

Järjepidevusest peremeditsiinis

Heidi-Ingrid Maaroo, Heli Tähepõld – TÜ arstiteaduskonna polikliiniku ja perearstiteaduse õppefool

arstiabi järjepidevus, personaalne arst, ambulatoorsed kaardid, konsultatsioon perearstiabis

Tänapäeval areneb perearstiabi järjepidevus personaalselt patsiendi-arsti kontakti järjepidevusest organisatoorsele järjepidevusele. Patsiendile tagab järjepidevuse eelkõige pöördumine perearsti kui esimese kontakti arsti poole. Perearsti töökorraldus ning kontaktid teiste erialadega võimaldavad perearstil anda järjepidevat abi oma patsientidele.

Perearstiabi üheks kõige olulisemaks tunnuseks on järjepidevus. Euroopas vastu võetud konsensusdokumendis mõistetakse järjepidevuse all personaalset patsiendi ja arsti kokkulepet lahendada patsiendi probleeme kogu eluperioodi kestel ning mitte piirduda üksikute haigusepisoodide lahendamisega (1). Seega on järjepidevus klassikalises tähenduses personaalne ning arstiga seotud. Järjepidevust tagavad tänapäeval aga lisaks personaalsele patsiendi ja arsti suhtele muud tegurid nagu patsiendi probleemiga ja tervishoiukorraldusega seotud tegurid (vt tabel 1).

Perearst ja patsiendiga tegelemise järjepidevus

Klassikaline perearst on arst, kes oma patsiendiga tegeleb järjepidevalt pikkade aastate jooksul. Personaalne järjepidevus suurendab patsientide rahulolu, vähendab haiglasse suunamist ja kahandab vastuvõtuaega ning laboratoorsete testide ja protseduuride hulka (2). Seega on

järjepidevusega võimalik muuta arstiabi samade ressursside olemasolul tõhusamaks (3). Asjaolu, et perearst tunneb patsienti, vähendab konsultatsiooniga ning võimaldab töötada piiratud aja tingimustes (4). Personaalse järjepidevuse printsiip rakendati Eesti perearstisüsteemi 1998. a, kui patsiendid võisid valida endale perearsti ning registreerida end oma arsti nimistusse. Ettekujutuse, kuidas selline personaalne arstil põhinev süsteem töötab, annavad Euroopa Liidu uurimisprojektid *Eurocommunication* ja *Eurocommunication II*. Euroopa perearstide tööd ja patsientide ootusi hinnati võrdlevalt mitmes Euroopa riigis tehtud konsultatsioonide videosalvestustel. Selgus, et uuringus osalenud Eesti perearstid (405 konsultatsiooni) tundsid oma patsiente keskmiselt 4,5 aastat ning nad suutsid probleemi lahendada keskmise konsultatsioonijaga 9 minutit. Selle aja jooksul vaadati patsient läbi 80% juhtudest, läbivaatuse keskmine aeg oli kaks minutit. Samasugustele tulemustele jõudsid ka võrdlevalt teised osalenud

Tabel 1. Perearstiabi järjepidevust tagavad tegurid

Organisatoorne korraldus	Personaalne järjepidevus arstiabi osutajate ja patsiendi vahel	Patsiendi probleemist lähtuv järjepidevus
Esmase kontakti ja edasisuunamise kord (perearsti nn väravahi funktsioon, registreerimine perearsti nimistusse)	Arsti ja patsiendi kokkulepe järjepidevaks tegevuseks – personaalne arst	Haigusepisoodi järjepidev lahendamine
Asukoht ja kättesaadavus (registreerimine vastuvõtule, vastuvõtuajad, telefoninõustamine, koduviisiidid)	Perearsti rühma (õde, arst) sisene ülesannete jaotus	Patsiendi probleemi biopsühhosotsiaalne käsitus
Informatsiooni talletamise ja edasiandmise kord (ambulatoorsed kaardid, saatekirjad, väljavõtted haiglast)	Rühmas töötavate perearstide koostöö	Probleemi lahendamine longitudinaalselt korduvate konsultatsioonidega
Finantseerimine (ravikindlustus, kindlustamata isikute arstiabi rahastamise kord)		Patsiendi probleemi lahendamine erialadevahelises koostöös

riigid (Holland, Suurbritannia, Hispaania, Saksamaa, Poola, Rumeenia) (5, 6). Sellest võib järeldada, et patsientide hea järjepidev tundmine võimaldab perearstil hoolimata piiratud ajast töötada efektiivselt: kuulata patsiendi anamneesi, teha selle aja jooksul patsiendi läbivaatus, määrata protseduurid ja teha otsus. Järjepidevuse tagab sel juhul perearst ise ja aastatepikkune patsiendi tundmine hõlbustab patsiendi probleemide lahendamist.

Patsient ja personaalne arst

Patsiendid eelistavad personaalset arsti ja arstiga seotud järjepidevust, nagu on tõestatud mitme uurimusega (7, 8). Personaalset arsti eelistasid Eesti patsiendid 1993. a tehtud patsientide küsitluse andmetel eriti siis, kui perekonnas on tegemist mitme terviseprobleemiga (9). Samale tulemusele, et patsiendid peavad eriti vajalikuks personaalse arsti valikut ning oma arstiga kohtumisi siis, kui neil on tõsised terviseprobleemid, jõuti ka Hollandis (10). Oma perearsti eelistavad vanemad patsiendid ja nooremad lepivad sagedamini teise samas rühmas töötava arsti konsultatsiooniga (11).

Perearsti vaba valik ja nn väravavahi ülesanne

Personaalset perearstiabi saab aga anda vaid siis, kui patsient pöördub oma terviseprobleemidega perearsti poole ning kogu informatsioon patsiendi kohta asub perearsti juures (ambulaatorsed kaardid). Seepärast on vajalik, et patsientidele oleks perearsti poole pöördumine takistusteta nii korralduslikult kui ka asukohalt. Kõige ratsionaalsemaks korralduslikuks võtteks patsientidele personaalse arstiabi tagamisel on patsientide registreerumine vabalt valitud perearsti nimistusse ja nn väravavahi funktsioon. Viimane tähistab kehtestatud korda, millega kindlustatakse patsientide pöördumine perearsti juurde ning kõikide teiste spetsialistide abi vahendatakse perearsti kaudu. Sellise korra kehtestanud riikides vähenevad kulutused nii ambulatoorsele kui ka haiglaarstiabile ning ravimitele (3). Lisaks

majanduslikule efektiivsusele on leitud, et patsientide rahulolu on nn väravavahi funktsiooniga riikides suurem (3). Selliselt korraldatud arstiabi on järjepidevam: kui perearst on patsiendi suunanud eriarsti juurde või haiglasse, siis informatsioon saabub perearstile ning seda säilitatakse perearsti andmebaasis.

Järjepideva perearstiabi arengusuunad

Viimastel aastakümnetel on maailmas hakanud muutuma järjepideva perearstiabi vorm seoses avaramate võimalustega ühiskonnas ja ka meditsiinis (12). Tervishoius avanevad ahvatlevad valikuvõimalused ja uued tehnilised vahendid mõjutavad nii arsti kui ka patsienti. Perearstid soovivad olla kursis uute meditsiinisaaavutustega, täiendavad end pidevat kursustel ja osalevad konverentsidel. Seepärast vajavad nad rohkem vaba aega ning võimalusi leida endale asendaja. Perearstid soovivad töötada kindla tööajaga, puhata vabal ajal ning mitte olla ööpäev ringi kättesaadavad. Samuti on perearstil vaja oma eriala kui akadeemilise eriala arendamiseks osaleda teadustöös ja koolitada üliõpilasi ning eriala omandavaid arste. Perearstide soolise struktuuri ja elustiili muutused ühiskonnas mõjustavad järjepidevuse klassikalisi põhimõtteid (12). Kui 1950. aastatel olid perearstid Inglismaal kõik mehed, siis 90ndateks on naisperearste juba 1/3 kõikidest perearstidest. Eestis on 95% perearstidest naissoost, seega kõik probleemid, mida rõhutab D. Fleming (12), on olemas ka Eestis. Naistel on perekonna kõrvalt raskem täita ööpäevaringse kättesaadavuse nõuet ning perearsti klassikalise tööstiiliga enam ei nõustuta. Seepärast on maailmas avaldumas kindel tendents, et personaalne kättesaadavus asendub nn rühmasisese kättesaadavusega – personaalne perearstiabi asendub rühma poolt osutatava perearstiabiga.

Perearstirühm. Perearstirühm on kindel mõiste. Sellesse rühma kuuluvad vähemalt perearst ja -õde ning suuremates grupipraksistes ka mitu õde ning registraator (13). Ühe enam jaotatakse erinevad

ülesanded rühma liikmete vahel ning patsiendiga tegeleb iseseisvalt lisaks arstile ka õde. Laiahaardeline perearstiabi jaotatakse rühma sees selliselt, et näiteks tervise ja elustiili nõustamisega ning patsientide põetamise probleemidega tegeleb enamasti õde, haiguste diagnoosimise ja raviga aga perearst.

Soolo- ja grupipraksis. Personaalne järjepidevus on täheldatav eelkõige üksinda töötavate perearstide puhul nn soolopraksise korral. Soolopraksiste asendumine grupipraksistega on ülemaailmne tendents. Sellise arengu tingib vajadus tagada patsientidele arstiabi hea kättesaadavus ja samal ajal võimaldada arstil osaleda teistes erialaga seotud tegevustes, puhata ja end jätkuvalt täiendada. Näiteks Inglismaal oli 1951. a 43% soolopraksiseid, kuid 1998. a ainult 10% (14). Eestis on K. Meesaare (isiklik kontakt 2003) andmeil soolopraksiseid 84% ja grupipraksiseid 16%, kusjuures 557 perearstist 56% töötas soolo- ja 44% grupipraksistes. Järelikult, praegu on Eestis eelistatud veel soolopraksised, mis tagavad hea personaalse järjepidevuse, kuid soodustavad perearstide n-ö läbipõlemist.

Ööpäevaringse järjepidevuse tagamise võimalused. Tänapäeva perearstid ei tööta nagu aastakümneid tagasi 24 tundi ööpäevas. Seejärel luuakse grupipraksised ja ööpäevaringse arstiabi ülesandeid täitvaid perearstide valvesüsteeme (12). Eesti perearstidel pole kohustust olla valmis patsientidega tegelemiseks väljaspool praksise lahtioleku aega öhtu- ja öötundidel ning puhkepäevadel. Osa perearstide ülesandeid delegeeritakse väljapoole perearstisüsteemi ning sellisel juhul on vaja järjepidevuse tagamiseks korraldada hea infovahetussüsteem. Eestis on patsiendi erakorralise arstiabi andmine delegeeritud kiirabile ja informatsioon patsiendiga tegelemise kohta edastatakse perearstile. Nii näiteks saavad Tartu ja Tallinna perearstid tagasisidet kiirabilt kohaliku omavalitsuse organiseeritud andmebaasi vahendusel.

Walk-in vastuvõttud. Perearstiabi esmase kontaktina peaks olema kiiresti kättesaadav ja samal ajal järjepidev. Seoses perearstitöö omapäraga (sesoonselt ägedalt haigestunud patsiendid, ebahütlane külastatavus erinevatel aastaegadel) on tekkinud vajadus lahendada paljude patsientide probleemid kiiresti ja samal ajal. Lahendust püütakse leida mitmesuguste organisatoorse võtetega, mis ei taga longitudaalset järjepidevust, kuid säilitavad haigusepisoodi käsitlemise järjepidevuse (abiarstid, asendajad, õe vastuvõtt). On leitud, et nooremad patsiendid eelistavad saada pigem kiiret arstiabi kui oodata oma personaalse arsti vastuvõttu. See on põhjustanud nn *walk-in* vastuvõttude tekke (11). *Walk-in* vastuvõttud töötavad ka Riias (isiklik kontakt Sarmite Veidega 2003). Selliste vastuvõttude korral lahendatakse tavaliselt patsiendi ägeda haiguse episood, edasine tegelemine patsiendiga jääb endiselt tema oma perearsti hooleks.

Ambulatoorsed kaardid, saatekirjad ja andmebaasid. Personaalse järjepidevuse vähenemise kompenseerib hästi korraldatud ambulatoorsete kaartide ja saatekirjade süsteem. Ambulatoorsed kaardid ongi tänapäeval vaieldamatult kõige olulisemad järjepideva informatsiooni kandjad (12). Elektroonilised andmebaasid, millest saab kiiresti infot patsiendi kohta, on teatud olukordades patsiendi päästva funktsiooniga. Andmete kättesaadavuse piiramine süsteemis, milles patsient vajab abi oma tervisehäiretega, tähendab patsiendile antava arstiabi kvaliteedi vähenemist ning vajalike otsuste viivitumist, seega kahjustab otseselt patsiendi huvisid. Andmete kättesaadavust ei samastata konfidentsiaalsuse puudumisega. Vaatamata sellele et info on kättesaadav patsiendi probleemiga tegelevatele isikutele, jäävad andmed kaitstuks kõrvaliste isikute eest (12).

Kokkuvõte

Kuigi tänapäeval areneb perearstiabi järjepidevus personaalselt patsiendi-arsti kontakti järjepidevuselt organisatoorsele järjepidevusele, tagab

järjepidevuse patsiendile eelkõige pöördumine perearsti kui esimese kontakti arsti poole. Perearsti töökorraldus, rühmasisene ülesannete jaotus,

kontaktid teiste erialadega ning hea informatsiooni-süsteemi ning andmebaasi haldamine võimaldab perearstil anda järjepidevat abi oma patsientidele.

Kirjandus

1. Framework for professional and administrative development of general practice/family medicine in Europe. WHO Regional Office for Europe, 1998.
2. Freeman G, Hjortdahl P. What future for continuity of care in general practice? *BMJ* 1997;314:1870-3.
3. Engström S, Foldevi M, Borgquist L. Is general practice effective? A systematic literature review. *Scan J Prim Health Care* 2001;19:131-44.
4. Hjortdahl P, Borchgrevink CF. Continuity of care: influence of general practitioners knowledge about their patients on use of resources in consultation. *BMJ* 1991;303:1181-4.
5. A.van den Brink-Muinen, AM van Dulmen, JM Bensing, H.-I. Maarros, H. Tähepõld, et al. Eurocommunication II. Comparative study between countries in Central and Western Europe on doctor-patient communication in general practice. Final report. Utrecht, Netherlands: NIVEL; 2003.
6. Tähepõld H, Maarros HI, Kalda R, van den Brink-Muinen A. Structure and duration of consultations in Estonian family practice. *Scand J Prim Health Care* 2003; in print.
7. Guthrie 2002, Schers H, Webster S, van den Hoogen H, Avery A, Grol R, van den Bosch W. Continuity of care in general practice: a survey of patients' views *Br J Gen Pract* 2002;479:459-62.
8. Bower P, Roland M, Campbell J, Mead Nicola. Setting standard based on patients' views on access and continuity: secondary analysis of data from the general practice assessment survey. *BMJ* 2003;326:1-5.
9. Takker U, Maarros HI, Lember M, Kermes R. Mida arvavad Tartu elanikud polikliinilisest arstiaabist ja perearstidest? *Eesti Arst* 1995;3:258-60.
10. Schers H, Webster S, van den Hoogen H, Avery A, Grol R, van den Bosch W. Continuity of care in general practice: a survey of patients' views. *Br J Gen Pract* 2002;479:459-62.
11. Guthrie B. Continuity in UK general practice: a multilevel model of patient, doctor and practice factors associated with patients seeing their usual doctor. *Fam Pract* 2002;19:496-9.
12. Fleming DM. Continuity of care: a concept revisited. *EJGP* 2000;6:140-5.
13. Kekki P. Teamwork in primary health care. WHO Regional office of Europe 1990.
14. Boerma W, Fleming DM. The role of general practice in primary health care. WHO (Europe) 1998, Norwich: Stationery Office; 1998.

Summary

Continuity in family practice

Continuity in family practice has been a basic principle of family medicine. Classically, it was personal care based on the contact between the family doctor and the patient. The concept of continuity changes in connection with changes in the community. A new

lifestyle of doctors and patients, new medical technology and the electronic database benefit the development a new concept of continuity of care in family medicine.

heidi@cut.ee