

Eesti inimeste haigestumine ja tervishoiuteenuste kasutamine

Raul-Allan Kiivet – Tartu Ülikooli tervishoiu instituut

Eesti rahvastik vananeb ja see põhjustab ka tulevikus haigestumisenäitajate kasvu. Kuigi keskmine eluiga Eestis ei ole aastatega märkimisväärselt suurenenud on väikese sündimuse tõttu kasvanud vanemaealiste osakaal populatsioonis. Statistiliste andmete alusel 80% Eesti rahvastikust käib vähemalt kord aastas arsti vastuvõtul. Haiglaravi vajab neist 10–15%. Haigekassa tervishoiuteenuste ostmisele eraldatud rahast kulub 37% 60-aastaste ja vanemate isikute raviks. Haiglavõrgu ümberkujundamisel peab arvestama, et lisaks kvaliteetsele akuutravile peavad patsiendid saama asjatundlikku järelravi ja hooldust. Ravisüsteem peab olema järjepidev vastavalt abivajaja vajadustele.

Esmahaigestumine ja meditsiinistatistika

Erinevalt surmapõhjustest, mille üle peetakse Eestis ja mujalgi suhteliselt usaldusväärset arvestust, on objektiivseid andmeid elavate kirjas olevate inimeste tervise ja tervisehäirete kohta palju raskem hankida. Surmajuhtumi registreerimisel on vähe võimalusi eksimiseks, kuid enamiku haiguste korral pole selget algus- ega lõppkuupäeva ning tervisehäirete klassifitseerimine haiguseks sõltub paljudest subjektiivsetest teguritest, arstist, patsiendist ja diagnoosimeetoditest, mis kõik on ajas muutlikud. Samuti areneb arstiteadus ning muutuvad ühiskonna hoiakud erinevate haiguste tähenduse suhtes. Kui isiku tasemel on võimalik suure tõenäosusega öelda, kas ta on haige ja mis haigust ta sel juhul põeb, siis vastavate andmete kogumisel ja statistilisel töötlemisel pikema aja jooksul ja suure hulga inimeste kohta vead summeeruvad ning nende põhjal on võimatu teada, mitu inimest üht või teist haigust pidevalt põeb.

Eestis lisandub veel üks täiendav tegur, mis muudab haigestumisandmete tõlgendamise paljudel juhtudel raskeks ja mitmel juhul lausa võimatuks. Nimelt on juba aastakümneid kogutud meditsiinistatistikat asutusepõhiselt. See tähendab, et iga tervishoiuasutus klassifitseerib esmahaigestumiseks vastava aja-vahemiku jooksul kõik haigusjuhud – ambulatoorsed visiidid ja haiglaravil viibimise. Ilmselgelt aga tähendab iga tõsisem haigestumine korduvaid arstikülastusi, sageli erinevate spetsialistide juurde ja vajadusel haiglaravi, mida igas asutuses registreeritakse kui eraldi juhtumit. Seega sõltub

esmahaigestumise näitaja muude tegurite kõrval ka toimivast tervishoiusüsteemist ning erinevate erialade vahelisest koostööst ja tööjaotusest. Näiteks pole teada, kuidas mõjutab perearstinduse rakendamine ja Eestis kehtiv soodusravimite süsteem, kus eriarstidel on eriõigused osade ravimite määramisel, haigete liikumist arstide vahel ja selle kaudu arstikülastuste statistikat.

Riiklikult kogutavad meditsiinistatistika andmed kajastavad Eestis esmajoones tervishoiuasutuste tegevust ja tervishoiuteenuste kasutamist, kuid seejuures pole võimalik eristada erinevatele isikutele osutatud tervishoiuteenuseid. Haiglast lahkunute statistika haiguste põhirühmade järgi loendab haiglasoleku episoode, mitte haigestumist ega haigeid. Näiteks meeste jaoks on Eestis kõige sagedasemaks haiglasviibimise põhjuseks vereringehaigused, järgnesid seedeelundite haigused ning vigastused ja mürgistused. Naised viibisid haiglas kõige sagedamini raseduse, sünnituse ja sünnitusjärgse perioodi tüsistuste tõttu (19% kõigist haiglaepisoodidest). Teiseks sagedasemaks haiglaravi põhjuseks naistel olid vereringeelundite haigused ning kolmandaks kuse-suguelundite haigused. Arvata võib, et aasta jooksul olid enamik naisi sünnituse tõttu ja mehi vigastuste tõttu olnud haiglas ühe korra. Teistel juhtudel me seda ei tea. Kahjuks pole olemasolevast statistikast võimalik eristada, kui palju haiglaravil olnud vereringehaigustega meestest või naistest vajas haiglaravi aasta jooksul korduvalt ehk mitu erinevat inimest oli sama haigusega haiglaravil.

Kahjuks pole säilinud

Ülaltoodud kaalutlusi tuleb arvestada, kui tõlgendatakse Eesti haigestumisnäitajaid kas võrdluses teiste riikidega või Eesti-siseselt piirkondlikult, eriti aga kui kirjeldatakse muutusi ajas. Seetõttu tuleb suurte reservatsioonidega käsitleda esmahaigestumise absoluutväärtusi ja nende numbrite muutusi, mis on esitatud tabelis 1.

Kõige enam saab Eestis ja teistes riikides, kus toimivad vähiregistrid, uskuda esmahaigestumise sagedusnäitajaid pahaloomulistesse kasvajatesse, sest vähiregistrite eesmärk on koguda kõikehõlmavad andmed ja seejuures kontrollida kõigi diagnooside õigsust. Ülejäänud haiguste puhul nii head andmete kvaliteeti ei ole võimalik saavutada ja seetõttu tuleb erinevate haigusrühmade esinemissagedust tõlgendada toimunud muutuste kontekstis.

Oluliseks teguriks, mis viimasel aastakümnel ja tulevikus põhjustab Eestis haigestumisnäitajate kasvu, on rahvastiku vanuselise koosseisu muutumine. Kuigi keskmine eluiga pole Eestis märkimisväärselt suurenenud, on väikse sündimuse tõttu oluliselt kasvanud vanemaealiste, sh vanurite osakaal. Vanurid on sagedamini haiged ja nende osakaalu kasv suurendab otseselt haigestumiskordajaid, mida tavatsetakse

esitada 100 000 inimese kohta. Eestis oli 1991. a üle 65 a inimesi 11,7% ja 2001. a juba 15,2%, seega suurenes nende osakaal kümne aastaga 30%. Kui eeldada, et haigestumine kõigi vanemaealiste seas jaotub ühtlaselt, selgitab nende osakaalu suurenemine rahvastikus olulise osa haigestumise kasvust. Näiteks suurenes esmahaigestumine pahaloomulistesse kasvajatesse arvestatuna 100 000 inimese kohta ajavahemikul 1992.–1997. a 19%.

Üheks olulisemaks muutuseks 1990ndatel oli uue haiguste klassifikatsiooni (RHK-10) kasutuselevõtt 1997. a. See muutis oluliselt mitme haigusrühma paiknemist, näiteks arvati silma- ja silmamanuste ning kõrva- ja nibujätkehaigused varem närvisüsteemi ja tundeelundite haigusrühma, kuid RHK-10 klassifitseerib neid eraldi. Eriti hoolikas tuleb olla psüühika- ja käitumishäirete esinemissageduse tõlgendamisel. Teistest erialadest varem, juba 1994. a võeti Eestis RHK-10 kasutusele psühhiaatrias. See klassifikatsioon põhineb seni kasutatust erinevatel diagnoosikriteeriumitel. Veelgi olulisemaks tuleb pidada viimase 10 aastaga ühiskonnas toimunud suhtumise muutust psüühika- ja käitumishäiretega inimestesse ning nende ravisse. Eelnevatel aastakümnetel püüti viimse

Tabel 2. Esmahaigestumus nakkushaigustesse 100 000 inimese kohta

	1991	1993	1995	1997	1999	2000
Tuberkuloos	21	29	35	45	45	41
Gonorröa	147	233	194	135	79	60
Süüfilis	7	22	70	75	56	39
A-hepatiit	63	126	19	12	26	6
B- ja C-hepatiit	8	12	15	58	36	55
HIV-nakkus	0,5	0,3	0,7	0,6	0,6	27

võimaluseni vältida psüühikahäire diagnoosi saamist, vastavasse raviasutusse sattumist ja asjakohast ravi, sest kohustusliku dispanseerimise tõttu oli neil haigetel kogu eluks märk küljes. Tänapäeval lähtutakse arusaamast, et psüühika- ja käitumishäired on ühed paljudest haigustest, mille esinemine on loomulik ja mis on vähemalt osaliselt ravitavad. Kardetakse vähem psüühikahäire diagnoosiga inimesi ja vastava diagnoosi panemist. Seega ei peegelda tabelis 1 nähtav märgatav suurenemine psüühika- ja käitumishäirete esmahaigestumises mitte nende häirete suuremat esinemist Eesti rahva hulgas, vaid avatud ühiskonna demokraatliku arengu loomulikku tulemust.

Et üldine haigestumine Eestis pole oluliselt suurenenud, võib väita, vaadates pahaloomuliste kasvajate ning raseduse ja sünnitusega seotud seisundeid, kus suurenemine on minimaalne. Nende (haigus)seisundite korral on tõenäoline, et sünnituse, raseduse ja vähi tõttu käiakse tavaliselt samas raviasutuses ning mitu korda tabelisse ei satuta. Kõigi teiste haiguste puhul pole see aga kindel, sest sobiva ravi leidmiseks külastatakse erinevaid arste ning esmahaigestumise suurenemine võib olla osaliselt seletatav sagedasema arsti juures käimisega.

Paljude haiguste puhul on esmahaigestumise suurenemise põhjused tingitud arstiteaduse arengust. Kõigepealt on muutunud haiguse tähendus: haigeks tunnistatakse tänapäeval juba kergete tervisehäirete korral. See on muutnud diagnoosimise ja ravi alustamise kriteeriumeid. Näiteks olid vanasti suhkruhaiged ainult need, kes süstisid insuliini, aga tänapäeval on juba püsiv veresuhkru kõrgenemine põhjuseks, et alustatakse tabletraviga. Sama kehtib normist suurema kolesterooli- või vererõhuväärtuste suhtes, mistõttu on suurenenud vereringeelundite

haiguste esinemissagedus. Samuti on saagenud astma diagnoosimine, sest diagnoosimeetodid ja -kriteeriumid on muutunud. Selliseid näiteid on pea kõigis haigusrühmades.

Nakkushaiguste käsitus (vt tabel 2) on aastakümne jooksul vähem muutunud nii haiguste klassifikatsioonis kui ka diagnoosi ja ravi osas. Seega on numbrilised muutused aastakümne jooksul rohkem seotud haiguste endi esinemissageduse muutustega. Osa muutusi on positiivsed: A-hepatiidi ja gonorröa esinemissageduse on vähenenud. Teiste nakkushaiguste osas on olukord oluliselt halvenenud ning teeb murelikuks eeskätt seoses HIV-nakkuse muutumisega tõeliseks epideemiaks. Selle epideemia levikut oleks saanud sihikindla tegevusega edasi lükata, kuid nüüd tuleb Eesti tervishoiusüsteemil valmistuda nakkuse tüsistuste raviks.

Esmatasandi arstiabi kasutamine – perearstiabi ja kiirabi

Tervishoiustatistika Eestis kogub summeeritud andmeid tervishoiuasutuste kaupa ja nende alusel on 2000. a toimunud Eestis ligi 9 miljonit arsti vastuvõttu ja koduvisiiti (vt tabel 3) ehk keskmiselt 6 arstikülastust inimese kohta aastas. Aasta jooksul on hospitaliseeritud ligi 280 000 haiget ja kiirabis on abi saanud 270 000 patsienti. Nende andmete alusel võib jääda mulje, et arsti juures käivad kõik Eesti inimesed mitu korda aastas ning haiglaravi või kiirabi vajab iga viies Eesti inimene. Tegemist on siiski summade ja keskmistega, kus arstikülastus või haiglaravi läheb arvesse iga kord eraldi, kuigi seda vajab üks ja sama isik. Küsitlusuuringutest ja Haigekassa andmetest on selgunud, et aastas käivad oma perearsti juures kolmandik kuni pooled Eesti inimestest ja kokku mis tahes arstide juures 75–80%. Seejuures enamik Eesti elanikest külastab arsti kuni 3 korda aastas. Tõsisemat arstiabi, haiglaravi, vajab 10–15% ja kiirabi kutsub tervisehädade tõttu 1–2% inimestest, neist omakorda kolmandik korduvalt. Rahaliselt kulub nende 15–20% kõige haigemate raviks üle 80% vahenditest. Selline ebaühtlane vahendite jaotumine on igati loomulik ning vastab solidaarse ravikindlustuse mõttele ja eesmärkidele. Ravirahast 37% kulub 60aastaste ja vanemate isikute raviks (vt jn 1). Vanemate kui

Tabel 3. Ambulatoorsest arstikülastuste sagedus ühe inimese kohta aastas ja kiirabi väljakutsete arv

	1990	1992	1994	1996	1998	2000
Visiidid perearsti juurde	–	–	–	0,3	0,9	1,4
Eriarsti vastuvõttud	7,0	4,8	5,3	5,1	4,7	4,6
Koduvisiidid	0,7	0,5	0,5	0,4	0,4	0,4
Hambaarsti vastuvõttud	1,7	1,4	1,4	1,3	1,3	1,4
Kiirabi väljakutsete arv (tuhat), sh õnnetusjuhtumite korral	327	265	282	238	225	238

65aastaste osakaal Eesti rahvastikust oli 2000. a 15%, kuid nende tervisehädade raviks kulus 29% raviteenuste rahast ning soodusravimitele 42% Haigekassa kuludest. Eestis pole seni tehtud esinduslikku uuringut, mis seostaks arstiabi kasutamise isiku haridustaseme ja sissetulekuga. Olemasolevate küsitlusuuringute alusel jääb mulje, et kõrgema haridustasemega inimesed külastavad rohkem eriarste ja madalama haridusega on rohkem haiglaravil.

Perearstiabi eesmärgiks on tagada elukohajärgne ja järjepidev esmane nõustamine ja abi kergemate tervisehäirete korral ning selles osas on märgata perearstikülastuste osakaalu kasvu eriarsti vastuvõttude arvelt.

Haiglaravi ja eriarstiabi kasutamine

Kümne aasta jooksul on ravivoodite arv Eesti haiglates vähenenud kaks korda, kuid haiglaravi saab aastas niisama palju inimesi (vt tabel 4). See on toimunud eeskätt tänu haiglaravi kestuse kahekordsele lühenemisele, mida on omakorda võimaldanud muude põhjuste seas efektiivsemate ja patsienti säästvamate ravimeetodite kasutuselevõtt. Haiglaravi kestuse lühenemine paneb suurema vastutuse ja koormuse esmatasandi arstiabile ning nõuab senisest tihedamat koostööd perearstide ja eriarstide vahel. Uute ravivõimaluste areng suurendab võimalusi haigete raviks, kuid ressursside piiratus on tekitamas olukorda, kus haigete elukvaliteeti parandavate raviviiside rakendamisel tekivad järjekorrad ning meditsiiniliste näidustuste kõrval tuleb üha rohkem arvestada majanduslike võimalustega.

Kui kõrvale jätta sünnitusabi ja abordioperatsioonid, siis kõigil teistel (s.t haigustest ja traumadest tingitud) põhjustel opereeriti Eestis 2000. a ligi 70 000 inimest ehk 5% rahvastikust (vt tabel 4).

Operatsioonide arv on Eestis suurenenud säästlikumate kirurgiliste meetodite rakendamise ning ambulatoorse ja päevakirurgia arvel. Seetõttu saab aidata rohkem inimesi ja optimaalsemalt kasutada haiglaressurse. Kirurgiline aktiivsus suureneb Eestis ka edaspidi, sest inimeste vananedes vajab üha enam isikuid abi kas degeneratiivsete liigeshaiguste, ateroskleroosi ja diabeedi komplikatsioonide või katarakti tõttu. Ambulatoorne ja päevakirurgia on Eestis alles arengu algfaasis ja selle täiemahuline rakendamine, mis kindlasti võimaldab aidata rohkem inimesi, nõuab ümberkorraldusi haiglate töökorralduses ja personali väljaõppes ning hooldus- ja järelravi võimaluste otsustavat laiendamist, sh esmatasandi arstiabis.

Diagnostiliste uuringute koguarvu osas Eestis on aastakümne jooksul kolmandiku võrra vähenenud laboratoorse uuringute koguarv: 2000. a tuli iga arstikülastuse kohta 1,1 laboriuuringut. Seevastu funktsionaalse diagnostika, ultraheliuuringute ja endoskoopiate arv on suurenenud igauks 50% võrra. Radioloogiliste uuringute osas on koguarv jäänud samaks, kusjuures kaksikümend korda on suurenenud kompuuter- ja magnetresonantstomograafia kasutamine. Seega kasutatakse haigete uurimisel tänapäevaseid meetodeid üha rohkem ning üha intensiivsemalt.

Olulisemad muutused haigestumises aastakümne jooksul:

- On levimas nakkushaigused, mida varem ei tuntud – HIV-nakkus ja AIDS.
- Taas on probleemiks kujunenud tuberkuloos ja suguhaigused, mis on õnneks ravitavad.
- Mitte-nakkushaiguste osas on toimunud haigete arvu kasv kergemate haigusvormide lisandumise arvel, senisest kergemaid tervisehäireid tunnistatakse

Kahjuks pole säilinud

Joonis 1. Ravikindlustuse kulude seos kasutajate soo ja vanusega.

Tabel 4. Haiglaravi Eestis

	1990	1992	1994	1996	1998	2000
Haiglate arv	119	118	107	79	78	70
Voodite arv	18219	14843	12521	11184	10509	9828
Haiglapäevade koguarv (mln)	5,06	4,46	3,83	3,09	2,92	2,58
Hospitaliseerimiste koguarv (tuhat)	290	277	267	263	283	279
Keskmine haiglaravi kestus (p)	17,4	16,1	14,2	11,7	10,3	9,2
Operatsioonide arv (tuhat)	81	83	83	86	94	92
Opereeritute arv (tuhat)	78	78	74	76	76	80

tänapäeval haiguseks.

• Kergemaid haigusvorme on võimalik ravida tänu arstiteaduste arengule ja efektiivsete ravivõimaluste kiirele jõudmisele Eestisse. Näiteks on kõrgenenud vererõhu ja suurenenud kolesteroolisisalduse, depressiooni ja astma uued ravimid senistest efektiivsemad ja ohutumad ning võimaldavad ära hoida haigustunnuste süvenemise.

• Eesti rahvas vananeb kiiremini kui mujal maailmas. See avaldab mõju majandusele, ühiskonnale ja sellega peab arvestama ka tervishoid. Haiglavõrgu ümberkujundamisel on eesmärgiks, et lisaks kvaliteetsele akuutravile saaks patsiendid asjatundlikku järelravi ja hooldust ning kujuneks järjepidev ravisüsteem vastavalt abivajaja vajadustele.

Summary

Morbidity of Estonian population and use of health services

One of the main indicators of the health of population is the average life expectancy, which shows how long people born in a particular year would live in case mortality rate remains at the level where it was at the time of their birth through their whole life span. The characteristic feature of Estonia is the average life expectancy has alternately increased and decreased by a few years the last 30 – 40 years and has, as a result, remained at the same level. The average life expectancy is affected by all factors that may cause death in different periods of life. Increase in the average life expectancy in Estonia has been prevented by early

(under 65 years of age) mortality caused primarily by external factors: injuries, poisonings, drowning, suicides and homicides. Analysis of the causes of death yields only partial information about the health of the population and represents rather the final result of the impact of the health behaviour, morbidity and social-economic factors dominating in recent decades. Besides – external causes, the reason for early mortality Estonia is also diseases, which affect older age groups in countries with a higher level of health.

rkiivet@ut.ee