

Ülevaade Eesti perearstide kvaliteedisüsteemidest

Elle-Mall Sadrak – Laagri Perearstikeskuse perearst, Eesti Perearstide Seltsi juhatuse liige

Eesti perearstide kvaliteedisüsteem (PKS) loodi 2006. aastal Eesti Perearstide Seltsi eestvedamisel ja koostöös Eesti Haigekassaga ning see oli toona üks esimestest sellelaadsetest Euroopas. Kvaliteedisüsteemi eesmärk on 1) soodustada perearste aktiivselt tegelema haiguste ennetustööga, et vältida edaspidiseid suuri kulutusi seoses nende haiguste raviga ning inimeste enneaegset töövõime kaotust, invaliidistumist või surma; 2) tõkestada nakkushaiguste levikut rahvastikus teatud kindla vaksineerituse taseme saavutamise ja hoidmise teel; 3) tagada kroonilise kuluga haiguste puhul haigete efektiivsem jälgimine, et vältida tüsistuste teket; ja 4) motiveerida perearste osutama kindlustatutele võimalikult laiapõhjalist tervishoiuteenust.

Kvaliteediindikaatoritel põhinev süsteem aitab perearstil oma tegevust analüüsida, samuti annab see võimaluse võrrelda oma tulemusi teistega, et välja selgitada valdkonnad, mis enam arendamist vajavad. Erinevaid indikaatoreid (möödetavaid tegevusi või nende komplekse) on PKSi 14 ning laias laastus jagunevad need kolmeks: lastega seotud tegevused (laste profülaktilised läbivaatused, vaksineerimised), krooniliste haigustega (diabeet, infarkt, hüpertensioon) patsientide jälgimine ja ravi ning perearsti lisapädevused ja kvalifikatsioon (rasedate jälgimine, günekoloogiliste ja kirurgiliste pisiprotseduuride tegemine, reserfititseerimine).

Kvaliteedisüsteemis maksimaalse tulemuse saavutamiseks on tarvis täita sihtrühma nn eesmärkhõlmatus: kui suurele osale siht-

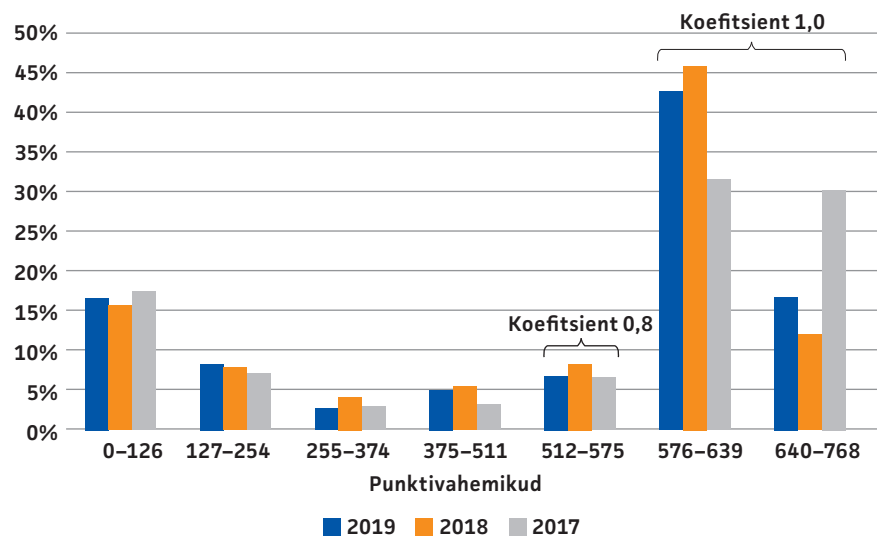
rühmast on indikaatorteenuseid või -tegevusi osutatud. Sõltuvalt hõlmatus määrast on iga indikaatori eest võimalik saada mingi arv punkte, mis hindamisel liidetakse. Iga indikaator on erineva punkti-väärtusega tulenevalt sellega seotud sihtrühma keskmisest suuruselt ja vajalike tegevuste mahust.

Laste puhul on kõigi indikaatorite puhul eesmärkhõlmatus 90%, mille saavutamisel on võimalik saada 160 punkti. Krooniliste haigustega patsientide jälgimise ja ravi indikaatorite eesmärkhõlmatused erinevad. Nende määramiseks analüüsitakse eelmise aasta tulemusi, ning tuginedes sellele, teaduskirjandusele ja töörühma kokkuleppele, muudetakse (loe „tõstetakse“) igal aastal vastavaid hõlmatus eesmärkväärtusi. Kõigi nende indikaatorite eesmärgi saavutamisel on võimalik saada 480 punkti. Kui nimistus on mõni sihtrühm keskmisest kaks või

enam korda suurem, on võimalik saada lisapunkte. Lisapädevuste ja kvalifikatsiooni eest eraldi punkte ei anta, küll on aga nende eest ette nähtud haigekassa täiendav raha.

Perearsti vaatest algab PKSi rakendamine sellega, et haigekassa saadab perioodi alguses perearstile tema nimistu nimekirjad nii lastest, kes kuuluvad mingisse sihtrühma, kui ka krooniliste haigustega patsientidest, kes vajavad jälgimist, ning loetelu tegevustest, mis iga patsiendi puhul on vaja teha. Nende nimekirjade põhjal teeb perearstikeskuse meeskond aasta läbi tööd, mis enamasti algab sellest, et patsientidele tuletatakse meelde, et peab andma vajalikud analüüsid ning tulema vastuvõtule. Nimekirju värskendab haigekassa 4 korda aastas.

Olgu nõutud tegevuste näiteks toodud diabeetikute jälgimisega seonduv. Ravijuhendi kohaselt tuleb II tüüpi diabeediga haigel määrata



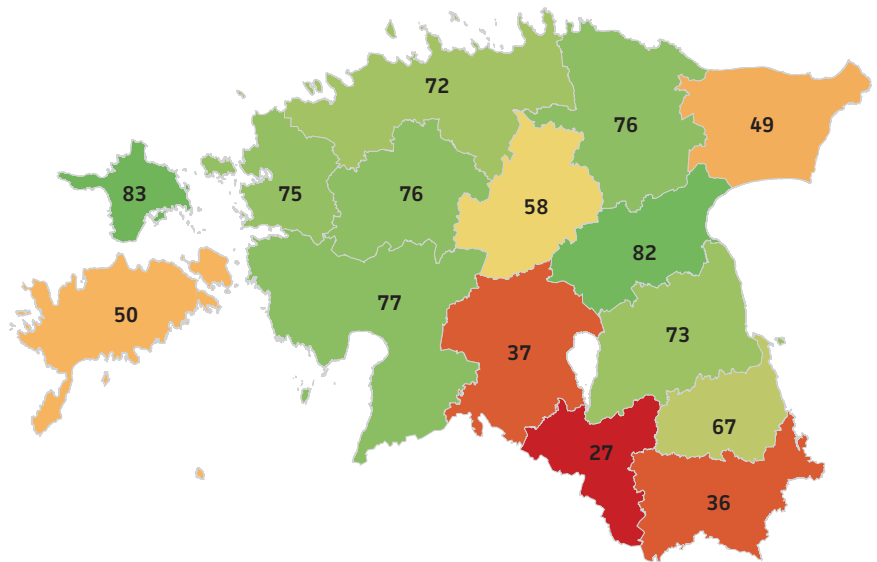
Joonis 1. Perearstinimistute jaotus perearstide kvaliteedisüsteemi punktivahemike järgi 2017–2019.

verest glükohemoglobiini, kreatiini ja üldkolesterooli sisaldus vähemalt ühel korral aastas, kolesterooli fraktsioonid kord 3 aasta jooksul ning albumiini ja kreatiini suhe uriinis kord aastas. Vähemalt üks kord aastas peab toimuma ka pereõe või perearsti nõustav vastuvõtt. Et patsient arvataks käsitletuks, peavad kõik kuus punkti olema täidetud, kuna tegu on kompleksindikaatoriga. Lisaks peab talle olema 14 kuu jooksul välja kirjutatud vähemalt 6 metformiini või selle kombinatsioonide soodusretsepti.

Alguses oli PKSi osalemine perearstidele vabatahtlik, kuid aja jooksul sai see kõigile kohustuslikuks. 2019. aastal saavutas 523 perearsti, s.o kaks kolmandikku nimistuga töötavatest perearstidest, PKSi oodatava punktisumma – koefitsiendi 0,8 (512–575 punkti) või 1,0 (576 punkti või enam). Tulemus sarnaneb 2018. aasta omaga, mil oodatavad punktid oli saanud 66,2% nimistutest (vt joonis 1).

Ligi kolmandikul perearstidest on läbi aja olnud raskusi PKSi oodatud punktisumma saavutamisel. Seost PKSi tulemuse ja nimistu suuruse, perearsti vanuse ning nimistu asukoha (maal või linnas) vahel ei ole leitud. Küll on aga jälgitavad teatud erisused maakonniti. Traditsiooniliselt saadakse hea tulemus Hiiumaal ning kehvem on seis Viljandi-, Valga- ja Võrumaal (vt joonis 2).

Selline PKSi tulemuste lahknevus võib tunduda arusaamatu, kuivõrd kõik hinnatavad tegevused tulevad ravijuhenditest, mida perearstid järgivad. Üheks põhjuseks, mille PKSi sihtväärtust mittetäitnud perearstid on ise välja toonud, on asjatu kodeerimine ja käsitsi töö. Nii näiteks juhul, kui haiglas on patsiendile juba nõutud analüüsid tehtud, peab perearst need oma süsteemi ümber kodeerima, et need läheks PKSi arvesse, kuid see tähendab lisatööd ja ajakulu. Lisaks teame kõik, et on patsiente, kes ei hooli oma tervisest ega tule vaatamata korduvatele kutsetele



Joonis 2. Perearsti kvaliteedisüsteemi punktisumma oodatava koefitsiendi vähemalt 0,8 saavutanud nimistute osakaal (%) maakonniti 2019. aastal.

vastuvõtule ning nii jäävadki vajalikud toimingud selle patsiendiga tegemata.

Ka siis, kui patsient vahetab aasta jooksul nimistut, ei kandu PKSi andmed automaatselt üle ning need tuleb taas käsitsi sisestada. Kuna keskmine perearst on ligi 60 aasta vanune, jääb osalt probleem ka puuduliku arvutikasutusoskuse taha.

Üheks PKSi tulemuste mõjutajaks on ka nimistute oluliselt erineva koosseis. Näiteks on toodud sama asutuse – Laagri perearstikeskuse – kahe noore (alla 40aastase) perearsti nimistu vanuseline ja sooline jaotus (vt joonis 3).

Joonisel on näha, et võrreldavad nimistud on oma koosseisult väga erinevad. Kui vasakpoolses nimistuses on palju lapsi, siis parempoolses on palju eakaid naisi. See omakorda tähendab aga hoopis erinevaid PKSi nimekirju ja töömahtu. PKS ei arvesta praegu piisavalt nimistute koosseisu ja sihtrühmade erinevusi. Vasakpoolses nimistuses on näiteks 30 diabeetikut, samas on parempoolses neid 141 ning see toob kaasa oluliselt enam tööd.

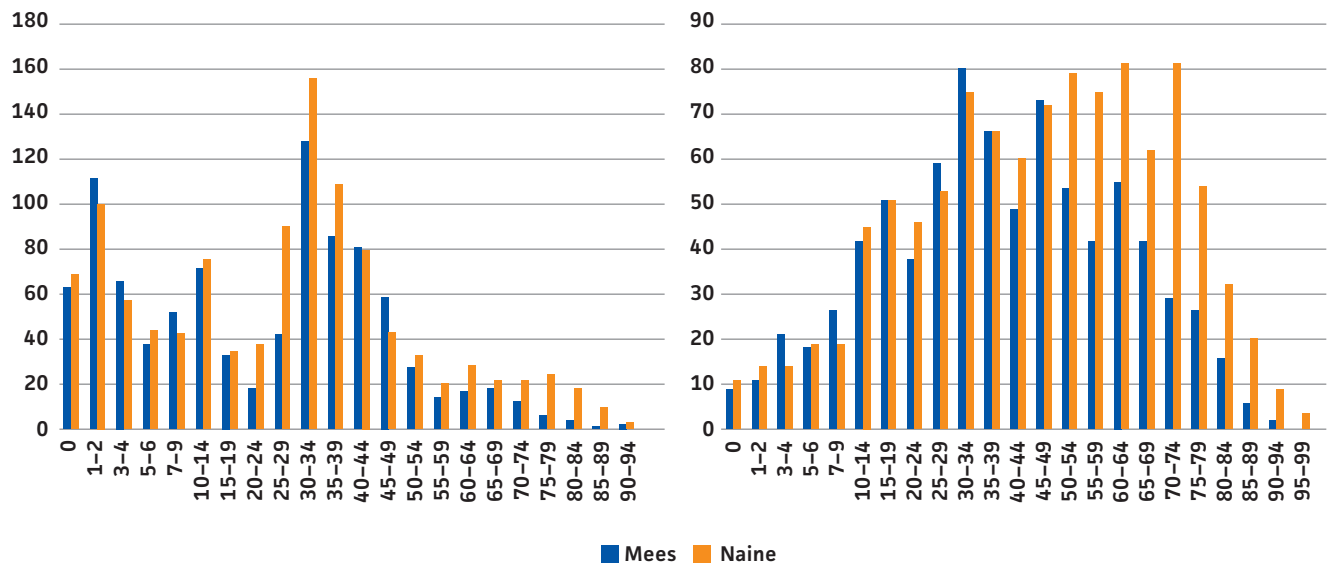
Eesti Perearstide Selts on koostöös haigekassaga liikumas selles

suunas, et PKS muutuks õiglasemaks nende perearstide suhtes, kellel on mõnes konkreetnes sihtrühmas rohkem haigeid, aga samal ajal ei karistataks neid, kellel mõnes siht- rühmas on isikuid vähem.

Seni eraldi süsteemina toiminud jämesoolevähi sõeluuring on alates 2021. aastast samuti PKSi osa. Seda sõeluuringut korraldavad perearstid perearstikeskustes lisatööna ning sellest uuringust on saanud kõige suurema osalusega vähi sõeluuring Eestis. Selline töövorm on osutunud oluliselt efektiivsemaks võrreldes emakakaela- ja rinnavähi sõeluuringuga, kus peamine rõhuasetus on inimeste teavitamisel.

Selleks, et järele aidata perearste, kes tunnevad, et oma jõust jääb kvaliteedieesmärkide saavutamisel väheks, alustas perearstide selts eelmisel aastal mentorlusüsteemi kavandamist, et luua koos haigekassaga parim mentorlusprogramm. Algamas on pilootprojekt, kus mentoriteks on seltsi liikmed, kes on saanud vastava koolituse. Paraku ei saa pilootprojekti kaasata kõiki huvitatud perearste, mistõttu tuleb teha valikuid.

Lisaks PKSi on perearstidel veel teinegi kvaliteedisüsteem, millega



Joonis 3. Kahe perearsti nimistu vanuseline ja sooline jaotus.

hinnatakse eelkõige praktilise töö korralduslikku poolt. 2009. aastal koostas perearstide selts perearstipraksiste kvaliteedijuhendi, mida uuendati 2018. aastal. Alates 2020. aastast on ka selles kvaliteedisüsteemis osalemine kõikidele perearstipraksistele kohustuslik.

Hindamine põhineb praktilise pidaja täidetaval küsimustikul, millele teatud puhkudel järgneb kohapealne audit. Küsimustiku põhjal on võimalik saada maksimaalselt 20 punkti.

Neist võimalikest punktidest 7 osas on küsimustik eeltäidetud ja hindaja on haigekassa, kes lähtub neljast kriteeriumist:

- perearstikeskus saadab epikriisid tervise infosüsteemi (50%) (1 punkt);
- kõik nimistuga töötavad praktilise arstid on (re-)sertifitseeritud (2,5 punkti);
- kaks kolmandikku praktilise nimistutest on saavutanud haigekassa perearsti kvaliteedisüsteemis tulemuse vähemalt 0,8 (2,5 punkti);
- raviloos leiduvad õe sissekanded ning raviarvetel on õe töö kodeeritud (1 punkt).

Töökorralduse lahenduste eest on võimalik saada kuni 6 punkti:

- perearstikeskuses on registratuuri töökoht, kus toimub

vastuvõtule registreerimine kogu tööpäeva jooksul, nii et see ei häiri pereõe ega perearsti vastuvõttu (1 punkt);

- elektroonilises registratuurifailis on iga patsiendi juures märgitud tema pöördumise põhjus (2 punkti);
- tervisekaardid on digitaalsed, neis on dokumenteeritud kõik patsiendi olulised kontaktid perearstikeskusega (1 punkt);
- praktilises peetakse korrapäraselt personali koosolekuid ja nõupidamisi, kus käsitletakse patsientide kliinilisi probleeme (1 punkt);
- keskkuses toimub peremeditsiini eriala edendav ja propageeriv tegevus (1 punkt).

5 punkti on võimalik saada pereõe töö korraldamise eest:

- igal õel on iseseisev töökoht arvutiga (1 punkt);
- digitaalses registratuurifailis on fikseeritud registreerimised õe vastuvõtule (1 punkt);
- igal pereõel on iseseisev vastuvõtt 20 tundi nädalas (1 punkt);
- kõik praktilise pereõed on läbinud 60 tundi erialast koolitust aastas või 300 tundi viie aasta jooksul või on neil kehtiv pädevustunnistus (2 punkti).

Patsiendiinfo ja tagasiside eest on võimalik saada 2 punkti:

- praktilisel on olemas digitaalne koduleht vajaliku informatsiooniga (1 punkt);
- vähemalt 5% praktilise patsientidest on andnud tagasisidet viimase viie aasta jooksul (1 punkt).

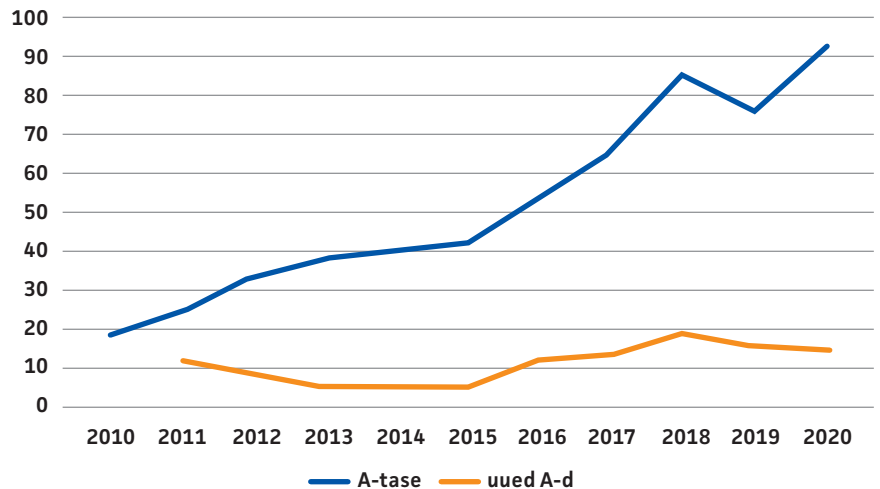
Küsimustiku täitmisel kuvatakse esialgne punktisumma ja tase: A-tase 20–19 punkti; B-tase 18–16 punkti; C-tase 15–13 punkti; D-tase 12–10 punkti; E-tase 9–6 punkti ja F-tase 5–0 punkti. Koostöös haigekassaga tehakse nimekirja kohapeal auditeeritavatest praktilistest, kusjuures alati auditeeritakse esimest korda A või B taseme taotlejaid. Täiendavalt valitakse auditeerimiseks veel teisi keskusi juhuvaliku või muude kriteeriumite alusel.

Lisaks loetletud hinnatavatele parameetritele on kasutuses jälgimiskriteeriumid, mille eest punkte ei anta, aga mille eesmärk on anda perearstidele suunised oma töökorraldamise kohta:

- 1) praktilises on kiireloomuliste terviseprobleemide äratundmiseks kirjalik reeglistik. Selleks sobib triaazi põhimõtete reeglistik;
- 2) praktilises on süsteem, mis kirjeldab uuringutulemuste ning e-konsultatsioonide ülevaatamist ja haldamist, mis võib olla ka sisekorraeeskirja osa;

- 3) praksise meeskonnas on käsitletud läbipõlemisohtu töökeskkonnas ning arutatud selle võimalikke ennetusviise. Olemas on vabas vormis loetelu tegevustest, millega vähendatakse läbipõlemist (kas praksises tehakse või ei tehta midagi selleks, et säästa meeskonda läbipõlemisest);
- 4) praksises tegeletakse süstemaatiliselt kliiniliste probleemide või vigade ja kaebuste analüüsiga. See võib olla personalikoosoleku osa;
- 5) praksises toimuvad arenguvestlused, mis dokumenteeritakse;
- 6) praksise ooteruumides ja registratuuris ei ole nähtavat ravimireklaami;
- 7) patsientidele on kättesaadav info praksises pakutavate tasuliste teenuste hinna kohta;
- 8) perearstikeskuses on olemas baasturbe meetmete dokumentatsioon ning võrgu- ja infosüsteemi riskianalüüs.

Aastatel 2010–2020 on kvaliteedisüsteemis osalevate praksiste hulk pidevalt suurenenud, väike langus oli 2019, kui tuli välja uus juhend, kuid nüüdseks on osalusaktiivsus taastunud. 2020. aastal saavutas A-taseme 92 perearstikeskust (vt joonis 4). Kui aastani 2016 piirdus parimate tunnustamine avaliku kiituse ja spetsiaalse kvaliteedi-



Joonis 4. A-tasemega hinnatud perearstikeskuste koguarvu (sinine joon) ja uute lisandunud A-taseme saanud keskuste arvu muutus (oranž joon) 2010–2020.

märgiga, siis alates 2016. aastast väärtustab haigekassa A või B taseme saavutamist ka rahaliselt.

Viimastel suvedel on tavapäraselt kohapeal auditeerimiseks külastatud ligikaudu 100 perearstipraksist, kuid 2020. aastal oli see arv COVIDi tõttu 72. Olles auditeerimises osaline olnud nüüdseks 7 aastat, võin öelda, et see suvi näitas eriti valusalt meie perearstide läbipõlemist. Kui noor, 7 aastat nimistuga üksi töötanud arst ütleb, et ta pole 7 aastat saanud puhata, et ta käib haigena tööl, kuna tunneb kohustust patsientide ees – patsiendil palavik 37,2, arstil samal ajal 38,5 –, siis seda on valus kuulda.

Nii nagu kõik arstid ja õed on ka perearstid ja pereõed abistava elukutse esindajad. Teisi saab aga abistada ainult siis, kui enda kõik baasvajadused on täidetud. Piisav uni, värske õhk, piisav füüsiline koormus, täisväärtuslik toit ja hobid on see, mida me keegi ei tohiks unustada.

Peremeditsiini kvaliteet on aastatega suuresti arenenud, samas on aga ka ootused perearstidele ja nende kohustused suurenenud. See aga toob kaasa vajaduse pidevalt kvaliteediindikaatoreid üle vaadata ja vajaduse korral asendada uutega.