

Perearstiabi kasutamise peamised põhjused ning perearsti ja pereõe tööjaotus 2017. aastal

Eva Anderson¹, Merike Rätsep¹, Liisi Panov¹, Katre Väärssi¹, Viktoria Kirpu¹, Diana Sokurova¹, Natalja Eigo¹

Taust. Enamik terviseprobleemidega peab inimene saama abi oma perearstilt või pereõelt. Tegelikult ei suudeta üldarstiabi tasandil suure töökoormuse tõttu täita kõiki ettenähtud ülesandeid. Patsiendid pöörduvad soovitusel rohkem eriarstiabi osutajate poole, sealhulgas perearsti poolt põhjendamatult suunatuna.

Üldarstiabi sünonüümina on laialdaselt kasutusel termin „perearstiabi“, mis peegeldab paremini ajas muutunud teenuse sisu. Seetõttu on artiklis kasutatud edaspidi terminit „perearstiabi“.

Eesmärk. Selgitada välja perearstiabi kasutamise peamised põhjused põhidiagnoosi järgi ning kirjeldada perearsti ja pereõe tööjaotust. Uuringu idee algataja oli Eesti Perearstide Selts.

Metoodika. Läbilõikelise uuringu aluseks olid 2017. aasta Eesti Haigekassa ravikindlustuse andmekogu perearstiabi raviarved, mille põhjal uuriti visiitide sagedusjaotust pöördumise peamise põhjuse järgi. Erinevate rühmade keskmiste võrdlemisel kasutati kirjeldava statistika meetodeid.

Tulemused. 2017. aastal kasutas perearstiabi üle miljoni inimese, 82% Eestis elavatest naistest ja 72% meestest. Pöördumise sagedus oli suurim väikelaste seas (kuni 4aastased), keskmiselt üheksa korda aastas. Eakad (65 ja vanemad) järgnesid kaheksa visiidiga. Kõige harvem, neli korda aastas, pöördusid perearstiabi poole noored vanuses 15–24 aastat. 6,5 miljonist visiidist 60% tegid 45aastased ja vanemad patsiendid. Suurima osatähtsuse (21%) moodustasid 65aastaste ja vanemate naiste pöördumised.

Sagedamini pöörduiti hingamis- (17%) või vereringeelundite haiguste (17%), muude tervishoiukontaktide (17%) ning lihaskonna ja sidekoe haiguste (12%) tõttu.

Perearstiabi visiitidest 70% moodustasid ambulatoorsed vastuvõetud, 29% telefoninõustamised ja 1% e-posti teel nõustamised. Perearstiabi visiitidest tehti kolmveerand perearsti ja veerand pereõe juurde. Perearst tegeles kõige rohkem hingamis- ja vereringeelundite haigustega ning pereõe muude tervishoiukontaktide ja vereringeelundite haigustega.

Järeldused. Perearstiabi pöördumise sagedasemad põhjused jaotusid võrdselt kolme haigusrühma vahel, sisaldades nii ägedate ja krooniliste haiguste puhust nõustamist või ravi kui ka mitmekesisest profülaktilist tegevust. Krooniliste haigustega (nt vereringeelundite haigused) pöördunute visiitide arv moodustab perearstiabi osutaja tööst suure osa, visiitide kvaliteet vajab edasist analüüsi. Esineb ebahühtlus pöördumise põhjuste, eriti muude tervishoiukontaktide kodeerimises, seetõttu on vaja selgemaid kokkuleppeid kodeerimise kohta.

Perearstiabis tegeletakse kõigi perearsti nimistus olevate inimeste ägedate ja krooniliste haigustega, jälgitakse lapse arengut ja vaktsineeritakse, tehakse väiksemaid kirurgilisi protseduure, võetakse analüüse,

suunatakse uuringutele ja nõustatakse patsienti erinevate haigusi ennetavate tegevuste suhtes (1). Praegune süsteem ei taga inimestele kvaliteetset ja koordineeritud teenust (2, 3). Probleemiks on

Eesti Arst 2019; 98(9):495–503

Saabunud toimetusse: 12.03.2019
Avaldamiseks vastu võetud: 19.06.2019
Avaldatud internetis: 28.10.2019

¹ Tervise Arengu Instituut

Kirjavahetajaautor:
Eva Anderson
eva.anderson@tai.ee

Võtmesõnad:
üldarstiabi, perearstiabi, esmatasand, visiidid, perearst, pereõe

perearsti kättesaadavus (2–6). Praeguses Eestis ei ole lihtne leida perearsti igasse piirkonda, mistõttu väheneb patsientide hulk, kes saavad vastuvõtule samal päeval, ja suureneb vastuvõtule saamine mitte varem kui 3.–4. päeval (2, 4). On piirkondi, kus puudub võimalus saada perearsti vastuvõtule töövälisel ajal või nädalavahetusel ja sellisel juhul on ainuke võimalus arstiabi saada erakorralise meditsiini osakonnas (5). Riigikontrolli audit tõi välja, et ligi 40% erakorralise meditsiini osakonda pöördunud patsientidest oleks võinud abi otsida perearstilt (4, 5). Vaatamata perearstide suurele osalusele kvaliteedisüsteemis, on leitud, et krooniliste haigete terviseseisundi jälgimine ei ole heal tasemel ning kvaliteet kõigub perearstide vahel. Krooniliste haigustega patsiendid ei saa piisavalt ravijuhendites ettenähtud ennetavaid teenuseid ja kergekäeliselt suunatakse patsiente samu teenuseid pakuva eriarsti juurde ning see koormab samuti tervishoiusüsteemi (4–6). Enam kui pooltel juhtudel on hüpertoonia-tõve patsiente suunatud kardioloogi juurde põhjendamatult (3, 6). Esmatasandi tervishoiu piiratud toimimise korral langeb aga abivajajate aitamine eriarstidele, haiglatele ja erakorralise meditsiini osakondadele ning see suurendab nii tervishoiusüsteemi kulusid kui ka vähendab eriarstiabi kättesaadavust (4–6). Põhjusena nimetavad

perearstid ülekoormatust ja suutamatust seetõttu täita kõiki neile pandud ülesandeid (3). Krooniliste haigete süstemaatiline jälgimine on ressursi nõudev ja oma aja võtavad ka ennetusele suunatud tegevused (3, 4, 6, 7). Lisaks nõuab tööaega aruandlus (3). Esmatasandi meeskonnas on pereõe rolli suurendamine olnud tervishoiusüsteemi arendamise üks olulisi eesmärke, sh arsti töökoormuse vähendamine ja arstiabi kättesaadavamaks muutmine (3, 6).

UURINGU EESMÄRK

Uuringu eesmärk oli uurida perearstiabi kasutamise peamisi põhjusi ning kirjeldada perearsti ja pereõe tööjaotust visiidi tüübi ja pöördumise põhjuse alusel.

METOODIKA

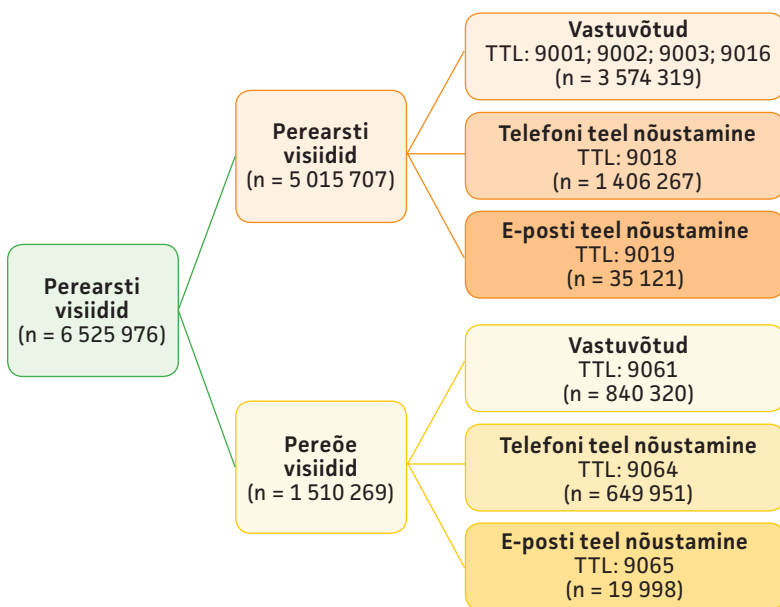
Artikkel on koostatud Tervise Arengu Instituudi läbiviidud analüüsi „Perearstiabisse pöördumise põhjused 2017“ alusel (8). Läbilõikelise uuringu aluseks olid 2017. aasta Eesti Haigekassa (EHK) ravikindlustuse andmekogu ravikindlustatud ja -kindlustamata patsientide üldarstiabi arved. Analüüsi hõlmati kõik raviarved, mis sisaldasid mõnda järgmistest tervishoiuteenuse loetelu koodidest (TTL):

- 1) perearsti esmane vastuvõtt (9001);
- 2) perearsti korduv vastuvõtt (9002);
- 3) perearsti profülaktiline vastuvõtt (9003);
- 4) perearsti kindlustamata isikute plaaniline vastuvõtt (9016);
- 5) perearsti telefoni teel toimunud nõustamine (9018);
- 6) perearsti elektronposti teel toimunud nõustamine (9019);
- 7) pereõe vastuvõtt (9061);
- 8) pereõe telefoni teel toimunud nõustamine (9064);
- 9) pereõe elektronposti teel toimunud nõustamine (9065) (9).

Visiidi tüübid jaotati TTLi koodide alusel (vt joonis 1).

Raviarvetelt koguti järgmised tunnused:

- 1) tervishoiuteenuse osutaja kood äriregistris;
- 2) raviarve number;
- 3) raviarve alguse ja lõpu kuupäev;
- 4) patsiente eristav unikaalne kood;
- 5) patsiendi sugu;
- 6) patsiendi sünniaasta, mille põhjal arvutati patsiendi vanus visiidi toimumise ajal;



TTL – tervishoiuteenuse loetelu

Joonis 1. Perearstiabi visiitide jaotus tervishoiuteenuste loetelu järgi 2017. aastal.

- 7) visiidi tüüp;
- 8) põhidiagnoos.

Analüüsist jäeti välja ligi 1000 raviarvet, millel puudus mõni eespool nimetatud tunnus (patsiendi unikaalne kood, sugu, vanus). Kokku analüüsiti 3 981 994 raviarvet. Ühel raviarvel võis kajastuda mitu visiiti.

Perearstiabi kasutamise peamise põhjusena arvestati raviarvele märgitud põhidiagnoosi, lähtudes rahvusvahelise haiguste klassifikatsiooni 10. versioonist (RHK-10). Põhidiagnoos on patsiendi peamine seisund, mis määratakse tervisehoolduse episoodi lõpul. Peamiseks märgitakse seisund, mis oli patsiendi ravi- ja uurimisvajaduse peamine põhjus. Kui seisundeid on rohkem kui üks, valitakse nende hulgast see, mis põhjustas suurimat ressurside kasutust (10). Tulemuste osas on välja toodud nii haigusrühmad RHK-10 peatükkide alusel kui ka detailsemalt üksikdiagnoosid.

Andmeid puhastati ja analüüsiti tabelarvutustarkvaraga Microsoft Office Excel 2007 ja andmetöötlustarkvaraga Stata/IC 14.1. Tunnuste omavaheliste seoste leidmiseks kasutati χ^2 , T ja ANOVA teste ning väärtuste võrdlemiseks ja erinevuste avastamiseks Fischeri LSD, ANOVA ja Tukey HSD teste.

TULEMUSED

Uuringu andmetel kasutas 2017. aastal perearstiabi 82% Eestis elavatest naistest ja 72% meestest. Kokku pöörduiti aasta jooksul perearsti juurde 6 525 976 korral, mis teeb inimese kohta keskmiselt kuus visiiti aastas.

Sagedamini pöörduiti väikelastega (kuni 4aastased), keskmiselt üheksa korda aastas.

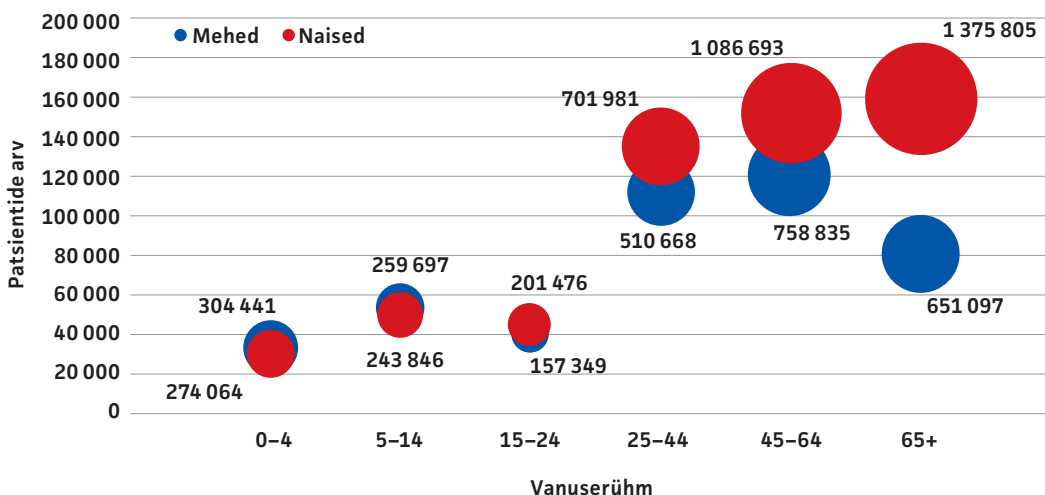
Eakad (65aastased ja vanemad) järgnesid kaheksa visiidiga. Harvem kasutasid perearstiabi noored vanuses 15 kuni 24, pöördues abi saamiseks keskmiselt neli korda aastas. Kuigi väikelastega pöörduiti sageli, ei olnud nende visiitide koguarv väga suur, sest kuni nelja-aastaste laste osatähtsus rahvastikus on vaid 5% (11). Pöördumiste sagedus perearstiabi saamiseks suurenes 45aastaste patsientide hulgas, kelle visiidid koos vanemate (45aastased ja vanemad) patsientidega moodustasid üle poole (60%) perearstiabi visiitidest.

Nais- ja meespatsientide visiitide arv oli sarnane kuni 25. eluaastani. Pärast 25. eluaastat suurenes naiste visiitide arv, mis on tingitud nii naiste suuremast osatähtsusest rahvastikus kui ka aktiivsemast tervishoiuteenuste kasutamisest. Peamiseks perearstiabi kasutajaks oli üle 65aastane naine (vt joonis 2).

Perearstiabi kasutamise peamised põhjused

Perearstiabi kasutati peamiselt nelja haigusrühma tõttu (vt tabel 1, joonis 3). Pooled pöördumistest jaotusid võrdselt hingamis- (17%) või vereringeelundite haiguste (16,7%) ja muude tervishoiukontaktide (17%) vahel. Lisaks oli üle kümnendiku pöördumisi seotud lihasluukonna ja sidekoe haigustega (12%).

Kõige enam visiite patsiendi kohta tehti vereringeelundite haiguste tõttu, keskmiselt seitse visiiti aastas selle haigusrühma patsiendi kohta. Vereringeelundite haigustega tehtud visiitide osatähtsus suurenes vanusega (vt joonis 3), olles 65aastaste ja



Joonis 2. Patsientide ja visiitide arv soo ning vanuserühma järgi 2017. aastal.

vanemate patsientide pöördumise põhjustest üle 40%.

Enim esinenud põhidiagnoos oli südamekahjustusega hüpertooniatõbi (I11; 432 000 visiiti), mis moodustas koos tüsistumata hüpertooniatõvega (I10; 290 885 visiiti) 11% pöördumise põhjustest.

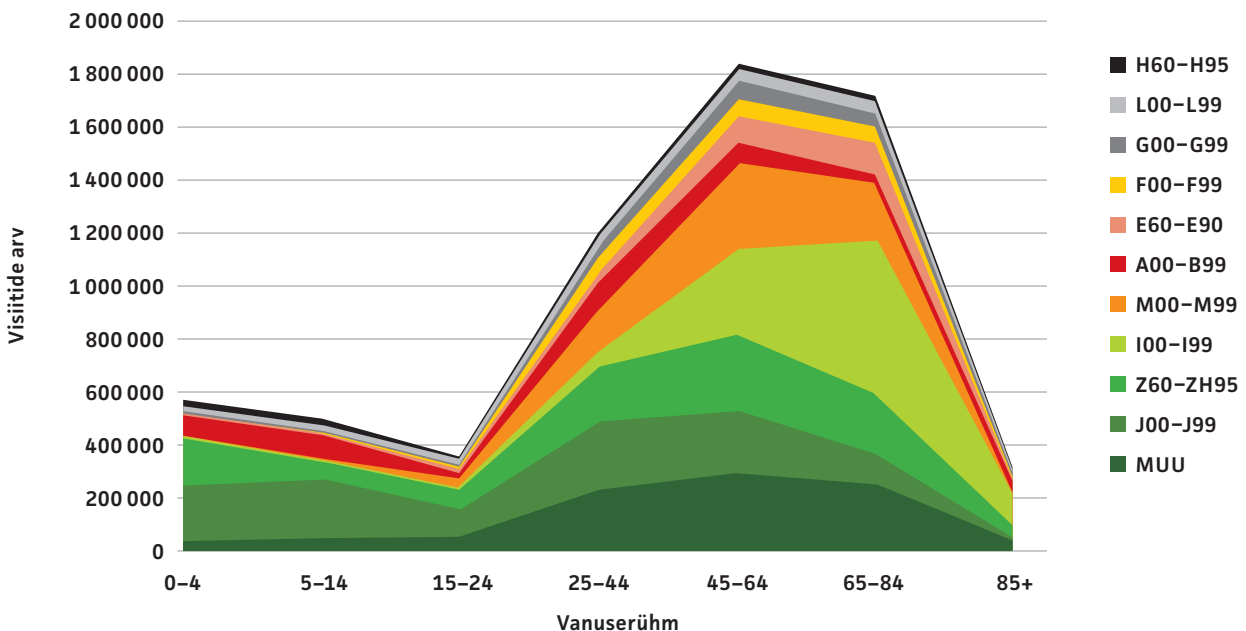
Hingamiselundite haigustega pöördusid perearstiasse kõige sagedamini kuni 45aastased patsiendid. Laste (kuni 14aastased) visiitidest moodustasid hingamiselundite haigused rohkem kui kolmandiku. Keskmiselt pöörduti lapsega hingamiselundite haiguse tõttu perearstiabi poole kaheksa korda aastas. Levinumaks diagnoosiks oli ülemiste hingamisteede täpsustamata paikme äge nakkus (RHK-10 kood J06).

Tihti esines visiidi peapõhjusena täpsustamata paikme viirusnakkus (B34), mida kasutatakse nii hingamisteede- kui ka soolenakkuste tähistamisel.

Muud tervishoiualased kontaktid hõlmavad mitmesuguseid tegevusi: väikelaste ja täiskasvanute profülaktilisi läbivaatusi, tervisetõendite ja retseptide väljastamist, vaksineerimist, jälgimist haiguse

kahtluse või sotsiaalsete probleemide korral jne. Muude tervishoiukontaktide eesmärgil pöörduti perearstiasse üle 1,1 miljoni korra, keskmiselt viis korda aastas sel põhjusel pöördunu kohta. Kolmandiku muude tervishoiukontaktide eesmärgil tehtud visiitidest moodustasid laste profülaktilised läbivaatused. Täiskasvanute sagedam põhjus oli retsepti pikendamine või abivahendi väljakirjutamine (RHK kood Z76), mille osatähtsus kasvas vanusega ning oli 65aastaste ja vanemate patsientide peamiseks põhjuseks 60%-l juhtudest. Sageduselt järgnesid tervisekontroll ja tervisetõendite vormistamine (RHK kood Z02) ning jälgimine haiguse kahtluse korral (RHK kood Z03). Tervisekontrolli ja tõendite vormistamise osatähtsus oli suurim vanuses 15 kuni 64 eluaastat.

Lihaskonna ja sidekoe haiguste osatähtsus oli suurim 45–64aastaste seas, kes moodustasid 40% sellel põhjusel pöördunutest. Keskmise visiitide arv aastas selle haigusrühma 45–64aastaste patsientide kohta oli seitse visiiti. Sagedasemaks põhjuseks olid seljavalu (M54) ning põlveliigete artroos (M17).



J00–J99 – hingamiselundite haigused; Z00–Z99 – muud tervishoiualased kontaktid; I00–I99 – vereringeelundite haigused; M00–M99 – lihaskonna ja sidekoe haigused; A00–B99 – teatavad nakkus- ja parasiithaigused; E00–E90 – sisesekretsiooni-, toitumis- ja ainevahetushaigused; F00–F99 – psüühika- ja käitumishäired; G00–G99 – närvisüsteemahaigused; H60–H95 – kõrva- ja nibujätkehaigused; L00–L99 – naha ja nahaaluskoe haigused.

Joonis 3. Visiitide arv peamise põhjuse (RHK-10 peatüki) ja vanuserühma järgi 2017. aastal.

Perearsti ja -õe tööjaotus visiidi tüübi ja põhjuse järgi

Perearstiabi 6,5 miljonist visiidist tehti kolm neljandikku perearsti ja neljandik pereõe juurde (vt joonis 4). Visiitidest ligi

70% moodustasid vastuvõtud, 29% telefoni ja 1% e-posti teel nõustamised.

Kõige enam pöörduetakse perearstiabisse vastuvõtule ja seda peaaegu kõikide vanuse- ja haigusrühmade kaupa. Telefoni teel

Tabel 1. Sagedasemad perearstiabi kasutamise põhjused põhidiagnoosi ja vanuserühma järgi 2017. aastal

Haiguse kood RHK-10 järgi	Kokku		0–14		15–44		45–64		65 +	
	Visiitide arv	%	Visiitide arv	%	Visiitide arv	%	Visiitide arv	%	Visiitide arv	%
Südamekahjustusega hüpertooniatõbi (I11)	431 920	6,6	1	0,0	8469	0,5	110 961	6,0	312 489	15,4
Ülemiste hingamisteede täpsustamata paikmega ägedad nakkused (J06)	380 758	5,8	170 324	15,7	118 039	7,5	72 640	3,9	19 755	1,0
Hüpertooniatõbi (I10)	290 885	4,5	32	0,0	29 949	1,9	126 742	6,9	134 162	6,6
Täpsustamata paikme viirusnakkus (B34)	240 429	3,7	107 751	10,0	79 918	5,1	43 067	2,3	9693	0,5
Seljalvalu (M54)	213 139	3,3	1213	0,1	71 867	4,6	92 949	5,0	47 110	2,3
Insuliinisõltumatu suhkurtõbi (E11)	125 662	1,9	32	0,0	4344	0,3	43 871	2,4	77 415	3,8
Kodade virvendus ja laperdus (I48)	121 749	1,9	3	0,0	1082	0,1	18 495	1,0	102 169	5,0
Äge bronhiit (J20)	119 939	1,8	37 541	3,5	26 303	1,7	33 500	1,8	22 595	1,1
Äge nina-neelupõletik (J00)	102 138	1,6	71 847	6,6	21 100	1,3	7361	0,4	1830	0,1
Äge neelupõletik (J02)	97 350	1,5	37 693	3,5	38 842	2,5	15 967	0,9	4848	0,2
Äge kõri- ja/või hingetorupõletik (J04)	73 247	1,1	25 808	2,4	20 706	1,3	19 070	1,0	7663	0,4
Unehäired (G47)	70 843	1,1	140	0,0	7506	0,5	20 373	1,1	42 824	2,1
Põlveliigese artroos (M17)	64 706	1,0	16	0,0	2570	0,2	26 255	1,4	35 865	1,8
Äge ninakõrvalurkepõletik (J01)	60 323	0,9	6639	0,6	33 269	2,1	15 946	0,9	4469	0,2
Kusepõie põletik (N30)	57 662	0,9	4833	0,4	22 595	1,4	13 549	0,7	16 685	0,8
Gastriit ja duodeniit (K29)	55 948	0,9	467	0,0	14 076	0,9	18 342	1,0	23 063	1,1
Mädata keskkõrvapõletik (H65)	55 729	0,9	40 689	3,8	8955	0,6	3948	0,2	2137	0,1
Liigeste mujal klassifitseerimata muud haigusseisundid (M25)	54 285	0,8	2 530	0,2	20 244	1,3	20 731	1,1	10 780	0,5
Äge suulae- ehk kurgumandlipõletik (J03)	48 131	0,7	17 752	1,6	23 190	1,5	5953	0,3	1236	0,1
Lipoproteiiniainevahetuse häired ja muud lipideemiad (E78)	45 744	0,7	23	0,0	2962	0,2	18 154	1,0	24 605	1,2
Muude lülivaheketaste haigusseisundid (M51)	43 869	0,7	7	0,0	11 914	0,8	23 391	1,3	8557	0,4
Sidekestapõletik (H10)	35 368	0,5	18 444	1,7	7859	0,5	5129	0,3	3936	0,2
Südamepuudulikkus (I50)	35 100	0,5	52	0,0	379	0,0	4794	0,3	29 875	1,5
Tuulerõuged (B01)	19 734	0,3	18 918	1,7	773	0,0	32	0,0	11	0,0
Muud tervishoiualased kontaktid (Z00–Z99)	1 111 644	17,0	252 028	23,3	290 149	18,5	286 688	15,5	282 779	14,0
Muud	2 569 669	39,4	267 280	24,7	704 414	44,8	797 620	43,2	800 355	39,5
Visiitide arv kokku	6 525 971	100	1 082 063	100	1 571 474	100	1 845 528	100	2 026 906	100

nõustamisi tehti enamasti vereringeelundite haiguste (I00–I99) ja muude tervishoiuprobleemide (RHK-10 koodid Z00–Z99) korral. Laste puhul olid sagedasemateks telefoni teel nõustamise põhjusteks lisaks muudele tervishoiukontaktidele hingamis- ja südamehaigused. E-posti teel nõustamist kasutatakse väga tagasihoidlikult. Kõige enam konsulteeriti e-kirja teel 25–44aastaseid patsiente.

Kui perearstiabisse tehtud visiitide koguarv oli patsiendi kohta suurim vereringeelundite haiguste korral (keskmiselt seitse visiiti), siis perearsti vastuvõtule pöörduti enim hingamis- ja südamehaigusega patsient perearsti vastuvõtul neli korda aastas. Perearsti korduvale vastuvõtule pöördunute arv oli suurim vereringeelundite haiguste puhul, neist enim südamekahjustusega hüpertooniatõve (RHK-10 kood I11) korral. Profülaktilised vastuvõetud moodustasid 8%, millest kaks kolmandikku olid tervisekontrollid tervisetõendi vormistamiseks (RHK-10 kood Z02) ja imikute-laste läbivaatused (RHK-10 kood Z00). Pereõe vastuvõttudest neljandik ja telefoni teel toimunud nõustamistest viiendik olid seotud muude tervishoiukontaktidega. Kuigi muud tervishoiukontaktid moodustasid pereõe poole pöördunute visiitipõhjustest suurima rühma, tehti sellealaseid visiite perearsti juurde märgatavalt rohkem. Erandiks olid

tervisenõustamised (RHK-10 kood Z71), millega tegeles enim pereõed.

Ülaltoodule lisaks pöörduti pereõe vastuvõtule vereringeelundite haigustega, peamiselt hüpertooniatõve ning kodade virvenduse ja laperdusega seotud terviseprobleemidega (16%).

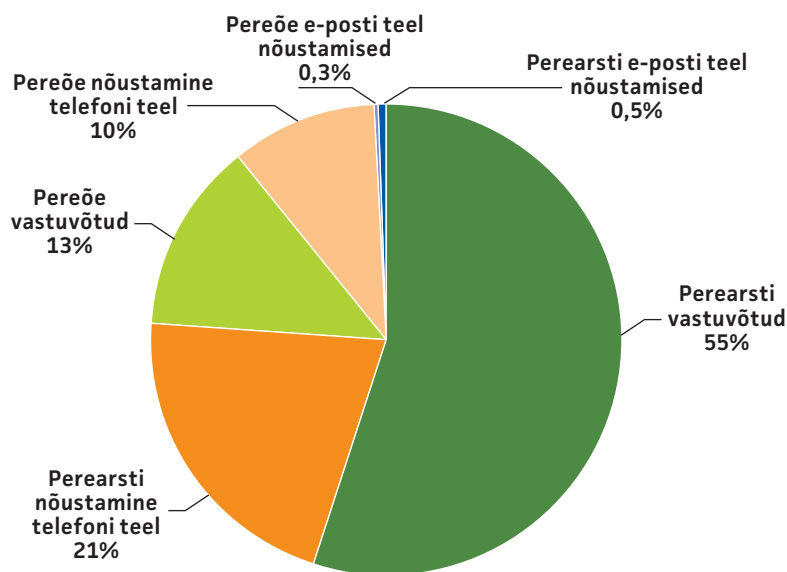
Telefoni teel nõustamised moodustasid perearsti visiitidest 29% ja pereõe visiitidest 43%. Peamiselt kirjutati välja retsepte ja abivahendeid ning jälgiti-hinnati haiguse või seisundi kahtluse korral (RHK koodid Z76; Z03).

ARUTELU JA JÄRELDUSED

Esmatasandi tervishoiuteenuseid pakub perearst koos pereõe ja teiste toetavate spetsialistidega (12, 13). Perearsti ülesanne on peamiselt haiguste diagnoosimine ja ravi ning patsientide suunamine eriarsti juurde. Iga perearsti juures peab töötama vähemalt üks pereõde, kelle iseseisev vastuvõtuaeg on vähemalt 20 tundi nädalas (12, 13). Alates 2013. aastast rahastatakse teise pereõe olemasolu perearsti meeskonnas (14). Pereõde tegeleb enam krooniliste haigete, rasedate ja tervete vastsündinute jälgimise, immuniseerimise ja riskirühmade nõustamisega, lisaks teeb analüüse ning kirjutab välja tõendeid (12, 13).

Käesolev uuring on esimene, kus on välja toodud kõik pöördumiste põhjused, sh üksikdiagnoosid. Varem on uuritud teatud krooniliste haiguste (hüpertooniatõbi, diabeet) käsitluse kvaliteeti ja esmatasandi olulisemaid sihtrühmi teenuste vajaduse hindamiseks (3, 7). Uurimistöö tugevus seisneb kogu rahvastikku hõlmavate ning kõigi perearstiabi teenuse osutajate andmete arvestamises, samuti pöördumiste põhjuste esitamises tavapärasest suuremas detailisuses.

Uuringu tulemustest selgus, et kõige enam kasutati perearstiabi hingamis-, vereringeelundite, lihasluukonna ja sidekoe haigustega seotud ning muude tervishoiukontaktide eesmärgil. Nii vereringeelundite kui ka luulihaskonna ja sidekoe haigused moodustavad Eestis suure osa tervise- ja haiguskoormusest (3, 7, 15). Uuringu põhjal pöördus vereringeelundite haigustega ligi 150 000 inimest, tehes kokku ligi 1,1 miljonit visiiti, pöördunutest 58% olid vanemad kui 64 eluaastat. Tehtud uuringu meetodika aga ei võimalda hinnata kõikide hüpertooniatõvega patisientide visiite,



Joonis 4. Perearsti ja -õe juurde tehtud visiitide jaotus 2017. aastal.

kuna hulgihaigustega patsientidel võib see põhjustada alahinnangu. Meie uuringu tulemustel pöördus hüpertooniatõve (RHK koodid I10–I15) põhidiagnoosiga üle 107 000 patsiendi. Samas oli raviarvetele märgitud põhi- ja kaasuva diagnoosi järgi pöördunute arv kaks korda suurem.

Luulihaskonna haiguste mõju rahvastiku töövõimele ja elukvaliteedile on Eestis viimastel aastatel kasvanud (3, 15). Luulihaskonna ja sidekoe haigused on tööealise rahvastiku ajutise ja püsiva töövõimetus üheks peamiseks põhjustajaks, olles esikohal kutsehaiguste hulgas nii Eestis kui ka mujal maailmas (15–17). Üldistatult on neli viiest tööga seotud haigestumisest luulihaskonna ülekoormushaigestumised (16). Meie uuringu tulemused näitasid, et kümnendik pöördumisi oli seotud lihasluukonna ja sidekoe haigustega. Pöördunute osatähtsus oli suurim 45–64aastaste hulgas ning sagedasemaks põhjuseks seljavalu (M54) ja põlveliigese artroos (M17). Ülaltoodule toetudes võib järeldada, et nii ennetustegevused kui ka teadlikkus õigetest töövõtetest vajavad tööealiste inimeste hulgas enam tähelepanu.

Tervisestatistika andmetel on aasta-aastalt pereõe iseseisvate vastuvõttude ja ka ametikohtade arv suurenenud (17). Sellele vaatamata selgus uuringust, et 6,5 miljonist visiidist 76% tehti perearsti juurde. Suhestades perearstiabisse tehtud visiitide arvu tervisestatistika tervishoiutöötajate ametikohtadega, tehti keskmiselt aastas ühe perearsti juurde 4960 visiiti ja pereõe juurde 1210 visiiti, päevas vastavalt 21 ja 5 visiiti. Oluline on siinkohal pöörata tähelepanu, et uuringu andmetes ei ole kajastatud kogu pereõe tööd, mida tehakse koos perearstiga patsiente vastu võttes ja iseseisvalt öendustoiminguid (nt käelised tegevused) sooritades.

Uuringust selgus, et pöördumiste jaotus põhidiagnooside alusel on enamjaolt selline, nagu eeldatakse. Perearst tegeles nii ägedate kui ka krooniliste haigetega ja pereõde suuremas osas muude tervishoiukontaktide (RHK-10 koodid Z00–Z99), sh tervisekäitumise nõustamisega (RHK-10 kood Z71). Viimaseid tegi pereõde perearstist enam. Võrreldes sagedasemate diagnoosirühmade kaupa pereõe ja -arsti juurde tehtud visiite ning ekspertide soovitusi (8) võiks pereõde kaasata lisaks muudele tervishoiukontaktidele enam hingamiseldundite haiguste ravisse ja seda nii ägedate ülemiste hingamisteede

haiguste kui krooniliste hingamiseldundite haiguste asjus nõustamise puhul.

Uuringu tulemusest selgub, et perearstiabis tegeletakse nii krooniliste kui ka ägedate haigetega. Küll aga on rahvastikus palju krooniliste haigustega inimesi, mistõttu võtab nende jälgimine rohkem aega ja nõuab enam ressursi. Arvestades rahvastiku soo-vanuse jaotuse prognoosi ja eesmärki viia eriarstiabi teenused osaliselt üle esmatasandile, kasvab perearstiabi koormus veelgi. Seega on lisaks ödede rakendamise kasvule vaja muuta patsientide andmete haldus tänapäevaseks ja efektiivseks. Samuti on vaja koondada üksikpraksiste haldus pigem tervisekeskustesse ning see on ka lähiaastatel plaanis.

Konsulterides perearstidega tulemuste tõlgendamiseks, selgus, et diagnooside alusel pöördumiste analüüsi raskendab asjaolu, et teatud RHK-10 koodi kasutatakse erinevalt. Erinevused ilmnisid retseptipikendustes ja abivahendite väljastamistel (Z-koodid). Tegevust märgitakse nii haiguse põhidiagnoosi alusel kui ka koodina Z76.0 „isiku kohtumine tervise teenistusega muudes olukordades“. Samuti kasutatakse RHK-10 koodi erinevalt kroonilise haige jälgimisel, tarvitades kas koodi Z03 „kahtlustatud haiguste ja seisundite meditsiiniline jälgimine ja hindamine“ või koodi Z71 „isiku kohtumine tervise teenistusega mujal klassifitseerimata muu nõuande või meditsiinialase soovitus eesmärgil“. Imikute-laste tervise kontrollil ja tervisetõendi vormistamisel kasutatakse kas koodi Z00 „kaebusteta ja eelneva diagnoosita isiku üldläbivaatus ja -uurimine“ või koodi Z02 „kohtumine ja läbivaatus ametlikul eesmärgil“ jne. Erinev RHK-10 koodide kasutamine viitab asjaolule, et tervishoiutöötajad vajavad RHK järgi kodeerimise koolitust. Erialaseltsid peavad kokku leppima koodide kasutamise ühtsel viisil ning mõistlik oleks lisada sellealane aine arstiõppe programmi.

Uuringu piirangud

Analüüsil on mitmeid piiranguid. Hinnatud ei ole, kui sarnaselt teatud juhtudel perearstid RHK-10 koodi kasutavad ja kuivõrd täpselt need peegeldavad visiidi põhjust. Pöördumise põhjuse aluseks võeti põhidiagnoos, mis alati ei pruugi olla visiidi tegelik põhjus. Selline lähenemine ei võimalda korrektselt hinnata erinevate krooniliste haiguste visiidikoormust, kuna

visiidi põhjuseks võis olla ka mitu kroonilist haigust, kuid uuringus kasutati vaid põhidiagnoosi. Analüüsi ei ole kaasatud kõiki tegevusi (nt koduviisidid, pereõe käeline tegevus), kuna uuringu eesmärk oli selgitada välja patsientide pöördumise peamised põhjused.

Samuti puudub info tasuliste tervishoiuteenuste kohta, sest need raviarved haigekassasse ei jõua. Nende osatähtsus on siiski pigem väike.

TÄNUAVALDUS

Autorid tänavad Eesti Haigekassat ja perearste koostöö eest. Lisaks Kristi Rüütli, Hedi Liivlaidi ja Reet Nestorit konstruktiivsete nõuannete eest.

VÕIMALIKU HUVIKONFLIKTI DEKLARATSIOON

Autoritel puudub huvide konflikt seoses artiklis kajastatud teemaga.

SUMMARY

Main causes of using primary care services and distribution of work between family doctor and family nurse in 2017

Eva Anderson¹, Merike Rätsep¹, Liisi Panov¹, Katre Väärssi¹, Viktoria Kirpu¹, Diana Sokurova¹, Natalja Eigo¹

Background. The physicians and nurses of primary care are in most cases the first contact for a person with a health concern. Because of the generally heavy workload in primary health care, but sometimes also because of family doctor's unreasonable referrals, patients present to a specialised doctor.

Aim. The aim of the study was to find out, by diagnoses, the main causes why primary health care was provided and to analyse the division of labour between family doctor and family nurse. The study was initiated by the Estonian Society of Family Doctors.

Methodology. The cross-sectional study was based on the Estonian Health Insurance Fund's database of medical care invoices 2017. The frequency distribution of visits was examined according to the main reasons for the visits. Methods of descriptive statistics were used to compare the averages of different groups.

Results. In 2017, primary health care services were used by over a million people, i.e. 82% of women and 72% of men residing in Estonia. The family doctor was most often visited because of concerns related to infants (aged 0–4 years), on average nine times a year. This was followed by elderly patients (65-year-old and older), on average eight times a year. Young people (15–24-year-old) presented to the family doctor the least, on average four times a year.

Out of 6.5 million visits, 60% were made by 45-year-old and older patients. The share of 65 year-old and older women accounts for 21% of all visits to the family doctor.

Visits to family doctors were more frequently caused by diseases of the respiratory (17%) or circulatory system (17%), other health-related issues (17%), and musculoskeletal and connective tissue disorders (12%).

Out of all visits, 70% were outpatient visits, 29% were phone consultations and 1% were e-mail consultations. Three-quarters of the patients were seen by the family doctor and one fourth were seen by the family nurse. The family doctor was mostly involved in cases related to the diseases of the respiratory and circulatory systems, while the family nurse dealt with other health-related issues (e.g. health certificates) and with diseases of the circulatory system.

Conclusion. More frequent reasons for visiting the family doctor were equally divided between three main diagnoses, including consulting for or treatment of acute and chronic illnesses as well as various prophylactic activities. Visits to the family doctor due to chronic diseases (e.g. diseases of the circulatory system) made up a large share of family doctor's care, but the quality of the visits requires further analysis. As there are inconsistencies in encoding the reasons for visits, especially those made due to other health-related issues, clearer rules for coding are needed.

KIRJANDUS/ REFERENCES

1. Peremeditsiini eriala arengukava aastani 2020. Sotsiaalministeerium (2012). https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/Tervishoiusteem/Arstide_erialade_arengukavad/peremeditsiin_arengukava.pdf.
2. Eesti elanike hinnangud tervisele ja arstiabile. Sotsiaalministeerium. 2016. https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Ministeerium_kontaktid/Uuringu_ja_analuusid/Tervisevaldkond/arstiabi_uuringu_aruanne_2016_kan-tar_emor.pdf.

¹ National Institute for Health Development, Tallinn, Estonia

Correspondence to: Eva Anderson
eva.anderson@tai.ee

Keywords: primary care, family doctors, family nurses, visits

3. Aaben L, Nurm Ü-K, Paat-Ahi jt. Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020 vahehindamine. Uuringu koondraport. Tallinn: 2017. Poliitikauringute Keskus Praxis. https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Ministeerium_kontaktid/Uuringu_ja_analuusid/Tervisevaldkond/rta-hindamine_praxis_veebr-2017.pdf.
4. Perearstiabi korraldus. Kas süsteem täidab sellele pandud ülesandeid? Riigikontrolli aruanne Riigikogule. Tallinn; 8. 04. 2011. http://rahvatervis.ut.ee/bitstream/1/4741/1/Riigikontroll2011_2.pdf.
5. 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/tabid/206/Audit/2472/language/et-EE/Default.aspx>.
6. Ravi terviklik käsitus ja osapoolte koostöö Eesti tervishoiusüsteemis. Eesti Haigekassa. 2015. https://www.haigekassa.ee/sites/default/files/Maailmapanga-uuring/veeb_est_summary_report_hk_2015.pdf.
7. Sepp V, Puolokainen T, Themas E, et al. Uuring esmatasandi tervishoiuteenuste geograafilise kättesaadavuse vajaduse hindamine ja esmatasandi tervishoiuteenuste optimaalse korralduse mudeli loomine. Osaraport 2. Esmatasandi tervishoiuteenuste vajaduse hindamise mudelid: töökohad ja tööruumid. 2015. Tartu: Tartu Ülikool. https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Uudised/osaraport_2_terve_th_jaanuar_2015_teenusvajaduse_mudelid.pdf.
8. Anderson E, Eigo N, Kirpu V jt. Perearstiabisse pöördumise põhjused, 2017. Tallinn: Tervise Arengu Instituut; 2018. <https://www.tai.ee/et/terviseandmed/uuringud/download/468>.
9. Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu (27.04.2017). RTI, 29.04.2017. <https://www.riigiteataja.ee/akt/129042017007>.
10. RHK-10 instruksioonide käsiraamat (1996). http://pub.e-tervis.ee/classifications/RHK-10/3/RHK-10_k%C3%A4siraamat.pdf.
11. Statistikaamet. Statistika andmebaas: Rahvastik – Rahvastikunäitajad ja koosseis. <http://pub.stat.ee/px-web.2001/Database/Rahvastik/databasetree.asp>.
12. Sotsiaalministeeriumi koduleht. Esmatasand. <https://www.sm.ee/et/esmatasand>.
13. Perearsti ja temaga koos töötavate tervishoiutöötajate tööjuhend (06.01.2010). RTL 2010, 3, 52; viimati muudetud 01.03.2016. <https://www.riigiteataja.ee/akt/126012016007?leiaKehtiv>.
14. Lai T, Habiht T, Reinap M jt. Eesti: Tervisesüsteemi ülevaade. Tervisesüsteemid muutustes 2013;15:1–196. http://rahvatervis.ut.ee/bitstream/1/5885/1/Eesti_tervisesysteem2013.pdf.
15. Pille V. Development of a Model for the Prevention of Work-Related Musculoskeletal Disorders in the Upper Extremities. 2016. Tallinna Tehnika Ülikool. <https://digi.lib.ttu.ee/i/?6970>.
16. Avil. Tööga seotud luu- ja lihaskonna ülekoormushaigestumiste ennetamine. 2018. Tööinspektsioon. https://www.ti.ee/fileadmin/user_upload/failid/dokumendid/Meedia_ja_statistika/Truekised/TI_luu-ja-lihaskond_EST.pdf.
17. Putz-Anderson V, Bernard B, Burt E, et al. Musculoskeletal disorders and workplace factors. a critical review of epidemiologic evidence for work-related musculoskeletal disorders of the neck, upper extremity, and low back. centers for disease control and prevention. National Institute for Occupational Safety and Health, 1997. <https://www.cdc.gov/niosh/docs/97-141/pdfs/97-141.pdf?id=10.26616/NIOSH-PUB97141>.
18. Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. <http://pxweb.tai.ee/PXWeb2015/index.html>.

LÜHIDALT

Perioperatiivne asümptomaatiline insult

Aju magnetresonantstomograafilisel (MRT) uuringul leitakse paljudel, enamasti eakamatel inimestel, ajus piirdunud hüpertensiivseid koldeid, mispuhul ei ole ajukahjustusele viitavaid sümptomeid. Tänapäevaste arusaamade kohaselt on need isheemilise genesiga ja nende olemasolu viitab läbi põetud asümptomaatilisele, teise nimetusega nn vaiksele ajuinfarktile (ingl *silent stroke*). Ehkki need kolded kujunevad asümptomaatilistena, seostatakse neid hilisemate kognitiivsete häirete ja vaskulaarse dementsuse kujunemisega.

9 riigi 12 keskuse osavõtul aastatel 2014–2017 korraldatud

uuringus UL NeuroVISION oli vaatluse all 1114 üle 65 aasta vanust patsienti, kel tehti plaaniline ortopeediline või üldkirurgiline operatsioon, neist 59%-l üld- ja 40%-l spinaalanesteesias. Operatsiooni eel tehti neile aju MRT-uuring ja testiti kognitiivset võimekust *Montreal Cognitive Assessment*'i (MoCA) küsimustiku põhjal. Aasta möödudes korrati aju MRT-uuringut ning hinnati MoCA alusel kognitiivset võimekust.

Operatsioonijärgsel aju MRT-uuringul oli 7%-l vaatlusalustest, s.o igal 14. patsiendil MRT-leiu põhjal ajus jälgimisperioodi vältel kujunenud vaikse insuldi tunnused. Operatsioonijärgsel kognitiivse võimekuse uuringul leiti 42%-l insuldi tunnustega patsientidest MoCA skaala alusel

kognitiivse võimekuse langus vähemalt 2 punkti võrra varasemaga võrreldes. Neil patsientidel, kel MRT-leid ajukahjustusele ei viidanud, oli kognitiivne võimekus vähenenud vaid 14%-l. Seega ilmnes perioperatiivsel perioodil tekkinud asümptomaatilise insuldi tunnustega patsientidel kahekordne kognitiivse võimekuse languse risk.

Vajalikud on edasised uuringud, et selgitada perioperatiivses perioodis asümptomaatiliste aju isheemiliste kollete kujunemise patogeneesi, et leida võimalusi nende tekke ärahoidmiseks.

REFEREERITUD

The Neuro VISION investigators. Perioperative covert stroke in patients undergoing non-cardiac surgery (NeuroVISION): a prospective cohort study. *Lancet* 2019;394:1022–9.