

Ravikvaliteedi indikaatorite nõukoja koosolek 22.08.2014

Kokkuvõte

Osaesid:

- nõukoja liikmed ja asendusliikmed: Joel Strakopf, Peeter Padrik, Helle Karro, Raul-Allan Kiiwet, Katrin Martinson, Toomas Kariis, Sven Janno, Triin Habicht, Peep Talving, Peeter Jaanson, Mari Mathiesen, Ruth Kalda.
- kutsutud: Tanel Ross (EHK), Liis Roováli (EHK), Jane Alop (EHK), Maire Kudu (PERH), Pille Kink (ETSA), Anneli Romulus (ETSA), Anneli Elme (PERH), Jüri Teras (PERH), Agnes Aart (LEH), Janika Kõrv (PERH).

Koosolekut juhtis Joel Starkopf, kokkuvõtte koostas Jane Alop

Koosoleku kokkuvõte:

1. Ravikvaliteedi indikaatorite esitamise ettepaneku saanud erialaühenduste esindajad (dr Jüri Teras, Eesti Kirurgide Assotsiatsioon; dr Helle Karro, Eesti Naistearstide Selts, dr Joel Starkopf, Eesti Anestesioloogia ja Intensiivravi Selts; dr Janika Kõrv, L.Puusepa nim eesti Neuroloogide ja Neurokirurgide Selts; dr Peeter Padrik, Eesti Onkoloogide Selts ja Eesti Onkoteraapia Ühing) andsid ülevaate, missugusel moel erialaühendus täna jälgib oma erialaga seotud raviteenuste kvaliteeti, missuguseid indikaatoreid rakendatakse, kuidas toimub andmete kogumine ja tulemuste arutelu.
2. Mitmed erialaühendused osalevad rahvusvahelistes projektides ja esitavad oma andmed rahvusvahelises võrdluses osalemiseks. Rahul ollakse sellega, et Eesti haiglate tulemuste üle on sellega seoses põhjust uhkust tunda.
3. Tähelepanuväärne on see, et ühel või teisel moel kõik erialad (kuid mitte kõik haiglad) koguvad eraldi kvaliteedi hindamiseks vajalikke algandmeid ja osalevad rahvusvahelistes koostööprojektides, kus toimub andmetöötlus ja tulemused esitatakse võrdluses teistega;
4. Kõik esinejad olid üksmeelsed, et Eestis tuleb riigi tasemel kõigis raviasutustes juurutada rahvusvahelisi indikaatoreid, mis on teaduslikult põhjendatud ja mille rakendamine võimaldab lisaks ravikvaliteedi parandamisele teha ka rahvusvahelisi võrdluseid. Viimane on eriti oluline Eesti väiksust arvestades.
5. Kvaliteediindikaatorite tulemuste avaldamisel on erialaühendustel senini mõneti erinev praktika. Toimunud diskussioonis toodi välja, et numbriliste näitajate avaldamisel tuleb nende tõlgendamiseks arvestata ka tausta. Samas leiti, et patsiendil on õigus teada, missuguse kvaliteediga on pakutavad tervishoiuteenused. Kõik olid seda meelt, et andmete analüüsile peab järgnema tagasiside ja arutelu teenuse osutajate ja erialaühendustega.
6. Hetkel on Eestis ravikvaliteedi jälgimine raviasutustes erinevalt korraldatud ja paljudes raviasutustes on see pigem entusiasmi põhine kui süsteemne, organisatsiooni üleselt koordineeritud tegevus.
7. Suurimaks probleemiks on kvaliteetsete andmete kogumine, seda nii raviasutuse siseselt kui kogu Eesti ulatuses. Infosüsteemid vajaksid arendamist, et tagada

ühikordne dokumenteerimine ja tõendatult kvaliteetsete andmete liikumine süsteemis. Hetkel tuleb selleks teha palju täiendavat tööd, et saada vajalikud korrektsed andmed.

8. Ettekanne E-Tervise statistikamoodulist ja selle võimalustest erinevate aruannete koostamiseks oli teadmisi juba olemasolevatest võimalustest avardav kõigile kuulajatele. Tõdeti vajadust tihendada omavahelist koostööd tervise infosüsteemi arendamisel, et tagada asjakohaste, usaldusväärsete ja analüüsi võimaldavate andmete edastamine süsteemi, mis on üheks eelduseks ühtse üleriigilise kvaliteedi hindamissüsteemi loomiseks;
9. Arutleti ka andmete töötlemise korralduse üle. Täna püüavad erialaühendused andmete kogumise ja töötlemisega ise hakkama saada või teenust sisse osta. Üleriigiliste süsteemsete võrdluste saamiseks peaks raviasutus esitama algandmed, andmetöötlus ja analüüs indikaatorite tulemuste tekkeks toimuma tsentraalselt. Võimalike institutsioonidena nähti Tervise Arengu Instituuti, kes vastutab riikliku meditsiinistatistika eest ja/või Tartu Ülikooli arstiteaduskonna tervishoiuinstituuti, kes muuhulgas viib läbi tervisetehnoloogiate hindamist. Ravikvaliteedi hindamiseks vajalik andmetöötlus ei kuulu hetkel kummagi asutuse pädevusse.
10. Erialade esindajad pidasid vajalikuks kord aastas riikliku kvaliteediraporti koostamist ja avaldamist, raporti tellijaks ja rahastajaks peaks olema sotsiaalministeerium.
11. Oluliseks peeti nii protsessi kui tulemuse indikaatoreid. Riiklikud peaksid olema need indikaatorid, mis peegeldavad ravitulemust ja suremust, st tulemusnäitajad. Samas on kahtlemata olulised ka protsessi indikaatorid, mis aitavad tähelepanu juhtida konkreetsetele parendamist vajavatele aspektidele patsiendi ravis. Oldi üksmeelel, et ka struktuuri ja protsessiindikaatorid peavad olema tugevalt tõenduspõhised. Struktuuri kvaliteedi hindamisel peeti oluliseks tegevusluba väljastava terviseameti koostööd erialaühendustega.
12. Rakendatavad indikaatorid peavad olema detailselt sisendandmete osas kirjeldatud, et tagada usaldusväärne andmekvaliteet ja võrreldavus, võimaldama analüüsi ja järeldusi. Kinnitatud indikaatorite kirjeldused on avalikud. Vastav kogemus on tulnud rahvusvahelistes projektides osalemisega.
13. Diskuteeriti teemal, kuidas käituda, kui hindamistulemused on ebarahuldavad ja kas hirm sanktsioonide ees mõjutab üleriigilise süsteemi loomist ja tervishoiuteenuse osutajate kvaliteedile hinnangu andmist ja selle avalikustamist. Leiti, et lähtuma peaks patsientide huvidest ja vajadusest saada objektiivset informatsiooni tervishoiuteenuse osutaja kohta.
14. Kõikide osalenud erialade esindajad toetasid ravikvaliteedi indikaatorite nõukoja algatust ja kinnitasid valmisolekut esitada 1.novembriks k.a oma erialaga seotud kvaliteediindikaatorite ettepanekud.
15. Ravikvaliteedi teema arutelu on plaanis jätkata arstiteaduskonna päevadel 10.oktoobril k.a toimuval avalikul konverentsil.