

Erakorraline meditsiin – ligipääsetav iga haigusseisundiga

Pille Kuusepalu, Mart Vain – Riigikontroll



Pille Kuusepalu

TAUST

Erakorraline meditsiini teenuste n-ö populaarsus on patsientide seas kasvamas. Erakorralise meditsiini osakondade (EMO) teenuseid (v.a sünnitused) kasutas 2017. aastal umbes 300 000 inimest, kes pöördusid 19 HVA (haiglavõrgu arengukava) haiglale EMOSse kokku umbes 460 000 korda. 2006. aastaga võrreldes on pöördumiste arv kasvanud 23% ja seda peamiselt patsientide arvelt, kes tulid EMOSse omal käel.

Erakorralise meditsiini eesmärk on osutada patsientidele eelkõige vältimatut abi. Selleks et teada saada, milliste kaebustega patsiendid EMOSse pöörduvad, korraldas Riigikontroll auditi (1), kus analüüsis, kas EMOSse pöördunud patsiendid vajasid vältimatut abi; kas nad said enne ja pärast EMOSse pöördumist vajaduse korral õigeaegset ning vajalikku ravi. Alljärgnevalt on tehtud kokkuvõtte auditi peamistest tulemustest ja antud soovitusi.

EMO-PATSIENTIDE PROFIIL

Kõige enam patsiente pöördus 2017. aastal Põhja-Eesti Regionaalhaigla (PERH) (16%), Ida-Tallinna Keskhaigla (15%) ja Tallinna Lastehaigla (11%) EMOSse, kõige vähem aga Põlva, Hiiumaa ja Jõgeva haigla EMOSse (kõigisse neisse umbes 1%). EMOSse pöördujatest 72% tuli 2017. aastal sinna omal käel. Kiirabiga toodi umbes 20% ja 4% kindlustatud patsientidest pöördus EMOSse perearsti saatekirjaga. EMO teenuse järel lahkus haiglast 80% patsientidest iseseisvalt, seega saab enamik patsiente EMOSse ambulatoorset ravi ja lahkub seejärel.

Haiglatest kogutud statistika kohaselt oli 2017. aastal 57%-le EMOSse pöördunudest määratud sinine või roheline triaazikategoria ehk valdavalt olid need n-ö perearsti-profiiliga patsiendid. Samas oli näiteks kõikidest EMOSse pöördujatest punase ja oranži triaazikategoriaga ehk eluohtliku seisundiga patsiente kokku 5%. Haiglate

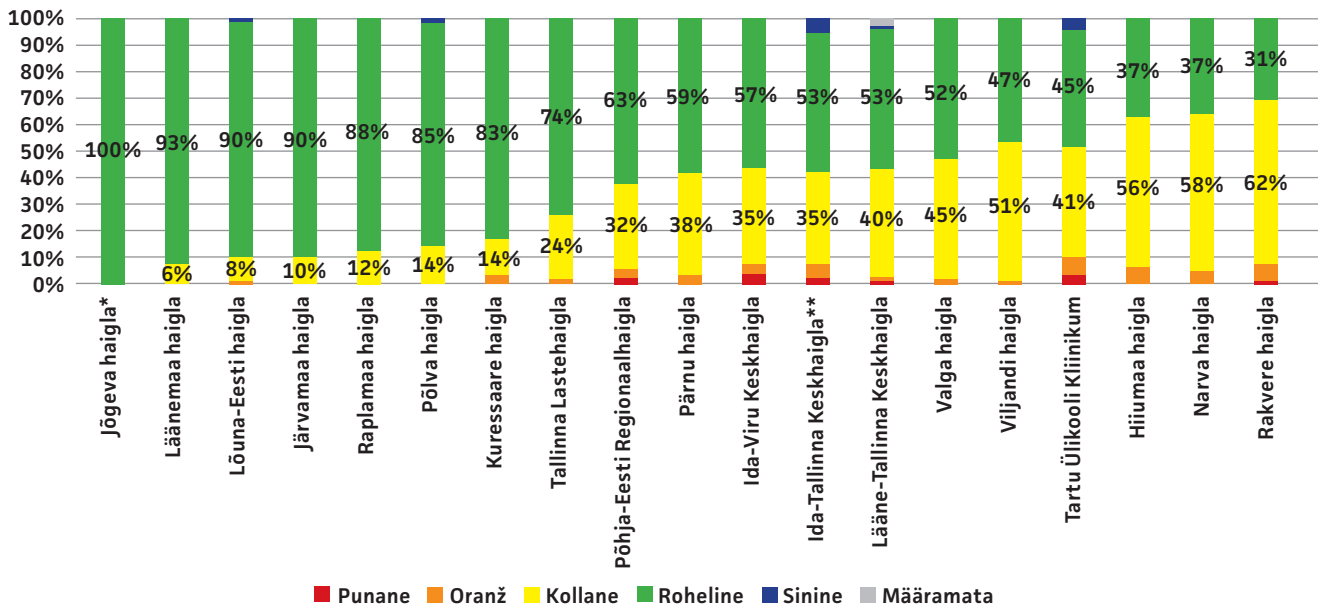
kaupa on triaazikategoriate jagunemine toodud joonisel 1.

Kõige enam pöördutakse EMOSse tööpäeviti kella 9–12. Samas pöördub 58% kõikidest kollase, roheline ja sinise triaazikategoriaga EMO-patsientidest tööpäeviti kella 8–18 (arvestatud ei ole lapsi ega traumahaigeid).

Haiglates ei ole seni kogutud küll andmeid selle kohta, kui kiiresti saab patsient arsti vastuvõtule, kuid suuremate haiglate andmed viitavad, et EMO teenindusaeg – aeg triaazist lõppotsuseni – on ajavahemikul 2014–2017 pikenenud. Andmete põhjal on see pikenenud keskmiselt umbes 6–13 minutit pöördumise kohta, kusjuures triaazikategoriate ja haiglate kaupa hinnates on erinevused suuremad. Näiteks oli punase ja oranži triaazikategoriaga patsientide teenindusaeg kasvanud Ida-Tallinna Keskhaiglas vastavalt 21 ja 16 minutit. Samas viibis Tartu Ülikooli Kliinikum (TÜK) EMOSse hospitaliseeritud patsient 2017. aastal 22 minutit kauem EMOS kui 2010. aastal. Probleemile on viidanud ka Eesti Haigekassa (2), kelle andmetel ei jõudnud 10%-l juhtudest EMOSse saabunud patsient arsti vastuvõtule triaazikategoriale kehtestatud aja jooksul. Keskmise teenindusaeg alates kaebuse registreerimisest kuni lõppotsuseni jäi olenevalt haiglast 2016. aastal 55–200 minuti vahele.

EMO-SSE PÖÖRDUNUD PATSIENTIDE OSAKAAL, KES OLEKSID VÕINUD ABI SAADA PEREARSTILT

Auditi käigus korraldati EMOSse kuu aja jooksul ankeetküsitlus, mille tulemused näitasid, et 49% sinise, roheline ja kollase triaazikategoriaga patsientidest (lapsed ja traumapatsiendid jäeti analüüsist välja) oleksid võinud abi saada esmatasandilt. 2010. aastal tegi Riigikontroll sama meetodikaga analoogse analüüsi. Andmete võrdlemisel selgus, et vastav näitaja on viimase 7 aasta



* Jõgeva haiglas on kõik pöördumised määratud rohelisse triiažikategooriasse, sest üldjuhul suunatakse raskemad juhtumid kohe kõrgema tasandi haiglasse.

** Ida-Tallinna Keskhaigla arvudes ei sisaldu erakorralise oftalmoloogilise vastuvõtu andmed, sest seal üldjuhul triiaži ei kasutata.

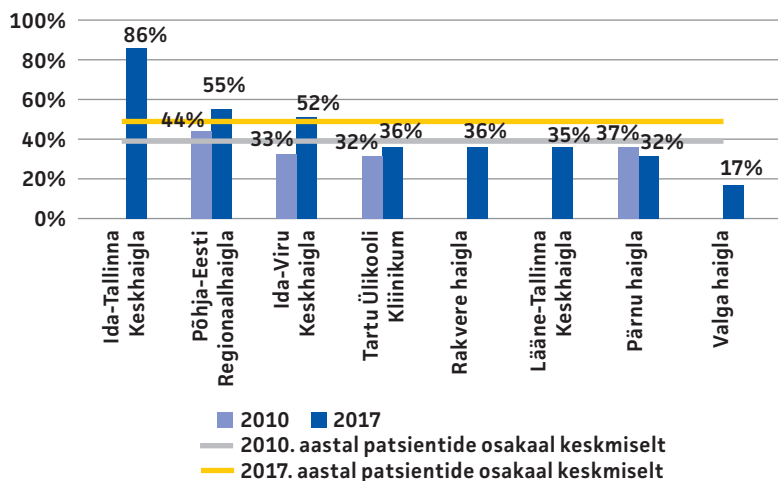
Allikas: Haiglavõrgu arengukava haiglate statistika

Joonis 1. Erakorralise meditsiini osakondadesse pöördumine triiažikategooriate järgi 2017. aastal, osakaal.

jooksul kasvanud: 2010. aastal oli selliseid inimesi 39% (vt joonis 2).

Lisaks valmis auditi käigus koostöös Eesti Erakorralise Meditsiini Arstide Seltsiga eksperditöö, mis hõlmas 1000 patsiendi haigusloo analüüsi ning mille tegi 19 arsti 8 haiglast. Töö näitas, et seljavalu, hüpertensiooni või alumiste hingamisteede infektsiooniga patsientidest, kes pöördusid 2016. a I poolaastal EMOsse, oleks võinud 66% pöörduda EMO asemel perearsti poole. Neist 9% pöördus siiski ajal, mil perearstikeskus polnud avatud (vt joonis 3). Täpsemalt on analüüsi tulemusi käsitletud Eesti Arsti 2018. aasta mainumbris (3), kokkuvõtte eksperditööst on kättesaadav ka Riigikontrolli kodulehel (4).

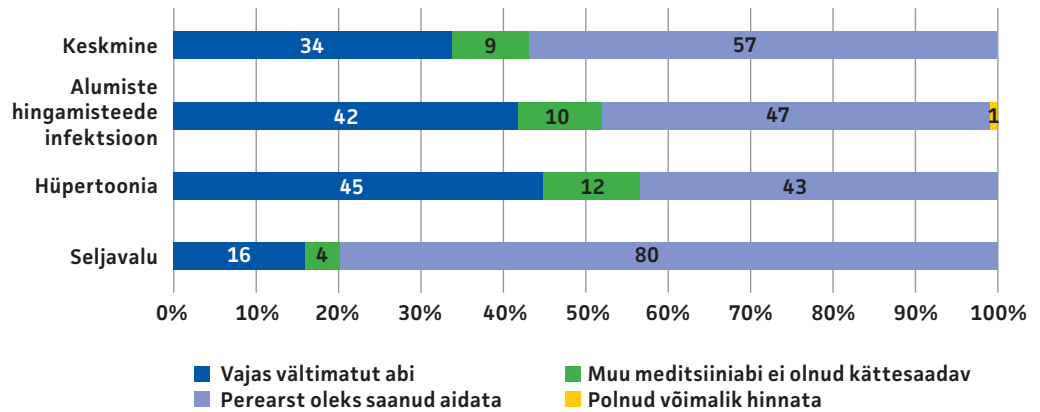
Peale kahe nimetatud analüüsi kinnitasid ka haiglate esindajatega tehtud intervjuud, et EMOsse pöörduvad paljud kergemate terviseprobleemidega inimesed. Arvestades meie tervishoiusüsteemi ülesehitust, ei ole EMO nende patsientide pöördumiseks optimaalne tasand. Kergemate tervisekaebustega patsiendid vajavad arstiabi, kuid mitte tingimata EMO kaudu, mis on üles ehitatud vältimatu abi pakkumiseks. Praeguse olukorra jätkudes on oht, et



Allikas: Riigikontroll ankeetküsitluse andmetel

Joonis 2. Patsientide osakaal kõigist ankeetküsitluses osalenutest, kes oleksid võinud abi saada ka perearstilt.

need, kes tõesti vajavad EMO abi, peavad seda ootama kauem, kui nende tervislik seisund võimaldab, sest haigla ressursid kuulub kergemate kaebustega patsientide käsitlemisele. Seda kinnitavad ka auditi tulemused. Nimelt ei jõutud 20% EMOsse pöördujate puhul triiaži tegemiseni õigel



Allikas: Riigikontroll Eesti Erakorralise Meditsiini Arstide Seltsi eksperditöö andmete alusel

Joonis 3. EMOSse pöördunud patsientide vältimatu abi vajadus, osakaal.

ajal. Nendest omakorda umbes pooled hinnati hilisema vaatluse käigus erakorralise seisundiga patsientideks – neile anti kollane triaazikategooria.

EMO-DES VALITSEVA OLUKORRA PÕHJUSED

Patsientide käitumismustri põhjuseid on mitmeid, neist viit olulisemat on käsitletud allpool.

Kehtiv rahastamissüsteem soodustab pigem EMOSse pöördumiste kasvu

Ehkki tervishoiuteenuse osutajad pole valitseva olukorraga rahul, ei ole ükski osapool varmas olukorda muutma. Vältimatu abi, mida pakutakse HVA-haiglate EMODEs, on kõikidele patsientidele riigi tagatud teenus. Kindlustatud isikute puhul makstakse kinni EMODEs pakutav abi hoolimata terviseprobleemide raskusastmest, ravi maksumusest või haigekassaga kokkulepitud rahastusest. Ainult ravikindlustamata isikute puhul kontrollitakse rangelt, kas patsient vajab vältimatut abi.

Lisaks mõjutab EMOSse pöördumiste arv ka plaanilise ravi kättesaadavust, seda küll peamiselt suuremates haiglates. Haiglad peavad esmajärjekorras kulutama raha erakorralise meditsiini teenustele, ettenähtud eelarves alles jäävat osa saab haigla kasutada plaanilise ravi jaoks. Haiglale on oluline lepingus ettenähtud raha ära kulutada, kuid mil viisil – kas vältimatu abina või plaanilise ravina – seda tehakse, pole tähtis. Juhul kui lepinguga ette nähtud raha on otsas, kuid lepinguperiood pole veel

lõppenud, on haiglatel võimalik osutada tervishoiuteenust ületööna, mida rahastatakse koefitsiendiga 0,7 ambulatoorses ravis ja koefitsiendiga 0,3 statsionaarses ravis. Ületöö eest maksmise eelduseks on, et poolaasta ambulatoorse ravi eelarvega ette nähtud raha on ära kulutatud. Seetõttu on haiglad huvitatud ambulatoorse ravi osutamisest kas EMO või plaanilise ravi raames (5, 6). Ületööna käsitletud ravijuhtude arv on aastatel 2011–2017 kasvanud ligikaudu 6 korda.

Peararstid seevastu peavad kalkuleerima oma tegevusi pearaha sees. Iga patsiendi eest laekub riigilt (loe haigekassalt) pearaha. Perearsti sissetulek ei olene sellest, kas tema patsient pöördub EMOSse või tema vastuvõtule. Samas on patsiendile kuluv aeg, vahendid ja tehtavad analüüsid perearsti otsene kulu. Seega puudub perearstil motivatsioon vältida oma nimistu patsiendi visiiti EMOSse. Lisaks nõuab praegune rahastamissüsteem perearstilt äri tegemise oskust, samal ajal oodatakse temalt ka parimat arstiabi.

Kui kõrvutada aga kahe teenuse maksumust, on erinevused märkimisväärsed. EMOs ravitakse eluohtlikus seisundis patsiente, mistõttu ei ole perearstiabi ja EMO teenuse maksumus siiski üks ühele võrreldavad. Samas võib vaadata ka kergemate terviseprobleemidega ehk sinise ja rohelise triaazikategooriaga patsientide EMO-raviarvete suurust: patsientide keskmine raviarve EMO ambulatoorse ravi korral oli ca 60 eurot (TÜK ja PERHi raviarvete põhjal 2017. aastal). Samal ajal oli perearstiabi visiidi keskmine maksumus

(arvestades perearstiabi kogukuludid jagatuna visiitide arvuga) 17 eurot. Seega on sarnaste patsientide ravimine EMOs 3–4 korda kallim kui perearsti juures.

Praeguses tervishoiusüsteemis on EMO kalleim viis osutada patsiendile tervishoiuteenust, mistõttu peaksid EMOsse jõudma need patsiendid, kes tõesti vajavad vältimatut abi.

Perearsti- ja eriarstiabi ebapiisav kättesaadavus viib rohkemate EMO pöördumisteni

Arvestades, et perearst peaks olema patsiendi esmane kontakt tervishoiusüsteemiga, peab perearstiabi olema patsiendile kättesaadav. Määruse „Perearsti ja temaga koos töötavate tervishoiutöötajate tööjuhend“ (7) kohaselt peab kiire erakorralise terviseprobleemiga saama perearsti juurde juba samal tööpäeval. Samas on perearstiabi ise plaanilist ravi pakkuv teenus, s.t vastuvõtule saamiseks tuleb broneerida aeg.

See tekitab perearstide jaoks keerulise ning mõneti vastuolulise olukorra, mistõttu puudub kindlus, kas kõik perearstid sellest võimalusest teavitavad või seda patsientidele võimaldavad. Terviseamet ja haigekassa on püüdnud aastaid kontrollida, kas perearstid täidavad seda kohustust. Kontrollide tulemused näitavad, et enamasti perearstiabi kättesaadavusega probleeme ei ole. Samas kinnitas suurem osa haiglaid intervjuudes, et patsientide sõnul ei saa nad piisavalt kiiresti perearsti vastuvõtule. Sama kinnitas ka EMOdes tehtud ankeetküsitlus, mille käigus nimetas 40% küsitletud patsientidest EMOsse pöördumise põhjuseks, et nende perearst ei olnud kättesaadav. Samuti ei ole perearstiabi üldjuhul kättesaadav töövälisel ajal – 9% perearstidest osutab teenust väljaspool tavapärasest tööaega. Perearstiabi kättesaadavus ei saa aga paraneda vaid loodavate tervisekeskuste abil, see saab lahendada probleemi vaid osaliselt.

Perearstiabi kättesaadavuse puhul mängivad rolli ka teenusele esitatavad nõuded ja nimistu suurus, mis ei ole perearstide sõnul täielikus kooskõlas. Perearstide sõnul võiks nende nimistu maksimaalne suurus olla 1600 patsienti, kuid 2017. aastal oli pooltel perearstidel üle 1700 patsiendi.

Plaanilise ravi kättesaadavuse probleeme näitavad ka pikad ravijärjekorrad ja suurenenud rahastamata nõudlus abi järele. Näiteks oli 2017. aastal rahastamata nõudlus

ambulaatoorses ravis 7,6% kogu nõudlusest ehk hinnatud nõudlusest, kuid 2014. aastal oli vastav osakaal 5,5%. HVA-haiglate ravijärjekorra andmete põhjal ei saanud 01.01.2018. aasta seisuga 54% patsientidest ettenähtud ooteajal ambulaatorsele ravile. Tõsi, oluliseks põhjuseks oli patsiendi enda valik, s.t patsiendile ei sobinud vastuvõtuaeg või ta soovis minna konkreetse arsti vastuvõtule. Samas ei pea haigekassa ega haiglad arvet selle üle, kui palju on selliseid patsiente, kes järjekorda end panna ei saanud, sest vabu visiidiaegu ei olnud.

Seega on probleeme nii perearsti- kui ka eriarstiabi kättesaadavusega, mistõttu on patsient teatud juhtudel sunnitud minema EMOsse.

Perearstiabi ebahühtlane tase soodustab samuti EMOsse pöörduma

Lisaks perearstiabi ebapiisavale kättesaadavusele viitasid auditis tehtud analüüsid, et perearstiabi kvaliteet on kohati ebahühtlase tasemega. Näiteks selgus perearstipraksiste 2017. aasta kvaliteedihindamisest, et 43% praksiseid on hinnatud kõrgemale tasemele. Ülejäänud praksised asetustid kas kõige madalamale tasemele või ei olnud neid hinnatud. Kõikidest praksistest on alates 2009. aastast, mil perearstipraksiste kvaliteeti on hinnatud, hindamata ligikaudu kolmandik. Selle kolmandiku kohta pole seega teada, millisele kvaliteeditasemele praksis vastab ning millist abi patsient sealt saab.

Krooniliste haiguste jälgimise ja ennetamisega ei tegele piisavalt 31% perearstidest (8). Ekspertitöö tulemused kinnitasid, et ca 20% perearstide tegevus ei olnud piisav aasta enne ja aasta pärast patsiendi visiiti EMOsse. Samuti kinnitasid haiglate esindajad ja perearstid intervjuudes, et perearstiabi tase vajab ühtlustamist.

Eesmärgipäraselt mittetöötavad e-lahendused ei aita säästa aega ega vältida dubleerivaid uuringuid

Ehkki arstid on koolitatud ravima ka ilma tervise infosüsteemita, aitaks töötav e-lahendus säästa aega, lihtsustada raviskeemi määramist ja vältida dubleerivaid uuringuid. Kahjuks seda praegune tervise infosüsteem teha ei suuda. Nii viitajaga kinnitatav epikriis kui ka tervise infosüsteemist vajaliku info leidmisele kuluv aeg vähendavad e-tervise kasutamist funktsionaalse tööriistana. Samuti ei saada

arstid sinna kõiki epikriise, mistõttu puudub tervise infosüsteemis kogu info patsiendi tervise kohta.

Lisaks vajadusele lahendada tervise infosüsteemi kasutamisprobleemid, on oluline luua perearstidele rakendus, mis annaks neile igapäevaselt teada, millised nende patsiendid on EMO või kiirabi teenust saanud. See on vajalik, et olla toeks raviskeemi järgimisel ja määrata patsiendile vajaduse korral järgnevat ravi.

Patsiendi liikumine tervishoiusüsteemis ja ravisoostumus on tingitud patsiendi hoiakust ja eelnevast kogemusest

Patsiendi hoiakuid ja kogemust peegeldavad tema arsti juures käimine ning ravisoostumus. Ankeetküsitlusest selgus, et 22% patsientidest, kes EMOSse pöördusid, ei soovinud ise perearsti poole minna. Kui vaadata nende vastuseid lähemalt, siis neist enam kui pooltel (56%) oli mõjutajana varasem arsti juures käimise kogemus (kas „ei saanud perearsti juures vajalikku abi piisavalt kiiresti“, „varasem positiivne kogemus EMOS“ või „on sama probleemiga pöördunud perearsti poole, kuid pole abi saanud“).

Riigikontroll analüüsis ka 2016. a I poolaastal EMO külastanud patsientide (v.a lapsed ja traumahaiged) pöördumisi perearsti vastuvõtule aasta enne ja aasta pärast EMOS käimist. 2016. a I poolaastal EMOSse pöördunud patsientidest 21,5% oli sama terviseprobleemiga (sama diagnoosijaotise põhjal) pöördunud eelneva aasta jooksul vähemalt korra perearsti poole. Pärast EMO külastust oli aasta jooksul perearsti juurde jõudnud sama probleemiga vaid 29% patsientidest. Üldse ei jõudnud perearsti vastuvõtule kahe aasta jooksul 4% patsientidest. Kõige sagedamini pöörduti perearsti poole südamekahjustusega hüpertooniatõve, seejärel kodade virvenduse ja laperdusega ning seljavaluga.

Ekspertidest, mis hõlmas nii arstide visiitide andmeid, ravimite väljaostmist kui ka tehtud uuringuid-protseduure, selgus, et patsiendi tervisekäitumine kolme haiguse (seljavalu, alumiste hingamisteede infektsioon ja hüpertoonia) näitel oli enne EMO-visiiti puudulik 49%-l patsientidest. Pärast EMO-visiiti oli tervisekäitumine paranenud, s.t puudulik oli see 34%-l juhtudest.

Ravisoostumus sõltub samuti patsiendi hoiakust. Need, kes ei järgi raviskeemi,

peavad haiguse ägenedes taas kord EMOSse pöörduma. Selle probleemi töid arstid välja intervjuudes, kuid seda ilmestavad ka andmed: näiteks sama terviseprobleemiga korduvalt pöördunud oli EMOS ca 10% kõigist pöördujatest.

Sotsiaalministeerium ega haigekassa ei ole selgesõnaliselt probleemina väljendanud, et EMOSse pöördub suur hulk patsiente, kelle terviseseisund ei ole erakorraline. Samuti ei ole sellele juhitud tähelepanu kulude kontekstis.

Patsiendi vaatest on praegune tervishoiukorraldus jätnud selgitustöö, milliste probleemidega EMOSse minna, peamiselt arsti, õe või tervishoiuteenust osutava asutuse hooleks. Seetõttu lähtuvad soovitusel pigem konkreetse asutuse personalist ja töökorraldusest.

Seega on praegused kitsaskohad eri- ja perearstiabis viinud selleni, et üsna suur hulk kergemate terviseprobleemidega patsiente pöördub abi saamiseks EMOSse, kuid see ei ole optimaalne lahendus patsiendi ega tervishoiusüsteemi seisukohast.

KUIDAS PRAEGUST OLUKORDA LAHENDADA?

Riigikontroll eeldab, et esmalt peaks Sotsiaalministeerium koostöös haigekassaga kokku leppima ning selge sõnumina esitama, millisenad näevad EMO patsientuuri ning kuhu peavad patsiendid pöörduma ühe või teise terviseprobleemi ilmnedes. Sellele peaks järgnema erinevate kanalite kaudu süsteemne teavitamine, mis peab olema pikaajaline tegevus. EMO-arstide ja perearstide loodud juhend (9) on esimene teerajaja ja tervitatav algatus, kuid sellest üksi ei piisa. Oluline on see, et patsient saaks kõikidelt tervishoiutanditelt ja osapooltelt sama sõnumi.

Selleks et eelnev ka praktikas õnnestuks ning patsiendid saaksid terviseprobleemiga õigele ravitasandile pöörduda, soovitas Riigikontroll järgmist:

- Nõustada patsiente enne EMOSse pöördumist, et vähendada kergemate terviseprobleemidega EMOSse pöördumisi. Nõustamise korraldus tuleks eelnevalt osapoolte vahel kokku leppida, ühe võimalusena võiks kaaluda perearsti nõuandetelefoni teenuse laiendamist.
- Vaadata üle EMO rahastamise põhimõtted ja leida lahendus, et EMO vastuvõttude arvust ei sõltuks plaanilise ravi kättesaadavus.

- Luua perearstidele rahaline ajend tegutseda selle nimel, et nimistu patsiendid pöörduksid kergemate terviseprobleemidega ennekõike perearsti poole.
- Lubada EMOs osutada õe vastuvõttu ilma sellele järgneva arsti vastuvõtuta teatud kergemate terviseprobleemide korral, et vähendada arstide koormust EMOs.
- Parandada perearstiabi kättesaadavust ja kvaliteeti. Oluline on samal ajal analüüsida ka perearstidele pandud ülesandeid ja kehtestatud nõudeid, et teenuste osutamine ja nõuete täitmine oleks reaalne.
- Luua e-lahendus, mille kaudu saab perearst igal tööpäeval hommikul nimekirja nendest nimistu patsientidest, kes on eelneval päeval pöördunud EMOsse või kutsunud kiirabi.
- Võtta täielikult kasutusele digisaatekirjad, rakendada digiregistratuur ning laiendada e-konsultatsiooni kasutamist.

Auditi aruanne ja selle lisad on leitavad riigikontrolli kodulehelt www.riigikontroll.ee.

Aruandes on toodud täpsemalt välja kõik tehtud analüüsid, hinnangu kriteeriumid, järeldused ja soovitused. Perearstiabi kättesaadavusest ja ka kvaliteedist saab lähemalt lugeda ajakirja Perearst 2018. aasta novembrinumbrist.

KIRJANDUS

1. Erakorraline meditsiin. Kas erakorralise meditsiini osakonnas ravitakse neid patsiente, kelle tervislik seisund vajab vältimatut abi? Riigikontrolli aruanne Riigikogule. Tallinn; 23.10.2018. <https://www.riigikontroll.ee/Riigikontrollipublikatsioonid/Auditiaruanded/tabid/206/Audit/2472/Area/21/language/et-EE/Default.aspx>.
2. EMO teenuste 2016 I pa rakendumine ja kodeerimise õigsus. Eesti Haigekassa; 2017.
3. Reinhard V, Kõrgvee A. Kas patsientide pöördumine erakorralise meditsiini osakonda on põhjendatud? Eesti Arst 2018;97:278–9.
4. Eksperditöö kokkuvõte. Erakorralise meditsiini auditi lisa. Koost. Riigikontroll. Tallinn; 2018. <https://www.riigikontroll.ee/Riigikontrollipublikatsioonid/Auditiaruanded/tabid/206/Audit/2472/Area/21/language/et-EE/Default.aspx>.
5. Einasto M. Suur haigla ja suur raha. Mis ja miks jääb puudu. Ettekanne konverentsil „Meditsiin 2018“, 31.12.2017.
6. Eesti Haigekassa 05.06.2018. a e-kiri Riigikontrolli auditi eelnõu kohta.
7. Sotsiaalministri määrus nr 2 „Perearsti ja temaga koos töötavate tervishoiutöötajate tööjuhend“, vastu võetud 06.01.2010, avaldamismärge RT I, 26.01.2010, 7.
8. 2017. aastal perearstide kvaliteedisüsteemis osalenud ja lisatasu taseme saavutanud perearstide nimekiri. Eesti Haigekassa; 2018.
9. Perearst või EMO? Koost. Eesti Perearstide Selts ja Eesti Erakorralise Meditsiini Arstide Selts. 2017. https://www.haigekassa.ee/sites/default/files/perearstid/EMO_TK_ja_lapsed_eeesti.pdf.

LÜHIDALT

Potentsiaalselt vererõhku mõjutavate ja antihüpertensiivsete ravimite samaaegne kasutamine võib vähendada antihüpertensiivse ravi tõhusust

Maaailmas on 1,4 miljardit inimest, kel on arteriaalne hüpertensioon. See on oluline kardiovaskulaarne riskitegur. Vaatamata hüpertensiooni ravivõimaluste paranemisele viimastel kümnenditel ei ole ravitulemused alati rahuldavad, suureneb ravimiresistentsete juhtude arv. See on tingitud paljudest põhjustest. Üheks neist võib olla asjaolu, et sageli on sellistele haigetele kaasuvate haiguste raviks ordneeritud mitmeid ravimeid, ka selliseid, mis potentsiaalselt võivad vererõhku tõsta.

Ameerika Ühendriikide teadlased uurisid, milliseid potentsiaalselt vererõhku mõjutavaid ravimeid kasutavad hüpertoonia-

haiged sagedamini koos antihüpertensiivsete ravimitega ja kas need mõjutavad hüpertensiooni ravi tõhusust. Vaatluse all oli 521 028 haiget (keskmine vanus 51 a), kel oli alustatud ravi vähemalt ühe antihüpertensiivse ravimiga, ja 131 764 haiget (keskmine vanus 56,6 a), kel oli ravimiresistentne hüpertensioon. Andmebaasidest koguti andmeid, millised ravimeid olid nad tarvitanud 6 kuud enne ja 6 kuud pärast antihüpertensiivse ravi alustamist või ravi tõhustamist. Kõige sagedamini olid mõlema rühma vaatlusalused lisaks vererõhuravimitele tarvitanud paratsetamooli, mittesteroidseid põletikuvastaseid ravimeid (NSAID) ja naissuguhormooni östrogeeni kas raseduse vältimiseks või hormoonasendusraviks (ainult naised). Mõlemas haigete rühmas kasutas potentsiaalselt vererõhku mõjutavaid ravimeid ligi 18% haigest.

Sealjuures 60% patsientidest, kes enne vaatlusrühma arvamist olid kasutanud nimetatud toimega ravimeid, jätkasid nende kasutamist ka siis, kui varasema ravi ebatõhususe tõttu oli vererõhu ravskeemi korrigeeritud.

Uuringust järeldub, et paljud haiged, kes vajasisid vererõhuravi tõhustamist, kasutasid samal ajal ka potentsiaalselt vererõhku mõjutavaid ravimeid, sagedamini NSAIDe. NSAIDid, samuti östrogeenid soodustavad naatriumi ja vee retentsiooni ning võivad seega tõsta vererõhku, paratsetamoolil on samuti vererõhku tõstev toime. Sellistele ravimite koostoimetele tuleks hüpertooniahaigete ravis enam tähelepanu pöörata.

REFEREERITUD

Hwang AY, Dave CV, Smith SM. Use of prescription medications that potentially interfere with blood pressure control in new-onset hypertension and treatment-resistant hypertension. Am J Hypertension 2018;31:1324–31.