?leiaKehtiv>
14. Tervishoiuteenuste kättesaadavuse ja ravijärjekorra pidamise nõuded. Sotsiaalministri 21.08.2008 määrus nr 46. <https://www.riigiteataja.ee/akt/13252887>
15. Euroopa Liidu direktiiv 2011/24 Patsiendiõiguste kohaldamise kohta piiriüleses tervishoius. <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2011:088:0045:0065:et:PDF>
16. OECD Health Care Quality Indicators Project <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-care-quality-indicators.htm>

Lisa 1. Viited ja kirjandus Inglismaa tervishoiu kvaliteedisüsteemi kohta

Lisa 1–1. NHS *Outcomes* eesmärgid ja vastavad indikaatorid:

1. Ennetada enneaegseid surmasid:
arvutatakse tervishoiust sõltuvad potentsiaalselt kaotatud eluaastad (*Potential Years of Life Lost – PYLL*), oodatav eluiga 75-aastaselt meeste ja naiste lõikes eraldi, suremus enne 75. eluaastat südame-veresoonkonna, hingamisteede, maksahaigustesse, vähki (täpsemalt 1 ja 5 aasta elulemus kolorektaal-, rinna- ning kopsuvähki), imikusuremus, vastsündinute suremus ning surnult sündid.
2. Parandada krooniliste haigustega inimeste elukvaliteeti:
krooniliste haigustega patsientide tervisealase elukvaliteedi hinnang, nende tööhõive, sh eraldi vaimuhaigusega patsientide tööhõive; osakaal kroonilise haigusega patsientidest, kes tunnevad end toetatuna oma haigusega tegelemisel; astma, diabeedi ja epilepsiaga patsientide erakorraline hospitaliseerimine; hooldajate tervisealane elukvaliteedi hinnang.
3. Tagada taastumine lühiajalisest tervise nõrgenemisest või õnnetusjärgselt:
tavapäraselt ambulatoorselt ravitavate seisundite puhune erakorraline hospitaliseerimine, haiglast väljakirjutatute erakorraline hospitaliseerimine 30 päeva jooksul, patsiendi hinnang 4 plaanilise protseduuri ravitulemusele – puusa ja põlve endoproteesimine, kubemesonga plastika, varikektoomia; alumiste hingamisteede infektsiooniga laste erakorraline hospitaliseerimine; patsientide osakaal, kel osteoporoosiliste murdude järgselt taastus esialgne liikumisvõimekus 30 ja 120 päeva jooksul; üle 65-aastaste osakaal, kellele pakuti vigastuse või ägeda haiguse järgselt taastusravi ning kes olid kodused 91 päeva pärast taastusravi lõppu.
4. Anda inimestele positiivne kogemus tervishoiust:
patsientide hinnang perearsti plaanilistele ja töötajavälisele teenustele, hambaravile, haiglaravile, ambulatoorsetele teenustele, erakorralisele meditsiinile, raseduse ning vaimse tervise seotud teenustele; vastutulelikkus haiglapatsientide vajadustele.
5. Tagada patsiendiohutus, sh kaitsta neid välditavate kahjustuste eest:
patsientide ohujuhtumite raporteerimine; surma või suure kahjuga seotud ohujuhtumite esinemine; haiglas tekkinud venoosse tromboosia, nosokomiaalsete infektsioonide (MRSA ja *C. difficile*), uute lamatiste ja ravivigadest tingitud tõsise kahju esinemine; ajaliste vastsündinute hospitaliseerimine neonataalosakonda; laste puudulikust jälgimisest tingitud kahju esinemine.

Lisa 1–2. Lühikokkuvõte CQC 2013/14. a raportist tervishoiuasutuste kvaliteedi kohta

Raportis tõdetakse, et kvaliteet on Inglismaal ebahütlane, seda nii eriasutustes kui ka samas asutuse eri osakondades ja erinevate teenuste osutamisel. Kvaliteeti hinnatakse viies valdkonnas: ohutus, efektiivsus, hoolivus, vastavus patsientide vajadustele ja hea juhtimine. Parimad tulemused on hoolivuses – enamik tervishoiutöötajaid suhtuvad patsientidesse kaastundlikult. Kõige suuremad probleemid esinevad ohutuse valdkonnas, kus paljudel teenuseosutajatel puuduvad kindlad mehhanismid või töötajate teadlikkus vahejuhtumite märkamiseks, registreerimiseks ja neist õppimiseks. Teine probleemne valdkond on juhtimine. CQC on märganud, et hea juhtimine parandab kvaliteeti ja ohutust. Üle 80% inspekteeritud asutuste puhul on üldine kvaliteediskoor sama, mis juhtimisele antud hinnang. Täpsem aruanne, sh sotsiaalhoolekande, spetsialiseeritud asutuste ja esmatasandi praksiste hinnangute ülevaade: <http://www.cqc.org.uk/sites/default/files/state-of-care-201314-full-report-1.1.pdf> Lühülevaade: http://www.cqc.org.uk/sites/default/files/state-of-care-2013-14-infographic_0.pdf Näide ühe haiglaühenduse hindamisraportist: http://www.wirralct.nhs.uk/images/ry7_provider_wirral_community_nhs_trust_scheduled_20140911.pdf

Lisa 1–3. Lühikokkuvõtte allikast: Ühendkuningriigi neli tervishoiusüsteemi –võrdlus ajas (1997, 2007 ja 2011. a andmetel).

Ühendkuningriigi kõigis osades on vähenenud meditsiiniliselt ärahoitavate surmade esinemine ja pikenenud eluiga, suurenenud inim- ja finantsressurs tervishoius. Tervishoiutöötajate arvu kasvu tõttu on meditsiini produktiivsus töötaja kohta vähenenud ja on vaid üksikuid erinevusi Inglismaa, Põhja-Iirimaa, Walesi ja Šotimaa vahel. Samas on õdede osakaal Inglismaal väiksem kui teistes Ühendkuningriigi osades. Teistest erinevustest võib välja tuua, et keskmine ooteaeg puusa- või põlveproteeserimisele on Walesis oluliselt pikem kui teistes osades (170 päeva vrd 70 päevaga). Ärahoitavate surmajuhtumite arv on küll vähenenud kõikides riigi osades, kuid Šotimaal on ärahoitavaid surmasid 20% rohkem kui Inglismaal. Erinevused on kokkuvõttes üsna väikesed, mida ei saa otseselt seostada erinevustega kvaliteedi- ja ravikorraldussüsteemides. Pigem mõjutavad meditsiiniteenuste kvaliteeti kohalikud tingimused: töötajate kvaliteet, piisav rahastus, ruumide käepärasus, inimeste vajadused ja koha varasem taust. Bevan G, Karanikolos M, Exley J, Nolte E, Connolly S, Mays N. *The four health systems of the United Kingdom – how do they compare?* The Health Foundation & Nuffield Trust, 2014.

Peatükis 5 kasutatud kirjandus:

1. Appleby J, Harrison T, Hawkins L, Dixon A. *Payment by Results: How can payment systems help to deliver better care?* The King's Fund, 2012. Kättesaadav: http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/payment-by-results-the-kings-fund-nov-2012.pdf
2. Bevan G. *If neither altruism nor markets have improved NHS performance, what might?* Eurohealth 2010, vol 16 no 3 (lk 20-22). Kättesaadav: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/129436/Eurohealth16_3.pdf?ua=1
3. Bevan G, Hood C. *What's Measured is What Matters: Targets and Gaming in the English Public Health Care System.* The Public Services Programme Discussion Paper Series, 2005. Kättesaadav: http://www.researchgate.net/publication/229615633_WHATS_MEASURED_IS_WHAT_MATTERS_TARGETS_AND_GAMING_IN_THE_ENGLISH_PUBLIC_HEALTH_CARE_SYSTEM
4. Boyle S. *United Kingdom (England): Health System Review.* European Observatory on Health Systems and Policies, 2011. Kättesaadav: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/135148/e94836.pdf?ua=1
5. Exworthy M. *The performance paradigm in the English NHS: Potential, pitfalls, and prospects.* Eurohealth 2010, vol 16 no 3 (lk 16-19). Kättesaadav: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/129436/Eurohealth16_3.pdf?ua=1
6. Ham, C. *Improving performance in the English National Health Service.* Eurohealth 2010, vol 16 no 3 (lk 22-25). Kättesaadav: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/129436/Eurohealth16_3.pdf?ua=1
7. Lord Darzi. *High quality care for all: NHS Next Stage Review final report.* Department of Health, 2008. Kättesaadav: http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_085825
8. Meacock R, Kristensen SR, Sutton M. *The Cost-effectiveness of Using Financial Incentives to Improve Provider Quality: A Framework and Application.* Health Economics, 2013. Kättesaadav: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hec.2978/full>
9. Sutton M, Nikolova S, Boaden R, Lester H, McDonald R, Roland M. *Reduced Mortality with Hospital Pay for Performance in England.* The New England Journal of Medicine, 2012. Kättesaadav: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa1114951#f=article>
10. Walker S, Mason AR, Claxton K, Cookson R, Fenwick E, Fleeteroft R, Sculpher M. *Value for money and the Quality and Outcomes Framework in primary care in the UK NHS.* British Journal of General Practice, 2010. Kättesaadav: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20423576>

Lingid peatükis 5 viidatud veebilehtedele:

- EN01 http://www.nhshistory.net/a_first_class_service.htm
- EN02 http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+www.dh.gov.uk/en/publicationsandstatistics/publications/publicationspolicyandguidance/dh_4006902
- EN03 <https://www.nice.org.uk/>
- EN04 https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/198836/National_Service_Framework_for_Diabetes.pdf
- EN05 http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4059654.pdf
- EN06 <http://collections.europarchive.org/tna/20031208034323/http://doh.gov.uk/nsf/diabetes/delivery/summary.htm>
- EN07 http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/@ps/documents/digitalasset/dh_112511.pdf
- EN08 <http://www.nice.org.uk/guidance/qs6/chapter/list-of-statements>
- EN09 <http://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2013/06/a01-cyst-fibr-ad.pdf>
- EN10 <https://www.england.nhs.uk/commissioning/spec-services/npc-crg/>
- EN11 https://www.cysticfibrosis.org.uk/media/82070/CD_Standards_of_Care_Dec_11.pdf
- EN12 <http://www.hscic.gov.uk/catalogue/PUB15930/nhs-out-fram-ind-nov-14-comm.pdf>
- EN13 http://www.hscic.gov.uk/catalogue/PUB14887/ccg_ind_sep_14_comm.pdf
- EN14 <http://qof.hscic.gov.uk/index.asp>
- EN15 <http://www.nhsemployers.org/~media/Employers/Documents/Primary%20care%20contracts/OOF/2014-15/14-15%20General%20Medical%20Services%20contract%20-%20Quality%20and%20Outcomes%20Framework.pdf>
- EN16 <http://www.hscic.gov.uk/catalogue/PUB15751/qof-1314-report.pdf>
- EN17 <https://mqi.ic.nhs.uk/>
- EN18 <https://www.indicators.ic.nhs.uk/webview/>
- EN19 <http://www.audit-commission.gov.uk/wp-content/uploads/2012/12/20121129-best-practice-tariffs.pdf>
- EN20 <http://www.advancingqualitynw.nhs.uk/about.php>
- EN21 <http://www.hscic.gov.uk/hes>
- EN22 <http://www.hscic.gov.uk/catalogue/PUB14196/prov-mont-hes-admi-outp-ae-April%202013%20to%20February%202014-toi-rep.pdf>
- EN23 <http://www.ncin.org.uk/home>
- EN24 <http://hqip.org.uk/assets/Core-Team/Directory-of-Clinical-Databases-and-Registers-JANUARY-2014.pdf>
- EN25 <http://www.england.nhs.uk/statistics/statistical-work-areas>
- EN26 <http://www.nhs.uk>
- EN27 <http://www.england.nhs.uk/statistics/statistical-work-areas/gp-patient-survey/>
- EN28 <http://www.england.nhs.uk/statistics/statistical-work-areas/proms/>
- EN29 <http://www.england.nhs.uk/statistics/statistical-work-areas/friends-and-family-test/>
- EN30 <http://hqip.org.uk/>
- EN31 <http://www.gmc-uk.org/doctors/revalidation/9627.asp>
- EN32 https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/175546/Education_outcomes_framework.pdf
- EN33 <http://www.cqc.org.uk/file/4471>
- EN33 <http://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2013/12/5yr-strat-plann-guid-wa.pdf>

Lisa 2. Viited ja kirjandus Taani tervishoiu kvaliteedisüsteemi kohta

Peatükis 6 kasutatud kirjandus:

1. Birk H, Gut R, Henriksen L. Patients' experience of choosing an outpatient clinic in one county in Denmark: results of a patient survey. BMC Health Services Research 2011. Kättesaadav: <http://www.patientoplevelser.dk/sites/patientoplevelser.dk/files/dokumenter/artikel/1472-6963-11-262.pdf>
2. Mainz J, Krog BR, Bjørnshave B, Bartels P. *Nationwide continuous quality improvement using clinical indicators: the Danish National Indicator Project*. International Journal for Quality in Health Care, 2013. Kättesaadav: http://intqhc.oxfordjournals.org/content/16/suppl_1/i45
3. Nakano A, Johnsen SP, Frederiksen BL, Svendsen ML, Agger C, Schjødt I, Egstrup K. *Trends in quality of care among patients with incident heart failure in Denmark 2003–2010: a nationwide cohort study*. BMC Health Services Research 2013. Kättesaadav: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3851278/>
4. Olejaz M, Juul Nielsen A, Rudkjøbing A, Okkels Birk H, Krasnik A, Hernández-Quevedo C. Denmark: Health system review. Health Systems in Transition, 2012. Kättesaadav: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/160519/e96442.pdf
5. Pedersen KM, Andersen JS, Søndergaard J. *General Practice and Primary Health Care in Denmark*. Journal of the American Board of Family Medicine, 2012. Kättesaadav: http://www.jabfm.org/content/25/Suppl_1/S34.long
6. Pedersen KM, Bech M, Vrangbæk K. *The Danish Health Care System: An Analysis of Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats*. The Consensus Report 2011. Kättesaadav: http://www.copenhagenconsensus.com/sites/default/files/ConsensusReportDanishHealth_final.pdf
7. Qvist P, Rasmussen L, Bonnevie B, Gjørup T. *Repeated measurements of generic indicators: a Danish national program to benchmark and improve quality of care*. International Journal for Quality in Health Care 2004. Kättesaadav: <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/16/2/141>
8. Schroll H, Christensen Rd, Thomsen JL, Andersen M, Friberg S, Søndergaard J. *The Danish Model for Improvement of Diabetes Care in General Practice: Impact of Automated Collection and Feedback of Patient Data*. International Journal of Family Medicine 2012. Kättesaadav: <http://www.hindawi.com/journals/ijfm/2012/208123/>
9. Skjoet P, Freil M, Biering-Sørensen C. *Climbing the Patient Safety Culture Ladder*. Posterettekann 2006. Kättesaadav: <http://www.patientoplevelser.dk/undersogelser/climbing-the-patient-safety-culture-ladder>
10. Svendsen ML, Ehlers LH, Andersen G, Johnsen SP. *Quality of care and length of hospital stay among patients with stroke*. Medical Care 2009.
11. Svendsen ML, Ehlers LH, Hundborg HH, Ingeman A, Johnsen SP. *Processes of early stroke care and hospital costs*. International Journal of Stroke 2013. Kättesaadav: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ijs.12221/abstract>
12. The Unit of Patient-perceived Quality: The National Danish Survey of Patient Experiences – in brief. Copenhagen 2010. Kättesaadav: http://patientoplevelser.dk/files/dokumenter/artikel/lup_pixi_uk.pdf
13. Vrangbæk K, Christiansen T. *Transformation and stability in Danish health care*. Paper for EHSDG LSE 2002. Kättesaadav: https://www.jiscmail.ac.uk/cgi-bin/webadmin?A3=ind02&L=EHPG&E=base64&P=825136&B=---%3D_NextPart_001_01C1B334.7E674F8A&T=application%2Fmsword;%20name=%22VrangbaekChristiansen.doc%22&N=VrangbaekChristiansen.doc&attachment=q

Lingid peatükis 6 viidatud veebilehtedele:

DK01 <http://www.ikas.dk/IKAS/English.aspx>

DK02 <http://www.isqua.org/>

DK03 <http://www.ikas.dk/Admin/Public/Download.aspx?file=Files%2FFiler%2FEnglish%2FAccreditation-standards-for-hospitals-2nd-version.pdf>

DK04

<http://ikas.dk/Admin/Public/DWSDownload.aspx?File=%2fFiles%2ffiler%2fEnglish%2fMunicipality+Health+Care+system.pdf>

DK05 http://www.hpm.org/en/Surveys/University_of_Southern_Denmark_-_Denmark/12/The_National_Indicator_Project.html

DK06 http://www.nip.dk/files/Subsites/NIP/Engelsk/Development%20of%20indicators%20in%20NIP_220510.pdf

DK07 https://www.sundhed.dk/content/cms/63/4663_%C3%A5rsrapport-2013-akut-kiurgi-databasen_off_20012014.pdf

DK08 http://www.kcks-vest.dk/files/Subsites/NIP/Publikationer/2011DanClinDatabases_AGJuly2011.pdf

DK09 <http://www.rkkp.dk/>

DK10 <http://www.dak-e.dk/flx/en/about-dak-e>

DK11 <http://www.patientoplevelser.dk/center-patient-experience-and-evaluation>

DK12 <http://www.rigshospitalet.dk/RHenglish/Menu/About/Quality+declarations/About+quality/>

DK13 <http://www.esundhed.dk/sundhedskvalitet/Sider/sundhedskvalitet.aspx>

DK14 <http://www.oecd.org/els/health-systems/36262514.pdf>

DK15 http://www.oecd.org/els/health-systems/ReviewofHealthCareQualityDENMARK_ExecutiveSummary.pdf

DK16 http://www.sum.dk/Aktuelt/Publikationer/~media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2008/UK_Healthcare_in_dk/pdf.ashx

Lisa 3. Intensiivravi kvaliteediindikaatorite hindamise metoodika, sh indikaatorite ja andmepäringu kirjeldused

Peatükis 10 on kirjeldatud ravikvaliteedi indikaatorite nõukoja poolt valitud indikaatorite arvutamise tulemusi haigekassa raviarvetel olevate andmekoosseisude alusel ja esitatud ettepanekud indikaatorite hindamise süsteemi arendamiseks. Detsembris 2014 valiti testimiseks indikaatorid intensiivravi ravitulemuste hindamiseks – rehospitalseerimine ja suremuskordaja pärast intensiivravi. Et suurendada valimi esinduslikkust ja võimalike erinevuste usaldusväärsust, võeti valimisse kolme järjestikuse aasta raviarved.

Andmepäring ja analüüsitavate andmete kirjeldus

Eesti Haigekassa andmebaasis tehti päring 2011–2013. a intensiivravi teenust (koodid 2045, 2046 või 2059) saanud isikute vastavat teenust sisaldavate raviarvete, kõigi nendel arvetel sisalduvate teenuste ja arvetele vastavate diagnooside kohta. Andmed edastati haigekassast TÜ tervishoiu instituudile anonüümsete umbisikuliste koodidega, kusjuures iga isiku kohta oli teada tema sugu, vanus intensiivravile jõudmise ajal ning surmaaeg nädala täpsusega. Kokku oli väljavõttes 85 415 arvet 68 211 isiku kohta.

Et välistada järjestikused intensiivravi episoodid, jäeti analüüsi teostamiseks valimisse arved, mille intensiivravi alguskuupäevast eespool on vähemalt 30-päevane intensiivravivaba periood, st kõrvale jäid kõik 2011. a jaanuarikuu arved ning veebruari arvetest need, kus samal isikul oli eelneva 30 päeva jooksul ehk siis jaanuaris vastav arve. Valimisse jäi 82 704 arvet.

Käesolevas analüüsis käsitletakse n-õ intensiivravi osakondade tööd, mida kirjeldavad III ja IIIA astme intensiivravi arved, mistõttu edasest analüüsist jäi välja 46 687 isikut, kelle arve(te)l olid ainult II astme intensiivravi teenused (kood 2045).

Raviasutuste võrreldavuse huvides kaasati analüüsi ainult täiskasvanud (vanus 18 a või rohkem), sest laste intensiivraviga tegelevad ainult Tallinna Lastehaigla ja TÜ Kliinikum, ning raviasutustest kümme haiglat, mis olid enim osutanud III astme intensiivravi täiskasvanutele.

Intensiivravi episoodiks loeti samale isikule järjestikku osutatud III või IIIA astme intensiivravi teenused, mille vahele jäi vähem kui 1 päev. Kuna teenuse hulk päevades on kirjas kümnendmurruna (st ei ole täisarvuna), pole täpselt teada, millisel kuupäeval lõpeb nt 1,88 või 0,21 päeva intensiivravi. Seega jäi valimisse 17 552 isiku 19 407 arvet.

Rehospitalseerimise arvutuskäik

Valem: 72 tunni rehospitalseerimiste arv osakaaluna protsentides intensiivravist väljakirjutatud patsientide arvust.

Rehospitalseerimist vaadati iga isiku esimesele III astme intensiivravi episoodile järgnevalt. Kui uus episood algas 1 kuni 3 päeva jooksul esimesele episoodile vastava (viimase) raviarve lõppkuupäevast, siis loeti isik rehospitalseerituks. Vaadati eraldi rehospitalseerimist ükskõik millisesse haiglasse (227 isikut 17 552-st) ning rehospitalseerimist samasse haiglasse (st sama haigla III või IIIA astme intensiivravisse; 213 isikut 17 552-st).

Suremuskordaja arvutuskäik

Valem: intensiivravi osakonda hospitaliseeritud patsientide arv, kes vaatlusaja jooksul surid, st kas haiglas, 30 päeva, 90 päeva või 6 kuu jooksul pärast väljakirjutamist osakaaluna protsentides

intensiivravi saanud patsientidest. Suremuse analüüsi kaasati iga isiku esimene III astme intensiivravi episood vaadeldaval perioodil. Rehospitaliseerimist arvesse ei võetud.

Surmaaeg saadi Eesti Haigekassast nädala täpsusega, st teada on surmaaasta ning -nädal. Seega oli võimalik arvutada nädala täpsusega aeg esimese intensiivravi episoodi viimase raviarve lõpukuupäevast surmani. Kui isiku haiglaravi episoodi lõppu sisaldav (viimane) raviarve langes kokku surma nädalaga, loeti juhtum haiglasurmaks. 11 isikut arvati analüüsist välja, sest nende surmanädal oli enam kui 2 nädalat varem kui raviarve lõpunädal.

Standardimine

Haiglaravil, sh intensiivravil olevad patsiendid erinevad üksteisest nii demograafiliste andmete kui ka kaasuvate haiguste, seisundi raskuse ja senise haiguskulu poolest, mis kõik mõjutavad nii (intensiiv)ravi pikkust kui ka ravitulemusi. Ravitulemuste adekvaatseks võrdlemiseks tuleb indikaatorid standardida. Standardimine on meetod, mis võimaldab patsientide kohta teadaolevat infot (sugu, vanus, diagnoos, haiguse raskus, kulg jne) arvesse võttes kohandada ravitulemusi hindavad indikaatorid vastavalt raviasutuste vahelistele erinevustele patsientide koosseisus.

Kaudse standardimise teel saadud ravitulemuste indikaatorid (näiteks rehospitaliseerimise osakaal või surma tõenäosus) arvutatakse välja kahe sammuga. Kõigepealt leitakse eeldatavad (rehospitaliseerimise või surma) tõenäosused logistilise regressioonimudeli abil, kuhu kaasatakse kõigi haiglate patsiendid. Seejärel kasutatakse saadud eeldatavaid tõenäosusi igas haiglas eeldatava sündmuste arvu (rehospitaliseerimiste või surmade arvu) väljaarvutamiseks vastavalt iga haigla patsientide koosseisule.

Käesolevas analüüsis moodustavad kaasatud patsiendid kõikse Eestis intensiivravi saanud haigete populatsiooni. Haigekassa raviarvetel on andmed ainult ravitud isikute soo ja vanuse kohta, mistõttu siin analüüsis ei olnud võimalik kohandada tulemusi teistele olulistele ravitulemusi mõjutavatele tunnustele.

Indeks ehk erinevus eeldatavast

Kohandamise abil saadud eeldatavate väärtuste põhjal arvutatakse välja indeksid, mis näitavad, kui palju tegelikud väärtused erinevad eeldatavatest (kohandatud) väärtustest. Indeks on arvutatud kui vaadeldud (tegelike andmete põhjal arvutatud ehk kohandamata, *crude*) ja eeldatud (mudelites soo ja vanuse järgi kohandatud, *adjusted*) ravitulemusi kirjeldava indikaatori suhe (vaadeldud/eeldatud). Indeksit võib vaadelda kui korrigeeritud haigla tegelikku ehk vaadeldud kordajat (nt suremuskordajat), võttes arvesse selle haigla patsientide koosseisu.

Analüüsis on kogu Eesti patsientide jaoks indeksi väärtus 100.

Kui indeksi väärtus on üle 100, siis tegelikkuses on ravitulemust iseloomustav suurus (näiteks suremus) kõrgem, kui võiks eeldada raviasutuse soo- ja vanuse jaotuse põhjal.

Kui indeksi väärtus on alla 100, siis tegelikkuses on ravitulemust iseloomustav suurus (näiteks suremus) madalam, kui võiks eeldada raviasutuse soo- ja vanusjaotuse korral.

Mida suurem on erinevus, seda rohkem vastava raviasutuse tegelikud ravitulemused erinevad kogu Eesti keskmisest tasemest.

Indeksitele on arvutatud 95% usaldusvahemikud (95% CI). Kui usaldusvahemikus ei sisaldu väärtus 100, siis on vastava raviasutuse indeks oluliselt erinev Eesti keskmisest tasemest.

Lisa 4. Tervishoiu kvaliteedi arenduskeskus⁴ 2016+

Eesti tervishoiusüsteem, selles tegutsevad tervishoiuasutused ja tervishoiutöötajad vajavad tagasisidet oma tegevuse tulemuslikkuse kohta ning metoodilist tuge tõenduspõhise meditsiini ja ravikvaliteedi arendamiseks.

Arenenud maades välja töötatud metoodika tuleb kohandada Eesti tervishoiusüsteemi vajadustele ja välismaisele kogemusele toetudes välja töötada koordineeritud ja üleriiklikud lahendused kvaliteedi arendamiseks ja hindamiseks.

1. Arenduskeskuse eesmärk ja ülesanded

Arenduskeskuse eesmärgiks on toetada põhjendatud otsuseid ohutu ja efektiivse tervisepoliitika elluviimiseks ja Eesti meditsiini kvaliteedi arendamiseks, mis oleks patsiendikeskne ja taotleks parimat väärtust ühiskonnale.

Arenduskeskuse ülesanded:

- ravijuhendite koostamine;
- õendustegevusjuhendite ja patsiendijuhendite koostamine;
- ravikvaliteedi indikaatorite väljatöötamine ja analüüs;
- Eesti tervishoiu tulemuslikkuse ja kvaliteedi aastaaruannete ning sihtanalüüside koostamine;
- täienduskoolituse koordineerimine tervishoiu kvaliteedi valdkonnas.

Koostatud juhend ja analüüs peab olema tõenduspõhine ja Eesti oludele kohandatud ning selle koostamise protsess usaldusväärne ja transparentne.

Arstiabi ja õendusabi kvaliteedi arendamiseks käivitatakse ravitulemuste ja ravikvaliteedi näitajate süstemaatiline kogumine ja analüüs, et faktiliselt hinnata Eesti meditsiini vastavust Euroopa tasemele ja selle alusel planeerida tegevusi ravikvaliteedi edendamiseks.

2. Üldine töökorraldus ja prognoositavad töömahud

Keskus toimib kolme esimese ülesande täitmisel sekretariaadina, mis koordineerib ja korraldab juhendite ja analüüside koostamist, valmistades töörühmadele ette materjalid vastavalt kokku lepitud metoodikatele.

Igal kolmest põhitegevusest on oma nõukoda, kes juhendite/raportite/analüüside koostamisel:

- kinnitab üldise metoodika – ravijuhendite käsiraamat, õendustegevusjuhendite koostamise käsiraamat, kvaliteediindikaatorite loend, kvaliteedi hindamise metoodika jne;
- määrab teemad ja koostab tööplaani 2-aastase perspektiiviga;
- määrab eksperdid ja töörühmade juhid konkreetsete ülesannete täitmiseks;
- kinnitab lähteülesanded ja nõustab koostamise protsessi;
- kiidab heaks valminud juhendid ja analüüsid;
- tagab protsessi sisulise kvaliteedi ja transparentsuse.

Juhendi ja analüüsi koostavad töörühmad, milles osalevad 2–3 keskuse töötajat ja 4–7 kliinilist või tervishoiueksperti. Koostamisprotsessi kaasatakse residentide, kraadiõppureid ja üliõpilasi.

⁴ Nimetus "tervishoiu kvaliteedi arenduskeskus" on töövariant ja võib muutuda parema variandi ilmnemisel.

Töömahud juhendite koostamiseks

Ühe ravijuhendi koostamiseks on vaja arvestada 1000 töötunniga kõigile töörühma liikmetele 1,5 aasta jooksul, st ligikaudu 1,0 inimaastat. Paralleelselt on koostamisel 10–12 juhendit ja aastaseks töömahuks on 10–12 inimaastat, millest 2/3 oleks keskuse töötajate ja ülejäänud mittekoosseisuliste töötajate tööpanus.

Töömahud ravikvaliteedi analüüside koostamisel

Esimesel kahel tööaastal on selle suuna arendamiseks planeeritud 4 ametikohta, kellest 2 koordineerivad vastavalt arstiabi ja õendusabi kvaliteedi hindamise süsteemi väljatöötamist ja 2 töötajat teostavad nõukodades kokkulepitud indikaatorite alusel esmaseid võrdlevaid ravikvaliteedi analüüse. Aastaseks töömahuks on 4–6 analüüsi teostamine.

Planeeritud tegevused kvaliteedi hindamise käivitamiseks Eestis:

- rahvusvaheliselt kokkulepitud kvaliteedistandardite ja -indikaatorite süstemaatiline ülevaatamine ja kohandamine eesti tervishoiusüsteemile sobivaks ja eestikeelseks;
- Eesti raviasutustes, erialaseltsides jt organisatsioonides toimuva kvaliteedihindamise parimate praktikate ja kvaliteedialase arendustöö kaardistamine;
- kvaliteediindikaatorite kindlaksmääramine – kvaliteedi mõistele konkreetse ja mõõdetava sisu andmine vastavalt erialade ja raviasutuste ning patsientide ja tervishoiusüsteemi kui terviku vaatenurgast;
- kvaliteedi hindamiseks ja seireks vajalike täiendavate andmete loendite ja kogumisviiside väljatöötamine ning seostamine raviasutuste ja e-tervise infosüsteemidega;
- kogutud ja olemasolevate andmete analüüsi metoodikate väljatöötamine üleriiklikuks ja raviasutuste võrdluseks ning eri patsiendirühmade ravitulemuste jälgimiseks;
- Eesti andmete võrdlev analüüs Euroopa ja OECD riikidega ning rahvuslike registritega.

3. Oodatav kasu Eesti tervishoiule

Tõenduspõhise eestikeelse teadmise loomine, et:

- aidata tervisepoliitika kujundajatel teha Eestile kohaseid ja patsientidele vajalikke otsuseid;
- toetada tõenduspõhiste meetodite rakendamist ja levikut, hoides tasakaalu oodatud efektiivsuse ja võimalike riskide ja ohtude vahel, hinnates tervisekasude ja -riskide suhet;
- tagada prima tõenduspõhise praktika ühtlane rakendamine ravi- ja õendusasutustes;
- esitada raviteenuste osutajatele, kasutajatele ja avalikkusele arusaadavaid ning argumenteeritud põhjendusi ravimeetodite valiku ja kättesaadavuse kohta.

Oodatav kasu arstiteaduse arengule Eestis:

- ravikvaliteedi hindamiseks kogutavad Eesti andmed tervishoiu tulemuslikkuse ja kulutõhususe kohta on maailmas ainulaadsed, sest hõlmavad kogu rahvastikku (esinduslikkus) ja kajastavad pikka ajavahemikku, mis lubab püstitada suure teadusliku väärtusega uurimisküsimusi;
- osalemine rahvusvahelistes koostöövõrgustikes võimaldab luua sisulisi ja vastastikku kasulikke teaduslikke kontakte ja tuua Eestisse erialast pädevust vastavate erialade spetsialistide koolitamiseks nii praktika kui teaduse eesmärkidel;
- arendusülesannete täitmisele kaasatakse igal aastal kümneid kliinilisi eksperte, residente, kraadiõppureid ja arstiüliõpilasi, kes saavad isikliku ja praktilise kogemuse teaduslikest uurimismeetoditest ja -tulemuste esitamisest;
- tulemused jõuavad tervishoiutöötajateni täienduskoolituse ja üliõpilasteni õppetöö kaudu.