

ARVAMUS



Kuna e-tervise infosüsteemi kontekst on suhtlemine, mis omakorda põhineb usaldusel, siis töötab see täpselt nii hästi, kui töötab selle iga üksik osa, alustades arsti suhtlemisoskusest ja lõpetades riigihankel soetatud serveri sobivusega, kirjutab **Ain Aaviksoo**, poliitikauringute keskuse Praxis tervisepoliitika programmi direktor.

Tervishoid kui suhtlusäri

Tervishoid on suhtlusäri, märkis hiljuti üks USA haigla sisearst ja IT-juht. Jättes hetkeks kõrvale küsimuse, kas tervishoid on äri, heategevus või midagi hoopis muud, on see otskohene mõte tervishoiu ja suhtlemise seostest jäänud kummitama. Uuesti tuletas see ennast meelde seoses ärevate uudistega Eesti tervishoiu infosüsteemi kohta. Ent suhtlemine, usaldamine ja info haldamise oskused on tervishoiu tihedalt põimunud. Nii samuti määrab igasuguse suhtlemise tulemuslikkuse ära jagatud eesmärk.

Esmapärgul tundub, et infosüsteemi on vaja üksnes selleks, et erinevad inimesed saaksid suhelda pikema vahemaa tagant ning jagada infot erineval ajal, kui seda võimaldab üksnes samal ajal ühes ruumis viibimine. Lisaks peaksid infosüsteemid aitama meeles pidada kõiki detaile ja analüüsida kiiresti suurt hulka väga erinevaid andmeid, et eristada «mürast» oluline info. Kõige selle juures ei saa unustada, et digimasinat võimetel on (praegu veel) olulised piirid ja suhtlemise emotsionaalne ehk mitte-arvutuslik sisu sõltub endiselt inimeste oskustest ja tahtest.

Seega on «suhtlemine» ka laborianalüüsi tulemuste edastamine arstile ja patsiendile, samuti ühes kohas toimunud diagnoosimise ja ravimise kohta ülevaate edastamine teisel asuval professionaalil, aga ka arsti kolleegide või patsiendil saatusekaaslaste käest nõu küsimine või mitmest erinevast allikast info koondamine ja tõlgendamine.

Mida tähendab see tervishoiu jaoks 21. sajandil? Esiteks, võrreldes mitme tuhande aasta taguse ajaga pole mitte midagi olemuslikku muutunud selles osas, et inimene oma intüümse murega tuleb lahenduse leidmiseks meditsiinkunsti valdava asjatundja juurde.

Juba üksnes madalam ambitsioon määrab Eesti tervishoiu arengutasemeks kümne aasta pärast parimal juhul «tubli kaasajooksja», ent kindlasti mitte eeskujuks olemise.

Niisuguse sügavalt isikliku, traditsiooniliselt arsti-patsiendi suhte absoluutne eeltingimus on usaldus. Ainult siis võib eeldada, et esimese kontaktiga alanud suhtlus lubab patsiendil jagada kõiki oma haigusega seotud tundeid ja asjaolusid ravijaga. Lisaks on vaja koguda suur hulk taustainfot, mis aitab selgitada probleemi põhjuseid ja eristada näiteks palavikuga kulgevat nakkushaigust pahaloomulisest kasvajast.

Riigikogu saadikud võtsid 2008. aastal sotsiaalministeeriumi ettepanekul vastu otsuse, millega eeldati, et kõik patsiendid peavad vähimisi usaldama kõiki Eesti arste ja meedikuid, kelle juurde nad satuvad. Eeldati, et see usaldus tekib selsamal hetkel, kui inimene astub uksest sisse, ent pole veel kogenud registraatori, õe või arsti suhtumist või professionaalsust. Nii-

sugune eeldus võib olla mõistlik, sest hoiab lühiajaliselt süsteemide rajamisel kokku aega ja raha. Samas julgen arvata, et otsus sündis kiirustades ja korraliku debatita.

Ei ole välistatud, et ühel heal päeval nõuavad ka Eesti inimesed, et nad saaksid oma terviseandmeid avaldada konkreetsetele tervishoiutöötajatele või oma personaalreenerile, aga mitte valida selle vahel, kas näidata oma andmeid kõikidele või sulgeda need sootuks. Nii põhimõttelise muudatuse tegemine võib tähendada suuri kulutusi süsteemi ümberehitamiseks või siis mitmete siksukate arenduste toppamist vaidlustes, juhul kui muudatusi ei tehta.

Väga huvitav on praegu lugeda kommentaare arstilt, kes kolm aastat tagasi digiloo alustades veenis kõiki selle vajalikkuses ja paratamatuses. Kuuleme, et süsteemi kasutamine on kohmakas ja andmed liiga lihtsasti kättesaadavad. Meedia kaasabil tekib lihtsustamiste ja dramaatika rõhutamise tulemusena pilt, et riiklik suurprojekt on läbi kukkunud. Samal ajal on kriitika tegelik objekt segu vananenud mõtteviisist ja kivistunud harjumustest, eri institutsioonide võimuvõitlusest, alarahastatud investeringutest, IT-firmade ärihuvidest, ebaõnnestunud arendustest ja lihtsalt vähesest suhtlemisest.

Groteskne on seejuures asjaolu, et Eesti e-riigi põhimõtted ja sellele rajatud riiklik infosüsteem on kontseptuaalselt ja tehnoloogiliselt eesrindlikud. Mitmed suured ja jõukad riigid hakkavad alles praegu, pärast kümnete miljardite kulutamist vanamoodsatele süsteemidele, seesugustele paindlikele, ent turvalistele lahendustele üle minema.

Tervishoiu infosüsteem ei ole keske andmeladu, kuhu «luuakse ligipääs» arstidele ja patsientidele ning mis «pakub teenuseid». Kuna infosüsteemi kontekstiks on suhtlemine, mis omakorda põhineb usaldusel, töötab see täpselt nii hästi, kui töötab selle iga üksik osa, alustades arsti suhtlemise oskustest ja ühtviisi mõistetud «sõnavarast» ning lõpetades riigihankel soetatud serveri sobivuse ja rakendatud turvameetmetega. Sekka määravad tulemuse rahastamise stiimulid, õigusruum ja -kuulekus, arvutipark, IT-oskuste tase ja õppimise võime ja paljud muud tegurid.

Seega saab otsustada infosüsteemi edukuse üle juhul, kui on ühiselt kokku lepitud eesmärkides, mida see süsteem teenima peab.

Näiteks rohkem kättesaadavat teavet pole kuidagi võimalik saavutada viisil, kus teiste kirjapandud tahetakse mugavalt lugeda, ent ise kurdetakse, et sisestada tuleb liiga palju infot. Samasse rubriiki kuulub mõte, et arsti töö on patsientidega suhtlemine või lõikamine, aga mitte info kogumine ja analüüsimine ning ravi planeerimine ja meeskonnatöö korraldamine. Eesmärk «rohkem

paremini kättesaadavat infot» on mõtets juhul, kui mõistetakse, et keegi peab selle sinna arusaadaval kujul sisetama ning ka kasutamiseks tuleb teha tööd.

Jutt, et haigla või meedikute töö tulemust ei ole võimalik mõõta, on kohatu ja tundub lausa pahatahtlik.

Tõsi, kui kokkulepitud määrgureguleid premeerivad suuremat hulka protseduure, ent parem ravikvaliteet täiendavate riski maandamise meetmete tõttu on rahaliselt lihtsalt kulukam, siis võib süüdistada ka lolli infosüsteemi, mis «segab töötegemist» ja «nõuab mõttetut infot».

Pisike Costa Rica, mis on Eestist kolmandiku võrra vaesem, kavandab samuti riiklikku tervishoiu infosüsteemi koos mahukate investeringutega. Uurides teiste riikide kogemusi ja eriti negatiivsetest näidetest õppides sõnastasid nemad suure IT-projekti eesmärgid konkreetselt riskiraseduste jälgimise ja diabeedihaigete ravi kvaliteedi paranemise kaudu. See tähendab, et valiti välja olulised tervishoiuprobleemid, mille lahendamine tooks käegakatsutava tulemuse ning mõjaks katalüsaatorina ka teistele valdkondadele. Kõik ülejäänud suurprojekti tegevused – uute arvutite ja tarkvara soetamine, standardite arendamine, haiglahoonete ehitamine ning isegi teadusarendustegevus – allutatakse nende, konkreetselt tervishoiusüsteemi paranemist kirjeldavate eesmärkide saavutamisele.

Patsientidele tõesti kasulikul viisil oleks ka Eestis just niimoodi prioriteete seades võimalik kontrollida tervishoiusüsteemis paratamatult esinevaid konkureerivaid huvisid ja kõrgendatud emotsionaalset plahvatusohtlikkust. Pikemas perspektiivis pole oluline, kas alustame südame- või vähahaigustest, kuid tehniliste piasiasjudega tegelemine ei aita kummagi puhul enam edasi. Sellist tervishoiupoliitikat ootangi mina poliitikutelt.

Jutt, et haigla või meedikute töö tulemust ei ole võimalik mõõta, on kohatu ja tundub lausa pahatahtlik. Vähi, mida võiks oodata, on õpetajalaurilik suhtumine, et kui kõike ei jõua, siis teeme pool, aga teeme korralikult. Tõsi, juba üksnes madalam ambitsioon määrab Eesti tervishoiu arengutasemeks kümne aasta pärast parimal juhul «tubli kaasajooksja», ent kindlasti mitte eeskujuks olemise. Samas, ega's inimesed ravimata jää, lihtsalt arenguedurid on mujal...

