

Rahvastiku tervise arengukava 2009-2020 vahehindamine

Tervishoiuteenuste kvaliteedi ja kättesaadavuse
valdkonna aruanne



Euroopa Liit
Euroopa Sotsiaalfond



Eesti tuleviku heaks

2017

Uuringu tellis Riigikantselei koostöös Sotsiaalministeeriumiga. Uuringu teostamine on rahastatud ühtekuuluvusfondide 2014-2020 rakenduskava prioriteetse suuna 12 „Haldusvõimekus“ meetmest 12.2 „Poliitikakujundamise kvaliteedi arendamine“.



RIIGIKANTSELEI



SOTSIAALMINISTEERIUM

Autori:**Gerli Paat-Ahi****Ülla-Karin Nurm****Laura Aaben****Käesoleva uuringuraporti valmimisele aitasid kaasa:**

Kadi Kallavus, Reet Suviste, Katrin Schmidt

Poliitikauuringute Keskus Praxis on Eesti esimene sõltumatu, mittetulunduslik mõttekeskus, mille eesmärk on toetada analüüsile, uuringutele ja osalusdemokraatia põhimõtetele rajatud poliitika kujundamise protsessi.

**Poliitikauuringute Keskus Praxis**

Tornimäe 5, III korrus

10145 Tallinn

tel 640 8000

www.praxis.eepraxis@praxis.ee

Väljaande autoriõigus kuulub Poliitikauuringute Keskusele Praxis. Väljaandes sisalduva teabe kasutamisel palume viidata allikale: Paat-Ahi, G., Nurm, Ü-K, Aaben, L. (2017) Rahvastiku Tervise Arengukava 2009-2020 vahehindamine. Arstiabi kvaliteedi ja kättesaadavuse valdkonna aruanne. Tallinn: Poliitikauuringute Keskus Praxis.

Sisukord

Uuringu tulemuste lühikokkuvõte	4
Sissejuhatus	5
1. Uuringu meetodika.....	6
2. Tervishoiuteenuste kvaliteedi ja kättesaadavuse korraldus Eestis	8
2.1. Tervishoiuteenuste kvaliteedi ja kättesaadavuse eest vastutajad	8
2.2. Kvaliteedi ja kättesaadavuse tagamine tervishoius	9
2.2.1. Esmatasand.....	9
2.2.2. Eriarstiabi.....	9
2.2.3. Õendusabi.....	10
2.3. Ravijuhendid ja patsiendijuhendid	11
2.4. Arstlike erialade vaade kvaliteedi tagamisele.....	11
2.5. Patsiendi ravikäsitlus ja patsiendikesksus.....	12
3. Tervishoiuteenuste kvaliteedi ja kättesaadavuse valdkonna peamised väljakutsed ja kitsaskohad	15
3.1. Riiklikul tasandil väljakutsed	15
3.2. Esmatasandi tervishoiu väljakutsed.....	17
3.3. Eriarstiabi väljakutsed.....	18
3.4. Inimkesksuse ja patsiendiohutusega seotud väljakutsed	19
3.5. Uuringute läbiviimine elanikkonnas	20
3.6. Väljakutsed uue RTA väljatöötamisel.....	20
4. Kvaliteedi ja kättesaadavuse kajastamine RTA-s	22
4.1. Seatud eesmärgid	22
4.2. Planeeritud ja ellu viidud tegevused.....	24
4.3. Indikaatorid ja nende täitmine	30
5. Tervishoiu kvaliteedi ja kättesaadavuse parandamise strateegiad mujal maailmas	37
5.1. Kanada	37
5.2. Taani.....	39
5.3. Šotimaa	41
6. Koondjärelused ja -soovitused	43
Kasutatud kirjandus.....	46
Lisa 1. Ekspertide süvaintervjuu kavad	49
Lisa 2. Analüüsi kaasatud dokumentide loetelu	50
Lisa 3. Inimkesksuse kontseptsioon ja uurimus-meetodid	52

Uuringu tulemuste lühikokkuvõte

Rahvastiku tervise arengukava (RTA) võtab sihiks saavutada Eestis tervishoiuteenuste kvaliteedi ja kättesaadavuse paranemise. Analüüsis RTA raames planeeritud ja teostatud tegevusi ning valdkonnas toimunud arenguid jõudis uurimismeeskond järgmiste peamiste **järeldusteni**:

1. Eesti tervishoiusüsteemi ees seisvad probleemid on kompleksed ja pikaajalist strateegilist lähenemist vajavad. RTA küll sõnastab mitmed tervishoiusüsteemi võtmeprobleemid, kuid ei paku planeeritavate meetmete näol välja lahendusi.
2. Tervishoiusüsteemile seatud arengueesmärgid on RTA-s sõnastatud ebamääraselt ja liialt üldsõnaliselt, mistõttu on eesmärkide saavutamist keeruline objektiivselt mõõta ja ei ole võimalik anda hinnanguid, kuivõrd on senise RTA rakendamisperioodi jooksul nende eesmärkide poole liigutud.
3. Eestis puudub siiani ühtne tervishoiu kvaliteedisüsteem, mis tegeleks regulaarselt ja süsteemselt ravikvaliteedi ning selle indikaatorite arendamise, mõõtmise ja analüüsiga ning hõlmaks lisaks tulemuslikkuse indikaatoritele ka protsessi ja struktuuri indikaatoreid. Tervishoiu kvaliteedisüsteemi puudumise tõttu on keeruline analüüsida tervishoiu kvaliteedi olukoda Eestis. RTA-s seatud üksikute indikaatorite baasil ei ole võimalik vastavat hinnangut anda.
4. Tervishoiu kättesaadavuse osas on peamisteks probleemideks pikad ravijärjekorrad, teenuste geo-graafiliselt ebaühtlane kättesaadavus, teenuste vähene kättesaadavus ravikindlustamata inimestele ja sotsiaal- ja tervishoiuteenuste nõrk integreeritus.
5. Eestis on kokku leppimata patsiendikesksuse ja inimkesksuse definitsioon ja sellest tulenevad teenuse disainimist vajavad aspektid.
6. Ebapiisava infovahetuse tõttu eriarsti ja perearsti vahel on esmatasandi visiidid puudulikult ettevalmistatud.

Peamised **soovitused** RTA-s tervishoiuteenuste kvaliteedi ja kättesaadavuse valdkonna käsitlemiseks:

1. Sõnastada RTA-s võimalikult üheselt tingimused, millele vastavalt on tervishoiuteenus kvaliteetne ja kättesaadav ning tuua välja valdkonna peamised probleemid, mille lahendamine on vajalik RTA üld-eesmärgi saavutamiseks. Ilma prioriteetseid suundasid ja konkreetseid meetmeid sõnastamata ei paku RTA vajalikku tuge Eesti tervishoiu arengu strateegiliseks juhtimiseks.
2. Üheks prioriteetseks eesmärgiks seada tervishoiu kvaliteedi juhtimise raamistiku koostamine, millest lähtudes toimub tervishoiuteenuste kvaliteedi arendamine Eestis.
3. Leppida kokku patsiendikesksuse ja inimkesksuse definitsioonid ja vastavalt sellele töötada välja ka disainikava erinevate teenuste, sh e-tervise parendamiseks.
4. Seada sihiks hästi ettevalmistatud perearsti visiidid ja selleks välja arendada e-lahendusi perearsti ja eriarsti omavahelise infovahetuse parandamiseks.

Sissejuhatus

Rahvastiku tervise arengukava 2009-2020 (edaspidi RTA) on Eesti esimene laiapõhine tervise valdkonna arengukava, milles püstitatud strateegilised eesmärgid on erinevate tervisepoliitiliste otsuste lähtekohaks. Kui varasemalt koostati Eestis erinevatele tervise valdkondadele oma strateegiad, siis peale RTA valmimist on erinevad tervise valdkonna strateegiad integreeritud ühte terviklikku arengukavva.

Seoses ühiskonna järjest kasvavate kulutustega tervishoiule ja arstiabile esitab maksumaksja tervishoiusüsteemile õigustatult küsimuse, kas saadud abi on kvaliteetne ja kas seda on võimalik üldse mõõta. Teisest küljest soovivad ka tervishoiuteenuse osutajad paremat tagasiside oma tegevuse kvaliteedi kohta. Põhiline küsimus on pigem selles, milliste näitajatega kvaliteeti mõõta ja kes seda teeb.

Kvaliteedi terminit kasutatakse tavaliselt kolmel viisil, olenevalt kasutajast. Kvaliteet võib tähendada nii kogu abi osutamist tervishoiuteenuse osutaja poolt patsiendile kui ka kliinilist kvaliteeti, mis hõlmab inimeste sisendit (nt teadmised ja oskused), kui ka muid sisendeid (seadmed ja varustus). Lisaks kasutatakse teenuse kvaliteeti ka mugavuse tähenduses, hõlmates nii majutusteenust (toit, puhtus jne), mugavust (asukoht, lisateenuste olemasolu jne) ning inimestevahelist suhtlust (viisakus, toetav keskkond, informatsiooni kättesaadavus) (1).

Tervishoiu kvaliteedi hindamise üheks keskseks omaduseks ongi süsteemsus, mis ühelt poolt tähendab selgelt eesmärgistatud küsimuste lahendamiseks teadusliku tõendusega meetodite kasutamist ning terviklikku lähenemist vaadeldavale sotsiaalsele kooslusele (2).

Viimastel aastatel on tervishoiu kvaliteedi hindamine ja jälgimine võtnud ka järjest rahvusvahelisema iseloomu ning kogu protsessi edendamisele aitab kaasa nii Maailma Terviseorganisatsioon (WHO) kui ka Majandusliku Koostöö ja Arengu Organisatsioon (OECD). Lisaks on ellu viidud mitmeid kvaliteeti ja selle hindamist teostavaid rahvusvahelisi projekte ning välja töötatud ka erinevaid meetodikaid (nt WHO Euroopa piirkonna loodud haiglate tegevuse hindamise meetodika PATH (*Performance Assessment Tool for quality improvement in Hospitals*)) (3).

Tervishoiu kvaliteeti hinnatakse ja jälgitakse nii patsiendi tasandi kui ka organisatsiooni tasandil esmajoonel tervishoiuasutuste tasandil. Organisatsiooni tasandil on vaatluse all raviteenuse, teeninduse ja juhtimise kvaliteet. Kvaliteetse abi saab tagada vastaval tasemel asutuse infrastruktuur. Vajalik on luua adekvaatne kvaliteedi-süsteem, et hinnata taset ja planeerida meetmeid selle parandamiseks.

1. Uuringu metoodika

Uuringu eesmärgiks oli vastata järgmistele küsimustele:

1. Kuivõrd põhjendatud ja realistlikud olid arengukavas planeeritud eesmärgid ja millisel määral eesmärgid saavutati?
2. Kuivõrd objektiivsed ja mõõdetavad olid arengukavas planeeritud indikaatorid ja kui realistlikud sihttasemed? Millisel määral indikaatorid täideti?
3. Kuivõrd aitasid planeeritud meetmed ja elluviidud tegevused saavutada arengukavas püstitatud eesmärgid? Juhul, kui arengukavas seatud eesmärgid ei saavutatud, siis millised on selle võimalikud põhjused?
4. Millised muudatused arengukava eesmärkides, indikaatorites ja tegevustes on vajalikud, et tulevikus saavutada arengukava eesmärgid?

Uurimusküsimustele vastuste leidmiseks kasutati järgmisi uurimismeetodeid: (a) dokumendianalüüs; (b) statistiline andmeanalüüs; (c) süvaintervjuud ekspertidega; (d) grupiarutelu ekspertidega; (e) ekspertide ja tellija uuringuraporti kvaliteedikontroll.

Dokumendianalüüs

Uuringu käigus viidi läbi kirjanduse analüüs, mille eesmärgiks oli koguda kokku olemasolev uuringutel ja analüüsidel põhinev teadmine Eesti ja välismaiste tervise valdkonna strateegiatega ja hindamiste tulemuste kohta (sh arvestati tellijaga kokkulepitud võrdlusriike). Analüüsitavateks allikateks olid eelkõige erinevate riikide vastava valdkonna strateegiad, hindamise dokumendid, rahvusvaheliselt tunnustatud organisatsioonide soovitusel (sh hindamised ja soovitusel Eestile), asjakohased teadusartiklid jms (vt kasutatud kirjanduse loetelu). Lisaks saadi analüüsi käigus peamiselt Sotsiaalministeeriumist suur hulk erinevaid töödokumente (aruanded, hindamised, koosolekute protokollid, asjakohane kirjavahetus, memod jms) (Lisa 2). Dokumentidele tuginedes koostati ülevaade tervishoiuteenuste kvaliteedi ja kättesaadavuse valdkonnas planeeritud ja ellu viidud tegevustest ning analüüsiti nende vastavust RTA-s seatud eesmärkidele ja prioriteetidele.

Lisaks teostati ülevaade ka kolme välisriigi kogemustest seoses tervishoiuteenuste kvaliteedi ja kättesaadavuse valdkonna arendamisega. Antud raportis valiti võrdlusriikideks Kanada, Taani ja Šotimaa. Kanada valik tulenes eelkõige tellija soovist, kuna seal on palju tervishoiuteenuste kvaliteedi ja kättesaadavuse parendamiseks tegevusi tehtud. Lisaks tegid autorid ülevaade ka Taanist, kuna seal töötati välja projekt, mis võimaldas luua kogu riiki hõlmava kvaliteedi hindamise süsteemi. Samuti on raportis toodud ülevaade Šotimaa strateegiast, mida on rahvusvaheliste organisatsioonide poolt tunnustatud.

Statistiline andmeanalüüs

Kvantitatiivses andmeanalüüsis kasutati Tervise Arengu Instituudi ja Sotsiaalministeeriumi andmeid. Eelõige kasutati andmeanalüüsi indikaatorite tulemuslikkuse hindamiseks, kuid ka üldiseks olukorra kirjeldamiseks.

Süvaintervjuud ekspertidega

Koostöös uuringu tellijaga lepiti kokku intervjuueeritavate nimekiri, kuhu kuulus viis Eesti eksperti ja kellest neljaga viidi läbi individuaalne süvaintervjuu 2016. aasta kevad-suvel (ühe intervjuueeritavaga ei õnnestunud vaatamata korduvatele katsetele saada kontakti). Intervjuud helisalvestati ja transkribeeriti. Ühe intervjuu kestvuseks oli ligikaudu üks tund ja intervjuu viidi läbi laiendatud poolstruktureeritud intervjuukava alusel (vt Lisa 1). Intervjuueeritavatega sõlmiti kokkulepe, et nende nimesid vastavas uuringuraportis ei avalikustata. Käesoleva uuringu koondraporti (4) lisa loetletakse tähestikulises järjekorras kõik ekspertide nimed, kes olid uuringusse kaasatud.

Uuringu meetoodika nägi ette ka süvaintervjuu läbiviimist ühe välisriigi eksperdiga. Koostöös uuringu tellijaga otsustati uuringusse kaasata Kanada ekspert, sest Kanada tervishoiusüsteem on sarnaselt Eestiga ülesehitatud (solidaarne) ning sealsed tervisetulemid on olnud seni väga head.

Grupiarutelud ekspertidega

Koostöös uuringu tellijaga lepiti kokku grupiarutelusse kaasatud ekspertide nimekiri, kuhu kuulus kümme eksperti, kes kõik esindasid erinevaid tervishoiu valdkonna kvaliteedi ja kättesaadavuse valdkonnas tegutsevaid asutusi. Grupiarutelu ei osalenud eksperte, kellega viidi läbi süvaintervjuud. Ekspertide gruppi moodustades peeti silmas, et osalejatel oleks seos arutletava teemaga ja samuti püüti arvestada, et osalejad oleksid piisavalt homogeensed oma tausta, kuid mitte arvamuste poolest. Samuti valiti osalejateks eksperdid, kes suudavad esitada üldistusel põhinevaid seisukohti ning mitte jääda üksikute näidete tasandile.

Grupiarutelule eelnevalt saadeti kõigile kutsututele tutvumiseks käesoleva raporti mustandversioon. Arutelu toimus septembris 2016, kestis kaks tundi ja osalesid kaheksa asutuse eksperdid. Osalejatega arutati raportis esitatud üle ning osalejad said teha ettepanekuid raporti muutmiseks ja täiendamiseks. Grupiarutelu viidi läbi poolstruktureeritult – arutelule oli ette nähtud kindel struktuur arutelu teemade osas, kuid kavas jäeti ruumi ka osalejatele teemapüstitusteks. Kuigi ühelt poolt oli grupiarutelu vestlus asetatud kindlatesse raamidesse, andis ta samas vabaduse osalejatele arvamuste ja kontseptsioonide vabaks sõnastamiseks lähtuvalt grupiliikmete endi prioriteetidest.

Ekspertide ja tellija uuringuraporti kvaliteedikontroll

Uuringuraporti mustandversioon saadeti kirjaliku tagasiside kogumiseks uuringu tellijatele, intervjuueeritud Eesti ekspertidele ja grupiarutelu osalejatele. Erilist tähelepanu paluti tagaside andmisel pöörata faktivigadele ja muudele puudustele, mida tuleks raportis parandada. Vastava tagasiside andsid raportile Sotsiaalministeeriumi ja Tartu Ülikooli esindajad. Saadud tagasisidele tuginedes tehti raportis muudatused ja esitati tellijale lõplik uuringu raport.

2. Tervishoiuteenuste kvaliteedi ja kättesaadavuse korraldus Eestis

2.1. Tervishoiuteenuste kvaliteedi ja kättesaadavuse eest vastutajad

Struktuuri kvaliteedi tagamine ehk nõuded teenuse osutajale (hoonetele, inimestele, ruumidele) on enamasti sätestatud Eestis õigusaktidega. **Protsessi kvaliteedi** tagamine ehk nõuded teenuse osutamise viisile (ravi, diagnostika, ennetus, õendustegevus, taastus) on enamasti reguleeritud juhendite ja heade tavade järgimisega. Õigusakte kasutatakse sellisel juhul suhteliselt harva. **Tulemuste kvaliteet** ei ole õigusaktidega üldjuhul sätestatud ning enamasti sätestatakse tulemuste kvaliteet tervishoiuteenuse osutaja ja ostja vahelises kokkuleppes (5). Riiklikul tasandil tagatakse kvaliteetne tervishoiuteenus õigusaktidega, heade tavade ja juhistega ning muude dokumentidega.

Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamisega seotud ülesanded on jagatud Sotsiaalministeeriumi, Terviseameti, Haigekassa, tervishoiutöötajate kutse- ja erialaühenduste, tervishoiuteenuste osutajate ja õppeasutuste vahel.

Tervishoiuteenuse osutaja (TTO) ülesanne on tagada asutusesisese kvaliteedijuhtimise süsteemi raames organisatsioonis hästi toimiv töökorraldus ja kvaliteetne juhtimine. Lisaks on tervishoiuteenuse osutaja ülesandeks tagada patsiendile sujuv teenindamine ning kvaliteetne arstiabi. Lisaks peaks teenuseosutaja regulaarselt hindama ka patsientide rahulolu saadud teenusega.

Eesti Haigekassal (EHK) on kohustus osta kvaliteetseid tervishoiuteenuseid, seetõttu tegeleb ta mitmete kvaliteeti kontrollivate ja toetavate tegevustega, nt perearstide kvaliteeditasu süsteemi arendamine, auditite tellimine, sihtvalikute teostamine, tagasiside aruannete avalikustamine, ravijuhendite süsteemi arendamine. EHK tegevustena ka lepingute planeerimine koos partneri valikuga ning ooteaegade jälgimine on kvaliteedile suunatud tegevused. Lisaks on haigekassa aktiivselt kaasanud klinitsiste ravitegevuse kvaliteedi mõõdikute väljatöötamisse, tulemustele hinnangu andmisesse ja parenduste tegemisse ning sel eesmärgil moodustati tervishoiuteenuste kvaliteedi indikaatorite nõukoda

Terviseamet (TA) kontrollib ja hindab tervishoiuteenuse osutamise nõuetekohasust ja mingil määral ka kvaliteeti. Lisaks tegeleb tegevuslubadega ja tervishoiutöötajate registreerimisega.

Tervishoiuteenuse kvaliteedi ekspertkomisjon annab sõltumatu hinnangu patsiendile osutatud tervishoiuteenuse sisulisele kvaliteedile.

Kutse- ja erialaühendused töötavad välja tervishoiutöötaja pädevuse nõuded ja hindavad tervishoiutöötajate pädevust. Osalevad ka erinevates töörühmades (õigusaktide, uute regulatsioonide või ravistandardite koostamisel) sisulise poole esindajana.

2.2. Kvaliteedi ja kättesaadavuse tagamine tervishoius

2.2.1. Esmatasand

Üldarstiabi kättesaadavust ja kvaliteeti kontrollivad praegusel hetkel Sotsiaalministeerium (SoM), Eesti Haigekassa, Terviseamet ning Eesti Perearstide Selts (EPS). Esmatasandi kvaliteeti saab hinnata selle järgi, kuidas see täidab oma praeguseid üleandeid tervishoiusüsteemis; perearst peab olema esmaseks kontaktiks tervishoiusüsteemis, diagnoosima ja ravima oma pädevuse piirides lihtsamaid juhtumeid ning suunama patsiendi vajadusel eriala spetsialistide juurde, tagades ravi järjepidevuse ja tegeledes tervise edendamise isiku tasandil (6).

Kõikidel esmatasandil töötavatel perearstidel on perearsti kvalifikatsioon ja nad on sertifitseeritud perearstidena. Üheks erialase pädevuse näitajaks on kindlasti see, et perearstide väljaõpe Eestis vastab kõigile Euroopa Liidu nõuetele, tagades selle, et Eestis väljaõppe saanud perearstid saavad samal erialal töötada ka teistes ELi liikmesriikides. Kuna perearsti eriala on laiahaardeline ja mitmekülgne, siis see eeldab, et perearstid ennast pidevalt täiendaksid. 2009. aastal valmis Tartu Ülikooli peremeditsiini õppetooli ja Eesti Perearstide Seltsi koostöös „Eesti perearstipraksiste kvaliteedijuhis.“ Käsiraamat on unikaalne dokument, olles ilmunud Eestis esimene erialaselt püüdnud määratleda töö kvaliteeti tervikuna. Kvaliteedijuhis annab võimaluse arstikeskuseid hinnata tervikuna. Parimate valimisel võetakse arvesse näiteks praktilise töökorraldust, arstiabi kättesaadavust, ravi kvaliteeti, sealhulgas haiguste ennetamist, arstiabi järjepidevust ning koostööd patsientidega. Hinnangus sisaldub ka patsientide tagasiside oma perearstikeskusele. Selliseid perearstipraksiste kvaliteedikäsiraamatuid on välja töötatud mitmetes Euroopa riikides (nt Inglismaa) (7).

Üheks kvaliteeti mõjutavaks teguriks on perearstide tulemustas. Perearsti tulemustasu süsteemiga alustati Eestis 2006.aastal. Tulemustasu toimib kolmes osas: haiguste ennetamine, krooniliste haigete jälgimine ja perearsti ning pereõe pädevuse hindamine. Kui tulemustasusüsteemi alguses vaadati haiguste ennetamist ning krooniliste haigete jälgimist koos, siis nüüd vaadeldakse neid eraldi. Muudatus viidi sisse seetõttu, et perearstide seniste ravitöö tulemuslikkuse kriteeriumide arvestamise koos ennetuse ja krooniliste haigete jälgimisega ei võimaldanud vääriliselt motiveerida perearste tegema lisapädevust nõudvat tööd (7).

2.2.2. Eriarstiabi

Eriarstiabi kättesaadavust reguleeritakse sotsiaalministri määrusega. Nõuded tervishoiuteenuste kättesaadavusele määratletakse ravijärjekorra maksimumpikkusega. Eesti Haigekassa on püstitanud eesmärgi hallata ravijärjekordi koostöös partneritega vastavalt lepingu(te)s määratletud tingimustele. Ravijärjekordade nõuetekohane haldamine suurendab kindlustatute juurdepääsu arstiabile. Eesti Haigekassa kogub andmeid ravijärjekordade kohta erialati (mõnel juhul protseduuride lõikes) teenuseosutajatelt kvartaalselt (haiglavõrgu arengukava haiglatelt igakuiselt). Neid andmeid jälgivad haigekassa piirkondlikud osakonnad ning lepingumahtu muudetakse, kui kindlustatuid ei ole ravitud kehtestatud tähtaja jooksul. Septembris 2012 korraldatud uuringu (8) kohaselt olid teenuste kättesaadavuse probleemid suuremad ambulatoorse eriarstiabi mõnes valdkonnas, nagu näiteks neuroloogia, dermatoveneroloogia, uroloogia ja otorinolarüngoloogia. Samuti esinesid suured erinevused haiglate lõikes. Andmeid ravijärjekordade kohta uuendatakse regulaarselt, patsiendid võivad liikuda lühemasse järjekorda (9).

Tervishoiuteenuste ja nende osutajate kvaliteeti jälgivad erialaühendused ja Terviseamet. Peale selle korraldab Eesti Haigekassa regulaarselt teenuste osutamise ja kliinilise praktika auditeid ja sihtvalikuid, et hinnata vastavus asjaomastele õigusaktidele, kliinilistele ravijuhenditele ja parimatele praktikatele. Auditite tulemusi arutatakse teenuseosutajate ja tervishoiutöötajatega tagasisidekohtumistel, kuhu kaasatakse ka ministeeriumi ja muude asjaomaste organisatsioonide esindajad, võimaldades neil arutada laiemas kontekstis kõiki auditi jooksul esilekerkinud probleeme. Ohutuse ja tõhususe hindamiseks on haiglad asutanud Eesti Haigekassa toel tööühmi. Tööühmad töötavad välja mõõdetavaid näitajaid, mis peaksid võimaldama organisatsioonisest järelevalvet ja tulemuste võrdlust teiste Eesti või välisriikide haiglatega. Tööühma kuuluvad haiglad on osalenud WHO väljatöötatud haiglate tegevuse hindamise metoodika projektis (10). Eesti Haigekassa algatas 2010. aastal Eesti kliiniliste ravijuhendite väljatöötamise süsteemi hindamise ja ajakohastamise (9), mille järgselt uuendati ravijuhendite koostamise metoodikat. Kokkulepitud metoodika avaldati Eesti ravijuhendite koostamise käsiraamatus 2011 aastal.

2.2.3. Õendusabi

Õenduse eriala hakati Eestis õigusaktidega reguleerima alles 2001. aastal ja alates sellest ajast on peamisi õenduse erialasid neli. Need on esmatasandi õendus (peremeditsiin), kliiniline õendus, intensiivravi õendus ja vaimse tervise õendus. Nende erialade õpe sisaldab üheaastast spetsialiseerumist, mida pakuvad mõlemad tervishoiu kõrgkoolid.

Alates 2003. aastast on Eesti Haigekassa rahastanud ka koduõendust, geriaatrilist hindamist, vähihaigete kodust toetusravi ja statsionaarset hooldusravi. Koduõendust vajavad kõige rohkem patsiendid, kes ise liikuda ei suuda või kellel on liikumine piiratud. Geriaatrilise hindamise eesmärgiks on hinnata inimese vajadusi ja osutada talle vajalikke hooldusteenuseid. Kodust õendusteenust osutatakse ka vähihaigetele patsientidele (vähihaigete kodune toetusravi), sageli haiguse lõppjärgus. Statsionaarse hooldusravi all mõeldakse 24-tunnist pikaajalist õendusabi, mida osutavad peamiselt õed. Statsionaarse hooldusravi sihtrühma kuuluvad peamiselt krooniliste haigustega patsiendid, kes vajavad perioodilist meditsiinilist abi koos ravi kohandamisega.

Tervishoiuteenuste kättesaadavust soodustavad märkimisväärselt õdede ja ämmaemandate iseseisvad vastuvõttud (6). Õde või ämmaemand võib iseseisvalt osutada koolitervishoiu- ja koduõendusteenust ning ämmaemand ämmaemandusabi teenust (11).

Õenduse ja ämmaemanduse teenuse kvaliteedi tagamiseks on välja töötatud riiklikud nõuded ja soovitused ning nendest lähtuvad tegevusjuhendid. Seni puuduvad ühtsed õendus- ja ämmaemandusabi kvaliteedi indikaatorid ja näitajad, mille alusel oleks võimalik teenuste osutamist järjepidevalt hinnata ja võrrelda. Eelpool nimetatud võib aga kaasa tuua olukorra, kus teenuste kvaliteet ei ole ühtlase kvaliteediga. Õendus- ja ämmaemandusabi arendamisel ei rakendata vajalikul määral tänapäevaseid infotehnoloogia võimalusi, samuti ei tehta riigisisel ja rahvusvahelisel tasandil piisavalt koostööd kvaliteedi parendamiseks ja ühtlustamiseks (11).

2.3. Ravijuhendid ja patsiendijuhendid

2011. aastal ilmus WHO, EHK, SoMi ja TÜ arstiteaduskonna koostöös välja ravijuhendite koostamise käsiraamat. Ravijuhend on dokument, mis annab soovitusi tervist mõjutavate tegevuste kohta. Ravijuhendis eelkõige antakse tervishoiutöötajatele tõenduspõhiseid juhiseid haiguste diagnoosimise ja ravimise viiside kohta, samuti võib see sisaldada soovitusi haiguste ennetuseks või patsientide koolitusstrateegiaid vms. Ravijuhendis toodud teave peaks aitama teha valikuid eri sekkumisviiside vahel, mis mõjutavad tervist, ravikvaliteeti ning tervishoiuressursside kasutamist. Ravijuhendite koostamisel tuleb arvestada nii kliinilise tõendusmaterjali kui ka kohalike kulude ja väärtushinnangutega, lisaks peab arvestama riigi olusid ja tervishoiukorraldust. Käsiraamatu järgi on praeguseks (2016 detsember) koostatud või töös 15 ravijuhendit. Eestis koordineerib ja rahastab ravijuhendite koostamist Eesti Haigekassa.

Uuendatud süsteemi järgi tõenduspõhiste ravijuhendite täitmise jälgimiseks töötatakse välja indikaatorid, kuid täna puudub protsess kuidas tagada nimetatud indikaatorite regulaarseks jälgimiseks vajalike andmete olemasolu ja regulaarne kättesaadavus. Samuti vajab väljatöötamist Ravikvaliteedi indikaatorite nõukoja poolt kokku lepitud ravikvaliteedi indikaatorite monitoorimise süsteem, sh indikaatori moodustamiseks vajalike kvaliteetsete algandmete kogumine, regulaarne kättesaadavus ja analüüs. Hea eeldus selleks on tervise infosüsteem, kuid momendil puudub kokkulepitud protsess kuidas uute indikaatorite rakendamise vajadus juurutatakse tervise infosüsteemis¹.

Tõenduspõhiste ravijuhendite koostamise näol on küll tehtud ära juba suur töö, kuid on väga oluline ka ravijuhendites kajastuvate indikaatorite hindamine. Seetõttu peab välja töötama ravijuhendite rakendumist mõõtvate kvaliteediindikaatorite süsteemi, kus oleks kajastatud ka protsess indikaatori moodustamiseks vajalike kvaliteetsete andmete kogumiseks ja regulaarse kättesaadavuse tagamiseks. Samuti on oluline Ravikvaliteedi indikaatorite nõukoja poolt kokku lepitud ravikvaliteedi indikaatorite monitoorimise süsteemi välja töötamine.

2.4. Arstlike erialade vaade kvaliteedi tagamisele

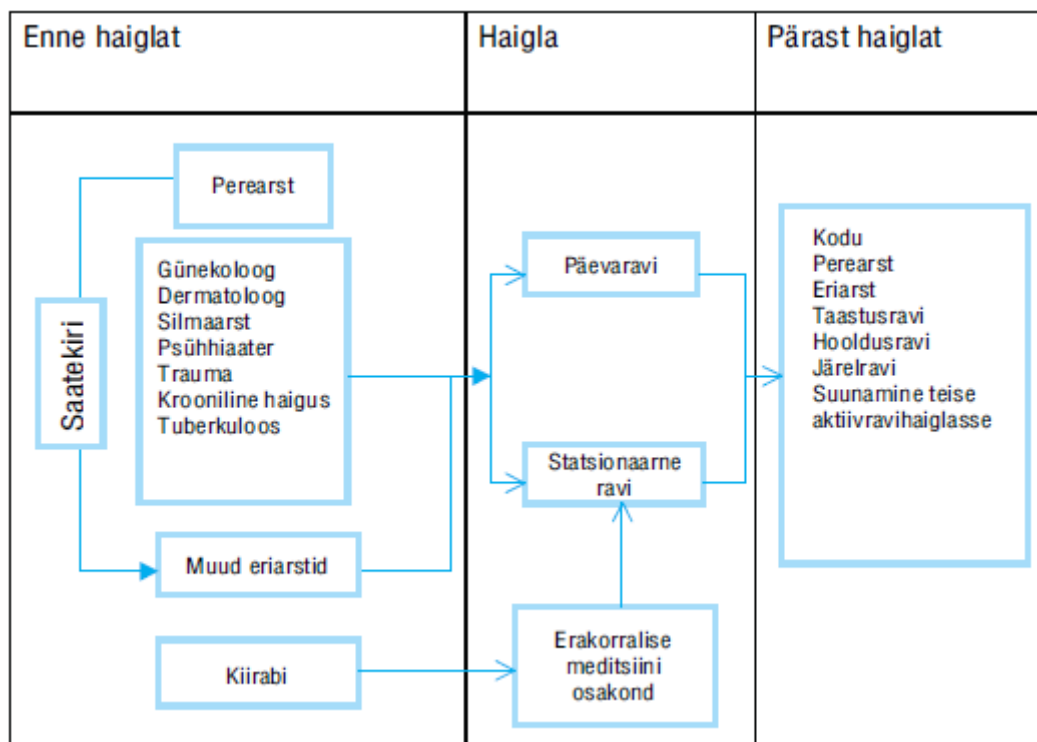
2013.aastal valmis Praxise poolt läbiviidud projekt (12), mille käigus uuendati perioodini 2020 ära kõik arstlikud erialade arengukavad. Arengukavades oli eraldi teemana sees ka kvaliteedi tagamine ning sellega seotud küsimused mille kohta on toodud järgnevalt kokkuvõtte. Leiti, et kvaliteetse ja tulemusliku ravi tagamise jaoks oleks vajalik luua kriteeriumid arstide/õdede ja raviautuste pädevuse hindamiseks, koostada kaasaegsed ravijuhendid ja standardid (sh juurutada üleriigilised kvaliteedistandardid), tegeleda tegevuste tulemuslikkuse hindamisega ja tõenduspõhise ravi tagamine ning töötada välja regulaarne kvaliteediindikaatorite kogumine ning nende analüüsimine.

¹ **Tervise infosüsteem** - erinevaid lahendusi hõlmav tervishoiusektori koostöömudel, mille üheks oluliseks osaks on riigi infosüsteemi kuuluv andmekogu. Tervise infosüsteemis töödeldakse tervishoiuvaldkonnaga seotud andmeid tervishoiuteenuse osutamise lepingu sõlmimiseks ja täitmiseks, tervishoiuteenuste kvaliteedi ja patsiendi õiguste tagamiseks ning rahva tervise kaitseks, sealhulgas tervislikku seisundit kajastavate registrite pidamiseks ja tervishoiu juhtimiseks

2.5. Patsiendi ravikäsitlus ja patsiendikesksus

Ravikäsitlus

Patsiendi ravikäsitlus on patsiendi liikumine esimesest kokkupuutepunktist tervisesüsteemiga suunamise kaudu kuni ravi lõppemiseni. Esimene kontaktisik, kellega patsient tervisesüsteemis kokku puutub, on tavaliselt perearst, kelle nimistusse patsient on kantud. Perearstidel on nn väravavahi roll. Patsiendid vajavad perearsti saatekirja enamiku eriarstide juurde ja haiglaravile pääsemiseks juhul, kui ei ole tegemist erakorralise abiga. Olenevalt probleemist võib ravikäsitlus olla erinev, sest mõne spetsialisti juurde pääseb otse, ilma suunamiseta (joonis 1).



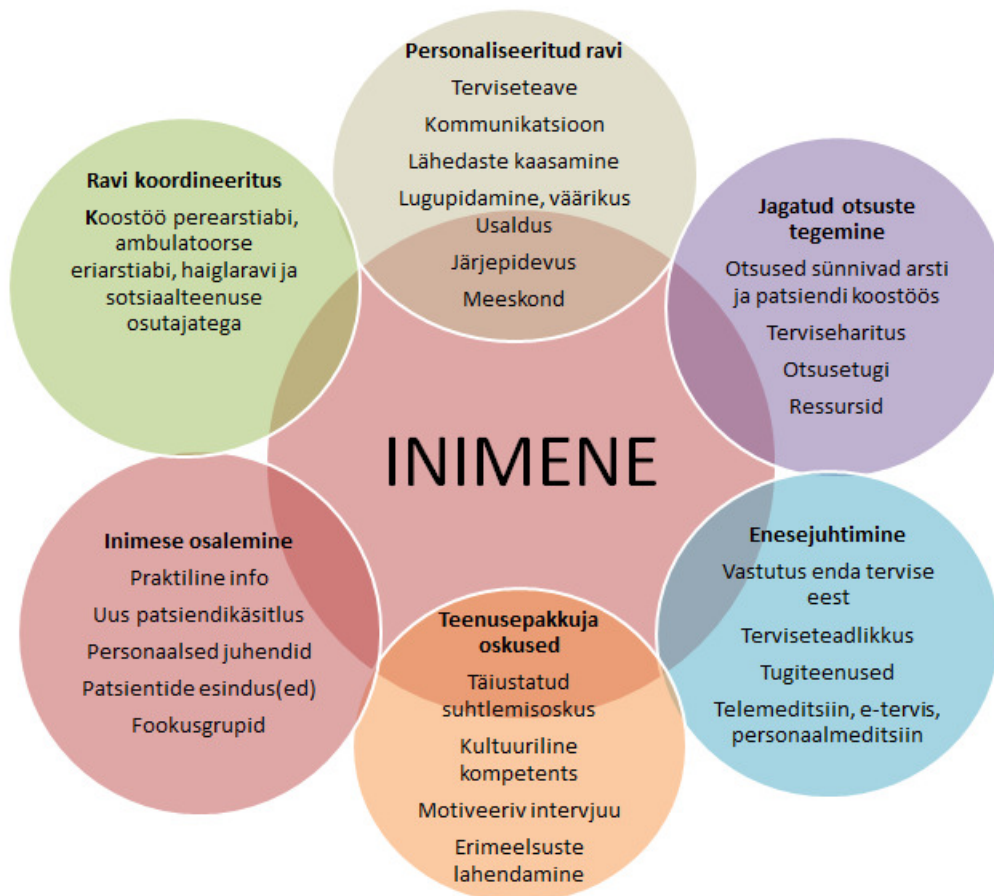
JOONIS 1. EESTI TERVISESÜSTEEMIS KASUTATAVAD RAVIKÄSITLUSED ALLIKAS: LAI JT, 2013

Kui on vaja haigla- või päevaravi, väljastab perearst või eriarst saatekirja. Erakorralise abi vajaduse korral ei pruugi patsiendid perearsti või muu spetsialisti juurde aga sattuda. Enamik haigla- või päevaravipatsiente siirdub haiglast lahkudes koju. Mõne patsiendi puhul võib osutada vajalikuks jätkata ravi taastusraviüksuses või kutsuda ta pere- või eriarsti juurde kordusvisiidile. Mõnel keerulisel juhul saadetakse või viiakse patsiendid üle teise aktiivravihaiglasse. Järjest enam töötatakse välja patsientide jaoks ravikäsitlusi. Näiteks on ravikäsitlused ette nähtud vähihaigete puhul ja praeguseks on välja töötatud need patsientidele, kellel on günekoloogilised vähkkasvajad.

Patsiendikeskne tervishoid

Patsiendikeskne tervishoid on lai mõiste inimesekesksusest, perekesksusest, kliendikesksusest, tervest inimesest, individuaalsusest, personaalmeditsiinist ravikoordineeritusest ja inimese ning lähedaste kaasamisest (13–15). Viimastel aastatel kasutatakse lisaks patsiendikeskuse järjest enam inimkeskuse

mõistet. Patsiendikeskus on eelkõige haiguspõhine lähenemine kui inimene on tervishoiusüsteemi sisenenud, kuid inimkeskus vaatleb inimest kui tervikut tema taustsüsteemis. (15–22). Inimkeskus koosneb paljudest erinevatest komponentidest (vt joonis 2), ning seetõttu on teenuste disainimisel ja tegevuste väljatöötamisel oluline neid silmas pidada. Samuti on lisas 3 ära toodud patsiendikeskuse kontseptsioonid ja erinevad hindamismeetodid. Kuna tervishoiu kvaliteedi ja kättesaadavusega seotud tegevused on laiemad kui ainult tervishoiusüsteemi kesksed, siis **järgnevalt kasutatakse raportis valdavalt mõistet inimkeskus, välja arvatud siis kui eksperdid on kasutanud patsiendikeskuse mõistet.**



JOONIS 2. PATSIENDIKESKUSE PEAMISED KOMPONENDID (AUTORITE KOOSTATUD)

Teine aspekt inimkeskuse juures millest viimastel aastatel järjest enam on hakatud rääkima, on patsiendikogemus (23–26), mida saab vaadata nelja komponendina:

- Patsiendi kogemus = otsesed kogemused spetsiifilise ravi või hooldusega seotult
- Patsiendi rahulolu = hinnata mis juhtus, patsiendi tundeid seoses hoolduse saamise kogemusega. *Tavaliselt antakse üldine hinnang mis põhineb kogemusel seoses teenuse saamisega*
- Patsiendi ravitulemused = patsiendi vaatenurgast, kas ravitulemus parandas elukvaliteeti
- Patsiendi määratletud tulemuslikkus = patsiendid on kaasatud defineerima ja disainima meetmeid mis peaksid teenuse või protseduuri tulemuslikkust parendama.

Järeldused

1. Eestis on olemas põhilised alustalad ravikvaliteedi ja kättesaadavuse täitmiseks.
2. Eestis on tervishoiuteenuste kvaliteedi ja kättesaadavuse eest vastutavad kindlad organisatsioonid ja vastutusvaldkonnad on üldiselt selgelt jagatud.
3. Tervishoiuteenuseosutaja (üldarstiabi ja eriarstiabi) tööd reguleerivad kindlad määrused ja seadused, lisaks on paljudel juhtudel koostatud erinevaid juhendeid.
4. Eestis on olemas juba märkimisväärne arv ravijuhendeid ning see nimekiri täieneb iga aastaga, samas on ravijuhendeid vaja jätkuvalt juurde ja olemasolevaid tuleb täiendada.
5. Eestis on kokku leppimata patsiendikesksuse ja inimkesksuse definitsioonid ja sellest tulenevad teenuse disainimist vajavad aspektid. Samuti on defineerimata patsiendiohutuse teema, mis vajab samuti ühest kokkuleppimist.

Soovitused

1. Soovitame kokku leppida patsiendikesksuse ja inimkesksuse definitsioonid ja vastavalt sellele töötada välja ka disainikava erinevate teenuste parendamiseks, mis hõlmaks ka e-tervist.

3. Tervishoiuteenuste kvaliteedi ja kättesaadavuse valdkonna peamised väljakutsed ja kitsaskohad

Järgnevalt on toodud ülevaade peamistest tervishoiuteenuste kvaliteeti ja kättesaadavust puudutavatest väljakutsetest ja kitsaskohtades. **Ülevaate koostamisel lähtuti Eesti kohta läbiviidud hindamisuuringute tulemustest ja samuti viidi käesoleva analüüsi käigus läbi valdkonda hästi tundvate ekspertidega intervjuud.** Peamised kitsaskohad ja väljakutsed arutati läbi ka grupiarutelul.

3.1. Riiklikul tasandil väljakutsed

Strateegilise juhtimise ja plaani puudumine riigi tasemel

Praegu puudub riiklikul tasandil ühtne plaan selle kohta, kuidas tervishoiu kvaliteeti, kättesaadavust ja ohutust peaks käsitlema ning strateegiliselt juhtima. RTA-sse on küll justkui proovitud üksikuid tegevusi sisse tuua, kuid see ei anna kaugeltki aimu, kuidas riiklikul tasandil teemat juhitakse. Selle töid eraldi välja ka intervjueritavad:

„Kui vaadata üldist RTA ülesehitust, siis viies ehk tervisesüsteemi peatükk on seal pigem selleks, et tervik oleks justkui koos /-/-/ kuid tervishoiujuhtimine ja valdkonna arendamine ei ole käinud kunagi läbi RTA /-/-/ pigem on RTA selleks, et annab intersektoraalset vaadet.“

Samuti puudub ülevaade sellest, mis standardeid ja ravijuhendeid erinevad tervishoiuasutused kasutavad ja kas nende standardite osas esineb ka suuri varieeruvusi. Seetõttu on oluline ära kaardistada parimate praktikate ka kvaliteedialane arendustöö Eesti raviasutustes, erialaseltsides ja teistes olulistes tervishoiuga seotud organisatsioonides. 2004. aastal koostati kvaliteedipoliitika dokument ja kuigi see esitati ka Vabariigi Valitsusele, siis Valitsus seda ei kinnitanud. Põhjuseks oli koostajate ettepanek asutada Eestis Tervishoiu Kvaliteedi Keskus, kes koordineeriks kvaliteedi tagamisega seotud tegevust, juhendaks ja nõustaks tervishoiuteenuse osutajaid ning teostaks kvaliteediuringuid.

Kvaliteedialaste tegevuste killustatus

Üks uuringuprotsessis osalenud ekspert tõi eraldi välja asjaolu, et protsessi kvaliteedi arendamise ja hindamise koordineerimine toimub käesoleval ajal valdavalt Eesti Haigekassa eestvedamisel koostöös Tartu Ülikooli meditsiinivaldkonnaga. On loodud ravijuhendite nõukoda ning kvaliteediindikaatorite nõukoda, mis on suunatud kliiniliste erialade kvaliteedi tagamisele ja edendamisele. EHK teostab ka kliinilisi auditeid. Samuti on PATH² projekti raames töötatud haigekassa eestvedamisel ühtne patsiendi rahulolu hindamise küsimustik eriarstiabi osutajatele nii haiglaravil kui ka ambulatoorsetel vastuvõttudel käivate patsientide rahulolu hindamiseks. Haiglates on rakendatud kaebuste juhtimise süsteemid ning

² The World Health Organization Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals.

kahes haiglas ka patsientide ohujuhtumite dokumenteerimine ja analüüs. Toimib perearstide kvaliteedisüsteem, mis on heaks näiteks Tartu Ülikooli, erialaseltsi ja EHK koostööst.

Tartu Ülikoolis tegeldakse ka tervisetehnoloogiate hindamisega, mida võib vaadelda samuti kui üht protsessi kvaliteedi tagamise instrumenti. Seda valdkonda on mitme aasta jooksul arendatud ja arvestades tulemit (hindamisraportid) ning tegijate pädevust antud valdkonnas, võiks selle töögrupi tegevus samas suunas ja mahus jätkuda.

Kuid käesoleval ajal on siiski hindamisest ja arendustegevusest vajaka kõige enam just nimelt eriarstiabi kvaliteedi protsessi ja tulemuste, sh ka patsiendiohutuse valdkonnas. Seega võimaliku kvaliteedikeskuse üks prioriteetsetest valdkondadest käesoleval ajal võiks olla eriarstiabi kvaliteedi arendamine, sh vastavasisulise koolituse ja teadustöö korraldamine. Tegemist on väga palju erinevaid aspekte sisaldava valdkonnaga, mistõttu tegevuse koordineerija peab olema kindlasti sõltumatu riiklikest järelevalve teostajatest ja ravi rahastajatest (27). Teisest küljest on tegemist professionaalse kvaliteedi hindamisega, millega saavad tegelda ainult eriala süvitsi tundvad inimesed. Praegu on Eestis selline pädevus koondunud Tartu Ülikooli meditsiinivaldkonna kliinilise meditsiini instituuti, mis hõlmab kõiki eriarstiabi valdkondi, v.a. peremeditsiini, hambaarstiteadus ja õendusteadus, kuid ka nende erialadega on kliinilise meditsiini instituudil tihedat koostööd. Samuti kuulub TÜ meditsiinivaldkonna juurde arstide täienduskeskus, mis võimaldab korraldada heal tasemel kvaliteedialaseid koolitusi.

Andmebaaside ja registrite puudulik areng

Kõige paremini saab ravitulemusi hinnata isikupõhiselt. Selleks saab seostada erinevatest raviasutustest ja andmebaasidest pärit kliinilised andmed. Eestil on võrreldes enamike teiste riikidega väga suur eelis – ravikvaliteedi ja tulemuslikkuse hindamiseks saame kasutada maailmas ainulaadseid andmeid, sest need hõlmavad kogu rahvastikku ja kajastavad pikka ajavahemikku. Selline olukord looks justkui eelduse püstitada suure teadusliku väärtusega uurimisküsimusi ja avada uusi võimalusi arstiteaduste ja terviseteaduste arenguks Eestis (28). Kahjuks praeguse seisuga erinevad andmebaasid ei tööta nagu oodati ning eelkõige on probleeme erinevate andmebaaside omavahelise linkimisega. Intervjueeritavad tõid välja järgmised aspektid:

„Kõige olulisemaks väljakutseks selle teema juures on siiski andmekogumise süsteem. /--/ Kõigepealt peab olema läbi mõeldud, mida tahetakse koguda ja siis kuidas neid koguda. /--/ Peaks olema süsteem, kuhu saab sisestada andmeid struktureeritud kujul nii, et neid oleks võimalik ka välja võtta. /--/ Kvaliteedi andmeid võiksid olla seiretegevuste jaoks jooksvalt kättesaadavad. /--/ Ka arstidele on väga oluline see, et oleks võimalik saada pidevat tagasisidet.“

„Mõnedes riikides on perearsti kvaliteedisüsteem muuhulgas seotud näiteks krooniliste haiguste jälgimisega, mille käigus nt diabeedi ja hüpertensiooni patsiendi andmed (veresuhkru, vererõhu jms väärtused) saab välja võtta mugavalt ajateljel ja see käib automaatselt.“

3.2. Esmatasandi tervishoiu väljakutsed

Suur töökoormus

Maailmapanga poolt läbiviidud hindamisest (29) selgus, et perearstide suur töökoormus võib põhjustada ebapiisavat ravijuhendite soovitude järgimist ja raskusi patsientide vajadustele vastamisega. Kuna perearstid tegutsevad eraõiguse alusel sõltumatute äriomanikena, on nad tihti sunnitud pühendama aega prakside juhtimise administratiivsele poolele ning seega väheneb kliiniliseks tööks jääv aeg. See võib mõjutada pakutavate teenuste kvaliteeti ja põhjalikkust. Piisava kättesaadavuse kindlustamiseks on perearstipraksised seadusega kohustatud võtma patsiente vastu vähemalt neli tundi päevas ja olema igal tööpäeval avatud vähemalt kaheksa tundi ajavahemikus 8.00 kuni 18.00. See aga vajaks veel täiendavat hindamist, kas selline ajaline eesmärk vastab piisavalt patsientide ootustele ja väldib esmatasandist möödaminekut nt EMO-sse. Intervjueeritavad tõid välja järgmise aspekti:

„Kui kõike tahetakse perearstile lükata, siis paratamatult töökoormus kasvab ja kvaliteet kannatab. /--/ Grupipraksistes saab natukenegi töökoormust hajutada, kuid üksikpraksises see võimatu.“

Kvaliteedisüsteem kui motiveerimisvahend

Kuigi 2006. aastal juurutati perearsti kvaliteeditasusüsteem (PKS) motiveerimaks neid krooniliste haigusseisunditega patsientidega tegelemises suuremat rolli võtma, võivad piiratud uuringufond ja ka PKS-i ülesehitus takistada selle eesmärgi saavutamist. Näiteks tõi Maailmapanga poolt läbiviidud uuring välja asjaolu, et punktipõhine PKS tasustab pigem üksikute uuringute tegemist või teenuste osutamist, mitte konkreetse haigusseisundiga patsientidele kõikide soovivate teenuste osutamise koordineerimist. Lisaks toob PKS lati allapoole, makstes boonust perearstidele juba siis, kui kogutud on vaid 80% võimalikest punktidest. Pealegi ei jälgi süsteem teenuseid osutava arsti tüüpi, mis tähendab, et perearstid saavad kasu eriarstide ennetavate teenuste osutamisest. Boonuse rahaline väärtus on väike, 2014. aastal moodustas see ainult umbes 2% keskmise perearsti aastatulust (29). Intervjueeritavad olid PKS-ist aga erinevatel arvamustel:

„PKS on oluline süsteem ja aitab palju kvaliteetse teenuse osutamisele kaasa. /--/ Usun, et PKS üksi küll ei pane suuremat osa perearste vastavalt ootustele käituma, peab ikka sisemine motivatsioon olema. /--/ PKS ei tohiks olla kohustus, see võib tingida olukorra kus leitakse moodus nõ möödaminemiseks.“

Piiratud multifunktsionaalsus ja teenuste kättesaadavus

Esmatasandi teenuste madalama kvaliteedi ja kättesaadavuse võib tingida ka piiratud multiprofessionaalsus. Sealjuures võib halb teenuste kättesaadavus ja koordineerimise puudulikkus teiste tervishoiutöötajatega (näiteks õdede ja füsioterapeutidega) kaasa tuua halvenenud ravitulemused (30). Kuigi haigekassa on rahastanud üht õde prakside kohta alates 1990ndatest ja alustas 2013. aastal teise õe rahastamist prakside kohta (31), on õded ajalooliselt täitnud ainult administratiivseid ülesandeid. Selle tulemus on nii patsientide kui ka arstide vähene usaldus õdede kliiniliste oskuste osas (tulenevalt varasemast töökorraldusest mil õdesid ei kaasatud ja neil ei olnud iseseisvat vastutust), mistõttu ei rakendata nende kogu potentsiaali (29). Nimetatud probleemile viitasid ka intervjueeritavad:

„Kuigi meil on väga hea õdede väljaõpe, ei usaldata õdede nõuandeid patsientide poolt endiselt. /--/ Arstidel on keeruline oma tööd õdedega jagada, /--/ selleks puudub harjumus ja hoiakud.“

3.3. Eriarstiabi väljakutsed

Suur töökoormus, ravijuhendite ja kvaliteediseire puudumine statsionaarses aktiivravivis

Suurte mahtude ja patsientide suure ringluse põhjustatud ülemäärane töökoormus võib piirata arstide ja õdede võimekust tagada patsientidele haiglast väljakirjutamisel sobivate ravimite määramine ja juhiste andmine korraliku paranemise saavutamiseks ja haiguse taastumise vältimiseks (29). Põhjuseks ka see, et puuduvad ühtsed ja samadel alustel kasutatavad juhised ning meil puudub ka üldine kvaliteediseire, mida teostataks haiglate üleselt. Sama asjaolu tõid välja ka intervjueeritavad.

„Kuna puuduvad ühtsed juhised, on vahel raske aru saada, mida tegema peab /--/ tunnen puudust tagasiside saamise süsteemist. /--/ Haiglate vahel võivad kohati erinevad juhised päris palju erineda, eelkõige patsiendikäsitlusega seotud.“

Patsiendikäsitluse standardite puudumine ja ebapiisav infovahetus

Tarbetute uuringute ja ebapiisava jätkuravi üldist sagedast esinemist võivad põhjustada arstide ebaselged kohustused statsionaarsel aktiivravil ja ambulatoorsel ravil. Seda probleemi võiks leevendada patsiendikäsitluse standardite rakendamine, mis peegeldavad värskemaid tõenduspõhiseid praktikaid ning defineerivad eri tasandite rollid ja kohustused. Puudulik ja ebajärjekindel infovahetus statsionaarse aktiivravi ja ambulatoorse ravi arstide vahel võib kaasa tuua olukorra, kus patsient ei saa vajalikku jätkuravi. Pudelikaelu infovahetuses võivad põhjustada haiglate süsteemide ja e-tervise süsteemi ühildumatus. Samuti selgete juhiste puudumine selle kohta, milline konkreetne info tuleks patsiendi haigusloosse ja saatekirjadesse lisada (29). Seda kinnitasid ka intervjueeritavad:

„Patsiendiga ei käi alati andmed kaasas. /--/ Vahel ei saa aru kelle kohustus on mingi asi ära teha, nt uuringute määramine. /--/ Segadus digisaatekirjaga on suurenenud, harjunud pikemalt sinna kirjutama siis nüüd saavad tähed otsa.“

Geograafilised variatsioonid tervishoiuteenuste kättesaadavuses

Maailmapanga poolt läbiviidud uuringu tulemustel leiti et maarahvastikul esines linnarahvastikust oluliselt rohkem välditavaid hospitaliseerimisi, mida võib selgitada madalama sissetulekuga ja halvema juurdepääsuga eriarstibiteenustele. Nii kogu- kui välditavate eriarstivisiitide esinemine on maal elavatel patsientidel oluliselt madalam, ent ambulatoorsete visiitide koguarv kaldub neil olema suurem (Tabel 1). Maal elavad patsiendid saavad väiksema tõenäosusega kõikehõlmavaid ennetavad teenuseid. Lisaks on aktiivraviks hospitaliseerimise jätkuravi vähem tõenäoline, kuigi see erinevus on statistiliselt oluline ainult südamepuudulikkuse puhul (29). Intervjueeritavad tõid välja järgmist:

„Kui teenuste kvaliteet võiks piirkondade lõikes olla vähemalt teoreetiliselt sarnane, siis kättesaadavus on väga erinev. /--/ Maapiirkonna patsientidest lähevad teenused järjest kaugemale. /--/ Loodavad tervisekeskused panustavad küll kvaliteedi parendamisele, kuid keskusest kaugel küladel jäävad teenustest inimesed veel kaugemale.“

**TABEL 1. TERVISHOUIUSÜSTEEMI TOIMIVUSE INDIKAATORID ELUKOHA (LINN/MAAPIIRKOND) JÄRGI (2013).
ALLIKAS: MAAILMAPANK**

Toimivuse indikaatorid	Maarahvastik võrdluses linnarahvastikuga
Välditavad hospitaliseerimised	↑*
Välditavad eriarstivisiidid	↓*
Visiitide arv	↑
Eriarstivisiitide osakaal	↓
Kõiki ennetavaid teenuseid saanud diabeedipatsientide osakaal	↓
Mitte ühtegi ennetavat teenust saanud diabeedipatsientide osakaal	↑
Kõiki ennetavaid teenuseid saanud kõrgvererõhktõve patsientide osakaal	↓
Mitte ühtegi ennetavat teenust saanud kõrgvererõhktõve patsientide osakaal	↑
Jätkuravi pärast aktiivraviepisooide	↓*
Puudulikud haiglast väljakirjutamised: said kõik retseptid	↑
Puudulikud haiglast väljakirjutamised: ei saanud ühtegi retsepti	↑

*Tähistab >90% statistiliselt olulist erinevust

3.4. Inimkesksuse ja patsiendiohutusega seotud väljakutsed

Inimkesksuse vähene areng

Eestis ei ole ühtselt kokku lepitud mida tähendab inimkesksus (patsiendikesksus) ning seetõttu kasutatakse seda terminit erinevates kohtades erinevalt. Patsiendikesksusega seotud probleeme töid välja ka intervjueritavad:

„Patsiendikesksus on endiselt probleemiks. /--/ Kõigepealt definitsioon – mida me mõtleme patsiendikesksuse all. /--/ Ilmselt saadakse sellest erinevalt aru ning seetõttu ei ole see ka strateegias hästi välja toodud. /--/ Oleks vaja patsiendikesksuse uuringut kõigepealt, mis annaks üldse ülevaate, mis seis sellega Eestis on. /--/ Mujal riikides on patsiendikesksus prioriteediks tervisealastes strateegiates.“

Inimeste terviseharitus on madal

Ühe probleemina on ekspertide ja intervjueritavate poolt ära markeeritud ka patsientide vähese harituse. Ühest küljest on see tingitud kommunikatsiooniprobleemidest arsti ja patsiendi vahel (arst ei oska seletada ja patsient ei oska kuulata), kuid teisalt ka siiski mängib rolli arstide ajapuudus ning sellest tulenevad vastamata küsimused. Samas on ka rida teemasid, mida ei olegi tingimata arstile edasi vaja anda, eelkõige on need seotud tervislike eluviisidega seotud käitumisega. Mis aga puudutab tervist, on patsiendil vaja usaldusväärset allikat, kus ta saab enda jaoks arusaadavat infot, vastasel korral võib juhtuda et infot otsides ei satu kõige usaldusväärsematele allikatele.

„Küsimus on selles, kuidas kaitsta patsiente nn soolapuhujate eest. /--/ Millal võetakse vastutusele need, kes imikutele soovivad MMSi või vähihaigetele soodat. /--/ Vaja on enam tähelepanu pöörata patsiendi haridusele, eelkõige sellele kuidas ja kust ta leiaks tõendus põhised infot“

Patsiendihutus (ingl k patient safety)

Nimetatud teema on arenenud maades väga aktuaalne, kuid Eestis aga on seni täpselt määratlemata, mis see meie süsteemi jaoks tähendab ning mis osad peaksid olemas olema (28).

3.5. Uuringute läbiviimine elanikkonnas

Sotsiaalministeeriumi ja Haigekassa viivad iga-aastaselt läbi uuringu, mille eesmärk on saada ülevaade, milline on elanike rahulolu tervishoiukorralduse, tervishoiuteenuste kättesaadavuse ja kvaliteediga, kuidas hinnatakse oma tervist ja eluviise, kui suur osa elanikkonnast on kuulnud digitaalsest terviseloost ning kui teadlikud on elanikud oma õigustest patsiendina. Uuringus osalevad ca 1500 inimest üle Eesti ning nad ei pea olema viimase aasta jooksul kasutanud tervishoiuteenuseid. Seoses sellega töid intervjueritavad välja mõned aspektid:

„Rahulolu-uuringuid ei ole mõtet teha ainult elanikkonna tasandil (kuigi ka see on vajalik), vaid peab küsitlema ka realselt patsiente, kes on äsja arste külastanud. /--/Andmekogumine tuleks siduda konkreetse teenuse või visiidiga. /--/ Inimesed, kes ei ole viimased kümme aastat ühtegi arsti külastanud ei oska ka kvaliteeti ja kättesaadavust hinnata, vaid tuginevad pigem teistelt kuuldule.“

Teine aspekt küsimustikest oli intervjueritavatel seotud ooteajaga:

„Ooteaja küsimine patsiendi käest on kahe otsaga asi. /--/ Tekib moment, et inimene mäletab tavaliselt seda aega, mis talle sobis, kuid mitte seda aega, mida talle esimesena pakuti ja millest loobus. /--/ Seega ei ole ooteajad korrektselt määratletud ja siin aitaks ehk digiregistratuur, mis arvestaks ka patsiendile esimesena pakutud aega.“

3.6. Väljakutsed uue RTA väljatöötamisel

Koostöö ja ülesannete dubleerimine

Praegu on liiga palju dubleerimist Haigekassa, Sotsiaalministeeriumi ning Terviseameti töös. Seda saaks korraldada palju efektiivsemalt. Näiteks Haigekassa töötab oma partneritele välja järelvalvesüsteemi ja paralleelselt teostab Terviseamet põhimõtteliselt sama järelvalvet kogu süsteemile. Siin annaks oluliselt dubleerimist vähendada ja efektiivsust suurendada.

„Üldised arengusuunad peaksid loomulikult tulema ministeeriumist, aga millise detailini välja, see on omaette küsimus. /--/ Eelistaks olukorda, kus ministeerium jääb poliitikakujundaja tasemele ja rakendusasutused tegelevad detailsemate tegevustega.“

Teise probleemina koostöö osas toodi välja tihti ebapiisav suhtlemine eriarsti ja perearsti vahel. Perearsti töölauale ei jõua alati info eriarsti juures teostatud tegevuste kohta, kui patsient just ise teada ei anna. Info käsitsi otsimine (või telefoni teel) on ajamahukas ning tulemuseks on puudulikult ette valmistatud perearsti visiit, mis kulutab asjatult nii arsti kui patsiendi aega. Esmatasandi vaates oleks vaja mugavat infovahetamise süsteemi, mis kuvaks perearstile eriarsti poolt tehtu ja vajalikud ravisoovitused.

„Ei ole head süsteemi, kuidas perearst ja eriarst omavahel suhelda saaks, telefonimäng ei toimi /--/ Praegune digilahendus ei võimalda mugavalt jälgida mida patsiendiga eriarsti juures tehtud on. Isegi kui patsient ise räägib, siis perearstil läheb liiga kaua aega nõ andmete kerimisele et kogu pilt ette saada /--/ Perearstini ei jõua mugavalt info kui patsient on näiteks haiglasse sattunud. Ei ole võimalik iga päev tuhandet patsienti kontrollida kas on nüüd haiglas või ei. Sama eriarsti soovistega perearstile.“

Indikaatorid

Kvaliteedi mõõdikute osas töötatakse välja küll indikaatoreid, kuid ei ole kokku lepitud vastutajaid ning nende väljatöötamisega tegeletakse erinevates kohtades. Sotsiaalministeeriumi juures on olemas kaks kvaliteedi komisjoni, Haigekassas asub indikaatorite nõukogu, lisaks on veel TAI registrid, Terviseameti tegevused ja E-tervise sihtasutus. Intervjueeritavad on toonud välja järgmisi aspekte indikaatorite kohta:

„Seega oleks oluline luua kvaliteedikeskus, millest on ka juba aastaid räägitud, mis koondaks enda juurde siis kõik erinevad tegevused, arendaks indikaatoreid ja teostaks ka hindamist. /--/ Võiks olla haigekassast ja ministeeriumist sõltumatu“

„Kuigi kvaliteediindikaatoritele on hakatud Eestis järjest enam tähelepanu pöörama ja see on hea, siis tuleks hakata rääkima ka ohutuse indikaatoritest. /--/ Lisaks on vaja välja töötada protsessi indikaatorid, mis Eestis praegu sisuliselt puuduvad. /--/ Fookus tuleks enam seada sellele, kuidas teenust osutatakse, mitte ainult sellele, mis on teenuse osutamise tulemuseks.“

Järeldused

6. Riiklikul tasandil puudub kokkulepe, kuidas tervishoiu kvaliteeti ja kättesaadavust korraldada ja juhtida (sh kes vastutavad ja ellu viivad).
7. Paljud erinevad osapooled tegelevad kvaliteedi erinevate aspektidega (indikaatorite väljatöötamine, ravijuhendite väljatöötamine, kvaliteedi kontrollimine jne), kuid praegu puudub keskne organisatsioon/rühm/inimene vms kuhu info kõik ühtselt kokku jõuaks; ning mille raames saaks edasisi samme planeerida valdkonna arendamiseks.
8. Andmebaaside ja registrite puudulik areng takistab korrektset infovahetust patsiendi kohta.
9. Esmatasandil mõjutavad tervishoiu kvaliteeti kõige enam (a) Perearstide suur töökoormus; (b) Sunduslik liitumine kvaliteedisüsteemiga; (c) Piiratud multifunktsionaalsus – perearstil ei ole kellegagi ülesandeid jagada või ta ei taha neid jagada (pereõega).
10. Ravijuhendite, patsiendikäsitlusjuhendite ja kvaliteediseire vähesus võib kaasa tuua patsiendi jaoks ebahühtlase kvaliteediga teenuse.
11. Maapiirkonnas elavatel inimestel on sageli ebapiisav juurdepääs eriarstiabi teenustele ja sellest tulenevalt esineb neil ka rohkem välditavaid hospitaliseerimisi.
12. Eestis on kokku leppimata mida tähendab patsiendikeskus, inimkeskus ja patsiendiohutus, millised peaksid olema sihid neis valdkondades ja milliseid tegevusi tuleks ellu viia.
13. Esmatasandi visiividid on puudulikult ettevalmistatud ebapiisava infovahetuse tõttu eriarsti ja perearsti vahel.

4. Kvaliteedi ja kättesaadavuse kajastamine RTA-s

4.1. Seatud eesmärgid

Kvaliteedi ja kättesaadavuse valdkond on käsitletud arengukava viienda suuna 'Tervishoiusüsteemi areng' all. Tervishoiusüsteemi peamiste probleemidena on kvaliteedi ja kättesaadavuse teemaga haakuvalt välja toodud järgmist:

- ▶ **Tervishoiu rahastamine** >> ravikindlustuse piiratud tulubaas ja madalama sissetulekuga patsientide kõrge omaosalus.
- ▶ **Tervishoiu ressursid** >> piiratud inimressursid, piiratud infrastruktuuri võimsus, hindamissüsteemide puudumine, ravimite ebaühtlane kättesaadavus, haiglavõrgu ebaefektiivsus.
- ▶ **Tervishoiuteenused** >> pikad ravijärjekorrad, esmatasandi arstiabi ebaühtlane kättesaadavus.
- ▶ **Tervishoiu juhtimine** >> patsientide madalad teadmised oma õiguste kaitsest, hooldusravi ja hoolekandeteenuste erinev rahastus, puudulik infovahetus erinevate osapoolte vahel, tegevusnäitajate süsteemi puudumine.

Eelnev loetelu ilmestab, kuivõrd keerukate probleemidega on silmitsi Eesti tervishoiusüsteem. Pea kõik RTA-s loetletud Eesti tervishoiusüsteemi probleemid on suuremal või vähemal määral seotud arstiabi kvaliteedi ja kättesaadavusega. Seda kinnitab asjaolu, et kõik RTA viiendale suunale seatud neli prioriteeti on seotud arstiabi kvaliteedi ja kättesaadavusega:

1. Tervishoiusüsteem peab olema õiglane, tagades inimestele kvaliteetsete tervishoiuteenuste kättesaadavuse ressurside optimaalse kasutuse kaudu.
2. Tervishoiusüsteem, kus töötavad kvalifitseeritud ja motiveeritud tervishoiutöötajad, peab olema inimkeskne.
3. Tervishoiu rahastamine toimub solidaarse ravikindlustuse põhimõtte järgi, tagades tervishoiuteenuste võrdse kättesaadavuse ja kvaliteedi kõigile ravikindlustusega isikutele.
4. Tervishoiu rahastamissüsteem peab olema pikaajaliselt jätkusuutlik, et tagada kvaliteetsete tervishoiuteenuste kättesaadavus ning pakkuda inimestele kaitset finantsriski sattumise eest.

Kõik eelnevad neli prioriteeti on kokku võetud ühte RTA alaeesmärki (AE5), mis on sõnastatud järgmiselt - „**Kõigile inimestele on tagatud kvaliteetsete tervishoiuteenuste kättesaadavus ressurside optimaalse kasutuse kaudu**“. Eesmärk plaaniti saavutada kolme järgmise meetme abil (rakendusperioodil 2009–2012):

1. Inimkeskse tervishoiusüsteemi arendamine inimeste parema informeerituse ning erinevate tasandite arstiabi parema koordineerituse kaudu (M1).
2. Kvaliteetsete tervishoiuteenuste kättesaadavuse tagamine esmatasandi tervishoiuteenuste arendamise, aktiivravi haiglavõrgu optimeerimise ning hooldusravi/hoolekande arendamise kaudu (M2).
3. Tervishoiu rahastamise pikaajalise jätkusuutlikkuse tagamine, kindlustades seejuures inimeste finantskaitse terviseriski tekkimisel (M3).

Rakendusperioodil 2013–2016 muudeti meetmeid järgmiselt:

1. Patsientide õiguste kaitse, tervishoiuteenuste ohutuse ja kvaliteedi tagamine (M1).

2. Ühiskonna ootustele ja vajadustele vastava esmatasandi tervishoiu sh õendus- ja ämmaemandusabi tagamine (M2).
3. Eriarstiabi ja haiglavõrgu korraldamine tagamaks vajaduspõhised, kvaliteetsed ja kättesaadavad eriarstiabi teenused (M3).
4. Piisavate ressursside tagamine tervishoiusüsteemi toimimiseks (motiveeritud ja pädevad töötajad, optimaalne rahastamine ning kaasaegne infrastruktuur, ohutud, kvaliteetsed ja kättesaadavad ravimid, veretooted ja meditsiiniseadmed) (M4).
5. Valmisoleku tagamine tervishoiualasteks hädaolukordadeks ning kättesaadava kiirabi osutamiseks (M5).

Uurimismeeskonna hinnangul on RTA tervishoiusüsteemi arengu suunale seatud prioriteetid sõnastatud liialt üldiselt, mis teeb keerukaks nendest lähtumise tegevuste planeerimisel. Võttes arvesse, kuivõrd keerukaid probleeme tuleb valdkonnas lahendada ja neile lahenduste leidmine ei ole lihtne, siis oleks võinud RTA koostamise protsessi kasutada ära selleks, et erinevaid osapooli kaasates leppida kokku konkreetsemad prioriteetid ja tegevussuunad. Nii näiteks ei anna esimese rakendusperioodi kolmas meede (M3) suuniseid selle kohta, kuidas strateegiliselt edasi liikuda tervishoiu rahastamise pikaajalise jätkusuutlikkuse tagamise suunas. **Dokumendis rõhutatakse küll probleemi tähtsust, kuid ei pakuta strateegilist lähenemist selle probleemi leevendamisele.** See peaks aga olema strateegilise dokumendi peamine väärtus ja ülesanne, ehk olla järgmisel kümnel aastal teejuhiks strateegiat ellu viivatele osapooltele. Sarnane kriitikat kehtib ka kahele teise meetme osas, mis on oma sõnastuses sedavõrd üldised, et nende järgi juhinduda on tegevuste planeerimisel keeruline.

Uurimismeeskonna hinnangul olid RTA-s kirjeldatud valdkonna probleemid sõnastatud piisavalt konkreetselt, et neile oleks saanud seada ka konkreetsemad eesmärgid ja meetmed. Nii näiteks oleks saanud võtta eesmärgiks ravijärjekordade lühendamise, uue tervishoiu rahastamise mudeli väljatöötamise või hooldusravi teenuste rahastamissüsteemi reformimise – sellisel viisil sõnastatuna on eesmärgid tegevuste planeerijatele paremini mõistetavad ja oma selgema sõnastuse tõttu on nende eesmärkide saavutamist võimalik hiljem hinnata. Oluliselt keerukam on hinnata, kuivõrd on suudetud „tagada kvaliteetse tervishoiuteenuse kättesaadavust“, „arendada hooldusravi“, „tagada ühiskonna ootustele ja vajadustele vastav arstiabi“ või „arendada inimeste paremat informeeritust“. Sellised sõnastused tekitavad tegevuste eesmärgipärasuse hindamisel küsimuse, et millele tuginedes on võimalik hinnata, kas ühiskonna ootustele vastav teenus on olemas või millele tuginedes teame, et strateegia koostamise ajal ei ole see teenus ühiskonna ootustele vastav?

Sarnast sõnastust on kasutatud ka alaeesmärgi puhul („Kõigile inimestele on tagatud kvaliteetsete tervishoiuteenuste kättesaadavus ressursside optimaalse kasutuse kaudu“) ja see tõstatab mitu küsimust: 1) kas silmas on peetud kõiki Eesti elanikke või vaid ravikindlustatud inimesi? 2) milline peab olema teenuse kvaliteet, et eesmärk oleks saavutatud? 3) millisel määral peavad olema ressursid optimeeritud, et eesmärk oleks saavutatud? 4) kas sellise eesmärgi saavutamine on üldse võimalik? Strateegilises planeerimises kasutatakse eesmärkide sõnastamisel SMART kriteeriume, mille kohaselt peab eesmärk olema konkreetne, mõõdetav, saavutatav, asjakohane ja ajastatud. Antud eesmärk vastab neist vaid viimasele kahele, ehk on asjakohane ja ajastatud, kuid mitte konkreetne, mõõdetav ja saavutatav.

Kokkuvõtvalt saab öelda, et uurimismeeskonna hinnangul **on RTA dokumendis küll kirjeldatud adekvaatselt tervishoiu kvaliteedi ja kättesaadavuse valdkonna peamisi probleeme, kuid nende lahendamiseks või leevendamiseks ei ole välja pakutud piisavalt konkreetseid meetmeid või tegevussuundasid, mis aitaksid järgneva kümne aasta jooksul eri osapooltel probleemi lahendamise**

suunas strateegiliselt liikuda. Lisaks on valdkonnale seatud laialivalgus ja saavutamatu eesmärk, mida on keeruline objektiivselt mõõta.

4.2. Planeeritud ja ellu viidud tegevused

Järgnevalt on kirjeldatud, milliseid tegevusi planeeriti iga RTA meetme all ellu viia ja antakse ülevaade, kui paljud neist ellu viidi. Elluviimise info allikaks on iga-aastased RTA tegevusaruanded. Tegevusi on rühmitatud (näiteks kui erinevatel aastatel on sõnastust veidi muudetud, kuid sisu sama).

Meede 1 (2009–2012): Inimekeskse tervishoiusüsteemi arendamine inimeste parema informeerituse ning erinevate tasandite arstiabi parema koordineerituse kaudu.

Meede 1 (2013–2016): Patsientide õiguste kaitse, tervishoiuteenuste ohutuse ja kvaliteedi tagamine

Tegevused:

1. Tagada inimestele piisav teave, mis võimaldab teha teadlikke valikuid terviseriskide vähendamiseks.
2. Kaitsta patsientide õigusi ja suurendada nende teadlikkust oma õigustest tervishoiusüsteemis.
3. Nüüdisajastada ja korrastada esmaabikoolituste korraldamiseks vajalik õigusruum.
4. Edendada koolides tervishoiualaste teadmiste õpetamist.
5. Korraldada patsientide ja personali rahulolu-uuringuid, analüüsida tulemusi ja anda tagasisidet.
6. Töötada välja ja rakendada teenuste kvaliteediindikaatorite süsteem.

Tegevuste eesmärgipärasuse hindamise teeb keerukaks asjaolu, et meetme sõnastus on RTA rakendusperioodi jooksul muutunud ja kui algselt oli eesmärgiks inimkeskse tervishoiusüsteemi arendamine, siis alates 2013. aastast ei olnud see enam eesmärgiks. Samas on mõlemad meetmed sõnastatud piisavalt üldiselt, et tinglikult võib pidada neid ka sama sõnumit sisaldavaks. Teisalt ilmnebki siinkohal sedavõrd üldise sõnastuse tagajärg – tegevuste eesmärgipärasust on keeruline hinnata, sest tinglikult sobivad justkui kõik tegevused meetme alla (isegi juhul, kui tegelikkuses ei ole neil meetme eesmärgi saavutamisse olulist panust). Sellise lähenemise puhul on uurimismeeskonna hinnangul meetme alla planeeritud tegevustest enamik eesmärgipärased, välja arvatud tegevused 1, 3 ja 4. **Tegevus 1** on liialt üldine, kuna teadlike valikute tegemine terviseriskide ennetamiseks on sedavõrd lai tegevuste amplituud, et RTA-s on selle jaoks eraldi tegevussuund (suund 4 'Tervislik eluviis'). **Tegevus 3** ei näi relevantne, kuna esmaabikoolituste küsimust ei ole RTA tervishoiu valdkonna probleemistikku käsitlevas osas prioriteedina välja toodud ja õigusruumi kaasajastamine (välja arvatud suuremate reformide teostamisel) ei ole strateegiliselt olulise tähtsusega tegevus, mida RTA-s käsitleda. **Tegevus 4** on uurimismeeskonna hinnangul ebaproportsionaalselt ressursimahukas (mõju saavutamiseks tuleb aastast-aastasse koolitada suur hulk kooliõpilasi) ja kindlasti on kulutõhusamaid meetodeid elanikkonnas teadlikkuse suurendamiseks. Samuti ei ole koolilapsed adekvaatne sihtrühm tegevustele, mille eesmärk on tagada patsientide õiguste kaitse.

Kuid meetme 1 tegevuste eesmärgipärasust saab hinnata ka teisiti. Kuna alates 2013. aastast on meetme eesmärgiks vaid tegeleda patsientide õiguste kaitsega (seadmata sellele täpsemalt sõnastatud sihte), siis on eesmärgipärased kõik tegevused, mis patsientide õiguste kaitsega tegelevad. Samas on tervishoiuteenuste ohutuse ja kvaliteedi tagamine sedavõrd ambitsioonikas siht, et nimetatud kuus tegevust ei ole kindlasti piisavad, et seda eesmärki saavutada.

Meede 2 (2009–2012): Kvaliteetsete tervishoiuteenuste kättesaadavuse tagamine esmatasandi tervishoiuteenuste arendamise, aktiivravi haiglavõrgu optimeerimise ning hooldusravi/hoolekande arendamise kaudu.

Meede 2, 3 ja 5 (2013–2016):

- ▶ Ühiskonna ootustele ja vajadustele vastava esmatasandi tervishoiu sh õendus- ja ämmaemandusabi tagamine (M2)
- ▶ Eriarstiabi ja haiglavõrgu korraldamine tagamaks vajaduspõhised, kvaliteetsed ja kättesaadavad eriarstiabi teenused (M3)
- ▶ Valmisoleku tagamine tervishoiualasteks hädaolukordadeks ning kättesaadava kiirabi osutamiseks (M5)

Tegevused:

Esmatasand, sh õendusabi:

1. Arendada koduõendusteenust ja teisi esmatasandi tervishoiuteenuseid.
2. Tagada üldarstiabi kättesaadavus perearsti töövälisel ajal.
3. Tsentraliseerida esmatasandi tervishoiuteenuste planeerimine ja korraldamine.
4. Motiveerida tervisedendust ja haiguste ennetustegevust.

Rakendusperioodiks 2013–2016 lisandusid juurde järgmised tegevused:

5. Toetada investeeringuid esmatasandi tervisekeskuste infrastruktuuritaristusse elanikkonna tõmbekeskustes, tagades kättesaadavad ja mitmekülgsed esmatasandi teenused.

Kiirabi:

6. Tagada kõigile abivajajatele optimaalse standardiseeritud kiirabiteenuse kättesaadavus.
7. Edendada kiirabiteenuse ja teiste teenuste osutajate koostööd operatiivteenistustega tagamaks valmisolek efektiivseks tegutsemiseks hädaolukordades (koolitused ja õppused, vajalikud ressursid).

Eriarstiabi:

8. Parandada eriarstiabiteenuste kättesaadavust ravijärjekordade lühendamise abil.
9. Suunata hooldusraviteenuste vajajad õigel tasemel ravile ja/või hoolekandele, suurendada päevaste ja koduteenuste osakaalu.

Rakendusperioodiks 2013–2016 lisandusid juurde järgmised tegevused:

10. Jätkata haiglavõrgu optimeerimist, luues üldhaiglate restruktureerimiseks õiguslikud eeldused ja toetavad rahastamismeetmed.
11. Jätkata haiglavõrgu pädevuskeskuste tugevdamist kaasaegse infrastruktuuri loomisse jätkuvalt investeerides ja õiguslikke eeldusi täpsustades.

Kogu tervishoid:

12. Tagada motiveeritud töötajate optimaalne arv.

13. Ehitada välja nüüdisaegne tervishoiu infrastruktuur, lähtudes seejuures meditsiini arengust ja vajadusest arstiabi järele.
14. Tõhustada nii erinevate teenuseosutajate omavahelist koostööd ja infovahetust kui ka koostööd ja infovahetust teiste valdkondadega (haridussüsteem, sotsiaalhoolekanne jne).
15. Rakendada e-riigi põhimõtteid ja innovaatilisi lahendusi.
16. Tõhustada järelevalvetegevusi, suurendada kliiniliste auditite arvu.

Rakendusperioodiks 2013–2016 lisandusid juurde järgmised tegevused:

17. Töötada välja ja viia ellu haiglavõrgu ja esmatasandi tervishoiu arengusuunad aastani 2020.
18. Toetada investeringuid esmatasandi tervisekeskuste infrastruktuuritaristusse elanikkonna tõmbekeskustes, tagades kättesaadavad ja mitmekülgsed esmatasandi teenused.

Kiirabi teenuste eraldi esiletõstmise puhul (kiirabi-spetsiifiline meede ja tegevused) tuleb märkida, et RTA 'Tervishoiusüsteemi arengu' valdkonna peamiste probleemide all ei ole välja toodud probleeme kiirabi teenuse juhtimise, kvaliteedi ja kättesaadavuse osas. Põhjuseks suure tõenäosusega asjaolu, et tervishoius on teised probleemid akuutsemad ja kiirabi korraldus on n.ö omaette maailm. **Sellest tulenevalt ei ole uurimismeeskonna hinnangul kiirabi valdkonna spetsiifiline meede RTA-s põhjendatud ning fookuse oleks võinud seada mõnele strateegiliselt olulisemale teemale, näiteks ravimite ebaühtlasele kättesaadavusele või sotsiaalselt haavatavate gruppide kõrge omaosaluse vähendamisele.**

Enamikke meetmeid ja planeeritud tegevusi iseloomustab väga laialivalgus sõnastus, mistõttu on keeruline hinnata nende eesmärgipärasust. Nii näiteks ei ole objektiivselt võimalik hinnata, kuivõrd vastas strateegia koostamise ajal Eesti esmatasandi tervishoiu korraldus ühiskonna ootustele ja vajadustele. Kuna RTA-s ei ole kirjeldatud, mille osas täpsemalt esmatasandi teenused ühiskonna ootustele ja vajadustele ei vasta, siis ei ole võimalik ka hinnata, kas planeeritud tegevused aitavad kaasa sellele, et esmatasandi teenused oleks enam ühiskonna ootustele ja vajadustele vastavad.

Meetmed ja tegevused on sõnastatud viisil, mis viitavad küll probleemi või valdkonnaga tegelemisele, kuid ei anna strateegilisi suuniseid, kuidas probleemi leevendada. Nii näiteks on väga põhjendatud tegevus, mille fookuses on üldarstiabi tagamine perearsti töövälisel ajal, kuid strateegia elluvijate jaoks ei ole antud strateegilisi suuniseid, kuidas seda teha. Samamoodi oluline tervishoiusüsteemi lahendamist vajav probleem on ravijärjekordade lühenemine, aga puuduvad strateegilised otsused selles osas, milline lähenemine riigis nimetatud probleemi lahendamisel võtta. Meetmetest leiab ka selliseid väljendeid nagu „motiveeritud (tervishoiu) töötaja“, kuid jääb defineerimata, millise motiveerituse tasemega töötaja on strateegia silmis piisavalt motiveeritud, et eesmärk oleks saavutatud. Samuti ei paku RTA selget vastust sellele, millisel tasemel järelevalve tegevused on piisavalt tõhusad või millistel tingimustel on haiglavõrk piisavalt optimeeritud; kuidas tuleks haiglavõrku restruktureerida, et teada, milliseid õiguslikke eeldusi ja rahastusmeetmeid tuleb luua.

Mõned tegevused on suudetud RTA-s sõnastada piisavalt konkreetset ja üheselt mõistetavalt. Näiteks päevaste ja koduteenuste osakaalu suurendamine, kliiniliste auditite arvu suurendamine ning esmatasandi teenuste planeerimise ja korraldamise tsentraliseerimine. Ka ehitamine on üsna üheselt mõistetav tegevus, kuid RTA-s on jäänud täpsustamata, milliste ehitiste ehitamine on infrastruktuuri arendamisel prioriteetne ja strateegiliselt kõige olulisem. Ilma seda teadmata ei ole võimalik hinnata, kuivõrd on investeeritud nõ „õigete“ ehitiste ehitamisse.

Samuti on RTA raames plaanitud rakendada e-riigi põhimõtteid ja innovaatilisi lahendusi, kuid täpsustamata on jäänud, milliste probleemide lahendamiseks või strateegiliselt oluliste arenguhüpete saavutamiseks e-riigi võimalusi võiks Eesti tervishoius kasutada. **Kuna e-teenuste arendamise võimalusi on väga palju ning sageli on tegu ressursimahukate arendustega, siis peaks ka RTA seadma selles osas prioriteetidid. Seda ei ole RTA koostamisel paraku tehtud ja uurimismeeskonna hinnangul on tegu olulise puudujäägiga – e-riigi teenuste käsitlemata jätmisega jätab RTA end kõrvale olulistest arengutest Eesti tervishoiusüsteemis.**

Uurimismeeskonna jaoks tekitas ka küsimusi 2012. aastal lisandunud tegevus „Töötada välja ja viia ellu haiglavõrgu ja esmatasandi tervishoiu arengusuunad aastani 2020“. RTA kui Eesti tervise valdkonna katusstrateegia on koostatud ellu viimiseks perioodil 2009–2020 ning peaks sisaldama ekspertide ja poliitikute poolt kokku lepitud strateegilisi arengusuundasid järgnevas kümneks aastaks. Nende valdkondade seas on ka haiglavõrk ja esmatasandi tervishoid. Nii jääb segaseks, kas 2008. aastal koostatud ja 2012. aastal uuendatud RTA-s ei sätestatud juba haiglavõrgu ja esmatasandi tervishoiu arengusuundasid (tuginedes Haiglavõrgu arengukavale 2007–2015 ja Esmatasandi tervishoiu arengukavale 2009–2015)? Nimetatud tegevuse lisamine annab alust arvata, et nende kahe valdkonna osas ei sisalda RTA strateegilisi arengusuundasid ja neid hakati välja töötama alles peale 2013. aastat. Küll aga on eksperdid välja toonud asjaolu, et saada Euroopa Liidu rahastust pidi olema eraldi dokument ning RTA enda muutmine oleks võtnud liialt kaua aega. Ehk siis sisuliselt oli tegemist tehnilise dokumendiga mis oli vajalik, et Eestisse raha tuua. Teiselt poolt leiti, et RTAs ei ole see asi nii selgelt kirjas ja selleks loodigi vastav dokument.

Meede 3 (2009–2012): Tervishoiu rahastamise pikaajalise jätkusuutlikkuse tagamine, kindlustades seejuures inimeste finantskaitse terviseriski tekkimisel.

Meede 4 (2013–2016): Piisavate ressursside tagamine tervishoiusüsteemi toimimiseks (motiveeritud ja pädevad töötajad, optimaalne rahastamine ning kaasaegne infrastruktuur, ohutud, kvaliteetsed ja kättesaadavad ravimid, veretooted ja meditsiiniseadmed).

Tegevused:

1. Hõlmata Eesti rahvastik ravikindlustusega.
2. Prognoosida vajadust arstiabi järele, arvestades seejuures haiguskoormuse regionaalseid aspekte.
3. Tagada ravimite, veretoodete ja meditsiiniseadmete ohutus, kvaliteet ja kättesaadavus.
4. Tagada ravikindlustussüsteemi finantsiline jätkusuutlikkus.

Sarnaselt eelmistele meetmetele ja tegevustele on ka siinkohal kasutatud väga üldist sõnastust, mille tõlgendamise piirid on üsna laiad. Nii näiteks ei ole üheselt mõistetav, kas tõesti on eesmärgiks võetud kogu Eesti rahvastiku hõlmamine ravikindlustusega ja millele selline otsus tugineb. Uurimismeeskonnale teadaolevalt ei ole Eestis tehtud põhimõttelist poliitilist otsust selles osas, et liikuda 99%-lise ravikindlustuse suunas ja võrdsustada kõik elanikegrupid ravikindlustuse saajatega.

Ka muud tegevused on sõnastatud sedavõrd üldiselt ja ilma strateegilisteks tegevusteks suuniseid andmata, et nendele tuginedes on keerukas konkreetsemaid tegevusi RTA elluvijatel planeerida.

Joonisel 3 on esitatud omavahelises seoses RTA-s kajastuvad eesmärgid, meetmed ja tegevused. Värvikoodidega on eristatud, millised meetmed saavutasid oma soovitud tulemused ja millised mitte. *Roheline värv annab märku meetme ja tegevuste edukusest, oranž näitab, et asjakohaseid tegevusi on tehtud, kuid soovitud tulemuseni ei ole jõutud ning punane näitab, et meetmega seotud tegevusi ei viidud ellu, teostatud tegevused ei olnud otseselt meetmega seotud või ei ole tegevus andnud soovitud tulemust.*

Tegevuste värvidega kodeerimine on tinglik, tulenevalt eelnevalt kirjeldatust – enamus meetmeid on sõnastatud sedavõrd laialivalguvalt, et nende tulemuste saavutamisele ja ellu viidud tegevuste eesmärgipärasuse objektiivse hinnangu andmine on keeruline.

Kokkuvõtvalt võib öelda, et kõige enam on tegeletud kvaliteedi indikaatorite süsteemi arendamisega ning pädevushindamiste korraldamisega. Nii on loodud näiteks raviindikaatorite nõukogu, kutsutud ellu ravijuhendite nõukoda, koostatud ravi- ja patsiendijuhendeid, töötatud välja mitmed tervishoiutöötajate pädevust hindavad juhiseid, ning rakendatud ka lähtetoetust nooremarstidele siirdumaks väiksemasse kohta kui Tartu/Tallinn tööle.



JOONIS 3. RTA TERVISHOIU ARENGU VALDKONNA MEETMED JA HINNANGUD SOOVITUD TULEMUSTE SAAVUTAMISEKS
ALLIKAS: AUTORI KOOSTATUD

4.3. Indikaatorid ja nende täitmine

Tervishoiusüsteemi arengu alaeesmärgina oli sõnastatud „Kõigile inimestele on tagatud kvaliteetsete tervishoiuteenuste kättesaadavus ressursside optimaalse kasutuse kaudu“ ning selle eesmärgi saavutamise mõõtmiseks olid seatud järgmised indikaatorid:

1. Arstide arv 100 000 elaniku kohta
 - ▶ Baastase (2006): 322
 - ▶ Sihttase (2020): 320
2. Õendusala töötajate arv 100 000 elaniku kohta
 - ▶ Baastase (2006): 680
 - ▶ Sihttase (2020): 900
3. Arstiabi kvaliteediga üldiselt või väga rahul olijate osakaal
 - ▶ Baastase (2007): 69%
 - ▶ Sihttase (2020): 80%
4. Arstiabi kättesaadavust heaks või väga heaks pidanute osakaal
 - ▶ Baastase (2006): 60%
 - ▶ Sihttase (2020): 68%
5. Leibkonna kulutuste osakaal tervishoiu kogukuludest
 - ▶ Baastase (2006): 24%
 - ▶ Sihttase (2020): <25%

Eelnevas peatükis on pikemalt käsitletud tervishoiusüsteemi arengu alaeesmärgi sobivust. Siinkohal vaatleme, kuid võrd on seatud eesmärkidega võimalik mõõta eesmärgi saavutamist.

Arstid ja õed on käsitletavad kui tervishoiusüsteemi toimimiseks vajalik inimressurss ja nende arvust sõltub olulisel määral, kuid võrd kättesaadavad on erinevad tervishoiuteenused. Samuti, kui inimressurssi on tervishoius liialt vähe, siis hakkab suureneva töökoormuse tõttu kannatama nii teenuste kvaliteet kui ka ohutus. Sellest lähtuvalt on mõlema näitaja puhul tegu oluliste indikaatoritega, mis aitavad hinnata, kas valdkonnas on piisavalt inimressurssi, et tagada teenuste soovitud kvaliteet ja kättesaadavus.

Elanike küsitlustest tulenev (32) rahulolu arstiabi kvaliteedi ja kättesaadavusega peegeldab pigem tervishoiusüsteemi inimkesksust kui tegelikku teenuste kvaliteedi ja kättesaadavuse olukorda. Tegu on elanike subjektiivse arvamusega teenuste kvaliteedist ja kättesaadavusest, mis on oluliselt mõjutatud ühiskondlikest ootustest teenustele. Mitmetes riikides on elanikkonna uuringute asemel kasutusele võetud patsientide rahulolu uuringud, kuhu on kaasatud vaid vastajad, kes on viimase aasta jooksul tervishoiuteenuseid kasutanud. Ka Eesti elanike rahulolu uuringus saaks andmeid analüüsida teenuse kasutamise tunnuse lõikes, kuid selleks on vajalik uuringu valimi suurendamine, et teenust kasutanud vastajate valim oleks esinduslik.

Leibkonna kulutuste osakaal on samuti pigem subjektiivne kui objektiivne indikaator, kuna põhineb küsitlusuuringu andmetel. Võrreldes rahulolu uuringu andmetega on näitaja objektiivsem, kuid siiski tuleb

andmetesse suhtuda teatud reservatsiooniga, sest andmeallikaks on inimeste endi hinnangud kuludele, mitte tegelikud registreeritud kulud. Kuna valdkonna peamiste probleemide all on välja toodud asjaolu, et kulutuste suurenemine teeb muret eelkõige just sotsiaalselt haavatavates gruppides, siis tuleks seda indikaatori valikul arvestada ja esitada leibkonna kulutuste määr erinevates sissetuleku kvintiliides. See annaks märksa parema pildi selles, kuidas on tervishoiuteenused kõigile elanikele võimalikult võrdselt kättesaadavad.

Selleks, et hinnata, kuidas on kõigile elanikele tagatud kvaliteetsete tervishoiuteenuste kättesaadavus ressursside optimaalse kasutuse kaudu pakub uurimismeeskond välja järgmised võimalikud indikaatorid, mille kasutamist kaaluda.

Kõigile elanikele teenuste tagamise mõõtmiseks saaks kasutada kindlustatute määra tööealises elanikkonnas. Kogu elanikkonna kindlustatuse hõlmatus näitaja kasutamine ei ole mõistlik, kuna hõlmab nii lapsi kui eakaid, kelle kindlustatus on riigi poolt seadusega tagatud. Eelkõige toimuvad muutused kindlustatuse määras just tänu tööealisele elanikkonnale ja ka hõlmatus suurendamiseks tuleb tegevusi planeerida just tööealiste sihtrühmale.

Tervishoiusüsteemi ja -teenuste kvaliteedi mõõtmiseks tuleb kõigepealt ära defineerida, millistest kvaliteedi aspektidest lähtutakse. Mõne üksiku indikaatoriga ei ole mõistlik ega ka kohane tervishoiu kvaliteeti mõõta – selleks töötatakse riikides välja kvaliteediindikaatorite süsteemid, mis võetakse tervishoiu kvaliteedi hindamisel aluseks. Oluline oleks silmas pidada, et indikaatorid tervishoiusüsteemis ei ole eraldiseisev osa. Need tulenevad ikkagi ennekõike ravijuhenditest ehk selle taustal on konkreetne ja kokkulepitud standard. Seetõttu ongi oluline tõhustada ravijuhendite väljatöötamist, et saaksime Eestis kokkulepitud tõhusa patsiendikäsitluse ja seejärel arendada indikaatoreid ravijuhendi järgimise hindamiseks. Omal kohal on ka auditeerimine ja siin on oluline tervishoiuteenuse osutajate enese hindamine samuti (auditi käsiraamat annab sellele meetodilise aluse) (33). Kindlasti ei peaks olema indikaatoreid sadu ja tuhandeid, vaid olemas peaksid olema kõige olulisemad indikaatorid ja seda patsiendi kasu aspektist mitte sellest, millest on huvitatud erialaselt oma tegevuse kirjeldamisel. Kui RTA koostajatel on aga soov siiski valida üksikud indikaatorid, siis soovib uurimismeeskond kasutada näiteks haiglaravi 30-päevase rehospitaliseerimise, haiglasises suremuse ja esmatasandil krooniliste haiguste jälgimise indikaatoreid.

Tervishoiuteenuste kättesaadavusel on mitu dimensiooni, olulisemad neist on geograafiline (kaugus teenusepakkujast), finantsiline (teenuse maksumus patsiendi jaoks) ja ajaline (ooteaeg teenusele saamiseks). Kättesaadavuse olukorra hindamiseks tuleks mõõta olukorda kõigis kolmes dimensioonis. Selleks saab kasutada näiteks järgmisi indikaatoreid: keskmine ravi ootejärjekord (erinevatele teenustele); tööealise elanikkonna ravikindlustusega hõlmatus; patsientide omaosaluse määrad (sissetuleku kvintilide lõikes); skriiningprogrammidega hõlmatus; elanike osakaal, kes elavad X kilomeetri raadiuses esmatasandi tervisekeskustest, ravi varieeruvus erinevate asutuste vahel jms.

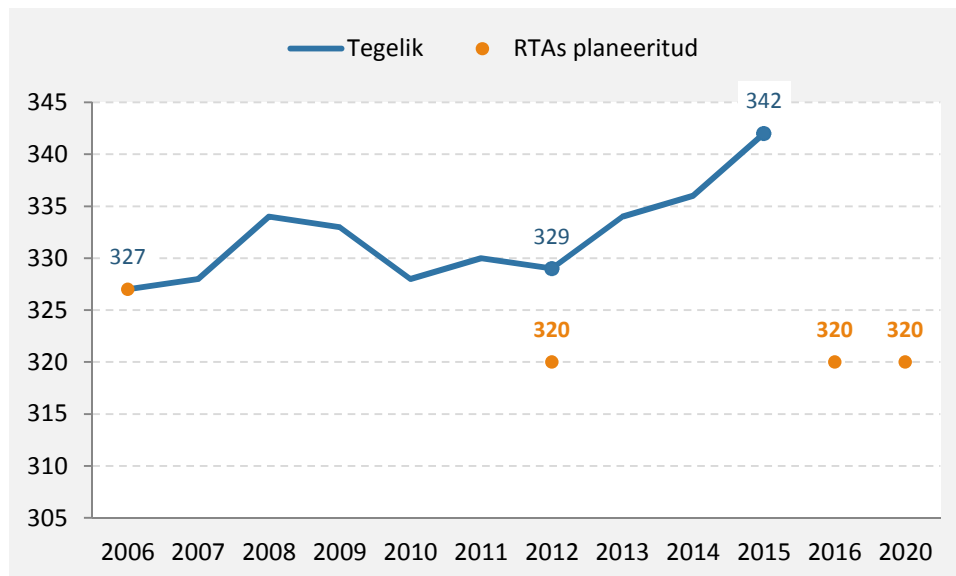
Ressursside optimeeritus on laialivalgav mõiste, mida ilma täpsustava infota ei ole võimalik üheselt mõista. Kui eesmärgiks on mõõta, kuidas on tervishoiu piisavalt ressursse (inimesi, eelarvevahendeid, töövahendeid), et pakkuda kvaliteetseid ja kättesaadavaid teenuseid, siis selleks võib kasutada järgmisi indikaatoreid: tervishoiutöötajate suhtarvud 100 000 elaniku lõikes (erialade lõikes); Haigekassa eelarve defitsiit ja reservid; haigla voodihõive näitajad jms.

Järgnevalt on kirjeldatud, kuidas saavutati RTA-s seatud indikaatorite eesmärgid.

Indikaator 1: Arstide arv 100 000 elaniku kohta

- ▶ Baastase (2006): 322
- ▶ Saavutatud tase (2015): **342**
- ▶ Sihttase (2020): 320

Joonisel 4 on näha, et kuigi RTA-s seati eesmärgiks näitaja mõningane langus, siis aastate lõikes on näitaja hoopis tõusnud. Tõus on kiirenenud alates 2012. aastast.



JOONIS 4. ARSTIDE ARV 100 000 ELANIKU KOHTA. ALLIKAS: TERVISE ARENGU INSTITUUT

Indikaator 2: Õendusala töötajate arv 100 000 elaniku kohta

- ▶ Baastase (2006): 680
- ▶ Saavutatud tase (2015): **600**
- ▶ Sihttase (2020): 900

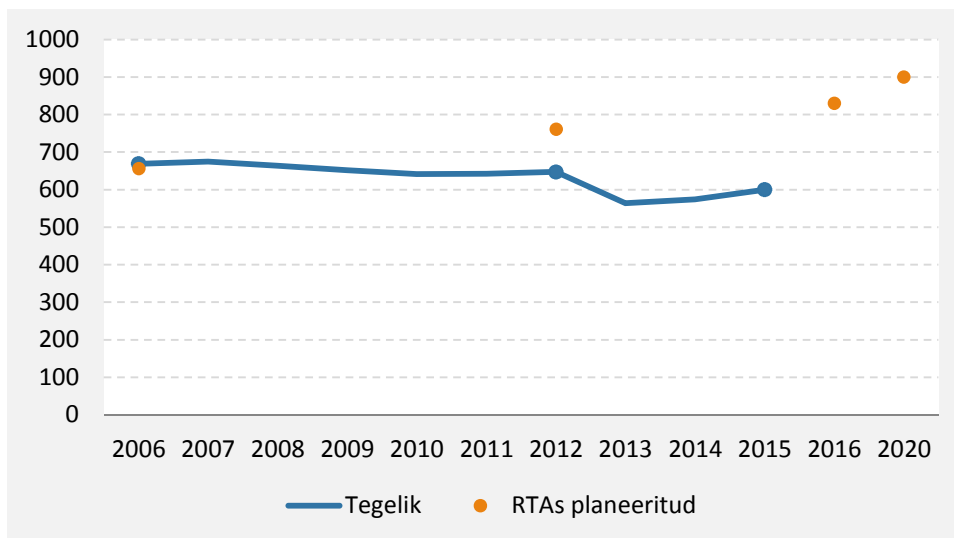
Kui arstide arvus planeeriti langust, siis õdede arvu osas sooviti näha tõusu. Jooniselt 5 on näha, et õdede arv on püsinud aastaid suhteliselt stabiilne ning aastaks 2020 seatud sihini jõuda on päris suur väljakutse. Kui RTA-d 2012. aastal uuendati, siis ei peetud vajalikuks sihte kohandada, mis uurimismeeskonna hinnangul oleks olnud mõistlik, sest aasta-aastalt on näha pigem stabiilset langust ja suhtarvu tõusu silmapiiril ei paista. Indikaator viitab sellele, et kuigi Eestis on tehtud pingutusi õdede arvu suurendamiseks (nt suurendatud koolitustellimusi ja –mahtu), siis ei ole need tegevused avaldanud veel olulist mõju õdede suhtarvu indikaatorile.

Indikaator 3: Arstiabi kvaliteediga üldiselt või väga rahul olijate osakaal

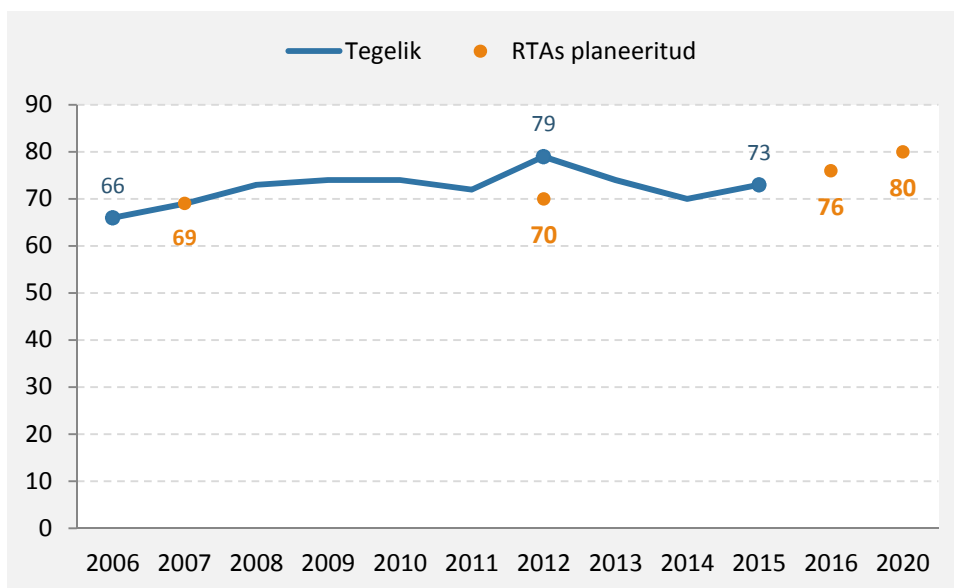
- ▶ Baastase (2007): 69%
- ▶ Saavutatud tase (2015): **73%**
- ▶ Sihttase (2020): 80%

Jooniselt 6 on näha, et arstiabi kvaliteediga üldiselt või väga rahul olijate osakaal on aastate lõikes pigem tõusnud ja kiiremas tempos kui algselt planeeriti. Seetõttu seati 2012. aastal RTA uuendamisel uued

sihttasemed – varasema 72% asemel seati sihiks 80%, mis 2012. aastal ka peaaegu saavutati, kuid viimastel aastatel on taas toimunud langus.

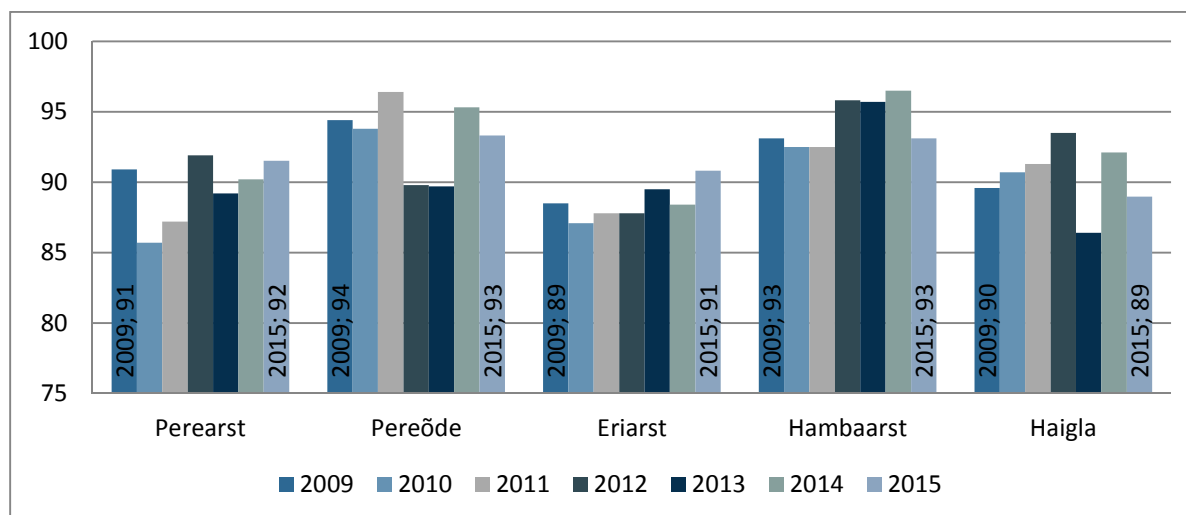


JOONIS 5. ÕDEDE ARV 100 000 ELANIKU KOHTA. ALLIKAS: TERVISE ARENGU INSTITUUT



JOONIS 6. ARSTIABI KVALITEEDIGA ÜLDISELT VÕI VÄGA RAHUL OLIJATE OSAKAAL (%). ALLIKAS: SOTSIAALMINISTEERIUM

Kuigi RTA-s ei olnud seatud eraldi teenusega rahulolu indikaatoreid erinevate arstiabi liikide lõikes, siis on joonisel 7 esitatud rahulolu perearsti, pereõe, eriarsti, hambaarsti ja haiglateenuse lõikes. Joonisel on näha, et enamike teenuste osas on küll aastate lõikes olnud kõikumisi, kuid kuue aasta taguse ajaga võrreldes on rahulolu tasemed täna ligikaudu samal tasemel.



JONIS 7. RAHULOLU TERVISHOIUTEENUSTEGA ERINEVATE TERVISHOIUTEENUSTE LÖIKES (%).
ALLIKAS: SOTSIAALMINISTEERIUM

Indikaator 4: Arstiabi kättesaadavust heaks või väga heaks pidanute osakaal

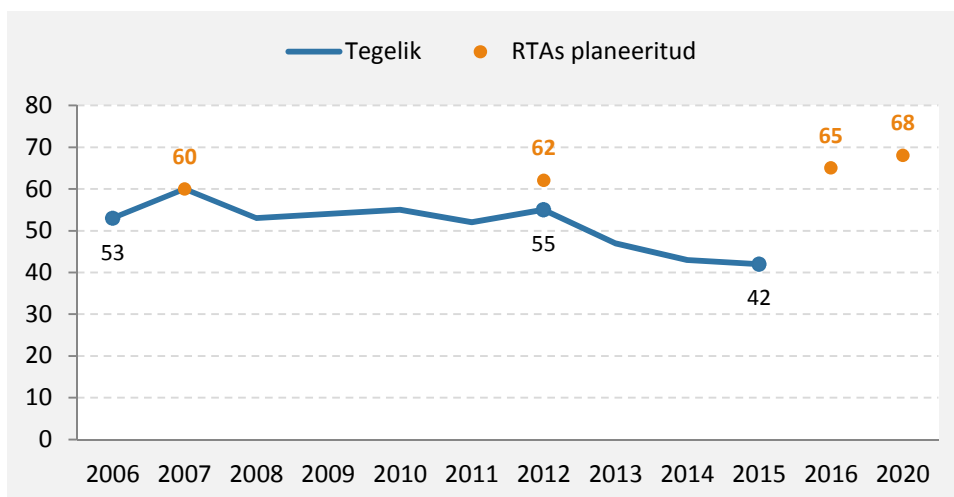
- ▶ Baastase (2007): 60%
- ▶ Saavutatud tase (2015): **42%**
- ▶ Sihttase (2020): 68%

Joonisel 8 on näha, on kuigi eesmärgiks seati rahulolijate osakaalu tõus, siis on toimunud hoopis üsna järjepidev langus, mis on peale 2012. aastat hoogustunud ning jõudnud tänaseks 42%-ni, mis on oluliselt madalam tase kui kümme aastat tagasi. Tänapäevase seisuga ei ole realistlik saavutada aastaks 2020 seatud eesmärgid. Läbi tuleks viia täiendavaid uuringuid kättesaadavuse barjääride põhjalikumaks analüüsiks, kuid teostada tuleks uuringud arstiabi kasutanud inimeste seas, mitte kogu elanikkonnas (kuigi põhimõtteliselt oleks võimalik seda ka praeguste andmete pealt teha, sh ajaliselt tagasiulatuvalt, kuid kuna uuringumetoodika on üles ehitatud teistel alustel, siis valim jääks väikeseks ning tulemused küsitavaks).

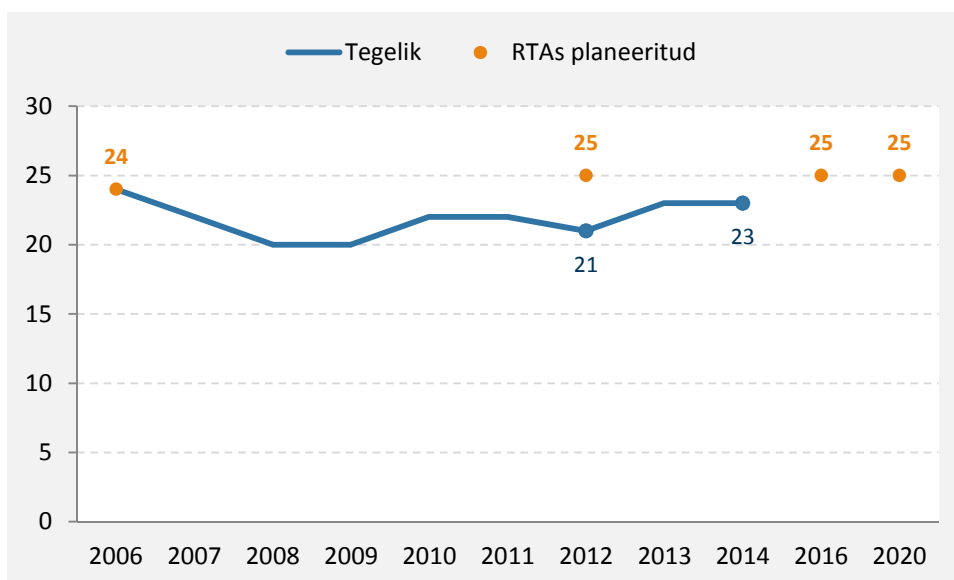
Indikaator 5: Leibkonna kulutuste osakaal tervishoiu kogukuludest

- ▶ Baastase (2006): 24%
- ▶ Saavutatud tase (2015): **23%**
- ▶ Sihttase (2020): <25%

Indikaatori eesmärgiks seati näitaja püsimine alla 25% ja joonisel 9 on näha, et seda on aastate lõikes suudetud ka hoida, kuid alates 2012. aastast on näitaja tõusutrendis.



JOONIS 8. ARSTIABI KÄTTESAADAVUSEGA ÜLDISELT VÕI VÄGA RAHUL OLIJATE OSAKAAL (%).
ALLIKAS: SOTSIAALMINISTEERIUM



JOONIS 9. LEIBKONNA KULUTUSTE OSAKAAL TERVISHOIU KOGUKULUDEST (%).
ALLIKAS: TERVISE ARENGU INSTITUUT

Järeldused

14. RTA-s olid sõnastatud kvaliteedi ja kättesaadavuse valdkonna probleemid piisavalt konkreetselt, et neile oleks saanud seada konkreetsamad eesmärgid ja meetmed. Nende lahendamiseks või leevendamiseks ei ole aga välja pakutud piisavalt konkreetseid meetmeid või tegevussuundasid, mis aitaksid järgnevate aastate jooksul eri osapooltel probleemi lahendamise suunas strateegiliselt liikuda.
15. Enamik meetmeid ja planeeritud tegevusi on sõnastatud väga laialivalguvalt, mistõttu on keeruline hinnata nende eesmärgipärasust.
16. RTA raames plaaniti rakendada e-riigi põhimõtteid ja innovaatilisi lahendusi, kuid seda ei ole RTA koostamisel paraku tehtud ja uurimismeeskonna hinnangul on tegu olulise puudujäägiga, kuna e-riigi teenuste käsitlemata jätmisega jätab RTA end kõrvale olulistest arengutest Eesti tervishoiusüsteemis.
17. Kõige enam on RTA raames tegeletud kvaliteedi indikaatorite süsteemi arendamisega ning pädevushindamiste korraldamisega.
18. Kvaliteedi ja kättesaadavuse valdkonna raames on RTA-s seatud viis indikaatorit, millest seatud sihttase on saavutatud vaid kahe puhul (arstiabi kvaliteediga rahulolijate osakaal ning leibkonna kukutuste osakaal). Sihttase on jäänud saavutamata õdede ja arstide arvus ning arstiabi kättesaadavust heaks või väga heaks pidanute osakaalus.

Soovitused

5. Soovitame edaspidi sõnastada kõik tegevused ja eesmärgid konkreetselt vastavalt probleemi kirjeldustele.
6. Soovitame edaspidi kvaliteedi teemat kindlasti käsitleda koos e-tervise teemaga, kuna need kaks teemat on omavahel tihedalt seotud ja tegevused peaksid olema kooskõlas.
7. Soovitame edaspidi seada indikaatorid lähtuvalt kvaliteedist ja kättesaadavusest, sealjuures võimalusel arvestada ka inimkesksust ja patsiendihutust, raviteekonda, reaalseid ootejärjekordi jms.

5. Tervishoiu kvaliteedi ja kättesaadavuse parandamise strateegiad mujal maailmas

5.1. Kanada

Kanada ravikvaliteedi indikaatorid

Alates 2000. aastast avaldab Kanada Terviseinformatsiooni Instituut (CIHI) terviseandmeid mitmete indikaatorite kohta. Tulemused annavad ülevaate Kanada piirkondlikest erinevustest, aga riikidevahelisi erinevusi saab hinnata OECD raportite *Health at a Glance* andmete põhjal (34). Raportite eesmärk on esitada usaldusväärseid ja riikide vahel võrreldavaid andmeid. Tegemist on 34 riigi koostööprojektiga, milles osaleb ka Kanada. Indikaatorite abil saadav tervisesüsteemi ülevaade toob esile senised edusammud, aga ka probleemset kohad, kus peaks uusi strateegiad rakendama.

Tervisesüsteemi kvaliteeti iseloomustavad neli indikaatorit:

- terviseseisund (nt oodatav eluiga, imikute suremus, diabeedi levimus, suremus SVHsse)
- mittemeditsiinilised tervisetegurid (käitumuslikud, sotsiaalsed, majanduslikud ja keskkonnateguri)
- ravikvaliteet
- ravi kättesaadavus.

Ravikvaliteedi hindamise indikaatorite süsteemi väljatöötamisega alustas OECD 2001. aastast. Projektis osaleb koos Kanadaga 23 riiki. Ravikvaliteedi hindamise indikaatorid peegeldavad ravikvaliteedi efektiivsust, turvalisust ning vastavust patsiendi ravivajadustele (inimkesksus). Riikidevaheline võrdlus on oluline nägemaks kitsaskohti, mida peab arendama, et ravikvaliteeti tõsta. Indikaatorid on aastate jooksul täiustunud ning 2011. aastal kasutati Kanadas 21 ravikvaliteedi indikaatorit.

Indikaatorid, mida mõõdetakse on suunalise iseloomuga ehk hinnatud näitaja võib olla kõrge või madal, mis tähendab vastavalt indikaatorile, kas head või halba tulemust. Näiteks elanikkonna kõrgem kaetus vaktsineerimise ja sõeluuringu programmidega annavad tunnistust headest tulemustest. Samas on hea tulemus ka madal krooniliste haiguste ravijuhtude osakaal. Tulemusi hinnatakse skaalal, kus OECD keskmisest halvemad tulemused on negatiivse väärtusega ja keskmisest paremad tulemused on positiivse väärtusega (35).

Ravikvaliteedi indikaatorid kogukonnatasandil (*Care in the Community*)

1. Gripivaktsiini saanute osakaal 65-aastaste ja vanemate seas (% 65 ja vanemate seas).
2. Haiglaravil viibinud diabeedihaigete (haiglast väljakirjutatud diabeedihaigete arv 100 000 elaniku kohta vanuses 15aastased ja vanemad).
3. Haiglaravil viibinud astmahaiged (haiglast väljakirjutatud astmahaigete arv 100 000 elaniku kohta vanuses 15aastased ja vanemad).
4. Haiglaravil viibinud kroonilise obstruktiivse kopsuhaigusega (KOK) haiged (haiglast väljakirjutatud KOKiga haigete arv 100 000 elaniku kohta vanuses 15-aastased ja vanemad).

Patsiendi kogemus (*Patient Experience*)

5. Patsiendi tagasiside (kas arst kulutab patsiendile vastuvõtul piisavalt aega).
6. Patsiendi tagasiside (kas arst kaasab patsienti raviotsuste tegemisse).

Vähiravi

7. Rinnavähi sõeluuringul osalejad (50–69 aastaste naiste protsent, kellele on teostatud rinnavähi uuring).
8. Emakakaelavähi sõeluuringul osalejad (20–69 aastaste naiste protsent, kes on käinud emakakaelavähi uuringul).
9. Rinnavähi elulemus (rinnavähihaigete elulemus viie aasta jooksul pärast esmase diagnoosi saamist).
10. Emakakaelavähi elulemus (emakakaelavähihaigete elulemus viie aasta jooksul pärast esmase diagnoosi saamist).
11. Kolorektaalvähi elulemus (kolorektaalvähihaigete elulemus viie aasta jooksul pärast esmase diagnoosi saamist).
12. Rinnavähihaigete suremus (surmade arv rinnavähi tõttu).
13. Emakakaelavähihaigete suremus (surmade arv emakakaelavähi tõttu).
14. Kolorektaalvähihaigete suremus (surmade arv kolorektaalvähi tõttu).

Patsiendi turvalisus

15. Operatsioonijärgsed ja protseduuriaegsed komplikatsioonid (võõrkehade sissejäämine pärast operatsiooni või protseduuri, juhtude arv 100 000 hospitaliseeritu kohta).
16. Operatsioonijärgsed ja protseduuriaegsed komplikatsioonid (operatsioonijärgsed kopsuemboolia või süvaveeni tromboosid, juhtude arv 100 000 hospitaliseeritu kohta).
17. Operatsioonijärgsed ja protseduuriaegsed komplikatsioonid (operatsioonijärgne sepsis, juhtude arv 100 000 hospitaliseeritu kohta).
18. Traumad sünnitusel (intrumendiga tekkinud trauma, sünnitusabil tekkinud vaginaalsete traumade protsent).
19. Traumad sünnitusel (instrumendita tekkinud trauma, sünnitusabil tekkinud vaginaalsete traumade protsent).

Tulemid akuutravis

20. Ägeda müokardiinfarkti suremus haiglas (ägeda müokardiinfarkti haigete protsent, kes surid haiglas 30 päeva jooksul pärast sissevõtmist).
21. Isheemiline insultide suremus haiglas (isheemilise insultide haigete protsent, kes surid haiglas 30 päeva jooksul pärast sissevõtmist).

Tulemused

Kanadal on suhteliselt head tulemused krooniliste haiguste ravis. Esmatasandi arstiabi hea kvaliteet vähendab haiglaravi juhtude arvu. Kanadal on head näitajad vanemas vanuserühmas inimeste gripivaktsiiniga kaetuse osas. Kanada on üks suurima rinna- ja emakakaelavähi sõeluuringute osakaaluga riikidest. Samuti on Kanadal head näitajad emakakaelavähi elulemuse osas. See näitaja iseloomustab nii head varajast diagnoosimist kui ka efektiivset ravi. Vaatamata headele näitajatele mõne vähiliigi elulemuse puhul, on Kanadas suremus vähki suhteliselt kõrge. See viitab kasvajate suuremale esinemissagedusele ja selliste vähiliikide esinemisele, mida on väga raske sõeluuringuga leida ja ravida (näiteks kopsuvähk). Neid tulemusi analüüsid järeldatakse, et vähki suremuse vähendamiseks tuleb Kanadas panna rohkem rõhku

esmasele ennetusele, et vähendada uute juhtude arvu. Jätkama peab tegevustega, mis toetavad diagnoosimist ja ravi (36).

Indikaatorid, mis puudutavad Kanadas haiglaravil, eelkõige akuutsel ravil toimunud ebasoodsaid sündmusi on kohati probleemsed. Siia alla kuuluvad sünnitustrauamad, võõrkehade sisseunustamine protseduuride ajal, juhuslikud torkehaavad või rebendid, operatsioonijärgsed kopsuemboolia/süvaveeni tromboosid ja operatsioonijärgne sepsis. Nende andmete õigsus sõltub suurel määral diagnooside ja haiglas teostatud protseduuride täpsest kirjapanekust. Just selleks on Kanada välja töötanud süsteemi, millega loodetakse andmete kirjapanemist täiustada. Kanadal on võrreldes OECD keskmisega suhteliselt madalad (st head) näitajad operatsioonijärgse sepsise ja kopsuembooliat/süvaveeni tromboosi kohta. Kanada oli kolmandal kohal võõrkehade sissejätmisega protseduuride ajal (nendest, kes jätsid võõrkehasid sisse kõige rohkem). Muidugi tuleb arvestada ka Kanada väga kõrget hospitaliseeritute määra 100 000 elaniku kohta.

TABEL 2. KOKKUVÕTE KANADA RAVIKVALITEEDI INDIKAATORITE HINNANGUTEST. ALLIKAS: OECD

Indikaatori kategooria	OECD raporti hinnang	Soovituslikud tegevused
Ravikvaliteedi indikaatorid kogukonnatasandil (<i>Care in the Community</i>)	Hea	<ul style="list-style-type: none"> - Gripivaktsiini kampaaniad - Rasvumise jt riskitegurite ennetamine - Meeskonnapõhine ravi (erinevate tervishoiutöötajate koostöö)
Patsiendi kogemus	Kesine	<ul style="list-style-type: none"> - Paremate mõõdikute väljatöötamine
Vähiravi	Hea	<ul style="list-style-type: none"> - Rohkem sõeluuringuid - Emakakaelavähi vastane vaksineerimine
Patsiendi ohutus	Kesine	<ul style="list-style-type: none"> - Parandada andmete kvaliteeti - Operatsiooniohutuse nimekiri - Süvaveenitromboosi ennetus - Operatsioonikoha infektsioonide ennetamine - Episiotoomia (lahkliha lõige) korralduse läbivaatamine
Akuutravi tulemid	Erinevad hinnangud	<ul style="list-style-type: none"> - Õigeaegne ravile jõudmine - Ägeda müokardiinfarkti ravikomplekti loomine - Insuldiosakondade loomine

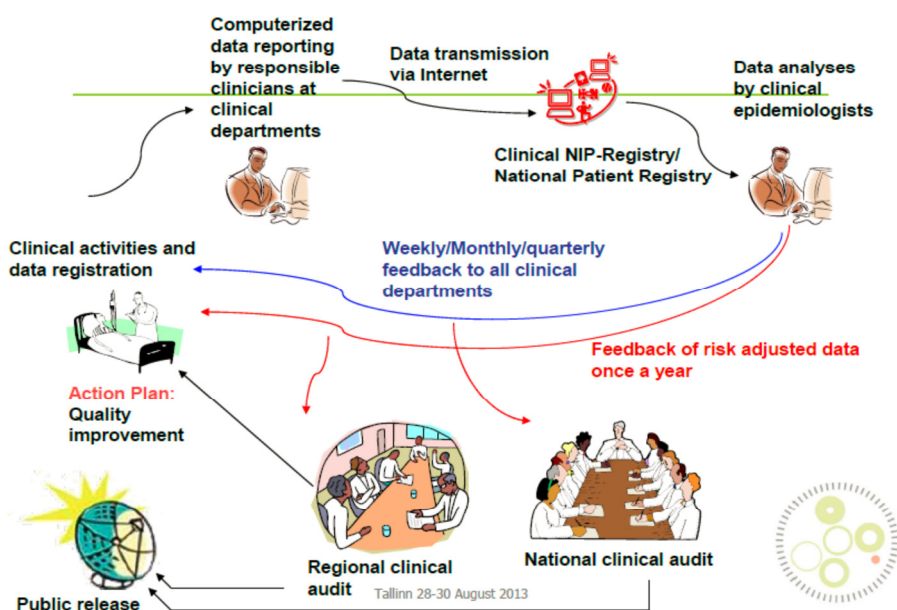
5.2. Taani

Rahvusvaheliselt on väga kõrgelt hinnatud saavutusi tervishoiu kvaliteedi jälgimisel ja edendamisel teinud Taani. 2000. aastal alustati **Taanis üleriigilist projekti „Danish National Indicators Project“ (DNIP)**, mis võimaldas luua kogu riiki hõlmava kvaliteedi hindamise süsteemi. Selle süsteemi metodoloogiliseks aluseks on iga haiguse jaoks sobivate kliiniliste indikaatorite kirjeldamine, neid kajastavate andmete pidev kogumine ja analüüs ning lõpuks nende alusel antav tagasiside ravikvaliteedi kohta nii raviasutuste ja nende üksuste, regioonide kui ka kogu riigi tasemel (joonis 10). Projekti elluvijad on rõhutanud, et ilma sobivate indikaatoriteta, mis peegeldaksid ravitegevuse protseduurilist külge ja väljundeid, ei ole kvaliteedi hindamine üldse mõeldav. Need näitajad võimaldavad peegeldada kliinilise tegevuse

sõlmpunktides toimuvat ning võrrelda erinevates raviasutustes ja regioonides toimuvat omavahel ning teatud etteantud standarditega (*benchmarking*). Praeguseks on projekti raames hindamiseks loodud kümne haigusliku seisundi ravimisega umbes 150 kliinilist indikaatorit, millest 80% peegeldavad raviprotsessi ja 20% väljundeid. Kokkuvõtteid üleriigilisest süsteemist kuni osakondade tasemeni tehakse iga kuu ja see info on kõigile avalikult kättesaadav. Andmete edastamine seiresüsteemidesse on kõigile tervishoiuteenuse osutajatele kohustuslik ning samuti on kriitilise tähtsusega klinitsistide roll nende süsteemide arendamisel. Sellisel moel ravikvaliteedi hindamine tekitas meedikute ja haiglajuhtide seas alguses palju skepsist, kuid kuna projekti alguses kaasati partneritena sellesse ka tervishoiutöötajad ja erialaühendused, siis nüüdseks nähakse raviasutuste tulemuste töö avalikustamises ja läbipaistvuses märksa enam positiivseid aspekte, mis võimaldavad operatiivselt institutsioonidel korrigeerida oma tegevust ja seeläbi parandada töö kvaliteeti ning lõppkokkuvõttes senisest paremini aidata patsiente (37,38).

Rahvusvaheliselt suurt tunnustust leidnud avaliku teabe olemasolu Taani tervishoiusüsteemi kvaliteedi kohta on võimalik tänu hästi toimivatele registritele ja unikaalsele patsiendikoodile, mis aitab siduda tervikuks erinevatesse andmekogudesse talletatud patsientide terviseandmed. Taanis on praegu üle 60 kliinilise registri, millest 24 on seotud onkoloogiaga, 6 enam levinud krooniliste haigustega, 5 kardioloogiaga, 3 psühhiaatriaga jne. Taani esimesed kliinilised registrid loodi 1970. aastatel ning see areng on läbinud mitmeid etappe ja jõudnud nüüdseks õige unifikatsioonile üldiste eesmärkide, tööpõhimõtete ja juhtimiseni. Isikuandmete kaitse seisukohalt on oluline, et andmete esitamiseks pole vaja eraldi nõusolekut patsiendilt, kuid samas on registrite töö hoolika sotsiaalse kontrolli all ning neil on kohustus igal aastal avaldada kokkuvõtteid ja analüüsid kogutud andmetest. Väga tähtis nii registrite eneste kui ka tervishoiu kvaliteedi hindamise seisukohalt on andmete operatiivne ja paindlik vahetus erinevate infosüsteemide vahel ning selleks loovad uued infotehnoloogilised lahendused kõikjal järjest paremaid võimalusi. Samas peab arvestama ka sellega, et nii suurte registrite probleemiks võib olla väga suur arendusressurss ning omavaheline mitte-linkuvus.

Activation of all stakeholders



JOONIS 10. TAANI TERVISHOIU KVALITEEDI ARENDUSSÜSTEEM

5.3. Šotimaa

Detsembris 2007 võeti Šotimaal vastu *Better Health, Better Care Action Plan*, millega algatati vastastikune koostöömemorandum. See tähendab, et meditsiinipersonal, patsiendid ja hooldajad saavad ühtmoodi aru oma õigustest ja vastutusest ning sellest, mida nad üksteiselt ootavad. Vastastikune memorandum on inimese-keskse tervishoiusüsteemi põhieelduseks, seepärast on see ka oluline osa riiklikust kvaliteedistrateegiast (39).

Šotimaa tervishoiu kvaliteedistrateegia baseerub inimesekesksele ning hõlmab kolme lähenemist:

1. Inimene on asetatud strateegia keskpunkti. See tähendab, et arvestatakse inimeste arvamustega, kogutakse infot nende mõtete ja isiklike kogemuste kohta ravist ja kasutatakse seda infot edaspidise ravi parandamiseks.
2. Aluseks on inimeste väärtused, nende pühendumus osutada parimat võimalikku ravi ja nõustada osalevalt ja usaldusväärset, andmaks igale inimesele, igal ajal parimad lahendused.
3. Ravi kvaliteedi nende aspektide oluline parandamine, mida peavad tähtsaks patsiendid, nende perekonnad ja hooldajad ning tervishoiuteenuse osutajad.

Kvaliteedistrateegia näeb selget seost nimetatud patsiendiprioriteetide ja strateegiaga töötavate inimeste väärtuste vahel.

Kvaliteedistrateegia toetub kindlale alusele, et palju sellest, mida strateegia raames tehakse esmatasandil, tervise parandamisel, haiglates ja teistes tervisekeskkondades, on õiged asjad. Hoolimata sellest, on vaja teha **uusi** asju, teha asju **teisiti**, lõpetada raiskav tegevus ning keskenduda tõendus põhisele tegevusele saavutamaks maksimaalset kasu. Tuleb vähendada õigustamata tegevusi, et minimeerida tervisekahjusid. Elanikud tuleb suuremas ulatuses kaasata tervishoiu- ja raviküsimustesse. Samuti on oluline mõelda tervishoiuteenuste muutuvale kultuurile, ootustele, vajadustele ja kontekstile, et järgnevad põlvkonnad saaksid samuti kõrgekvaliteedilist teenust, mis vastab nende vajadustele ja ootustele.

Šotimaa kvaliteedistrateegia on lihtsustanud kvaliteediga tehtava töö erinevate aspektide integreerimist ja praeguseks annab see ühtsema pildi ja fookuse kõigi tasandite personali jaoks. Tarvis on teha suur ja ulatuslik töö, et kaasata teenusesse kõik aspektid, mis on seotud kolme kvaliteediambitsiooniga: turvalisus, efektiivsus ja inimkesksus. See töö peab arenema ja laienema.

Järeldused

19. Kanadas mõõdetakse indikaatoreid suunalise iseloomuga ehk hinnatud näitaja võib olla kõrge või madal, mis tähendab vastavalt indikaatorile, kas head või halba tulemust (nt elanikkonna kõrgem kaetus vaktsineerimise ja sõeluuringu programmidega annavad tunnistust headest tulemustest).
20. Kanadal on suhteliselt head tulemused krooniliste haiguste ravis ja esmatasandi arstiabi hea kvaliteet vähendab haiglaravi juhtude arvu.
21. Kanada on üks suurima rinna- ja emakakaelavähi sõeluuringute osakaaluga riikidest ning samuti on Kanadal head näitajad emakakaelavähi elulemuse osas.
22. Rahvusvaheliselt suurt tunnistust leidnud avaliku teabe olemasolu Taani tervishoiusüsteemi kvaliteedi kohta on võimalik tänu hästi toimivatele registritele ja unikaalsele patsiendikoodile, mis aitab siduda tervikuks erinevatesse andmekogudesse talletatud patsientide terviseandmed.
23. Šotimaa tervishoiu kvaliteedistrateegia baseerub inimesekesksusele ning hõlmab kolme lähenemist: Inimene on asetatud strateegia keskpunkti; Aluseks on inimeste väärtused, nende pühendumus osutada parimat võimalikku ravi ja nõustada osalevalt ja usaldusväärset; Ravi kvaliteedi nende aspektide oluline parandamine, mida peavad tähtsaks patsiendid, nende perekonnad ja hooldajad ning tervishoiuteenuse osutajad.

Soovitused

8. Soovitame uue RTA raames tegevuste, eesmärkide, indikaatorite seadmisel arvestada ka teiste riikide positiivseid kogemusi (eelkõige mis on seotud inimkesksusega).
9. Soovitame kvaliteedi hindamisel eeskuju võtta Taanist, kus on välja töötatud tunnustatud süsteem kvaliteedi eritahkude hindamiseks.
10. Soovitame Kanada eeskujul arendada tervisesüsteemi toimimise indikaatoreid ravikvaliteedi mõõtmiseks kogukonnatasandil. (Juhul kui Eestis otsustatakse vanemaealistele (≥ 65 a) gripi vaktsiini hüvitamise kasuks, siis oleks sobivaks indikaatoriks näiteks „gripivaktsiini saanute osakaal 65-aastaste ja vanemate seas“, mis on maailmas üsna laialt kasutatud tervisesüsteemi toimimise mõõdik).

6. Koondjärelused ja -soovitused

Koondjärelused

1. RTAs on selgelt ja konkreetselt sõnastatud tervishoiu valdkonna peamised probleemid, kuid soovitusi ja ettepanekuid nende lahendamiseks ei ole esitatud. See aga peaks olema strateegilise dokumendi peamine väärtus ja ülesanne - olla järgmisel 10+ aastal teejuhiks strateegiat ellu viivatele osapooltele.
2. Eesti tervishoiu valdkonna ees seisvad probleemid on väga kompleksed ja pikaajalist strateegilist lähenemist vajavad. Lahenduste leidmine neile ei ole lihtne. RTA koostamise protsessi oleks võinud ära kasutada selleks, et erinevaid osapooli kaasates leppida kokku konkreetsemad prioriteedid ja tegevussuunad. Paraku seda ei tehtud. Selle asemel sisaldab RTA vaid üldsõnalisi meetmeid, mis püüavad hõlmata kogu tervishoiu valdkonna, ei sea valdkonnale ühtegi prioriteeti ega paku välja lahendusi.
3. Kui Eestis tervishoiu rahastamine pingestub veelgi, personalinappus jätkub ja veel mõned teised riskid realiseeruvad, siis on nende väljakutsetega tegelemiseks vaja pikaajalist strateegilist plaani. Täna ei ole Eestis koostatud strateegilist dokumenti, mis nende väljakutsetega sisukalt ja läbimõeldult tegeleks.
4. RTA raames on plaanitud rakendada e-riigi põhimõtteid ja innovaatilisi lahendusi, kuid on täpsustamata, milliste probleemide lahendamiseks või strateegiliselt oluliste arenguhüpete saavutamiseks e-riigi võimalusi võiks Eesti tervishoius kasutada. Kuna e-teenuste arendamise võimalusi on palju ja sageli on tegu ressursimahukate arendustega, siis peaks ka RTA seadma selles osas prioriteedid. Seda ei ole RTA koostamisel paraku tehtud – e-riigi teenuste käsitlemata jätmisega jätab RTA end kõrvale olulistest arengutest Eesti tervishoiusüsteemis.
5. Eesti tervishoiu valdkonnale seatud arengueesmärk on sõnastatud viisil, mis ei vasta strateegilise planeerimise põhimõtetele ehk ei ole konkreetne, mõõdetav ega saavutatav.
6. Enamikke RTAs planeeritud meetmeid ja tegevusi iseloomustab väga laialivalgus ja üldine sõnastus, mistõttu on keeruline hinnata nende eesmärgipärasust. Hindamise teeb keerukamaks ka asjaolu, et meetmetele ei ole seatud tulemusindikaatoreid.
7. Valdkonnas toimunud arengute hindamiseks on valitud viis indikaatorit, millest soovitud eesmärgid on saavutatud vaid kahes. Saavutamata jätmise võib osaliselt olla põhjustatud sellest, et saavutamata sihttasemetega indikaatorid puudutasid valdkondi, mille osas RTA raames tegevusi ellu ei viidud (teenuste kättesaadavuse parandamine ja tervishoiu inimressursside juhtimine).
8. Eestis puudub siiani ühtne tervishoiu kvaliteedisüsteem, mis tegeleks regulaarselt süsteemselt ravikvaliteedi ja indikaatorite arendamise, mõõtmise ja analüüsiga ning hõlmaks lisaks tulemuslikkuse indikaatoritele ka protsessi ja struktuuri indikaatoreid.
9. Kvaliteedisüsteemi puudumise tõttu on keeruline analüüsida tervishoiu kvaliteedi olukoda Eestis, sh võrrelda erinevate tervishoiuteenuste osutajate tegevuste kvaliteeti.
10. Arvestades vajadust ja juba toimivate tegevuste olemasolu, sh juba toimiv koostöö TÜ meditsiinivaldkonna ja EHK vahel ravikvaliteedi indikaatorite ja ravijuhendite väljatöötamisel, on ilmselt kõige otstarbekam (ka ressursse arvestades) sellise keskuse loomine ülikooli kui sõltumatu

teadus- ja haridusasutuse juurde, kus on piisavalt pädevust ja võimalust kaasata inimressurssi nimetatud tegevuste rakendamiseks.

11. Tervishoiu kvaliteedisüsteemi arendamise vallas on suurimaks muutuseks teema prioriteetsus – tervishoiu kvaliteedisüsteemi arendamine on tänaseks oluliselt enam päevakorras kui kümme aastat tagasi. Sotsiaalministeeriumi juurde on loodud kaks ravikvaliteedi komisjoni, Haigekassa on rohkem hakanud tähelepanu pöörama kliinilistele audititele ja ravijuhendite koostamisele, koostöös TÜK-iga on loodud ravikvaliteedi indikaatorite nõukoda jms. Samas on nende tegevuste fookuses eelkõige ravi tulemite dimensioon, minimaalselt on aga saanud tähelepanu üldise süsteemi protsesside ja struktuuri kvaliteet.
12. Ravi kvaliteedi ja kättesaadavuse mõõtmiseks on vaja andmeid. Täna on vajalike andmete kogumiseks ja analüüsimiseks loodud mitmeid registreid, kuid intervjueritud ekspertide sõnul need alati ei toimi ja registreid andmeid ei ole võimalik omavahel linkida. Loodud on e-tervise süsteem, mis peaks võimaldama koguda rohkem andmeid ja neid lihtsamini analüüsida, kuid praegusel kujul ei vasta see tervishoiutöötajate ootustele, et loodetud mahus ja kujul sealt andmeid kätte saada.

Koondsoovitused

1. RTA-s tuleb sõnastada põhimõttelised ja strateegilised lähenemisviisid tervishoiu valdkonna võtmeprobleemide lahendamiseks (sh kokku tuleb leppida ja kirja panna, kuidas lühendada Eestis ravijärjekordasid, kuidas suurendada õendustöötajate suhtarvu, millised e-tervise arendused võtta ette eelisjärjekorras, kuidas tagada tervishoiu rahastamise jätkusuutlikkus jne). Ilma selleta ei ole RTA-l strateegilist väärtust Eesti tervishoiu pikaajaliste arengute juhtimisel. Ehk siis sellest tulenevalt **soovitame koostada RTA alla kvaliteedistrateegia (või programmi), mis keskenduks olulistele lahendamist vajavatele teemadele**, nagu inimkesksuse, teenuse koordineerituse ja järjepidevuse, ohutuse arendamine ning motiveeritud tervishoiutöötajate olemasolu koostöökeskkonnaga ja vajalikud kvaliteeditegevused (ravistandardid, indikaatorid, vastavushindamine jms), mis annavad hoogu kokkulepitud prioriteetsetesse tegevustesse.
2. Soovitame uue RTA koostamisel kaasata meeskonda strateegilise planeerimise spetsialiste, kes oleks uute eesmärkide seadmisel ja tegevuste planeerimisel abiks.
3. Selleks, et strateegiat saaks tulevikus paremini hinnata, tuleks RTA-s kirja pandud eesmärkide, meetme ja tegevuste puhul defineerida kõik kasutatud terminid ja mõisted.
4. Kõigile planeeritavatele meetmetele tuleb võimalusel seada objektiivselt mõõdetavad tulemusindikaatorid, muidu on tegevuste tulemusi väga keeruline hinnata.
5. Tegevuste planeerimisel tuleb lähtuda sellest, et need panustaksid strateegia eesmärkide täitmisele.
6. Eestis on praegu kõige enam vajaka ravikvaliteedi (s.t. arsti- ja õendusabi), sh patsiendiohutuse arendamise ühtsest süsteemist. Ravikvaliteedi arendus hõlmab nii ravitööd, kliinilist tervisedendust kui ka patsiendiohutust ning sellega seotud struktuuri, protsessi ja tulemuste vabatahtlikku hindamist, sh sobivate indikaatorite väljatöötamist ja nende valideerimist. Tervishoiuteenuste osutajatele peab olema loodud võimalus ravikvaliteedi ja patsiendiohutuse valdkonnas oma parimate praktikate ja kogemuste vahetamiseks, samuti ravikvaliteedialasteks koolitusteks. Seetõttu oleks vaja üksust või keskust. Selle loomise peale võiks mõelda näiteks kas

Sotsiaalministeeriumi juurde või Tartu Ülikooli juurde (viimase kasuks räägib ka see, et tegemist on sõltumatu asutusega ja paljud kvaliteedialased tegevused seal ka juba toimuvad).

7. Intervjueeritud ekspertide hinnangul tuleks edaspidi rohkem tähelepanu pöörata:
 - a. e-tervise töökindluse tõstmisele ja selle sisu parendamisele,
 - b. analüüsi võimekuse arendamisele erinevate spetsialistide vahel, et andmeid oleks võimalik edukumalt kasutada ka tervishoiu kvaliteedisüsteemis. Eesti Haigekassas on olemas kõigi tervishoiuteenuseid saanud kindlustatute kohta raviarved, mis sisaldavad väga palju ravikvaliteedi hindamiseks olulist informatsiooni, mis võimaldab päris hästi analüüsida raviprotsessi vastavust kokkulepitud juhistele. E-tervise andmete sidumine haigekassas olevate andmetega annaks suurepärase võimaluse raviprotsessi analüüsiks isiku tasandil ning hinnata saadud ravi vastavust patsiendi vajadustele.
 - c. patsiendi rahulolu (kui rahule on patsient teenusega jäänud) vahetu mõõtmise teenuse väljatöötamise peale, millega saavad vahetu kontakti arstiga luua (nt peale operatsiooni läheb patsient koju ja teisel-kolmandal päeval saab sõnumi, kus palutakse nt hinnata viite teenuse dimensiooni. Lisaks võiks küsitluse kaudu uurida, kuidas patsient end operatsioonijärgselt tunneb (palavik, enesetunne jms) ning paluda tal probleemide korral helistada kontaktile.

Kasutatud kirjandus

1. Getting health reform right: a guide to improving performance and equity. Oxford ; New York: Oxford University Press; 2008. 332 p.
2. Merry MD, Crago MG. The past, present and future of health care quality. Urgent need for innovative, external review processes to protect patients. *Physician Exec.* 2001 Oct;27(5):30–5.
3. Groene O, Klazinga N, Kazandjian V, Lombrail P, Bartels P. The World Health Organization Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals (PATH): an analysis of the pilot implementation in 37 hospitals. *Int J Qual Health Care J Int Soc Qual Health Care.* 2008 Jun;20(3):155–61.
4. Aaben L, Paat-Ahi G, Nurm Ü-K, Veldre V, Kallavus K. Rahvastiku tervise arengukava 2009-2020 vahehindamine. Uuringu koondraport. Tallinn: Poliitikauuringute Keskus Praxis; 2016.
5. Kaarna M, Kalda R, Karu K, Lember M, Lindmäe E, Maaros H-I, et al. Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamine Eestis [Internet]. 2005 [cited 2016 Nov 16]. Available from: <http://rahvatervis.ut.ee/handle/1/1381>
6. Sotsiaalministeerium. Esmatasandi tervishoiu arengukava aastateks 2009 – 2015. Tallinn; 2009.
7. Kalda R. Kvaliteeditegevus Eesti peremeditsiinis. 2009;(Eesti Arst):362–9.
8. Eesti Haigekassa. Tervishoiuteenuste kättesaadavus piirkondlikes- ja keskhaiglates (augustis 2011, oktoobris 2011, veebruaris 2012, septembris 2012). 2013.
9. Lai T, Habicht T, Kahur K, Reinap M. Health Systems in Transition : Estonia : Health System Review [Internet]. Lai T, Habicht T, Kahur K, Reinap M, Kiivet R, van Ginneken E. Estonia: health system review. *Health Systems in Transition*, 2013; 15(6):141–196. 2013 [cited 2015 Apr 11]. Available from: <http://rahvatervis.ut.ee/handle/1/5884>
10. Eesti Haigekassa. Eesti Haigekassa majandusaasta aruanne 2012. 2013.
11. Eesti Õdede Liit, Eesti Ämmaemandate Ühing. KAHEKSA SAMMU INIMESE TERVISE HEAKS Eesti õenduse ja ämmaemanduse arengustrateegia 2011–2020. 2011.
12. Laarmann H, Sikkut R, Paat-Ahi G, Ermel R, Veldre V, Kruus P, et al. Ülevaade arstlike erialade arengukavade kohta. Tallinn: Poliitikauuringute Keskus Praxis; 2014.
13. Đorđević V, Braš M, Brajković L. Person-centered medical interview. *Croat Med J.* 2012 Aug;53(4):310–3.
14. Epstein RM, Street RL. The Values and Value of Patient-Centered Care. *Ann Fam Med.* 2011 Mar;9(2):100–3.
15. Starfield B. Is Patient-Centered Care the Same As Person-Focused Care? *Perm J.* 2011;15(2):63–9.
16. De Vito Dabbs A, Myers BA, Mc Curry KR, Dunbar-Jacob J, Hawkins RP, Begey A, et al. User-Centered Design and Interactive Health Technologies for Patients. *Comput Inform Nurs CIN.* 2009;27(3):175.
17. Greene SM, Tuzzio L, Cherkin D. A Framework for Making Patient-Centered Care Front and Center. *Perm J.* 2012;16(3):49–53.

18. Maizes V, Rakel D, Niemiec C. Integrative medicine and patient-centered care. *Explore N Y N*. 2009 Oct;5(5):277–89.
19. Reynolds A. Patient-centered Care. *Radiol Technol*. 2009 Dec;81(2):133–47.
20. Saha S, Beach MC, Cooper LA. Patient Centeredness, Cultural Competence and Healthcare Quality. *J Natl Med Assoc*. 2008 Nov;100(11):1275–85.
21. Searl MM, Borgi L, Chemali Z. It is time to talk about people: a human-centered healthcare system. *Health Res Policy Syst*. 2010 Nov 26;8:35.
22. Witteman HO, Dansokho SC, Colquhoun H, Coulter A, Dugas M, Fagerlin A, et al. User-centered design and the development of patient decision aids: protocol for a systematic review. *Syst Rev [Internet]*. 2015 Jan 26 [cited 2016 Dec 15];4(1). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4328638/>
23. Vidall C. CINV in the UK: a prospective audit of patient experience. *Br J Nurs Mark Allen Publ*. 2011 Jun 27;20(10):S29–31.
24. Ahmed F, Burt J, Roland M. Measuring patient experience: concepts and methods. *The Patient*. 2014;7(3):235–41.
25. Chatterjee P, Tsai TC, Jha AK. Delivering value by focusing on patient experience. *Am J Manag Care*. 2015 Oct;21(10):735–7.
26. Cohen WA, Ballard TNS, Hamill JB, Kim HM, Chen X, Klassen A, et al. Understanding and Optimizing the Patient Experience in Breast Reconstruction. *Ann Plast Surg*. 2016 Aug;77(2):237–41.
27. Shaw C. Mission report: EHIF and quality of healthcare in Estonia [Internet]. 2013. Available from: https://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/Mission_report_2013_final_27082013.pdf
28. Kiivet R-A, Kalda R, Petersen M, Ringmets I, Themas E. Tervishoiu kvaliteedisüsteemi arendamine: III etapp. Ettevalmistustööd kvaliteedisüsteemi arendamiseks ja kvaliteediindikaatorite rakendamissüsteemi väljatöötamine [Internet]. 2015 [cited 2016 Nov 17]. Available from: <http://rahvatervis.ut.ee/handle/1/6104>
29. Maailmapank, Eesti Haigekassa. Ravi terviklik käsitlus ja osapoolte koostöö Eesti tervishoiusüsteemis: Kokkuvõttev aruanne [Internet]. 2015. Available from: https://www.haigekassa.ee/sites/default/files/Maailmapanga-uuring/veeb_est_summary_report_hk_2015.pdf
30. WHO. World Report on Disability 2011.: Rehabilitation [Internet]. World Health Organization; 2011 [cited 2016 Dec 15]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK304081/>
31. EHK. Muudatused üldarstiabi rahastamises ning rahastamise lepingu muudatuste tutvustus. In Eesti Haigekassa; 2015.
32. Haigekassa E, Sotsiaalministeerium, Emor TNS. Eesti elanike hinnangud tervisele ja arstiabile 2015 [Internet]. 2016 [cited 2016 Dec 15]. Available from: <http://rahvatervis.ut.ee/handle/1/6324>
33. EHK, Tartu Ülikool. Kliiniliste auditite käsiraamat [Internet]. Eesti Haigekassa ja Tartu Ülikool; 2014. Available from: http://ravijuhend.ee/uploads/userfiles/Auditi_kasiraamat_2014_fin.pdf
34. OECD. Health at a Glance 2015 - OECD Indicators - en - OECD [Internet]. [cited 2016 Dec 15]. Available from: <http://www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance-19991312.htm>

35. Rechel B, McKee M, Haas M, Marchildon GP, Bousquet F, Blümel M, et al. Public reporting on quality, waiting times and patient experience in 11 high-income countries. *Health Policy Amst Neth.* 2016 Apr;120(4):377–83.
36. Marchildon GP, Hutchison B. Primary care in Ontario, Canada: New proposals after 15 years of reform. *Health Policy Amst Neth.* 2016 Jul;120(7):732–8.
37. Andersson CB, Flems C, Kesmodel US. The Danish National Quality Database for Births. *Clin Epidemiol.* 2016 Oct 25;8:595–9.
38. Probst HB, Hussain ZB, Andersen O. Cancer patient pathways in Denmark as a joint effort between bureaucrats, health professionals and politicians—A national Danish project. *Health Policy.* 2012 Apr 1;105(1):65–70.
39. Howieson B. The mutuality metaphor: understanding healthcare provision in NHS Scotland. *J Health Organ Manag.* 2016 Jun 20;30(4):666–71.

Lisa 1. Ekspertide süvaintervjuu kavad

Eesti eksperdi intervjuu kava

1. Kuivõrd adekvaatselt võimaldavad RTA indikaatorid seirata tervishoiuteenuste kvaliteedi ja kättesaadavuse olukorda Eestis?
2. Milliste indikaatoritega võiks/saaks seirata tervishoiuteenuste kvaliteedi ja kättesaadavuse olukorda Eestis?
3. Kuivõrd on RTA-s seatud tervishoiuteenuste kvaliteedi ja kättesaadavuse eesmärgid realistlikud/saavutatavad/adekvaatsed?
4. Mis võivad olla põhjusteks, et saavutatud ei ole RTA-s eesmärgiks seatud tervishoiuteenuste kvaliteedi ja kättesaadavuse paranemist?
5. Millised on olulisemad väljakutsed ja edasimineked Eesti tervishoiuteenuste kvaliteedi hindamises viimase 5 aasta jooksul?
6. Millised on olulisemad väljakutsed ja edasimineked Eesti tervishoiuteenuste (eelkõige eriarstiabi) kättesaadavuses viimase 5 aasta jooksul?
7. Kuivõrd on valdkonna arengud erinevad Eesti eri piirkondades?
8. Milline on olnud RTA roll Eesti tervishoiuteenuste kvaliteedi hindamist ja kättesaadavust puudutavates arengutes?
9. Kuidas võiks Eestis toimuda tervishoiuteenuste kvaliteedi hindamine ja tagamine?
10. Milliseid tervishoiuteenuste kvaliteeti ja kättesaadavust parandavaid tegevusi/tegevussuundi võiks/peaks RTA kindlasti sisaldama?
11. Millised tervishoiuteenuste kvaliteedi ja kättesaadavuse eesmärgid võiksid olla järgmise 10 aasta jooksul Eestis saavutatavad?

Välisriigi eksperdi intervjuu kava:

1. Milliste indikaatoritega seiratakse Kanadas tervishoiuteenuste kvaliteeti ja kättesaadavust?
2. Kuivõrd adekvaatselt võimaldavad need indikaatorid Kanadas seirata tervishoiuteenuste kättesaadavuse ja kvaliteedi olukorda?
3. Millisel moel toimub Kanades tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamine ja hindamine (millised on nõuded, protseduurid, normid, juhised, analüüsi praktikad jms)?
4. Millised on Kanada olulisemad väljakutsed tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamisel ja hindamisel?
5. Milline on tervishoiuteenuste kvaliteedi hindamise roll Kanada tervishoiusüsteemis praegu ja millises suunas arenemas?
6. Millised on Kanada olulisemad väljakutsed tervishoiuteenuste kättesaadavuse parandamisel?
7. Millised tegevused või tegevussuunad on olnud Kanadas seni kõige edukamad tervishoiuteenuste (eelkõige eriarstiabi) ravijärjekordade vähendamisel?
8. Millised on Kanada peamised tegevussuunad järgmiseks 10 aastaks, millega parandada tervishoiuteenuste kättesaadavust?

Lisa 2. Analüüsi kaasatud dokumentide loetelu

Dokumendi tüüp	Pealkiri	Aasta	Autor
RTF	Rahvatervise strateegiliste arengukavade järelevalve Nõukogu koosoleku protokoll	2010	SM
RTF	Rahvatervise strateegiliste arengukavade järelevalve Nõukogu koosoleku protokoll	2011	SM
PPT	Rahvastiku tervise arengukava 2010 aruanne, 2012 tegevuskava (rakendusplaan 2013-2015)	2011	SM
PDF	Eesti rahvastiku tervis, Eesti rahvastiku tervis 04. Märts 2010 RTA juhtkomitee koostamine	2010	Taavi Lai, SM
PDF	Rahvastiku tervise arengukava 2009-2020 2011 aasta aruanne	2012	Ivi Normet, SM
PDF	RTA aruande kokkuvõte	2010	Ivi Normet, SM
DOC	Rahvastiku tervise arengukava (RTA) tegevuskava aastaks 2011	2010	SM
PDF	Rahvastiku tervise arengukava rakendusperiood 2013-2016	2012	SM
PPT	Rahvastiku tervise arengukava täitmine	2011	Anu Rannaveski, Kaitseministeerium
DOC	Rahvastiku tervise arengukava 2009-2020 2009. aasta tegevusaruande analüütiline kokkuvõte	2009	SM
DOCX	Rahvastiku tervise arengukava 2009-2020 2010. aasta tegevusaruande kokkuvõte	2011	SM
DOC	Rahvastiku tervise arengukava 2009-2020 indikaatorid	2016	SM
PDF	Rahvastiku tervis ja teadmispõhine tervisepoliitika	2011	Taavi Lai, SM
PDF	Rahvastiku tervise arengukava 2012 tegevuskava	2013	SM
XLS	"Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020" 2012. aasta tegevuskava	2011	SM
PDF	RTA loomise põhimõtted ja areng	2012	Taavi Lai, SM
PDF	RTA rakendusplaani 2013-2016 indikaatorid: I suund	2012	Liis Rooväli, SM
PDF	RTA rakendusplaani 2013-2016 indikaatorid: V suund	2012	Liis Rooväli, SM
DOC	Memo lisa 3 I valdkond võrdlus	2012	SM
PDF	Rahvastiku Tervise Arengukava rakendusplaan 2013-2016	2012	H. Paluste, SM
XLS	Rahvastiku tervise arengukava 2009-2020 Rakendusplaan aastateks 2013-2016		SM
XLS	SE 5 Kõigile inimestele on tagatud kvaliteetsete tervishoiuteenuste kättesaadavus ressursside optimaalse kasutuse kaudu		SM
PDF	RTA rakendusplaani 2013-2016 indikaatorid: III suund	2012	Liis Rooväli, SM
PDF	Rahvastiku Tervise Arengukava rakendusplaan 2013-2016 III valdkond: Tervist toetav elu-, töö- ja õpikeskkond	2012	SM
DOC	MEMO - RTA 2013–2016 rakendusplaani I valdkonna seminar	2012	SM
DOC	MEMO - RTA 2013–2016 rakendusplaani III valdkonna seminar	2012	SM
DOC	MEMO - RTA 2013–2016 rakendusplaani V valdkonna seminar	2012	SM
DOC	Rahvatervise strateegiliste arengukavade järelevalve Nõukogu koosoleku protokoll	2008	SM
DDOC	Rahvastiku tervise arengukava 2009-2010	2014	SM
BDOC	Rahvastiku tervise arengukava 2009-2020 juhtkomitee elektrooniline koosoleku protokoll	2015	SM
DOCX	Rahvastiku tervise arengukava (RTA) tegevuskava aastaks 2014	2013	SM
PPT	Rahvastiku tervise arengukava 2009-2020 2014 aasta tegevuskava	2013	SM
DOC	Rahvastiku tervise arengukava 2009-2020 juhtkomitee koosoleku protokoll	2013	SM

PDF	Rahvastiku tervise arengukava 2009-2020 juhtkomitee koosoleku protokoll	2016	SM
PDF	Rahvastiku tervise arengukava 2009-2020 juhtkomitee koosoleku protokoll	2016	SM
PDF	Rahvastiku tervise arengukava 2009-2020 juhtkomitee elektroonilise koosoleku protokoll	2016	SM
PDF	Rahvastiku tervise arengukava 2009-2020 juhtkomitee koosoleku protokoll	2016	SM
XLS	IV valdkond Tervislik eluviis Rahvastiku kehaline aktiivsus on suurenenud, toitumine on muutunud tasakaalustatumaks ja riskikäitumine on vähenenud	2015	SM
PDF	Rahvastiku tervise arengukava 2009-2020 juhtkomitee koosoleku memo	2014	SM
PDF	Rahvastiku tervise arengukava 2009-2020 juhtkomitee koosoleku protokoll	2012	SM
PDF	Rahvastiku tervise arengukava juhtkomitee koosoleku protokoll	2013	SM
PDF	Rahvastiku tervise arengukava 2009-2020 juhtkomitee koosoleku protokoll	2014	SM
PDF	Rahvastiku tervise arengukava 2009-2020 juhtkomitee koosoleku protokoll	2013	SM
DOC	Rahvastiku tervise arengukava 2009-2020 nõuandva kogu moodustamine	2011	SM
PPT	Rahvastiku tervise arengukava Tegevuskava 2014 V valdkond	2014	SM
DOC	Rahvastiku tervise arengukava juhtkomitee koosoleku protokoll	2012	SM
DOC	Rahvastiku tervise arengukava juhtkomitee koosoleku protokoll	2010	SM
DOC	Rahvastiku tervise arengukava juhtkomitee koosoleku protokoll	2011	SM
DOC	Rahvastiku tervise arengukava juhtkomitee koosoleku protokoll	2011	SM
DOC	Rahvastiku tervise arengukava juhtkomitee koosoleku protokoll	2010	SM
DOC	Rahvastiku tervise arengukava juhtkomitee koosoleku protokoll	2010	SM
PDF	Rahvastiku tervise arengukava 2009-2020" 2009. Aasta aruanne	2010	SM
PDF	Rahvastiku tervise arengukava 2009-2020" 2009. Aasta tegevusaruande kokkuvõte	2010	SM
XLS	"Rahvastiku tervise arengukava 2009-2020" 2010. Aasta aruanne	2011	SM
PDF	Rahvastiku tervise arengukava 2009-2020" 2010. Aasta tegevusaruande kokkuvõte	2011	SM
XLS	Rahvastiku tervise arengukava 2009-2020 , 2013 aasta aruanne	2014	SM
XLSX	Rahvastiku tervise arengukava 2009-2020, 2014. aasta aruanne	2015	SM
DOC	MEMO - Rahvatervise strateegiate 2010. aasta tegevuskavade eelarve muudatuste ettepanekud	2010	SM
PDF	Rahvastiku tervise arengukava 2009-2020	2008 (täiendatud 2012)	SM

Lisa 3. Inimkesksuse kontseptsioon ja uurimis- meetodid

Kontseptsioon	Uurimismeetodid esinemissageduse hindamiseks
1. Holistlik kontseptsioon inimesekesksele tervishoiule	
Inimesekeskne tervishoid / patsiendikeskne/ individuaalne hooldus/ perekeskne hooldus	<ul style="list-style-type: none"> • Küsitlused spetsialistidega • Küsitlused patsientidega • Intervjuud patsientidega • Intervjuud spetsialistidega • Fookusgrupid • Vaatlus • Intervjuud peredega • Ülevaade patsiendi märkmetest
2. Selekteeritud alakomponentide lõikes	
Patsiendi rahulolu/kogemus arstiga	<ul style="list-style-type: none"> • Küsitlused patsientidega • Intervjuud patsientidega • Fookusgrupid • Küsitlused peredega • Intervjuud peredega
Patsiendi kaasamine/ osalemine/aktiveerimine	<ul style="list-style-type: none"> • Küsitlus patsientidega • Küsitlus spetsialistidega
Empaatia/kaastunne/väärikus	<ul style="list-style-type: none"> • Küsitlus patsientidega • Küsitlus spetsialistidega • Simulatsioonid/Vaatlused • Intervjuud
3. Käitumisega patsiendikeskse tervishoiu toetamine	
Patsiendikeskne kommunikatsioon	<ul style="list-style-type: none"> • Vaatlused • Küsitlus patsientidega • Küsitlus spetsialistidega
Mil määral saavad spetsialistid toetust enesejuhtimisest	<ul style="list-style-type: none"> • Küsitlus patsientidega • Küsitlus spetsialistidega
Mil määral saavad spetsialistid toetust jagatud otsuste tegemisel	<ul style="list-style-type: none"> • Küsitlus patsientidega • Küsitlus spetsialistidega



Euroopa Liit
Euroopa Sotsiaalfond



Eesti tuleviku heaks

2017

