

Arstiabi ja teatud ravimite kasutamise ning vähi varaseks avastamiseks uuringute tegemise piirkondlikud erinevused 2012. aasta Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuringu alusel

Mare Tekkel¹, Tatjana Veideman¹

Eesmärk. Analüüsida arstiabi, teatud ravimite kasutamise ja vähi varase avastamise uuringute tegemise piirkondlikke erinevusi Eestis.

Metoodika. Analüüsiks kasutati Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuringu 2012 andmeid. Uuringu tegemiseks telliti rahvastikuregistrist kihitatud juhuvalim, millesse kuulus 5000 isikut vanuses 16–64 aastat. Küsimustikud koostati nii eesti kui ka vene keeles. Postiküsitlus toimus märtsis-aprillis 2012, sellele vastas 2969 isikut. Piirkondlike erinevuste hindamiseks jagati Eesti 5-ks ning tulemusi väljendati võrdluses Põhja-Eesti näitajatega mitmese logistilise regressiooni abil. Šansisuhted koos 95% usaldusvahemikuga arvutati kohandatuna soole, vanusele, haridusele, sissetulekule ja majanduslikule aktiivsusele.

Tulemused. Võrdluses Põhja-Eestiga oli oluliselt suurem viimase 12 kuu jooksul perearstiabi kasutamine Lõuna-Eestis, perearstiabi kasutanute visiitide keskmine arv kõigis Eesti piirkondades; haiglaravil viibimine, vastamisele eelnenu viimase seitsme päeva jooksul mitmete ravimite kasutamine ning naistel viimase viie aasta jooksul Pap-testi mittetegemine Kirde-Eestis; oluliselt väiksem oli rahustite/uinutite/antidepressantide kasutamine Kesk- ja Lääne-Eestis ning Pap-testi mittetegemine Lõuna-Eestis.

Kokkuvõte. Ainult Kirde-Eestis esines olulisi erinevusi võrreldes Põhja-Eestiga kõigis uuritud valdkondades. Valdavalt riikliku sõeluuringu raames tehtava mammogrammi mittetegemisel olulisi piirkondlikke erinevusi ei ilmnunud. Tõenäoliselt on leitud erinevuste põhjustes oma osa ka tervishoiukorralduse piirkondlikel erinevustel.

Eesti ravikindlustussüsteem on riiklikult korraldatud ja põhineb solidaarsusel, seega peaksid kõik kindlustatud ja nendega võrdsustatud isikud saama ühesugust arstiabi, kuid maakondade rahvastiku tervisenäitajad erinevad märkimisväärselt (1). Eestis on vaatamata riigi väiksusele regionaalsed sotsiaal-majanduslikud erinevused ülejäänud Euroopa ning muude arenenud majandusega riikidega võrreldes suured, seejuures ilmneb eriti Ida-Virumaa suurem arenguajadus (2). Sarnaselt paljude teiste riikidega (3–7) on Eestis täheldatud, et madalama

sotsiaal-majandusliku staatusega kaasnevad kehvemad tervisenäitajad. Sellele toetudes on väidetud, et sotsiaal-majandusliku ebavõrdsuse leevendamine ühiskonnas on rahvastiku tervise märgatava parandamise võtmeks ning eelduseks (8). Uuringutulemusi patsiendi sotsiaal-majandusliku staatuse ning tervise ja sellega seotud valdkondade seose kohta on avaldatud väga palju. Lääneriikides on viimastel aastatel üha rohkem tähelepanu pööratud tervishoiusüsteemi iseärasustest põhjustatud osale rahvastiku tervises seisundi ebavõrdsuses (9–13).

Eesti Arst 2013; 92(10):557–563

Saabunud toimetusse: 18.06.2013
Avaldamiseks vastu võetud: 16.10.2013
Avaldatud internetis: 29.11.2013

¹ Tervise Arengu Instituudi epidemioloogia ja biostatistika osakond

Kirjavahetajaautor:
Mare Tekkel
mare.tekkel@tai.ee

Võtmesõnad:
arstiabi ja ravimite kasutamine, vähi varase avastamise uuringud, Eesti piirkonnad

Uuringu eesmärk oli analüüsida arstiabi ja teatud ravimite kasutamise ning vähi varaseks avastamiseks vajalike uuringute tegemise piirkondlikke erinevusi Eestis.

METOODIKA

Andmed

Kasutati Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuringu 2012 (TKU 2012) andmeid. Selle uuringu lõpparuande lisa sisaldab küsimustikku, millest nähtub, millised andmed täpselt meie käsutuses olid (14). Uuring korraldati postiküsitlusena märtsis-aprillis 2012. Selleks telliti rahvastikuregistrist kihitatud juhuvalim, millesse kuulus 5000 isikut vanuses 16–64 aastat. Küsimustik koostati eesti ja vene keeles. Vastajaid oli kokku 2969. TKU 2012-le kohandatud vastamismäär (selle arvutamisel on arvestatud ainult nendega, kes teadaolevalt said küsimustiku kätte) oli 62,0%.

Uuringu korraldamine oli kooskõlastatud Tallinna meditsiiniuuringute eetikakomiteega (luba nr 2559, 15.12.2011) ja loa uuringuks andis Andmekaitse Inspeksioon (nr 2.2-3/11/305r, 13.01.2012).

Analüüsis kasutatud tunnused

Piirkond, kus vastaja elas, tulenes rahvastikuregistris kirjas olevast aadressist, kuhu küsimustik saadeti, ja see määrati piirkondlike üksuste statistilise klassifikaatori (NUTS 3) alusel (15). NUTS 3 järgi on Eesti ala jaotatud viieks piirkonnaks: Kesk-Eesti (Järva, Lääne-Viru ja Rapla maakond), Kirde-Eesti (Ida-Viru maakond), Lõuna-Eesti (Jõgeva, Põlva, Tartu, Valga, Viljandi ja Võru maakond), Lääne-Eesti (Hiiu, Lääne, Pärnu ja Saare maakond), Põhja-Eesti (Harju maakond).

Haridus näitab kõrgeimat lõpetatud haridustaset. *Majanduslikku aktiivsust* hinnati küsimustiku täitmise aja seisuga. Mittetöötavateks peeti õpilased ja üliõpilased (kui õppimine oli põhitegevus), kodused ja mittetöötavad pensionärid; töötu oli vastaja, kes oli enda kohta sellise hinnangu andnud. *Sissetulek* tähendab kõigest allikatest pärinevat ühe kuu keskmist netosissetulekut ühe vastaja pereliikme kohta viimase 12 kuu jooksul. Kolmest sissetulekurühmast esimeses oli see väiksem kui uuringuaastale eelneva aasta Eesti kuu töötasu alammäär, teises algas enam-vähem töötasu alammäärast, kuid jäi väiksemaks keskmisest;

viimases oli keskmise kuupalga tasemel või ületas seda.

Arstiabi kasutamist hinnati selle alusel, mitu korda oli vastaja käinud viimase 12 kuu jooksul perearsti, hambaarsti või muu eriarsti juures, viibinud haiglaravil, kutsunud endale kiirabi / oli see talle kutsutud või telefoni teel konsulteerinud arstiga oma terviseprobleemi tõttu.

Küsimus *teatud põhjustel ravimite / teatud ravimite kasutamise* kohta esitati viimase seitsme päeva kohta. Analüüsida ei olnud võimalik ravimite tarvitamist kehakaalu alandamiseks, naistel hormoonasendusravi ja meestel impotentsusravimite tarvitamist, sest nende kasutajate osa vastajatest oli tõepärase tulemuse saamiseks liiga väike (14). Kuna rahusteid, uinuteid või antidepressante kasutanute osatähtsus oli samuti küllaltki väike, siis analüüsiti nende kasutamist koos ühe rühmana.

Vähi varaseks avastamiseks vajalike uuringutena käsitleti naistel mammograafiat ja Pap-testi, meestel eesnäärmeuuringuid (palpatsioon, sonograafia ja/või PSA-test). Iga uuringu tegemist analüüsiti vanuserühmas, kus see peaks olema kõigile kättesaadav, sest saadav kasu vastava vähipaikme varasel avastamisel ületab selgelt uuringu tegemisega kaasneva võimaliku riski. Organiseeritud vähi-sõeluuringusse ei ole vaja ega võimalik kaasata kogu seda vanuserühma; kõigis riikides, sh Eestis, toimuvate rinna- ja emakakaelavähi sõeluuringute puhul (21, 22) tehakse seda tunduvalt kitsamas vanusevahemikus. TKU 2012 osalejate ülemine vanusepiir ei ületa kõigi kolme käsitletud uuringu puhul vanust, milleni soovitatakse neid uuringuid teha. Lähtudes eeltoodust analüüsisime mammogrammi tegemist 40–64aastastel (16) ja Pap-testi tegemist 21–64aastastel naistel (17) ning eesnäärmeuuringute tegemist 50–64aastastel meestel (18–20). Ajavahemikuna, mille jooksul peaks viimane uuring olema tehtud, kasutasime sarnaselt paljude riikidega mammograafia puhul kaht ja Pap-testi puhul viit aastat (16, 17). Kuna eesnäärmeuuringuid teinute osa oli 50aastaste või vanemate meeste seas väga väike, siis oli võimalik analüüsida ainult nende uuringute tegemist/mittetegemist.

Andmeanalüüs

Arstiabi, ravimite ja vähi varaseks avastamiseks vajalike uuringute kasutamise piirkondlikke erinevusi analüüsiti võrd-

luses Põhja-Eesti vastavate näitajatega. Seose suunda ja tugevust hinnati mitmes logistilise regressiooni alusel, arvutati välja šansisuhted (OR) koos 95% usaldusvahemikuga (uv) kohandatuna soole, vanusele, haridusele, sissetulekule ja majanduslikule aktiivsusele. Nimetatud tunnused olid kõigi uuritud kolme valdkonnaga statistiliselt oluliselt seotud. Tervisekindlustuse lisamine seoste olulisust/mitteolulisust ei muutnud, mistõttu seda lõppmudelisse ei pandud. Arstiabi kasutamise kordade keskmise arvu erinevuse statistilist olulisust hinnati t-testiga. Andmeanalüüsiks kasutati STATA 12 tarkvara.

TULEMUSED

Tabelis 1 on vastajaid iseloomustatud teatud demograafiliste, sotsiaal-majanduslike ja tervise seisundit kirjeldavate tunnuste alusel piirkonniti. Kirde-Eesti vastajatest on rohkem kui pooled 45–64aastased ja pikaajalise terviseprobleemiga, teiste piirkondadega võrreldes on seal suurem töövõimetuspensioni saajate ja väga väike kõrgeimasse sissetulekurühma kuulujate osa. Põhja-Eestis on piirkondadest suurim kõrgharitude, kõrgeima sissetulekuga ja töötavate isikute ning väikseim töövõimetuspensioni saajate osatähtsus. Ainult Põhja- ja Lääne-Eestis hindas üle poole vastajatest oma tervise üsna heaks või heaks, seda üsna halvaks või halvaks pidajate osatähtsus oli suurim Lõuna-Eestis. Ravikindlustuse puudumise osatähtsus oli piirkonniti küllaltki sarnane, väikseim oli see Lääne-Eestis.

Viimase 12 kuu jooksul arstiabi kasutamisest jääb kõigepealt silma haiglaravi viibinute suur ja arstiga telefoni teel konsulteerinute väike osatähtsus Kirde-Eestis, hambaarsti juures käinute osatähtsus on väiksem Kirde- ja Kesk-Eestis, muu eriarstiabi puhul Lääne-Eestis. Viimase seitsme päeva ravimikasutusest nähtub, et Kirde-Eestis oli kõigi uuritud ravimite kasutanute osatähtsus suurem kui teistes piirkondades, vitamiinide kasutajaid oli enim Põhja-Eestis. Lisaks oli Kirde-Eestis silmatorkavalt suur viimase viie aasta jooksul Pap-testi ja eesnäärmeuringut mitteteinute osatähtsus (vt joonis 1).

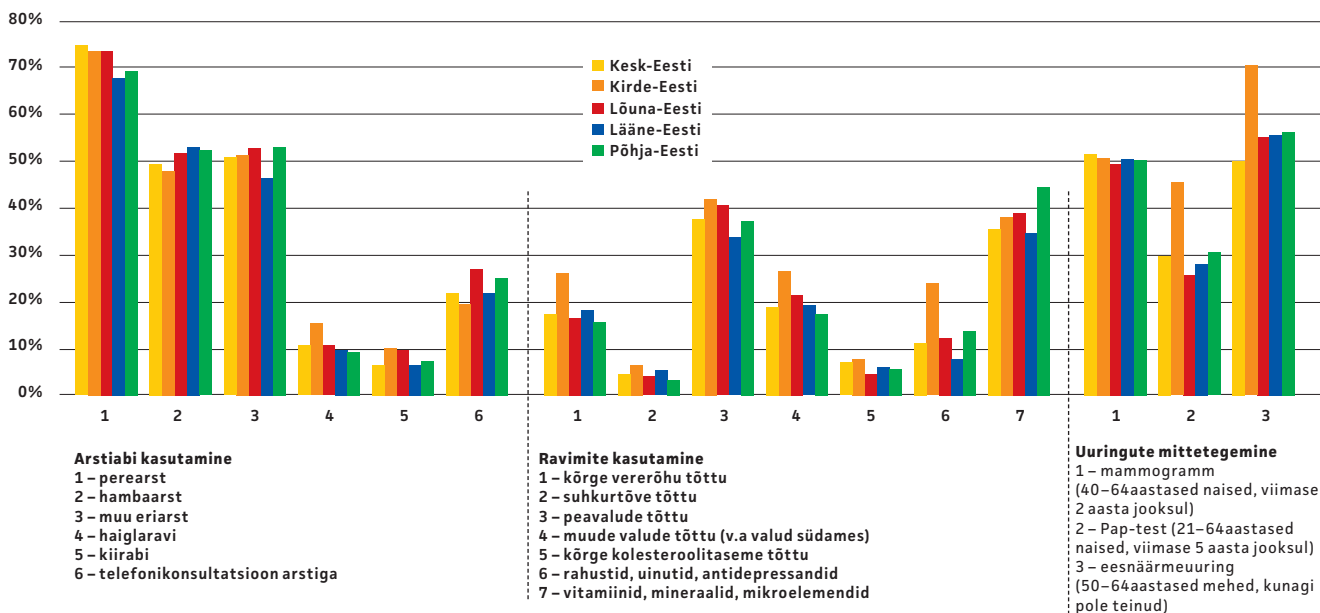
Pearastiabi kasutanute visiitide keskmine arv aastas oli kõigis piirkondades väga sarnane ja oluliselt suurem kui Põhja-Eestis, telefonikonsultatsioonide keskmiselt arvult

Tabel 1. Vastajate arv ja nende piirkondlik jaotus (%) demograafiliste, sotsiaal-majanduslike ja tervise seisundit kirjeldavate tunnuste järgi (Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring 2012)

Tunnus	Kesk-Eesti	Kirde-Eesti	Lõuna-Eesti	Lääne-Eesti	Põhja-Eesti
Vastajate arv	345	350	781	334	1159
Sugu:					
mehed	42,0	45,7	45,8	41,9	39,3
naised	58,0	54,3	54,2	58,1	60,7
Vanuserühm:					
16–24	15,9	13,7	19,1	18,0	14,2
25–34	17,1	13,4	18,1	14,4	22,0
35–44	19,7	17,4	19,8	19,8	20,6
45–54	24,4	24,9	21,6	24,2	20,8
55–64	22,9	30,6	21,4	23,6	22,4
Haridus:					
alg-, põhi-	19,5	10,3	17,8	19,8	11,0
kesk-	26,5	23,1	28,2	27,8	23,7
keskeri-	33,7	46,0	30,9	35,3	29,2
kõrg-	20,3	20,6	23,1	17,1	36,1
Sissetulek:					
< 256 eurot	30,9	42,2	36,7	30,6	22,4
256–639 eurot	55,6	48,2	48,4	54,1	51,9
> 639 eurot	13,5	9,6	14,9	15,3	25,7
Majanduslik aktiivsus:					
töötav	65,9	62,8	63,5	67,0	72,2
mittetöötav	24,0	25,5	30,0	26,9	20,6
töötu	10,1	11,7	6,5	6,1	7,2
Ravikindlustus puudub	7,6	5,5	7,9	5,1	7,3
Saab töövõimetuspensioni	9,9	20,4	16,9	12,9	5,6
Esineb pikaajaline terviseprobleem	49,3	54,9	47,7	42,7	43,3
Tervise enesehinnang:					
hea, üsna hea	48,0	38,4	48,7	55,6	55,8
keskmine	43,3	47,3	35,4	33,3	37,7
halb, üsna halb	8,7	14,3	15,9	11,1	6,5

ületas vaid Lõuna-Eesti võrdluspriirkonda. Haiglaravi keskmine kestus (ööpäeva ravil olnu kohta) oli pikim Lõuna- ja Kirde-Eestis, lühim Kesk-Eestis, kuid erinevus Põhja-Eestist polnud üheski piirkonnas statistiliselt oluline (vt tabel 2).

Tabelis 3 on esitatud analüüsitulemused ainult nende tunnuste kohta, mille korral vähemalt ühes piirkonnas ilmnes statistiliselt oluline erinevus võrreldes Põhja-Eestiga. Olulist piirkondlikku erinevust ei ilmnenud hambaarsti, muu eriarsti, kiirabi ega arstiga telefonikonsultatsioonide kasutamises; vitamiinide ja ravimite kasutamisel kõrge kolesteroolitaseme ning suhkruhaiguse



Joonis 1. Vastajate jaotus viimase 12 kuu jooksul arstiabi ja viimase 7 päeva jooksul teatud ravimite kasutamise ning vähi varaseks avastamiseks uuringute mittetegemise järgi piirkonniti (Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring 2012).

tõttu; 40–64aastastel naistel mammograafia ja 50–64aastastel meestel eesnäärmeuuringute mittetegemisel. Näiteks oli hambaarsti-teenuse kasutamise šansisuhe Kesk-, Kirde-, Lõuna- ja Lääne-Eestis vastavalt 1,06 (95% uv 0,82–1,38), 0,97 (95% uv 0,75–1,26), 1,10 (95% uv 0,90–1,34) ja 1,18 (95% uv 0,90–1,53); mammograafia mittetegemisel 0,91 (95% uv 0,58–1,44), 1,05 (95% uv 0,66–1,65), 0,71 (95% uv 0,49–1,03) ja 0,80 (95% uv 0,50–1,27).

ARUTELU

Uuringu tulemustest ilmnes, et analüüsitud näitajate olulisi erinevusi võrreldes Põhja-Eestiga esines kõigis piirkondades, kuid erinevates valdkondades ja määral. Kirde-Eestis esines neid kõigis käsitletud valdkondades, seal kasutati rohkem haiglaravi ja mitmeid ravimeid ning rohkem 21–64aastasi naisi ei olnud teinud Pap-testi. Lõuna-Eestis kasutati rohkem perearstiabi ja vähem naisi ei olnud teinud Pap-testi. Kesk- ja Lääne-Eestis kasutati vähem rahusteid/uinuteid/antidepressante.

Viimasel ajal on paljudes riikides pööratud üha rohkem tähelepanu tervishoiusüsteemiga seotu osale tervise ebavõrdsuses. Paljudes lääneriikides on leitud, et sotsiaal-majanduslik võrdsus on tagatud küll esmatasandi arstiabi saamisel, kuid ebavõrdsus ilmneb eriarstiabi kasutamisel, kus soositakse rikkamaid ja haritumaid (3–5). Rootsist tehtud uuring näitas, et

patsiendi sotsiaal-majanduslik staatus ja tervisekindlustuse olemasolu mõjutas arste isegi sellise otsuse tegemisel nagu ravijuhendis ettenähtu asemel kallima, kuid samas vähem tõhusa preparaadi väljakirjutamisel (9). USAs ilmnes, et mida suurem on piirkonna esmatasandi arstide suhtarv, seda vähem kasutatakse seal haiglaravi ja pöörduetakse erakorralise meditsiini osakonda (10). Kasutades Statistikaameti 2012. aasta andmeid (23), leidsime, et Eestis on perearste 100 000 inimese kohta kõige rohkem Põhja-Eestis, kus meie uuringu andmetel on haiglaravil viibinute osa väiksem; järgneb Lõuna-Eesti, kolmes ülejäänud piirkonnas on see näitaja väiksem ja küllaltki sarnane. Vältitava ja erakorralise hospitaliseerimise vähendamine on mitmetes riikides muutunud esmatähtsaks ülesandeks (11).

Ühendkuningriigis on rõhutatud vajadust muuta levinud arusaama, et tõsist haigust saavad diagnoosida või välistada ainult haiglas töötavad arstid, mistõttu isegi krooniliste haiguste ägenemise korral kutsuvad patsiendid kiirabi ning selliste väljakutsete arv kasvab pidevalt (12). Samuti on Ühendkuningriigis leitud, et tervisealase telefonikonsultatsiooni-teenuse (*telephone health coaching*) kasutamine ei vähendanud krooniliste haigustega patsientide hospitaliseerimist võrreldes nendega, kes seda teenust ei kasutanud (13). Selline telefoni-

konsultatsiooni-teenus, mille käigus vastava väljaõppega õed helistavad regulaarselt arvel olevatele patsientidele meeldetuletamise/nõustamise/õpetamise eesmärgil ei ole võrreldav arstlike telefonikonsultatsiooni-dega Eestis, mida algatab patsient.

Reumatoidartriidihaigete ambulatoorse arstiabi kasutamise uuringus leiti, et võrreldes muu Eestiga (eriti Põlva-, Valga-, Võru- ja Viljandimaaga) külastasid tallinlased oluliselt vähem perearsti ja sagedamini eriarsti (24). Autorid eeldavad, et sarnane olukord valitseb teistegi krooniliste haiguste puhul ja peavad seda piiratud ressursi raiskamiseks. Hiljutine uuring Eestis näitas, et teatud n-ö vale tervisekäitumine (ülekaal/rasvumus, suitsetamine) suurendab arstiabi kasutamist (25). Inimeste tervisekäitumine Eestis on oluliselt seotud nende sotsiaal-majandusliku staatusega, iseäranis hariduse, kuid ka sissetuleku, majandusliku aktiivsuse jms (14). Seega vähendas kohandamine nimetatud teguritele (lisaks sugu ja vanuserühm) ka vastajate tervisekäitumise mõju analüüsi lõpptulemusele.

Kui rinna- ja emakaelavähi varaseks avastamiseks tehtavate uuringute suhtes (hõlmatud vanuserühm, uuringutevaheline intervall jm) valitseb suhteline üksmeel (16, 17), siis tavaliselt pärast 50. eluaastat areneva eesnäärmevähi varaseks avastamiseks vajalike uuringute (eriti PSA-test) suhtes esinevad erimeelsused (18–20). Kriitika põhineb suures osas seisukohal, et ülemäärane uurimine võib põhjustada eesnäärmevähi ülediagnoosimise ja -ravimise (18). Eestis on nimetatud vähipaikme suremus märgatavalt suurem kui mujal Euroopas ning selle põhjuseks eelkõige asjaolu, et mehed jõuavad arsti juurde liiga hilja. Kohaliku eksperdihinnangu järgi peaksid eesnäärmevähi varase avastamise programmi nurgakiviks saama perearstid (20). Meie andmetel oli kõigis piirkondades 50–64aastastest meestest kunagi teinud eesnäärmeuuringuid (palpatsioon, sonograafia ja/või PSA-test) vähemus ning suurem osa neist oli seda teinud omaalgatuslikult (14).

Eurobaromeetri järgi ei sõltunud rahvastikutüüpide rinna- ja emakaelavähi sõeluuringute osalusmäär osalejate sotsiaal-majanduslikust staatusest (26). Meie uuringu tulemuste põhjal ei ilmnunud olulist piirkondlikku erinevust võrreldes Põhja-Eestiga 40–64aastastel naistel viimase kahe aasta

Tabel 2. Arstiabi kasutamise sagedus ühe kasutanu kohta viimase 12 kuu jooksul Eesti eri piirkondades (Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring 2012)

Arstiabi liik	Kesk-Eesti	Kirde-Eesti	Lõuna-Eesti	Lääne-Eesti	Põhja-Eesti
Perearst (korda)	3,2*	3,7*	3,6*	3,2*	2,7
Hambaarst (korda)	2,4	2,5	2,5	2,2	2,6
Muu eriarst (korda)	2,5	3,2	2,8	3,0	3,0
Haiglaravi (korda)	1,5	1,4	1,4	1,5	1,4
Haiglaravi (ööpäeva ravil olnu kohta)	6,3	9,7	10,0	7,4	9,1
Kiirabi (korda)	1,6	2,2	2,0	1,8	1,6
Telefonikonsultatsioon (korda)	2,4	2,5	3,8*	2,4	2,8

* Näitaja on t-testi alusel statistiliselt oluliselt erinev Põhja-Eesti näitajast.

Tabel 3. Arstiabi (viimase 12 kuu jooksul) ja ravimite (viimase seitsme päeva jooksul) kasutamise ning vähi varaseks avastamiseks uuringute mittetegemise erinevus (OR) võrreldes Põhja-Eestiga piirkonniti (Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring 2012)

Tunnus	Kesk-Eesti	Kirde-Eesti	Lõuna-Eesti	Lääne-Eesti	Põhja-Eesti
Arstiabi kasutamine:					
perearst					
OR	1,25	1,24	1,26	0,91	1,00
95% uv	(0,94–1,66)	(0,93–1,66)	(1,02–1,56)	(0,69–1,20)	
haiglaravi					
OR	1,12	1,67	1,12	0,86	1,00
95% uv	(0,73–1,70)	(1,13–2,45)	(0,81–1,55)	(0,54–1,37)	
Ravimite kasutamine:					
kõrgvererõhu tõttu					
OR	0,96	1,44	1,06	1,01	1,00
95% uv	(0,66–1,40)	(1,03–2,03)	(0,79–1,42)	(0,69–1,47)	
peavalude tõttu					
OR	0,93	1,32	1,10	0,79	1,00
95% uv	(0,71–1,22)	(1,01–1,72)	(0,90–1,35)	(0,60–1,05)	
muude valude tõttu (v.a valu südames)					
OR	0,94	1,46	1,21	1,01	1,00
95% uv	(0,67–1,32)	(1,07–1,98)	(0,95–1,55)	(0,72–1,42)	
rahustid, uinutid, antidepressandid					
OR	0,66	1,62	0,80	0,46	1,00
95% uv	(0,44–0,99)	(1,16–2,26)	(0,59–1,08)	(0,29–0,74)	
Ei ole teinud uuringuid vähi varaseks avastamiseks:					
Pap-test (21–64-aastased, viimase 5 aasta jooksul)					
OR	0,74	1,50	0,63	0,71	1,00
95% uv	(0,51–1,08)	(1,04–2,16)	(0,47–0,86)	(0,47–1,06)	

OR – šansisuhe, kohandatud soole, vanusele, haridusele, sissetulekule ja majanduslikule aktiivsusele; 95% uv – 95% usaldusvahemik

jooksul mammogrammi mittetegemisel, samas oli Pap-testi viimase viie aasta jooksul mitteteinute osatähtsus 21–64aastaste naiste seas Kirde-Eestis oluliselt suurem. Sama tulemuse saime, hinnates neid uurin-

guid mitteteinute osatähtsust rinna- ja emakaelavähi organiseeritud sõeluuringuga hõlmatud vanuserühmades (vastavalt 50–62- ja 30–55aastased), kusjuures eri piirkondades tegi mammogrammi uuringukutse saamise järel 85–92% naistest, Pap-testi aga ainult 26–37% (tulemused pole esitatud). Seega tegi põhiline osa 40–64aastastest naistest mammogrammi organiseeritud sõeluuringu raames (kindlasti ei saa alahinnata, kas ja mil määral arstid mõjutasid naise selles osalemas), valdav osa 21–64aastastest Pap-testi aga arsti algatusel.

Eesti uuringus ilmnis, et pärast rinna- vähi sümptomite avastamist patsiendi viivitusega arsti vastuvõtule registreerimise tõenäosus piirkonniti oluliselt ei erinenud (27). Arstist/tervishoiusüsteemist tingitud viivitusel ilmnisid aga olulised piirkondlikud erinevused: mõõduka viivituse risk oli võrreldes Lõuna-Eestiga suurem kõigis teistes piirkondades, pika viivituse risk Lääne- ja Kirde-Eestis (28). Aastatel 1995–2006 Eesti vähiregistris registreeritud naiste rinnavähijuhtude analüüsil selgus, et hilisstaadiumis vähi diagnoosimise risk sõltus enim patsiendi elukohast: Tallinnaga võrreldes oli see Tartus oluliselt väiksem ja Ida-Virumaal oluliselt suurem, kusjuures erinevuse tõenäoseks põhjuseks peeti erinevust hariduses, töötuse määras ja arstiabi kättesaadavuses (29).

Töö tugevad küljed ja puudused

Uuringu tugevaks küljeks on põhinemine suhteliselt suurel rahvastiku juhuvalimil ning saavutatud küllaltki suur vastamismäär, mistõttu võib uuringu tulemusi pidada usaldusväärseks.

Kuna analüüsisime ainult näitajate piirkondlikku erinevust võrdluses Põhja-Eestiga, siis ei ole vastajate endi esitatud andmete kasutamine uuringu puuduseks, sest meenusvea erinemine piirkonniti ei ole tõenäoline.

Kahtlemata on uuringu puuduseks, et vähi varast avastamist võimaldavate uuringute puhul küsiti lihtsalt vastavate uuringute tegemise kohta, sest vastajal on postiküsitluse raames liiga keeruline eristada neid tegemise põhjuse (diagnostiline või profülaktiline) alusel (30). Uuringu põhiliseks puuduseks on aga kindlasti see, et meie käsutuses olevate andmete põhjal pole võimalik selgitada arstiabi ja teatud ravimite kasutamises leitud erinevuste põhjusi

ega neile hinnangut anda. Selleks oleks vaja rohkem ja täpsemat teavet uuringus osalejatelt nii nimetatud valdkondade kui ka nende tervises seisundi kohta, mida tervisekäitumisuuringus ei koguta.

KOKKUVÕTE

Uuringus analüüsitud näitajate olulisi erinevusi võrreldes Põhja-Eestiga esines riigi kõigis piirkondades. Kirde-Eestis kasutati viimase 12 kuu jooksul rohkem haiglaravi ja viimase seitsme päeva jooksul mitmeid ravimeid ning rohkem 21–64aastasi naise ei olnud viimase viie aasta jooksul teinud Pap-testi. Lõuna-Eestis kasutati rohkem perearstiabi ja vähem vastava vanuserühma naise ei olnud teinud Pap-testi, Kesk- ja Lääne-Eestis kasutati vähem rahusteid/uinuteid/antidepressante.

Olulist piirkondlikku erinevust võrreldes Põhja-Eestiga ei ilmnunud 40–64aastastel naistel viimase kahe aasta vältel mammogrammi tegemisel, mida tehakse põhiliselt riikliku organiseeritud sõeluuringu raames.

Meie käsutuses olevate andmete põhjal pole võimalik selgitada arstiabi ja ravimite kasutamise piirkondlike erinevuste põhjusi. Tõenäoselt on leitud oluliste erinevuste tekkel oma osa tervishoiukorralduse piirkondlikel erinevustel.

TÄNUAVALDUS

Autorid tänavad Tiiu Vahtramäed tehnilise töö eest uuringu teostamisel. Uuringut rahastati „Südame- ja veresoonekonnahaiguste ennetamise riikliku strateegia 2005–2020” raames, uurimistõetused saadi Haridus- ja Teadusministeeriumilt (SF0940026s07) ning Eesti Teadusagentuurilt (IUT5-1).

VÕIMALIKU HUVIKONFLIKTI DEKLARATSIOON

Artikli autorid kinnitavad, et neil puudub huvide konflikt seoses uuringuga.

SUMMARY

Regional differences in the use of health care and medications and in undergoing examinations for early detection of cancer on the basis of the Health Behaviour Among Estonian Adult Population 2012 study

Mare Tekkel¹, Tatjana Veideman¹

Aim. To analyse differences in the use of health care and certain medications as well as in undergoing examinations for

¹ Department of Epidemiology and Biostatistics, National Institute for Health Development, Tallinn, Estonia

Correspondence to: Mare Tekkel
mare.tekkel@tai.ee

Keywords: use of health care and medications, investigations for early detection of cancer, region of residence, Estonia

early detection of cancer according to the region of residence in Estonia.

Methods. Data from the Health Behaviour Among Estonian Adult Population 2012 study were used for analyses. For the purposes of the study, a stratified random sample of Estonian population was drawn from the Population Register – 5000 individuals aged 16 to 64 years. Questionnaires, compiled in both Estonian and Russian, were mailed in March-April, 2012, to which 2969 individuals responded. Regional differences in comparison with Northern Estonia were estimated by odds ratios (OR) with the 95% confidence interval, adjusted for gender, age, education, income and economic activity, using multilevel logistic regression.

Results. Compared with Northern Estonia, the following indicators were significantly higher: use of family physician's care in the past 12 months in Southern Estonia; average number of visits by users of family physician care in all regions; number of hospital admissions; use of various medications in the past seven days; and, for women, non-administration of a PAP test in the past five years in Northeastern Estonia. Compared with Northern Estonia, the following indicators were significantly lower: use of sedatives/hypnotics/antidepressants in Central and Western Estonia; for women, non-administration of a PAP test in the past five years in Southern Estonia.

Conclusion. Compared with Northern Estonia, only Northeastern Estonia displayed significant differences in all studied domains. Significant regional differences were not noted in the non-administration of mammography provided mostly within the framework of national screening. Most likely, the reasons for the above analysed differences lie, among other things, in the applied regional health care system.

KIRJANDUS/REFERENCES

1. Tervis ja heaolu Eesti maakondades 2000–2010. Tallinn: Tervise Arengu Instituut; 2012.
2. Eesti regionaalarengu strateegia 2020 lähteolukorra analüüs. http://www.koda.ee/public/ERAS2020_lahteolukorra_analuus_uus.pdf.
3. Kristenson M, Lundberg J, Garvin P. Socioeconomic differences in outpatient healthcare utilisation are mainly seen for musculoskeletal problems in groups with poor self-rated health. *Scand J Public Health* 2011;39:805–12.
4. McBride D, Hardoon S, Walters K, Gilmour S, Raine R. Explaining variation in referral from primary to secondary care: cohort study. *BMJ* 2010;341.

5. Vikum E, Krokstad S, Westin S. Socioeconomic inequalities in health care utilisation in Norway: the population-based HUNT3 survey. *Int J Equity Health* 2012;11:48.
6. Åhs A, Burell G, Westerling R. Care or not care – that is the question: predictors of healthcare utilisation in relation to employment status. *Int J Behav Med* 2012;19:29–38.
7. Dubikaytis T, Larivaara M, Kuznetsova O, Hemminki E. Inequalities in health and health service utilisation among reproductive age women in St. Petersburg, Russia: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res* 2010;10:307.
8. Kikas M, Lausvee E. Sotsiaal-majanduslik staatus tervise tausttegurina. *Eesti Arst* 2008;87:176–83.
9. Ohlsson H, Lynch K, Merlo J. Is the physician's adherence to prescription guidelines associated with the patient's socioeconomic position? An analysis of statin prescription in South Sweden. *J Epidemiol Community Health* 2010;64:678–83.
10. Kravet SJ, Shore AD, Miller R, Green GB, Kolodner K, Wright SM. Health care utilization and the proportion of primary care physicians. *Am J Med* 2008;121:142–8.
11. Purdy S. Tackling avoidable hospital admissions: improving or compromising quality? *Qual Prim Care* 2012;20:243–4.
12. Booker MJ, Simmonds RL, Purdy S. Patients who call emergency ambulances for primary care problems: a qualitative study of the decision-making process. *Emerg Med J* 2013;Mar 27 [Epub ahead of print].
13. Steventon A, Tunkel S, Blunt I, Bardsley M. Effect of telephone health coaching (Birmingham OwnHealth) on hospital use and associated costs: cohort study with matched controls. *BMJ* 2013;347:f4585.
14. Tekkel M, Veideman T. Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring, 2012 (Health Behavior among Estonian Adult Population, 2012). Tallinn: Tervise Arengu Instituut (National Institute for Health Development); 2013. http://www.tai.ee/terviseandmed/uuringud?limit=10&filter_catid=0&filter_year=2013&filter_pubid=71&filter_languageid=0&filter=&filter_order=p.publish_year&filter_order_Dir=DESC.
15. NUTS regioonide metaandmed. Eesti Statistika: <http://www.stat.ee/50364>.
16. European Commissioner for Health and Consumer Protection. European guidelines on quality assurance in breast cancer screening and diagnosis. Fourth Edition. Brussels: 2006. <http://www.euref.org/european-guidelines>
17. Screening for Cervical Cancer. U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Release: March 2012. <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf11/cervcancer/cervcancerr.htm>.
18. Guidelines on Prostate Cancer. European Association of Urology, 2012. http://www.uroweb.org/gls/pdf/08%20Prostate%20Cancer_LR%20March%2013th%202012.pdf.
19. Aleksic I, Mouraviev, Albala D. Recent developments in prostate cancer screening guidelines. *J Cancer Sci Ther* 2013;S7:005.
20. Eesnärmevähi varane avastamine vajab senisest suuremat tähelepanu. *Eksperdihinnang. Eesti Arst* 2009;88:686–8.
21. Rinnavähi sõeluuring. Eesti Vähiliit: <http://cancer.ee/rinnavahi-soeluuringud/>.
22. Emakakaelavähi sõeluuring. Eesti Vähiliit: <http://cancer.ee/emakakaelavahi-soeluuringud/>.
23. TH07: Arstid maakonna järgi, 31. detsember. Eesti Statistika: <http://pub.stat.ee/px-web.2001/Dialog/varval.asp?ma=Th07&ti=ARSTID+MAAKONNA+%C4%RG%2C+31%2E+DETSEMBER&path=../Database/Sotsiaalelu/13Tervishoid/04Tervishoiu asutused/&lang=2>.
24. Põlluste K, Kallikorm R, Meiesaar K, Lember M. Reumatoidartriidihäigete rahulolu arstiabi kättesaadavusega. *Eesti Arst* 2010;89:389–99.
25. Vals K, Kiiwet RA, Leinsalu M. Alcohol consumption, smoking and overweight as a burden for health care services utilization: a cross-sectional study in Estonia. *BMC Public Health* 2013;13:772.
26. Walsh B, Silles M, O'Neill C. The importance of socio-economic variables in cancer screening participation: a comparison between population-based and opportunistic screening in the EU-15. *Health Policy* 2011;101:269–76.
27. Väljaots K, Tekkel M, Innos K. Viivitus esmasel arsti poole pöördumisel ja selle põhjused rinnavähipatsientidel Eestis. *Eesti Arst* 2012;91:121–7.
28. Vsevirov D. Tervishoiusteemi viivitus rinnavähi diagnoosimisel ja sellega seotud tegurid. Tartu, 2012. <http://rahatervis.ut.ee/bitstream/1/4971/1/Vsevirov2012.pdf>.
29. Innos K, Mägi M, Tekkel M, Aareleid T. Place of residence predicts breast cancer stage at diagnosis in Estonia. *Eur J Public Health* 2011;21:376–80.
30. Coughlin SS, Uhler RJ, Bobo JK, Caplan L. Breast cancer screening practices among women in the United States, 2000. *Cancer Causes Control* 2004;15:159–70.