

Perearstiabi kvaliteedi hindamine

Ruth Kalda – TÜ polikliiniku ja perearstiteaduse õppetool

Kokkuvõtte ettekandest seminaril „Peremeditsiini tulevikuvision“ 6. jaanuaril 2005

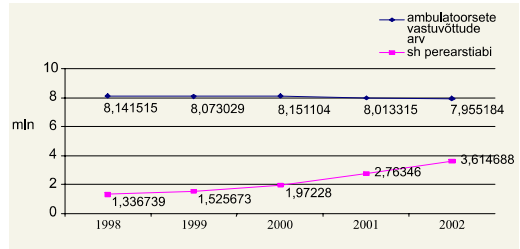
Sotsiaalministri 1997. a määruste järgi oli esmatasandi arstiabi reformi eesmärgiks luua patsientidele elukohajärgselt kättesaadav, koolitatud ja treenitud ning täisvastutust omavatel perearstidel põhinev kogu Eestit hõlmav esmatasandi arstiabi süsteem. Kvaliteetse tervishoiuteenuse pakkumine plaaniti saavutada vajaliku arvu perearstide rakendamiseks, kellele on kinnitatud tööjuhendiga tegevusnõuded ja varustuse standardid, kes on paremini motiveeritud saavutama patsientide rahulolu suurema otsustusõiguse ja pearaha printsiibil rahastamise kaudu, kellel on usalduslikum suhe patsiendiga, kes on paremini informeeritud patsiendi tervise seisundist ja temaga toimuvast, kes on motiveeritud efektiivsemalt kasutama ressursse ja pakkuma optimaalset teenust. Esmatasandi arstiabi ümberkorraldamiseks planeeriti aastad 1998–2003.

Perearstiabi kättesaadavus

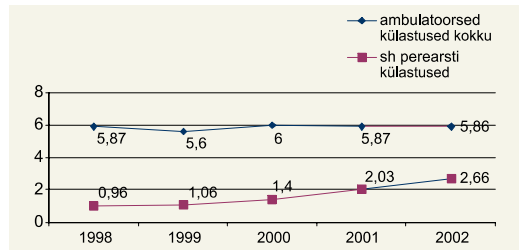
Kui kõikide erialade ambulatoorsete vastuvõtude summaarne arv on aastate jooksul püsinud samal tasemel, siis pidevalt on suurenenud perearsti vastuvõtude arv, moodustades 1998. aastal 16% kõikidest ambulatoorsetest visiitidest ja 2002. aastal 45% (vt jn 1).

Samuti on neil aastatel mitu korda suurenenud perearstide ambulatoorsete visiitide arv ühe inimese kohta aastas, ulatudes 2002. a keskmiselt 2,66 visiidini (vt jn 2).

2002. a Eesti rahvastiku küsitlusest selgub, et teistest oluliselt sagedamini on viimase 12 kuu jooksul pöördunud perearsti juurde üle 50aastased inimesed; alg- ja põhiharidusega inimesed; need, kelle sissetulek ühe inimese kohta peres oli alla 3000 krooni; ning maal elavad inimesed (vt tabel 1) (1). Erinevused võivad tuleneda nii sellest,



Joonis 1. Perearstide ambulatoorsete visiitide arvu muutumine aastatel 1998–2002.



Joonis 2. Keskmine ambulatoorsete visiitide arv ühe inimese kohta aastatel 1998–2002.

et need inimesed vajavad rohkem arstiabi oma kehva tervise tõttu, kui ka sellest, et eriarstiabi on vähem kättesaadav (näiteks maapiirkondades). Teisalt näitab see aga, et perearstiabi on hästi kättesaadav ka riskirühma kuuluvatele inimestele.

Perearstiabi ajaline kättesaadavus

Samuti on hea perearstiabi ajaline kättesaadavus. 2002. a rahvastikuküsitlus näitas, et ligikaudu 60% küsitletutest on saanud perearsti vastuvõtule samal päeval, kui nad on seda soovinud (vt tabel 2). Seega võib arvata, et kõiki patsiente, kes pöörduvad ägeda probleemiga, teenindatakse samal päeval. Pisut on pikenenud ooteajad võrreldes 1998. aastaga Tallinnas, Lääne-Eestis ja Lõuna-Eestis. Küsitluse põhjal pole kahjuks võimalik järe-

dada, kas see oli tingitud küsitletu enda soovist ja sellest, et patsiendile ei sobinud arsti poolt välja pakutud vastuvõtu aeg, või polnud arsti juurde võimalik pääseda seetõttu, et varem polnud arstil vaba aega pakkuda. Haigekassa vastavasisuliste uuringute tulemused näitavad samuti, et perearsti juurde pääseb patsient ettenähtud korras.

Perearstiabi rahaline kättesaadavus

Alates ravikindlustuse seaduse jõustumisest 2002. a oktoobris on kõikidele ravikindlustust omavatele patsientidele perearsti ambulatoorne visiit tasuta. Sama seaduse järgi võib perearst võtta kindlustatud isikult visiiditasu koduviisi eest kuni 50 krooni.

Kuivõrd vastuvõetav on koduviisiditasu suurus inimestele, saab hinnata 2002. aasta küsitluse andmete alusel. Vastustest järeldub, et koduviisiditasu 25 krooni piiraks 25% inimeste otsust terviseprobleemi puhul kutsuda arst koju. Praegu kehtiv visiiditasu 50 krooni piiraks 58% otsust kutsuda arst koju. Kõige otsesemalt olid vastused seotud inimeste sissetulekuga. Koduviisiditasu 50 krooni piiraks kojukutseid ligikaudu 70% nendest, kelle sissetulek ühe pereliikme kohta on alla 1000 krooni kuus. Neist, kelle sissetulek on aga rohkem kui 3000 krooni ühe pereliikme kohta kuus, piiraks sama koduviisiditasu umbes 44% vastanutte kojukutseid. Arvestades sellise seose olemasolu, peaks kaaluma vähem kindlustatud inimeste koduviisiditasu hüvitamist. Samas peaks aga säilima kindlasti omavastutus koduviisiditasuna, kuna see tingiks noorema ja keskealise elanikkonna suurema motiveerituse tervemate eluviiside ja hoia-kute väljakujundamiseks ja järgimiseks, millest oleks pikemas perspektiivis kasu ilmselt nii üksikisikule kui ka vananeva elanikkonnaga riigile tervikuna.

Tööjuhend, tegevusnõuded ja varustuse standardid

Nõuded perearsti tegevuskoha ruumidele, sisse-seadele ja aparatuurile on sätestatud õigusaktidega. Nõuded on kehtestatud praksiseruumide asukohale ja juurdepääsule, ruumide pindalale

Tabel 1. Keskmine perearsti poole pöördumiste arv erinevates sotsiaalsetes gruppides

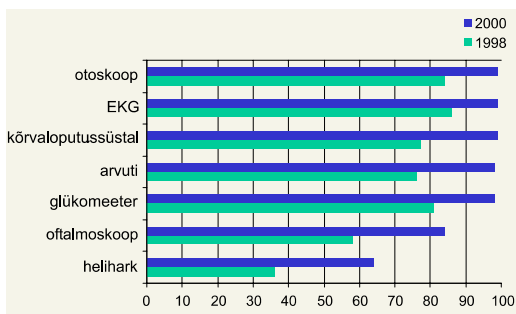
	Keskmine pöördumiste arv 12 kuu jooksul
Vanus	
kuni 24	2,16
25–34	2,13
35–49	2,34
50–74	2,94
Haridus*	
Alg ja põhiharidus	3,59
Kesk- ja keskeriharidus	2,11
Kõrgem haridus	2,02
Sissetulek ühe inimese kohta peres*	
Kuni 1000 kr	2,27
1001–2000 kr	3,69
2001–3000 kr	2,82
üle 3000 kr	1,96
Elukoht*	
Pealinn	1,62
Suurlinn	2,80
Muu linn	2,67
Maa	3,02

* Erinevus on oluline, $p < 0,05$.

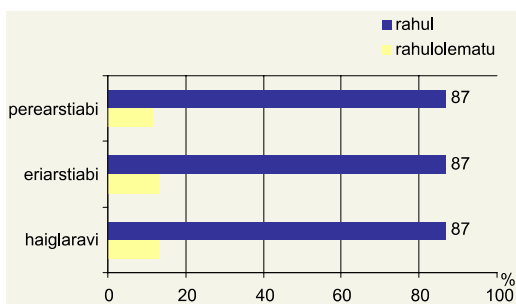
Tabel 2. Ooteaja pikkus perearsti vastuvõtule 1998. ja 2002. aastal (% vastanutest)

	Samal päeval		5 päeva või rohkem	
	1998	2002	1998	2002
Tallinn	75,8	44,4	0,8	19,9
Harju-, Rapla-, Järvamaa	84,5	64	2,8	2,2
Lääne-Eesti	67,3	56,3	5,5	15,5
Tartu- ja Jõgevamaa	58,7	63,3	5,3	3,3
Lõuna-Eesti	78,2	61,9	1,8	9,5
Virumaa	79	77,3	1	0,8
Eesti kokku	74,4	60,4	2,5	10

ja jaotusele, viimistlusele, sisekliimale, küttele, ventilatsioonile, elektrivarustusele, valgustusele, side- ja arvutivõrgule. Nõuded on kohustuslikud uute ruumide planeerimisel ja tegutsevate perearstipraksiste töötajate hindamisel litsentsi-



Joonis 3. Perearstidel olevad töövahendid (%).



Joonis 4. Rahulolu arstiabiga.

kohaseks tegevuseks. Eesti on üks väheseid riike Euroopas, kus perearstidele on kehtestatud varustuse standard ja selle täitmine on tööle asumise eelduseks. Samuti on seadustega määratud perearsti ja pereõe tegevusvaldkonnad ning perearstiabi kättesaadavuse nõuded.

Perearstide seltsi ja mitmete teiste erialaseltside koostööna on tänaseks välja töötatud üle kümne ravi- ja diagnostikajuhendi. Koostöö selles vallas jätkub. Perearstid eelistavad ravijuhendeid, mis on välja töötatud koostöös spetsialistidega ja on praktikas rakendatavad (toimiv patsientide ühise kureerimise süsteem eriarstidega; rahaline kate krooniliste haigete kureerimise kohustusele/võimalusele; ravijuhendite soovituslik, mitte dogmaatiline iseloom, et välistada arstliku mõtte piiramist). Soovitavaks peetakse kõigi erialade kooskõlastatud ravijuhendeid.

Oleme analüüsinud perearstipraksiste varustust Eestis. Võib järeldada, et suures osas olid juba 2000. aastaks perearstidel vajalikud töövahendid olemas (vt jn 3). Kõikidel arstidel olid 2000. a

olemas järgmised igapäevatöös vajalikud vahendid: stetoskoop, vererõhuaparaat, spaatlid, kraadiklaas, pikkusemõõtur, kaal nii imikutele kui ka täiskasvanutele, süstlad ja nõelad, sidemed, kõrvaloputusüstal, nägemistabelid, aga ka refleksihaamer, glükomeeter, otoskoop, EKG ning arvuti. Ligikaudu kolmandikul arstidest oli puudu veel günekoloogilise töö ning ka intensiivravi vahendeid (ambukott, s-toru ning aspiraator). Kõrvutades aga praeguse uuringu tulemusi 1998. aastal Eesti perearstide seas korraldatud samasisulise uuringuga, on näha, et praksiste varustus on oluliselt paranenud kõikide ankeedis loetletud vahendite osas (vt jn 3). Märkimisväärne oli juba 2000. aastal igapäevatöös arvutit kasutavate arstide hulk – 98%.

Patsientide rahulolu

Patsientide rahulolu perearstiga on aastate jooksul kasvanud: 2002. a oli see võrreldav rahuloluiga teistel erialadel (vt jn 4).

Edasised tegevussuunad

Jätkuma peaksid perioodiliselt korraldatavad elanikkonna rahulolu uuringud, samuti arstiabi kättesaadavuse uuringud. Üksikutele perearstidele oleks ilmselt otstarbekas ka teostada patsientide rahulolu uuringuid perearstikeskuste tasemel, et nende tulemusi arvesse võttes vajaduse korral oma töökorralduses muudatusi teha.

Kvaliteedi edendamine peaks olema eeskätt erialaseltsi initsiatiiv, eesmärgiks aga ei saa olla perearstide lahterdamine halbadeks ja headeks, vaid kollektiivne edasiarenemine. Edasise arengu stimuleerimiseks oleks otstarbekas kaaluda erinevate lepingutingimuste võimaldamist eri perearstikeskustele. Eeskujuks võiks siinkohal tuua Inglismaa perearstide lepingud.

Perearstiabi tegevuse aluseks on meeskonnatöö, kus igal liikmel on oma konkreetne tegevusvaldkond. Praegu on aga perearstidel puudus pereõdedestki. Olukorras, kus üha rohkem räägitakse perearstiabi asemel esmatasandi arstiabist, peaks mõtlema ka esmatasandi arstiabi

meeskonna moodustamisele. Sellise meeskonna töö rahastamist peaks toetama ka omavalitsused. Kindlasti ei suuda täita neid kohustusi perearst üksi. Samuti peaks suurenema omavalitsuste roll perearstiabi infrastruktuuri parandamisel: praeguseks on tekkinud olukord, kus perearstid küll töötavad, kuid valdaval osal neist ei ole oma tegevuseks vajaliku suurusega ega otstarbekalt

planeeritud ruume. Lähtudes olukorrast, kus paljud senini töötavad ambulatooriumid ja polikliinikud on amortiseerunud või paiknevad selleks algselt mitteenähtud hoonetes, oleks otstarbekas kavandada tüüpprojektid uutele perearstipraksistele. Praktilise ruumide ehitamiseks vajalik raha tuleks leida kohaliku omavalitsuse või riigi eelarvest.

Kirjandus

1. Põlluste K, Kalda R, Lember M. Elanike rahulolu üldarstiabi korraldusega 2002. a. Eesti Arst 2004;83(2):93–9.

Summary

Assessment of the quality of family medicine

According to the regulations of 1997, the aim of the reform in primary health care was to provide patients with an all-Estonian primary health care system that is easily accessible and is based on trained and fully responsible family practitioners. Quality health care service was to be achieved through a required number of family practitioners supplied with approved work instructions and standard equipment, who would have a more trustful relationship with patients, who would be motivated to use their resources more efficiently, and offer who would optimal service.

The analysis reveals that the average number of visits per family practitioner per year and the number of visits per person per year have increased from 1998 to 2002. According to population surveys, the availability of family medical care is good – about 60 per cent of people can visit their

family practitioner on the same day. All outpatient visits to family practitioners are free for people with health insurance. Almost 58% of the respondents were of the opinion that the present home visit fee – 50 EEK – would affect their decision to request a home visit.

The population of Estonia is generally satisfied with family practitioners. Of the respondents 87 per cent were fully satisfied or satisfied with their family physicians in 2002. The equipment at family practices meets the requirements. The survey of 2000 showed that family practitioners have most of the necessary equipment at their disposal. Compared with the survey of 1998, the situation has significantly improved.

ruth.kalda@ut.ee