

Uuringud, diagnostilised ja raviprotseduurid, patsientide edasisuunamine ja ravimite väljakirjutamine perearsti vastuvõtul

Heli Tähepõld¹, Atie van den Brink-Muinen², ¹Heidi-Ingrid Maaroo – ¹TÜ polikliiniku ja peremeditsiini õppetool, ²NIVEL, Holland

perearst, uuringud, edasisuunamine, ravimite väljakirjutamine

Euroopa tervishoiupoliitika üheks peamiseks suunaks on esmatasandi arstiabi arendamine. Perearstide eduka töö eelduseks on nende tegevuse laiahaardelisus ja koordineeritus. Varasemad uuringud on näidanud, et perearstide tööstiil on eri maades mõnevõrra erinev, sõltudes ka iga maa tervishoiukorraldusest. Perearsti vastuvõttude struktuuri iseärasuste arvestamine erinevates maades võimaldab paremini korraldada perearstide tööd, nende koolitust ja lahendada erinevate patsientide probleeme otstarbekalt. Selles uuringus on hinnatud Eesti perearstide tegevust patsientide probleemide lahendamisel ning võrreldud seda Poola ja Rootsi perearstide tööga.

Patsiendi probleemi lahendamine perearsti vastuvõtul ja patsiendi rahulolu perearstiga sõltub mitmest tegurist, üheks olulisemaks on arsti ja patsiendi suhtlemine, samuti vajalike uuringute ning protseduuride tegemine oma praksises, suunamine teiste erialade arstide juurde uuringutele või konsultatsioonile ning ravimite väljakirjutamine (1, 2). Eesti ja Soome esmatasandi arstide töö võrdlusest 1990. aastate algul selgus, et Eestis tegid arstid harva uuringuid oma vastuvõtul ning suunasid patsiente sagedamini edasi ka neil juhtudel, kui Soome perearstid lahendasid probleeme ise (3). Perearstide koolitus loob eeldused perearsti töö laiahaardelisusele ja koordineeritusele nagu Eesti perearstide tööjuhendis kehtestatud (4). Sama nõue kehtib perearstide töö suhtes kogu Euroopas (5). Euroopa kontekstis on arstiabi muutunud avatumaks, patsiendid on informeeritumad kui varasematel aastatel, patsiendid ja ka arstid on erinevatest kultuuritraditsioonidest ja rahvustest. See kõik on tekitanud uued konsultatsioonistiilid ja nõudluse perearstide järele, kes töötaksid laiahaardelisemalt, teeksid ise rohkem uuringuid ja protseduure ning lahendaksid enamiku perearsti poole pöördumise põhjuseid ise (6–8). Arstide ja patsientide vaba liikumine erinevate maade vahel on tekitanud suuremat huvi selle

vastu, kuidas töötavad arstid eri maades (9). Eestis on 2003. a tehtud WHO uuringuga selgunud, et üle poole (56%) Eesti tervishoiutöötajatest sooviks töötada ajutiselt või alaliselt väljaspool Eestit; umbes 5% (700–800 tervishoiutöötajat) planeerib kindlasti väljaspool Eestit tööd alustada (10). Eesti arstide konsultatsioonistiili uurimine ja võrdlus teiste riikide arstide tööstiiliga võimaldab teavitada nii Eesti kui ka Eestisse mujalt saabuvaid patsiente sellest, millised on arstide töö iseärasused Eestis, ning samas näidata arstidele nende tööstiili võrreldes teiste riikide arstidega. Tervishoiukorraldus Eestis näeb ette, et iga Eesti elanik ja ka siin ajutiselt elav isik peab valima endale perearsti. Patsientide rahulolu oleneb eelkõige perearstide vastuvõtu stiilist ja korraldusest (11).

Uurimuse eesmärgiks oli välja selgitada Eesti perearsti töö laiahaardelisus ja koordineeritus, mida hinnati praksises tehtavate uuringute ja protseduuride, uuringutele ja konsultatsioonile edasisuunamise ning ravimite väljakirjutamise sageduse andmete võrdlemisel teiste Euroopa riikidega.

Patsiendid ja meetodid

Uurimus tehti EL projekti *Eurocommunication II* raames (8), mis oli uuringu *Eurocommunication I*

Tabel 1. Uuringus osalenud patsientide andmed

Tunnus	Eesti (1)	Poola (2)	Rootsi (3)
Vanus aastates:			
- keskmine	40,4 ³	42,6 ³	50,6 ^{1,2}
- SD	24,4	24,0	22,0
Mehi (%)	38	40	39
Elab üksinda (%)	17	11 ^{1,3}	22 ²
- partneriga	46 ³	49 ³	62 ^{1,2}
- lastega	35	44	32
- vanematega	33	41	14
Töötajad (%)			
≥ 18–27 a	43	32	55
28–65 a	57	43	77
Haridus (%) (18–65 a)			
- põhi	46	41	44
- kesk	27	50	16
- kõrgem	27	10	39
Kokku patsiente	516	678	376

p ≤ 0,005

¹statistiliselt usaldusväärne erinevus maast 1 (Eesti)

²statistiliselt usaldusväärne erinevus maast 2 (Poola)

³statistiliselt usaldusväärne erinevus maast 3 (Rootsi)

jätuks (12). Uurimismetoodika kirjeldus ning konsultatsiooni kestus ja struktuuri käsitlevad tulemused on avaldatud varem (13, 14). Selles artiklis on käsitletud Eesti ja Poola kui uute Euroopa Liidu maade ja Rootsi kui varasema Euroopa Liidu maa andmeid.

Patsiendid ja perearstid. Kokku analüüsiti Eestis 516, Poolas 678 ja Rootsis 376 järjestikuse patsiendi videolindistatud vastuvõttu. Andmed patsientide kohta on esitatud tabelis 1. Selgus, et Eesti ja Poola patsiendid olid nooremad kui Rootsi patsiendid. Üksinda elavaid patsiente oli Poolas rohkem kui Eestis ja Rootsis. Töehõive patsientide hulgas oli suurim Rootsis ja väikseim Poolas. Patsientide haridustase oli madalaim Poolas.

Patsiendid hõlmati vabatahtlikult uuringuga liitunud perearstide vastuvõttudest (kokku 27 perearsti üle Eesti). Valdavalt olid Eesti perearstid naissoost (89%), Poolas oli nais- ja meesperearste vastavalt 44% ja 56% ning Rootsis 70% ja 30% (vt tabel 2). Eesti perearstid olid nooremad kui teistes maades ning nad olid töötanud lühemat aega kui Poola ja

Rootsi perearstid (vt tabel 1). Üksinda töötavaid perearste oli Eestis 25% ja Poolas 75%. Rootsis töötasid perearstid tervisekeskustes.

Videolindistused. Informeeritud nõusoleku täitnud patsiendi vastuvõtt lindistati videokassetile. Arstide vastuvõturuumis salvestati selliselt 20 järjestikuse patsiendi vastuvõtt, mida hiljem analüüsiti erinevate tunnuste registreerimiseks. Videolindidelt analüüsiti uuringutele ja konsultatsioonile suunamist, protseduuride tegemist ja ravimite välja kirjutamist.

Statistiline analüüs. Tulemused analüüsiti statistilise töötluse paketi SPSS. Erinevused eri maade keskmiste näitajate vahel arvatati χ -ruudu ja t-testiga. Statistiliselt usaldusväärseks erinevuseks peeti p ≤ 0,05.

Tulemused

Patsiendi seisundist tulenevat läbivaatust, diagnostilisi protseduure või nendele suunamist vastuvõtu ajal tehti kõige sagedamini Eestis ning kõige har-

Tabel 2. Uuringus osalenud perearstide jaotus (arv ja %)

	Meesperearstid		Naisperearstid		Kokku arv
	arv	%	arv	%	
Eesti	3	11	24	89	27
Poola	16	46	19	54	35
Rootsi	14	56	11	44	25
Kokku	33	30	54	70	87

Tabel 3. Diagnostilised protseduurid perearsti vastuvõtul (%)

Protseduurid	Eesti (1)	Poola (2)	Rootsi (3)
Patsiendi läbivaatus ja diagnostilised protseduurid (sh läbivaatus)	71 ³ (60 ³)	67 ³ (57 ³)	49 ^{1,2} (26 ³)
Diagnostilised protseduurid			
- uriin	3 ³	3 ³	7 ^{1,2}
- vereproov	12 ³	11 ³	32 ^{1,2}
- Pap	0,4	0,6	0
- sonograafia	0,2	0,3	0
- muud radioloogia	12 ^{2,3}	1 ^{1,3}	5 ^{1,2}
- nahatestid allergia suhtes	2 ²	0 ¹	0,3
- EKG	4		5
- endoskoopia	0,2 ³	0	3 ¹
- nägemiskontroll	0,4	0,3	1
- otoskoopia	3	2	2
- vererõhk	4 ^{2,3}	22 ¹	17 ¹
- kehakaal	0	1	1
- rasedustest	0,4	0	0

p ≤ 0,05

¹statistiliselt usaldusväärne erinevus maast 1 (Eesti)

²statistiliselt usaldusväärne erinevus maast 2 (Poola)

³statistiliselt usaldusväärne erinevus maast 3 (Rootsi)

vem Rootsis (p ≤ 0,05) (vt tabel 3). Rootsi arstid tegid sagedamini uriini- ja vereanalüüse ning endoskoopilisi uuringuid (p ≤ 0,05). Eesti arstid määrasid patsientidele Poola ja Rootsi arstidest sagedamini radioloogilisi ja allergiauurimisi (p ≤ 0,05). Vererõhku mõõdeti Eestis harvem kui Poolas ja Rootsis. Rootsi arstid ei määranud patsientidele Pap-teste, rasedusteste, sonograafilisi ega röntgenuuringuid. Eesti arstid ei kaalunud ega mõõtnud vastuvõtul oma patsiente. Kõikide maade arstid tegid võrdset EKGd, kontrollisid nägemist ja tegid otoskoopiat.

Raviprotseduuride sagedus ja struktuur on esitatud tabelis 4. Raviprotseduure tehti kõikides maades suhteliselt harva ja 90% kõikidest vastuvõttudest neid ei sisaldanud. Piskirurgilisi protseduure tehti

rohkem Rootsis, vaktsinatsioone Eestis ja Poolas ning sidumisi Eestis. Ravimeid kirjutasid Eesti perearstid vähem välja kui Poola arstid (p ≤ 0,05) (vt tabel 5). Kõikides maades lahendasid perearstid rohkem kui 80% patsiendi probleemidest. Patsiente suunati edasi nii Eestis, Poolas kui ka Rootsis võrdset, kuid Rootsis toimus suunamine sagedamini esmatasandi spetsialistide juurde kui Eestis ja Poolas.

Arutelu

Uurimistulemused võimaldavad väita, et Eesti perearstide töö on laiahaardeline ja koordineeritud. Patsiente uuriti rohkem kui 2/3-l vastuvõttudest ning see ületas tunduvalt patsientide uurimise sageduse teistes Euroopa maades (8, 12). Enamikul juhtudest tehti uuringud perearsti enda praksises. See tulemus

Tabel 4. Raviprotseduurid perearsti praksises

Raviprotseduurid	Eesti (1)	Poola (2)	Rootsi (3)
Raviprotseduurid (%)	6 ²	4 ^{1,3}	9 ²
- süstimine	39	21	40
- kõrvaloputus	0 ²	32 ¹	16
- haava hooldus	0	4	2
- piskirurgia	9	0 ³	22 ²
- sidumine	22	7	2 ¹
- vaktsineerimine	22	32 ³	7 ²
- vere võtmine	4	0	9
- muu	4	4	2

p ≤ 0,05

¹statistiliselt usaldusväärne erinevus maast 1 (Eesti)

²statistiliselt usaldusväärne erinevus maast 2 (Poola)

³statistiliselt usaldusväärne erinevus maast 3 (Rootsi)

Tabel 5. Ravimite väljakirjutamine ning patsientide edasisuunamine (%)

Tunnus	Eesti (1)	Poola (2)	Rootsi (3)
Ravimite retseptid	45 ^{2,3}	65 ^{1,3}	53 ^{2,3}
Ei suunatud edasi	82	83	83
Suunati edasi:	18	17	17
- suunati esmatasandile	7 ³	7 ³	18 ^{1,2}
- suunati teiste erialade arstide juurde	82 ^{2,3}	58 ^{1,3}	44 ^{1,2}
- ei tea	11 ^{2,3}	35 ¹	38 ¹
Esmase edasisuunamine			
- esmatasandile	8 ³	8 ³	17 ²
- teiste erialade arstide juurde	82 ^{2,3}	56 ^{1,3}	44 ^{1,2}
- pole teada	10 ^{2,3}	36 ¹	39 ¹
Korduv edasisuunamine			
- esmatasandile	0 ^{2,3}	8 ^{1,3}	29 ^{1,2}
- teiste erialade arstide juurde	67 ³	65 ³	43 ^{1,2}
- pole teada	33 ²	27 ¹	29

p ≤ 0,05

¹statistiliselt usaldusväärne erinevus maast 1 (Eesti)

²statistiliselt usaldusväärne erinevus maast 2 (Poola)

³statistiliselt usaldusväärne erinevus maast 3 (Rootsi)

kinnitab, et Eestis on toimunud perearstide töös kümne aasta jooksul märkimisväärsed muudatused. Kui 1990ndate algul tegid esmatasandi arstid vähe diagnostilisi protseduure (3), siis 2000. aastatel tehti enamik diagnostilisi protseduure perearsti praksises. Diagnostilised protseduurid olid mitmekesised, kusjuures eri maades oli protseduuride valik erinev. Nii näiteks tehti Rootsis peamiselt vereja uriinianalüüse, Eestis aga määrati patsientidele rohkem röntgenuuringuid. Mõnevõrra üllatav oli asjaolu, et meie uuritud vastuvõttudel mõõdeti harva vererõhku ja patsiente ei kaalutud. Võiks arvata, et Eestis pööratakse rohkem tähelepanu haiguste diagnoosimisele kui ennetavatele uuringutele ja protseduuridele, kuid sellist järeldust meie uuring ei võimalda teha. Erinevate maade arstide ja õdede töökorraldus võib mõjutada tulemust: näiteks on Eestis patsientide vererõhu mõõtmine ja kaalumise sagedamini pereõe ülesanne ning arsti vastuvõtul seda ei registreerita. Erinevusi täheldati ka laste vaktsineerimisel, mida tehti kõige sagedamini Eestis. Günekoloogiliste protseduuride arv Eestis ületas Rootsi oma. Põhjuseks võib olla töökorraldus, sest Rootsis tegelevad nende probleemidega ämmaemandad (8). Rootsis tegid perearstid pisikirurgilisi protseduure rohkem kui Eestis.

Patsientide probleemid lahendasid nii Eestis, Poolas kui ka Rootsis enamusel (4/5) juhtudest perearstid ilma patsiente edasi suunamata.

Samasuguseid tulemusi on saadud ka teistes uurimustes (15). Leiti, et perearstid suunasid patsiente edasi 15% piires ning see sõltus nimistu patsientide vanusest ning haigestumisest (15). Patsientide edasisuunamine kindlate näidustuste korral suurendab usku perearsti ning võimaldab lahendada probleeme otstarbekalt (2). Patsiente suunati Eestis ja Poolas peamiselt teiste erialade arstide konsultatsioonile ja uuringutele, Rootsis aga teiste esmatasandi tervishoiutöötajate juurde. Selline edasisuunamise erinevus sõltub nende maade tervishoiukorraldusest: Eestis ja Poolas on perearstid esmase kontakti arstideks ning teiste erialade spetsialistidele vajatakse saatekirja, Rootsis aga võib teiste erialade arstide juurde minna ilma saatekirjata ning enamasti suunatakse patsiente tervisekeskustes töötavate spetsialistide juurde (8).

Meie varasem analüüs näitas (8, 13), et perearsti vastuvõtu aeg Eestis ja Poolas on lühem kui Rootsis. Pikem konsultatsiooniaeg on ka teistes Euroopa riikides, kus perearstil ei ole nn väravavahi funktsiooni (Belgia, Saksamaa, Šveits) (12, 15). Pikem konsultatsiooniaeg on korrelatsioonis väiksema uuringute arvuga. Neis maades kasutatakse vastuvõtu aega rohkem patsiendiga rääkimiseks ja uuringute vajadus on seal väiksem. Üllatav on asjaolu, et edasisuunamise sagedus oli neis maades aga täpselt samasugune hoolimata erinevast töökorraldusest (5, 16). Ravimeid kirjutati Eestis

harvem välja kui Rootsis ja Poolas ning see võib olla seotud ravimite erineva kompenseerimise korruga neis maades, kuid selle uurimine polnud meie uuringu eesmärgiks.

Esmatasandi meditsiini arendamine on üheks Euroopa tervishoiupoliitika prioriteediks (17). Peetakse silmas perearstide tööjuhendi kriteeriumite ühtlustamist ning erilist tähelepanu pööratakse perearsti töö laiahaardelisusele ja koordineeritusele (5, 17). Perearstide konsultatsioonide iseärasustest arusaamine on esimeseks sammuks nende prioriteetide kehtestamisel. Neid teades on võimalik vastuvõtude efektiivsemaks muutmiseks treenida konsultatsioonioskust. Eestis oleks vaja anda patsientidele rohkem aega oma probleemidest rääkimiseks ning see võimaldaks teiste maade näidete eeskujul vähendada kulutusi tarbetutele uuringutele.

Järeldused

Eesti perearstid tegid vastuvõtul patsiendi läbi vaatust ning diagnostilisi protseduure sagedamini kui võrdlusmaades Poolas ja Rootsis. Samas kirjutasid Poola ja Rootsi arstid patsientidele välja rohkem ravimeid. Patsientide edasisuunamine teiste erialade arstide juurde oli kõikides maades ühesugune ning enamiku patsiendi probleemidest lahendasid perearstid ise. Perearsti tööd Eestis iseloomustab laiahaardelisus ja koordineeritus ning seega osutus Eesti perearstide töö vastavaks perearsti ameti kirjelduse rahvusvahelistele kriteeriumitele.

Tänuavaldus

Uurimus tehti *EU Inco-Copernicus* e projekti ja Eesti Teadusfondi grandid 5696 toetusel. Täname pr Atie van den Brink-Muineni projekti koordineerimise eest.

Kirjandus

1. van den Brink-Muinen A, Verhaak PFM, Bensing JM, Bahrs O, Deveugele M, Gask L, et al. Communication in general practice: differences between European countries. *Fam Pract* 2003;20:478–85.
2. Rosemann TT, Wensing MM, Rueter GG, Szecsenyi JJ. Referrals from general practice to consultants in Germany: if the GP is the initiator, patients' experiences are more positive. *BMC Health Serv* 2006;19:5.
3. Lember M, Kosunen E, Boerma W. Task profiles of district doctors in Estonia and general practitioners in Finland. *Scand J Prim Health Care* 1998;16:56–62.
4. Maaroo H. Family medicine as a model of transition from academic medicine to academic health care: Estonia's experience. *CMJ* 2004;45:563–6.
5. Boerma WGW, Fleming DM. The role of general practice in primary health care. Published on behalf of the World Health Organization Regional Office for Europe. London: The Stationary Office; 1998.
6. Elwyn G. Arriving at the postmodern medical consultation *Eur J Gen Pract* 2004;10:93–6.
7. Chieur C. Integrating care in the border regions. An analysis of the Euregio projects. *Eurohealth* 2001;4:10–2.
8. van den Brink-Muinen A, van Dulmen AM, Bensing JM, Maaroo H-I, Tähepõld H, Krol ZJ, et al. Eurocommunication II. A comparative study between countries in Central and Western-Europe on doctor-patient communication in general practice. NIVEL: Utrecht, Netherlands; 2003.
9. Lipman T. The future general practitioner: out of date and running out of time. *Br J Gen Pract* 2000;50:743–6.
10. Jesse M, Habicht J, Aaviksoo A, Koppel A, Irs A, Thomson S. Health care systems in transition: Estonia. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2004.
11. Kalda R, Polluste K, Lember M. Patient satisfaction with care is associated with personal choice of physician. *Health Policy* 2003;64:55–62.
12. van den Brink-Muinen A, Verhaak PFM, Bensing JM, Bahrs O, Deveugele M, Gask L, et al. The Eurocommunication Study; an international comparative study in six European countries on doctor-patient communication in general practice. NIVEL, Utrecht; 1999.
13. Tähepõld H, Maaroo H, Kalda R, van den Brink-Muinen A. Structure and duration of consultations in Estonian family practice. *Scand J Prim Health Care* 2003;21:167–70.
14. Tähepõld H, Maaroo H. Konsultatsioon perearsti töös – hindamismetoodika ning perearstide ja patsientide valmisolek konsultatsiooni analüüsiks. *Eesti Arst* 2002;81:30–4.
15. Deveugele M, Derese A, Brink-Muinen A van den, Bensing J, Maeseneer J de. Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries. *BMJ* 2002;325:472–82.
16. Omar RZ, Ambler G, Majeed A. Case-mix and variation in specialist referrals in general practice. *Br J Gen Pract* 2005;55:529–33.
17. Chieur C. Integrating care in the border regions. An analysis of the Euregio projects. *Eurohealth* 2001;4:10–2.

Summary

Use of investigations and therapeutic procedures, referrals and prescriptions in the family doctor's consultation

The **aim** of the study was to analyse how frequently Estonian family doctors examine patients during the consultation, what kind of diagnostic and therapeutic procedures they use, how many prescriptions and referrals they offer to their patients and to compare these data with corresponding data from other European countries.

Methods. Altogether 516 videotaped consultations of 27 Estonian family doctors were analysed.

Results. It was found that Estonian family doctors examined patients and used diagnostic

procedures more often than family doctors in Sweden and Poland, whereas they prescribed less than family doctors in Poland and in Sweden. The rate of referrals in Estonia was less than 20%, which means that the family doctor solves about 80% of patients' problems.

Conclusions. Our study showed that the international criteria for the job of family doctors as general, comprehensive and coordinated practice are met in Estonia.

heli.tahepold@ut.ee