

ESMATASANDI TERVISHOIU ARENGUMUDEL LÄHIMA 10 AASTA PERSPEKTIIVIS

Ruth Kalda, Marje Oona, Anneli Rätsep

TÜ PEREMEDITSIINI JA RAHVATERVISHOIU INSTITUUT

Sisukord

Lähteülesanne	4
Lühikokkuvõtte analüüsi tulemustest.....	8
Analüüsi metoodikast üldisemalt:	8
Kokkuvõtte tulemustest	9
1. Edendus ja ennetus	9
1.1. Milline peaks olema esmatasandi meeskonna roll ennetustegevuses?	9
1.2. Kuidas suurendada tõenduspõhise ennetustegevuse, krooniliste haiguste (kardiovaskulaarsed haigused, suhkurtõbi ja kasvaja) varajase avastamise ja sellega hõlmatud isikute osakaalu esmatasandil?	11
1.3. Kuidas tõhustada oma nimistu isikute jälgimist ja nõustamist, st riskitegurite olemasolul hoiduda haiguse väljakujunemisest ja krooniliste haiguste korral vältida ägenemisi ja tüsistusi? ..	11
1.4. Kuidas saaks esmatasand aidata kaasa oma nimistu isikute terviseteadlikkuse suurendamisele?	12
1.5. Kuidas oleks võimalik suurendada inimeste usaldust perearstide ja pereõdede vastu?	13
2. Esmatasandi teenuste pakett ja teenuseosutajate struktuur	13
2.1. Mis on perearsti kui ravi koordinaatori rolli laiendamise eelduseks?	13
2.2. Kuidas oleks võimalik pereõe rolli veelgi laiendada? Kuidas tagada esmatasandil pereõdede ressursi eesmärgipärane kasutus?	14
2.3. Kes peaks lisaks füsioterapeudile, ämmaemandale, koduõele ja pereõele kuuluma perearsti meeskonda tervisekeskuses? Mitme perearsti kohta oleks optimaalne omada kõiki nimetatud meeskonnaliikmeid?.....	14
2.4. Millised teenused peaks sisalduma esmatasandi tervishoiuteenuste pakettis, st milliseid teenuseid peaks osutama esmatasandi meeskond?.....	15
2.5. Milliste teenuste osutamist peaks koordineerima perearst?	16
2.6. Mis on optimaalne koostöötavate perearsti nimistute arv ja miks, tuginedes rahvusvahelisele kogemusele ja teaduskirjandusele?	16
2.7. Kas ja mil määral peaks sotsiaaltöö olema integreeritud esmatasandi teenuse osutamisse?.....	16
2.8. Kuidas tagada esmatasandi ja sotsiaalhoolekande koostöö?	17
2.9. Milline peaks olema esmatasandi roll koolitervishoiuteenuse osutamisel?.....	17
3. Ravi integreeritus	18
3.1. Millised muudatused on tervishoiusüsteemis vajalikud perearsti kui ravi koordinaatori rolli tugevdamiseks? Kuidas tagada perearsti parem informeeritus patsiendi kokkupuudetest tervishoiusüsteemi erinevate osadega nii, et perearstil oleks võimalik langetada informeeritud otsuseid ja ravi tõhusamalt koordineerida?.....	18
3.2. Kuidas tagada patsiendi „terviklikku käsitlemist“ ning vähendada riski, et patsient jääb vajaliku jätkuravita?	18
3.3. Kuidas tõhustada esmatasandi ja eriarstiabi koostööd?.....	19

3.4.	Millisteks juhtudeks tuleks koostada esmatasandile patsiendi käsitusjuhendeid või ravialgoritme?	19
3.5.	Millised IT-lahendused aitaksid toetada perearsti tööd nii arsti ja arst/spetsialist kui ka arsti ja patsiendi vahelises suhtluses?.....	20
3.6.	Milline peaks olema esmatasandi roll patsiendile adekvaatse järelravi/jätkuravi tagamisel?.....	20
3.7.	Milline peaks olema esmatasandi panus patsientide suunamisel järgnevale tasandile, sh esmaste uuringute tegemisel? Millist terviseteadet peaks sisaldama korrektselt vormistatud saatekiri? Milline info ja kuidas peaks patsiendi suunanud perearstini tagasi jõudma?	21
3.8.	Milliste ravijuhendite koostamine peaks olema prioriteediks?	22
4.	Ravi kvaliteet esmatasandil	22
4.1.	Kirjeldada argumenteeritult praeguse haigekassa poolt rahastatava kvaliteedisüsteemi tugevusi ja nõrkusi ning nendest lähtuvalt teha ettepanekud vajalike arenduste suhtes.....	22
4.2.	Millised on vajalikud IT-lahendused, et tagada kehtiva kvaliteedisüsteemi parem täitmine?.....	24
4.3.	Kuidas tagada ravijuhendite parem jälgimine ning kasutamine igapäevatoos? Kuidas oleks võimalik süstemaatiliselt integreerida ravijuhendeid perearsti töölaual?.....	24
4.4.	Kas ja millised IT-lahendused võimaldaksid perearstidel kroonilistele haigetele osutada tõhusamalt ennetavaid tegevusi ja haiguste kulgu kontrolli all hoida?	25
4.5.	Milliseid tulemusindikaatoreid oleks vajalik esmatasandil jälgida, et oma tööd paremini analüüsida ja parandada? Milliseid tulemusindikaatoreid tuleks kvaliteedisüsteemi liita? Milliseid indikaatorid lisaks tulemusindikaatoritele tuleks veel kvaliteedisüsteemi liita?	25
4.6.	Kuidas oleks võimalik ühtlustada perearstide kvaliteedi taset? Kuidas saaks tõsta kehvemate perearstide taset?	26
4.7.	Kas ja millises ulatuses peaks olema kohustuslik perearstide ja õdede pädevuse hindamise süsteem?	27
5.	Esmatasandi teenuste ostmine	27
5.1.	Haigekassa on seisukohal, et kehtiv esmatasandi rahastamismudel on ennast tõestanud, kuid sellegipoolest on vaja senistele rahastamismudeli tugevatele külgedele toetudes leida võimalusi kogu esmatasandi tervishoiu tugevdamiseks. Mis on esmatasandi rahastamise edasise diferentseerimise eelduseks?.....	27
5.2.	Missugustest tulemusnäitajatest võiks diferentseeritud rahastamine sõltuda ja mis võiks olla tulemusnäitajate osakaal rahastamises?.....	27
5.3.	Milline võiks olla kvaliteeditasu optimaalne osakaal kogu perearstiabi rahastuses võrreldes rahvusvahelise praktikaga (tuua võrdlus 5 riigi kohta)?.....	28
5.4.	Milline oleks optimaalne suhe fikseeritud hinna ning teenusepõhise rahastamise vahel ja miks?.....	29
5.5.	Millised seni pearahasisesed tegevused võiksid olla tasustatud teenusepõhiselt ja vastupidi?	29
5.6.	Kuidas tagada, et pearaha sees tasustatavad teenused oleks vajadusel patsientidele osutatud?.....	30

5.7. Kuidas on võimalik rahastamise kaudu motiveerida esmatasandi ja eriarstiabi koostööd ning mis on eeldused selle rakendamiseks?	30
5.8. Kas ja kuidas peaks rahastamislepingu abil motiveerima perearste koonduma?	30
5.9. Kuidas tagada diferentseeritud rahastamise abil maapiirkonna perearstide võrdne sissetulek?	31
5.10. Kas esmatasandi rahastamine arvestades nelja aasta eelarveperspektiivi on jätkusuutlik?.....	31
Esmatasandi toimumudel lähima 10 aasta perspektiivis	32
1. Edendus ja ennetus	32
2. Esmatasandi teenuste pakett ja teenuseosutajate struktuur	58
3. Ravi integreeritus	78
4. Ravi kvaliteet esmatasandil	93
5. Esmatasandi teenuste ostmise	111
Kirjanduse viited	128
Lisa 1.....	136
Lisa 2.....	140
Lisa 3.....	145
Lisa 4.....	153
Lisa 5.....	154
Lisa 6.....	162
Lisa 7.....	164
Lisa 8.....	168
Lisa 9.....	171
Lisa 10.....	175

Lähteülesanne

Projekt on valminud Eesti Haigekassa tellimusel. Analüüsi lähteülesandeks on koostada parim võimalik arengustsenaarium esmatasandi tervishoiu arengusuundadeks lähima 10 aasta perspektiivis. Arengustsenaarium hõlmab endas hetkesituatsiooni kaardistamist ning analüüsi sellest, mida on vajalik ja võimalik muuta, et tagada Eestis kättesaadav kvaliteetne esmatasandi arsti- ja õendusabi, tõhusam ennetustegevus ja parem krooniliste haigete jälgimine esmatasandil ning koostöö eri tasandite vahel. Samuti annab analüüs hinnangu, millise ajaperioodi jooksul on reaalne soovitatud muudatustepepanekute rakendamine. Üheks analüüsi kitsamaks eesmärgiks on lisaks kehtiva süsteemi kitsaskohtade kirjeldamisele saada informatsiooni uutest võimalikest lahendustest, mis põhinevad parimal rahvusvahelisel praktikal.

Analüüsiga sooviti saada vastus järgmistele kitsamatele küsimustele:

1. Edendus ja ennetus

Uuringud on kinnitanud, et praegu pööratakse Eestis esmatasandil vähe tähelepanu edendusele ja ennetusele ning pigem kuulub suurem osa arsti tööajast ravitegevusele. Antud alaosa eesmärgiks on välja selgitada, millised muudatused oleksid vajalikud, et edendus ja haiguste ennetamine oleks efektiivsemad.

- 1.1. Milline peaks olema esmatasandi meeskonna roll ennetustegevuses?
- 1.2. Kuidas suurendada tõenduspõhiste ennetustegevuste, krooniliste haiguste varajase avastamise ja sellega hõlmatud isikute osakaalu esmatasandil (kardiovaskulaarsed haigused, suhkurtõbi ja kasvaja)?
- 1.3. Kuidas tõhustada oma nimistu isikute jälgimist ja nõustamist, st riskitegurite olemasolul hoiduda haiguse väljakujunemisest ja krooniliste haiguste korral vältida ägenemisi ja tüsistusi?
- 1.4. Kuidas saaks esmatasand aidata kaasa oma nimistu isikute terviseteadlikkuse suurendamisele?
- 1.5. Kuidas oleks võimalik suurendada inimeste usaldust perearstide ja pereõdede vastu?

2. Esmatasandi teenuste pakett ja teenuseosutajate struktuur

Iga inimese seisukohast lähtuvalt oleks optimaalne, et esmatasandil osutataks senisest enam teenuseid, kuna see tagaks elukohajärgselt kättesaadavama arstiabi. Alaosa eesmärgiks on kaardistada tegevused, mida esmatasandi tervishoiuteenuse osutajal oleks võimalik pakkuda oma nimistu isikutele, ilma et nad peaksid liikuma edasi järgmisele tervishoiutasandile, ja täpsustada, kes neid teenuseid esmatasandil peaks osutama.

Küsimused, millele otsisime vastuseid, olid järgmised:

- 2.1. Mis on perearsti kui ravi koordinaatori rolli laiendamise eelduseks?
- 2.2. Kuidas oleks võimalik pereõe rolli veelgi laiendada? Kuidas tagada esmatasandil pereõdede ressursi eesmärgipärane kasutus?
- 2.3. Kes peaks lisaks füsioterapeudile, ämmaemandale, koduõele ja pereõele kuuluma perearsti meeskonda tervisekeskuses? Mitme perearsti kohta oleks optimaalne omada kõiki nimetatud meeskonnaliikmeid?
- 2.4. Millised teenused peaks sisalduma esmatasandi tervishoiuteenuste pakettis, st milliseid teenuseid peaks osutama esmatasandi meeskond?
- 2.5. Milliste teenuste osutamist peaks koordineerima perearst?
- 2.6. Mis on optimaalne koostöötavate perearstinimistute arv ja miks, tuginedes rahvusvahelisele kogemusele ja teaduskirjandusele?
- 2.7. Kas ja mil määral peaks sotsiaaltöö olema integreeritud esmatasandi teenuse osutamisse?
- 2.8. Kuidas tagada esmatasandi ja sotsiaalhoolekande koostöö?
- 2.9. Milline peaks olema esmatasandi roll koolitervishoiuteenuse osutamisel?

3. Ravi integreeritus

Maailmapanga 2015. a uuringud on näidanud, et Eestis on ravi koordineerimine tervishoiuteenuse osutamise eri tasemete vahel puudulik. Eesmärgiks on kaardistada tegevus, mis tagaks perearstide parema informeerituse ning efektiivsema koostöö erinevate tervishoiuteenuse osutajate vahel. Ülesandeks oli vastata järgmistele küsimustele:

1. Millised muudatused on tervishoiusüsteemis vajalikud perearsti kui ravi koordinaatori rolli tugevdamiseks? Kuidas tagada perearsti parem informeeritus patsiendi kokkupuudetest tervishoiusüsteemi eri osadega nii, et perearstil oleks võimalik langetada informeeritud otsuseid ja ravi tõhusamalt koordineerida?

2. Kuidas tagada patsiendi „terviklikku käsitlust“ ning vähendada riski, et patsient jääb vajaliku jätkuravita?
3. Kuidas tõhustada esmatasandi ja eriarstiabi koostööd?
4. Millisteks juhtudeks tuleks koostada esmatasandile patsiendi käsitusjuhendeid või ravialgoritme?
5. Millised IT-lahendused aitaksid toetada perearsti tööd nii arsti ja arst/spetsialisti kui ka arsti ja patsiendi vahelises suhtluses?
6. Milline peaks olema esmatasandi roll patsiendile adekvaatse järelravi/jätkuravi tagamisel?
7. Milline peaks olema esmatasandi panus patsientide suunamisel järgmisele tasandile, sh esmaste uuringute tegemisel? Millist terviseteadet peaks sisaldama korrektselt vormistatud saatekiri? Milline info peaks patsiendi suunanud perearstini tagasi jõudma ja kuidas?
8. Milliste ravijuhendite koostamine peaks olema prioriteediks?

4. Ravi kvaliteet esmatasandil

Eestis jälgitakse kokkulepitud ravijuhendeid osaliselt ning sellest tulenevalt on teenuse osutamise kvaliteet ebaühtlane. Eesmärgiks on kaardistada võimalikud lahendused ravikvaliteedi ühtlustamiseks ning parandamiseks esmatasandil.

- 4.1. Kirjeldada argumenteeritult praeguse haigekassa poolt rahastatava kvaliteedisüsteemi tugevusi ja nõrkusi ning nendest lähtuvalt teha ettepanekud vajalike arenduste suhtes.
- 4.2. Millised on vajalikud IT-lahendused, et tagada kehtiva kvaliteedisüsteemi parem täitmine?
- 4.3. Kuidas tagada ravijuhendite parem jälgimine ning kasutamine igapäevatöös? Kuidas oleks võimalik süstemaatiliselt integreerida ravijuhendeid perearsti töölauale?
- 4.4. Kas ja millised IT-lahendused võimaldaksid perearstidel kroonilistele haigetele osutada tõhusamalt ennetavaid tegevusi ja haiguste kulgu kontrolli all hoida?
- 4.5. Milliseid tulemusindikaatoreid oleks vajalik esmatasandil jälgida, et oma tööd paremini analüüsida ja parandada? Milliseid tulemusindikaatoreid tuleks kvaliteedisüsteemi liita? Milliseid indikaatoreid lisaks tulemusindikaatoritele tuleks veel kvaliteedisüsteemi liita?
- 4.6. Kuidas oleks võimalik ühtlustada perearstide kvaliteedi taset? Kuidas saaks tõsta kehvemate perearstide taset?
- 4.7. Kas ja millises ulatuses peaks olema kohustuslik perearstide ja õdede pädevuse hindamise süsteem?

5. Esmatasandi teenuste ostmine

- 5.1. Haigekassa on seisukohal, et kehtiv esmatasandi rahastamismudel on ennast tõestanud, kuid sellegipoolest on vaja senise rahastamismudeli tugevatele külgedele toetudes leida võimalusi kogu esmatasandi tervishoiu tugevdamiseks. Mis on esmatasandi rahastamise edasise diferentseerimise eelduseks?
- 5.2. Missugustest tulemusnäitajatest võiks diferentseeritud rahastamine sõltuda ja mis võiks olla tulemusnäitajate osakaal rahastamises?
- 5.3. Milline võiks olla kvaliteeditasu optimaalne osakaal kogu perearstiabi rahastuses võrreldes rahvusvahelise praktikaga (tuua võrdlus 5 riigi kohta)?
- 5.4. Milline oleks optimaalne suhe fikseeritud hinna ning teenusepõhise rahastamise vahel ja miks?
- 5.5. Millised seni pearahasisesed tegevused võiksid olla tasustatud teenusepõhiselt ja vastupidi?
- 5.6. Kuidas tagada, et pearaha sees tasustatavad teenused oleks vajadusel patsientidele osutatud?
- 5.7. Kuidas on võimalik rahastamise kaudu motiveerida esmatasandi ja eriarstiabi koostööd ning mis on eeldused selle rakendamiseks?
- 5.8. Kas ja kuidas peaks rahastamislepingu abil motiveerima perearste koonduma?
- 5.9. Kuidas tagada diferentseeritud rahastamise abil maapiirkonna perearstide võrdne sissetulek?
- 5.10. Kas esmatasandi rahastamine arvestades nelja aasta eelarveperspektiivi on jätkusuutlik?

Lühikokkuvõte analüüsi tulemustest

Tugeva esmatasandi arendamise põhilised eeldused on järgmised:

- Tugev laiapõhjaline meeskond- et esmatasandil saaks lahendada 80-90 % patsientide probleemidest
- Meeskonnasisene horisontaalne tööjaotus, mis on kokku lepitud käsitusjuhenditega
- Koolitused, pidev professionaalne areng, mis on motiveeritud erinevate stiimulitega
- Finantseerimise suurendamine, et tagada vastavus suurenenud meeskonna vajadustele- võimalikud on erinevat tüüpi skeemid, mis toetavad meeskonnatöö põhimõtet
- Esmatasandi tervishoiu tihedam integreeritus sotsiaalsüsteemiga - sotsiaaltöötaja kui esmatasandi meeskonna liige
- Piisav IT tugi nii perearsti meeskonnale kui patsiendile- töökeskkonnad funktsionaalsemaks, käepärasemaks
- IT lahendused kliinilise töö kvaliteedi enesehindamiseks
- Eri valdkondade ja tervishoiu osapoolte vahelised kokkulepped ja infovahetus – e-teenused, *clinical pathway* tüüpi algoritmid

Vajalikud IT rakendused, mis toetavad esmatasandi tervishoiu arengut ja töö kvaliteeti

Kiired (1-2 a jooksul arendatavad) –TIS-s otsepäringute tegemise võimalused, e-konsultatsioon, e-teatiseid perearstile patsiendi haiglast lahkumisel või kiirabi teenuse osutamisest, ravimite koostoimete andmebaas, ravijuhendite integreerimine protokollidena töökeskkonda

Pikemaajalised (5 a perspektiivis-

- Perearsti tarkvara arendamine – võimalus süstemaatiliselt andmete kogumiseks patsiendi tervisenäitajate kohta ajaperioodil, tuvastada riskipatsiendid oma nimistus, jälgida patsientide tervisetulemit ja kutsuda neid vastuvõtule, tagasiside saamine süstematiseeritud vormis, koostada erinevaid kvaliteediaruandeid
- Kliinilised otsustustoed nii perearstile kui patsiendile- riski, prognoosi hindamiseks, raviotsuse vastu võtmiseks, jagatud otsuse tegemiseks
- TIS arendamine, et oleks võimalik kogutud andmete põhjal hinnata ravitulemusi, arstiabi kvaliteeti ja saada tagasisidet otsuste tegemiseks

Analüüsi metoodikast üldisemalt:

Iga valdkonna teema juures oleme esitanud hetkesituatsiooni kirjelduse, teinud ulatusliku kirjanduse analüüsi, tutvunud teiste maade praktikaga ning korraldanud küsitlusi Eesti tervishoiutöötajate seas. Lähtuvalt eespool toodust oleme püüdnud vastata meile esitatud küsimustele. Kuna mitmete eri teemade ülesandepüstitused ja vastused on omavahel tihedalt seotud, siis püüdsime vältida kordusi analüüsi aluseks oleva materjali esitamisel. Näiteks on kvaliteediga seotud alaosas esitatud materjali, mida saame kasutada ka

esmatasandi teenuse osutamise alapeatükis, ravi integreeritus on tihedalt seotud nii ravi kvaliteediga kui ka teenuse osutamisega jne. Küsimustele vastamisel oleme lähtunud mitte vaid vastava alaosa materjalist, vaid kogu materjalist kui tervikust. Konkreetsem metoodika kirjeldus on esitatud alaosade kaupa. Analüüsile on lisatud läbiviidud uuringute tulemused lisadena.

Kokkuvõtte tulemustest

Alljärgnevalt on toodud küsimused koos vastustega.

1. Edendus ja ennetus

1.1. Milline peaks olema esmatasandi meeskonna roll ennetustegevuses?

Esmatasandi meeskonna rolli näeme olulisena nii esmases, teiseses kui ka kolmandases ennetustegevuses.

Laste immuniseerimine, väikelaste ja koolieelsete tervete laste tervisekontroll on tegevused, mida kindlasti pakutakse perearsti meeskonnas/tervisekeskuses nii rahvusvaheliselt kui ka Eestis ja milles nähakse juhtivat rolli ka tulevikus.

Üks tõhusamaid haiguste ennetusviise on vaktsineerimine. Vaktsineerimisel on Eestis suur roll just perearstikeskustel. Riikliku immuniseerimiskava järgsed vaktsineerimised on tehtud Eestis nõutaval tasemel. Samas on mitmeid immuniseerimiskavaväliseid vaktsiine, mille efektiivsus on tõestatud vastava sihtgrupi ja/või ka elanikkonna haigestumise ja suremise vähenemisel, aga mille kasutamine on perearstikeskustes tagasihoidlik. Eesti paistab teiste Euroopa riikide seas silma väga madala vaktsineerimisega hõlmatusega mitmete infektsioonhaiguste suhtes (gripp, pneumokokknakkus, A-hepatiit). Samuti on madal hõlmatus puukentsefaliidi vastases vaktsineerimises, kuigi Eesti kuulub selle haiguse suhtes kõrge levikuga piirkonda. Üheks olulisimaks takistuseks võib olla siinkohal patsiendi täielik omaosalus vaktsiini ja vaktsineerimise hinna tasumisel ja seetõttu peaks kaaluma nende vaktsiinide lülitamist haigekassa soodusravimite nimekirja või riskigruppide vaktsineerimist soodustingimustel.

Nii teaduskirjandus kui ka perearstide ja patsientide küsitlusuuringud hindavad kõrgelt perearsti meeskonna tegevust ennetavate terviseläbivaatuste teostamisel täiskasvanutele ning erinevas eagrupis koolilastele. Oluliseks peetakse individuaalsete nõustamisteenuste pakkumist (toitumise, liikumise, suitsetamise suhtes).

Ennetustegevus peaks olema suunatud valdkondadesse, kus haiguskoormus on suhteliselt suur ning ennetustegevusega oleks võimalik olulisel määral tervisekadusid ära hoida. Vastavalt uuringu *Global Burden of Disease Study 2013* andmetele on kõige suuremat tervisekadu põhjustavad riskitegurid Eestis (tähtsuse järjekorras): kõrge vererõhk, ülekaal, suitsetamine, alkoholi liigtarvitamine, liigne keedusoola tarvitamine, kõrge kolesteroolitase, veresuhkru metabolismi häired, vähenenud aedviljade tarvitamine, liigne töödeldud punase liha tarvitamine, vähenenud täisteraviljatoodete tarvitamine. Kõige suuremat haiguskoormust surmadest tingitud haiguskoormuse mõttes põhjustavad Eestis südame-veresoonkonnahaigused, pahaloomulised kasvaja ning vigastused ja mürgistused. Haigestumusest tingitud haiguskoormusest moodustavad kõige suurema osa südame-veresoonkonnahaigused, millele järgnevad liigeste ja lihaste haigused ning vaimse tervise häired.

Piiratud tervishoiuressursi (nii finants-, tööjõu- kui ajaressursi) tingimustes soovatakse nii esmases kui ka teises ennetustegevuses keskenduda eeskätt **suure riskiga** isikutele ja sealhulgas kasutada üsna intensiivseid mitmekomponentseid sekkumisi (individuaalne nõustamine kombineerida sobival hulgal infomaterjalide väljatöötamise ja sihtgrupile suunamisega, tugigruppide moodustamine, regulaarsed telefoni- või e-kontaktid, e-lahendustel põhinevad sekkumised jne).

Suure riskiga isikute tuvastamise mõningad kriteeriumid on esitatud tabelis 2 lk 41 "USPSTF soovitusel sõeltestide kasutamiseks täiskasvanutel vanusest tulenevates riskirühmades". Siinkohal viitame vajadusele luua riski hindamise tõenduspõhiseid instrumente, mis aitaks arstidel ja õdedel kiiresti riskigruppe tuvastada, riske näitlikustada ja patsiente kaasata.

Uute riskikalkulaatorite loomine või Eestile kohandamine ei ole antud raporti raames võimalik, sest vajab analoogset tõenduspõhise materjali läbitöötamise protsessi nagu meil on tavaks ravijuhendi koostamisel. Praegu töötatakse välja kehvadest tervisetulemitest ohustatud riskipatsientide tuvastamise algoritmi Eesti Haigekassa, Maailmapanga ja Eesti Perearstide Seltsi koostöös, et selliste patsientidega perearstikeskustes juba proaktiivselt tegeleda. Eesmärgiks on võimalikult vähendada nende meditsiinilisi ja käitumuslikke riske ja võimalikult palju lahendada probleeme juba esmatasandil. Eesti Haigekassa toetus sellisele projektile on väga vajalik.

Kui tööelise elanikkonna tervise regulaarne kontrollimine ei ole tõendatud efektiivsusega, siis positiivseid tulemusi on leitud eakate regulaarsel ja igakülgse tervise hindamisel, mis on nii parandanud elukvaliteeti ja igapäevast funktsioneerimist kui ka vähendanud hospitaliseerimisi. Seega peaks suurendama perearsti meeskonna rolli eakate (üle 65 a vanuste isikute) regulaarsete tervisekontrollide läbiviimisel, ning nende seast kõrge riskiga eakate (nt haprad

eakad, kõrge hospitaliseerimisriskiga eakad) tuvastamist ja sobivate, riski vähendavate teenuste korraldamist.

1.2. Kuidas suurendada tõenduspõhise ennetustegevuse, krooniliste haiguste (kardiovaskulaarsed haigused, suhkurtõbi ja kasvaja) varajase avastamise ja sellega hõlmatud isikute osakaalu esmatasandil?

Tõenduspõhise ennetustegevuse, krooniliste haiguste varajase avastamise ja sellega hõlmatud isikute osakaalu esmatasandil saab suurendada ning ühtlasi tagada ka nende isikute tõhusat jälgimist ja nõustamist järgmiste lahenduste olemasolul:

- Riski hindamise tõenduspõhised instrumendid, mis aitavad arstidel ja õdedel kiiresti tuvastada riskigruppe, riske näitlikustada ja patsienti kaasata. Riskikalkulaatorid peaksid olema integreeritud arstide tööprogrammi.
- Regulaarsete ja elukestvate nõustamiskoolituste korraldamine tervishoiutöötajatele: motiveeriv intervjuerimine, toitumise, suitsetamisest loobumise, alkoholi riskitarvitamise alane nõustamine, grupinõustamine.
- Koolituse läbinud tervishoiutöötajate poolt tehtud nõustamised peaks lülitatama eraldi tervishoiuteenusena haigekassa tasustatavate teenuste nimekirja. Samuti on vajalik grupinõustamise teenuse loomine ja rahastamine. See on tõhus ning tööjõu- ning ajaressursi säästlikum nõustamise viis. Lisaks võiks kaaluda kvaliteeditasu süsteemi raames selliste nõustamiste kõrgemalt väärtustamist.
- Töötada välja erialadevahelised ühised tegutsemisjuhised, ravialgoritmid mitmete krooniliste haigustega (multimorbiidsete) patsientide käsitlemiseks, kaasa arvatud tõenduspõhine ennetustegevus.
- Võtta kasutusele eakate igakülgse tervises seisundi hindamise (nii tervise kui ka sotsiaalse vajaduse arvesse võtmise) instrument. Hindamise tulemus peaks olema aluseks edasiste tervise- ja sotsiaalteenuste planeerimisel ning eakate tervises seisundi halvenemise ennetamisel.
- Luua süsteem, kus patsiendi terviseandmed on kättesaadavad ja tõrgeteta jagatavad esmatasandi, EMO, kiirabi, eriarstiabi ja sotsiaalsüsteemi vahel.

1.3. Kuidas tõhustada oma nimistu isikute jälgimist ja nõustamist, st riskitegurite olemasolul hoiduda haiguse väljakujunemisest ja krooniliste haiguste korral vältida ägenemisi ja tüsistusi?

Mõneti kattub selle küsimuse vastus eelmisega ning ka kvaliteedi alaosas käsitletuga.

Vajalik on eespool nimetatud kõrge riskiga patsientide selekteerimise instrumentide, ravi algoritmide, ravijuhendite olemasolu ning infotehnoloogiline intergreerimine elektroonsesse ambulatoorsesse tervisekaarti.

Krooniliste haiguste puhul peaks perearstidel olema võimalik jälgida iga patsiendi kliiniliste andmete paranemist ajas. Selleks peab panustama krooniliste haigete käsitlemiseks e-platvormide arendamisse, mis võimaldavad perearstidel jälgida kroonilisi haigeid ja nende tervise tulemit aja jooksul ning tuvastada riskipatsiendid oma nimistus, jälgida ka nende tervisetulemit ja kutsuda neid aktiivselt vastuvõtule, kui nad ei ole seda teinud (nn meeldetuletussüsteem). Selline e-platvorm peaks võimaldama saada perearstidel ka tagasisidet kogutud andmete kohta süstematiseeritud vormis ning koostada erinevaid kvaliteediaruandeid.

Mõlemal juhul, nii kõrge riskiga patsientide kui ka krooniliste haigete puhul, on olulisel kohal patsiendi aktiivne kaasatus. Patsientidele mõeldud otsusetoed, spetsiifilised infomaterjalid, oskuslikult läbi viidud nõustamised ning järjepidev kontakt tervishoiutöötajaga on eeldused, mis võimaldavad vähendada haiguste väljakujunemist ja krooniliste haiguste tüsistumist. Perearsti meeskonna laienemine lisaõe näol ning õdede ressursi otstarbekam kasutamine, vabastades nad tööst, mis võiks kuuluda kas registraatori või kliinilise assistendi pädevusse, on siinkohal samuti võtmetähtsusega.

Vajalik on tervishoiutöötajate järjepidev nõustamisalane koolitamine, et tagada kõigile nõustamisoskuste baastase, ning igas tervisekeskuses võiks ideaalis olla ka üks edasijõudnute tasemel nõustamisoskustega pereõde.

1.4. Kuidas saaks esmatasand aidata kaasa oma nimistu isikute terviseteadlikkuse suurendamisele?

Oma nimistu isikute terviseteadlikkust saab suurendada süsteemse tegevusega. See tähendab järgmist:

- patsientide enesetõhususe aktiivset toetamist, sh patsientide ja hooldajate koolitust ja nõustamist, telemeditsiini võimaluste rakendamist, psühholoogilise toetuse kättesaadavaks tegemist, head ligipääsu kõikidele terviseandmetele ja nende jälgimist ajas muutuvana. Koolitusi ja tugigruppide moodustamist võiks planeerida esmatasandi tervisekeskuste tasemel. Selleks, et nende käivitamist stimuleerida, peaks olema koolituste ettevalmistamise ja korraldamise kulud kaetud haigekassa lepingutega ehk tegemist võiks olla kas eraldi teenusega või lisatasuga, mida makstakse siis, kui tegevus on lõpule viidud.
- erinevatel olulisematel terviseteemadel infomaterjalide väljatöötamist ja patsientidele kättesaadavaks tegemist. Uuringud näitavad, et kõige enam

ootavad inimesed kirjalikke juhendmaterjale just perearstikeskusest ja ka teistest raviasutusest. Samas näitavad elanikkonna uuringud, et kui edasiseks raviks ja haigusega toimetulekuks on saanud pereõelt ja perearstilt nõu üle 80% küsitletutest, siis kirjalikke juhiseid ja infomaterjale juba poole vähem inimesi (34% pereõe käest ja 40% perearsti käest).

1.5. Kuidas oleks võimalik suurendada inimeste usaldust perearstide ja pereõdede vastu?

Inimeste usaldus perearstide ja pereõdede vastu ja rahulolu nendega on nii elanikkonna küsitluse kui ka käesoleva töö autorite poolt korraldatud fookusgrupi uuringu andmetel stabiilselt suur. Selleks, et usaldus ja rahulolu püsiks samal tasemel või ka mõnevõrra paraneks, tuleks avalikkust perearsti ja pereõe rollist pidevalt informeerida positiivsete kampaaniate ja kirjutiste abil, mis peaks olema samas mahus suunatud ka muukeelsele elanikkonnale.

Perearstikeskuste tasemel tuleks patsiente väga selgelt teavitada keskuse töökorraldusest, rollijaotusest meeskonnas ning sellest, kellega visiidil esmalt kohtutakse nii terviseprobleemi esinemisel kui ka ennetusalase nõustamise puhul. Vastav info peaks olema nii iga perearstikeskuse kodulehel kui ka perearstikeskuse teavitustahvilil.

Esmatasandi meeskonna rolli suurenemine, mitmekülgsete teenuste pakkumine esmatasandi tervisekeskustes ning patsiente kaasavate lahenduste ja otsusetugede kasutusele võtmine aitab inimeste usaldust perearsti ja pereõe vastu veelgi suurendada.

2. Esmatasandi teenuste pakett ja teenuseosutajate struktuur

2.1. Mis on perearsti kui ravi koordinaatori rolli laiendamise eelduseks?

Perearsti kui ravi koordinaatori rolli laiendamine tuleb kõne alla järk-järgult, vastavate eelduste loomisel:

- e-konsultatsioonide tõrgeteta funktsioneerimine
- erialade vahelised haiguste käsitusjuhendite ja kokkulepete koostamine (ravi algoritmid), mille olemasolu eeldab erialadevahelist koostööd
- perearstide ja pereõdede koolitamine, et ravijuhendeid parimal viisil rakendada (nt nahahaiguste valdkonnas: lööbelised nahahaigused,

dermatiidid jne, psühhiaatrias depressiooni diagnostika ja ravi, unehäirete diagnostika ja ravi).

- perearstide tulubaasi laiendamine, et katta koordinaatori rolli suurenemisest tingitud rahalise ja ka inimtööjõuressursi vajadusi.

Kuna teatud valdkondades (silmahaigused) on haiguste diagnostikas oluline vastava instrumentaariumi olemasolu ja sellealane väljaõpe, siis peab kaaluma ka kulude otstarbekust. Mõeldav oleks optometristi olemasolu suuremates tervisekeskustes.

2.2. Kuidas oleks võimalik pereõe rolli veelgi laiendada? Kuidas tagada esmatasandil pereõdede ressursi eesmärgipärane kasutus?

Arvestades tänast situatsiooni, kus perearsti meeskonda kuulub tavapäraselt vaid üks või kaks pereõde, on pereõdede roll juba üsnagi lai ja koormatus suur. Seda on täheldanud ka patsiendid, kes pereõdede hõivatuse tõid oma intervjuudes selgelt välja.

Pereõdede roll võiks olla mõnevõrra suurem ja sisulisem patsientide nõustamisel. Selleks peaks aga pereõed olema vabastatud suurest osast sekretäri või asjaajaja tööst, mida nad täna paratamatult teevad, sest perearstikeskustesse ei ole nähtud seni kliinilise assistendi ega registraatori ametikohti. Suuremates tervisekeskustes (nt üle 6 perearsti) võiks olla ka eraldi just nõustamisega tegelevate pereõdede töökohad, nt diabeedi ja toitumise või alkoholi liigtarvitamise nõustamiseks. Need pereõed peaksid olema läbinud vastavad nõustamiskoolitused (motiveeriv intervjuueerimine, lühisekkumine jt).

2.3. Kes peaks lisaks füsioterapeudile, ämmaemandale, koduõele ja pereõele kuuluma perearsti meeskonda tervisekeskuses? Mitme perearsti kohta oleks optimaalne omada kõiki nimetatud meeskonnaliikmeid?

Eestis tuleks kõne alla laiendada esmatasandi teenust valdkondades, mis on ette nähtud ka tervisekeskuste kontseptsioonis, ehk pakkuda tervisekeskuste tasandil lisaks olemasolevale ämmaemanda, koduõenduse ja füsioteraapia teenust. Selleks on olemas positiivne suhtumine ja valmisolek nii perearstide kui ka eriarstide poolt, samuti pakutakse neid teenuseid enamasti ka Euroopa riikides, mis tegutsevad tervisekeskuste printsiibi kohaselt (Soome, Hispaania, Inglismaa).

Vastavalt TÜ Sotsiaalteaduslike Rakendusuuringute Keskuse (RAKE) poolt 2015. a valminud analüüsile on minimaalne töötajate arv, kes tervisekeskuses tagaks esmatasandi laiendatud teenuse osutamise, järgmine: 3 perearsti, 3 pereõde, 1

ämmaemand, 1 füsioterapeut, 1 koduõde („Esmatasandi tervishoiuteenuste geograafilise kättesaadavuse vajaduse hindamine ja esmatasandi tervishoiuteenuste optimaalse korralduse mudeli loomine (2013–2015), kättesaadav <http://skytte.ut.ee/et/rake/teostatud-projektid-0>)

Arvestades aga tänast situatsiooni, kus nähakse ette pereõdede rolli tähtsamaks muutumist, seda eeskätt haiguste ennetamisel ja krooniliste haigete jälgimisel, oleks mõistlik arvestada ühe perearsti kohta vähemasti 1,5–2 pereõde. RAKE analüüsist selgub ka, et 3 perearsti kohta ei leia üks täiskohaga töötav ämmaemand alati täielikku rakendust, seega võib suuremates tervisekeskustes kaaluda ka üht ämmaemandat 6–8 perearsti kohta ning sõltuvalt piirkondlikust eripärast 0,5 ämmaemanda kohta väikestes (3–4 perearstiga) tervisekeskustes.

Sotsiaaltöö, toetatud elamise teenus, eakate ja dementsusega patsientide teenused, 24 h koduhooldusteenus ei ole enamasti esmatasandi tervishoiu ehk perearstide ega ka tervisekeskuste teenus, vaid pigem omavalitsuste kohustus. Kui kaaluda, milline võimalikest teenustest võiks kuuluda veel esmatasandi tervisekeskuste juurde, siis jäi fookusgrupi intervjuudest kõlama optometristi või nn esmatasandi silmaarsti teenuse vajadus, mis võiks suuremas tervisekeskuses kõne alla tulla. See vähendaks ooteaegasid silmaarstide juurde ning tagaks patsientide kiirema teenindamise elukoha läheduses. Optometristi siiski perearsti meeskonna liikmena me ei näe, pigem võiks olla tegemist teenusega, mida on võimalik patsiendil tervisekeskuse pinnal saada.

2.4. Millised teenused peaks sisalduma esmatasandi tervishoiuteenuste pakettis, st milliseid teenuseid peaks osutama esmatasandi meeskond?

Lähtudes eespool kirjeldatud meeskonnast, oleksid esmatasandi meeskonna poolt pakutavad teenused järgmised: ägedate ja krooniliste haiguste diagnoosimine ja ravi, individualiseeritud ennetustegevus täiskasvanutele (nt suitsetamisest loobumise nõustamine, toitumisenõustamine jms), koolieelsete laste ennetav tervisekontroll ja vaktsineerimine, täiskasvanute vaktsineerimine, kontratseptsioonialane nõustamine, normaalraseduse jälgimine, aktiivne füsioteraapia, teatud sõeltestimise programmide läbiviimine (jämesoolevähi sõeluuring, ämmaemandate lisandumisel meeskonda ka PAP-uuringute teostamine vajadusel neil, kes ei ole käinud tsentraalselt organiseeritud sõelprogrammis), tegelemine teatud vaimse tervise probleemidega (depressioon, ärevus, alkoholi liigtarvitamine), sagedasemate labori- ja radioloogiliste uuringute tegemine, EKG ja spiromeetria, ööpäevaringne vererõhu ambulatoorne jälgimine, koduõendusteenus, nakkushaigustest raporteerimine.

2.5. Milliste teenuste osutamist peaks koordineerima perearst?

Perearsti koordineerimisel võiks toimuda patsiendi eriarstiabisse, kaasa arvatud haiglaravile suunamine, v.a neil juhtudel, kus on kokku lepitud, et patsient saab pöörduda ilma perearsti saatekirjata. Lisaks peaks perearsti koordineerimisel toimuma patsiendi sotsiaalteenustele, rehabilitatsiooni- ja taastusraviteenusele suunamine, õendushooldusteenusele ja pikaajalisele suunamine.

Perearsti koordineerimisel peaks olema võimalik teha patsientidele kõiki esmavajalikke uuringuid – teatud osa perearstikeskustes kohapeal ja teatud uuringutele suunamine otse, ilma spetsialisti vahendusega (endoskoopilised, radioloogilised, funktsionaaldiagnostilised uuringud). Piisava uuringute võimaluse tagamiseks on oluline, et teenustasu osakaal rahastamises oleks vastav .

2.6. Mis on optimaalne koostöötavate perearsti nimistute arv ja miks, tuginedes rahvusvahelisele kogemusele ja teaduskirjandusele?

Nii teaduskirjanduse andmed kui ka Eestis tehtud uuringud näitavad seda, et kui hinnata kliinilise töö kvaliteeti, töö organiseerimist ja ka teatud teenuste kättesaadavust, siis on eelistatud seisus pigem grupipraksised kui üksikpraksised. Optimaalset perearstide arvu, kes ühes keskkuses võiksid töötada, on raske välja tuua. Inglismaal tehtud uuringud näitavad paremaid tulemusi kliinilise töö kvaliteedis keskkuses, kus töötab samal ajal koos üle 6 perearsti, samas on aga teaduskirjanduses leida ka sellele vasturääkivaid tulemusi.

Väikestes keskkustes ja üksikpraksistes on tagatud paremini patsiendile osutatava abi järjepidevus ning ka patsientide rahulolu on mõnevõrra kõrgem.

Eri uuringud jõuavad üksmeelselt seisukohale, et lisaks praktilise suurusele on määravaks ka teised asjaolud, nt töö organiseerimine ja töökultuur keskkuses, ennetavate tegevuste toetamine, ravi järjepidevuse tagamine.

2.7. Kas ja mil määral peaks sotsiaaltöö olema integreeritud esmatasandi teenuse osutamisse?

Arvestades multiprobleemsetele patsientidele ja eakatele pakutavate teenuste tihedat seotust sotsiaalteenustega, võiks ideaalis sotsiaaltöötaja esmatasandi tervisekeskuse meeskonda kuuluda. See tagaks probleemide järjepideva arutelu, kiirema lahendamise ning ka meeskonna kui terviku kujunemise. Praegu, kus perearst ja pereõde suhtlevad väga mitmete erinevate sotsiaaltöötajatega (eeskätt suuremate linnade probleem), ei teki ühtse meeskonnana tegutsemise tunnetust. Samuti sõltuvad sotsiaalteenuste võimalused suuresti omavalitsuste võimekusest ning

meditsiinitöötajad ei ole alati nende võimalustega kursis. Tegutsemine integreeritud meeskonnas tagab patsientidele parimad olemasolevad võimalused.

Kuidas integreerida sotsiaaltööd paremini esmatasandi teenusega, on kirjeldatud järgmises punktis.

2.8. Kuidas tagada esmatasandi ja sotsiaalhoolekande koostöö?

Juhul, kui sotsiaaltöötaja ei kuulu esmatasandi teenuse osutajate meeskonda, siis tagaksid parem andmevahetus ja koostööpartnerite kohtumised selle, et kõik vajalikud teenused oleksid perearstide nimistutes olevatele patsientidele vastavalt vajadusele kättesaadavad. See eeldab vajalikke IT-lahendusi, mis võimaldaksid info liikumist tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemi vahel, ning ka juhtumikorralduse kontseptsiooni juurutamist. Siinkohal on vajalikud erinevate valdkondade kokkulepped, nii nagu seda tehakse täna ravialgoritmide ja ravijuhendite näol kliinilises meditsiinis. Nende tegemise käigus lepitakse kokku ka perearstiabi ja sotsiaalabi omavaheline koostöö ja patsiendi kulg eri süsteemide vahel. Vajalikud on regulaarsed sotsiaaltöötajate ja perearsti meeskonna kohtumised, nt vähemalt kord kuus või vastavalt vajadusele ka tihedamini. Vahepealsetel aegadel suheldaks e-kirjavahetuse ja/või telefoni teel.

2.9. Milline peaks olema esmatasandi roll koolitervishoiuteenuse osutamisel?

Praegu on koolilaste ennetavate tervisekontrollide läbiviimine nii koolitervishoiutöötajate kui ka perearstide töökohustus. Vastavalt perearsti ja temaga koos töötavate tervishoiutöötajate tööjuhendile (sotsiaalministri 6. jaanuari 2010. a määruse nr 2 lisas toodud 0–18aastaste laste ennetavate tervisekontrollide [kavale](#)) toimub 1., 3., 7., ja 11. klassi õpilaste tervisekontroll koolides ja seda viib läbi koolitervishoiutöötaja, ning 2., 5. ja 9. klassi õpilaste tervisekontroll peaks toimuma perearstikeskustes perearstide poolt. Perearsti juurde jõudmiseks on aga vaja leida nii koolilapsel kui ka lapsevanemal selleks aega, mis sageli tähendab koolist ja/või töölt puudumist ja seetõttu paljud lapsed vastavatesse tervisekontrollidesse ei tulegi. Seega teeme ettepaneku kaaluda, et koolilaste ennetav tervisekontroll toimuks koolides läbi viiduna koolitervishoiutöötaja poolt, kes tõsisemate terviseprobleemide ilmnemisel suunab patsiendi perearsti vastuvõtule. Koolitervishoiu ja perearstiabi koostöö parandamiseks on vajalik arendada Tervise Infosüsteemi funktsionaalsust, et kooliealiste laste terviseandmed, sh nii ennetavate läbivaatuste andmed kui ka immuniseerimisi puudutav info oleks kättesaadav nii perearstiabi kui ka koolitervishoiuteenuse osutajatele.

3. Ravi integreeritus

3.1. Millised muudatused on tervishoiusüsteemis vajalikud perearsti kui ravi koordinaatori rolli tugevdamiseks? Kuidas tagada perearsti parem informeeritus patsiendi kokkupuudetest tervishoiusüsteemi erinevate osadega nii, et perearstil oleks võimalik langetada informeeritud otsuseid ja ravi tõhusamalt koordineerida?

Võimalikult palju kroonilistele haigetele vajaminevaid teenuseid peaks saama osutatud esmatasandi tervisekeskustes, kus toimib nn horisontaalne integratsioon (koostöö) ja seda peaks soodustama kas eraldi lepingute või rahaliste stiimulitega. Eestis on perearsti meeskond krooniliste haigetega tegelemiseks praegu kindlasti liiga väike. Kui eeldada meie patsientidele sama kvaliteediga sama laiaulatusliku tervishoiuteenuse osutamist nagu näiteks Hollandis, Taanis, Soomes või Rootsis, siis peaks meeskonda kuuluma peale pereõdede ka füsioterapeut, dieedi/diabeediõde, koduõde ja ideaalis teatud arvu nimistute peale psühholoog ja sotsiaaltöötaja. Sotsiaaltöötaja, kes tänases tervishoiukorralduses on KOV töötaja, võiks olla vaatamata erinevast allikast pärinevale finantseerimisele seotud siiski konkreetsete tervisekeskustega. Sellisel juhul saab tekkida toimiv meeskond. Psühholoogi teenust võib osutada ka eraldi lepingu alusel, samas on ilmselt toimivam, kui tervisekeskustel on leping ühe konkreetse psühholoogiga või psühholoogilist nõustamist pakkuva keskusega pikema aja vältel. See eeldab taaskord aga stabiilset ja piisavat sihipärast finantseerimist.

Probleemsetele kroonilistele haigetele vajaduspõhise teenustepaketi osutamiseks oleks vajalik juhtumikorraldaja olemasolu. Juhtumikorraldajaks võib olla nii arst kui ka õde. Vajalik oleks sellise juhtumikorralduse finantseerimine eraldi teenusena (vt eelmine lõik). See peaks paiknema esmatasandil. Juhtumikorraldaja määratlemine sõltub kokkulepetest ja konkreetsest patsiendist. Kui patsiendile on eeskätt vaja sotsiaalabiteenuseid, siis võib juhtumikorraldajaks olla ka sotsiaaltöötaja. Erinevate esmatasandi teenuste koordineerimine ning esmatasandi ja eriarstiabi teenuste koordineerimine on tavapäraselt siiski tervishoiutöötaja ülesanne.

3.2. Kuidas tagada patsiendi „terviklikku käsitlust“ ning vähendada riski, et patsient jääb vajaliku jätkuravita?

Erialaspetsialistidega toimiva koostöö saavutamisel on võtmeküsimuseks infovahetus: e-konsultatsioon, info liikumine erinevate etappide vahel sujuvalt, ilma tõrgeteta. Perearst peaks saama kohe informatsiooni (nt e-kirjaga, nagu on kokku

lepitud Taanis), kui tema nimistu patsient on haiglast välja kirjutatud. Vastav e-kiri on aluseks, et perearst teab otsida haigla epikriisi Tervise Infosüsteemist. Epikriis peaks sisaldama mitte vaid haiglas tehtud uuringute ja analüüside loetelu, vaid ka vajalikud põhjalikud nõuanded patsiendi edasise ravi korraldamise kohta. Kui patsiendi raviskeemi lisanduvad uued ravimid, siis esmaselt peaks need välja kirjutatama haigla eriarst koos kindla soovitusena patsiendile pöörduda ettenähtud ajal perearsti vastuvõtule.

Kui haiglas nähtub, et patsient vajab pärast haiglaravi sotsiaalteenuseid, siis see peaks olema korraldatud patsiendi haiglast lahkudes haigla ja KOV sotsiaaltöötajate omavahelise kontakti kaudu. Perearst peaks saama ka selle kohta vajaliku informatsiooni toimivate sidekanalite vahendusel.

3.3. Kuidas tõhustada esmatasandi ja eriarstiabi koostööd?

Koostöö paremaks toimimiseks on vajalikud:

- Patsiendi käsitlemise kokkulepped ja/või ravialgoritmid, kus kirjeldatakse eri meeskonnaliikmete ja/või ka eri tasandite rolli ja vastutust ning patsiendi kulgu selles süsteemis.
- E- konsultatsioonid perearstide ja eriarstide omavahelise koostöö vormina kõikidel erialadel.
- Lisaks olemasolevale rahastamisele kaaluda rahastamismudelit, mis võimaldaks sujuvamat koostööd erinevate erialade (perearstiabi, taastusravi, eriarstiabi, õendusabi) vahel. Eri riikides kasutatakse nn juhtumikorralduse põhist rahastamist keerulisemate ja komplekssemate juhtumite korraldamiseks.

3.4. Millisteks juhtudeks tuleks koostada esmatasandile patsiendi käsitusjuhendeid või ravialgoritme?

Patsiendi käsitusjuhendid on olulised kõikide krooniliste haiguste puhul, kus on tegemist pikaajalise raviga, eluviiside muutmisega ning järjepideva arstliku või õe poolt tehtava tervisekontrolliga. Selliste käsitusjuhendite eesmärk on jagada patsiendile asjakohast teavet ning teda võimestada oma haigusega toimetulekul. Heaks tavaks peaks olema, et kui valmib ravi- ja diagnostikajuhend perearstidele, siis sellega kaasneks ka patsiendile mõeldud käsitusjuhendi väljatöötamine.

3.5. Millised IT-lahendused aitaksid toetada perearsti tööd nii arsti ja arst/spetsialist kui ka arsti ja patsiendi vahelises suhtluses?

Perearsti–spetsialisti tasandil hindame kõige olulisemateks:

- e-konsultatsiooni teenuse väljaarendamist kõikidel erialadel;
- elektroonilist teavitust, kui patsient on olnud haiglas, EMO-s või vajanud kiirabi;
- kuna e-tervise maht pidevalt suureneb ja juba praegu on raske leida üles vajalikku informatsiooni, siis on selgelt tekkinud vajadus otsingute/päringute järele, mis võimaldaks kiirelt oluline dokument üles leida
- patsiendi ravimite/uuringute/analüüside ajas võrdlemise võimalust.

Patsiendil võiks olla oma vaates näha ka ravimileht koos vastava annustamise informatsiooniga. Praegu prinditakse vastav ravimileht arsti poolt välja ning juhul kui paberversioon kaob patsiendil ära, ei ole tervikinformatsioon kogu raviskeemist patsiendile enam nähtav.

Perearsti–patsiendi tasandil on oluline ka patsiendivaates teatud terviseandmete ajas võrdlemise võimalus (nt vererõhk, kolesterooli ja veresuhkru analüüsid jt). Lisaks on oluline välja arendada otsusetoed patsientidele, kus nad saavad näha oma tervisetulemi muutust seoses riskifaktorite muutusega ajas ning ka võimalikke lahendusi üldriski vähendamiseks. Need otsusetoed võimaldavad patsiente ka paremini kaasata nende raviprotsessi ning otsuseid tervisekäitumise suhtes teadlikumalt langetada.

3.6. Milline peaks olema esmatasandi roll patsiendile adekvaatse järelravi/jätkuravi tagamisel?

Kuna järelravi on seotud konkreetselt sellele eelnenud aktiivraviga, siis sõltub esmatasandi roll suuresti sellest, milline on olnud eelnev aktiivravi. Kas järelravi koordineerijaks ja teostajaks on esmatasandi arst või eriarst, sõltub vastavalt haigusest (trauma, operatsioon, äge haigestumine nagu infarkt, insult jne). Mõnikord on vajalik alustada järelravi juba aktiivravi ajal või vahetult pärast seda ravisutuses. Sel puhul on koordineerijaks eriarst või ravisutus, kus patsient viibib (nt traumajärgne aktiivne taastusravi). Kuna sageli on järelravi kestev, eesmärgiks on hoida ära haiguse taasteke või tüsistused (nt pärast infarkti), ning järelravi hõlmab endast ka konservatiivset ravi medikamentidega, sobivat dieetravi, liikumist jt, mida viiakse läbi juba pika aja vältel ambulatoorselt, siis sellistel puhkudel võtab järelravi koordineerimise üle esmatasandi meeskond (nt infarkti- ja insuldijärgne järelravi jt).

Kui esialgne järelravi on olnud statsionaarne ja jätkub ka ambulatoorselt, siis on vajalik, et perearst saaks ambulatoorse järelravi tagamiseks detailsed soovitusel patsiendi edasise raviplaaniga kohta. Soovitused peaksid sisaldama konkreetseid juhiseid töölt eemaloleku aja kohta, vajalike abivahendite, eri spetsialistide kaasatuse kohta järelravis ning ka vajalike uuringute teostamise kohta.

3.7. Milline peaks olema esmatasandi panus patsientide suunamisel järgnevale tasandile, sh esmaste uuringute tegemisel? Millist tervise teavet peaks sisaldama korrektselt vormistatud saatekiri? Milline info ja kuidas peaks patsiendi suunanud perearstini tagasi jõudma?

Esmased vajalikud uuringud, enne kui patsient suunatakse järgmisele tasandile, peaks patsiendile reeglina olema tehtud esmatasandil, v.a. juhtudel, kus patsient vajab erakorraliselt suunamist kas EMO-sse või haiglasse ja uuringuid ei ole võimalik ambulatoorselt teostada tema tervise seisundi tõttu.

Selleks peaks esmatasandi uuringute tegemise võimalused võrreldes praegusega paranema. Intervjuudest perearstidega ja ka isiklikest kogemustest lähtuvalt saame öelda, et praegu suunatakse patsient eriarstiasse sageli ka piiratud uuringuvõimaluste pärast (nt teatud endoskoopilised, funktsionaaldiagnostilised uuringud jt). See on kindlasti üks põhjustest, miks ooteajad eriarstile pikenevad, samuti pikeneb eriarsti kaudu uuringutele suunamise korral patsiendile õigeaegse diagnoosi ja ravi määramise aeg).

Saatekirja nõuded on määrusega kehtestatud ning kui neid selles mahus järgitakse, on see piisav. Kokku on lepitud ka kirjed, mida peab sisaldama e-konsultatsiooni saatekiri. Need on kättesaadavad ja neid me ümber kirjeldama ei hakanud. Meie hinnangul on antud nõuded täiesti piisavad.

Viide määrusele: Sotsiaalministri 18.09.2008. a määruse nr 56 „Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise ning nende dokumentide säilitamise tingimused ja kord“ muutmine.

Nagu välismaal töötamise kogemusega perearstid fookusgrupi intervjuus välja tõid, on teiste riikide eriarstide konsultatsiooni otsused põhjalikumad ravi- ja jälgimissoovituste osas.

Mitmes alapunktis oleme rõhutanud e-konsultatsiooni rakendamist kõikidel erialadel. Ideaalis peaks liikuma info perearstilt eriarstile ja ka tagasi e-konsultatsiooni võimalusi rakendades. Kui patsient saabub statsionaarselt ravilt või on tegemist kiirabi osutatud tervishoiuteenusega, siis võiks sellekohane info jõuda operatiivselt perearstini teatise vormis, nt e-kirjaga. Sellise teatise järel saab perearst juba sihipäraselt otsida haigusjuhu kokkuvõtet (epikriisi TIS-st).

3.8. Milliste ravijuhendite koostamine peaks olema prioriteediks?

Ravialgoritmide ja käsitusjuhenditest on olulisimad selliste komplekssete seisundite käsitlused, kus patsiendile ravi osutamine eeldab erinevate tervishoiutöötajate, tasandite või ka valdkondade koostööd (nt kroonilise neerupuudulikkusega patsient, II tüüpi diabeediga patsient kaasuva neerupuudulikkuse ja südamepuudulikkusega, onkoloogilised haiged, KOK patsient, patsient, kel on samaaegselt nii somaatiline kui ka psüühiline haigus jt).

4. Ravi kvaliteet esmatasandil

4.1. Kirjeldada argumenteeritult praeguse haigekassa poolt rahastatava kvaliteedisüsteemi tugevusi ja nõrkusi ning nendest lähtuvalt teha ettepanekud vajalike arenduste suhtes.

Eesti perearstide kvaliteedi hindamise süsteem on oma sisult üsna sarnane mitmes teises Euroopa riigis oleva süsteemiga (Inglismaa, Portugal, Sloveenia, Ungari jt). See on välja arendatud Eesti Perearstide Seltsi ja haigekassa koostöös ning uuendused ja arengud selles süsteemis on pidevad vastavalt uutele teadmistele ning kogemustele, mida on saadud aastate jooksul kvaliteedialases tegevuses osalemises.

Kvaliteedisüsteemi peamised tugevad küljed on järgmised:

Mõned aspektid, mida toome siinkohal välja tugevustena, võivad samal ajal seada kvaliteedi hindamisele ka piiranguid. Oleme märgistanud need eraldi, koos vastava põhjendusega.

- On olemas dünaamiline protsess, mida arendatakse pidevalt: toimuvad iga-aastased regulaarsed arutelud uute indikaatorite lisamise ja tulemuse saavutamise kriteeriumite üle.
- Süsteem annab perearstile võimaluse oma tegevust analüüsida. Iga aasta kolmandas kvartalis annab haigekassa perearstile tagasisidet möödunud perioodi (9 kuu) tegevuse kohta (kvaliteedikriteeriumide senine täitmine). Aasta lõppedes antakse tagasisidet uuesti. Perearstide tulemused avaldatakse haigekassa veebilehel, mis annab igale perearstile võimaluse võrrelda oma tulemusi teistega
- Indikaatorite arvutamine põhineb raviarvetel ja on püütud perearstile teha võimalikult lihtsaks, sest arvetele tuleb lisada küll täiendavad koodid, kuid

lisaaruandeid esitama ei pea (samal ajal seab see piirangud sellele, mida saab kvaliteedisüsteemis hinnata –ehk põhiliselt saab hinnata läbiviidud tegevuste esinemist, aga mitte niivõrd sisu) .

- Kvaliteedisüsteemis osalemine on suurendanud õdede rolli perearsti meeskonnas, sest üheks indikaatoriks on krooniliste haigete pereõepoolne nõustamine. Lisaks on paljudes perearstikeskustes sagenenud patsiendi aktiivne tervisekontrollile kutsumine (samal ajal võib see tähendada lisaviite ja lisakoormust)
- On liigutud üksikute tegevuste mõõtmiselt rohkem komplekssemate tegevuste hindamisele, nt II tüüpi diabeedihaigetele osutatud koguteenuste hindamisele, diabeedi, hüpertensiooni ja müokardi infarkti ravimiseks vajalike ravimite väljakirjutamisele jne.
- Eesti enda uuringutulemused on näidanud, et kvaliteedisüsteemis osalemine on mõjutanud positiivses suunas laste vaktsineerimisega hõlmatust, seega oluline rahvatervise eesmärk on täidetud.
- Kvaliteedisüsteemi lahutamatu osana käsitletakse täna ka perearstipraksiste organisatsiooni kvaliteeti ja kollegiaalsel hindamisel põhinevad perearstikeskuste akrediteerimishinnangud lähevad arvesse ka kvaliteeditasu maksmisel.

Perearsti kvaliteedisüsteemi peamised miinused koos ettepanekutega parandamiseks:

- Tehtud uuringute ja läbivaatuste hindamise kõrval võiks hinnata ka seda, kuivõrd on diabeedi ja kõrgvererõhktõve ravimite määramise järel paranenud ravitulemus. Praegu takistavad sellise indikaatori lisamist puudused digiloos ja ka perearsti programmis, kus pole võimalik patsiendi ravitulemi muutust ajas jälgida (Taani vastavat näidet on kirjeldatud järgnevalt peatükis 4).
- Kvaliteeditasu maksmise kaks taset – 100% kriteeriumite täitmine ja üle 80% kriteeriumite täitmine – on paljudel juhtudel demotiveeriv, eriti kui lisanduvad uued kompleksindikaatorid, sest sel juhul on kõrgemate tasemete saavutamine oluliselt raskem. Vääriks kaalumist ka kolmanda taseme lisamine (60–79%) selleks, et suurendada perearstide motiveeritust ja väärtustada tehtut (Inglismaa näide, kus tasemeid on mitu).
- Kvaliteeditasuga peaks premeerima tulemuse paranemist, mitte ainult kõrgeid tulemusi. Seega baastase, kust alustati, on samuti oluline, eriti kui silmas pidada seda, et paljud perearstidest töötavad piirkondades, kus elanikkonna sotsiaal-demograafiline taust on keerukam, terviseteadlikkus väiksem ja seetõttu tulemuse saavutamine oluliselt raskem.
- Kvaliteedisüsteemis osalemine on toonud kaasa töökoormuse tõusu ja seda nii perearstidel ja õdedel, aga ka eriarsti visiite silmas pidades. Kas selline

visiitide arvu kasv mõjutab ka tervisenäitajaid positiivses suunas, on veel vajalik eraldi uurida. Igal juhul on vajalik aga arvestada töökoormuse tõusuga ning selleks ka meeskonnas rohkem personali omada.

- Samuti leidsime, et mida enam oli kroonilisi haigeid nimistus, seda väiksema tõenäosusega saavutati hea tulemus kvaliteedisüsteemis. Seega on üheks võimalikuks lahenduseks diferentseerida tasu vastavalt krooniliste haigete hulgale nimistus.
- Kvaliteedisüsteemist peaks olema perearstil võimalik välja lülitada patsiente, kelle puhul on tulemi saavutamine komplitseeritud patsiendi üldise tervises seisundi tõttu (psüühilised haigused, dementsus, raske haiguse lõpp staadium, alkoholisõltuvus jne). Nii rakendatakse ressursi sinna, kus see annab parimaid tulemusi, ja vähendatakse ühtlasi ebaotstarbekaid kulusi.

4.2. Millised on vajalikud IT-lahendused, et tagada kehtiva kvaliteedisüsteemi parem täitmine?

Ravikvaliteedi parandamise eeltingimusena peaks perearstidel olema võimalik jälgida iga patsiendi kliiniliste andmete paranemist ajas. Selleks peab panustama krooniliste haigete käsitlemiseks e-platvormide arendamisse, mis võimaldavad perearstidel jälgida kroonilisi haigeid ja nende tervise tulemit ajaperioodis ning tuvastada riskipatsiendid oma nimistus, jälgida nende tervisetulemit ja kutsuda neid aktiivselt vastuvõtule, kui nad ei ole seda teinud (nn meeldetuletussüsteem). Antud e-platvorm peaks võimaldama saada perearstidel ka tagasisidet kogutud andmete kohta süstematiseeritud vormis ning koostada erinevaid kvaliteediaruandeid.

4.3. Kuidas tagada ravijuhendite parem jälgimine ning kasutamine igapäevatöös? Kuidas oleks võimalik süstemaatiliselt integreerida ravijuhendeid perearsti töölauale?

Erinevate maade kogemus näitab seda, et kvaliteedi tagamiseks on oluline ravijuhendite ja kokkulepete olemasolu ja nende integreeritus igapäeva töökeskkonda nii, et seda oleks vajadusel hõlbus kasutada ja et ravijuhendi soovitude üle vaatamiseks ei pea lahkuma töölaualt.

Selline arendus on eelduseks, et tagada Eestis kättesaadav ühtsetele standarditele vastav kvaliteetne esmatasandi arsti- ja õendusabi. Ka välismaal töötamise kogemusega perearstid tõid välja, et kui juhendid on kättesaadavad (nt Terveysporrti Soomes), kasutatakse neid sageli. Perearsti vastuvõtu intensiivsus on Eestis oluliselt suurem kui Põhjamaades, seetõttu peaks kõik tõenduspõhiseid otsuseid toetavad

abivahendid olema kiiresti kättesaadavad (ravimite koostoitmete andmebaas, ravijuhendid, ravialgoritmid, kvaliteedi hindamise indikaatorid jms).

See eeldab vastavate IT-lahenduste väljatöötamist. Põhimõtteliselt on tegemist haigusseisundi jälgimise protokolliga, milles olevad soovitusel tulenevad ravijuhenditest ja lähtuvad patsiendi seisundi parameetritest.

4.4. Kas ja millised IT-lahendused võimaldaksid perearstidel kroonilistele haigetele osutada tõhusamalt ennetavaid tegevusi ja haiguste kulgu kontrolli all hoida?

Lisaks ravijuhenditele ja kokkulepetele ning e-platvormile, mis võimaldavad näha patsientide andmeid ajateljel, on kliiniliste otsustusprotsesside ühtlustamiseks ning patsientidele võimalikult personaalse lähenemise tagamiseks vajalik kliiniliste otsustetugede süsteemi olemasolu. Parimad on otsusetoed, mis kasutavad patsiendi terviseandmeid ning võtavad arvesse patsiendi enda teadmisi ja ootusi ning ka patsiendi taustaandmeid. Süsteemi lahutamatuks osaks peaks välja töötama patsiendi enesetõhusust toetavad programmid.

Kvaliteedi lisatasu süsteemi paremate tulemuste saavutamist toetavad IT-lahendused ei peaks olema eraldiseisev süsteem, vaid IT-lahendused peaksid toetama krooniliste haigete jälgimist ja ravi. Sama süsteem täidab üksiti ka kvaliteedisüsteemi jälgimise eesmärgi. Kirjeldasime raportis Taani IT-lahendust: arvutiprogrammi Data Capture näidet. Programmi abil kogutakse koodide alusel diagnoosi- ja tegevusealast infot tööarvutist automaatselt, nt laborianalüüside vastuseid ja väljakirjutatud ravimite infot. DAK-E võimaldab koguda andmeid patsientide tervisetulemi näitajate kohta, hiljem anda perearstidele tagasisidet kogutud andmete kohta süstematiseeritud vormis, koostada erinevaid kvaliteediaruandeid, jälgida kroonilisi haigeid ja nende tervise tulemit ajaperioodil ning tuvastada riskipatsiendid oma nimistus, jälgida nende tervisetulemit ja kutsuda neid vastuvõtule. Analoogsed lahendused oleksid kindlasti abiks ka Eesti perearstidele ja -õdedele.

4.5. Milliseid tulemusindikaatoreid oleks vajalik esmatasandil jälgida, et oma tööd paremini analüüsida ja parandada? Milliseid tulemusindikaatoreid tuleks kvaliteedisüsteemi liita? Milliseid indikaatorid lisaks tulemusindikaatoritele tuleks veel kvaliteedisüsteemi liita?

Tulemusindikaatorite puhul peaks lähtuma sel hetkel olemasolevatest kehtivatest ravijuhenditest ja nende tegemise käigus kokku lepitud võimalikest tegevuse indikaatoritest. Eesmärgiks ei peaks olema indikaatorite hulk kvaliteedisüsteemis, vaid pigem peaks lähtuma sellest, et indikaatorite järgimine toob tõepoolest kaasa ja seega ka peegeldab ravikvaliteedi muutust. Seega on oluline valida indikaatorid

selliste tegevuste kvaliteedi parandamiseks, kus see on teadaolevalt olnud seni problemaatiline või väga varieeruv.

Näiteks pärast astma ravijuhendi rakendumist võib hinnata, kas astmadiagnoosiga patsient on käinud perearsti vastuvõtul 1 a jooksul. Vastuvõtul käimisega peaks kaasnema astmatesti tegemine. Seni on astmaga patsiendid olnud pigem eriarsti jälgimisel ja ravil. Antud indikaatori lisamise eesmärgiks oleks stimuleerida perearste rohkem astmapatsiente ise jälgima ning patsiendi seisundit regulaarselt hindama.

Kui on kokku lepitud näiteks eakate tervisekontrolli läbiviimise tingimused ja kord ning vastavad tervise hindamise protokollid on integreeritud perearsti töökeskkonda, siis võib ühe indikaatorina kaaluda ka eakate tervisekontrolliga hõlmatust. Eesmärgiks on laiaulatusliku tervisekontrolliga, mis hõlmab nii füüsilist, psüühilist kui ka sotsiaalset tervist, leida üles eakad, kel on kõrge risk, ning nendele osutada teenuseid, mis on antud seisundite puhul kõige otstarbekamad selleks, et vähendada tervise olulist halvenemist, sagedasi hospitaliseerimisi ning parandada patsiendi iseseisvat toimetulekut.

Kuna praeguseks on olulise muudatusena kvaliteedisüsteemi lisandunud ka praksise töökorraldust peegeldavad indikaatorid, on kvaliteedisüsteem juba küllaltki laiapõhjaline ning seetõttu hetkel olulist vajadust lisaindikaatorite järele ei ole.

4.6. Kuidas oleks võimalik ühtlustada perearstide kvaliteedi taset? Kuidas saaks tõsta kehvemate perearstide taset?

Mitmed riigid kasutavad parima praktika jagamise kogemust – parimate praksiste tööga tutvumist (miks mitte võtta üle töövarjuks olemise analoog). Lisaks võib kasutada Inglismaal kasutusel olevat „järeleaitamise“ süsteemi, kus teatud hulk perearste on spetsiaalselt koolitatud ja tasustatud kui mentorid/superviisorid, kes külastavad ja annavad konstruktiivset tagasisidet (360° tagasiside) neile, kes pädevuse hindamist ei läbi (Eesti puhul siis ka neid, kes selles ei osale). Eestis oleks vajalik läbi mõelda ja tekitada selleks sobiv tasustamise süsteem, sest praegu toimiv „entusiasmipõhine“ hindamine ei ole jätkusuutlik. Samuti nõuab aktiivne kaasamine ja kolleegide hindamine palju enam inim- ja ajaressurssi kui praegu ning seetõttu peaks olema tagatud tasu nendele perearstidele, kes on valmis kaasa lööma hindajatena ja/või mentoritena. Lisaks peab arvestama ka sellega, et hindamist ja mentoritööd ei ole võimalik teha täiskoormusega perearsti töö kõrvalt, ja seetõttu võiks olla teatud hulk perearste, kes töötavad osalise koormusega perearstina ja teatud koormusega mentoritena.

4.7. Kas ja millises ulatuses peaks olema kohustuslik perearstide ja õdede pädevuse hindamise süsteem?

EPS ja resertifitseerimise komisjon on jätkuvalt seisukohal, et pädevuse hindamise süsteem peaks jääma vabatahtlikuks, nagi see on enamikus Euroopa maades.

Pigem tuleks kasutada „präänikumeetodit“ selleks, et kaasata paremini neid, kes selles protsessis ei osale (nt kvaliteeditasus pädevuse hindamise komponendi tähtsuse suurendamine, kas tehes see eeltingimuseks kvaliteeditasu saamisel või siis oluliselt suuremas rahalises komponendis, kui see on praegu).

5. Esmatasandi teenuste ostmine

5.1. Haigekassa on seisukohal, et kehtiv esmatasandi rahastamismudel on ennast tõestanud, kuid sellegipoolest on vaja senistele rahastamismudeli tugevatele külgedele toetudes leida võimalusi kogu esmatasandi tervishoiu tugevdamiseks. Mis on esmatasandi rahastamise edasise diferentseerimise eelduseks?

Eestis on perearstide rahastamismudel küllaltki hästi kombineeritud erinevate rahastamisviiside poolest. Pearahapõhine tasustamine aitab kaasa meeskonnatöö paremale korraldamisele ning loob eeldused ka koondumiseks gruppidesse. Pearaha diferentseerimine vastavalt eagruppidele on asjakohane, võttes arvesse teatud tervishoiuteenuste vajadused, mis erinevad eagrupiti. Selleks, et minimeerida riskid, mis tulenevad mitte ainult east, vaid ka patsientide haigestumuse struktuurist ning sellega seonduvast kulukusest, oleks mõistlik tuua sisse pearaha diferentseerimine sõltuvalt krooniliste haigete (kokkulepitud haigusseisundid) arvust nimistus. Võiks kaaluda, kas pearaha komponendi suurendamist või siis kvaliteeditasus teatud koefitsiendi kehtestamist, mis seaks tasu saamise otsesesse sõltuvusse ka krooniliste haigete jälgimisel kokku lepitud tulemuste paranemisest.

5.2. Missugustest tulemusnäitajatest võiks diferentseeritud rahastamine sõltuda ja mis võiks olla tulemusnäitajate osakaal rahastamises?

Tulemusnäitajate suhtes, millest rahastamine võiks sõltuda, on tehtud ettepanekuid kvaliteedi alaosas. Lühidalt öeldes võiks teostatud uuringute ja läbivaatuste hindamise kõrval hinnata, kuivõrd on diabeedi ja kõrgvererõhktõve ravimite määramise järel paranenud ravitulemus. Näiteks diabeedi puhul võiks arvestada glükosüleeritud veresuhkru väärtusi ja kõrgvereõhktõve puhul vererõhu langust.

Samal ajal peab alati silmas pidama, et eesmärkväärtused, mida arvesse võtta, erinevad suuresti sõltuvalt east ja kaasuvatest haigustest. Mõningatel juhtudel on madalad väärtused pigem ohtlikumad kui kõrgemad ja seetõttu peaks olema haigete grupid, kelle puhul saab kehtestada teatud keskmisi eesmärkväärtuste lävendeid, hoolikalt valitud.

On oluline, et enne kui tulemuste paranemise komponent tasustamise mudelisse lülitada, peaks olema täidetud eeltingimusena võimalus, et perearst saab lihtsalt oma töökeskkonnas patsientide tervisetulemi paranemist ajas jälgida ning välja lülitada patsiendid, kelle puhul keskmise eesmärkväärtuse saavutamine ei ole otstarbekas või seda pole võimalik kuidagi saavutada.

Kuigi tulemusnäitajate olemasolu on kvaliteeditasu maksmisel oluline, siis ei saa nende osakaalu ka üle tähtsustada, eeskätt seetõttu, et ravitulemust mõjutavad paljud eri faktorid, millest arsti ja õe tegevus moodustab vaid ühe osa. Seetõttu kasutatakse siiski kõikides võrdluseks toodud riikides ka palju protsessiindikaatoreid ehk hinnatakse tegevuse sooritamist. Mõõtna peab muidugi neid tegevusi, mille puhul saab eeldada, et paraneb ka patsiendi üldine käsitus ja sellest lähtuvalt tervisetulem.

Seetõttu me konkreetselt tulemusnäitajate osakaalu välja ei too, küll aga peame vajalikuks rõhutada, et tulemusnäitajad peaksid olema hoolsalt valitud ning hiljem uuritud, kas ja mil määral on nende jälgimisega paranenud patsientide üldised tervisetulemid.

5.3. Milline võiks olla kvaliteeditasu optimaalne osakaal kogu perearstiabi rahastuses võrreldes rahvusvahelise praktikaga (tuua võrdlus 5 riigi kohta)?

Eestis on kvaliteeditasu komponendi osakaal kogu finantseerimisest rahvusvahelises võrdluses keskmisest väiksem. Enamasti jääb see teistes võrdluseks toodud riikides 6–10% vahele. Kvaliteedialases kirjanduses rõhutatakse seda, et finantseerimine peaks lähtuma tulemuste paranemisest ja mitte niivõrd mingi ühe ja ühise taseme saavutamisest. Sellist lähenemist võiks kaaluda ka Eestis, sest nimistud on erinevad ning eri uuringud, kaasa arvatud Eestis E. Merilinnu ja kaasautorite poolt teostatud, näitavad, et tulemuse saavutamine sõltub üsna oluliselt sellest, kui suur on nimistus krooniliste haigete osakaal ning ka nimistu struktuurist üldisemalt. Teine võimalus on tuua kahele praegu eksisteerivale tasemele juurde ka kolmas tase ehk saavutada 60% võimalikust maksimumist.

5.4. Milline oleks optimaalne suhe fikseeritud hinna ning teenusepõhise rahastamise vahel ja miks?

Optimaalset fikseeritud hinna ja teenusepõhise rahastamise osakaalu on raske välja tuua, sest mudelid on riigiti erinevad. Siiski võib järeldada, et nimistupõhisel töötamisel tagab pearahapõhise rahastamise komponent teatud stabiilsuse ja jätkusuutlikkuse ka meeskonnatöö korraldamiseks. Selliste teenuste osutamine, mille suhtes on huvi, et neid kindlasti nimistule osutataks, on targem tuua pearahast välja. Teenuse eest tasumise osa suurus peaks tagama **esmaselt vajalike** teenuste osutamise esmatasandi meeskonnas ja vältima patsiendi spetsialiseeritud arstiabisse suunamist lihtsalt uuringu või analüüsi korraldamise eesmärgil. Kuna krooniliste haigete ning eakamate patsientide osakaal nimistus on see, mis mõjutab osutatavate teenuste, uuringute ja analüüside hulka enim, siis pearaha tõus krooniliste haigete arvust tingituna toob praeguse rahastamisskeemi juures kaasa ka *fee-for service* osa suurenemise ja see peaks maandama ka perearsti finantsriskid. Konkreetseid arve me välja ei paku, see peaks jääma edasiste töögruppide ja arutelude teemaks.

Pearaha sees tasustatavate teenuste osutamine patsiendile on tagatud kahe võimaliku mehhanismi kaudu:

- Viia pearaha alusel tasutavate teenuste hulk minimaalseks ja teenused tasustada põhiliselt *fee for service* komponendist;
- Patsiendi edasisuunamisel on kokku lepitud, et pearahapõhised **vajaminevad** teenused on eelnevalt kindlasti osutatud ja selle kontrolli tagab e-konsultatsiooni toimimine, kus patsienti ei saa enne eriarstiabisse suunata, kui esmane vajalik teenus on osutatud.

5.5. Millised seni pearahasisesed tegevused võiksid olla tasustatud teenusepõhiselt ja vastupidi?

Praeguses rahastamismudel is tasustatakse kõiki nõustamisteenuseid pearahapõhiselt. Selleks, et tekitada motivatsiooni patsiente enam nõustada tervisekäitumise suhtes, nt alkoholi teemaline lühinõustamine, suitsetamisealane nõustamine jt, võiks neid tasustada teenusepõhiselt. Teenuse osutamise sisu ja ka osutamise toimumist saab hinnata pisteliste audititega. Teine võimalus on siduda nõustamisteenus protokollide täitmisega (nt AUDIT-test, nikotiinisõltuvuse hindamise test jne), mis pärast täitmist ja selle protokollide kinnitamist kanduvad automaatselt teenusena raviarvele.

5.6. Kuidas tagada, et pearaha sees tasustatavad teenused oleks vajadusel patsientidele osutatud?

Kõige efektiivsemalt tagab selle kokkulepe, et eriarsti konsultatsioonile ei saadeta (ei võeta ka konsulteerida) patsienti, enne kui **vajalikud** esmased uuringud on tehtud. Seda saab tagada vaid e-konsultatsiooni käivitumisel: kui perearst on saatnud eriarstile patsiendi, kes on puudulikult uuritud, siis saab ta eriarsti käest soovitusel teha esmased uuringud enne konsulteerimist ära.

5.7. Kuidas on võimalik rahastamise kaudu motiveerida esmatasandi ja eriarstiabi koostööd ning mis on eeldused selle rakendamiseks?

Esmatasandi ja eriarstiabi koostöö stimuleerimiseks rahastamismudelitel abil on siiski veel vähe tõenduspõhist kirjandust, mis näitaks, milline mudel neist on kõige efektiivsem. On rakendatud nii kokkulepitud hindasid teatud patsiendigruppide puhul, kus hinnakomponendis sisaldub juba spetsialisti teenus (nt diabeediga patsiendi puhul diabeedikabineti, diabeediõe, jalaravi, vajadusel füsioteraapiateenus jm) või ka seda, et esmatasandile luuakse meeskonnad, kes enamasti suudavad suurema osa patsiendile vajaminevast teenusest esmatasandi keskustes osutada. Nende keskuste rahastamine on tavaliselt kombineeritud: pearaha + teenuse komponent + kvaliteeditasu jne.

Eriarstiabiga koostöö parandamiseks tundub rahastamise kõrval olevat veelgi olulisem infovahetuse tõrgeteta sujumine ning tahe teha selles osas koostööd. Näiteid, kuidas infovahetust paremini korraldada, on mitmeid: e-konsultatsioon, e-kirjavahetus (nt patsiendi lahkumisel haiglast informeeritakse sellest perearsti. Sama peaks toimima ka lapse sünni puhul, kus ema perearst saab teate, et nimistusse on lisandunud uus liige, kiirabi visiidi järel jõuab info patsiendi perearstini jne).

5.8. Kas ja kuidas peaks rahastamislepingu abil motiveerima perearste koonduma?

Kaija Lukka magistratöö näitab seda, et kõige paremini peaks motiveerima perearste koonduma pearahapõhine rahastamine. See võiks tähendada mudelit, kus pearahas sisalduvad esmatasandi meeskonda kuuluvate tervishoiutöötajate palgakomponendid. Lisaks pearahale on oluline tasuta teatud meeskonna suuruse pealt katuseraha e managemendi kulusid (vastavalt RAKE uuringule on miinimumiks 3 perearsti + 3 pereõde, 1 füsioterapeut, 1 koduõde ja 1 ämmaemand).

5.9. Kuidas tagada diferentseeritud rahastamise abil maapiirkonna perearstide võrdne sissetulek?

Maapiirkondade perearstidel on tavapäraselt enam eakamaid patsiente, ilmselt on ka krooniliste haigete osakaal suurem, samuti on nende patsientide juurdepääs eriarstiabi teenusele keerukam, mistõttu osutatakse rohkem teenuseid kohapeal. Suurendades krooniliste haigete eest tasustamise komponenti pearahas, võiks tagada maapiirkonna perearstidele ka pisut parema sissetuleku. Lisaks võiks kaaluda nt Soome ja Norra näidet, kus maapiirkondades on kasutusel ka lihtsalt suurem palgakoeffitsient, Eesti näite puhul tähendaks see nt pearaha teatud koeffitsiendiga läbi korrutamist. Maapiirkonna defineerimisel tuleb arvestada senist määratlust, kus perearste eristatakse lähtuvalt tema tegutsemise asukoha kaugusest lähimast haiglast.

5.10. Kas esmatasandi rahastamine arvestades nelja aasta eelarveperspektiivi on jätkusuutlik?

Eelarve tekkimise printsiipide kokkuleppimine nelja-aastast perioodi silmas pidades on otstarbekas kui need sisaldavad endas ka võimalusi lisakokkulepeteks ja läbirääkimiste avamiseks juhul, kui selleks on oluline vajadus (nt teistel alustel toimiv tegutsemine, olulised lisakohustused jne).

Arvestades praegust olukorda, kus toimuvad olulised ümberkorraldused esmatasandi tervishoius – tervisekeskuste kontseptsiooni väljatöötamine ning esmatasandi meeskonna laienemine – ei ole nelja-aastase perspektiiviga eelarve kokkuleppimine õigustatud ega jätkusuutlik, sest kõikvõimalikke muudatusi ei ole võimalik täpselt prognoosida. Kuni tervisekeskuste tööpõhimõtte ei ole rakendunud täielikult ning on tegemist üleminekuperioodiga, siis on otstarbekam leppida eelarveprintsiipides kokku lühiajalisemalt, jättes võimaluse reageerida paindlikult vajalikele muudatustele.

Esmatasandi toimetamudel lähima 10 aasta perspektiivis

Ruth Kalda, Marje Oona, Anneli Rätsep

1. Edendus ja ennetus

Eesmärk:

Analüüsida esmatasandi meeskonna rolli ennetustegevuses ning võimalusi tõenduspõhiste ennetustegevuste ja krooniliste haiguste varajase avastamise tõhustamiseks. Lisaks anda vastus küsimusele, milline on inimeste usaldus perearstide ja pereõdede vastu seoses haiguste ennetamisega ning kas ja kuidas oleks võimalik suurendada inimeste usaldust perearstide ja -õdede suhtes.

Metoodika:

Ülesande lahendamiseks koostasime süstemaatilise kirjanduse ülevaate tõenduspõhisest ennetusalasest tegevusest esmatasandil (randomiseeritud uuringud, rahvusvahelised aktsepteeritud ravijuhendid, WHO soovitused) ning võrdlesime süstemaatilise ülevaate tulemusi ja käesolevat praktikat. Lisaks viisime perearstide ja patsientide hulgas läbi küsitlusuuringud, et saada teavet vastavate sihtgruppide ootuste, hoiakute ja arvamuste kohta ennetusalase tegevuse tähtsusest ja rakendamise võimalikkusest perearstipraktise igapäevatoos.

Ankeetküsitlus korraldati Eesti Perearstide Seltsi (EPS) liikmete seas. Veebipõhises küsitluses osalemise palve saatsime EPS liikmete listi 2015. a septembris. Andmeid kogusime kahe nädala jooksul.

Patsientide arvamuste ja hoiakute uurimiseks haiguste ennetamise ja kehtiva meditsiinisüsteemi suhtes viisime läbi fookusgrapiuuringu. Küsitlesime nii terveid kui ka krooniliste haigustega inimesi. Nii tervete patsientide grupis kui ka krooniliste haigustega patsientide grupis osales 9 uuritavat, kokku seega 18 inimest. Patsiendid leiti uuringusse perearstide kaudu, kelle poole pöörduti palvega uuringus osaleda. Nemad omakorda kutsusid sobivaid patsiente. Nendega, kes olid uuringus osalemisega nõus, võeti ühendust ja lepiti kokku täpsem osalemise aeg. Kõikidelt osalejatelt võeti ka kirjalik nõusolek. Patsientide uuringud toimusid 10. ja 12.12.2015. Uuringu kestus oli kummalgi juhul kaks tundi.

Lisaks tutvusime ja analüüsisime ka haigekassa ja sotsiaalministeeriumi poolt 2010–2015 korraldatud 15.–74. a elanike tervishoiuteenustega rahulolu küsitluse tulemusi. 2015. a küsitles TNS Emor juhuvalikuga 1669 inimest kogu Eestis.

Perearsti meeskonnaliikmete rolli kirjeldamisel ennetustegevuses võtsime lisaks eespool nimetatule aluseks ka RAKE poolt 2014.–2015. a läbiviidud uuringud ja analüüsid.

Ülevaade tõenduspõhisest ennetusalasest tegevusest esmatasandil

Preventsiooni ehk ennetustegevuse all peetakse silmas sihipärast tegevust mingi haiguse või selle tüsistuse vältimiseks. Ennetustegevus toimub kahel erineval tasandil: rahvastiku tasandil ja indiviidi tasandil. Rahvastiku tasandil läbiviidava ennetustegevuse eesmärgiks on kontrollida tervisemõjureid elanikkonna tasemel (1). Indiviidi tasemel läbiviidavates ennetustegevustes lähtutakse konkreetsete isikute riskist haiguse suhtes – tegeletakse isikutega, kellel on teatud haiguse suhtes tavapärasest suurem risk kas tänu riskifaktorite olemasolule või perekondlikule taustale. Indiviidi tasandil toimiva ennetuse läbiviijateks on suures osas perearstid ja pereõed. Esmatasandi meditsiinil on väga suur roll ka paljudes rahvastiku tasandil planeeritud ennetustegevustes. Eesti esmatasandi meditsiinis läbi viidud ennetustegevusi ning terviseendendust kaardistas 2010. a valminud WHO Euroopa regionaalbüroo raport (2).

Ennetustegevuses eristatakse klassikaliselt kolme alaliiki (3):

1. primaarne ehk esmane ennetustegevus – haiguse ärahoidmine terviseendenduse, tervisekasvatuse ja haiguste riskitegurite elimineerimise või vähendamise teel. Primaarsete ennetustegevuste hulka kuulub näiteks vaktsineerimine ja suitsetamisest loobumise nõustamine.
2. sekundaarne ehk teisene ennetustegevus – haiguse varajane, asümptoomses staadiumis avastamine ja ravimine eesmärgiga haigusest kas täielikult paraneda või haiguse avaldumine võimalikult kaugele edasi lükata. Sekundaarseteks ennetustegevusteks on vajalik regulaarsete tervisekontrollide ja/või sõeluuringute läbiviimine.
3. tertsiaarne ehk kolmandane ennetustegevus – tegevus, mille eesmärgiks on haiguse arengu pidurdamine, tüsistuste ja invaliidistumise tõenäosuse vähendamine või võimalikult kaugele edasi lükkamine, elukvaliteedi parandamine.

Viimasel ajal on defineeritud veel üks ennetustegevuse alaliik: kvarternaarne ehk neljandane ennetustegevus – see on tegevus, mille eesmärgiks on tuvastada individid või rahvastikurühmad, kelle puhul liigse meditsiinilise sekkumisega (ülediagnoosimine või üleravimine) võidakse tekitada kahju, ning selle kahju vältimine (4). Ülediagnoosimise ja üleravimise vähendamiseks on maailmas

mitmeid erinevaid algatusi, näiteks USA *American Board of Internal Medicine (ABIM)* projekt *Choosing Wisely* (5) või BMJ algatus „*Too much medicine*„ (6).

Tabel 1. Näiteid ennetustegevuste astmete kohta (*AFMC Primer on Population Health*, modifitseeritud (7)).

Haigus	Ennetustegevuse tasand	Esmane ennetustegevus	Teisene ennetustegevus	Kolmandane ennetustegevus
Kolo- rektaalvähk	Indiviid	Kolorektaalvähi suhtes kõrgenenud riskiga patsiendi toitumisalane nõustamine	Kolorektaalvähi suhtes kõrgenenud riskiga patsiendi sõeluuring	Kolorektaalvähiga patsiendi regulaarne jälgimine retsidiivi või metastaasi võimalikult varajaseks avastamiseks
	Rahvastik	Rahvastikupõhised tervisliku toitumise edendamise ja suitsetamisest piiramise alased tegevused	Rahvastikupõhine kolorektaalvähi sõeluuring, sihtrühmaks 60–69-aastased isikud	Tervishoiukorraldus, mis võimaldab kolorektaalvähiga patsientide regulaarset jälgimist
HIV- infektsioon	Indiviid	HIV-riskirühma kuuluva patsiendi nõustamine kondoomi kasutamise suhtes. Kui oleks olemas vaktsiin, siis vastava immuniseerimise läbiviimine.	Riskikäitumisega patsiendile HIV-sõeluuringu tegemine	HIV-infektsiooni ravi, et vältida AIDSi kujunemist ning vähendada haiguse edasikandumise riski
	Rahvastik	Seksuaalharidus koolides, uimastitarvitamise ennetustegevused, süstlavahetusprogrammid ja metadoonasendusravi programmid uimastisõltlastele Kui oleks olemas vaktsiin, siis vastava immuniseerimisprogrammi korraldamine	HIV-sõeluuringu korraldamine vastavates sihtrühmades	Riikliku HIV-infektsiooni raviprogrammi korraldamine

Diabeet	Indiviid	Riskirühma kuuluva patsiendi toitumise ja kehalise aktiivsuse alane motiveeriv intervjuerimine	Riskirühma kuuluva patsiendi sõeluuring	Diabeedi ravi tüsistuste vältimiseks ja edasilükkamiseks
	Rahvastik	Elanikkonna kehalist aktiivsust soodustavad ettevõtmised: terviseradade rajamine ja hooldus jne	Riskirühma kuuluvate patsientide sõeluuringutega hõlmatus on kvaliteedisüsteemi indikaatoriks	Tervishoiukorraldus, mis võimaldab diabeedipatsientide järjepidevat ravi.

Ennetustegevusi on käsitletud ka mitmetes rahvusvaheliste organisatsioonide poliitikadokumentides. WONCA Europe dokumendis *Policy statement on prevention and health promotion in primary care medicine* on rõhutatud, et esmatasandi meditsiinis läbiviidavad ennetustegevused peavad olema tõenduspõhised, võtma arvesse kohalikku konteksti ning nii võimalikku kasu kui ka võimalikku kahju (nii iatrogeenset kui ka psühholoogilist) ning lähtuma patsientide autonoomiast (8).

WHO Euroopa regionaalbüroo dokumendis *Action plan for implementation of the European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2012–2016* (9) on toodud välja, et suurim osa enneaegsest suremusest selles regioonis on põhjustatud neljast haigusrühmast: kardiovaskulaarhaigused, vähktõbi, II tüüpi diabeet ning krooniline obstruktiivne kopsuhaigus, millel on ka mitmeid ühiseid mõjutatavaid riskitegureid (suitsetamine, alkoholi liigtarvitamine, vähene kehaline aktiivsus ning ebatervislik toitumine). Selles dokumendis on soovitatud viit prioriteetset sekkumist antud ajaperioodiks, nendest on rahvastikupõhisteks sekkumisteks tervislike tarbimisharjumuste edendamine ja ebatervislike harjumuste vähendamine maksu- ja turundusmeetmetega, transrasvade eemaldamine toidust ja soolatarbimise vähendamine, ning indiviidi tasemel sekkumisteks kardiovaskulaarse riski hindamine ja ohjamine ja vähktõve varane avastamine (rinnavähk, emakakaelavähk, jämesoolevähk).

Selle kohta, milline peaks olema **esmatasandi meeskonna roll ennetustegevuses**, on teemakohaste süstemaatiliste ülevaadete ja meta-analüüside leidmiseks Pubmedis läbi viidud otsing otsistrateegiaga: ("Tertiary Prevention"[Mesh] OR "Secondary Prevention"[Mesh] OR "Primary Prevention"[Mesh]) AND "Primary Health Care"[Mesh] AND ((systematic[sb] OR Meta-Analysis[ptyp]) AND "2006/01/09"[PDat] : "2016/01/06"[PDat]), otsing tehtud 8. jaanuari 2016 seisuga), mis andis kokku 60 vastet. Mitte üheski süstemaatilises ülevaates ei ole hinnatud üleüldist ennetustegevuse tõhusust esmatasandi meditsiinis, küll aga on hinnatud ennetustegevuse tõhusust erinevate haigusseisundite puhul, sh selliste levinud haiguste puhul nagu kardiovaskulaarhaigused (10, 11) ja depressioon (12). Kardiovaskulaarhaiguste korral võivad nii esmased kui ka teisesed ennetustegevused parandada patsientide tervisenäitajaid, kuid ennetustegevuse tõhusus ilmneb eelkõige sel juhul, kui see on suunatud kõrge riskiga isikutele ja kasutatakse üsna intensiivseid mitmekomponentseid sekkumisi (nt kombineeritult individuaalsed nõustamised, infomaterjalid,

tugigrupid, regulaarsed telefonikontaktid jne) (10, 11). Depressiooni puhul on hinnatud kolmandase ennetustegevuse tõhusust esmatasandi meditsiinis ning selle kohta on tõendusmaterjal seni veel puudulik (12). Ennetustegevusega tegelevad nii arstid kui ka õed ning pereõed on võrreldes arstidega isegi tõhusamad patsientide teadmiste parandamisel ning ravisoostumuse edendamisel (13).

Teemakohaste kvalitatiivsete uuringute sünteesis on välja toodud esmatasandi meditsiinis esmaseid ennetustegevust soodustavad ja takistavad tegurid (14). Nende alusel töötati välja ka praktilised soovitused ennetustegevuse soodustamiseks viiel erineval tasandil:

1. **isiku (pereõe ja perearsti) tasandil:** tõenduspõhise informatsiooni kasutamine, koolitused terviseriskide ja nendealase kommunikatsiooni osas, koolitused suhtlusoskuste ja motiveeriva intervjuerimise alal;
2. **isikutevahelisel tasandil (perearsti meeskond):** meeskonna motiveerimine, selge ülesannete jaotus meeskonnas, patsientide sotsiaalsetest ja kultuurilistest eelistustest lähtuvad sihipärased sekkumised, tervisealase kirjaoskuse suurendamine, koordineeritud tegevused teiste tervisehoiuseüsteemi osadega;
3. **institutsionaalsel tasandil (nt tervisekeskused):** asjakohased juhendmaterjalid, strategiad ennetustegevuste süstemaatiliseks läbiviimiseks (meeldetuletuste süsteemid jne), tervisekeskuse ressursside otstarbekas kasutamine;
4. **kogukonna/ühiskonna tasandil:** koordineeritud koostöö esmatasandi tervishoiutöötajate ja asjakohaste ametiasutuste ning vabakondadega, tervishoiutöötajate koolitusprogrammides ennetustegevuste, biopsühhosotsiaalse mudeli ning isikukeskse käsitlemise õpetamine, massimeedia kasutamine ennetusalaseks teavituseks ning tervisehoiuseüsteemi toimimise selgitamiseks (sotsiaalturundus), tervistkahjustavate harjumuste reklaami ja ravimitööstuse reklaami eesmärgipärane ohjamine.
5. **poliitika tasandil:** suuremad investeeringud esmatasandi meditsiini ja ennetustegevustesse, integreeritud abi edendamine sotsiaalsüsteemiga ning kogukonna ressursse kaasates, poliitikute kursishoidmine ennetustegevuse kasulikkusega

Väga palju uuringuid ja analüüse on leida üksikute konkreetsete ennetustegevuste tõhususe kohta. Siinkohal tuleb aga silmas pidada, et üksiku uuringu tulemused tuleb alati asetada esmatasandi tervishoiu kui terviku toimimise konteksti, võttes arvesse mitte ainult konkreetse sekkumise statistilist olulisust, vaid ka kliinilist olulisust (kasu ja riskide vahekord absoluutskaalal) ning ressursikulukust, sh tööjõukulusid.

Elegantne näide tervikpildi mitteamvestamise võimalike riskide kohta on Norra (ehk ühe maailma paremate rahvastiku tervisenäitajatega riigi) andmete alusel läbi viidud mudeluuring, kus selgus, et kui esmatasandi tervishoius järgida täpselt Euroopa kõrgvererõhktõve juhendit, siis vajaks 74% kogu Norra täiskasvanud elanikkonnast regulaarseid tervisekontrolle, mis omakorda eeldaks 100 000 elaniku kohta 99 perearsti täiskohaga töötamist, kusjuures tegelikult töötab uuringupiirkonnas 100 000 elaniku kohta

87 perearsti (15). Keskmisest suurema riskiga isikute rühma kuuluks selle juhendi soovitude alusel 84% Norra täiskasvanud elanikkonnast (16).

Sarnastele tulemustele jõuti ka USAs tehtud analüüsis, kus selgus, et kui perearst, kelle nimistus on 2500 patsienti, sooviks läbi viia kõiki 1996. a *US Preventive Services Task Force* (USPSTF) poolt soovitatud tervisekontrolle, siis nõuaks see temalt igal tööpäeval 7,4 tunni ulatuses tööd (17). Olukorras, kus Eesti esmatasandi meditsiinis on tegu aina süveneva tööjõunappusega, tuleb iga rahvastikupõhise ennetustegevuse lisamisel esmatasandi meditsiini tööülesannete hulka arvestada sellega kaasnevaid alternatiivkulusid (*opportunity costs*): uue tegevuse lisandumisel võib jääda selle arvelt midagi muud tegemata. Mõistlikult rakendatud ennetustegevus aga suudaks luua tervisetulemit suhteliselt väikeste täiendavate kuludega (18), kusjuures kõige kulutõhusamaks tegevuseks peetakse siiani laste plaanilist immuniseerimist (18, 19).

Siit järeldub, et ennetustegevus peaks olema suunatud valdkondadesse, kus haiguskoormus on suhteliselt suur ning ennetustegevusega oleks võimalik olulisel määral tervisekadusid ära hoida. Vastavalt uuringu *Global Burden of Disease Study 2013* andmetele on kõige suuremat tervisekadu põhjustavad riskitegurid Eestis (tähtsuse järjekorras): kõrgeenenud vererõhk, ülekaal, suitsetamine, alkoholi liigtarvitamine, liigne keedusoola tarvitamine, kõrgeenenud kolesteroolitase, veresuhkru metabolismi häired, vähene aedviljade tarvitamine, liigne töödeldud punase liha tarvitamine, vähene täisteraviljatoodete tarvitamine (20). Kõige suuremat haiguskoormust surmadest tingitud haiguskoormuse mõttes põhjustavad Eestis südame-veresoonkonnahaigused, pahaloomulised kasvajad ning vigastused ja mürgistused (21). Haigestumusest tingitud haiguskoormusest moodustavad kõige suurema osa südame-veresoonkonnahaigused, millele järgnevad liigete ja lihaste haigused ning vaimse tervise häired (22).

Arvestades rahvastikunäitajates ja haigestumise struktuuris aset leidvaid muutusi: oodatava eluea pikenemine, eakate osakaalu suurenemine, multimorbiidusega patsientide osakaalu suurenemine, ning infoühiskonna arenevaid võimalusi, on *European Observatory on Health Systems and Policies* poolt kirjutatud raportis *Building primary care in changing Europe* (2015) (23) tõdetud, et ennetustegevus esmatasandi meditsiinis ei ole veel piisavalt süsteemne ning ennetustegevuse parandamine nõuab innovaatilisi muutusi, sh:

- paremaid infosüsteeme, et rahvastikupõhine ennetustegevus oleks süsteemselt integreeritud esmatasandi meditsiini igapäevapraktikasse;
- tehnoloogilisi lahendusi, mis toetaksid patsientide enesemonitooringut;
- uusi oskusi, eriti pereõdede tõhusat rakendamist ennetustegevuses;
- patsientide aktiivset osalust ja nende enesetõhususe suurendamist.

1. Vaksineerimine

Vaksineerimine on üks tõhusaimaid haiguste ennetamisviise (19, 24). Eestis on riiklikult korraldatud immuniseerimine kokku 11 haiguse vastu (tuberkuloos, B-viirushepatiit, rotaviirusnakkus, difteeria, teetanus, läkaköha, poliomüeliit, *H. influenzae* b-tüübi infektsioon, leetrid, mumps, punetised). Kõigi nende haiguste vastane vaksineerimine on patsientide jaoks tasuta. Selles küsimuses, kas riiklikusse immuniseerimiskavasse on vajalik lisada uusi vaktsiine, langetab otsuseid sotsiaalministeerium, arvestades immuunprofülaktika ekspertkomisjoni soovitusi ning võttes arvesse TÜ tervishoiuinstituudi koostatud tervisetehnoloogiate hindamise raporteid (<http://www.arth.ut.ee/et/tegevused>). Samas on terve rida vaktsiine, mis ei kuulu riiklikusse immuniseerimiskavasse, kuid mille manustamine oleks sihtrühmadele näidustatud (25) ning mille kasutamist piirab olulisel määral vaktsiinide hind, sest seni ei ole Eesti Haigekassa vaktsiine soodusravimite nimekirja lisanud.

Eestis on valminud gripivaksineerimise kulutõhususe raport (26). Selle raporti tulemustest selgub, et riikliku vaksineerimisprogrammi rakendamise korral oleks võimalik vältida väikelaste kohordis kuni 15% ja vanemaealistel kuni 25% gripiga seotud haigusjuhtudest, millega võidetakst vastavalt 4 ja 50 QALY-t kohordi kohta. Sellised tulemused eeldavad väikelaste 30% ja vanemaealiste 50% vaksineerimisega hõlmatust, mis on teaduskirjanduse järgi vaksineerimisprogrammides saavutatav. Baasstsenaariumi puhul kujuneb riikliku vaksineerimisprogrammi rakendamisel väikelastel lisanduva kvaliteetse eluaasta maksumuseks 15 107 eurot ning vanemaealiste vaksineerimisel 11 819 eurot. Tundlikkuse analüüsis jääb väikelaste vaksineerimisel täiendkulu ehk ICER (*incremental cost-effectiveness ratio*) vahemikku 8351 – 38 109 eurot lisanduva QALY kohta, vanemaealistel vastavalt 5177 – 28 424 eurot QALY kohta. Täiendkulu tõhususe määra mõjutavad eelkõige vaktsiini efektiivsus ning gripile ja gripitüsistustele omistatud elukvaliteedi hinnangud. Eelarve mõju analüüsis hinnati alla 2-aastaste laste, kuni 5-aastaste laste ning 65-aastaste ja vanemate gripivastase vaksineerimise mõju riigieelarvele. Nii väikelaste kui ka üle 65-aastaste vaksineerimine vähendaks gripi ja gripitüsistuste raviga seotud kulusid Eesti Haigekassale. Vaksineerimisprogrammi prognoositav maksumus aastas koos kampaaniakuludega on alla 2-aastaste laste vaksineerimisel 77 500 eurot, alla 5-aastaste laste vaksineerimisel 212 500 eurot ja vanemaealiste vaksineerimise korral 1 210 000 eurot. Haiguspõhiste gripi riskirühmade kohta koostati lihtsustatud kulutõhususe ja eelarve mõju analüüs kroonilise obstruktiivse kopsuhaigusega (KOK) patsientide näitel. Kroonilise obstruktiivse kopsuhaigusega patsientide kohordi (n = 40 000) gripivastase vaksineerimise täiendkulu tõhususe määr on sõltuvalt sisendandmetest (sihtrühma selektsiooni ja kutsumise kulu, hõlmatust) 14 691 – 31 640 eurot QALY kohta. KOKi näitel on haiguspõhiste riskirühmade vaksineerimise täiendkulu tõhususe määr mõnevõrra kõrgem kui

vanemaealiste sihtrühma vaktsineerimisel. KOKi haigete gripivastane vaktsineerimine maksaks hinnanguliselt 1 050 000 eurot, millest suurema osa moodustab patsientide kaasamise kulu. Praegu vaktsineerib Eestis ennast gripi vastu ainult 1–2% elanikest, mistõttu enne riiklike vaktsineerimisprogrammide käivitamist tuleb massilise teavituse ja koolitustega ületada Eesti elanike ja tervishoiutöötajate skepsis gripivastase vaktsineerimise suhtes. Kui on saavutatud murrang üldises suhtumises, võiks järgmise sammuna käivitada kõigi 65-aastaste ja vanemate isikute vaktsineerimise riikliku programmina, sest suurim haiguskoormus gripi tüsistuste tõttu on vanemaealiste seas. Kolmandaks võiks kaaluda väikelaste vaktsineerimist, sest väikelaste vaktsineerimise abil saab vähendada kontaktsete ja riskirühma kuuluvate isikute haigestumist. Haiguspõhiste riskirühmade vaktsineerimisprogrammi käivitamine nõuab ettevalmistusteks ja läbiviimiseks enim aega ja ressursse.

2. Tervisedendus, tervisekasvatus, nõustamine

Tervisekäitumine mõjutab oluliselt krooniliste haiguste riski ning riskikäitumise vähendamisele suunatud nõustamine võib tuua suurt tervisekasu, eriti siis, kui nõustatakse mitme riskikäitumisega kõrge haigusriskiga isikuid (27–29). Üks edukamaid näiteid on glükoositaluvuse häirega patsientide hulgas diabeedi väljakujunemise vähenemine 58% võrra tänu intensiivsele nõustamisprogrammile, mille eesmärgiks oli mõõdukas kaalulangetamine (7% kehakaalust) ja kehalise aktiivsuse suurendamine (vähemalt 150 minutit nädalas) (30). Selle USAs korraldatud uuringu raames oli eluviisi muutusele suunatud sekkumise abil saavutatud ühe kvaliteedile kohandatud eluaasta (QALY) maksumus 1100 \$, mis oli ligikaudu 10 korda väiksem, kui metformiinil põhineva sekkumise korral (27). Siiski on inimekäitumise muutuste saavutamine aeganõudev ja keerukas. Nõustamisalaste tõendusmaterjali soovitusete väljatöötamine esmatasandi tervishoiu jaoks eeldab kõrge kvaliteediga tõendusmaterjali sünteesi, mis omakorda eeldab, et tõendusmaterjali kogumisel on arvesse võetud sekkumise asjakohasust ja teostatavust ning hinnatud patsientide seisukohast olulisi tulemusnäitajaid (31). Eluviisi muutusele suunatud sekkumiste puhul tuleb arvesse võtta mitte ainult nende kasu, vaid ka sekkumiste ressursimahukust ning võimalikke kahjusid. *US Preventive Services Task Force* (USPSTF) hinnangul tuleb tervisekäitumise muutustele suunatud sekkumiste korral vastata järgmisele kahele põhiküsimusele (31):

1. Kas selle sekkumise rakendamine igapäevases kliinilises praktikas annab tulemuseks patsientide tervisekäitumise muutuse?
2. Kas tervisekäitumise muutus parandab tervisetulemeid ja millised on sellega kaasnevad võimalikud kahjud?

Eluviisi muutusele suunatud sekkumine võib vähendada olulisel määral haigestumust ja suremust ning sellega võivad kaasneda ka teised soodsad tulemid, nagu patsiendi suurem rahulolu tervishoiuteenusega, loobumine teistestki tervist kahjustavatest harjumustest, paranen igapäevaeluga toimetulek, vajadus kasutada vähem tervishoiuteenuseid. Eluviisi muutusele suunatud sekkumistel võivad olla ka ebasoodsad kõrvalmõjud, nagu nt

sildistamisest tulenevad kahjud, ühe riskikäitumise asendumine teisega (nt alkoholi riskitarbimise asemel narkootikumide tarvitama hakkamine), ülekaalulisel isikul söömishäire indutseerimine.

Selle kohta, millised on asjakohased tervisekäitumist mõjutavad sekkumised esmatasandi meditsiinis, on teemakohaste süstemaatiliste ülevaadete ja meta-analüüside leidmiseks Pubmedis tehtud otsing otsistrateegiaga: (("Risk Reduction Behavior"[Mesh] OR "Health Behavior"[Mesh]) OR "Behavior Therapy"[Mesh] OR "Counseling"[Mesh]) AND "Primary Health Care"[Mesh] AND ((systematic[sb] OR Meta-Analysis[ptyp]) AND "2011/01/13"[PDat] : "2016/01/11"[PDat] AND English[lang]) otsing läbi viidud 11. jaanuaril 2016), otsing andis kokku 166 vastet, millest 52 on asjakohased.

Kokkuvõttes on suhteliselt kõige rohkem tõendusmaterjali tervisekäitumise alaste sekkumiste tõhususe kohta kardiovaskulaarhaiguste ennetamisel, kus on võimalik saavutada küll väike, kuid kliiniliselt oluline suremuse langus, eriti kui rakendatakse mitmetele riskiteguritele suunatud sekkumisi **suure haigusriskiga** isikute hulgas (10, 31–34). Vaimse tervise häirete esmasele ennetusele suunatud sekkumiste tõhususe kohta esmatasandi tervishoius on andmeid suhteliselt vähem (35, 36). Uuringud näitavad, et depressiooni ennetamisele suunatud sekkumised võivad olla tõhusad, olles väikese kuni keskmise mõjuga (37).

Palju uuringuid on tehtud üksikute riskikäitumiste (alkoholi riskitarvitamine, suitsetamine, vähene kehaline aktiivsus, seksuaalsed riskikäitumised, narkootikumide tarvitamine) ning ülekaalu ja toitumise alaste sekkumiste kohta. Kokkuvõttes on näidatud paljudes (kuid mitte kõigis) uuringutes esmatasandi tervishoiutöötajate poolt läbi viidud motiveeriva intervjuerimise mõõdukalt tõhusust, efekt on olnud suhteliselt suurem ülekaalu vähendamise, kõrgeenenud vererõhu alandamise ja narkootikumide tarvitamise vähendamise puhul (38, 39). Mitmete tulemusnäitajate osas ilmnes motiveeriva intervjuerimise tõhusus juba ühe nõustamisepisoodi järel (38). Esmatasandil läbi viidud sekkumiste tulemusel on võimalik saavutada häid tulemusi patsientide tervislikumas toiduvalikus (40). Ülekaalu langetamise nõustamise tulemusel saavutatav absoluutne kaalulangus on siiski suhteliselt väike (41, 42). Alkoholi tarvitamise puhul on mõõdukalt tõhusaks osutunud esmatasandi tervishoiutöötajate poolt läbi viidud sellised lühisekkumised, kus samuti kasutatakse motiveeriva intervjuerimise põhimõtteid (43, 44).

Selle kohta, kas kogunevaid teadmisi levinud krooniliste haiguste geneetiliste riskitegurite kohta on võimalik nõustamisel patsientide riskikäitumiste vähendamiseks edukalt kasutada, on andmeid vähe ning olemasolevad andmed kahjuks ei näita, et pelgalt haiguste geneetilise riski teadmine patsientide tervisekäitumist oluliselt mõjutaks (45, 46).

Teisene ennetustegevus

Üheks oluliseks ennetustegevuse valdkonnaks on haiguste ja häirete varajane avastamine staadiumis, kus patsiendil veel haigusele viitavaid kaebusi ei ole (nn prekliiniline staadium) (3). Seda saab teha inimeste regulaarsete tervisekontrollidega ja sõeltestidega.

1. Regulaarsed tervisekontrollid

Teisese ennetustegevusena saab käsitleda neid tervisekontrolle, mida tehakse tervisekaebusteta isikutele. Selliste tervisekontrollide sihtrühmad on tavaliselt defineeritud vanuse alusel: lapsed, tööealised isikud, eakad.

Eestis viivad laste ennetavaid tervisekontrolle läbi perearstid, pereõed, koolitervishoiutöötajad, hambaarstid ja silmaarstid. Laste ennetavate tervisekontrollide ajakava on sätestatud sotsiaalministri 2010. a määruses „Perearsti ja temaga koos töötavate tervisehoiutöötajate tööjuhend“ <https://www.riigiteataja.ee/akti/isa/1080/1201/3015/Lisa.pdf#> ning tervisekontrollidega seotud tegevused on määratud EHK ravijuhendis „Kuni 18-aastaste laste tervisekontrolli juhend“ <http://ravijuhend.ee/juhendid/ravijuhendid/77/Kuni-18-aastaste-lastetervisekontrolli-juhend>. Laste tervisekontrollide ajakava on kooskõlas riikliku immuniseerimiskava tähtaegadega. Ei ole tõendeid, et perearstide/üldarstide tehtud tervisekontrollid annaksid halvemaid tulemusi kui esmatasandi pediaatrite tehtud tervisekontrollid. Järjest rohkem on Euroopa Liidus üle mindud süsteemidele, kus laste tervisekontrolle viivad läbi perearstid/üldarstid, mitte esmatasandi pediaatrid (47). Laste ennetavate tervisekontrollide ajakavad on erinevates riikides erinevad, tulenevalt ajalooliselt väljakujunenud tavadest. Ei ole olemas tõendeid, et üks laste tervisekontrollide ajakava oleks teistest parem, oluline on, et tervisekontrollid oleksid süsteemsed ja hõlmaksid kõiki lapsi (48).

Täiskasvanud tööealiste isikute üldised tervisekontrollid ei ole osutunud tõhusaks meetmeks ei üldsuremuse ega kardiovaskulaarsuremuse ning vähisuremuse vähendamisel (49). Taanis korraldatud tervisekontrollide tõhusust hinnanud randomiseeritud uuringus, mis hõlmas kokku ligikaudu 60 000 isikut vanuses 30–60 eluaastat, jõeldati, et selle eärühma süstemaatilised tervisekontrollid ei ole põhjendatud ning kuigi eluviisinõustamine peaks olema esmatasandi tervishoiu igapäevapraktika osa, siis kõiki tööealisi isikuid hõlmava nõustamisprogrammi juurutamine ei ole põhjendatud (50).

Eakate puhul on tähelepanu pälvinud hapruse sündroom (*frailty syndrome*) (51), mille korral on oluliselt suurenenud iseseisva toimetuleku kadumise, hospitaliseerimise ja suremuse risk. 2013. a rahvusvahelises konsensusdokumendis on soovitatud kõigi üle 70-aastaste isikute

tervisekontrolli hapruse sündroomi suhtes. Kuigi Ühendkuningriigi 2014. aastal valminud vastavateemalises juhendis tõdeti, et rahvastikupõhised tervisekontrollid hapruse suhtes ei paranda tõenäoliselt olulisel määral tervisetulemeid ning ei säästa rahalisi ressursse (52), on mitmeid teisi uuringuid, mis siiski olulist seost hapruse ja halvemate tervisetulemitega tõestavad ning soovivad nn habrastel eakatel üksikute krooniliste haiguste ravijuhendite järgimise asemel keskenduda individuaalse raviplaani tegemisele eaka seisundist, pikematest prognoosidest ja üldisest funktsionaalsest toimetulekust ja toetava võrgustiku olemasolust lähtuvalt.

2. Sõeluuringud

Maailma Terviseorganisatsioon on seadnud sõeltestidena kasutatavatele uuringutele ja analüüsidele konkreetsed kriteeriumid (3, 53). Need kriteeriumid on järgmised:

Sõeltestist lähtuvad:

1. Test peab olema lihtne, ohutu, täpne (piisavalt spetsiifiline ja tundlik) ja usaldusväärne.
2. Uuringu sihtgrupp peab sõeluuringut aktsepteerima.
3. Testi tulemuste jaotumus uuritavas sihtgrupis peaks olema teada, sobivad äralõike (*cut-off*) punktid defineeritud ja kokku lepitud.

Ravist lähtuvad:

1. Haigusele peab olema efektiivne ravi ning peab olema piisav tõendus, et varakult, enne haigusnähtude ilmnemist rakendatava ravi tulemused on paremad võrreldes ravi rakendamisega kliiniliste ilmingute tekkimisel.
2. Kokku on lepitud reeglistik, keda ja kuidas ravitakse.

Tulemusest lähtuvad:

1. Peab olema tõendatud, et suremuse, haigestumuse või elukvaliteedi näitajad on sõeltesti rakendamise järel oluliselt paranenud ja et sõeluuringu rakendamise kasu ületab võimalikku kahju.
2. Sõeluuringu tegemine peab olema kulutõhus. See tähendab, et haiguse varajasele avastamisele tehtavad kulutused (kaasa arvatud edasised diagnostilised uuringud ning ravi) peaksid olema heas tasakaalus tegelike raviteenuste kuludega tervishoius.

Enne sõeluuringu rakendamist teatud rahvastikurühma tasemel peab alati läbi kaaluma võimaliku kasu ja kahju (nii valepositiivsetest kui ka valenegatiivsetest testitulemustest tulenevad) ja olema kindel, et võimalik kasu ületab märkimisväärselt uuringu rakendamisega tekitatava kahju (nii materiaalse kui ka psühholoogilise).

Praegu on Eesti Haigekassa poolt rakendatud rinnavähi sõeluuring (mammograafiline uuring 50–62aastastele naistele iga 2 aasta järel) ja emakakaelavähi sõeluuring (30–55aastastele naistele PAP-test iga 5 aasta järel) ning käivitumas on jämesoolevähi sõeluuring 60–69aastastele inimestele.

Väga põhjalike analüüse sõeltestide kasu ja riski vahekorra ja nende näidustatusest viib läbi USPSTF (*U.S. Preventive Service Task Force*). Siiski peab arvestama, et USPSTF soovitused lähtuvad USA kontekstist ning ei ole automaatselt ülekantavad teistesse riikidesse.

Tabel 2. USPSTF soovitused sõeltestide kasutamiseks täiskasvanutel vanusest tulenevates riskirühmades

(<http://www.uspreventiveservicetaskforce.org/Page/Name/recommendations>, otsing 14.01.2015) ning vastavad soovitused Eestis.

Haigus/seisund	USPSTF soovitused	Soovitused Eestis	Sõeltest
Vähiskriiningud			
Rinnavähk	Sõeltestida naisi vanuses 50–74 a 2-aastase intervalliga. Lisaks sõeltestida teatud riskirühmi geneetilise riski osas (<i>BRCA1 ja BRCA2</i>)	Sõeltestida naisi vanuses 50–62 a 2-aastase intervalliga	Mammograafia
Emakakaelavähk	Sõeltestida 21–65aastaseid (PAP-test iga 3 aasta järel) või 30–65-aastased (PAP-test+ HPV-test iga 5 aasta järel)	Sõeltestida 30–55aastaseid naisi iga 5 aasta järel	PAP-test
Jämesoolevähk	Sõeltestida 50–75aastaseid	Sõeltestida 60–69aastaseid	Peitvere määramine väljaheites, koloskoopia
Eesnäärmevähk	Mitte sõeltestida (PSA testi abil)		PSA test
Kopsuvähk	Mitte sõeltestida rindkere röntgenülesvõttega		
Munasarjavähk	Mitte sõeltestida		

Munandivähk	Mitte sõeltestida		
Kõhunäärme- vähk	Mitte sõeltestida		
Nahavähk	Tõendusmaterjal ebapiisav		
Põievähk	Tõendusmaterjal ebapiisav		
Muude haiguste ja häirete sõeltestid			
II tüüpi diabeet	Sõeltestida 40–70aastaseid ülekaalulisi	Sõeltestida alla 45 aasta vanuseid ülekaalulisi, kellel esineb vähemalt üks riskitegur, ning kõiki isikud alates 45 aasta vanusest http://ravijuhend.ee/juhendid/ravijuhendid/87/Eesti-2.-t%C3%BC%C3%BCbi-diabeedi-ravijuhend	Glükoosi määramine paastuplasmas või HbA1c % määramine või glükoositaluvuse proov
Alkoholi- tarvitamise häire	Sõeltestida kõiki isikud alates 18 aasta vanusest	Sõeltestida kõiki alkoholitartvitamise häire kahtlusega täiskasvanud patsiente http://ravijuhend.ee/juhendid/ravijuhendid/146/alkoholitarvitamise-hairega-patsiendi-kasitus	Küsitlus (AUDIT test jt)
Asümptoomne bakteriuria	Mitte sõeltestida mehi ja mitterasedaid naisi		
Düslipideemia	Sõeltestida mehi alates 35 aasta vanusest ja naisi alates 45 aasta vanusest	Hinnata südame-veresoonkonna üldriski SCORE alusel, sh üldkolesterooli väärtust (alates 40 a vanusest) http://ravijuhend.ee/juhendid/ravijuhendid/64/S%C3%BCdame--ja-veresoonkonna-haiguste-preventsiooni-juhised	Üldkolesterool (ja HDL)
Glaukoom	Tõendusmaterjal ebapiisav		
HIV-infektsioon	Sõeltestida 15–65aastaseid	Sõeltestida 16–49aastaseid/18–59aastaseid Harjumaal ja Ida-Virumaal	Seroloogiline test või kiirtest

		http://www.esid.ee/cms/tl/files/failid/failid/HIV_testimise_ja_ravile_suunamise_uuendatud_juhis_31.pdf , kuid katteallikad sõeltestimise läbiviimiseks puuduvad	
Hüper- või hüpotüreooos	Tõendusmaterjal ebapiisav		
Karotiidarteri stenoos	Mitte sõeltestida		
Krooniline neeruhaigus	Tõendusmaterjal ebapiisav	Eesti ravijuhend välja töötamisel	
Krooniline obstruktiivne kopsuhaigus	Mitte sõeltestida		
Kognitiivne häire eakatel	Tõendusmaterjal ebapiisav		
Kuulmislangus (eakatel)	Tõendusmaterjal ebapiisav		
Kõrgvererõhktõbi	Sõeltestida kõiki täiskasvanuid	Sõeltestida kõiki täiskasvanuid	Vererõhu mõõtmine
Müokardi isheemiatõbi	Mitte sõeltestida EKG abil		EKG
Nägemislangus (eakatel)	Tõendusmaterjal ebapiisav		
Osteoporoos	Sõeltestida naised alates 65 aasta vanusest	2009. a analüüs: Eestis mitte rakendada osteoporoosi sõeluuringut: http://eestiarst.ee/soeluuringu-rakendamise-pohjendatus-osteoporoosi-varaseks-diagnoosimiseks-eestis/ Alates 2015. aastast võimalik osteoporootilise luumurru riski ja edasiste uuringute vajaduse hindamiseks kasutada Eesti rahvastiku andmetele	DEXA

		kohandatud FRAX kalkulaatorit https://www.shef.ac.uk/FRAX/tool.jsp?lang=es	
Vitamiini D defitsiit	Tõendusmaterjal ebapiisav		

Rahvusvaheliselt on palju arutelusid olnud kolesterooli määramisest sõeltestina kardiovaskulaarhaiguste (infarkti ja insuldi) esmase ennetuse puhul ning PSA määramisest eesnäärmevähi sõeltestina.

2013. a Cochrane'i andmebaasi süstemaatilises ülevaates järelitati, et ka nende patsientide hulgas, kel ei ole varem esinenud infarkti ja insuldi, võib kõrge kolesteroolitaseme korral statiinravist olla kliiniliselt oluline kasu (54). Võrreldes 2011. a avaldatud Cochrane andmebaasi süstemaatilise ülevaatega on vastavateemalised järeldused palju kindlamad (55). Absoluutväärtustes on statiinravi tõhusus infarkti ja insuldi esmasel ennetamisel kõrge riskiga patsientide hulgas järgmine: 1000 patsiendi statiinravi viie aasta kestel ennetaks kokku 18 infarkti- või insuldijuhtu, mis tõenäoliselt on kulutõhus sekkumine (54). Sellest tulenevalt on Ühendkuningriigi *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) 2014. a soovitus (56) võrreldes 2008.–2010. a soovitustega (57) alandatud statiinravi näidustuse lävendit: see on vastavalt [Qrisk2](#) kalkulaatorile südameinfarkti või insuldi risk järgneva 10 aasta jooksul vähemalt 10% (varasemates soovituses oli vastav risk 20%). Ühendkuningriigis 2015. a tehtud analüüsi andmetel on üldkolesterooli ja HDL iga-aastane monitoorimine kulutõhus nii juba olemasoleva südamehaigusega kui ka ilma teadaoleva südamehaigusega isikutel (58, 59).

Eesnäärme sõeltestimise osas on peamiselt uuritud PSA (*prostate specific antigen*) kasutamist eesnäärmevähi võimaliku sõeluuringuna. PSA-põhise sõeltestimise soovitusel põhinevad randomiseeritud uuringutel, millest kõrgeima kvaliteediga uuringuteks peetakse kahte: nn PLCO-uuring (praeguseks >13-aastase jälgimisperioodiga) (60–62) ning nn ERSPC-uuring (praeguseks >11-aastase jälgimisperioodiga) (59, 63). PLCO-uuringus hõlmati uuringusse 55–74aastased mehed ning selles uuringus on selgunud, et nende sõeltestimine 6-aastase intervalliga ei vähendanud suremust eesnäärmevähi (60–62). ERSPC uuringus hõlmati uuringusse 50–74aastased mehed, selles uuringus vähendas 4-aastase intervalliga läbi viidud sõeltestimine eesnäärmevähi suremust vanuserühmas 55–69 eluaastat: ühe eesnäärmevähi surmajahu vältimiseks 13 aasta jooksul oli vaja sõeltestida kokku 781 selles

vanuses uuringusse hõlmatud meest (63). Cochrane andmebaasi süstemaatilises uuringus võeti kokku kõigi randomiseeritud PSA sõeltestimise uuringute andmed kuni aastani 2012, ning kokkuvõttes ei tuvastatud, et sõeltestimise tulemusel õnnestuks vähendada suremust eesnäärmevähki (64). PSA sõeltestimine toob kaasa aga ka märgatava ülediagnoosimise ja sellega seotud kahjud, sh liigsed meditsiinilised sekkumised, mille tagajärjeks omakorda võib olla näiteks uriinipidamatus ja ereksioonihäired (64).

PSA sõeltestimist käsitlevad konsensusdokumendid ja käsitusjuhendid jagavad mõnevõrra erinevaid soovitusi. Riiklikud ennetustegevuse rakkerühmad ja nõuandvad komiteed jõuavad järeldustele, et eesnäärmevähi sõeltestimine toob rohkem kahju kui kasu, ja ei soovita seda sõeltestimist mitte ühegi earühma meestele (65–68). Samas soovivad mitmed uroloogide erialaühendused sõeltestimist, seda kas noorema earühma meestele (alates 40 a vanusest) baas-PSA taseme määramiseks ja/või meestele, kelle eeldatav elulemus on vähemalt 10 aastat juhul, kui testi soovitamisel arutatakse patsiendiga nii sõeltestimise võimalikke kasusid kui ka riske (jagatud otsustusprotsess, ingl k *shared decision-making*) (69).

Võimalik, et eesnäärmevähi sõeltestimist on võimalik lähiajal muuta täpsemaks erinevate biomarkerite ning geneetiliste markerite kombineeritud kasutamise abil. Rootsist tehtud rahvastikupõhises uuringus, kus sõeltestimisega hõlmati ligi 50 000 meest vanuses 50–69 eluaastat, saadi nn STHLM3 mudelit kasutades oluliselt täpsemaid tulemusi kui tavapärase PSA-sõeltestimise korral (70).

Kolmandane ennetus

Demograafilised analüüsid näitavad eakate osakaalu suurenemist Eesti vanuskoosseisus. Sellest tulenevalt suureneb ka krooniliste haigustega isikute osakaal, sealhulgas multimorbiidsusega ehk vähemalt kahe kroonilise haigusega isikute hulk (71).

Poliitikauuringute keskuse Praxis 2013. aasta ravikindlustuse jätkusuutlikkuse analüüsis (72) on hinnatud, et rahvastiku vananemine mõjutab pikaajaliste ravi- ja hooldusteenuste kulusid, kusjuures on välja toodud erinevaid hüpoteese selle fenomeni mõjuulatuse kohta:

- dünaamilise tasakaalu ehk tervisliku vananemise hüpotees eeldab, et surmaeelne haigestumise periood ei muutu ning eluea pikenemisel lisanduvad aastad elatakse pigem hea tervisega;
- haigestumisperioodi pikenemise hüpotees eeldab aga vastupidi, et eluea pikenemine tähendab ka rohkem kehva tervisega ja madalama elukvaliteediga elatud aastaid;
- haigestumisperioodi lühenemise hüpoteesi kohaselt elavad inimesed pikemalt hea tervisliku seisundiga ning surmale eelnev haigestumisperiood lüheneb.

Tegelikud ravi- ja hooldusteenuste kulud on sõltuvuses (73):

- haigete inimeste elulemusmäära suurenemisest, mis selgitaks haigestumisperioodi pikenemise hüpoteesi;
- krooniliste haiguste jälgimisest, mis võib vähendada suremust ja suurendada haigete inimeste arvu;
- tulevaste eakate inimeste tervisliku seisundi ja tervisekäitumise paranemisest, mis lühendaks haigestumise perioodi;
- kõrgeealise ning nõrga tervisega rahvastiku tekkimisest, mis suurendaks haigestumist.

Siit tuleneb vajadus viia läbi tõhusaid kolmandasi ennetustegevusi, mis säilitaksid ja parandaksid juba haigestunud inimeste terviseseisundit, ning vajadus korraldada esmatasandi arstiabi ja sotsiaalteenuseid nii, et haiglaravi oleks võimalikult ennetatud (74). Just rahvastiku tervislikud eluviisid, tervisekäitumine ja haiguste süvenemist ennetatavate tervishoiuteenuste kasutamine võib vähendada tervishoiukulude kasvu (75). Konkreetne kolmandane ennetustegevus sõltub patsiendil esinevast terviseprobleemist.

Kolmandase ennetuse puhul tuleb alati käsitleda patsienti kui tervikut ning leida rahuldav tasakaal üksikuid haigusseisundeid ennetavate võimalike sekkumiste osas, eriti kui patsiendil on juba mitu kroonilist haigusseisundit (76). Multimorbiidsusealaste sekkumiste tõhususe kohta esmatasandi tervishoiu on tõendusmaterjali suhteliselt vähe, nagu tõdeti 2012. a avaldatud Cochrane'i andmebaasi vastavateemalises süstemaatilises ülevaates (77).

Et paremini toime tulla tervishoiu muutuvate vajadustega, on Ühendkuningriigis sõnastatud esmatasandi tervishoiu jaoks järgmised 10 prioriteeti, mis (lisaks haiguste esmasele ja teisele ennetamisele) on järgmised (78):

- patsientide enesetõhususe aktiivne toetamine (sh patsientide ja hooldajate kooolitus ja nõustamine, telemeditsiini võimaluste rakendamine, psühholoogiline toetus, hea ligipääs terviseandmetele);
- hospitaliseerimisriskiga ambulatoorsete haigete ennetus- ja toetustegevuse tõhustamine esmatasandil;
- kombineeritud vaimse tervise häiretega ja somaatiliste terviseprobleemidega patsientide parem abistamine;
- esmatasandi tervishoiu ja sotsiaallabi parem koordineeritus;
- parem toetus elu lõppfaasis olevatele patsientidele;
- ravimikasutuse parandamine (sh IT-lahendused, otsustustoad, pereõdede ja apteegipersonali parem kaasamine, kliinilise tegevuse auditid ja tagasisideastamine);
- eriarstide konsultatsioonidele suunamise kvaliteedi parandamine;

- erakorralise ja vältimatu abi parem integreeritus kogu tervishoiusüsteemi kui terviku seisukohast.

Kokkuvõtvad ettepanekud, mis lähtuvad kirjanduse ülevaatest

Ettepanekud esmase ennetustegevuse kohta:

1. Piiratud tervishoiuressursi (nii finants-, tööjõu- kui ka ajaressursi) tingimustes tuleks keskenduda esmases ennetustegevuses eeskätt suure riskiga isikutele ja sealhulgas kasutada üsna intensiivseid mitmekomponentseid sekkumisi (individuaalsed nõustamised kombineerida sobival hulgal infomaterjalide väljatöötamise ja sihtgrupile suunamisega, tugigruppide moodustamine, regulaarsed telefoni- või e-kontaktid, e-lahendustel põhinevad sekkumised jne).
2. Eesti kontekstis tähendab see südame-veresoonkonnahaiguste, pahaloomuliste kasvajate ning vigastuste, mürgistuste ja sõltuvusainete kasutamise osas kõrge riskiga isikute nõustamist.
3. Regulaarsete ja elukestvate nõustamiskoolituste läbiviimine: motiveeriv intervjuerimine, toitumise, suitsetamisest loobumise, alkoholi riskitarvitamise alane nõustamine. Koolituse läbinud tervisehoiutöötajate poolt tehtud nõustamised peaks lülitatama eraldi tervishoiuteenusena haigekassa poolt tasustatavate teenuste nimekirja. Lisaks võiks kaaluda kvaliteeditasu süsteemi raames selliste nõustamiste kõrgemat väärtustamist või muid boonuseid.
4. Kuna vaktsineerimine on üks tõhusamaid haiguste ennetamisviise ja on mitmeid immuniseerimiskavaväliseid näidustatud vaktsiine, mille tegemisel on näidatud oluline vastava sihtgrupi ja/või ka elanikkonna haigestumise ja suremise vähenemine, kaaluda vaktsiinide lülitamist haigekassa soodusravimite nimekirja või riskigruppide vaktsineerimist soodustingimustel. Eesti paistab teiste Euroopa riikide seas silma väga madala vaktsineerimisega hõlmatusega mitmete infektsioonhaiguste suhtes (gripp, pneumokokk, viirushepatiit, B-hepatiit). Üle 65-aastaste mitmete krooniliste haigustega eakatel võimaldada tasuta vaktsineerimist gripi ja pneumokoki vastu.

Ettepanekud sõeluuringute läbiviimise kohta:

1. Üldkolesterooli ja HDL iga-aastase monitoorimise kulutõhususe hindamine Eesti andmetel: nii juba olemasoleva südamehaigusega kui ka ilma teadaoleva südamehaigusega isikutel : ettepanek tervisetehnoloogiate hindamise töörühmale.
2. Mitte soovitada täiskasvanud tööealiste isikute üldisi regulaarseid tervisekontrolle perearstiabi tasandil – need ei ole osutunud tõhusaks meetmeks ei üldsuse ega

kardiovaskulaarsuremuse ning vähisuremuse vähendamisel, samas aga tähendavad olulist töökoormust ja lisaviite nii perearstidele kui pereõdedele. Piiratud tervishoiuressursside tingimusi peaks keskenduma eeskätt südame-veresoonkonnahaiguste, diabeedi ja kasvaja suhtes kõrge riskiga inimestele.

3. Luua riskihindamise tõenduspõhiseid instrumente, mis aitaks arstidel ja õdedel kiiresti riskigruppe tuvastada, riske näitlikustada ja patsienti kaasata. Riskikalkulaatorid võiksid olla integreeritud arstide tööprogrammi.
4. Kaaluda eakate (üle 65 a vanuste) isikute regulaarseid tervisekontrole, sealhulgas sobivate sõelumisvahendite väljatöötamist ja igapäevasesse perearsti töökeskkonda integreerimist, mis võimaldaks kiirelt igapäevavastuvõtu käigus leida üles kõrge riskiga, nt haprad eakad.
5. Nn habraste eakate (vastav diagnoosikood rakendada) ja väga eakate (üle 80 a) krooniliste haiguste jälgimise süsteemist välja jätmine, kuna nende puhul muutub olulisemaks mitte niivõrd ravijuhendikeskne haiguse jälgimine, kuivõrd keskendumine individuaalsetele ravieesmärkidele.

Kolmandane ennetus ja krooniliste haigete jälgimine

1. Töötada välja erialadevahelised ühised tegutsemisjuhised, ravialgoritmid mitmete krooniliste haigustega (multimorbiidsete) patsientide käsitlemiseks.
2. Luua süsteem, kus patsiendi terviseandmed on kättesaadavad ja tõrgeteta jagatavad esmatasandi, EMO, kiirabi, eriarstiabi ja sotsiaalsüsteemi vahel
3. Luua kliinilised otsustustoad perearstidele ja pereõdedele, et parimal viisil kaasata patsient enda tervisest puudutavate otsuste tegemisse.

Perearstide küsitlusuuringu tulemused

„Mida arvavad perearstid teatud ennetustegevustest perearstikeskustes?“

EPS-is on praegu liikmeid 838 ning küsimustikule vastas 24% perearstidest (N=200). Vastajate keskmine vanus oli 51 eluaastat.

49% vastajatest oli Eesti suurlinnadest, ülejäänud väikelinnadest ning maa-asulatest.

Kokkuvõtlikult küsitlusuuringust (vt ka lisa 1)

Laste immuniseerimine (100%), koolieelsete tervete laste tervisekontroll (99%) olid teenused, mille suhtes oli üksmeel kõige suurem – üle 90% perearstidest oli täiesti nõus või suurel osal juhtudest nõus, et tegemist on ennetusteenusega, mida pakutakse perearsti meeskonnas/tervisekeskuses.

Üle 80% perearstidest nägi perearsti meeskonna teenustena ka ennetavaid läbivaatusi täiskasvanutele (89,5%), kooliealiste tervete laste ennetavat tervisekontrolli (88,5%). Samuti leiti enamasti, et ka tervete inimeste regulaarne tervisekontroll on perearsti ja tema meeskonna roll, nii nagu ka individuaalsete nõustamisteenuste pakkumine (toitumise, liikumise, suitsetamisest loobumine nõustamine jne). Pisut väiksemaks arvatakse rolli kontratseptsioonialases nõustamises ja ka teatud elanikkonnagruppidele suunatud sõeltestimisprogrammide läbiviimises. Viimase puhul mängib ilmselt rolli see, et Eestis on siiani olnud nende sõelprogrammide läbiviimine tsentraalselt koordineeritud, perearstide roll on olnud pigem soovitaja. 2016. a juulist käivituv jämesoolevähi sõeluuring on esimene sõeluuringuprogramm, kus perearstidel on reaalselt ka esmase kokkupuute ja koordineerija roll. Kontratseptsioonialast nõustamist on alates perearstisüsteemi käivitumisest Eestis loetud üheks oluliseks valdkonnaks, millega perearstid võiksid tegeleda, samas on aga mitmed naistele suunatud uuringud Eestis siiski näidanud seda, et naised eelistavad sageli valida nõustajaks naistearsti või ämmaemanda. Ühelt poolt võib see tuleneda harjumusest pöörduda ükskõik milliste reproduktiivtervise alaste teemadega naistearsti poole. Hiljuti dr Made Laanpere poolt kaitstud doktoritööst selgus, et naiste informeeritus perearsti rollist antud vallas on puudulik (M. Laanpere, TÜ 2015). Perearstide poolt võib üheks võimalikuks takistuseks olla ekslik teadmine, et rasedumisvastaseid vahendeid tohib välja kirjutada alles pärast günekoloogilist läbivaatust ja uuringuid. Tegelikuses aga sellist reeglit ei eksisteeri ja esmast kontratseptsioonialast nõustamist võib täiesti julgelt teha ka ilma eelnevate analüüsideta.

Patsientide fookusgrupi uuringu tulemused (vt ka lisa 2)

Tervete ja krooniliste haigustega patsientide arvamustes erinevusi ei esinenud. Nii terved inimesed, kellel ei ole väljakujunenud kroonilist haigust, kui ka patsiendid, kes igapäevaselt elavad kroonilis(t)e haigus(t)ega, tarvitavad regulaarselt suurt hulka ravimeid ning käivad perearsti ja õe regulaarsel kontrollil, arvavad, et ilma suure probleemita nad ei läheks arsti (perearsti) vastuvõtule. Üheks põhjuseks, miks inimene ei taha arsti juurde minna, on arsti koormatus. Inimesed on veendunud, et arstil on niigi palju tööd ja nemad ei taha segada. Arvatakse, et arst tegeleb palju raskemate patsientidega ning polegi vaja minna „tühja“ asja pärast.

Isegi siis, kui inimesed teavad, et regulaarne kontroll arsti juures on väga oluline, eriti teatud vanusest alates, võivad nad lihtsalt unustada või on neil muud tegemised, mis on antud hetkel olulisemad. Seega on oodatud mingi meeldetuletus, mis oleks silmatorkav ja meeldejääv, nagu nt värviline buklett või e-mail postkasti, kuna paber kipub tavaliselt kaduma.

Kui kroonilise haigusega patsient tuleb vastuvõtule, siis ta tahab, et arst teeks korraliku kontrolli. On oluline, et arst käsitleks patsienti terviklikult, peale patsiendi enda esitatud kaebuste hindaks tervist laiemalt.

Juhul kui inimene on tulnud oma perearsti juurde, siis ta tahab saada kõige paremat abi. Suurt vahet pole, kes nõu- ja abiandja on, olulisemaks peetakse, et abi oleks kvaliteetne ja probleem saaks lahendatud. Teisest küljest, kui patsient läheb perearsti vastuvõtule, siis eelistab ta, et temaga tegeleks arst, mitte õde või resident. Õele võib jääda telefoni teel nõustamine või vastuvõtule kutsumine. Samuti peeti heaks tooniks, kui õde (registraator) mainiks, kes võtab patsiendi vastu – kas arst ise või resident, sest see annab võimaluse valida.

Inimesed eelistavad otsida infot mujalt, mitte arsti käest. Palju mugavam on kodust väljumata teha otsingut internetis või lugeda meditsiiniteemalist raamatut. Õnneks tunnistavad inimesed ise, et sealt leiab niisugust informatsiooni, millest patsient võib-olla aru ei saa. Sel juhul pöördub inimene asjatundja ehk perearsti juurde, kes oskab selekteerida, mis on õige, mis vale. Ühest küljest saab iga inimene ise otsida infot tervise ja haiguste ennetamise kohta, teisest küljest oodatakse adekvaatse info jagamist kõigepealt just perearstilt. Perearsti oskus võiks olla see, et ta aitab inimesel teha õiget valikut õigel hetkel. Teiste sõnadega, kui inimesel on mingi küsimus, mis teda vaevab ja ise lahendust ei oska leida, siis otsib ta abi arsti käest. Kui patsient juba tuli vastuvõtule, on teretulnud erinevad soovitused ja nõuanded tervisedenduse ja haiguste ennetamise kohta.

Patsientide tundmine on väga vajalik perearsti väärtus ennetustöös. Hea perearst tunneb nii patsiendi enda kui ka tema perekonna lugu. Ta oskab leida õige hetke, millal võiks ennetustööga alustada ja teab, kuidas seda efektiivselt teha. Terved inimesed on seda meelt, et perearst võiks oma patsiente nii hästi tunda, et osata anda soovitusi riskirühmale.

Mõlema rühma patsiendid, nii terved kui ka krooniliste haigustega, on huvitatud regulaarsest tervisekontrollist – seda nii kroonilise haiguse jälgimise kui ka profülaktilises kontrolli mõttes. Patsiendid tõid välja erinevaid ajavahemikke kontrolli sageduse kohta: 1,5–5 aastat. Arvati, et see võiks olla sarnane töötervishoiuarsti külastusega, kus tehakse üldist läbivaatust, lihtsamaid analüüse ning räägitakse erinevate haiguste ennetusmeetmetest. On pakutud isegi sellist varianti, et patsiendi motiveerimiseks võiks

hea tervise säilitamise eest olla mingi rahaline preemia, näiteks soodsamad võimalused tulumaksu tagastamisel.

Üldiselt meeldiks inimestele pigem selline variant, et perearst kutsuks neid ise vastuvõtule, mitte et patsient tuleks profülaktiliseks läbivaatluseks omal soovil. Sel juhul oleks vastutus jagatud. Tervete patsientide arvamus oli, et kui rakendada sellist regulaarset kontrolli perearstikeskuses, võiks see olla kvaliteetne, kuna praegu töötervishoius teostatav kontroll on väga erineva tasemega.

Tervete rühmas tekkis arutelu tervishoiuressursside kokkuhoidmise võimalustest. Tundub, et inimesed suhtuvad regulaarsesse tervisekontrolli positiivselt mitte ainult enda huvide pärast, vaid saavad aru selle kasulikkusest riiklikul tasemel. Odavam ja tõhusam on ravida haigust algstaadiumis kui hiljem tüsistustega tegeleda.

Pereõe rollist fookusgrupiintervjuude põhjal

Viimastel aastatel on pereõe roll tervishoius oluliselt laienenud. Pereõde teeb palju tööd. Inimesed saavad sellest aru ning tunnistavad ka, et tihtipeale on õde ülekoormatud. Pereõelt oodatakse peaaegu kõike: nii retsepte ja saatekirju, registreerimist, analüüside võtmist kui ka nõustamist (nt liikumise ja kaalulangetamise teemadel), samuti analüüside tõlgendamist. Samas tunnistavad inimesed, et tihtipeale on õde oma rohkete ülesannete tõttu ülekoormatud ning oma tööga hakkama saamine nõuab pingutust. Siiski on inimeste usaldus oma pereõe vastu suur ning nad ootavad just temalt nõuandeid haiguste ennetamise kohta. Tunnistatakse, et arst ei jõua lühikese visiidi aja tõttu kõikide teemadega tegeleda. Patsiendid tunnevad, et pereõde on ülekoormatud, seega ennetustööks (nõustamine) on tal raske aega leida. Hinnatakse kõrgelt, kui pereõde tunneb oma tööülesannete piiri, oskab õigesti määrata, kus lõpevad tema oskused ja võimalused ning algavad arsti omad. Kehv kontakt või rahulolematuse oma pereõega võib olla perearsti vahetamise põhjuseks.

Uuringu „Eesti elanike hinnangud tervisele ja arstiabile“ 2015. a tulemuste analüüs

2015. a uuringu andmetel on viimase aasta jooksul perearsti vastuvõtul käinud 64% Eesti 15–74aastastest elanikest. Pereõe iseseisval vastuvõtul on käinud 12% küsitletutest.

Rahulolu perearsti ja pereõe teenusega on stabiilselt suur. Viimase visiidiga pereõe juurde jäi rahule 93% vastanutest ning 91% perearsti poole pöördunutest. Rahulolu pereõega on olnud stabiilselt suur ka aastatel 2010–2014. Keskmisest vähem käib pereõe vastuvõtul Kirde-Eesti elanik ja muust rahvusest elanik, kuid samas, kui nad pereõe vastuvõtule pöörduvad, siis on rahulolu sama suur kui teistes piirkondades või isegi suurem.

Viimase 12 kuu jooksul konkreetse tervishoiutöötajaga kokku puutunud inimestel paluti öelda, kas nad said sellelt arstilt või teenusepakkujalt edaspidiseks raviks, käitumiseks ja toimetulekuks piisavalt selgitusi ja nõuandeid. Kõige sagedamini on juhiseid saadud päevaravi (91% kokkupuutunutest) ja haiglaravi käigus (90% kokkupuutunutest). Järgnevad pereõde ja eriarst (mõlemal juhul 84%), perearst (83%) ning hambaarst (81%). Pikemat perioodi vaadates on üha enam selgitusi ja nõuandeid saadud päevaravi käigus (kasv 78%-lt 2013. aastal 91%-le 2015. aastal). Ka pereõelt on pikemat perioodi vaadates saadud nõuandeid üha enam, ehkki võrreldes 2014. aastaga olulist muudatust toimunud ei ole.

Kirjalikke juhiseid või infovoldikuid edaspidiseks tervise eest hoolitsemiseks, haiguste ennetamiseks või haigusega toimetulekuks on samuti enim saadud haiglaravi (57%) ja päevaravi (50%) käigus. Järgnevad eriarst (42%), perearst (40%), pereõde (34%) ning hambaarst (24%). Tervikuna ei ole kirjalikke materjale saanute osakaal võrreldes 2014. aastaga oluliselt muutunud ühegi arsti ega teenusepakkuja puhul.

Kokkuvõtlikult patsientide fookusgrupi ja elanikkonna uuringust

Nagu käesolev fookusgrupiuring näitab ja seda toetavad ka haigekassa ja sotsiaalministeeriumi korraldatud täiskasvanud elanikkonna küsitlused, väärtustavad inimesed väga perearsti ja pereõe tervisenõustamist ning ravivõimaluste tutvustamist. Patsientide hinnangul on hästi olulised ka kõikvõimalikud infomaterjalid. Kõige enam ootavad inimesed kirjalikke juhendmaterjale just perearstikeskusest ja raviasutusest – ligikaudu pooled küsitletutest ütlevad, et nad sooviksid saada vajalikku infot just sealt. Kuna internetikeskkonnas on väga palju erineva kvaliteediga ja erinevat laadi infot, siis perearst või õde on need, kes võiks aidata vastavat infot selekteerida ning kelle käest pöörduetakse kinnitust saama õigele infole.

Samas näitavad elanikkonna uuringud, et kui edasiseks raviks ja haigusega toimetulekuks on saanud pereõelt ja perearstilt nõu üle 80% küsitletutest, siis kirjalikke juhiseid ja infomaterjale juba poole vähem inimesi (34% pereõe käest ja 40% perearsti käest).

Seetõttu tundub, et oluline oleks rohkem pöörata tähelepanu juhendmaterjalide väljatöötamisele, mida saaks patsientidele jagada, millele viidata ja mille puhul ollakse kindel, et need on asjakohased.

Kuigi pereõe roll on aastate jooksul oluliselt laienenud ning rahulolu pereõdedega on väga suur, on siiski patsientides veel mõningast ebakindlust nende rolli suhtes. Sellega võib olla mõneti selgitatav ka küllaltki madal nende isikute hulk, kes aasta jooksul on käinud pereõe iseseisval vastuvõtul. Teisest küljest eeldab see ka perearsti meeskonnas õele suurema vastutuse ja iseseisvuse andmist. Samamoodi on ilmselt vajalik ka perearstikeskuste tasemel

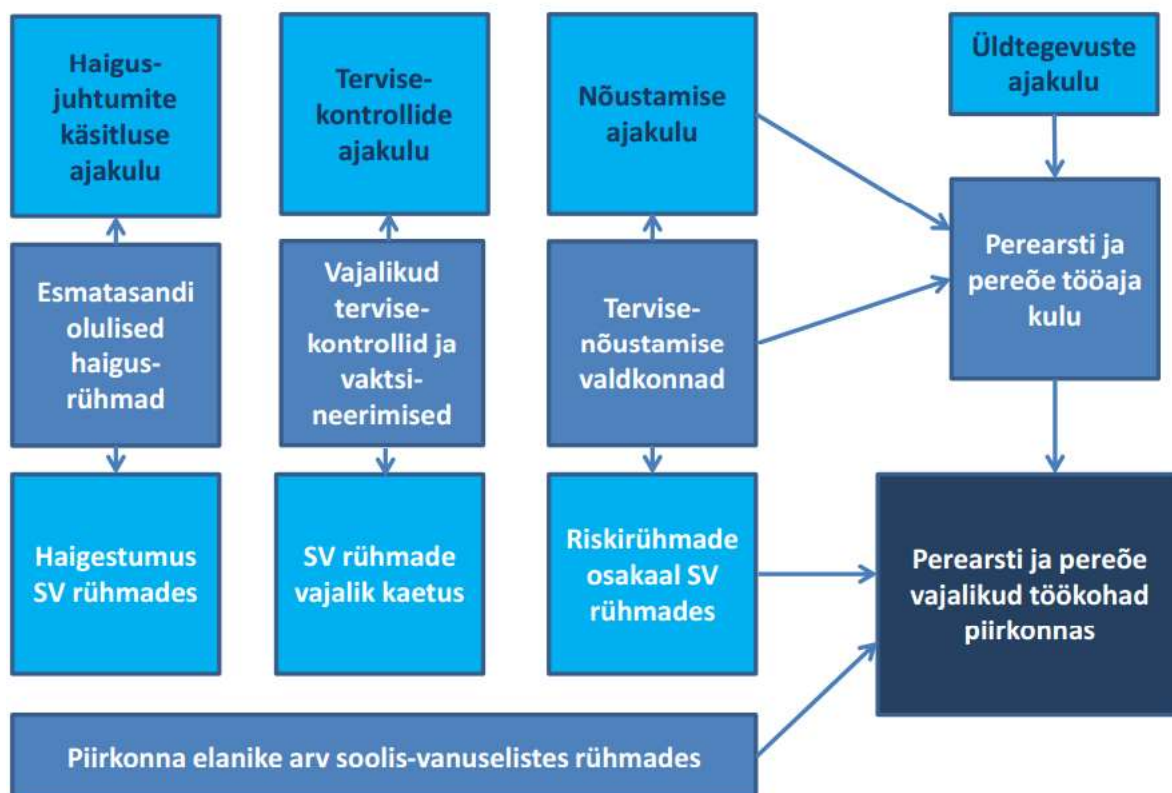
väga selgelt patsiente teavitada töökorraldusest, rollijaotusest meeskonnas ning sellest, kellega visiidil esmalt kohtutakse, seda ka terviseprobleemi, mitte vaid nõustamise puhul. Sellekohane info võiks olla iga perearstikeskuse kodulehel olemas. Ennetustegevus on patsientide arvates enesestmõistetavalt pereõe rolliks. Siiski nenditakse, et vastuvõtu ajal on pereõdede töökoormus väga suur, et nõustamisele vajalikult pühenduda. Siiski, kui juba vastuvõtule minnakse, siis eeldatakse, et tervisekontroll on põhjalik, mitte formaalne.

Esmatasandi meeskonnaliikmete rollid ja planeeritavad töökohustused ennetustegevuses RAKE uuringu alusel

Sotsiaalteaduslike rakendusuuringute keskuse poolt 2013.–2015. a tehtud analüüsi 3. peatükis on esmatasandi meeskonnaliikmete (perearst, pereõde, ämmaemand, koduõde ja füsioterapeut) tegevus kirjeldatud ning loodud mudel, mis hindab teenuste vajadust käesoleval ajal ning tulevikuperspektiivis. Perearsti ja pereõe ülesannete mahu hindamisel on kasutatud haigestumuse näitajaid, rahvastiku arengu prognoosi ning tööaja mõõtmist päevikumeetodil.

Raportis 2 on kirjeldatud teenuse jaotus tegevusteks, tegevuste ajakulu ja peamised sihtrühmad.

Pereõe ja perearsti tegevus ja seosed on esitatud joonisel.



Perearstiteenuse osutajate päevakoormus päevikumeetodi alusel hinnates oli perearstil 8,4 tundi ning pereõel 7,8 tundi. Sellest ajast kulus patsiendiga seotud tegevusteks 81% perearsti tööajast ning 80% pereõe tööajast. Ülejäänud aeg kulus perearstipraksise töö korraldamiseks, aruandluseks ning muuks tegevuseks. Prognoosimudelid näitavad, et perearstide ja pereõdede hulk vajalike tegevuste jaoks peab oluliselt suurenema. Antud prognoosimudelites on arvesse võetud patsientidega seotud ennetustegevust ning nõustamist.

Raportis on koostatud prognoosimudelid esmatasandi meeskonnas töötavatele ämmaemandatele, füsioterapeutidele ning koduõdedele.

Kuna ennetustegevus jaotub nii esmaseks, teiseks kui ka kolmandaseks, siis moodustab ennetustegevus enamiku teenuseosutajate tööajast. Samas peab arvestama, et mitte kõigil perearstikeskusesse pöörduvatel kaebustega patsiendil ei diagnoosita haigust. 10–30% perearsti poole pöördunudest on meditsiiniliselt seletamatute sümptomitega patsiendid, kelle diferentsiaaldiagnostika võtab märkimisväärse osa tööajast (Sepp, V). Perearsti ja pereõe tööajast ligi viiendiku hõlmab perearstipraksise töö korraldamine ning aruandlus (Sepp, V). Tööaja optimaalseks kasutamiseks on oluline vähendada mittemeditsiinilisi tegevusi ja delegeerida need mittemeditsiinilisele personalile (tervisekeskuse juht, kliiniline assistent vms). (Sepp V, Humal K, Saar P, Kivi L, Puolokainen T, Thomas E, Espenberg K, Rätsep A, Ingerainen D, Kalda R, Loodla K, Aksel M, Lees K, Vahaste-Pruul S, Ristmäe M, Varblane U. Esmatasandi tervishoiuteenuste

geograafilise kättesaadavuse vajaduse hindamine ja esmatasandi tervishoiuteenuste optimaalse korralduse mudeli loomine. 2015. Kättesaadav:
<http://skytte.ut.ee/et/rake/teostatud-projektid-0>)

2. Esmatasandi teenuste pakett ja teenuseosutajate struktuur

Eesmärk

Selle punkti eesmärgiks on kaardistada tegevus, mida esmatasandi tervishoiuteenuse osutajal oleks võimalik pakkuda oma nimistu isikutele, ilma et nad peaksid liikuma edasi järgmisele tervishoiutasandile, ja täpsustada, kes neid teenuseid esmatasandil peaks osutama. Konkreetsemad küsimused, millele vastuseid otsisime, olid seotud perearsti kui ravikoordinaatori rolli laiendamise eeldustega ning pereõe rolli laiendamisega. Lisaks analüüsisime, kes peaks lisaks füsioterapeudile, koduõele, ämmaemandale ja pereõele kuuluma perearsti meeskonda tervisekeskustes, milliseid teenuseid peaks osutama esmatasandi meeskond ning milline on optimaalne koos töötavate perearstide arv ühes tervisekeskuses. Huvipakkuvateks küsimusteks olid ka esmatasandi roll koolitervishoiuteenuse osutamisel, see, kas sotsiaaltöö peaks kuuluma esmatasandi teenuste paketti, ning kuidas parimal viisil tagada esmatasandi ja sotsiaalhoolekande koostöö.

Metoodika

Ülesande lahendamiseks analüüsisime teiste maade kogemusi perearsti ja pereõe rollidest ja sotsiaalhoolekande kaasatusest. Tuginesime analüüsis rahvusvahelisele EuPrimCare uuringule, mis korraldati 2009.–2011. aastal ja kus osalesid Euroopast 6 riiki: Eesti, Soome, Leedu, Ungari, Saksamaa ja Hispaania. Samuti teostasime otsingut rahvusvahelistest väljaannetest, mis kirjeldavad erinevaid tervishoiusüsteeme Euroopas (Eurobservationi väljaanded ja mitmete originaaluuringute tulemused, millele ka viitame).

Lisaks eespool nimetatutele teostasime fookusgrupiuuringu erinevate Eesti ekspertide seas (eriarstid, Eestis töötavad perearstid ning välismaal töötamise kogemusega perearstid). Kuna RAKE korraldas üsna põhjaliku esmatasandi tervisekeskuste poolt osutatavate teenuste vajaduse uuringu koos sellest lähtuva personalivajadusega, siis kasutame ka selle uuringu tulemusi, et kujundada terviknägemus, milline võiks olla optimaalne perearstiabi/esmatasandi tervishoiuteenuste pakett Eestis lähima 10 aasta perspektiivis.

EUprimecare uuring (Cost and effectiveness of the primary health care in different European countries)

EUprimecare uuringus hinnatud Euroopa riikides (lisaks Eestile Soome, Saksamaa, Ungari, Itaalia, Leedu ja Hispaania) jaotuvad küsitluses kasutatud teenused väga erinevalt

perearstiabi ja teiste teenusepakkujate vahel (79). Kokkuvõtte nendes riikides pakutavatest teenustest 2011. aastal on toodud alljärgnevas tabelis (värvilegend on tabeli all).

Silmas peab pidama seda, et Soome ja Hispaania esmatasandi tervishoiukorraldus vastab rohkem sellele kontseptsioonile, mis on Eestis täna välja arendatud esmatasandi tervisekeskuste tarbeks. Itaalia ja Saksamaa näol on tegemist riikidega, kus perearst töötab suure tõenäosusega üksikpraksises ja kus tal võib, aga ei pruugi alati olla meeskonnas pereõde, sageli töötatakse koos vaid sekretäri või assistendiga. Ungari ja Leedu vastavad pigem sellele perearstiabi kontseptsioonile, mis on Eestis praegu, ehk et töötatakse nii üksikpraksistes kui ka grupipraksistes ja meeskonnas on enamasti pereõde. Üksikpraksised on vähem levinud kui Eestis.

Tabel 3. Euroopa riikides esmatasandi tervishoius pakutavad teenused (Euprimcare uuringu 2009–2011 andmetel, Eesti andmed lisatud eksperthinnangu alusel)

Töövaldkonnad esmatasandil	Soome	Saksa- maa	Ungari	Itaalia	Leedu	His- paania	Eesti
Ägedate ja krooniliste haiguste diagnoosimine ja ravi							
Ägedate haigustega tegelemine väljaspool tavapärast tööaega							
Individualiseeritud ennetustegevus täiskasvanutele (nt suitsetamisest loobumise nõustamine, toitumisnõustamine jms)							
Rasedate jälgimine							
Koolieelsete laste ennetav tervisekontroll							
Kooliealiste laste ennetav tervisekontroll							
Kontratseptsiooninõustamine							
Laste immuniseerimine							
Sõeltestimisprogrammide läbiviimine (PAP-test, mammograafia)							
Laboriuuringute tegemine							
Sagedasemate radioloogiliste uuringute tegemine							
Füsioteraapia							
Tegelemine vaimse tervise probleemidega (sagedasemad)							

seisundid)							
Sõltlaste nõustamine							
Sotsiaaltöötaja teenused							
Koduõendusteenus							
Toetatud elamise teenus dementsusega patsientidele							
Ööpäevane õendushooldusteenus							
Statsionaarne pikaraviteenus							
Hambaravi lastele							
Hambaravi kõigile							
Transporditeenus patsiendi kiireks transpordiks haiglasse							
Elektrokardiogrammi tegemine							
Gastroskoopia tegemine							
Spiromeetria tegemine							
Töötervishoiuteenused							
Terviseedendus kogukonna tasemel							
Rahvastiku terviseseisundi monitoorimine							
Nakkushaiguste seire ja raporteerimine							
Osalemine lokaalsete keskkonnast tingitud (vesi, õhk) epideemiate likvideerimisel							
Üldine tervisekaitse (joogivee ja toidu ohutus jms)							

	Perearsti ja tema meeskonna roll
	Perearstil ja tema meeskonnal on piiratud roll
	Koostöös teiste erialaspetsialistidega
	Jagatud sõltuvalt raskusastmest/keerukusest
	Teenust perearsti ja tema meeskonna poolt ei pakuta

Kõige enam pakutakse erinevaid teenuseid Soomes, millele järgnevad Hispaania ja Leedu. Eesti on eespool toodud maadega üsna sarnane. Itaalias ja Saksamaal on perearstikeskuste pakutavate esmatasandi teenuste nimekiri kõige lühem. Kõikides riikides on perearsti ja tema meeskonna poolt pakutavad esmatasandi teenused: ägedate ja krooniliste haiguste diagnoosimine ja ravi, individualiseeritud ennetustegevus täiskasvanutele, laste immuniseerimine ja koolieelsete laste terviseläbivaatused.

Eeskätt nendes Euroopa riikides, kus esmatasandi töö põhineb tervisekeskuste kontseptsioonil, on samuti tavaks, et pakutakse ka rasedate jälgimisteenust (organiseeritud ämmaemandate poolt), füsioteraapiat ja koduõendusteenust. Enamasti ei ole sotsiaaltöö, toetatud elamise teenus, eakate ja dementsusega patsientide teenused, 24 h koduhooldusteenus esmatasandi tervishoiu ehk perearstide ja ka tervisekeskuste teenus, vaid pigem kohalike omavalitsuste kohustus. Soomes, kus esmatasandi tervishoiuteenuse korraldamine on kohaliku omavalitsuse vastutusvaldkond, on siiski mitmed muidu KOV poolt korraldatavad teenused tagatud ka tervisekeskuste vahendusel, nt mitmed vaimse tervise teenused, sõltlaste nõustamine ja ka epideemiade puhul sekkumine.

Perearstide küsitlusuuringu tulemused (vt lisa 3)

„Mida arvavad perearstid loetletud teenuste osutamisest perearstikeskustes?“

Perearstide küsitluse metoodika ja taustaandmed on kirjeldatud eespool.

Vastanud perearstidest 69% on koondunud kuni nelja nimistuga grupipraksistesse ning 11% kuuluvad 10 ja enam nimistuga kooslustesse. 5–10 nimistuga gruppidest on kõige enam kuue nimistuga kooslusi (6%).

Küsimusele, milline võiks olla optimaalne nimistute arv tuleviku tervisekeskuses, vastati erinevalt, kuid kõige enam poolehoidu pälvis nelja nimistuga keskus (37% vastanutest). 19% vastanutest töötaks kolme nimistuga tervisekeskuses ning 14% eelistaks 5 nimistuga kooslust. Kõige vähem poolehoidu pälvisid suured, seitsme ja enam nimistuga keskused. Ligi 5% töötaks siiski meeeldi ka üle 10 nimistuga keskuses.

Pakkusime välja väiteid ja soovisime teada perearstide valmisolekut erinevate teenuste pakkumise võimalikkuse kohta perearsti meeskonnas/tervisekeskuses. Nimetasime teenuseid, mida kasutati Euroopa uuringus EUprimcare, kus uuriti esmatasandi toimetudeleid 6 Euroopa riigi osalusel.

Ägedate ja krooniliste haiguste diagnoosimine ja ravi (99,5%) ning elektrokardiogrammi tegemine (98,5%) olid teenused, mille suhtes oli üksmeel kõige suurem – üle 90% perearstidest oli täiesti nõus või nõus suurel osal juhtudest nõus, et tegemist on teenusega, mida pakutakse perearsti meeskonnas/tervisekeskuses. Üle 80% perearstidest nägid perearsti meeskonna / tervisekeskuse teenustena ka laboriuuringute tegemist (88%) (vt joonised lisa 3).

24 h koduhooldusteenus, pikaajavoodikohad tervisekeskuses ja toetatud elamise teenus eakatele dementsusega patsientidele olid teenused, mida reeglina ei nähta perearsti

meeskonna ülesandena või peetakse perearsti meeskonna rolli nende teenuste pakkumisel väga väikeseks. Samuti ei pooldanud üle 80% vastajatest tervisekeskuste teenuste seas ägedate ja krooniliste haiguste diagnoosimise ja raviga tegelemist väljaspool tavapärast tööaega, osalemist lokaalsete keskkonnast tingitud (vesi, õhk) epideemiate likvideerimisel, üldist terviseedendust (joogivee ja toidu ohutus jms), tervisekeskustes hambaravi pakkumist lastele ja täiskasvanutele ning gastroskopia tegemist (vt joonised lisas 3).

Esmatasandi arengukava kohaselt võiks tervisekeskuses pakkuda teenuseid füsioterapeut, ämmaemand ja koduõde. Nende teenuste suhtes ei ole perearstid veel täiesti üksmeelsed. 70% perearstidest on täiesti nõus või nõus, et suurel osal juhtudest võiks kontratseptsiooninõustamine toimuda perearsti meeskonnas / tervisekeskuses, 29% on nõus rasedate jälgimisega, 58% näeb oma meeskonnas koduõde ning 63,5% füsioterapeuti.

Sotsiaaltöötajat näeks perearsti/tervisekeskuse meeskonnas 38,5% perearstidest.

Kõige enam polariseeruvad perearstide arvamused terviseedendusest kogukonna tasandil, mille pakkumisega on nõus 54,5% perearstidest ja 45,5% ei ole sellega nõus.

Astma ravijuhend perearstidele julgustab perearste esmaste haigetega tegelema ning valmisolek spirograafiateenust pakkuda on üle pooltel perearstidest (64,5%). Samaväärselt nähakse perearsti/tervisekeskuse meeskonna osalemist erinevates sõeltestimistes (65%).

Mida arvavad perearstid saatekirjanõude kehtestamisest praegu saatekirjata erialadele? (vt ka lisa 4)

Uurisime küsitlusuuringus perearstide arvamust saatekirjanõude kehtestamisele dermatoloogia, günekoloogia, nahahaiguste ja psühhiaatria erialadel.

Enam kui pool perearstidest on arvamusel, et saatekirja kehtestamine ei ole võimalik ega mingil juhul võimalik günekoloogia (75,5%), oftalmoloogia (68%) ja psühhiaatria (63,5%) erialadel. Kõige teostatavam tundub saatekirjanõude kehtestamine dermatoloogia erialal, kus 11,2% perearstidest arvab, et see on täiesti võimalik, ning 34% arvab, et see on võimalik teatud tingimustel. Dermatoloogia erialal saatekirja kehtestamist ei pea võimalikuks 43% perearstidest (vt jooniseid lisas 4).

Kvalitatiivne uuring saatekirjanõude kehtestamise kohta eriarstide seas

Saatekirjanõude kaotamise teemal viisime läbi kvalitatiivse uuringu fookusgrupimeetodil paljude erialade esindajate seas. Fookusgruppi olid palutud lisaks perearstidele ka nende erialade esindajad, kelle juurde pöördumiseks patsiendid praegu saatekirja perearstilt saama

ei pea. Eriarstide esindajate poole pöördusid kutsega osaleda uuringus uurimistööd läbi viivad peremeditsiini residendid nii Tartus kui Tallinnas. Pöörduti seni, kuni gruppi saadi 1–2 iga eriala esindajat.

Kokku osales fookusgrupis 1 günekoloog, 2 perearsti, 2 silmaarsti, 2 psühhiaatrit, 1 nahaarst. Perearste ja psühhiaatreid esindasid arstid Tallinnast ja Tartust. Teised arstid olid Tartust. Tallinnas oli nahaarstide keeldumise põhjuseks peamiselt see, et nahaarstide seltsi juhatus on teemaga juba aktiivselt tegelenud ja oma seisukohad selles osas edastanud (ilmselt siis haigekassale).

Psühhiaatriline abi. Grupivestlusest jäi kõlama, et kõige enam näevad saatekirjanõude kaotamise võimalust teatud tingimustel psühhiaatrid. Tartus ja Tallinnas tehtud intervjuude põhjal on psühhiaatrite arvamused samasugused. Psühhiaatrid pigem pooldavad saatekirja kehtestamist, kuid teatud tingimustel.

Kasvanud on neurootiliste, stressiga seotud häiretega patsientide hulk, palju on depressiooni ja ärevushäireid. Psühhiaatrid sooviksid, et perearst alustaks depressiooni ja ärevushäirete ravi ning kui ravi ei aita, siis alles suunaks patsiendi psühhiaatrile. Ka depressiooni ravijuhendis on öeldud, et psühhiaatri konsultatsioonile tuleb patsient suunata siis, kui patsient ei reageeri kahele erinevale järjestikusele antidepressandile. Ka need patsiendid, kes on psühhiaatri juures käinud ja ravi on üle vaadatud, võiksid olla perearsti juures jälgimisel, kuna depressiooniravi võib olla pikk. Kui perearstid saaksid kergemate probleemide lahendamisel aidata, siis lüheneksid järjekorrad ka psühhiaatritele ning abi saaksid kiiret abi vajajad. Patsientidel oleks ka mugavam oma perearsti juures käia.

Lisaks võiksid perearstid tähelepanu pöörata alkoholi liigtarvitamise probleemiga patsientidele. Haigused, mida peaksid kindlasti psühhiaatrid ravima, on skisofreenia, söömishäired, deliirium, pervasiivsed arenguhäired. Laste psüühiliste probleemidega peaks samuti tegelema psühhiaater.

Kui perearst suunab patsiendi saatekirjaga psühhiaatri juurde, siis peab saatekirjal olema info, kuidas on patsienti ravitud, kas on esinenud kõrvaltoimeid, kuidas on senine ravi aidanud. Ka kaasuvate haiguste info annab palju juurde.

Kui perearstid on piisavalt pädevad, et oskavad ravida kergemaid psühhiaatrilisi haigusi, siis paraneb abi kättesaadavus ka kohtades, kus psühhiaater ehk eriarstiabi ei ole lähedal.

Perearsti ja psühhiaatri vahel võiks olla tihedam side, et perearstid saaksid vajadusel alati psühhiaatriga konsulteerida. Antud intervjuudes mainiti pigem telefonikonsultatsioone, aga võimalik on veel suhelda ka digiloo kaudu e-konsultatsiooni kasutades.

Väga suureks abiks on vaimse tervise õed ja psühholoogid. Kindlasti peaks tervisekeskuses olema vähemalt üks neist. Nad oskavad hinnata situatsiooni, teha teste ning vajadusel edasi suunata. Samuti vähendavad vaimse tervise õde ja kliinilised psühholoogid eriarstide koormust, aitavad palju.

Intervjueeritud perearstid pooldavad samuti saatekirja kehtestamist psühhiaatria erialal. Nii lüheneksid ootejärjekorrad eriarstile ning inimesed, kes tõesti vajavad psühhiaatri abi, jõuaksid kiiremini eriarstile. Saatekirja kehtestamine nõuaks perearstilt lisa-aega ja vajadusel veidi oma töökorralduse muutmist. Näiteks on depressiooni käsitlemisel vaja patsiendiga pikemalt rääkida kui 15 minutit. Selleks tuleb planeerida konkreetne aeg, et keegi ukse vahelt sisse ei tuleks, vahele ei segaks. Kui perearst ise tahab ja on motiveeritud psühhiaatriliste patsientidega tegelema, siis tõenäoliselt suudab ta ka oma töö nii korraldada. Saatekirja kehtestamisel võib tekkida oht, et abita jäävad patsiendid, kellel ei ole oma perearstiga nii usalduslikku suhet või kes ei taha oma murega perearsti poole pöörduda.

Üldiselt arvavad perearstid, et nende patsiendid julgevad nende poole pöörduda ka depressiooni ja ärevusega. Ka praegu tegelevad perearstid kergemate neurootiliste häiretega ja saavad sellega väga hästi hakkama. Oluline on informeerida patsienti, et ta teaks, et võib ka perearstile psühholoogilise murega pöörduda. Kui patsiendid kogevad, et perearst saab neid aidata, ei olegi sageli eriarsti visiiti vaja. Kui perearstil tekib küsimusi, on võimalik konsulteerida ka psühhiaatriga. Praegu puudub hea üle-eestiline süsteem sellisteks konsultatsioonideks.

Silmahaigused. Kuigi perearstide küsitluse andmetel oleks viiendik perearstidest valmis teatud tingimustel või kohe võtma kohustuse silmahaiguste esmase diagnostika ja ravi suhtes, ei olnud fookusgrupis osalenud silmaarstid saatekirja kehtestamise nõude poolt, sest silmaarstide tehnika ja aparatuur on väga spetsiifiline. Ei ole mõeldav, et perearst ostaks endale kogu vajamineva tehnika, mis on väga kallis. See nõuaks ka väga mahukat lisakoolitust perearstidele nii haiguste kui ka aparatuuri kasutamise õppimise vallas. Silmaarstide sõnul on ilma abivahenditeta väga raske põhjanevat ja objektiivset infot anda.

Silmaarstid tunnistavad, et üha enam liigub ka oftalmoloogia selles suunas, et oma eriala sees spetsialiseerutakse kitsamale valdkonnale. Seetõttu on puudus nn esmastest silmaarstidest, eriti suuremates keskustes, kes tegeleks kõigepealt patsientidega ja vajadusel suunaks edasi. Paraku on tõsi, et noortel lõpetajatel on suuremates keskustes tööd saada keeruline. Maakondades oleks vaja silmaarste, aga sinna noored tööle ei kipu. Tegelikult saaks ka perearst esmast silmakontrolli pakkuda, kui soetada põhiline vajalik aparatuur. Ka maakonnas töötaval silmaarstil on olemas vaid esmatasandil toimuvaks silmade kontrolliks

vastav aparatuur. Tuuakse välja idee, et kui luuakse tervisekeskused, kus on tööl vähemalt 3–4 perearsti, ja kui lisaks võtta tööle silmaarst, siis oleks tegu väga tugeva keskusega ning sellest oleks suur abi nii arstidele kui ka patsientidele. Praegu on palju abi ka prillipoodidest ja optometristidest.

Vastakaid arvamusi tekitavad silmarõhu mõõtmine ja glaukoomiga patsiendid. 2014. aastal oli glaukoomi tõttu retseptiravimite tarvitajaid umbes 34 000, mis teeb 2,6% elanikkonnast. Ideaalis peaks neil silmarõhku mõõtma 2 korda aastas, mis ei ole ajaliselt silmaarsti juures lihtsalt võimalik. Selleks, et perearst saaks silmarõhku mõõta, on vaja kallist aparatuuri ja lisakoolitust. Silmarõhu mõõtmiseks glaukoomikahtluse korral või juba glaukoomidiagnoosiga patsientidel on olemas küll väga lihtsaid aparate, kuid ka need on perearstile suur väljaminek. Silmarõhk on vaid üks näitaja teiste hulgas ja see üksi ei anna vajalikku informatsiooni. Lisaks on vaja uurida vaatevälju, progressiooni, mis nõuab omakorda spetsiaalset tehnikat ning koolitust.

Silmahaigustest võiks perearst tegeleda konjunktiviidi raviga, millega perearstid juba praegugi tegelevad. Glaukoomi skriining toimib väga hästi optometristide abil, sest haiguse risk tõuseb vanuses, kui inimesed tavaliselt pöörduvad esmaste prillide ostmiseks prillipoodidesse. Kõik silmarõhutõusuga patsiendid suunatakse täpsustavaks diagnoosimiseks silmaarstile.

Perearstide arvates on oftalmoloogia on väga spetsiifiline ja tehniline eriala. Praegu tegelevad perearstid silmahaigustest kõige enam lihtsamate põletikega. Tunnistatakse, et silmatraumade ja lihtsamate manipulatsioonidega ei ole aastaid tegeletud, kuna vajadust ei ole olnud. Silmahaiguste diagnoosimine vajab spetsiifilist aparatuuri, mida üldiselt perearstil ei ole. Kui ongi olemas oftalmoskoop ning on saadud isegi õpetust selle kasutamise kohta, siis tunnistavad perearstid, et igapäevatöös nad seda siiski kasutada ei oska.

Perearstid tunnistavad, et silmahaiguste osas vajaksid nad kindlasti lisakoolitust, mis omakorda nõuab palju ajaressurssi. Üldiselt ei nähta silmahaiguste puhul kasu saatekirjanõude kehtestamisest.

Nahahaigused. Nahaarstide poolt on arvamused saatekirja kehtestamise suhtes erinevad. Ühelt poolt tegeleks perearst lihtsamate haigustega ning reguleeriks vajaduse spetsialisti konsultatsiooni järele: perearst ongi ju see „värav“, kes teeb vahet lihtsamatel ja raskematel probleemidel ja suunab ka edasisele ravile, uuringule või konsultatsioonile. Teiselt poolt peaks probleemne haige saama võimaluse eriarsti konsultatsiooniks. Kui patsient saab dermatoloogi vastuvõtule vabalt tulla, siis on ta ravimata ja kui peaks olema vaja biopsiat võtta, ongi hea, kui varem ei oleks mingit ravi tehtud. Vastasel juhul ei saa patoloog adekvaatselt vastust anda.

Nahaarsti arvamuse kohaselt tuleks perearstid õpetada eristama hea- ja pahaloomulisi

moodustisi. Palju patsiente tuleb näitama just moodustisi nahal ja nende eristamisega peaksid perearstid hakkama saama ning vajadusel edasi suunama dermatoloogile. Teiselt poolt on dermatoskoopia aga niivõrd keeruline valdkond, et seda ei saaks kindlasti perearstidele jätta. Sageli on raske eristada hea- ja pahaloomulist moodustist isegi kogenud nahaarstil.

Krooniliste haigete säilitusravi ja järelvalve peaks aga kindlasti olema perearsti juures, sest dermatoloogias on palju kroonilisi ning pikka aega kulgevaid ja pikaajalist ravi nõudvaid haigusi ja seisundeid.

Perearstid ütlevad, et tegelevad nahahaigustega praegu üsna palju. Kuna järjekorrad dermatoloogile on pikad, siis ägeda lööbega pöördub patsient ikka esmalt perearstile, kes vajadusel alustab ravi. Tuleb ette ka olukordi, kus perearst ei oska haigust diagnoosida. Selliseks puhuks on nahaarstidel olemas CITO ajad, kuhu perearst saab patsiendi saatekirjaga suunata. Selline lahendus on perearstidele väga meeltnööda.

Perearstide vastuvõtule tuleb palju patsiente, kes soovivad kontrollida lasta erinevaid nahamoodustisi ja sünnimärke. Teinekord soovib perearst siiski pöörduda dermatoskoopiaks nahaarstile. Üksikutes perearstikeskustes on võimalik patsiendi soovi korral lasta dermatoskoop-fotoaparaadiga üles pildistada murettekitavad sünnimärgid, mis saadetakse nahaarstile ülevaatamiseks. Sellise võimaluse laiendamine vähendaks tunduvalt järjekordi nahaarstile. Sünnimärkide pildistamise ja nahaarstiga konsulteerimisega oleksid perearstid hea meelega nõus tegelema, kuid selleks vajaliku aparatuuri soetamine on väga kallis.

Tartu intervjuul tuli jutuks ka suguhaiguste osa nahaarsti tööst. Perearsti sõnul peaks saatekirja nõude kehtestamise korral siiski säilima võimalus suguhaiguse kahtluse korral pöörduda otse naha- ja suguhaiguste arstile.

Naistehaigused. Ka günekoloogid ei poolda saatekirja kehtestamist. Günekoloogia eriala üks osa on raseda naise jälgimine ja sünnieelne diagnostika. Raseduse katkestamist ehk aborti perearst tegema ei hakka, rasedust võib katkestada ainult naistearst. Kui kehtestatakse saatekiri, peab perearst raseda naise edasi suunama, naisele tähendab see ooteaega, raseduse kestus pikeneb. Tulenevalt raseduse katkestamise ja steriliseerimise seadusest on indutseeritud abort Eestis lubatud raseda sooviavalduse alusel kuni 12. rasedusnädalani.

Samuti on sünnieelne diagnostika niivõrd edasi arenenud ja spetsiifiline, et perearst seda lihtsalt ei oska teha. Loote ultraheliuuringut peavad tegema vastava väljaõppe saanud spetsialistid. Naisel on raseduse ajal väga palju spetsiifilisi uuringuid. Rase naine, kes elab linnast väljas, maakohas, peab sünnieelse diagnostika uuringute jaoks tulema keskusesse. Oluline on, et naisel oleks mugav uuringutel käia, võimalikult vähe kordi ja ühe visiidi käigus

võimalikult palju ära teha. Selleks, et teenus oleks kättesaadav kõikidele, vajavad günekoloogid ja sünnieelse diagnostika spetsialistid pidevalt koolitusi.

Suure osa rasedate jälgimise tööst teevad ära ämmaemandad. Kõige esimesena pöördub rase naine ämmaemanda juurde, kes vajadusel suunab ta edasi naistearsti juurde. Kui tervisekeskustesse tulevad ämmaemandad, ei olegi perearstil vaja rasedat jälgida, sellega tegelevad ämmaemandad ja vajadusel suunavad naistearstile edasi. Ämmaemandad on õppinud oma eriala piisavalt kaua ja nende teadmised on paremad selles valdkonnas kui perearstil, kes lisaks antud teemale peab orienteeruma ka muude erialade haigustes, spetsiifikas.

Tartus toimunud intervjuu põhjal günekoloog saatekirja ranget kehtestamist ei poolda, pigem soovitakse saatekirja teatud haiguste puhul. Saatekiri peaks olema sellisel juhul sisuline, millest saab lugeda, mida on patsiendiga enne günekoloogile jõudmist tehtud, uuringute, analüüside tulemused. Selline sisuline saatekiri oleks vajalik menopausieas kõhuvaluga naisel ja uriinipidamatusega naisel. Antud probleemidega võiks alguses tegeleda perearst.

Tartu günekoloog pidas oluliseks koostööd perearstiga. Perearstid saavad väga hästi hakkama kontratseptsiooni nõustamisega. Kui rase naine jääb haigeks, nt nohu, köha, sinusiit, siis ta pöördub enamasti esmalt perearsti juurde, kes teda ravib.

Tallinna günekoloog pigem pooldas saatekirja kehtestamist, kuid jällegi ei peaks tema arvates perearst tegelema mitte kõikide günekoloogiliste probleemidega, vaid teatud lihtsamate küsimustega, kaebustega, skriininguga.

Perearst võiks lahendada lihtsamaid tervisehädasid, nagu tupepõletikud, bakteriaalne vaginosis, tupeseen, kontratseptsioon, retseptide pikendamine, PAP-testi võtmine, suunama naise rinnavähi skriiningprogrammis osalema. Ka suguhaiguste diagnostika võiks jääda perearsti pädevusse, kuna perearsti juurde saab palju kiiremini kui günekoloogi juurde. Eelnimetatud probleemidega esmatasandil tegelemine vähendaks ootejärjekorda günekoloogile ja abivajajad saaksid kiiremat abi nii perearsti kui ka günekoloogi poolt.

Kui patsient pole aastaid käinud günekoloogilisel kontrollil, siis peaks perearst suunama patsiendi peale PAP-testi ka spetsialisti juurde. Kui perearst näeb, et naine vajab kiiret abi, on võimalus suunata erakorraliselt günekoloogile, saatekirjale CITO! märkides.

Kui saatekiri kehtestatakse, vajavad perearstid lisakoolitust ja lisamööblit, varustuse hankimist: nt günekoloogiline tool, tupepeeglid, PAP-testi võtmise materjal jne.

Enamiku haiguste puhul, nagu näiteks müoomid, munasarjatsüstid, tsüklihäired, günekoloogiline vähk sugulastel, esmakordne nõustamine hormoonasendusravi või

kontratseptsiooni suhtes jne, vajaks patsient jälgimist spetsialisti juures. Selleks, et perearst ei peaks iga kord (kui günekoloog on palunud nt aasta pärast kontrolli tulla) saatekirja väljastama, võiks saatekirjana kehtida ka eriarsti soovitus, mis oleks nähtav digiloos.

Samuti näevad eriarstid, et saatekirjanõude kehtestamisega tekib perearstil sageli vaid sekretäri funktsioon, kuid samal ajal väheneb perearstiabi kättesaadavus. Pigem peaks tervisekeskustesse tekkima teisi madalama kvalifikatsiooniga spetsialiste, kes aitaks teha patsientide eelselektiooni.

Perearstide arvates on günekoloogia eriala, kuhu kuuluvate probleemidega patsiendid sageli ei pöördu perearstile. Günekoloogid on küllalt kättesaadavad. Rasedate jälgimisega tegelevad enamasti ämmaemandad, ka selle küsimusega ei oska patsiendid perearsti poole pöörduda. Seetõttu ei ole ka perearstil valmisolekut, oskusi ega vahendeid günekoloogilisi haigeid ja rasedaid vaadata. Saatekirjanõude kehtestamine vajaks palju teavitustööd ja informeerimist patsientide hulgas ning lisaväljaõpet ja vajalike vahendite soetamist perearstidele. Tartus tehtud intervjuus väljendasid perearstid arvamust, et neil ei jätku piisavalt aega, et hakata tegelema ka günekoloogiliste haigetega. Perearst töötaks meeleldi tervisekeskuses, kus oleks ka üks-kaks ämmaemandat. Sel juhul oleks saatekirjanõude kehtestamine mõeldavam.

Kvalitatiivne uuring saatekirjanõude kehtestamise kohta välismaal töötamise kogemusega perearstide seas

Üks fookusgrupiuuring toimus ka perearstide seas, kel kas on olnud või on ka praegu väljaspool Eestit töötamise kogemus. Esindatud olid perearstid, kes töötavad/töötasid Soomes (3 arsti), Rootsis (1 arst) ja Inglismaal (2 arsti).

Oma kogemustest lähtuvalt kinnitati, et saatekirjanõue kõikidele erialadele tuleks kõne alla ka Eestis, sarnaselt Soome, Rootsi ja Inglismaaga, aga selleks peaksid tekkima ka samasugused eeldused, nagu on nimetatud maades. Esmalt peaks muutuma eriarsti konsultatsioonile saatmise kultuur ehk saatekirjad ei peaks olema lihtsalt formaalseks takistuseks eriarsti juurde pääsemisel, vaid sisuliseks nõudeks, et perearsti vastutusala laiendada. See tähendab e-konsultatsiooni täielikku funktsioneerimist, põhjalikkust eeldatakse nii perearstipoolses konsultatsioonile eelnevas patsiendi käsitluses, aga ka perearstile antava tagasiside ja vastuse sisus. Praegu on siiski probleemiks ka see, et vastused perearstile kipuvad olema napid, ei anta põhjalikke soovitusi patsiendi edasise jälgimise ja ravi suhtes. Samuti eeldatakse, et saatekirjale peaks saama märkida konsultatsiooni kiiruse kategooria ja see peaks toimima, samuti seda, et eriarst saadaks patsiendi teisele eriarstile ikka ise, mitte valdavalt perearsti vahendusel. Lisaks eeldab selline saatekirjade nõude kehtestamine ka perearsti tulubaasi laienemist, seda nii suurenenud visiitide arvu tõttu kui ka suurema esmaste uuringute teostamise vajaduse tõttu.

Soomes ja Inglismaal ei ole eriarsti konsultatsiooniotsus vaid eriarsti tehtud tegevuste loetelu, vaid sellega antakse täpsed soovitusel ja juhised perearstile.

Kas ja mil määral peaks sotsiaaltöö olema integreeritud esmatasandi teenuse osutamisse? Kuidas tagada esmatasandi ja sotsiaalhoolekande koostöö? (Lisa 7)

Esmatasandi ja sotsiaalhoolekande koostöövõimaluste uurimiseks viidi läbi kvalitatiivne uuring fookusgrupimeetodil sotsiaaltöötajate ja tervishoiutöötajate (pereõed ja perearstid) seas ühise grupina. Osalesid kaks sotsiaaltöötajat, kaks perearsti ja üks pereõde. Vestlus kestis kokku 1,5 tundi.

Üldiselt võib välja tuua suured geograafilised erinevused selles, mil määral on sotsiaalteenused patsientidele kättesaadavad suuremates ja väiksemates omavalitsustes. Tegemist on patsientide jaoks ebavõrdse sotsiaalteenuste kättesaadavusega. Teisalt on abivajajate märkamise väiksemates piirkondades kergem.

Suuremates linnades on koostöö killustunud, igal piirkonnal oma sotsiaalosakond ning meditsiinitöötajatel on keeruline jõuda õige inimeseni või on töö aeganõudev.

Senise koostöö kohta arvavad perearstid/õed ja sotsiaaltöötajad, et see on olnud hea, kuid sõltub konkreetse kolleegi hoiakutest ja suhtumisest. On koostööaltimaid ja vähem koostööaltimaid kolleege.

Peamised koostöövaldkonnad on eakad, raskete krooniliste haigustega patsiendid ja probleemsete lastega perekonnad.

Ühise probleemina nähakse, et eakatele ei ole piisavalt võimalusi.

Sotsiaalhoolekandeteenuste puudumisel kasutatakse aktiiv- või hooldusraviteenuseid, seda eriti maapiirkondades. Sellisel viisil kasutatakse sotsiaalteenuste osutamiseks hoopis tervishoiuteenuste ressursi. Samuti sõltub patsiendile vajalike teenuste saamine isiklikest kontaktidest.

Samuti kurtsid nii sotsiaaltöötajad kui ka meditsiinitöötajad, et vastastikune infovahetus ei toimi süsteemselt. Info vahetamine sõltub isikust, kes otsustab, kas ta infot jagab või mitte. Puuduvad selged kokkulepped. Perearstid ei soovi kahtluse korral perekonnale kannatusi põhjustada, kui kahtlus peaks alusetuks osutama. Ei teata, milline on sotsiaaltöötajate juhtumikäsitlemise viis.

Ühe lahendusena pakutakse välja andmebaaside jagamist.

Eri osapooled ei tea teineteise võimalusi ega vastutusala. Ootused teineteisele on sageli suuremad kui võimalused.

Seetõttu tunnevad perearstid endal patsiendi sotsiaalsete probleemide lahendamisel suurt vastutust ning kui võimalused on piiratud, on see emotsionaalselt frustreriv. Samuti on sotsiaalsete probleemidega tegelemine perearstile aeganõudev.

Perearstide ja sotsiaaltöötajate ühiseid juhtumiarutelusid ei toimu. Hea näite töid Tartu sotsiaaltöötajad, kuidas koostöös psühhiaatriakliiniku sotsiaaltöötaja ja arstidega arutatakse konkreetsete juhtumite käsitlemise erinevaid võimalusi. Analoogsed juhtumiarutelud võiksid toimida ka tervisekeskustes. See võimaldab paremini olla kursis mõlema valdkonna võimalustega ning leida indiviidile sobilikke lahendusi.

Mõlemad osapooled panustavad juhtumi lahendamisse oma võimaluste piires, kuid tervikpilt puudub.

Tulevaste tervisekeskuste tekkimisega näevad grupiintervjuus osalenud perearstid head võimalust sotsiaalvaldkonna töötajatega tihedamat koostööd teha.

Milline peaks olema esmatasandi roll koolitervishoiuteenuse osutamisel? (Lisa 8)

Projekti käigus organiseerisime 2015. a novembris kvalitatiivse fookusgrupiuuringu perearstide, pereõdede, kooliarstide ja kooliõdede osalusel, kus küsisime osalejatelt, milline peaks olema esmatasandi roll koolitervishoiuteenuse osutamisel. Uuringus osalesid kaks kooliõde, üks kooliarst, üks perearst ja üks pereõde. Kokku kestis vestlus 1,5 tundi.

Intervjuus osalenud rääkisid rollijaotusest ning koolitervishoiutöötajate hinnangul on muutunud perearstide tõendid kooliminejatele põhjalikumaks ning enamikul lastest on kooli minnes tõend olemas ja koolieelne vaksineerimine enamasti tehtud. Osalejad tõdeavad, et kooliõdedel, perearstidel ja pereõdedel on koolilaste jälgimisel oma ülesanded – kooliõdedel enam ennetavad tegevused: tervise säilitamine, terviseriskid, seksuaaltervis, stressiga seotud probleemid, esmaabi andmine ning traumade esmane käsitus. Kooliõde on õpilastele usaldusisik, kiiresti kättesaadav, eriti juhtudel, kui gümnaasiumiõpilased viibivad kodust kaugel ning ei ole perearsti vahetunud.

Samas on koolis keeruline hinnata algklassilaste tervises seisundit, sest lapsed ei oska piisavalt taustainfot anda.

Tõdeti, et kooliealiste laste läbivaatus toimib siiski kõige tõhusamalt koolis, sest seal on laps kättesaadav. Perearstidele delegeeritud kooliealiste laste läbivaatused ei ole efektiivselt toimima hakanud, sest lapsed ei jõua perearsti juurde. Vastutus on täna lapsevanemal, aga

selleks, et lapsega arsti juurde tulla, peab lapsevanem töölt vabaks saama, samuti puudub laps arsti külastamisel mitmest tunnist. Infovahetus perearsti visiitide kohta ei toimi.

Koolis on kättesaadavad psühholoog ja sotsiaaltöötaja, kes saavad probleemide korral lapsevanemad kaasata, sest vahel on tervisekaebuste taga tõsised perekonna- või sotsiaalsed probleemid, mida on kooliõel võimalik kiiremini märgata.

Perearsti rolli nähakse pigem krooniliste haigustega laste ravimisel. Pereõel on aga piisavalt kohustusi krooniliste haigete jälgimisel.

Praegu on peamine infokanal kooli tervishoiutöötajale lapse vaktsineerimiste ja tervisesesundi kohta paber kandjal tõend. Kõik olid üksmeelel, et terviseinfosüsteem (TIS) on muutumas väärtuslikuks infokanaliks, kuid puudusena toodi välja, et inforohkuses on juba raske orienteeruda, vaktsineerimisandmed ei ole järjepidevad ning koolieas tehtavate vaktsineerimiste kohta infovahetus perearsti meeskonnaga katkeb. Samuti ei ole ilma juhtumit avamata võimalik aru saada, millise eriala esindaja on TIS-i infot edastanud. Lastel terviseläbivaatuse andmed on infosüsteemis laiali paisatud. Mitte kõik perearstid ei edasta lapse kohta andmeid TIS-i. Kooliõdedel tekkis kahtlus, kas nad tohivad lapse andmeid TIS-ist vaadata või rikuvad privaatsusreegleid.

Lapse tervisepäevik ei liigu lapsega kaasa, kas unustamise tõttu või mingil muul põhjusel. Igal visiidil antakse uus päevik – seega ei ole terviseinfo järjepidev. Sageli on lapsevanem ainuke terviseinfo vahendaja.

Perearstid tõdesid, et paberkandja ei ole asjakohane, lapse visiidi sissekanne tehakse elektrooniliselt tervisekaarti ning edastatakse TIS-i. Samas tunti puudust kooliealise lapse läbivaatuse protokollist, mis ühtlustaks läbivaatuse tegevused.

Samuti tõdesid perearstid, et koolitervishoiutöötajate programmi kaudu TIS-i edastatavad andmed ei ole loetavad. Ilmselt ei ole prototüübid standardiseeritud.

Kui kooliõde avastab terviseprobleemi, siis info edastamine perearstile on keeruline, lapse kaudu ei pruugi info jõuda lapsevanemani. Vanemad ei pruugi omakorda perearstile pöördumise vajadust tõsiselt võtta.

Koolitervishoiu ja perearstiabi koostöö on pigem vaid etapis, mil lapse jälgimine ühest süsteemist teise üle läheb või kui on konkreetne probleem, siis pööratakse otse.

Mis on optimaalne koos töötavate perearstinimistute arv ja miks, tuginedes rahvusvahelisele kogemusele ja teaduskirjandusele?

Tegime otsingu PubMedis, kasutades järgmist otsistrateegiat: (((("Primary Health Care"[Mesh] OR "Family Practice"[Mesh]) OR "General Practice"[Mesh]) AND ("Health Facility Size"[Mesh] OR "Group Practice"[Mesh])) AND ("Quality of Health Care"[Mesh] OR "Patient Satisfaction"[Mesh] OR "Outcome and Process Assessment (Health Care)"[Mesh] OR "Costs and Cost Analysis"[Mesh])) AND ("2006/02/20"[PDat] : "2016/02/17"[PDat]) ning saime kokku 394 vastet, asjakohaseid publikatsioone on alljärgnevalt käsitletud.

Üldistavalt võib öelda, et üks kõige hilisemaid süstemaatilisi ülevaateid sel teemal, mis on ilmunud 2013. aastal, jätab selle küsimuse siiski lahtiseks (80). Antud ülevaates analüüsiti aastatel 1990–2010 ilmunud selleteemalisi uurimusi, mida oli esmaselt 371. Edasise hindamise käigus jäid analüüsi 13 läbilõikelist uuringut, mis olid kvaliteetsed ja sellele teemale täpselt keskendunud. Uuringud olid läbi viidud valdavalt Inglismaal, üks Hollandis, üks Kanadas ja kaks Ameerika Ühendriikides. Oli hinnatud praktilise suuruse mõju nii patsientide rahulolule, kliinilisele protsessile kui ka kliinilistele tervisetulemitele.

Leiti, et suuremates perearstikeskustes (suurus ei olnud täpsustatud, mõõdeti kui pidevat tunnust) on täheldatav teatud kliiniliste tegevuste parem vastavus ravijuhenditele ja parem ennetustegevuste läbiviimine: diabeediga patsientide parem jälgimine, glükosüleeritud hemoglobiini kontroll, tähelepanu- ja aktiivsushäirega laste käsitlemine, aga ka vaksineerimine ja mammograafia teostamine. Samas aga oli suuremates perearstikeskustes/tervisekeskustes halvem patsientide juurdepääs vastuvõtule, samuti ka väiksem rahulolu arsti vastuvõtuga, telefonikonsultatsiooni kättesaadavusega, võimalusega saada vastuvõtule sama perearsti juurde ning perearstikeskuse lahtiolekuaegadega ehk patsiendid olid rohkem rahul väiksemate perearstikeskuste/tervisekeskuste töö erinevate aspektidega.

Seda süstemaatilist ülevaadet käsitlevas toimetajaveerus on juhitud tähelepanu, et osutatava tervisehoiuteenuse kvaliteedis on tõepoolest suuri erinevusi, kuid need ei ole hästi seletatavad praktilise suurusega (kui palju tervishoiutöötajaid koos töötab), vaid pigem teiste teguritega: kui palju on ühe perearsti kohta patsiente (Hollandi andmetel hakkab kvaliteet langema, kui patsiente on ühe perearsti kohta rohkem kui 2000), ravi järjepidevusega, hea meeskonnatööga, ennetavate tegevuste toetamisega (81).

Samas on kättesaadavuse osas eelpooltooduga võrreldes vastandlikke seisukohti. 2013. a avaldatud Kanada andmetel põhinevas uuringus järeldati, et suuremad perearstikeskused tagavad siiski teatud määral parema arstiabi kättesaadavuse ja suurema valiku esmatasandi teenuseid (laiaulatuslikuma abi, ingl *care comprehensiveness*) (82). Samal ajal leiti küll, et

kannatab arstiabi personaalne järjepidevus (arsti ja patsiendi isiklik suhe) ning seetõttu on ka patsientide rahulolu pisut väiksem.

Hollandis tehtud uuringus on püütud leida seost perearstikeskuste suuruse ning perearstikeskuse meeskonnaliikmete töökoormuse ja ülesannete jaotuse osas ning järeldati, et perearstikeskuse poolt teenindavate patsientide optimaalseks suuruseks võiks olla 10 000 – 15 000 patsienti (83). Tõdeti aga, et uurimuse tulemused ei pruugi olla üldistatavad teistele riikidele, sest keskuse optimaalne suurus on sõltuvuses konkreetse riigi tervishoiukorraldusest.

Kuna arstiabi järjepidevus on esmatasandi tervishoiu üks olulisi põhimõtteid, siis on tähelepanu pööratud ka küsimusele, kas praksise suurus mõjutab järjepidevust. COMP-PS uuring, mis viidi läbi 2005.–2006. a Kanadas, näitas, et personaalne järjepidevus on patsientidele väga oluline ja et see on tagatud pigem väikestes perearstikeskustes, kus töötab vähem arste ja vähem õdesid (taaskord ei ole ära toodud täpset personali arvu keskustes, suurust on pigem käsitletud pideva tunnuseks) (84).

Patsiendiohutuse teemat on käsitletud 2010. aastal avaldatud uuringus, kus analüüsiti kokku 271 perearstikeskuse andmeid 10 erinevast riigist/piirkonnast (Austria, Belgia, Inglismaa, Prantsusmaa, Saksamaa, Iisrael, Holland, Sloveenia, Šveits, Wales) ning järeldati, et suuremates praksistes, kus töötab rohkem kui 2 perearsti, oli patsiendiohutus üldiselt paremini tagatud, kuigi täpseid põhjuslikke seoseid ei selgunud (85).

Kõige enam on praksise suuruse ja tervishoiuteenuse kvaliteedi seoseid uuritud Inglismaal. 2014. a anti välja uurimuse kokkuvõte „*Does GP Practice Size Matter? GP Practice Size and the Quality of Primary Care*“ (86). Uurijad jaotasid perearstikeskused nelja kategooriasse: üksikpraksised, väikesed praksised ehk 2–3 täiskoormusega perearsti, keskmise suurusega ehk 3–6 täiskoormusega perearsti keskuses ja suured keskused ehk üle 6 täiskoormusega perearsti keskuses. Uurimus käsitles arengut aastatel 2004–2010. Leiti, et antud ajavahemikul on tendents suuremate perearstikeskuste tekkeks: kui 2004. a oli 32% keskuseid, mis töötasid rohkem kui 6 perearstiga, siis 2010 oli niisuguseid keskusi 42%. Üksikpraksised olid valdavalt äärealadel, hõreda asustusega ja pigem kehvema sotsiaalse taustaga piirkondades. Leiti, et suured keskused (üle 6 perearsti koos) said kõrgema tulemuse nende kvaliteedisüsteemis (QOF) nii kliinilises, organisatsioonilises kui ka lisateenuste alamvaldkonnas. Samal ajal oli aga üksikpraksistes kõrgeim patsiendi hinnangute skoor (rahulolu ja kogemus arstiabiga). Väikestes perearstikeskustes ja üksikpraksistes oli patsientide hospitaliseerimiste arv suurem kui eeldatav tulemus patsientide vanust ja sugu ja haiguseid arvesse võttes, samal ajal oli suurtes perearstikeskustes tegelik hospitaliseerimiste arv eeldatavast pigem väiksem. Kvaliteedisüsteemis 1/5 kõige halvema tulemuste saanute hulgas oli enim just üksikpraksiseid (27% võrreldes 10% suurte praksistega). Üsik- ja väikestes praksistes olid

mõnevõrra kehvemad tulemused nii krooniliste haiguste ennetamise valdkonnas kui ka vaktsiinivälditavate haiguste esinemises. Selle põhjuseks võis olla aga asjaolu, et mida väiksem oli praksis, seda suurema tõenäosusega teenindas see probleemsemaid ja sotsiaalselt haavatavamaid piirkondi. Edasisuunamiste osas praktilise suurus erisusi välja ei toonud.

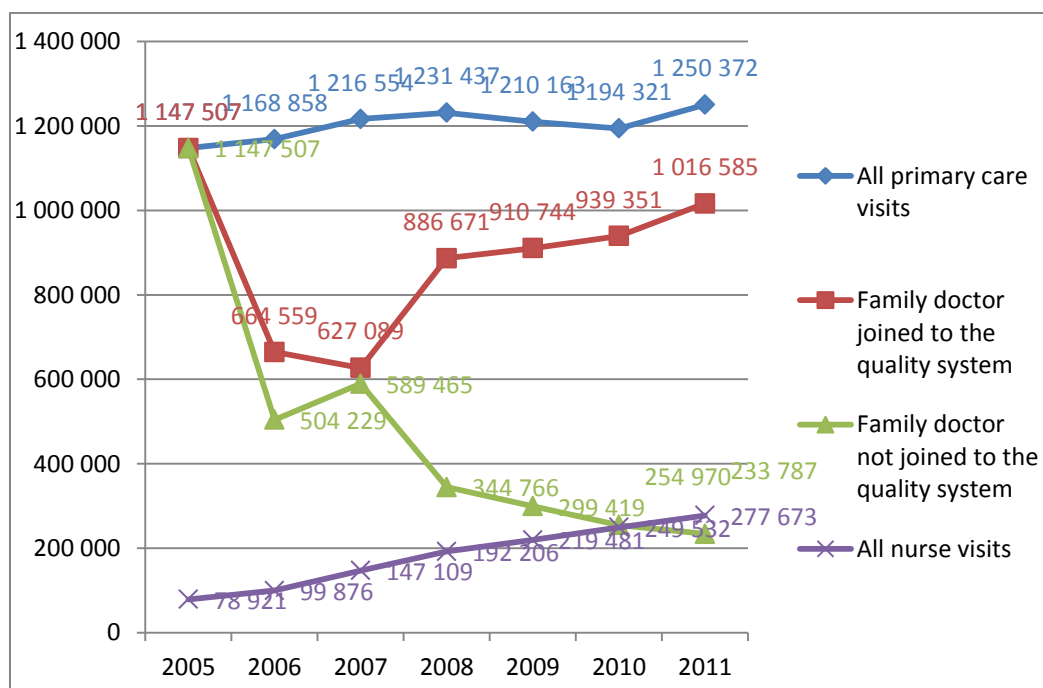
Ka selles uurimuses järelitati, et lisaks perearstipraksiste suurusele on palju muid tegureid, mis määravad osutatava tervishoiuteenuse kvaliteedi.

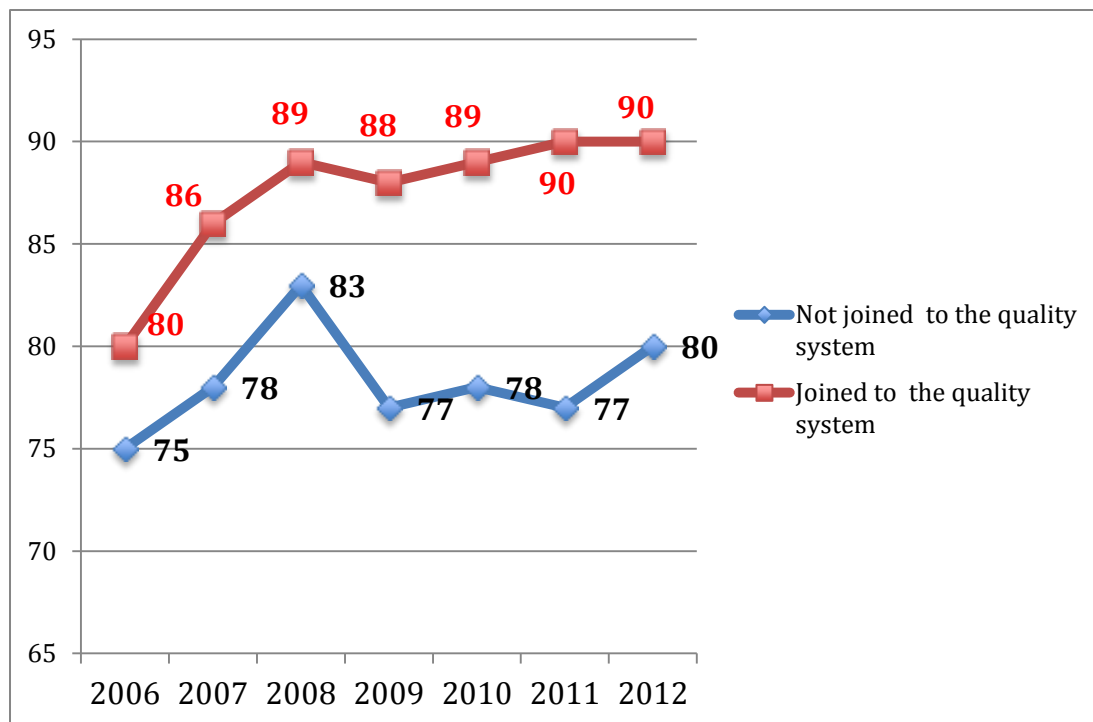
Samuti on ressursikasutuse tõhususe kohta järeltatud, et oluline on perearstikeskuste/tervisekeskuste töö hea korraldus ning et seos keskuse suurusega ei ole üheselt selge (80, 87).

Eesti uuringute tulemused perearstikeskuse suuruse, töökoormuse ja kvaliteeditulemuse seisukohalt

Tulemused on saadud uuringutest, mis on tehtud perearst Eero Merilinnu doktoritöö raames ja mis keskenduvad perearsti kvaliteedisüsteemile ja tulemust mõjutavatele faktoritele. Kõigepealt on näha, et kvaliteedisüsteemis osalemine tähendab väga selgelt visiitide arvu kasvu nii perearsti kui ka pereõde tasandil (88).

Joonis 5. Kvaliteedisüsteemis osalevate ja mitteosalevate perearstide ja pereõdede visiitide arvu dünaamika aastatel 2005–2011





Joonis 6. 0–2aastaste laste hõlmatus kõikide nõutud vaktsineerimistega (v.a arvatud re-vaktsineerimine) perearstide kvaliteedisüsteemiga osalejate ja mitteosalejate hulgas.

On näha, et kvaliteedisüsteemiga liitunud perearstikeskustes on vaktsineerimistega hõlmatus oluliselt parem, võrreldes nende keskustega, kes kvaliteedisüsteemiga liitunud pole (89).

Oma väitekirjas uuris E. Merilind ka, mis tagab kvaliteedisüsteemis parema tulemuse saamise, ja leidis, et sellisteks teguriteks on suuremad perearstikeskused (võrreldes üksikpraksistega), väiksem krooniliste haigustega patsientide arv nimistus ja suurem 0–2aastaste laste hulk nimistus (*E. Merilind K. Västra, R Salupere, R Kalda. Payment for performance of Estonian family doctors and impact of different practice and patient related characteristics on a good outcome: a quantitative assessment. Medicina 2016, vastu võetud publitseerimiseks*).

RAKE uuring esmatasandi tervisekeskuste optimaalsest mudelist

Vastavalt RAKE koostatud tervisevajaduse prognoosimudelile summeerides haiguste ravi, tervisekontrolli ja vaktsineerimise ning riskirühmade tervisenõustamise ajakulu ning arvestades nende tegevuste proportsiooni perearsti (88%) ja pereõe (90%) üldises tööajal, saame tulemuseks perearstiteenuse osutamiseks vajaliku tööaja aastas ning sellele

vastava töökohtade arvu. Põhistsenaariumi tulemuste põhjal on Eesti esmatasandi tervisekeskuste meeskondade komplekteerimiseks vajalik 2020. aastal 867 perearsti, 1351 pereõde, 334 koduõde, 227 füsioterapeuti ning 158 ämmaemandat. (Sepp, V). Arvestades geograafilise demograafilise olukorra muutust, võib teenuseosutajate vajadus olla piirkonniti erinev või eeldab tervisekeskuse teenuseosutajate koondumist vastavalt rahvastiku paiknemisele ja liikumisele.

Eelnev prognoos on tehtud arvestades praegu osutatavat teenuste mahtu. Kui aga eeldada, et spetsialistide vajadus vastab rahvusvahelistele võrdlustele ja riiklikes arengudokumentides seatud eesmärkidele, siis on teenuseosutajate vajadus veelgi suurem (Sepp, V).

Kui iga esmatasandi tervisekeskuse (ETTK) kohta on mudelis arvestatud 1 keskuse juhataja ametikoht ning sõltuvalt ETTK suurusest 1–2 kliinilise assistendi töökohta, oleks töökohtade summaarne vajadus 3162 töökohta. Aastaks 2030 suureneb töökohtade vajadus 50 töökoha võrra, seda põhiliselt koduõdede vajaduse suurenemise arvelt.

Kokkuvõtte esmatasandi teenuste paketi laiendamise ja teenuseosutajate struktuuri kohta

Kuna praegu moodustab esmatasandi meeskonna peamiselt perearst ja pereõde, siis arvame, et tervisevajaduse prognoosimudelis välja pakutud meeskonna suurus on esmatasandi tervisekeskuste arendamisel esialgu optimaalne, mida aluseks võtta. Eestis tuleks seega laiendada esmatasandi teenust valdkondades, mida on ette nähtud ka tervisekeskuste kontseptsioonis, ehk pakkuda tervisekeskuste tasandil lisaks olemasolevatele teenustele veel ka ämmaemanda, koduõenduse ja füsioteraapia teenust. Selleks on olemas positiivne suhtumine ja valmisolek nii perearstide kui ka eriarstide poolt, samuti on need teenused enamasti pakutavad ka Euroopa riikides, mis tegutsevad tervisekeskuste printsiibi kohaselt (Soome, Hispaania, Inglismaa). Sotsiaaltöö, toetatud elamise teenus, eakatele ja dementsusega patsientidele pakutavad teenused, 24 h koduhooldusteenus ei ole enamasti esmatasandi tervishoiu ehk perearstide ega ka tervisekeskuste ülesanne, vaid pigem omavalitsuste kohustus. Arvestades multiprobleemsetele patsientidele pakutavate teenuste tihedat seotust sotsiaalteenustega, võiks ideaalis siiski ka sotsiaaltöötaja esmatasandi tervisekeskuse meeskonda kuuluda.

Lahendatavaks probleemiks on parema koostöö tagamine esmatasandi tervishoiu ja sotsiaalteenuste vahel, mis on kohalike omavalitsuste vastutusalas. Parema andmevahetuse ja koostööpartnerite regulaarsed kohtumised, nt kord kuus, tagaksid selle, et kõik vajalikud teenused oleksid perearstide nimistutes olevatele patsientidele vastavalt vajadusele tagatud. See eeldab vajalikke IT-lahendusi ja ka juhtumikorralduse kontseptsiooni juurutamist. Võimalik, et siinkohal oleksid kasuks erinevate valdkondade kokkulepped, nii nagu seda tehakse täna ravialgoritmide või ravijuhendite näol kliinilises meditsiinis, mille

tegemise käigus lepitakse kokku ka perearstiabi ja eriarstiabi omavaheline koostöö ja patsiendi kulg tervishoiusüsteemis.

Kui kaaluda, milline võimalikest teenustest võiks kuuluda veel esmatasandi tervisekeskuste juurde, siis jäi fookusgruupiintervjuudest kõlama optometristi või nn esmatasandi silmaarsti teenus, mis võiks suurema tervisekeskuse peale kõne alla tulla.

Koolitervishoiu ja perearstiabi koostöö parandamisel nähti eelkõige vajadust arendada terviseinfosüsteemi funktsionaalsust – kergesti kättesaadav standardiseeritud vaksineerimise info, standardiseeritud kooliealiste laste läbivaatuse info. Koolilaste läbivaatus ja tervisehindamine toimib eri arvamuste kohaselt kõige tõhusamalt koolis, kus ennetavad nõustamised ja esmaabi on lastele kättesaadav, samuti ka korraliste läbivaatuste korraldamiseks. Perearsti juures läbiviidavad laste tervisekontrollid hästi ei toimi, sest perearsti juurde jõudmiseks on lapsel vaja leida vaba aeg koolist ning lapsevanemal töölt ning seda tihtipeale ei tehta.

Perearsti kui ravi koordinaatori rolli laiendamine tuleks kõne alla järk-järgult, vastavate eelduste loomisel: e-konsultatsioonide tõrgeteta funktsioneerimine, perearstide tulubaasi laiendamine, et katta koordinaatori rolli suurenemisest tingitud rahaliste ja ka inimtööjõuressursi vajadusi. Lisaks oleksid vajalikud erialadevahelised haiguste käsitusjuhendid ja kokkulepped (ravialgoritmid), mille olemasolu eeldab erialadevahelist koostööd ning ka hilisemat perearstide koolitust, et ravijuhendeid parimal viisil rakendada (nt nahahaiguste valdkonnas: lööbelised nahahaigused, dermatiidid jne, psühhiaatrias depressiooni diagnostika ja ravi, unehäirete diagnostika ja ravi).

Kuna teatud valdkondades (silmahaigused) on haiguste diagnostikas oluline vastava instrumentaariumi olemasolu ja sellealane väljaõpe, siis peab kaaluma ka kulude otstarbekust. Mõeldav oleks optometristi olemasolu suuremates tervisekeskustes.

Perearstikeskuste suuruse osas näitavad nii teaduskirjanduse andmed kui ka meie endi uuringud seda, et kui hinnata kliinilise töö kvaliteeti, töö organisatsiooni ja ka teatud teenuste kättesaadavust, siis on eelistatud seisus pigem grupipraksised kui üksikpraksised. Optimaalset perearstide arvu, kes ühes keskuses võiksid töötada, on raske välja tuua, Inglismaa uuringud näitavad paremaid tulemusi kliinilise töö kvaliteedis keskustes, kus töötab samal ajal koos üle 6 perearsti, samas on aga on aga teaduskirjanduses leida ka sellele vasturääkivaid tulemusi.

Väikestes keskustes ja üksikpraksistes on tagatud paremini aga patsiendile osutatava abi järjepidevus ning ka patsientide rahulolu paistab olevat mõnevõrra suurem.

Erinevad uuringud jõuavad üksmeelselt seisukohale, et lisaks praktilise suurusele on määravaks ka teised asjaolud, nt töö organiseerimine keskuses jm.

3. Ravi integreeritus

Alaosa eesmärgiks on kaardistada tegevus, mis tagaks perearstide parema informeerituse ning efektiivsema koostöö tervishoiuteenuse osutajate vahel. Konkreetsemalt püüti leida vastuseid küsimustele, mis käsitlesid perearsti kui ravi koordinaatori rolli tugevdamise võimalikkust, perearsti parema informeerituse ja patsiendi tervikliku käsitlemise tagamist ja selleks esmatasandi ja eriarstiabi koostöö tõhustamise võimalusi. Lisaks kirjeldame, milliseid IT-lahendused aitaksid toetada perearsti tööd nii perearsti ja spetsialisti kui ka perearsti ja patsiendi suhtluses, milliseid ravijuhendeid ja miks vajatakse just ravi integreerituse seisukohalt ning milline on esmatasandi roll patsiendile adekvaatse jätkuravi tagamisel.

Metoodika:

Ülesande lahendamiseks tutvusime kättesaadava kirjanduse vahendusel teiste maade kogemustega ja analüüsides erinevate tervishoiu tasemete koostööst (*European Observatory*), lisaks kasutasime vahetut koostöökogemust rahvusvahelises teadusprojektis INTEGRATE.

Lisaks kirjanduse ülevaatele tegime Soomes, Rootsis jt välisriikides töötavate Eesti perearstide seas kvalitatiivse fookusgrupiuuringu selleks, et vahendada nende kogemusi teiste maade parimatest praktikatest ja võrdlust Eesti tervishoiusüsteemiga.

Planeerisime veel ka olemasoleva e-konsultatsioonisüsteemi kogemuste ja vajalike IT-lahenduste ettepanekute analüüsiks intervjuuerida vastavaid võtmeisikuid: perearstid, IT-tarkvaraspetsialistid, kahjuks aga jäi ajapuudusel uuring IT-tarkvaraspetsialistide hulgas tegemata. Seega kasutame analüüsis seda teavet, mis meil on olemas Tallinnas töötavate perearstide näitel, kes kasutavad e-konsultatsiooni igapäevaselt.

Kirjanduse ülevaade ja teiste maade kogemused

Termin integreeritud abi (ingl k *integrated care*) on maailmas üsna laialdaselt kasutusel, kuid sellele mõistele ei ole ühtset definitsiooni: erialakirjanduses on esitatud kokku rohkem kui 175 definitsiooni ja kontseptsiooni selle kirjeldamiseks (90). Üldine seisukoht on aga, et integreeritud abi edukust saab hinnata eelkõige patsiendi kogemuse (*patient experience*) ja patsiendi tervisevajaduste (*patient health needs*) perspektiivist, asjakohased on ka ravi kvaliteet ja kulutõhusus (90, 91). TÜ peremeditsiini õppetool on 2014. aastast alates osalenud EL 7. raamprogrammi projektis INTEGRATE, mille raames kasutatakse järgmist integreeritud abi definitsiooni (inglise keeles): *integrated care is a coherent set of methods and models in the funding, administrative, organizational, service delivery and clinical levels designed to create connectivity, alignment and collaboration within and between the cure*

and care sectors. Lihtsustatult öeldes: keerukamate terviseprobleemide korral võib patsiendi ravi ja hooldus olla killustatud erinevate teenusepakkujate ja sektorite (erinevate tasemete tervishoiuteenused, sotsiaalhoolekanne) vahel. Integreeritud abi eesmärk on võimalikult vähendada pakutavate teenuste fragmenteeritust ning pakkuda erinevaid teenuseid võimalikult patsiendikeskselt. Pakutavate tervishoiuteenuste integreeritus on muutunud seda olulisemaks, mida suurema osakaalu moodustavad elanikkonnast eakad ning krooniliste haigustega patsiendid.

WHO on oma 2015. a avaldatud strategiadokumendis „*WHO global strategy on people-centred and integrated health services*“ toonud välja viis strateegilist suunda patsiendikesksuse ja ravi integreerituse edendamiseks (92):

1. strateegiline suund: patsientide võimestamine ja kaasamine nendele võimaluste, oskuste ja vahendite tagamisega;
2. strateegiline suund: tugev juhtimine, mis hõlmab otsustusprotsesside läbipaistvust ja süsteemset lähenemist patsiendikesksuse ja ravi integreerituse edendamiseks koos vastavate stiimulite kasutamisega;
3. strateegiline suund: ravimudeli (*model of care*) reorienteerimine sel viisil, et tõhusaid ja tulemuslikke tervishoiuteenuseid osutatakse selliste mudelite kaudu, milles prioriteediks on esmatasandi tervishoiu ja kogukonna tasemel teenused. See tähendab fookuse nihkumist statsionaarsetelt raviteenustelt ambulatoorsetele teenustele ning nõuab investeerimist tervise tervikkäsitluse (*holistic care*), kaasa arvatud tervisedendusse ja haiguste ennetamisse.
4. strateegiline suund: teenuste koordineeritus lähtuvalt patsientide vajadustest igal tervishoiutasandil, samuti selliste praktikate soodustamine, mis integreerivad erinevaid tervishoiuteenuste pakkujaid ja loovad tõhusaid võrgustikke tervishoiuteenuste ja muude teenuste pakkujate seas.
5. strateegiline suund: sellise keskkonna loomine, kus sidusgrupid saavad ühiselt ette võtta ja läbi viia vajalikke muutusi, see hõlmab seadusandlikke muutusi, rahastamise muutusi, stiimulite kasutamist, tööjõuressursside vastavat suunamist.

Integreeritud tervishoiuteenuste puhul eristatakse kolme tasandit (93):

- makrotasandil integreeritud tervishoiuteenuste korral osutatakse kogu teenustespektrit integreerituna kogu rahvastikule;
- mesotasandil integreeritud tervishoiuteenuste korral osutatakse integreeritud ravi teatud haiguste või seisunditega inimestele, näiteks diabeediga või vaimse tervise häiretega inimestele;
- mikrotasandil integreeritud tervishoiuteenuse korral on teenused integreeritud üksikisiku seisukohast.

Peremeditiini kui eriala iseloomustab tegelemine üldiste ja selekteerimata terviseprobleemidega (nn esmase kontakti abi), järjepidevus, laiahaardelisus (mis tähendab, et peremeditiinis tegeletakse patsiendiga integreeritult, ühendades haiguste ennetamise, diagnoosimise ja ravimise psühholoogilise ja sotsiaalse toetusega), koordineeritus (patsiendi probleemi lahendamist koordineeritakse vajadusel teiste erialadega), probleeme lahendatakse rühmatöös koos arstide, õdede ja teiste praktikutega. Seega on peremeditiin juba olemuslikult keskses rollis integreerimaks inimestele osutatavat abi – seda olukorras, kus paljuski on abi haigustepõhine ja killustunud erinevate teenustepakkujate vahel. Valentijn *et al.* on koostanud kontseptuaalse raamistiku esmatasandi tervishoiu integratiivsetest funktsioonidest, milles rõhutatakse, et integreeritud ravi osutamiseks on vajalik isikukeskne (mitte haigustekeskne) abi, mille korral tuleb teenustepakkujatel teadvustada, et terviseprobleemid ei võrdu automaatselt haiguste diagnoosidega ning et terviseprobleemid on ühtaegu nii meditsiinilised, psühholoogilised kui ka sotsiaalsed probleemid (94).

Valentijn *et al.* koostatud kontseptuaalses raamistikus tuuakse välja järgmised integreeritud abi võtmeelemendid:

- süsteemi integratsioon, mis hõlmab antud riigi/piirkonna vajadustest lähtuvaid strateegiaid, et sobitada osutatav abi inimeste vajadusest lähtuvalt, see hõlmab nii horisontaalset integratsiooni (strateegiad, mis ühendavad samal tasandil osutatavat abi) kui ka vertikaalset integratsiooni (strateegiad, mis ühendavad erinevatel tasanditel osutatavat abi);
- organisatsiooni integratsioon, sageli võrgustikupõhine (*network-like governance mechanisms*), eriti tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemi partnerluse korral;
- professionaalne integratsioon, mis tähendab, et teenuste pakkumist koordineerivad erinevate erialaspetsialistid;
- kliiniline integratsioon, mis tähendab, et teenused on keskendatud patsiendi vajadustele ja maksimaalse heaolu saavutamisele;
- funktsionaalne integratsioon, mis tähendab, et tugiteenused (sh IT-teenused) ja rahastamine toetab integreeritud abi osutamist;
- normatiivne integratsioon, mis tähendab, et integreeritud abi osutajad kõigil tasanditel jagavad ühiseid väärtusi ja missiooni.

Integreeritud abi võib osutada erinevatel viisidel. EL projektis INTEGRATE on läbi viidud 4 juhtumiuuringut, kus analüüsitakse integreeritud abi nelja haigusseisundi näitel neljas riigis. Nendest geriaatriliste seisundite juhtumiuuring Saksamaal käsitleb haiglapõhiste ravi- ja

sotsiaalteenuste integreeritust pikaajalises tingimustes, kroonilise obstruktiivse kopsuhaiguse juhtumiuuring Hispaanias käsitleb haiglapõhist statsionaarse ravi ja sotsiaalabi integreeritust. Kaks juhtumiuuringut hõlmavad muuhulgas ka peremeditsiini: diabeedi juhtumiuuring Hollandis ja vaimse tervise probleemide juhtumiuuring Rootsis.

Diabeedi integreeritud abi Hollandis ning mujal Euroopas

Hollandis on krooniliste haiguste integreeritud abi arendatud alates 1980. aastatest ning nende *Primary focus* programmi raames on finantseeritud 70 erinevat koostööinitsiatiivi esmatasandi tervishoiu ja teiste tervishoiu tasandite ning sotsiaalabi vahel (94, 95). II tüüpi diabeediga patsientide integreeritud abi põhielemendid Hollandis on järgmised (95):

1. *Abi on korraldatud ravigruppide kaudu (care groups), kelle tasustamine on korraldatud episoodipõhiselt (bundled payment system).*

Ravigrupid on juriidilised isikud, kes sõlmivad ravikindlustuse organisatsioonidega lepingud, et koordineerida ja osutada abi kindlas regioonis elavate krooniliste haigustega patsientidele. Hollandis on kokku ligikaudu sada ravigruppi, kes osutavad integreeritud abi II tüüpi diabeediga patsientidele. Need ravigrupid osutavad samal ajal sageli abi ka teiste krooniliste haigustega patsientidele, nagu krooniliste kardiovaskulaarhaigustega või kroonilise obstruktiivse kopsuhaigusega patsientidele. Reeglina on ravigruppide omanikeks või kaasomanikeks vastavas piirkonnas töötavad perearstid. Episoodipõhine tasustamise süsteem juurutati 2007. a, selle puhul lepitakse läbirääkimiste käigus kokku diabeedipuhuste teenuste pakett ja selle hind. Läbirääkimisi peavad ravigrupid ühelt poolt ravikindlustuse organisatsioonidega ja teiselt poolt tervishoiuteenuste osutajatega. Lisaks perearstidele ja pereõdedele sõlmivad ravigrupid lepinguid ka dietoloogidega, jalaravi spetsialistidega jt spetsialistidega. See võimaldab osta/müüa raviteenust ühe pakatina, kuigi see hõlmab paljusid teenuseid, mida osutavad mitmed tervishoiuteenuste osutajad erinevatel tervishoiu tasanditel.

2. *Tõenduspõhised protokollid abi osutamiseks.*

Protokollid põhinevad riiklikel ravijuhistel ning need täpsustatakse vastavalt kohalikele vajadustele.

3. *Tervishoiutöötajate koostöö ja tööülesannete selge jaotus.*

Diabeedidõdede töö ei ole enam korraldatud haiglapõhiselt (nagu varem), vaid nad osutavad teenuseid esmatasandi praksistes. Eriarsti töö võib olla korraldatud ravigrupi kaudu või haiglapõhiselt, kuid stabiilses seisundis diabeedipatsientide raviga eriarstid ei tegele – nende ravi ja jälgimine on perearstide, pereõdede ja diabeedidõdede tööülesandeks.

4. Patsientide kaasatus.

Patsiente kaasatakse nii tervisehoiutöötajate konsultatsioonide käigus raviprotsessi (näiteks tervishoiutöötaja ja patsiendi poolt ühiselt läbi räägitud realistlikud ja väga konkreetsed ravieesmärgid) kui ka diabeedialase tervishoiu korraldamisse. Siiski on patsientide kaasatus veel suhteliselt vähene.

5. Süsteem kliinilise informatsiooni jagamiseks eri teenusepakkujate vahel.

Hollandis ei ole ühtset riiklikku e-tervise süsteemi. Kliinilise informatsiooni jagamine korraldatakse ravigrupi raames.

INTEGRATE projekti raames on analüüsitud, kas sellise integreeritud abi mudeli rakendamine on võimaldanud parandada II tüüpi diabeediga patsientide ravi kvaliteeti, kuid kuna diabeedi ravigrupid on Hollandis siiski alles juurutamisjärgus, ei ole veel selgeid tõendeid, et ravi kvaliteet oleks paranenud (95).

Süsteemaatilises ülevaates, mis hõlmab diabeedi integreeritud abi teemal avaldatud uuringuid, on selgunud, et ravi integreerituse suurendamine võib parandada patsientide kliinilisi tulemusnäitajaid (glükeemiline kontroll, vererõhu ohjamine jne) ning protsessi tulemusnäitajaid (näiteks patsientide analüüsidega hõlmatus, jalgade ja silmapõhja kontrollide läbiviimine), samuti võivad paraneda tervishoiuteenuste kasutamise näitajad (sh haiglaravi vajadus), kuid ole häid tõendeid, et tervishoiukulutused seeläbi väheneksid (96). Teises süsteemaatilises ülevaates on analüüsitud integreeritud diabeediravi juurutamist ning leiti, et peamised takistused tekivad korralduslikul tasandil, sh tõhusa infovahetuse korraldamisel; juurutamist soodustavad tegurid ilmnevad aga eelkõige sotsiaalse konteksti tasandil: näiteks kogu meeskonna kaasatus planeerimis- ja otsustamisprotsessi, praktilise avatus ja valmidus muutusteks, motiveeritud meeskond, võimekas juht, kes suudab edendada koostööd ja jagada ressursse nii praksisesiseselt kui ka eri teenusepakkujate vahel (97).

Vaimse tervise probleemide juhtumiuuring Rootsis

Projekt INTEGRATE raames on analüüsitud vaimse tervise probleemidega isikute integreeritud abi osutamist Rootsis Norrtälje maakonna näitel (elanike koguarv u 56 000), kus anti maakonna ja valdade tasandi tervishoiuteenused ning sotsiaalteenused ühe teenusepakkuja korraldada (Project INTEGRATE D5.1., avaldamata andmed). Korraldamine toimus koostöös kahe patsiendiorganisatsiooniga. Enne integreerimist osutati vaimse tervise probleemidega patsientidele sotsiaalabi valdade tasandil ning ja statsionaarset ja ambulatoorset arstiabi maakonna tasandil. Teenuste integreerimiseks loodi täiesti uus

katusorganisatsioon, kes haldab nii täiskasvanute ravi (statsionaarne ravi, päevaravi, ambulatoorne ravi), laste ja noorukite ravi (sh lapse ja lapsevanema keskus), sõltuvushäirete ravi kui ka sotsiaalpsühhiaatrilist abi (toetatud elamine, grupikodud). Ühinemisel oli kõige suuremaks probleemiks nn kultuuride konflikt, sest sotsiaalabi ja tervishoiu toimimise praktikad ja traditsioonid on mõnevõrra erinevad. Multidistsiplinaarsed meeskonnad hakkasid aga lühikese aja möödudes hästi toimima – seda soodustas paljude ühiste koolituste läbimine – ning abi koordineeritus paranes märgatavalt. Poliitikud seadsid eesmärgiks integreerimisprojekti abil saavutada kulude kokkuhoid 20 000 SEK ulatuses aastas, kuid sellist kulude kokkuhoidu ei saavutatud.

Ka teised uuringud näitavad, et integreeritud abi rakendamisel kulude kokkuhoidu ei pruugita saavutada, kuid sellestki hoolimata võivad vastavad muutused olla kulutõhusad, sest patsientide elukvaliteet võib paraneda (98–100).

EL 7. raamprogrammi projekti INTEGRATE tulemustest ja avaldatud teadusuuringutest lähtuvalt saab öelda, et ei ole ühtset kõigile riikidele sobivat integreeritud abi juurutamise ja edendamise mudelit, integreeritud abi saab korraldada vastava riigi tervishoiusüsteemist ja sotsiaalsüsteemist lähtuvalt.

„European Observatory on Health Systems and Policies“ mis teeb olulisi tervishoiukorralduslikke analüüse ja toetab tõenduspõhiste tervishoiupoliitiliste otsuste tegemist, on korraldanud ulatusliku uuringu Euroopa riikide parimatest praktikatest kroonilise haiguse käsitlemisel ja patsientide vajadustele vastamisel (101). Väljaandes kirjeldatud Euroopa riigid on Taani, Inglismaa, Prantsusmaa, Saksamaa, Holland ja Rootsi. Lisaks on analüüsi kaasatud ka Kanada ja Austraalia näited.

Siinkohal toome ära Taani ja Inglismaa näited, mis on esmatasandi organisatsioonilt Eestile lõige lähedasemad (patsientidel on kindel perearst ehk nimistute süsteem, perearstil on väravavahi roll ja perearstid on iseseisvad teenusepakkujad). Hollandi näide on kirjeldatud eespool, INTEGRATE uuringu kontekstis.

Taani

Taanis on perearstid eraettevõtjad ja enamasti töötavad kõik avalikus tervishoiusüsteemis. Neil on leping oma regiooniga, kes vastutab tervishoiuteenuse kättesaadavuse eest. Regioonid on vastutavad haiguste ennetamise ja krooniliste haiguste ravistrateegiate väljatöötamise eest. Kohalik omavalitsus vastutab eakate tervise, sotsiaalpsühhiaatria, ennetuse, tervisedenduse ja rehabilitatsiooni eest. Kohalik omavalitsus vastutab ka tervisekeskuste kui uudse kontseptsiooniga terviseteenuste osutamise koha eest. Taani

esmatasandi meditsiini iseloomustab vaba juurdepääs perearstiabile ja keskseks on perearsti väravavahiroll, kuigi mõne eriala puhul saatekirja nõuet siiski ei ole: nina-kõrva-kurguarst, traumatoloog, psühhiaater.

2002. a andis Taani valitsus välja olulise dokumendi *Healthy throughout life*, mille keskmeks on oluliste krooniliste haiguste ennetamine ja eeskätt on keskendutud II tüüpi diabeedile ja südame-veresoonkonna haiguste ennetamisele, aga ka ennetatavatele vähivormidele, kroonilisele obstruktiivsele kopsuhaigusele, psüühikahäiretele ja osteoprosile.

2005. a algatati kroonilistele haigetele parema teenuse osutamise eesmärgil mitmeid tegevusi kohalikul tasandil. Need hõlmavad nii patsientide enesetõhususe toetamise programme (põhinevad Stanfordi ülikoolis juba 1993. aastal välja töötatud programmil *Chronic Disease Self-Management Programme* (CDSMP)). Lisaks on Taanis mitmeid spetsiifilistele haigusrühmadele mõeldud koolitusi (nimetatakse *education class*). Nende „õppeklasside“ eesmärk on vähendada ennetatavaid hospitaliseerimisi. Selliste õppeklasside korraldamise eest vastutab kohalik omavalitsus. 2005. a investeeris riik Taani tervishoiusüsteemi 100 miljonit Taani krooni ja ehitati välja 18 uutel tööpõhimõtetel rajanevat tervisekeskust. Enamik nendest keskustest on keskendunud ennetus- ja/või rehabilitatsiooniteenusele, et paremini krooniliste haigustega patsiente õpetada ja aidata toime tulema oma haigusega ja igapäevaeluga. Näiteks Østerbro tervisekeskus teenindab umbes 82 000 Kopenhaageni elanikku. See keskus osutab füsioteraapiateenust, nõustamisteenust toitumise alal ja suitsetamisest loobumisel, keskendudes krooniliste haigustega patsientidele, nagu KOK haiged, SVH patsiendid, diabeediga patsiendid jne. Samuti toimuvad neis tervisekeskustes patsientide tervisekoolitused. Enamasti aga osutabki antud keskus integreeritud abi krooniliste haigustega patsientidele. Keskuses töötavad integreeritud abi meeskonnad, neid on kokku neli, lisaks on keskuses projekti juhtkomitee ja kogu abi koordinaator (*manager*). Professionaalsed meeskonnad on moodustunud esmatasandi arstidest (enamasti perearstid) ja lisaks kitsamate spetsialistidest. Lisaks on meeskonnas praktilise konsultant, kes on haigla ja ambulatoorse arstiabi koordinaator ja vahendaja. Keskuses on kaks füsioterapeuti, kaks õde, dieediõde ja sekretär. Kohalik haigla teeb tervisekeskusega tihedat koostööd regulaarsete kohtumiste kaudu, samuti suunates patsiente keskusesse pärast haiglaravi. Perearstid suunavad sellised patsiendid, kes vajavad rehabilitatsiooni ja mitmete erialade omavahelist koordineeritud abi osutamist, samuti tervisekeskustesse. 2006. a ehk aasta pärast keskuse avamist tegi seda 90% perearstidest. Samuti teevad keskused koostööd patsientide organisatsioonidega.

Patsiendile koostatakse individualiseeritud raviplaan, kas pooleks aastaks, aastaks või vastavalt vajadusele. Kui ravi on lõppenud, saadetakse perearstile patsiendi terviseseisundist kokkuvõtte. Et patsienti paremini õpetada kroonilise haigusega toime tulema, organiseeritakse neile keskustes ka kursused „*Learn to live with chronic condition*“.

Tüüpiline patsiendi kulg tervishoiusüsteemis Taani näitel

Patsiendi kroonilise haiguse diagnoosib tüüpiliselt perearst.

Näitena tuuakse 54. a patsient, kel on 2. tüüpi diabeet ja krooniline obstruktiivne kopsuhaigus (KOK). Patsiendil on jalgadel haavandid ja mõõdukas retinopaatia. Ta on mõõdukalt ülekaaluline, KMI 27. On töötanud juba mitmeid aastaid, saab sotsiaaltoetust ja elab üksi.

Selles, 2008. a välja antud uurimuses kirjeldatakse, et Taani tervishoiusüsteemis patsiente diabeedi suhtes ei sõeluta ja seega võib diabeet olla avastamata küllaltki pikka aega. Haiguse diagnoosib vastavate kaebuste või sümptomite ilmnemisel tavapäraselt perearst. KOK-i ravijuhendi kohaselt aga uuritakse kõiki patsiente, kes on suitsetajad või endised suitsetajad ja vanemad kui 35aastased ja kel on vähemalt üks kopsuhaigusele viitav sümptom, perearstide poolt võimaliku KOK-i suhtes. See tähendab, et patsient võib saada KOK-i diagnoosi isegi kiiremini kui 2. tüüpi diabeedi diagnoosi. Pärast KOK-i diagnoosimist jääb patsient ka ravile ja regulaarsele jälgimisele perearsti juurde. Eesmärgiks on patsiendi toetamine eluviisi muutmisel, suitsetamise lõpetamisel ja seetõttu haiguse progresseerumise ennetamine. Kui 2. tüüpi diabeet on diagnoositud, siis hindab perearst patsienti komplikatsioonide suhtes, nõustab riskifaktorite ja eluviisi osas ja hindab ka patsiendi suhtumist haigusesse, ravisoostumust ja tema toimetulekuressursse. Sõltuvalt kõigest eespool öeldust ja ka haiguse raskusastmest teeb perearst otsuse, kas antud patsient jääb edasisele käsitlemisele tema juurde või ta saadab patsiendi spetsiaalsesse tervisekeskusesse, mida kirjeldati eespool, või ka diabeedikeskusesse (ambulatoorne, spetsialiseeritud keskus).

Perearst suunab patsiendi ka silmaarsti juurde ja vajadusel erapraksises tegutseva nahahaiguste arsti vastuvõtule jalal oleva haavandi tõttu, kui see on halvasti paranenud. Taanis on paljudel perearstikeskustel koostöölepped diabeedikeskustega. Patsiendiga kohtutakse iga kolme kuu järel kas siis perearstikeskuses või diabeedikliinikus. Vastavalt haiguse raskusastmele pakutakse patsiendile spetsiaalset rehabilitatsiooniprogrammi, mis hõlmab suitsetamisest loobumise nõustamist ja abi, liikumisravi teatud treening- ja jõusaalides, dieedinõustamist, patsiendi harimist nii dieedi kui KOK-i alal ja psühhosotsiaalset toetust. Vajadusel suunatakse patsient sotsiaaltöötaja juurde. Sotsiaaltöötaja aitab patsiendil varuda vajalikke vahendeid, mis võimaldaks tal nii haigustega kui ka igapäevaeluga paremini toime tulla (veresuhkru hindamise vahendid, liikumise abivahendid jms). Samuti hindab sotsiaaltöötaja patsiendi tööalast võimekust ja aitab otsida sobilikke töopakumisi. Kui patsient on töötanud, siis katab tema ravikulud, kaasa arvatud ravimid, osaliselt kohalik omavalitsus.

Inglismaa

Krooniliste haigustega patsientide käsitlemine on erinev Inglismaa eri osades. Siiski on võimalik täheldada ühiseid olulisi jooni: keskendumine patsientide eneseabi ja enesetõhususe õpetamisele, meditsiiniõdede juhitud kliinikud või teenuste grupid, multiprofessionaalsed meeskonnad, kaasa arvatud tihe koostöö sotsiaal- ja tervishoiupool vahel, teenuseosutamise fookuse nihkumine haiglatesse abilt rohkem kogukonnakesksetele tervisekeskustele, riski stratifitseerimine ja selleks otsusetugede kasutamine, otsusetugede kasutamine ka laiemalt teistes tervishoiuvaldkondades, nii esmasandil kui ka haiglas, ning nn matroonide (spetsiaalselt väljaõppinud õdede) kasutamine juhtumikorraldajana.

Riigi tasandil on mitmeid erinevaid lähenemisi sihtgruppidele, näiteks on üldiseid käsitluste kokkuleppeid kõikidele üle 65 a eakatele, aga samas prevaleerivad siiski konkreetsetele riskigruppidele suunatud tegevusjuhendid ja strateegiad nt neile eakatele, kel on mitmeid kroonilisi haigusi ja kes kasutavad sageli nii esmasandi arstiabi kui ka spetsialiseeritud eriarstiabi teenuseid ja vajavad sageli hospitaliseerimist. Näitena olgu siin toodud Ida-Sussexi sotsiaal- ja tervishoiutöötajate koostööprogramm, mille eesmärgiks on vähendada eakate institutsionaliseerimist ja suurendada nende võimekust tulla iseseisvalt toime kodus. Perearstid identifitseerivad sellised patsiendid tavapärase vastuvõtu käigus ja spetsiaalsete sõelinstrumentide kaasabil ning suunavad need, kes sellist teenust vajavad, spetsiaalse väljaõppega õdede (*community matrone*) juurde, kes moodustavad patsiendi jaoks multidistsiplinaarse meeskonna lähtuvalt tema tervisevajadustest. See võib hõlmata nii mälu-uuringuid, osteoporoosi ennetamist ja ravi, spetsiaalsete abivahendite vajaduse hindamist ja nendega varustamist kui ka sotsiaalse toetuse organiseerimist.

Eelpoolnimetatud *community matrone* on Inglismaal keskseks tugiisikuks mitmete krooniliste haigustega patsientide toetamisel. Neid finantseerib esmasandi fond (*primary care trust*). Tegemist on nõ esmasandi õega, kes on saanud spetsiaalse väljaõppe kas kõrgkoolis või on nad läbinud tervishoiukorralduse või juhtumikorraldaja spetsiaalse õppe.

Patsiendi kulg tervishoiusüsteemis

Sama 54 a patsient, kel on 2. tüüpi diabeet ja krooniline obstruktiivne kopsuhaigus, jalgadel haavandid ja mõõdukas retinopaatia. Ta on mõõdukalt ülekaaluline, KMI 27. On töötu juba mitmeid aastaid, saab sotsiaaltoetust ja elab üksi.

Tavapäraselt saab patsient KOK-i diagnoosi perearsti juures. See võib juhtuda ka haiglas, juhul kui ta esmaselt pöördub EMOsse nt hingelduse või intensiivse kõhaga. Kui aga patsient satub esmalt perearsti juurde, siis diagnoosib haiguse, ravib ja jälgib perearst. Konsulteeritakse juhul, kui haigus ei allu ravile või kui diagnoosis ei olda päris kindel.

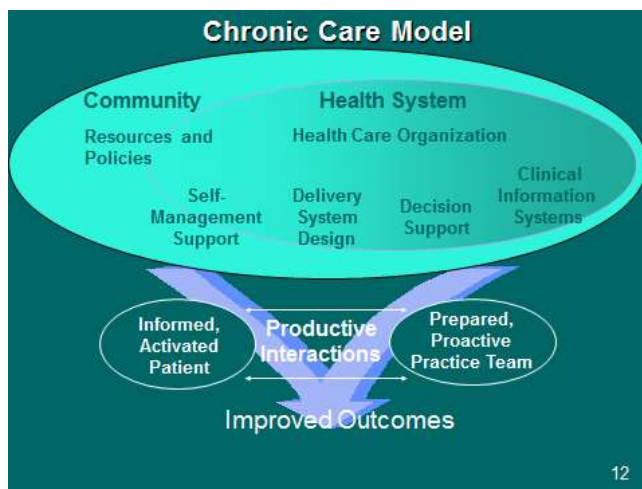
Diabeet leitakse üles tavapäraselt sõeluuringu käigus, kuna kõigile, kes on ülekaalulised, tehakse Inglismaal igal aastal paastuveresuhkru analüüs. Enamasti toimub haiguse diagnoosimine ja ravi 2. tüüpi diabeedi puhul perearsti ja spetsialiseerunud (diabeedi)õe juures, mõnel juhul saadetakse patsient siiski ka eriarsti juurde (nt komplikatsioonide esinemisel). Enamik patsiente saadetakse dieetõe juurde, jalaravikabinetti ja silmaarsti juurde. Veresuhkrunäitu saab ta kontrollida apteegis ja insuliinravi võidakse suure tõenäosusega alustada ka spetsialisti juures ambulatoorselt, misjärel ravi juhtimise võtab üle spetsialiseerunud õde, kes aga töötab esmatasandil. Suitsetamisest loobumise nõustamiseks suunatakse patsient spetsiaalsesse kabinetti/keskusesse, mis taas on esmatasandi osa. Inglismaal ei väljenda haige käsitus alati siiski eri tasandite head integreeritust, kuigi ka see on võimalik. Kui patsient vajab sotsiaalabi, siis teatavad sellest sotsiaalsüsteemile kas patsiendi pereliikmed või perearst. Temaga tegelevad nt koduõde (jalgade hooldus), hooldaja (kodune hooldusravi), tervishoiuspetsialist, kes hindab vajadust spetsiaalsete abivahendite järele (nt kodus või väljas liikumiseks, kodus hügieeni eest hoolitsemiseks jne), toidutoojad, kes varustavad igapäevaselt sooja toiduga, ja vajadusel ka päevahoolduskeskused. Kui patsiendi seisund seda nõuab, võtab kogu tegevuse juhtimise üle *community matrone*, kes koordineerib siis nii tervishoiu kui ka sotsiaalsüsteemi teenuste osutamist.

On ka võimalik, et krooniliste haigustega patsientide eest, kel on spetsiifilised terviseteenuste vajadused, kannavad hoolt spetsiaalse huviga perearstid (nn *GPs with special interest*), aga nende roll ei ole siiski valdav. Üsna suur on Inglismaal ka proviisorite roll krooniliste haigustega patsientide nõustamisel ja ravimite soovitamisel ja määramisel. Näiteks saavad proviisorid juhtida patsiendi varfariinravi, määrares regulaarselt patsiendi INR näitajaid, nõustada suitsetamisest ja alkoholist loobumisel ja soovitada ka vastavat medikamentooset või asendusravi.

Kokkuvõtte kirjanduse ja teiste maade kogemuste ja parima praktika analüüsist

Krooniliste haigete käsitus peab olema kompleksne, nõudes koostööd ka neilt institutsioonidelt, mida reguleeritakse ja finantseeritakse erinevalt. Sageli räägitakse nn multidistsiplinaarsete meeskondade moodustamisest, aga nende koostöö nõuab head koordineerimist ning sageli ka hoopis teistel alustel finantseerimist. Üks tuntumaid koostöövorme on kroonilise haiguse mudel (*Chronic Care Model*), mille kohta on tehtud

efektiivsusuuringuid ja mis näitavad selle rakendamisel nii osutatava abi kvaliteedi paranemist, ressursside efektiivsemat kasutamist kui ka kliiniliste tulemite paranemist (102–105).



Uuringutega on kõige enam ravitulemile ja patsientide elukvaliteedile positiivset mõju avaldanud elementideks selles süsteemis patsientide enesetõhususe tugevdamine, teenust osutava süsteemi väljaarendamine (ehk meeskonnatöö korraldamine, juhtumikorralduse rakendamine kõrgema riskigrupi patsientidele, patsiendi regulaarne jälgimine) koos otsustustoe ja kliinilise informatsioonisüsteemi väljaarendamisega, mis hõlbustavad ja toetavad tervishoiutöötajaid paremini järgima ravijuhendeid (105).

Patsientide enesetõhususe suurendamise all ei peeta siinkohal silmas vaid põgusaid nõustamisi perearstikeskustes, vaid pigem selleks spetsiaalselt välja arendatud programme. Näiteks Stanfordi ülikooli koostatud krooniliste haiguste eneseabi tõhususe suurendamise programm on 6-nädalane programm, kus igal nädalal kohtuvad eri haigustega patsientide grupid üks kord 2,5–3 tunni jooksul kas siis tervisekeskuses, haiglas, eakate päevakeskuses või mujal. Neid koolitusi juhivad tervishoiutöötajad, aga tavaliselt on kaasatud ka mõned patsientide esindajad. Õpetatakse, kuidas jälgida oma haigust, millele oma tervise juures tähelepanu pöörata, kuidas tarvitada ravimeid, kuidas suurendada vajadusel nt insuliiniannuseid, millised on õiged liikumis- ja võimlemisharjutused, kuidas toituda õigesti jne. Kõik osalejad saavad kaasa koolitusmaterjalid ja ka vajalikud audiovisuaalsed materjalid. Sarnaseid programme, mida eri riikides rakendatakse, on mitmeid.

Selliste programmide väljaarendamine ja koordineerimine ei ole vaid ühe perearsti/perearstikeskuse töö, sest nõuab palju ressursi (inim-, aja- ja rahalist). Seetõttu sõlmitaksegi mitmetes maades eraldi lepinguid krooniliste haigete ravi korraldamiseks või on see tegevus seotud täiesti selgelt eraldi stiimulitega, mis peaks näiteks

perearste/perearstikeskuseid motiveerima selliseid kompleksseid teenuseid osutama ja selleks meeskondi koostama.

Krooniliste haigete käsitlemisel on vajalik ühendada üheks meeskonnaks erinevate spetsiaalsete oskustega tervishoiutöötajad (erioskustega õed, füsioterapeudid, psühholoogid, sotsiaaltöötajad jne). Sellise, kvalitatiivselt täiesti uue teenuse osutamine ei tähenda aga vaid meeskonda vajalike spetsialistide leidmist, vaid ka spetsiaalse töökeskkonna loomist, mis võimaldab meeskonnaliikmetel omavahel sujuvalt suhelda ja patsiendil saada võimalikult palju teenuseid ühest kohast, silmas pidades eeskätt seda, et tegemist on sageli eakate ja ka liikumisraskustega patsientidega. On leitud, et praksised, kus rahastatakse kogu meeskonda tervikuna (meeskonnapõhine rahastamine), mitte üksikuid teenuse osutajaid, funktsioneerivad meeskonnana palju efektiivsemalt. Samas peab finantseerimine olema piisav, sest vastasel korral võib multidistsiplinaarse meeskonnana tegutsemine olla taaskord takistatud.

Fookusgruppüüring väljaspool Eestit töötavate arstide hulgas

Üüringus osalesid kaks Inglismaal töötamise kogemusega perearsti, kolm Soomes töötanud ja üks Rootsi ja Eesti kogemusega perearst. Kokku kestis vestlus 1,5 tundi.

Esmatasandi meeskond

Tuutakse välja, et kõikides nimetatud maades on meeskond, kes perearsti ümbritseb, oluliselt suurem. Meeskond on tavapäraselt suur, kogu oluline tegevus püütakse hoida esmatasandis. Leitakse, et ka Eestis võiks toime tulla, kui oleks rohkem õendusala spetsialiste ja tugipersonali, et vabastada perearst vaid kliiniliseks tööks. Õendustöötajatele juhtiva rolli andmine eeldab lisaks ka kokkulepete ja ravialgoritmide väljatöötamist, mis täpselt sätestab ära ka need piirid, millal patsient arsti juurde edasi suunatakse.

Praegu piirab finantseerimine meeskonnana tegutsemist oluliselt. Meie nimistupõhist süsteemi peetakse heaks, see tagab patsiendi tundmise. Suundumust grupipraksiste poole, kus patsiendid võivad käia erinevate perearstide juures, peetakse aga täiesti võimalikuks.

Finantside puudulikkust, aga ka puudulikku koostööd spetsialistidega peetakse oluliseks takistuseks ideaalse mudeli toimimisel.

Arvatakse, et diabeediõde ja koduõde võiks mitme perearstikeskuse peale siiski olla, see aitab ka paremini patsienti koolitada ja võimestada, mis on krooniliste haiguste puhul otsustava tähendusega.

Suhtlemine ja koostöö teiste spetsialistidega, eriarstiabiga

Fookusgrupivestlusest selgub, et võtmeküsimuseks eriarsti ja perearsti sujuvas ja tõrgeteta suhtlemises peetakse e-konsultatsiooni võimaluse toimima hakkamist. Tõdetakse, et täna ei ole Eestis nii perearsti poolt tehtud saatekirjad ega ka eriarsti poolt antud vastused sisulised ja põhjalikud.

Leitakse, et e-konsultatsioon peaks aga tänast saatekirjade kultuuri oluliselt muutma. Soomes ja Rootsis näiteks tuleb juhul, kui perearst ei ole patsienti eelnevalt põhjalikult uurinud ja saatekiri on puudulik, saatekiri tagasi ja patsienti konsultatsioonile ei võeta.

Arvatakse, et e-konsultatsioonide jõustumiseks peaks suurendama motivatsiooni neid teha. Samas muudaks see töö sisu ja annaks ka rohkem kindlust, sest vastuvõtule saamise prioriteetsuse astmed määratleks ära arst, mitte patsient, nagu meil tihti on. Sellist süsteemi, kus eriarstilt eriarstile suunatakse perearsti vahendusel, mujal ei ole. Eestis teeb see patsiendi liikumise tervishoiusüsteemis kohmakaks ja seetõttu tehakse ebaotstarbekaid visiite.

Arutleti ka selle üle, et meie pereõed, kes võtavad vastu telefonikõnesid perearstikeskustes, teevad sisuliselt tööd, mida saaks teha ka mittemeditsiinilise taustaga assistent või registraator. Kõnede mittemeditsiinilise osaga peaks tegelema keegi teine, mitte mitmeid aastaid koolitatud pereõde – see annaks öele rohkem aega tegeleda sisulise tööga, mis omakorda annaks rohkem aega arstile teha sisulist tööd.

Kokkuvõtlikult ravi integreerituse kohta

- Eestis on perearsti meeskond krooniliste haigetega tegelemiseks kindlasti liiga väike. Kui eeldada meie patsientidele sama kvaliteediga sama laiaulatusliku tervishoiuteenuse osutamist, nagu näiteks Hollandis, Taanis, Soomes, Rootsis, siis peaks meeskonda kuuluma peale pereõdede ka füsioterapeut, dieedi/diabeediõde, koduõde ja miks mitte ka teatud arvu nimistute peale psühholoog ja sotsiaaltöötaja. Sotsiaaltöötaja, kes tänases tervishoiukorralduses on KOV töötaja, võiks olla vaatamata erinevast allikast pärinevale finantseerimisele seotud siiski konkreetsete tervisekeskustega. Sellisel juhul saab tekkida toimiv meeskond. Psühholoogi teenust võib osutada ka eraldi lepingu alusel, samas on ilmselt toimivam, kui tervisekeskustel on leping ühe konkreetse psühholoogiga või psühholoogilist nõustamist pakkuva keskusega pikema aja vältel. See eeldab taaskord aga stabiilselt ja piisavat sihipärast finantseerimist.
- Võimalikult palju kroonilistele haigetele vajaminevaid teenuseid peaks saama osutatud esmatasandi tervisekeskustes, kus toimib nn horisontaalne

integratsioon (koostöö) ja seda peaks soodustama kas eraldi lepingute või siis eraldi rahaliste stiimulitega.

- Probleemsetele kroonilistele haigetele vajaduspõhise teenuste osutamiseks oleks vajalik juhtumikorraldaja olemasolu. Juhtumikorraldajaks võib olla nii arst kui ka õde. Vajalik oleks sellise juhtumikorraldaja finantseerimine (vt eelmine lõik). Ta peaks paiknema esmatasandil. Juhtumikorraldaja määratlemine sõltub kokkulepetest ja konkreetsest patsiendist. Kui patsiendile on eeskätt vaja sotsiaalabiteenuseid, siis võib juhtumikorraldajaks olla ka sotsiaaltöötaja. Erinevate esmatasandi teenuste koordineerimine ja esmatasandi ja eriarstiabi teenuste koordineerimine on tavapäraselt siiski tervishoiutöötaja ülesanne.
- Erialaspetsialistidega toimiva koostöö saavutamisel on võtmeküsimuseks infovahetus: e-konsultatsioon, info liikumine erinevate etappide vahel sujuvalt, ilma tõrgeteta. Perearst peaks saama kohe informatsiooni, kui tema nimistu patsient on haiglast välja kirjutatud, koos kogu vajaliku nõuandega patsiendi edasise ravi korraldamise kohta. Taani näitel toimib see nii, et selline informatsioon laekub perearsti e-postkasti samal päeval. Lisaks on Taanis korraldatud kohe ka patsiendile sotsiaalabi osutamine, juhul kui ta seda vajab. Hindamine tehakse ära haiglas, patsiendi haiglast väljakirjutamise päeval informeerib haigla sotsiaaltöötaja kohe piirkondlikku sotsiaaltöötajat sellest, millises seisus patsient on ja millist kodust abi ta vajaks. Tavaliselt külastab piirkonna sotsiaaltöötaja patsienti kohe kas samal või järgmisel päeval pärast haiglast väljakirjutamist. Seega ei pea olema sotsiaalabi korraldatud alati perearsti kaudu, küll aga saab perearst kohe vajaliku informatsiooni toimivate sidekanalite vahendusel.
- Koostöö paremaks toimimiseks oleks vajalikud patsiendi käsitluse kokkulepped või ravialgoritmid, kus on ka kokku lepitud erinevate meeskonnaliikmete ja/või ka eri tasandite (kaasa arvatud sotsiaalabi) rollid ja vastutused ning patsiendi kulg selles süsteemis.
- Ravialgoritmidest on olulisemad selliste komplekssete seisundite käsitlused, kus patsiendile ravi osutamine eeldab erinevate tervishoiutöötajate, tasandite või ka valdkondade koostööd (nt kroonilise neerupuudulikkusega patsient, II tüüpi diabeediga patsient kaasuva neerupuudulikkuse ja südamepuudulikkusega, onkoloogilised haiged, KOK-i patsient, patsient, kel on samaaegselt nii somaatiline kui ka psüühiline haigus jt).
- Heal tasemel integreerituse aluseks on parimal olemasoleval teadmisel põhinev tervishoiuteenus ja patsiendi igakülgne kaasatus ning tema võimestamine, ehk et ka patsient integreeritakse talle osutatava abi mudelisse. Otsusetoed ja jagatud otsuse tegemine on selles võtmetähtsusega, samuti patsiendi võimestamine oma kroonilis(t)e haigus(t)ega toimetulekul. Võimestamine on süsteemne, regulaarne

tegevus, mis ei tähenda ühekordset lühisekkumist, vaid pigem programmilist lähenemist. Kogu selline tegevus vajab samuti rahalist toetust.

- Kaaluda lisaks olemasolevale rahastamisele, mis on küll kombineeritud rahastamise skeem, kuid põhineb põhiasjalikult pearahal, rahastamismudelit, mis võimaldaks sujuvamat erialade (perearstiabi, taastusravi, eriarstiabi, õendusabi) vahelist koostööd. Eri riikides kasutatakse nn juhtumipõhist rahastamist keerulisemate ja komplekssemate juhtumite korraldamiseks.

4. Ravi kvaliteet esmatasandil

Eri uuringud on näidanud, et teenuse osutamise kvaliteet on Eesti erinevates perearstikeskustes ebaühtlane.

Alaosa eesmärgiks on kaardistada võimalikud lahendused ravikvaliteedi ühtlustamiseks ning parandamiseks esmatasandil. Selleks analüüsime praeguse haigekassa poolt rahastatava kvaliteedisüsteemi tugevusi ja nõrkusi ning nendest lähtuvalt teeme ettepanekud vajalike muudatuste ja arenduste suhtes, kaasa arvatud IT-lahendused. Kasutame teiste maade kogemusi, et teha ettepanekuid krooniliste haigete paremaks jälgimiseks, ravijuhendite integreerimiseks perearsti töökeskkonda ning seeläbi perearstide töö kvaliteedi ühtlustamiseks. Lisaks teeme ülevaate ja analüüsime perearstide pädevuse hindamise süsteemi ning teeme ettepanekuid vajalikeks muudatusteks.

Metoodika:

Ülesande lahendamiseks kasutame projekti „Tervishoiu kvaliteedisüsteemi arendamise III etapp. Ettevalmistustööd kvaliteedisüsteemi arendamiseks ja kvaliteediindikaatorite rakendamissüsteemi väljatöötamine“ (projekti meeskonda juhtis prof Raul-Allan Kiivet) analüüsi ja ettepanekuid, kuna selle projekti peremeditsiini osa on koostanud ka käesoleva projekti üks teostaja R. Kalda. Lisaks kasutame Eero Merilinnu poolt doktoritöö (*Primary health care performance: of payment for performance and practice based characteristics to good outcome*) tarbeks analüüsitud andmeid ja kirjanduse ülevaadet. Oleme tutvunud mitmete maade kogemustega ning analüüsiga teaduskirjanduse ja ka väljaande Eurobservation põhjal. Oleme teinud kvaliteedialase rahvusvahelise kirjanduse süstemaatilise ülevaate. Lisaks oleme kasutanud perearstide resertifitseerimise osa kirjeldamisel Euroopa riikide esindajate seas korraldatud küsitluse andmeid (küsitluse üheks läbiviijaks ja uuringu korraldajaks oli R. Kalda). Praegusest analüüsist on välja jäänud pereõdede pädevuse hindamise süsteemi analüüs, sest praegu toimub see täiesti lahus olevana perearstide pädevuse hindamisest ning seetõttu on käesoleva projekti autoritel ka vähe pädevust selle teema kohta arvamuse avaldamiseks. Ajapuudusel on teostamata pereõdede ja õdede esindajate uuring pädevuse hindamise teemal.

Teiste maade kogemus, kirjanduse ülevaade

Euroopas on üsna paljudes riikides kasutusel perearstide tulemustasustamise süsteemid, üheks tuntumaks nendest on Ühendkuningriigis kasutusel olev [*Quality and Outcomes Framework \(QOF\)*](#), kuid sellised süsteemid on kasutusel ka teistes riikides. Kolozsvari ja tema

kaasautorid koostasid 2012. aastal ülevaate Euroopa Liidu riikides peremeditsiinis kasutatavatest kvaliteediindikaatoritest (106), ülevaade põhines kirjandusotsingu tulemustel ning *European General Practice Research Network* liikmete hulgas tehtud küsitlusel (vastanute osakaal 68%), selle ülevaate tulemused on esitatud järgmises tabelis.

Tabel 4. Ülevaade Euroopa Liidu riikides kasutatavatest kvaliteediindikaatoritest

Riik	Kvaliteedi-indikaatorite süsteemi juurutamise aasta	Kvaliteedi-indikaatorite arv	Kvaliteediindikaatoritega hõlmatud tegevused	Kvaliteedi-indikaatoritest sõltuv perearsti-praksise ligikaudne sissetuleku määr (%)
Ühendkuningriik	2004	134	Kliinilised tegevused, praksise organisatsioon jt	25%
Hispaania	2006	66	Perearstide ja pereõdede tegevused, hambaravi, sotsiaaltöö, laste terviseedendus	1–2%
Portugal	2006	40	Abi kättesaadavus, kardiovaskulaarhaiguste riski hindamine, diabeedi ravi, lastele ja rasedatele osutatavad tervishoiuteenused	10%
Eesti	2006	38	Perearsti kvaliteedisüsteem: ennetustegevus, krooniliste haigustega inimeste jälgimine, erialased lisapädevused	6%*
Ungari	2009	15 (täiskasvanutel), 6 (lastel)	Ennetustegevus, sõeltestimistega hõlmatus, krooniliste haigustega (kõrgvererõhktõbi, diabeet, koronaarhaigus) patsientide jälgimine, edasisuunamised	5%
Läti	2010	21	Ennetustegevus, krooniliste haigustega (nt diabeet, kõrgvererõhktõbi)	5%

			patsientide jälgimine, ambulatoorsed visiidid	
Itaalia	2010	1	Diabeediga patsientide jälgimine	<1%
Holland (piirkondlik eksperiment)	2011	17–20	Diabeet, KOK	7%
Leedu	2011	22	Ennetustegevus, hospitaliseerimised, krooniliste haigustega patsientide jälgimine	9%
Sloveenia	2011	20	Ennetustegevus, krooniliste haigustega (KOK, astma, diabeet, hüpertensioon) patsientide jälgimine	10%

- Tegelik kvaliteeditasu osakaal jääb 2% piiresse. Andmete erinevuse põhjus?

Kontopantelis koos kaasautoritega on analüüsinud, kas Ühendkuningriigis on perearstipraksiste poolt saavutatud QOF skooride ja vastavas piirkonnas elava rahvastiku tervisenäitajate vahel seost, tuginedes peamiselt 2011.–2012. aasta andmetele (107). Perearstipraksiste saavutatud QOF skooride ning kohandatud üldsureskordajate ja haigusspetsiifiliste suureskordajate (diabeet, südamepuudulikkus, hüpertensioon, südame isheemiatõbi, insult, krooniline neeruhaigus) vahel olulisi seoseid ei ilmnenud, küll olid suureskordajad oluliselt suuremad vaesemates piirkondades ja maapiirkondades (107).

Ühendkuningriigis on peremeditsiini kvaliteedisüsteemide edasiarengu seisukohast peetud oluliseks, et nad keskenduksid rohkem haiguste esmasele ennetusele (108) ning väärtustaksid eelkõige tulemust, mitte protsessi, ja edendaksid isikukesket koordineeritud abi (*person centered coordinated care*) (109).

Inglismaa meditsiini kvaliteedi arendamise süsteem on tsentraliseeritud ja olulisel kohal on kvantitatiivsed kvaliteediindikaatorid ja infosüsteemid. Järjest enam tugevneb surve prima võimaliku teenuse osutamiseks. Prioriteetseteks valdkondadeks on rahvatervis, ravijärjekordade lühendamine, vähihaigete teenused, vaimne tervis ja patsiendikesksus. Üritatakse soodustada patsiendi valikuvabadust, haiguste ennetust, haigete kompleksset käsitlust, head juurdepääsu teenustele, kvaliteetset ning kulutõhusat arstiabi.

Esmatasandil töötab alates 2004. a vabatahtlik kvaliteediprogramm – *Quality and Outcomes Framework* (QOF). Enamik riigi perearstipraksistest on sellega liitunud. QOF raames hinnatakse praktilise tegevust viies valdkonnas: kliiniline (krooniliste haiguste käsitlemine), rahvatervis (haiguste ennetamine), lisategevused rahvatervise alal (lapse kasvu ja arengu jälgimine, kontratseptsiooninõustamine, emakakaelavähi skriining, rasedate jälgimine), kvaliteet ja produktiivsus ning patsiendi käsitlemine (indikaatoriks muuhulgas visiitide kestus). Igas valdkonnas on oma alaindikaatorid koos eesmärkväärtustega (nt kliinilises kategoorias vähemalt 60% südamepuudulikkuse haigetest saab AKE või ARB-iga ravi). Kvaliteedimõõdikute osas tehakse muudatusi vastavalt NICEi soovitudele. Indikaatorite täitmise põhjal saab punkte, mille alusel makstakse praktilisele kvaliteedisüsteemi lisatasu.

Perearstipraksise sissetulekust moodustab QOF tasu keskmiselt umbes veerandi. Kvaliteedipõhine tasustamine ongi antud programmi eesmärk, samas kasutatakse infot ka teenuste korraldamisel nii riigi kui ka kohalikul tasandil, uurimistöödeks, terviseedenduses. Indikaatorid ja nende täitmine praksistes avalikustatakse.

Kogutavad näitajad ja nende vastamise alane info on koondatud vabalt ligipääsetavas indikaatorite andmebaasi. Kokku on välja töötatud ja jälgimisel üle 200 indikaatori. Nii paljude indikaatorite olemasolul tekib küsimusi nende mõttekusest või kasulikkusest, seejuures on enamik indikaatoreid iseloomult kvantitatiivsed ja neid kasutatakse tervishoiuasutuste suunamiseks (110–112).

Taani. Esmatasandi meditsiinis on kvaliteedi tagamiseks tegeldud eeskätt ravijuhiste koostamisega Taani perearstide kolledži poolt. Koostöös maakondade peremeditsiini kvaliteediüksusega on välja töötatud mitmeid kvaliteedijälgimise tööriistu arvutiprogrammide näol (113), peamiseks näiteks võib tuua *Data Capture*. See kogub diagnoosi- ja tegevustealast infot tööarvutist automaatselt koodide alusel, laborianalüüside vastuseid ja väljakirjutatud ravimite infot. Programm annab piisava aja jooksul teavet koondades automaatselt ülevaate ja hinnangu kvaliteedile, vastavalt ravijuhiste eesmärkväärtustele (nt diabeedi puhul viimase 12 kuu jooksul teostatud üldkolesterooli analüüsi väärtus alla 4,5 mmol/l). Jälgitakse diabeedi, KOKi, südame-veresoonkonnahaiguste ja depressiooni diagnoosiga patsiente. Programm on olnud seni vabatahtlik, liituda võib ka osaliselt (nt ainult diabeedi jälgimisega). *Data Capture* annab praktilisele individuaalset tagasisidet ning võimaldab praktiliseid omavahel võrrelda. Näidatud on selle positiivset mõju muidu tähelepanuta jäävate patsientide aktiivsemale meditsiinilisele käsitlusele. Teiseks programmiks on DANPEP, mis on patsientide tagasisideküsimustik. Ka selle puhul saab perearst individuaalselt tema tulemusi hõlmava ja teiste praksistega võrdlusi käsitleva tagasisidearvustuse. Kvaliteedi parandamine on iga perearsti enda korraldada. Piirkondadepõhiselt korraldatakse eraldi kvaliteedi tagamise ettevõtmisi, kuid ühtset riiklikku süsteemi ei ole (113–115).

Näide DAK-E süsteemist. DAK-E võimaldab koguda andmeid patsientide tervisetulemi näitajate kohta, hiljem anda perearstidele tagasisidet kogutud andmete kohta süstematiseeritud vormis, koostada erinevaid kvaliteediaruandeid, jälgida kroonilisi haiged ja nende tervisetulemit ajaperioodis ning tuvastada riskipatsiendid oma nimistus, jälgida nende tervisetulemit ja kutsuda neid vastuvõtule.

Sentinel Datafangst

Patients with Diabetes M

Benchmark page 1

Benchmark page 2

Patients with Diabetes Mellitus. (Constructed/anonymous name list)

51 patients out of 1797 patients (2.8 %)

Data extracted: Tuesday 10 April 2012 10:42:14

How to read data

Improve quality

Print this page

First Name	Personal id	Age	HbA1c	Treat-ment given as	S-Chol	U-Alb	Lipid lower*	ACE/ Ang II inhib*	BP	Drugs for BP	BMI	Smok-ing	Last GP	Re-spons-ability	Birth month	Last annual control
Allan	301072-xxxx	39	7.1	p	4.5↑	*			110/85	0	24	yes	bt	GP	10	23 nov 2011
Anders	031049-xxxx	62	7.1↑	p	4.7↓	4.9	yes	yes	135/75	1	24	yes	bt	GP	10	14 dec 2011
Bente	221139-xxxx	72	6.0↓	p	6.1	31.2	yes	yes	175/95	3	36	no	bt	GP	11	28 okt 2011
Birgit	060840-xxxx	71	8.5↑	i	6.8↑	*	yes	yes	124/77	2		no	bt	GP	8	19 aug 2011
Birthe	090459-xxxx	53	4.6↓		4.2↑	10.3			140/80	0	37	no	bt	GP	4	18 maj 2011
Bjarne	231175-xxxx	36	6.8↓		7.1↑	*			134/98	0	27		bt	hosp	11	
Camilla	251173-xxxx	38		p			yes	yes	151/98	3			bt	hosp	11	
Carsten	230933-xxxx	78	7.4↑	p	5.1	*	yes	yes	140/85	2	23	no	bt	GP	9	22 aug 2011
Charlotte	121025-xxxx	86	6.0↓	p	5.1↓	26.0	yes	yes	164/86	2	36	no	bt	GP	10	28 okt 2011
Christian	130137-xxxx	75	10.2↑	p	3.9↑	*	yes	yes	140/80	3	32	yes	bt	GP	1	26 maj 2009
Claus	280139-xxxx	73	7.0↑	p	5.3↑	17.3		yes	150/90	3	34	no	bt	GP	1	10 feb 2012
Erik	190637-xxxx	74	6.1↓	p	5.7↓	3.4		yes	105/70	1	32	no	bt	GP	6	29 jun 2011
Finn	141141-xxxx	70	6.8↑		4.2↓	58.3	yes	yes	140/78	3	34	no	bt	GP	11	17 nov 2010
Flemming	110143-xxxx	69	6.6↓		4.6↑	*	yes	yes	149/94	1	26	no	bt	GP	1	25 jan 2012
Hanne	130435-xxxx	76	7.8↑	p	2.0↓	16.1	yes	yes	122/87	2	37	no	bt	GP	4	28 mar 2012
Helle	031241-xxxx	70	6.9↑		3.4↑	34.5	yes	yes	137/81	2	32	no	bt	GP	12	21 mar 2012
Henning	070154-xxxx	58	5.7↓		4.4↑	*	yes	yes	132/94	1	28	no	bt	GP	1	16 feb 2011
Hennik	261128-xxxx	83	8.4↑	i	4.8↑	8.7		yes	160/110	3	30	no	bt	GP	11	26 sep 2011
Jan	050343-xxxx	69	6.2↑	i	3.7↑			yes	134/71	1	22		bt	hosp	3	
Jens	220656-xxxx	55	6.6↑	i	4.7↑	4.3	yes		130/90	0			bt	hosp	6	
Jesper	020942-xxxx	69	6.2↓	p	5.3↓	6.4	yes	yes	140/75	1	20	no	bt	GP	9	23 sep 2011
Jette	090257-xxxx	55	5.3↓		5.1↑	4.6	yes		132/94	0	21	yes	bt	GP	2	2 mar 2012
Jytte	180441-xxxx	70	6.3↓		4.8↓	*	yes	yes	134/78	2	25	yes	bt	GP	4	27 apr 2011
Jørgen	140567-xxxx	44	6.1↑	p	4.5	0.4	yes	yes	150/90	2	39	yes	bt	GP	5	27 maj 2011
Kim	030221-xxxx	91	5.7↑		4.1↓	14.5			130/75	0	20	no	bt	GP	2	31 mar 2011

↑ Has received a prescription within the last 2 years.

A star * indicates that measurement is made, but the result is not usable.

An arrow shows that there has been a change in the measured value since the previous control, green arrow indicates improvement while red arrow indicates worsening.

All personal names in this demo are constructed

* Has received a prescription within the last 2 years. A star * indicates that measurement is made, but the result is not usable.
 An arrow shows that there has been a change in the measured value since the previous control, green arrow indicates improvement while red arrow indicates worsening.
 All personal names in this demo are constructed

Sageli rakendatakse kvaliteeditasu või *pay for performance* (P4P) süsteemi just stimuleerimaks krooniliste haigete paremat käsitlust ja on leitud ka, et see annab olulise tulemuse paranemise erinevates kliinilistes näitajates, kaasa arvatud patsiendi hinnangus nii perearstile kui ka abi organiseerimisele (116). Inglismaa näitel on leitud, et kroonilise neeruhaiguse spetsiifiliste indikaatorite lisamine nende kvaliteedisüsteemi (QOF) parandas antud haigete vererõhu kontrolli, samal ajal suurenes väljakirjutatud antihüpertensiivsete ravimite hulk, mis tõstis ka kulutusi ravimitele. Haigete elulemuse näitajate kohta veel tulemusi avaldatud ei ole (117).

Krooniliste haiguste jälgimise indikaatoreid on nii Inglismaa, Austraalia, Kanada, Hispaania, Ungari, Itaalia, Läti, Leedu kui ka USA P4P süsteemides (tabel 4). Kvaliteeditasu suurus erinevates maades varieerub 2–25% vahel. Siiski on see valdavalt 6–10% kogu perearstikeskuse sissetulekust.

On leitud, et tervishoiutöötajate jaoks on siiski tähtsad rahalised stiimulid. Lihtsalt tagasiside pakkumine ning võrdlused teiste tervishoiuteenus osutajatega omavad ka teatud mõju, aga pigem mõõdukat, aeglasemalt toimivat, küll aga samal ajal püsivat. Samas on oluliste muudatuste sisseviimisel rahalisel stimulatsioonil üsnagi oluline roll. Lisandväärtus on ka reputatsioonil põhinevatel stiimulitel, näiteks tulemuste avalikustamine internetis.

Rõhutatakse siiski, et kui krooniliste haiguste jälgimist tasustada, siis peaks olema täidetud ka järgmised tingimused (118):

- Peaks olema võimalik stratifitseerida patsiente riski alusel ning vastavalt sellele kohandada tasustamine, nt pearaha diferentseeritus. Samal ajal peaks olema võimalik jälgida iga patsiendi kliiniliste andmete paranemist ajas. Finantseerimine peaks lähtuma tulemuste paranemisest ja mitte niivõrd mingi ühe ja ühise taseme saavutamisest.
- Ravijuhendite ja kokkulepete olemasolu ja nende integreeritus igapäeva töökeskkonda
- Pigem on soovitatavad protsessipõhised indikaatorid, mille valikul peaks lähtuma aga nende olulisest seosest tulemuse paranemisega. Tulemusindikaatoreid ei soovitata seetõttu, et tervisetulemi mõjutajaid on väga erinevaid ja tervishoid on vaid üks paljudest.
- Patsiendi enesetõhususe ja motiveerimise printsiibid ja programmid peaksid olema süsteemi lahutamatu osa, samuti on tähtis piisava hulga tervishoiupersonali olemasolu ning eri tasandite koostöökokkulepped.

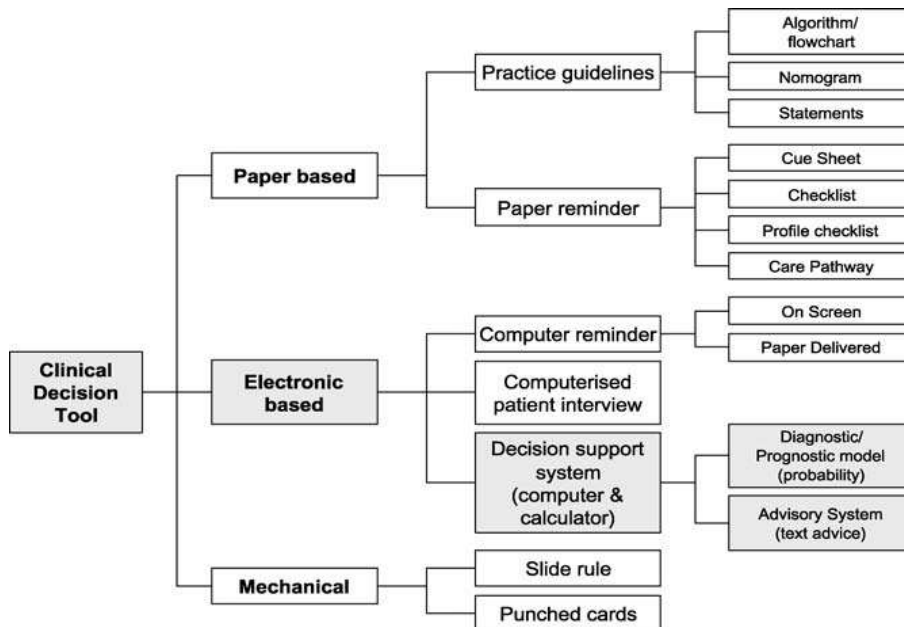
Kroonilised haigused ja otsustustugede süsteem

Krooniliste haiguste parema jälgimise tagab paljude maade kogemuse ja uuringute tulemusel otsustustugede olemasolu. Põhimõtteliselt on võimalikud järgmised otsustustoad:

1. Tugi, mis aitab kliiniliste otsuste langetamisel arsti ja/või patsienti ja põhineb üldistel kohalikel epidemioloogilistel andmetel, mitte niivõrd patsiendi enda andmetel.
2. Tugi, mis kasutab patsiendi terviseandmeid ning tema enda teadmisi ja ootusi ning aitab just talle suunatud individuaalse otsuse tegemisel.

Ühe võimaliku kontseptsiooni on välja pakkunud J. Liu koos kaasautoritega 2006. a (joonis 7) (118). On näha, et otsustustugesid on tema poolt käsitletud väga mitmekesiselt, kaasa arvatud ravijuhiste ja algoritmide olemasolu ja rakendamine igapäevakeskkonnas, samuti meeldetuletussüsteemid, arvutil põhinevad patsientide küsitlemised, skriininginstrumendid,

nõuandvad programmid, prognostilised mudelid jne. Need võivad olla nii elektroonilised kui ka paberkandjal või väljatrükitavad ja patsientidele kaasa antavad.



Joonis 7. Kliiniliste otsusetugede kompleksne käsitus (Liu jt, 2006)

Väga mitmed riigid on investeerinud krooniliste haigete käsitlemiseks e-platvormide arendamisse: Kanada, Taani, Inglismaa, Austraalia, Prantsusmaa, Hispaania (Baskimaa). Eesmärkideks on olnud patsiendi parem kaasatus ja informeeritus, seega sisaldab platvorm ka patsiendi harimise mooduleid; teenuse parem kvaliteet; ravijuhendite parem järgimine ning ka parem ravi integreeritus.

Näiteks diabeedi puhul tuletab süsteem meelde, et patsiendil tuleks proaktiivselt mõõta seerumi glükosüleeritud veresuhkru taset, kolesteroolitaset, hinnata jalgade tundlikkust, troofiliste nahakahjustuste esinemist, silmapõhju, teatud toitumissoovitusi, liikumisalaseid soovitusi, annab infot vajalike ravimite kohta, samuti soovitab ravimite doseerimist, toob välja võimalikke interaktsioone, patsiendile vajalikke juhendmaterjale. Samuti on süsteemis vajalikud algoritmid edasisuunamiste, vajalike kontaktide ja patsiendi kulgemise kohta tervishoiusüsteemis. Kindlasti on süsteemi üheks osaks tagasiside teenuse osutajale, mis võimaldab tal ise teha kokkuvõtteid osutatud teenuse kvaliteedi kohta ning võrdlusi ravijuhenditega aga ka näiteks teiste perearstide keskmiste tulemustega (105).

Üheks oluliseks probleemiks peetakse mitme haiguse koosesinemist, eriti üle 60–65aastaste patsientide hulgas. Seetõttu on üha suurem vajadus selliste käsitluste/ravijuhendite järele, mis võtaks arvesse mitme haiguse samal ajal koosesinemist ja nende integreerimist otsustustugede näol ka perearstide töökeskkonda. Keerukamaks teeb selle veel ka asjaolu, et

patsiendid on erinevate haiguste koosinemise mõttes individuaalsed, st võimalikud on paljud erinevad kombinatsioonid.

Perearstiabi kvaliteedisüsteem Eestis

Perearstide kvaliteedisüsteem on osa haigekassa tegevustest kvaliteedi arendamisel, mis käivitati Eesti Perearstide Seltsi initsiatiivil ja koostöös haigekassaga 2006. a. Praeguseks on välja töötatud 18 kvaliteediindikaatorit, neist haigusi ennetava tegevuse indikaatoreid on 3 ja krooniliste haigete jälgimise indikaatoreid 15. Nendele lisandub kolmanda osana erialast lisapädevust näitavad tegevused (pisikirurgia, normaalse raseduse jälgimine ja günekoloogilised läbivaatused) ning erialane jätkukoolitus. Indikaatorite täitmine kas 100% või 80% ulatuses tähendab, et perearstile makstakse lisaks pearahale jt tavatasudele n-ö kvaliteeditasu.

Perearsti kvaliteedisüsteemi tugevad küljed:

1. Kvaliteedi hindamise protsess, põhimõtted ja kriteeriumid on arendatud välja koostöös Eesti Perearstide Seltsiga ning igal aastal toimuvad regulaarsed arutelud uute indikaatorite lisamise ja tulemuse saavutamise kriteeriumite üle.
2. Alates 2015. a on süsteem kohustuslik kõigile perearstidele, kuni 2014 oli see vabatahtlik. Siiski oli 2014. aastal vabatahtliku süsteemiga liitunud juba 97% perearstidest.
3. Kvaliteedisüsteem võimaldab perearste sõltuvalt töö tulemuslikkusest diferentseeritult tasustada. Süsteemiga liitunud perearstil on uuringufond suurem, kuni 2015. aastani oli see 32% võrreldes tavapärase 27%-ga, alates 2015. aastast on uuringufond 37–45%, sõltuvalt tulemuse saavutamisest.
4. Indikaatoritepõhine süsteem annab perearstile võimaluse oma tegevust analüüsida. Iga aasta kolmandas kvartalis annab haigekassa perearstile tagasisidet möödunud perioodi (9 kuu) tegevuse kohta (kvaliteedikriteeriumite senine täitmine). Aasta lõppedes antakse tagasisidet uuesti.
5. Perearstide tulemused avaldatakse haigekassa veebilehel, mis annab igale perearstile võimaluse võrrelda oma tulemusi teistega.
6. Indikaatorite arvutamine põhineb raviarvetel ja on püütud perearstile teha võimalikult lihtsaks, sest arvetele tuleb lisada küll täiendavad koodid, kuid lisaaruandeid esitama ei pea.

7. Kvaliteedisüsteemis osalemine on suurendanud õdede rolli perearsti meeskonnas, sest üheks indikaatoriks on krooniliste haigete pereõepoolne nõustamine. Aastate jooksul on õdede nõustamiste arv rohkem kui kolmekordistunud (vt ka joonis 5) ja eriti oluline on tõus just kvaliteedisüsteemiga liitunud perearstikeskustes. Lisaks on paljudes perearstikeskustes aktiveerunud patsientide tervisekontrollile kutsumine.

8. Positiivse näitena võib välja tuua ka selle, et on liigutud üksikute tegevuste mõõtmiselt rohkem komplekssemate tegevuste hindamisele, nt II tüüpi diabeedihaigetele osutatud koguteenuste hindamisele, diabeedi, hüpertensiooni ja müokardi infarkti ravimiseks vajalike ravimite väljakirjutamisele jne.

9. Eesti enda uuringutulemused on näidanud, et kvaliteedisüsteemis osalemine on mõjutanud positiivses suunas laste vaktsineerimistega hõlmatust, seega on olulise rahvatervise eesmärgi täitmine paranenud.

10. 2015.–2016. aastal on jõutud kokkuleppeni, et kvaliteedisüsteemi lahutamatu osa on ka perearstipraksiste organisatsiooni kvaliteet ja et kollegiaalsel hindamisel põhinevad perearstikeskuste akrediteerimise hinnangud lähevad arvesse ka kvaliteeditasu maksmisel. Uuringud on näidanud, et kliiniline kvaliteet on olulises seoses töö organisatsiooniga ja sisemise töö kultuuriga, mistõttu arvestades tõsiasja, et perearstid on valdavalt ettevõtjad, kes oma tööd ise korraldavad, on selline uuendus kvaliteedisüsteemis oluline ja märgilise tähendusega.

Perearsti kvaliteedisüsteemi miinused koos ettepanekutega parandamiseks:

1. Tehtud uuringute ja läbivaatuste hindamise kõrval võiks hinnata ka seda, kuivõrd on diabeedi ja kõrgvererõhktõve ravimite määramise järel paranenud ravitulemus, näiteks, diabeedi puhul glükosüleeritud veresuhkru väärtused ja kõrgvereõhktõve puhul vererõhu väärtuste langus. Kindlasti on sellise indikaatori tekitamine tehniliselt keerukas, lisaks võib patsienditi olla eesmärkväärtus erinev (eakamad, mitmete erinevate koosinevate haigustega patsiendid jne), samas annab see hinnangu terviklikule lähenemisele, mis on ka kvaliteetse tervishoiuteenuse üheks eesmärgiks. Näite sellisest jälgimissüsteemist võib tuua Taanist, kus Eesti esindajatel oli võimalus käia ja vastavat krooniliste haiguste jälgimise programmi ka näha (kirjeldus eespool). Sama näidet võib rakendada ka teiste krooniliste haiguste puhul, nagu hüpertooniatõbi, südame isheemiatõvega (müokardi infarkti läbi põdenud) patsient jt. Taani näite puhul registreeriti iga diabeedihaige puhul eesmärkväärtus, mille suunas ravimisega liiguti. Perearstil oli võimalik pidevalt dünaamiliselt hinnata tegeliku ja eesmärkväärtuse vahet.

2. Lisatasu maksmisel on kaks taset: 100% kriteeriumite täitmine ja üle 80% kriteeriumite täitmine. Perearstile tasutakse kvaliteeditasu piirhinnast koefitsiendiga 0,8, kui haigusi ennetava tulemusliku töö kriteeriumidest ja krooniliste haigete jälgimise tulemusliku töö kriteeriumidest kokku on täidetud vähemalt 80%. Need perearstid, kelle tegevus jääb alla 80% taseme, kvaliteedisüsteemis lisatasu ei saa. Vääriks kaalumist ka kolmanda taseme lisamine (60–79%) selleks, et tõsta perearstide motiveeritust ja väärtustada tehtut (Inglismaa näide, kus tasemeid on mitu). Eriti oluliseks saab lisataseme kokku leppimine uute kompleksindikaatorite lisandumisel, sest sel juhul on kõrgemate tasemetega saavutamine oluliselt raskem ja võib vähendada perearstide ja pereõdede motivatsiooni.

3. Lisatasuga peaks premeerima tulemuse paranemist, mitte ainult kõrgeid tulemusi. Seega, baastase, kust alustati, on samuti oluline, eriti kui silmas pidada seda, et paljud perearstidest töötavad piirkondades, kus elanikkonna sotsiaal-demograafiline taust on keerukam, terviseteadlikkus väiksem ja seetõttu tulemuse saavutamine oluliselt raskem.

4. Kui teatud indikaatorite puhul on saavutatud enamike perearstide hulgas maksimaalne võimalik tase, mis on eelnevalt kokku lepitud, siis peaks vastava indikaatori välja vahetama mõne teise indikaatori vastu.

5. Kvaliteedisüsteemis osalemine on toonud kaasa töökoormuse kasvu. Kvaliteedisüsteemiga liitunud perearstidel on oluliselt rohkem visiite iga nimistusse kuuluva isiku kohta ja liitunud perearstikeskustes on visiitide arv ühe pereõe kohta kuni kolm korda suurem. Samas ei ole seost, et sagedasem arsti juures käimine elanikkonna tervisenäitajaid parandaks. Esialgsetel uuringu tulemustel (Merilind E jt 2016), ei ole vähenenud ka krooniliste haiguste jälgimise süsteemis oluliselt patsientide hospitaliseerimise näitajad ning eriarsti visiitide arv (119). Selline tulemus võib ühest küljest viidata sellele, et tulemuse saavutamiseks kaasatakse eriarstiabi selleks, et analüüse ja uuringuid teostada. Oma teadustöös leidis E. Merilind ka seda, et mida enam oli kroonilisi haigeid nimistus, seda väiksema tõenäosusega hea tulemus kvaliteedisüsteemis saavutati (*Merilind E jt. Payment for performance of Estonian family doctors and impact of different practice and patient related characteristics on a good outcome: a quantitative assessment. Submitted and accepted for the publication in Medicina*).

Kas selline visiitide arvu kasv mõjutab ka tervisenäitajaid positiivses suunas, on veel vajalik eraldi uurida. Igal juhul on vajalik aga arvestada töökoormuse suurenemisega.

6. Kvaliteedisüsteemis jälgitavate krooniliste haigustega patsientide hulka lisatakse patsiendid, kui vastava haiguse diagnoos on esinenud raviarvel eelneva aasta jooksul. See aga tingib olukorra, kus juhuslikult või diagnoosimise protsessis veel hüpoteetilise diagnoosiga patsient satub kvaliteedi jälgimise protsessi, millest väljumine pole enam võimalik ka siis, kui diagnoos ei ole hilisemalt kinnitunud. Taani kolleegide näitel kinnitavad nad patsientide nimekirjad, keda jälgitakse, siiski ise, välistades sellega ka näiteks need

patsiendid, kes on jälgimisel ainult eriarsti juures (komplitseeritud juhtumid) ja ka need, kes on süsteemi sattunud ekslikult.

7. Veel enam peaks liikuma patsiendile oluliste tervisetulemite hindamise suunas, kaasa arvatud ravitegevuse ohutus ja kättesaadavus. Kuidas neid indikaatoreid registreerida ja jälgida, peaks olema edaspidiste arutelude teema. Lihtsam on antud indikaatoreid hinnata praksise visiitide käigus ja vestlustes perearstipraksise töötajatega. See tähendab, et praksise kui organisatsiooni kvaliteet peaks muutuma tasapisi lahutamatuks kvaliteedi osaks ja ka tähtsusele võrreldavaks kliiniliste indikaatorite hindamisega. Selle suhtes on positiivseid samme juba astutud.

Kollegiaalne hindamine/akrediteerimine peremeditsiinis

Perearstipraksiste kvaliteedijuhise andis välja Eesti Perearstide Seltsi 2009. a. nii eesti kui vene keeles ja see kirjeldab, kuidas organiseerida perearstipraksiste tööd parimal viisil järgmistes valdkondades: 1. Perearstiabi kättesaadavus, 2. Praksise organisatsioon, 3. Kliinilise töö kvaliteet, 4. Perearstikeskus kui õpetamise ja teadustöö baasasutus.

Käsiraamatu baasil töötas Eesti Perearstide Selts välja praksiste kaheastmelise akrediteerimise süsteemi. See süsteem on vabatahtlik, kuid enesehindamise tegi aastatel 2009/2010 läbi 79 perearstipraksist ning aasta hiljem 109 perearstipraksist (perearstipraksiste koguarv Eestis 468).

Esimene aste tähendab praksiste enesehindamist etteantud struktuuri kohaselt ja see enesehindamine täidetakse elektroonilises keskkonnas Svoog (www.perearstiselts.ee). Võrreldes oma praksise organisatsiooni ja tegevust etteantud indikaatoritega kujunevad eelhindamisel hinded A, B, C. Perearstide selts korraldab kõikides praksistes, kes enesehindamisel on saanud A taseme, kollegiaalse hindamise läbiviimise (teine aste) spetsiaalse protokollil alusel, mis allkirjastatakse nii hindajate kui hinnatavate poolt.

Kollegiaalse hindamise meeskonda on kuulunud üks perearstide seltsi esindaja ja teine liige on tavapäraselt väljastpoolt (kas ülikoolist, haigekassast, sotsiaalministeeriumist või rahvusvaheline ekspert). Need perearstikeskused, kes on saanud kahel hindamisel järjest A taseme hinnangu ja see tase on kinnitunud ka hindajate visiidil, ei pea läbima hindamise protsessi kahel järgneval aastal, et A taseme hinnangut säilitada. Kõiki A taseme perearstipraksiseid auhinnatakse spetsiaalse auhinnaga Eesti Perearstide Seltsi sügiskonverentsil. 2011. aastal tänas A taseme saavutanud perearstikeskuseid president Toomas-Hendrik Ilves.

Süsteemi plussid:

1. Arendati välja Eesti Perearstide Seltsi initsiatiivil ja initsiatiiv püsib.
2. Huvi hindamise vastu kasvab, vaatamata protsessi vabatahtlikkusele.
3. Aasta-aastalt on suurenenud A taseme saavutanud perearstipraksiste arv – kui 2011. a oli A-tasemel 24, siis 2014. a juba 40 perearstipraksist.
4. Koostöö auditeerijate osas on nii haigekassaga kui ka terviseametiga, kaasatud on ka rahvusvahelised eksperdid (kolleege Soomest).
5. Perearstipraksise kvaliteedi hindamine on saanud avalikkuse tähelepanu ja heakskiidu (iga-aastaselt avaldavad auhinnatud perearstikeskuste nimekirja suuremad päevalehed).
6. Alates 2016. aastast on perearstipraksiste akrediteerimine hindamine üheks kohustuslikuks osaks kvaliteedisüsteemis.

Süsteemi miinused ja sellest lähtuvad ettepanekud

1. Kuigi osalejate arv on tõusnud aastate jooksul, läbisid hindamise protsessi vaid 1/4–1/3 perearstipraksistest. Vaatamata sellisele arvule, oli iga-aastase hindamise korraldamine perearstide seltsile töömahukas, sest seda teostasid hindajad, kelleks valdavalt olid perearstid, oma igapäevase töö kõrvalt ja olulise lisafinantseerimiseta.
2. Tunnustuse said seni vaid A-taseme perearstikeskused, mis tõstis esile kõige paremad, mis on ühest küljest mõistetav, samas aga väärilis tunnistamist ka areng, mitte vaid kõrgeima taseme saavutamine. Võiks kaaluda ka akrediteerimisel vähemalt kahe taseme (A- ja B-tase) tunnistamist, mis taaskord soodustaks perearstikeskuste motiveeritust arenguprotsessis osalema. C-taseme keskustele peaks pakkuma võimaluse saada supervisiooni, kui keskusel on huvi saada hindajatelt ideid ja vahetada kogemusi oma praksise töökorralduse paremaks muutmiseks.
3. Hindamise üheks oluliseks osaks on nii Taani kui Inglismaa süsteemis sisuline tagasiside andmine ning supervisioon. Mõlemaid neist peetakse kvaliteedi arendamise seisukohalt määravaimaks. Need komponendid Eesti perearstipraksiste akrediteerimises praegu puuduvad, aga lähitulevikus tuleks välja arendada.
4. 2016. aastast, kus eelhindamise protsess on muutunud kvaliteedisüsteemi lahutamatuks osaks võib muutuda problemaatiliseks nii inim- kui ka rahalise ressursi leidmine perearstikeskuste külastamiseks ja hindamise läbiviimiseks. Antud süsteem ei ole jätkusuutlik kui see toetub vaid entusiasmile. Näiteks Taani ja ka Inglismaa kogemus näitab, et hindajate meeskonnad vajavad ka regulaarseid koolitusi ning nii hindamise protsessi läbiviimise ja tagasiside andmise/supervisiooni finantsilist stimuleerimist.

Perearstide ja pereõdede pädevuse hindamine: rahvusvaheline kogemus ja võimalikud tulevikusuunad Eestis

2013. a novembris kiitis Euroopa Nõukogu heaks EL direktiivi 2005/36/EC täiendustepaneku 883/2 2011, mille kohaselt EL liikmesriigid peavad regulaarselt iga 5 aasta tagant esitama avaliku raporti Euroopa komisjonile, kuidas vastavas liikmesriigis on korraldatud arstide ja õdede (eraldi tuuakse välja ka perearstid ja õed, kes töötavad esmatasandil) jätkukoolitus.

Eesmärgiks on seoses piiriülese patsientide ja tervishoiutöötajate liikumisega tagada juurdepääs kvaliteetsele ja ohutule arstiabile kõikjal EL liikmesriikides. Siiski ei ole nõuded resertifitseerimisele või erialase pädevuse pidevale hindamisele selles direktiivis otse sätestatud. Kuna erialase pädevuse hindamise praktika on eri maades väga erinev, aitaks teatud harmoneerimine kindlasti kaasa ka ühtlaselt heal tasemel piiriülese arstiabi osutamisele.

Euroopa Perearstide Õpetajate Akadeemia (EURACT) töörühm korraldas Eesti esindaja Ruth Kalda juhtimisel aastatel 2010–2012 Euroopa riikide esindajate seas küsitlusuuringu, mille eesmärgiks oli kaardistada hetkeseis perearstide resertifitseerimises/atesteerimises. Sellele küsitlusele vastas 38 esindajat 40-st EURACT-s esindatud riigist.

Selgus, et perearstide pädevuse hindamise süsteem on olemas 23 Euroopa riigis ja 15 riigis seda süsteemi ametlikult ei esine, mis aga ei tähenda, et perearstidele ei korraldataks täiendkoolitusi pideva erialase professionaalsuse säilitamise eesmärgil. Taani on siin üheks väga heaks näiteks, kus ametlikult pädevuse hindamise süsteem puudub, kus aga täiendkoolitusi organiseeritakse perearstidele regulaarselt ja need on täiesti vabad ka ravimifirmade mõjust, sest koolitused ja konverentsid korraldatakse ilma neid kaasamata. Pädevuse hindamise süsteemi ei ole ka Rootsis, Soomes, Kreekas, Portugalis, Küprosel, Itaalias ega Hispaanias.

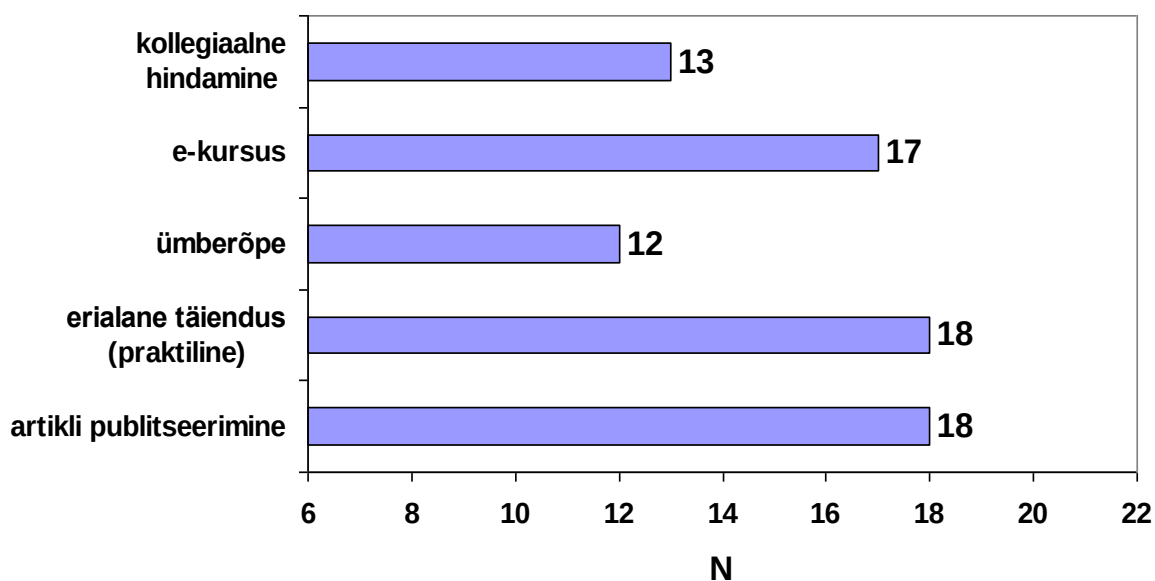
23 riigist, kus pädevuse regulaarne hindamise kord eksisteerib, on see kohustuslik 17-s, vaid kuues riigis on see vabatahtlik. Kohustuslik süsteem on pigem Ida-Euroopa riikides, aga ka nt Inglismaal, Prantsusmaal, Saksamaal.

Enamasti alustati regulaarse pädevuse hindamisega 2000. aastate alguses, aga nt Norras on pädevuse hindamine toimunud juba alates 1985. aastast. Resertifitseerimise perioodi pikkus on riigiti väga varieeruv: alates 1 aastast (Rumeenia, Malta) kuni 7 aastani (Sloveenia ja Serbia). Siiski on valdav 5-aastane pädevuse hindamise periood, nagu see on ka Eestis.

Enamasti on resertifitseerimise aluseks koolitustel kogutud täienduspunktid, mille vajaminev hulk on riigiti väga erinev, jäädes vahemikku 40–400 täiendusperioodi kohta. Arvestades täienduspunktide arvu ühe aasta kohta, on see vahemikus 11–80 punkti. Eestis on vajaminev punktide hulk aastas 60 ning 5-aastase perioodi kohta tuleb arstil koguda 300 täienduspunkti.

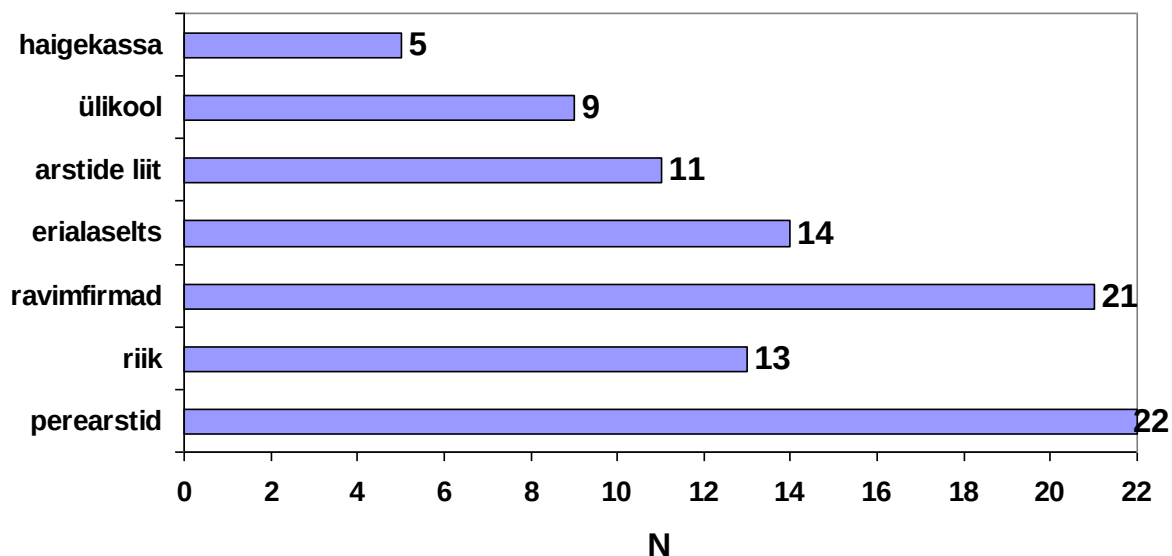
Kahes riigis – Inglismaal ja Šveitsis – on pädevuse hindamisel olulisel kohal lisaks täienduspunktile ka individuaalse õpimapi koostamine, individuaalsete õpivajaduste kirjeldamine ja enesehindamine ning praksise kui terviku õpivajaduste hindamine.

Lisaks koolitustele, konverentsidele, seminaridele, mis on traditsiooniliseks ja sagedasimaks koolituse vormiks ning täienduskoolituse punktide kogumise võimaluseks, on mitmes riigis võimalik saada täienduspunkte ka artikli publitseerimise eest, erialase praktilise täiendamise eest, kollegiaalsel hindamisel osalemise ja ka selle läbiviimise eest, ümberõppel osalemise eest (vt joonis 8). Neljas riigis on lisavõimalusteks veel ka osalemine ravijuhendite väljatöötamisel, auditis ja kvaliteediprotsessis (Eesti, Šveits, Inglismaa, Sloveenia).



Joonis 8. Muud võimalused täienduspunktide saamiseks lisaks loengutele, seminaridele ja konverentsidele. (Joonisel on toodud riikide arv, kus vastavad võimalused esinevad.)

Enamasti tasuvad täienduskoolituste eest perearstid ise (vt joonis 9). Ligikaudu pooltes riikides on täienduskoolituse tasu arvestatud perearstide sissetuleku sisse, aga väga paljudes riikides katavad suure osa täienduskoolituste kuludest ikkagi ka ravimifirmad, eriaseltsid ise või ka riik.



Joonis 9. Koolituste ja täienduste eest tasujad erinevates Euroopa riikides (joonisel on esitatud riikide arv)

Huvipakkuvaks küsimuseks on alati, et mis juhtub, kui perearst läbib või ka ei läbi resertifitseerimist.

Nendes riikides, kus resertifitseerimine on kohustuslik, on see valdavalt seotud uue litsentsi saamisega: Bosnia ja Hertsegoviina, Serbia, Horvaatia, Sloveenia, Holland, Inglismaa, Moldova, Ukraina, Rumeenia, Venemaa. Teistes riikides saadakse lihtsalt resertifitseerimise tunnustus. Lisaks on neljas riigis seotud see veel ka teatud rahalise boonusega (Eesti, Makedoonia, Norra, Belgia).

Kui perearst ei läbi resertifitseerimist, siis enamasti saab ta lisaaja täiendpunktide kogumiseks. 8 riigis kaotab perearst ajutiselt ka litsentsi (nt Horvaatia, Serbia, Rumeenia, Ukraina). Selleks ajaks peatub ajutiselt arsti võimalus praktiseerida iseseisvalt.

Seitsmes riigis saadetakse perearst eksamile, milleks enamasti on suuline vestlus kombineerituna kirjaliku testiga, või ka lihtsalt vestlus komisjoniga.

Kuna nii sellest uuringust kui ka mõnest teisest sarnasest varasemast uuringust selgub, et Euroopas on pädevuse hindamisel väga suured erinevused, domineerivad pigem passiivsed õppevormid, mille seost töö kvaliteedi paranemisega ei ole tõestatud, ning ravimifirmadel on endiselt väga suur mõju perearstide koolituse läbiviimisele, võtsid EURACT ja UEMO (European Union of General Practitioners/Family Doctors) 2013. a vastu ühise seisukoha, mis sätestab järgmised punktid:

- Erialane pidev täiendamine on patsiendi ohutuse ja kvaliteetse arstiabi osutamise seisukohalt väga oluline.
- Parimaid liikmesriikide praktikaid tuleks selle eesmärgi saavutamiseks jagada.
- Jätkukoolitustel osalemine peaks olema läbipaistev (info kättesaadav) vajalikele osapooltele.
- Tervishoiusüsteemid peaksid tagama perearstidele nii aja kui ka rahalised ressursid enesetäiendamiseks.
- Rahalised ressursid peaksid olema piisavad ning moodustama perearstide lepingust (finantseerimissüsteemist) lahutamatu osa.
- Täienduspunktide harmoneerimine on vajalik: 1 punkt= 1 tund = 60 minutit.
- Täienduskoolituste sisu peab olema kontrollitud ja koolitusvajadus algatatud perearstide erialaselt poolt.
- Täienduspunktide kogumine peaks põhiliselt teostuma läbi aktiivse tegevuse ja enesearendamise.
- Kvaliteedialane tegevus peaks olema osa enesetäiendusest.
- Nii õpetamine kui ka teadustegevus peaksid olema väärtustatud täienduspunktide andmisel (maht jääks iga riigi enda otsustada).
- Täienduskoolitused ja muu aktiivne arendustegevus peaks toimuma ilma väliste huvideta (ravimifirmad, kindlustuskompaniid jms). Kui see pole alati võimalik, siis vähemasti sisu peab olema sõltumatu ja perearstide endi kontrollitud.
- Õpetamine ja juhendamine peaks olema tunnustatud kui erialase enesetäiendamise üks võimalus.
- Resertifitseerimise protseduur peaks olema ja jääma erialaseltside vastutada ja kontrollida.

Lähtuvalt eeltoodud seisukohtadest ning Eestis arstide pädevuse hindamise vallas algatatud diskussioonidest, on Eesti Perearstide Selts koostöös TÜ peremeditsiini õppetooliga teinud samuti perearstide pädevuse hindamise protseduuris olulisi muudatusi, mida on põhjalikult kirjeldatud ka ajakirja Perearst 2015. a detsembrinumbris.

Muudatuse vajaduse tingib esmalt see, et üha enam liigutakse Euroopas passiivselt koolitustel osalemiselt aktiivse tegevuse ja enesearendamise poole, mis sisaldab endas ka kohustuslikku kvaliteedialast tegevust. Teisalt oleme juba aastaid arendanud välja veebilahendusel põhinevat täienduspunktide kogumise võimalust ning väga palju perearste sel teel oma resertifitseerimise dokumendid ja aruanded juba esitabki.

EPS ja resertifitseerimise komisjon on jätkuvalt seisukohal, et pädevuse hindamise süsteem peaks jääma vabatahtlikuks, pigem tuleks kasutada „präänikumeetodit“ selleks, et kaasata paremini neid, kes selles protsessis ei osale (nt kvaliteeditasus pädevuse hindamise

komponendi tähtsuse suurendamine, kas tehes see eeltingimuseks kvaliteeditasu saamisel või siis oluliselt suuremas rahalises komponendis kui see on täna). Lisaks võib kasutada Inglismaal kasutusel olevat „järelaitamise“ süsteemi, kus teatud hulk perearste on spetsiaalselt koolitatud ja tasustatud kui mentorid/superviisorid, kes külastavad ja annavad konstruktiivset tagasisidet (360° tagasiside) neile, kes pädevuse hindamist ei läbi (Eesti puhul siis ka neid, kes selles ei osale). Eestis oleks vajalik läbi mõelda ja tekitada selleks sobiv tasustamise süsteem, sest praegu toimiv „entusiasmipõhine“ hindamine ei ole jätkusuutlik. Samuti nõuab aktiivne kaasamine ja kolleegide hindamine palju enam inim- ja ajaressurssi kui praegu ning seetõttu peaks olema tagatud tasu nendele perearstidele, kes on valmis kaasa lööma hindajatena ja/või mentoritena. Lisaks peab arvestama ka sellega, et hindamist ja mentoritööd ei ole võimalik teha täiskoormusega perearsti töö kõrvalt, ja seetõttu võiks olla teatud hulk perearste, kes töötavad osalise koormusega perearstina ja teatud koormusega mentoritena.

Kokkuvõtteks:

Eesti perearstide kvaliteedi hindamise süsteem on oma sisult üsna sarnane mitmes teises Euroopa riigis oleva süsteemiga (Inglismaa, Portugal, Sloveenia, Ungari jt). Keskmisest väiksem on aga Eestis kvaliteeditasu komponendi osakaal kogu finantseerimisest. Keskmiselt jääb see teistes võrdluseks toodud riikides 6–10% vahele. Enamasti rõhutatakse kvaliteedialases kirjanduses seda, et finantseerimine peaks lähtuma tulemuste paranemisest ja mitte niivõrd mingi ühe ja ühise taseme saavutamisest. Sellist lähenemist võiks kaaluda ka Eestis, sest nimistud on erinevad ning mitmed uuringud, kaasa arvatud Eestis E. Merilinnu ja kaasautorite poolt tehtud, näitavad, et tulemuse saavutamine sõltub üsna oluliselt sellest, kui suur on nimistus krooniliste haigete osakaal ning ka nimistu struktuurist üldisemalt. Teine võimalus on tuua kahele praegu eksisteerivale tasemele juurde ka kolmas tase ehk 60% saavutamine võimalikust maksimumist.

Ravikvaliteedi parendamise eeltingimuseks peaks perearstidel olema võimalik jälgida iga patsiendi kliiniliste andmete paranemist ajas. Selleks peab panustama krooniliste haigete käsitlemiseks e-platvormide arendamisse, mis võimaldavad perearstidel jälgida kroonilisi haigeid ja nende tervise tulemit ajaperioodis ning tuvastada riskipatsiendid oma nimistus, jälgida nende tervisetulemit ja kutsuda neid aktiivselt vastuvõtule, kui nad ei ole seda teinud (nn meeldetuletussüsteem). Antud e-platvorm peaks võimaldama saada perearstidel ka tagasisidet kogutud andmete kohta süstematiseeritud vormis ning koostada kvaliteediaruandeid. Teiste maade kogemus näitab seda, et kvaliteedi tagamiseks on oluline ravijuhendite ja kokkulepete olemasolu ja nende integreeritus igapäeva töökeskkonda nii, et seda oleks hõlbus vajadusel kasutada. Lisaks ravijuhenditele ja kokkulepetele ning e-platvormile, mis võimaldavad näha patsientide andmeid ajateljel, on kliiniliste otsustusprotsesside ühtlustamiseks ning patsientidele võimalikult personaalse lähenemise tagamiseks vajalik kliiniliste otsustustugede süsteemi olemasolu. Parimaks on otsustustoed, mis kasutavad patsiendi terviseandmeid ning

võtavad arvesse patsiendi enda teadmisi ja ootusi ning ka patsiendi taustaandmeid. Süsteemi lahutamatuks osaks peaks välja töötama patsiendi enesetõhusust toetavad programmid. Perearstidel peaks olema ka võimalus patsientide nimekirju ise kontrollida ning lülitada nimekirjadest välja need patsiendid, kes ei kuulu perearsti jälgimisele, kellele ei ole kokkulepitud tegevusi mõistlik rakendada mingite välistavate kriteeriumide tõttu (nt terminaalstaadiumis raske haigus; kaasuv mentaalne haigus, mis teeb koostöö võimatuks jne).

Perearstide kliiniline tegevus on lahutamatu osa praksise korraldusliku töö aspektidest (*management*), seetõttu peab pädevuse hindamisel arvestama ka seda osa igapäevatööst. Pädevuse hindamine ei ole seega enam vaid teoreetiliste koolituspunktide kokku lugemine ja seetõttu on see ka palju ressursikulukam kui seni. Võimalused lisafinantseerimiseks oleksid järgmised:

- Perearst tasub hindamiseks vajaminevad kulud ise hindajatele. Hinnamudel is arvestatakse koolituskulude hulka perearstidele ka regulaarsed kvaliteedi ja pädevuse hindamise kulud (hindaja töötundide hulk, mis sisaldab nii ettevalmistust, koha peal hindamist kui ka tagasiside andmist, vajalikud IT-lahenduste kulud jne).
- Hindamiskulud tasustatakse mujalt esitatud kuludokumentide alusel või siis tasustatakse kokku lepitud hinna alusel (kas haigekassa, terviseamet või sotsiaalministeerium). Praegu näeme põhilise partnerina haigekassat, kuna koostöös haigekassaga on seni kvaliteedialane tegevus ka välja arendatud.

5. Esmatasandi teenuste ostmine

Alaosa eesmärgiks on hinnata praegust esmatasandi rahastamismudelit, leida võimalusi esmatasandi tervishoiu tugevdamiseks läbi sobiva rahastamisskeemi. Kitsamateks eesmärkideks on defineerida eeldused ja tulemusmõõdikud rahastamise veel suuremaks diferentseerimiseks ning tuginedes rahvusvahelisele kogemusele leida kvaliteeditasu sobivaim osakaal kogu perearstiabi rahastusest. Eraldi paluti analüüsida, milline on optimaalne suhe fikseeritud hinna ja teenusepõhise rahastamise vahel ning millised seni pearahapõhised tegevused võiksid olla tasustatud teenusepõhiselt ja vastupidi. Üheks oluliseks teemaks oli eriarstiabi ja perearstiabi koostöö motiveerimine rahastamise kaudu ning perearstide koondumist soodustava rahastamisprintsipi määratlemine.

Metoodika

Selle alaosa analüüs põhineb peaaesjalikult kirjanduse ja teadustööde analüüsil. Kirjanduse analüüsis kasutasime rahvusvahelisi teaduspublikatsioone, Eurobservationi väljaandeid, aga ka Eestis tehtud uuringute ja analüüside tulemusi (Kaija Lukka magistritöö, Laura Helena Kivi bakalaureusetöö, Eero Merilinnu doktoritöö)

Perearstide küsitluste tulemusi oleme käsitlenud juba eespool.

Oleme rahastamismudeli analüüsimisel kasutanud ühe perearstikeskuse näidet, kus töötavad 4 arsti ja 6 õde. Selle perearstikeskuse finantseerimise mudelit Eesti keskmisega kõrvutades on näha, kuivõrd erinev on rahastamine juba täna perearstikeskustes.

Taustast:

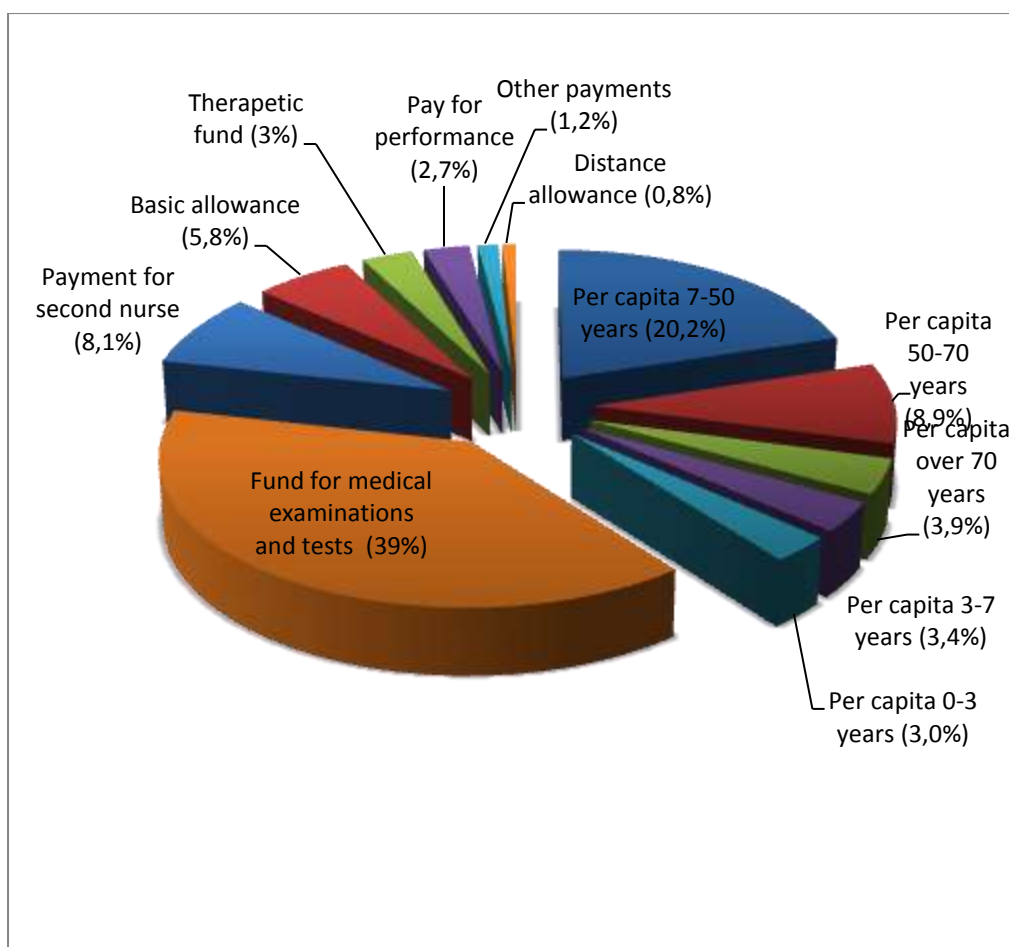
Perearstide sissetuleku määravad üldiselt haigekassalt saadud tulud ja praktilise pidamise kulud, kuigi mõned perearstidest on ka palgatöötajad (Lai *et al.* 2013: 92). Haigekassa poolt perearstipraktistele makstavate tasude olemusest annab hea ülevaate joonis, mis kujutab eri allikate osakaalu üldarstiabi rahastamises ühe grupipraktise näitel 2016. aasta jaanuari eelarve põhjal (joonis 10). Suurima osa perearstide haigekassalt saadavatest tuludest moodustab pearaha, mille osakaal on üldarstiabi kogukuludest antud praktilise näitel 39,4%. Samal ajal on huvitav märkida, et keskmiselt oli pearaha komponendi suuruseks Eestis 2014. a andmetel 59%.

Pearaha makstakse perearsti nimistusse kuuluvate kindlustatud isikute arvu alusel ning seejuures võetakse arvesse nimistusse kuuluvate isikute vanuselist struktuuri. Isikud on jagatud vanuse järgi viide gruppi (kuni 3-aastased, 3–6-aastased, 7–49-aastased, 50–69-aastased ja üle 70-aastased) ning gruppides on isikute pearaha piirhind erinev. Antud praktilises moodustab kõige suurema osa pearahast 5–49-aastaste isikute eest tasutud raha, sellele järgneb 50–70-aastaste isikute pearaha. Teiseks suurima osakaaluga perearstipraktise

sissetulekust on teenusepõhine tasu, mille osakaal antud praksises on 39%, aga mis võib varieeruda Eesti erinevates keskustes üsna tublisti, sõltuvalt osutatavate teenuste hulgast ning ka kvaliteeditasu süsteemis osalemisest ja tulemuse saavutamisest. Keskmiselt moodustas teenusepõhine tasu üldarstiabi kogukuludest Eestis 2014. aasta eelarve kohaselt 21,8%. Teenused, mille eest tasu makstakse, on määratletud haigekassa ja Eesti Perearstide Seltsi vahelise kokkuleppe tulemusena ning kinnitatud ministri määrusega. Teenusepõhise tasu eesmärgiks on tekitada perearstidele stiimuleid pakkuda esmatasandil rohkemaid teenuseid.

Perearstipraksised saavad haigekassa käest ka baasraha, mis 2014. aasta eelarve kohaselt moodustab üldarstiabi kogukuludest ligikaudu 11%. Näitena toodud keskuse rahastamises on baasraha osakaal mõnevõrra väiksem ehk 5,8%. Baasraha makstakse ruumide ning perearstide ja -õdede transpordiga seotud kulude katmiseks.

Olulise komponendina on näiteks olevas perearstikeskuses lisandunud teise pereõe eest makstav tasu. Kaugusetasu komponent on selles keskuses minimaalne, sest keskus paikneb linnas. Kvaliteeditasu komponent antud praksises moodustab kogu praksise finantseeringust 2,7%, kogu Eesti andmetel oli see 2014. a keskmiselt 1,4%.



Joonis 10. Perearstide finantseerimise mudel ühe perearstikeskuse näitel seisuga 01.01.2016.

Selline ühe perearstikeskuse võrdlemine Eesti keskmisega näitab, et juba täna on tegemist üsna erinevate lepingutega eri perearstikeskustes ja selle diferentseerumise tagab nii nimistus olevate isikute vanuseline koosseis kui ka osutatavate teenuste hulk ning praktilise geograafiline paiknemine. Kui pidada silmas, et tuleviku prioriteediks on rahastamise diferentseerimine veelgi enam, sõltuvalt osutatavate teenuste struktuurist ja kvaliteedist, siis tuleks kaaluda kvaliteeditasu komponendi osatähtsuse suurendamist (eri maade andmetel ulatub see 1–20%-ni, aga keskmiselt jääb 5–10% vahele, vt tabel 4). Teine sagedasti kasutamist leidnud tasustamise diferentseerimise viis, mis õigustaks end ka Eestis, lähtuvalt Eesti enda uuringuandmetest, oleks tasu suuruse diferentseerimine sõltuvalt krooniliste haigete arvust nimistus (kas siis pearaha komponendis või ka kvaliteeditasus).

Selline mudel, kus on kombineeritud mitmeid erinevaid rahastamise komponente, on kasutusel paljudes riikides: Taani, Rootsi, Inglismaa, Holland jt Madalmaad, aga ka Austraalia, Kanada. Erinevus on selles, kui suur on osakaal eri komponentidel ja milliseid tegevusi soovitakse enam lisarahastamise läbi stimuleerida. Nii näiteks makstakse lisatasu koduvisiitide tegemise eest Taanis, Madalmaades ja teatud piirkondades Rootsis; töötamist teatud piirkondades (maal, äärealadel) stimuleeritakse kas läbi suurema pearaha või ka lisatasude Inglismaal, Rootsis, Soomes, Madalmaades. Mõnes riigis stimuleeritakse lisatasuga ka teatud IT-lahenduste kasutamist (Taani, Inglismaa, Kanada). Tööajavälised vastuvõttud on stimuleeritud läbi lisatasustamise paljudes riikides (Soomes, Taani, Holland, Inglismaa, Norra, Austraalia, Kanada (120).

Kuna kõik rahastusmudelid kannavad endas teatud stiimuleid ja samal ajal ka teatud negatiivseid piiranguid teenuseosutajatele, siis annabki kombineeritud mudel parima võimaluse, et leida õiget tasakaalu ühe või teise rahastamise meetodi loodavates stiimulites ja seda tõestab ka rahvusvaheline praktika (Langenbrunner *et al* 2009)(121).

Kuna lähima 10 aasta perspektiivis on suurimaks soovitud muutuseks esmatasandi tervishoiukorralduses liikumine tervisekeskuste ja perearstide koondumise suunas, siis on oluline silmas pidada ka rahastamise suunavat jõudu selliste protsesside elluviimisel.

Kaia Lukka magistritööst tuleb välja, et praegune korraldus ja rahastamine ei motiveeri esmatasandil füsioteraapia, koduõenduse ning ämmaemandusteenuse osutamist. Esmatasandil rahastatakse ämmaemandusabi tegevusi ehk raseduse jälgimist ja günekoloogilise läbivaatusega seotud tegevusi teenusepõhiselt.

Ämmaemandusabi osutamine esmatasandil on eraldiseisvalt motiveeritud ka kvaliteedilisasatusega, kui perearst on teatud määral teenuseid oma nimistus osutanud. See osa kvaliteedi komponendist on marginaalne ja selle taotlemiseks peab olema saavutatud soovitud tasemel tulemus nii haiguste ennetamise kui ka krooniliste haiguste jälgimise osas (122).

Kuna füsioterapeudil puudub Eestis tervishoiutöötaja staatus, siis füsioteraapiat ei rahastata kui iseseisva teenuse osutamist, vaid seda tehakse kas perearstiabi või eriarstiabi kaudu. Perearstiabis rahastatakse füsioteraapiateenuseid perearsti uuringufondi arvelt. Aastate jooksul on aga näha, et üha enam on hakatud füsioteraapiateenuseid osutama ambulatoorselt eriarstiabis ning üha vähem perearstiabis. Seega eeldab koondumine tervisekeskustesse ja seal füsioteraapiateenuse osutamine kindlasti muudatusi olemasolevas rahastussüsteemis, sest perearstidel puudub praegu motivatsioon teenuse osutamiseks. Koduõendusteenuse eest tasutakse teenusepõhiselt, kuid vastavalt planeeritud lepingu mahtudele. Aastate jooksul koduõendusteenuse osakaal suurenenud pole, kuigi eeldatav vajadus selleks on olemas.

Kaija Lukka on oma magistritöös võrrelnud kolme hüpoteetilist tasustamise mudelit:

Mudel 1: koduõendusteenus, ämmaemandus, füsioteraapia ning juhtimiskulu sisaldub pearahas, ruumikasutuskulud sisalduvad baasrahas ehk pearahapõhine mudel;

Mudel 2: koduõendusteenus, ämmaemandus, füsioteraapia ning juhtimiskulu sisaldub baasrahas ehk fikseeritud tasu mudel. Antud mudeli kohaselt pearaha ei muutu ja kõik lisanduvad teenused tasutakse fikseeritud summana analoogselt praeguse baasrahaga.

Mudel 3: koduõendus, ämmaemandus ja füsioteraapia tasustatakse teenusepõhiselt ning juhtimiskulu sisaldub baasrahas ehk teenusepõhine mudel. Pearaha ei muutu. Teenuste mahu prognoosi aluseks võeti RAKE uuring.

Oma analüüsiga leidis autor, et arvestades grupipraksiste puhust muutust praksise tulus, loob kõige tugevama motivatsiooni tervisekeskustesse koondumiseks pearahapõhine tasustamine.

Samas, kuna pearahapõhine tasustamine ei motiveeri teenuseosutajat ette nähtud teenuseid tegelikult osutama, vaid pigem patsiente edasi suunama järgmisele

tervishoiuteenuse tasemele, siis tuleks sellist tasustamist kombineerida sobivate teiste meetoditega, nagu teenusepõhine rahastamine ning muud lisaboonused. Teenusepõhine rahastusmudel tagab tavaliselt teenuseosutaja huvi osutada võimalikult palju teenuseid, seega kasutatakse seda eeskätt selliste teenuste osutamise stimuleerimiseks, mis muidu jäävad alaosutatuks. Et mõningal määral piirata ebavajaliku teenuse osutamist, mida võib *fee for service* printsiip kaasa tuua, seatakse teenusepõhisele rahastamisele tavaliselt teatud maksimaalsed mahupiirangud (ka Eestis on see nii).

Selleks, et motiveerida teenuste osutamist esmatasandil, võiks suurem osa lisanduvatest teenustest (füsioteraapia, logopeed, psühholoogi nõustamine) olla rahastatud teenusepõhiselt, aga siis mahuliste piirangutega (122). Siiski pole praegune teraapiafond parim näide, sest on tehniliselt keeruka aruandluse ja tagasiside süsteemiga, samuti on 3% mahupiirang ilmselgelt liiga väike, et stimuleerida peearsti teenuseid osutama. Selleks, et tehniliselt keerukat aruandluse ja tagasiside süsteemi muuta, peaks välja töötama sobivad IT-lahendused tagamaks nii logopeedide, psühholoogide kui ka füsioterapeutide juurdepääsu andmete vahetusele.

Kaija Lukka soovitus on, et krooniliste haigustega patsientide paremaks jälgimiseks võiks tulevikus kaaluda pearaha diferentseerimist vastavalt perearstinimistu kroonilistele haigetele. Sellele tulemusele oleme jõudnud ka analüüsides rahvusvahelist praktikat. Nii suureneks pearaha tasu nimistu kroonilistele haigetele ning perearstidel tekiks esmalt motivatsioon diagnoosida kõik oma nimistu kroonilised haiged ja kui sihtrühm on tuvastatud, on perearstil motivatsioon neid patsiente oma nimistus jälgimise all hoida (122).

Kuna on teada, et rahastamine avaldab tervishoiuteenuste osutamisele üsna olulist mõju ja seetõttu mõjutab kaudselt ka tervisetulemit, peaks rahastamisviisid olema seotud sellega, millist tulemit silmas peame. Integreeritud tervishoiuteenused vajavad ka integreeritud rahastamisskeeme, nii et teenuste osutajate vahel poleks finantsbarjääre takistuseks (120). Sageli kasutatakse nt populatsioonipõhist tasustamismudelit, kus lepatakse kokku seisundid või patsientide grupid, kelle puhul ollakse huvitatud tervishoiuteenuste paremast integreeritusest (nt eakad patsiendid, mitme samaaegse kroonilise haigusega patsiendid, diabeet, KOK) ja kus parima võimaliku abi saab osutada patsiendile eri tervishoiuteenuseid ja ka sotsiaalteenuse osutajaid kaasates, ning sellisele patsientide grupele kehtestatakse eraldi hind, mis katab vajaliku teenuse osutamise. Lisades sellisele tasustamismudelile ka tulemi hindamise, võimaldab see parandada ka tervishoiuteenuse kvaliteeti. Kasutusel on ka teisi mehhanisme, nt pearahapõhisele printsiibile lisaks *fee for service* lisandumine, kus vastavate teenuste osakaal on eraldi kokku lepitud krooniliste haigete kontekstis.

Hea ülevaate esmatasandi teenuseosutajate koondumisest ühistesse keskustesse annab Laura Helena Kivi oma bakalaureusetöös „Esmatasandi tervise teenuste korraldamine tervisekeskuste moodustamisega Eesti näitel“ (Tartu, 2014) (123).

Üheks esmatasandi spetsialistide koondumise näiteks on Kanadas 2004. aastal loodud peretervise meeskonnad FHT-d (*family health teams*). Olemasolevad esmatasandi keskused laiendati ja kujundati ümber multiprofessionaalseteks meeskondadeks, kuhu kuuluvad perearstid, õed, psühholoogid, sotsiaaltöötajad, dieetoloogid ja teised tervishoiutöötajad, nagu apteekrid ja füsioterapeudid. Eri teenuseosutajate koondumisel oli füüsilise koospaiknemise kõrval oluline ka koostöö tihendamine, ligipääsu suurendamine erinevate tervishoiutöötajate pakutavale ravile, patsiendi abistamine tervishoiusüsteemis orienteerumisel ning krooniliste haiguste juhtimisele, terviseedendusele ja ennetustegevustele suurema tähelepanu osutamine. Hilisemates uuringutes on leitud selliste meeskondade loomisel positiivseid tulemusi tervisenäitajates.

Erinevate esmatasandi spetsialistide koondumine on toimunud ka Austraalias, kus loodi perearstide superkliinikud (*General practitioners super clinics*). 2007.–2008. aastal alustas Austraalia valitsus perearstide superkliinikute ehitamist. Superkliinikute loomise eesmärgiks oli muuta esmatasandi teenused kättesaadavaks, pakkudes neid ühes kohas koos ning luues need piirkondades, kus nõudlus ei ole praegu rahuldatud, ning parandada krooniliste haiguste, mis vajavad multidistsiplinaarset ravi, juhtimist (125). Superkliiniku personali hulgas võivad olla järgmised terviseteenuste osutajaid: perearstipraksisele lisanduvad teenuseosutajad, nagu füsioterapeudid, dieetoloogid, töötervishoiutöötajad, psühholoogid, hambaarstid, lisaks võivad kliinikus olla ruumid külastavatele spetsialistidele ning terviseedendus- ja ennetustegevuse läbiviimiseks (126). Üheks eeldatavaks kliinikute loomise tagajärjeks on seega esmatasandi teenuste parem kättesaadavus.

Mitmetes maades on kasutusel rahalised stiimulid, et soodustada integratsiooni. Spetsiaalse rahastamisega võidakse soodustada näiteks tervishoiuteenuste integreeritud osutamist, patsientide aktiivset kaasamist nendesse integreeritud abi mudelitesse, paremat andmete kogumist ja vahetamist, sellega seotud IT-lahenduste kasutamist, ravijuhendite järgimist. Selliste maade hulka kuuluvad Austraalia, Kanada, Taani, Prantsusmaa, Holland, Inglismaa ja USA (120).

Siiski on tõenduspõhist kirjandust vastavate mudelite kasutamise efektiivsuse kohta vähe ja pigem on saadaolev kirjandus juhtumid kirjeldav ja küll kriitiliselt analüüsiv, aga mitte teaduslikult võrdlev. Samuti on eri mudelid väga otseselt seotud ka riigi tervishoiukorralduse ja tervishoiu rahastamise printsiipidega (riigieelarveline, haigekassa mudelil põhinev või mitmel üksteisega konkureerival erakindlustusel põhinev) ning seetõttu ei ole otstarbekas kirjeldatud mudeleid üksüheselt kopeerida mõnes teises riigis.

2005. a kasutas Austraalia valitsus mitmeid lisatasustamise skeeme tervishoiuteenuste osutajatele, kui nad moodustavad kroonilistele haigetele, kes vajavad vähemalt kolme erineva tervishoiuteenuse osutaja koostööd, spetsiaalseid meeskonnapõhiseid kokkuleppeid

(*Team Care Arrangement*). Selle skeemi kohaselt tasustatakse tervishoiuteenuse osutajatele meeskonnapõhiselt patsiendile osutatud tervishoiuteenuseid kokku lepitud individuaalse plaani alusel.

Pea samasugune lisatasustamise skeem on kasutusel Ontarios (Kanadas), kus esmatasandi tervishoiuteenuse osutajaid soodustatakse koos töötama teiste spetsialistidega ühe tervisekeskuse raames, et osutada parimat abi kroonilistele haigetele. Koos töötavaid tervishoiuteenuse osutajaid tasustatakse kombineeritud mudeli alusel, mis sisaldab nii pearaha, teatud teenustasu komponenti (*fee for service*) ja lisatasu ka laiaulatuslikuma teenuse osutamiseks, mida tavapäraselt ei osutata esmatasandil.

Lisaks makstakse teatud tasu ka selle eest, et töötatakse interdistsiplinaarses meeskonnas (nn palk või baasfinantseering) ja ka näiteks elektrooniliste andmete vahendamise ja elektrooniliste võimaluste parema kasutamise eest.

Mitmetes maades saavad tervishoiuteenuste osutajad rahalist abi või boonust infotehnoloogia võimaluste kasutamise eest, et proaktiivselt kaasata patsiente. Näiteks Taanis hakati sellisel viisil stimuleerima perearstide ja patsientide omavahelist telefoni ja e-kirja vahendusel toimuvaid konsultatsioone (ka aktiivseid sekkumisi näiteks kroonilistele haigetele teatud regulaarsete kontaktide läbiviimisena). Samamoodi kasutab Inglismaa rahalisi stiimuleid selleks, et soodustada perearste kasutama IT-lahendusi (120, 124).

Taanis, Hollandis ja Inglismaal on kasutatud ka skeeme, kus tervishoiutöötajate grupe (*care group*) makstakse kokkulepitud aastane tasu, et osutada kõik vajaminevad teenused mõnele konkreetsele kroonilise haigusega patsiendile. Need meeskonnad koondavad tavapäraselt erinevaid tervishoiutöötajaid (õendusabitöötajad, perearstid, teised esmatasandi spetsialistid, nagu dietoloog, psühholoog, jalaravispetsialist, kes on vastutavad nii kliiniliselt kui ka rahaliselt, et kogu vajaminev lepinguga ette nähtud abi oleks patsiendile tagatud. Tavapäraselt on sellisteks patsientideks näiteks diabeedi ja KOK-i patsiendid. Esmased tulemused näidanud, et selline tasustamisviis on esmatasandi kulusid ühe patsiendi kohta pigem suurendanud, võrreldes nende patsientidega, keda ravitakse tavapärasel viisil, samas on koostöö ja osutatud abi järjepidevus parem. Samal ajal aga võrreldes antud skeemi järgi tasustatud patsientide grupe teistega, oli täheldatav oluline spetsialiseeritud arstiabi visiitide vähenemine (40% vähem tavapärasest). Samas oli kaheaastane jälgimisperiood küllaltki lühike, et teha pikaajalisi järeldusi (124).

2007. a rakendati Taanis pilootprogrammina tasustamisviis, kus perearstid, kes antud programmiga lisandusid, said lisaraha 156 eurot iga diabeediga patsiendi kohta aastas, selleks, et garanteerida diabeediga haigetele oluliselt laiaulatuslikumat abi, kui senine praktika seda võimaldas. Taani perearstide varasem tasustamine oli tavapäraselt *fee for service* printsiibil, kus iga konsultatsiooni eest tasuti perearstile 17 eurot. Uue skeemi

kohaselt võtsid perearstid endale kohustuse järgida diabeediga patsiendi käsitlusjuhendit, leppida patsiendiga kokku individuaalne jälgimise plaan ning sellest ka kinni hoida. Juhul kui patsient ei olnud ilmunud kokkulepitud visiidile, siis oli perearstil kohustus välja selgitada mitteilmumise põhjus ja visiiti talle aktiivselt meelde tuletada. Kokkuleppes sisaldus aastas vähemalt kolm perearsti visiiti, patsiendi terviseandmete kogumine ja jälgimine vastavas elektroonilises süsteemis ning patsiendi tervisetulemite jälgimine ja võrdlemine teiste perearstidega piirkonnas. Sellise tasustamise eesmärk oli ka motiveerida perearste mitte ainult osutama vajaminevaid tervishoiuteenuseid, vaid saavutama paremaid tervisetulemeid. Need andmed, mis on siiani patsientide jälgimise süsteemis kogutud, näitavad diabeediga patsientide tervisetulemi selget paranemist ja seetõttu on kaalumisel sarnase süsteemi kasutusele võtmine ka teiste krooniliste haiguste puhul (120, 124).

Üldiselt on leitud, et krooniliste haiguste jälgimisel on oluline välja töötada ja kasutusele võtta tasustamismeetodid, mis seda soodustaksid. Lihtsalt pearahapõhine tasustamine, mis ei ole seotud otseselt tulemusega ega stimuleeri ka kõikide vajaminevate teenuste osutamist, seda ei tee.

Krooniliste haigete käsitlemise all mõistetakse populatsioonipõhist haiguse ravi (st nimistupõhist), tõenduspõhiste kliiniliste ravijuhendite kasutamist, multidistsiplinaarset käsitlust ning sobivate IT-lahenduste kasutamist parima tervisetulemi saavutamiseks optimaalsete kuludega.

Tüüpiliselt tasustatakse krooniliste haiguste jälgimise programmides arste ja teisi tervishoiuteenuse osutajaid sobivate struktuursete lahenduste loomise (informatsioonisüsteemide kasutamise) ja ka kokku lepitud tervishoiuteenuste osutamise eest (protsessipõhine tasu), leppides siiski ka kokku, et lisatasu makstakse positiivsete muutuste eest.

Kui pearaha ei ole kohandatud teatud riskidele (tervishoiuteenuste osutajad ei saa kõrgemat pearaha nende patsientide gruppide eest, kel on suuremad tervishoiuteenuste vajadused), siis osutajad ei ole huvitatud krooniliste haiguste ravijuhendite põhisest jälgimisest, sest see toob tavapäraselt kaasa suuremaid kulusid (12, 124).

Kuna kõikidel tasustamismeetoditel on oma puudused ja iseärasused, siis selleks, et saavutada parimat tulemust, kombineeritakse erinevaid tasustamisviise (121).

Kui rahastamine on põhiliselt või ka täielikult pearahapõhine, siis kasutatakse teatud lisastiimuleid (boonuseid) selleks, et tagada hea kvaliteediga teenused nendes valdkondades, milles soovitakse paremat tulemust saada. Samuti on otstarbekaks osutunud maksta nende teenuste eest, mille osutamist soovitakse laiendada või soodustada, *fee for service* printsiibil (nt teenused, mida tavapäraselt ei osutataks, või mille osutamist peetakse aega ja ressursi nõudvaks: nõustamisteenused, pisikirurgia, teatud ennetustegevus, sõeluuringud jne) (121).

Kombineeritud rahastamise heaks näiteks on Inglismaa, kus alates 2004. aastast on perearstide rahastamine lepingu kohaselt järgmine: pearaha nimistupõhiselt, *fee for service* osa, infrastruktuuri komponent (IT, prakse kapitalikulud) ning olulise osa tasust moodustab tulemuspõhine kvaliteeditasu.

Need kogemused, mida on krooniliste haiguste jälgimise programmides omandatud, näitavad et olulised on ka mitmed teised eeltingimused: võimalus patsiente stratifitseerida riski ja haiguse raskuse ning tõenäolise arstiabi vajaduse alusel ning sellest sõltuvalt nt pearaha diferentseerimine. Teiseks eeltingimuseks on võimalus jälgida patsientide tervisetulemit ajas ning kvaliteeditasu maksmine sõltuvalt tervisetulemi muutusest (124).

Näited:

Inglismaa kvaliteedisüsteemis Quality and Outcomes Framework (QOF) on keskendunud neljale komponendile, millest üks on seotud krooniliste haiguste jälgimisega vastavalt ravijuhendile. Jälgitakse kümmet kliinilist seisundit: koronaarhaigus, insult või TIA, hüpertooniatõbi, diabeet, KOK, epilepsia, kasvajalised haigused, vaimse tervise probleemid, hüpotüreooos ja astma (124).

Kliiniliste indikaatorite puhul saavad arstid punkte lihtsa lineaarse seose alusel – vastavalt sellele, kui palju nad on tulemit täitnud võrreldes kokkulepitud miinimumi ja võimaliku maksimumiga. Erinevalt näiteks organisatsiooni ja patsientide rahulolu indikaatorite puhul aga on tulemus mõõdetav vaid binaarsena jah/ei tasemel. Näiteks diabeedihaigete patsientide vererõhu ravis, kus eesmärkväärtuseks on kokku lepitud 145/85 mmHg või väiksem, on võimalik saada maksimaalselt 17 punkti. Ühtegi punkti ei saada, kui vererõhu väärtused on nõutaval tasemel alla 25% patsientidest. Maksimaalne võimalik tase on seatud 55% juurde ning selle saavutamisel on võimalik saada 17 punkti. Kui näiteks vaid 30% patsientidest on saavutanud nõutava vererõhu taseme, siis saab praksis 2,8 punkti (matemaatilise mudeli alusel arvestatud).

Samamoodi on Inglismaal kasutusel aastase teenuse pakett (*year of care package*), selleks et soodustada arstiabi järjepidevust ja paremat integreeritust ühe aasta jooksul teatud patsientidele. Rahastamine on kalkuleeritud riskile kohandatud pearaha mudeli alusel, arvestades vajaminevate teenuste hulka teatud sihtgrupi patsientidel. Sellist tüüpi rahastamist kasutatakse diabeedi ja teatud vaimse tervise probleemide puhul.

Siiski on siiani tehtud küllalt vähe hea kvaliteediga uuringuid, et välja tuua olulisi seoseid rahastamismeetodi ja krooniliste haiguste käsitluse kvaliteedi paranemise vahel.

Ekspertintervjuud tervishoiutöötajatega ehk mida arvatakse tervishoiuteenuste koondumisest tervisekeskustesse

Oma bakalaureusetöös tegi Laura Helena Kivi põhjaliku ülevaate sellest, mida arvavad tervishoiuekspertid tervishoiuteenuste osutajate koondumisest tervisekeskustesse (123).

Autor kasutas oma töös TÜ sotsiaalteaduslike rakendusuuringu keskuse RAKE poolt uurimisprojekti „Esmatasandi tervishoiuteenuste geograafilise kättesaadavuse vajaduse hindamine ja esmatasandi tervishoiuteenuste optimaalse korralduse mudeli loomine” raames esmatasandi tervisetöötajatega tehtud intervjuusid. Kokku intervjueriti seitset tervishoiutöötajat: Eesti Perearstide Seltsi esindajat, iseseisvat koduõendusabi pakkuva ettevõtte esindajat, Eesti Ämmaemandate Ühingu esindajat, Eesti Taastusraviarstide Seltsi esindajat, Eesti Naistearstide Seltsi esindajat, Eesti Füsioterapeutide Liidu esindajat ja nii väikehaigla kui ka hooldusravi osutajate ühenduse esindajat. Intervjuude põhirõhk oli spetsialistide koondumise võimalusel ühtsetesse keskustesse ja spetsialistide enda arvamusel sellega kaasnevatest võitudest ja kahjustest. Toome ära kokkuvõtte nimetatud põhjalikust uuringust:

1. Ämmaemanda asumisest tervisekeskuses leiavad nii ämmaemand, perearst kui ka naistearst, et see oleks mõttekas just ambulatoorse ämmaemandusabi katmata vajadusest tulenevalt. Ämmaemandate esindaja leiab, et esmatasand vajab ämmaemandusteenust väga just raseduse jälgimise ja sünnitusjärgse teenuse puhul. Ka naistearstide esindaja rõhutab praegust puudulikkust sünnitusjärgset naise jälgimist ja leiab, et selles valdkonnas oleks vajadus ämmaemandusabi teenuse järele suur. Lisaks leiab ta, et normaalset rasedust võiks jälgida ämmaemand, mis jällegi suurendaks ambulatoorse ämmaemandusteenuse vajadust. Tuuakse esile ka geograafilise kättesaadavuse olulisus. Kui viia normrasedate jälgimine üle ämmaemandate töövaldkonda, siis saaks rase teha suure osa oma 10–12 visiidist kodule lähemal asuvas tervisekeskuses, ilma et oleks vajadust sõita naistearsti vastuvõtule suuremasse keskustesse. Organisatsioonilise mudeli puhul leiab ämmaemandate esindaja, et see võiks jääda paindlikuks ehk ämmaemandaid ei pea tingimata organisatoorselt ühendama perearstikeskustega, vaid võib olla ainult ruumiline koospaiknemine. Siiski leiab ta, et tehniliselt lihtsam oleks pakkuda teenuseid ühe organisatsiooni all.

2. Füsioteraapiateenuse suurimat potentsiaali esmatasandi keskustes näevad nii füsioterapeutide kui ka taastusraviarstide esindajad samuti esmatasandi vajaduse katmises. Füsioterapeutide esindaja toob välja, et praegu ei ole esmatasandil füsioteraapiateenust muidu, kui ainult erapraksistes. Ambulatoorset füsioteraapiateenust, mis olemuselt kuulub esmatasandile, pakutakse ainult suurtes linnades kohalikele elanikele. Taastusraviarstide

esindaja sõnul soovivad taastusraviarstid samuti füsioteraapiateenuste arendamist, kuna praegu pakutakse teenuseid liiga vähe ja need on koondunud haiglate ja polikliinikute juurde. Samas on suures ulatuses üldist füsioteraapiat, mis ei nõua väga keerulisi protseduure ning mille vajadus ei ole hetkel kaetud. Füsioteraapiateenuse juures peavad nii füsioterapeudid kui ka taastusraviarstid sarnaselt ämmaemandusabiga oluliseks geograafilise kättesaadavuse parandamist, kuna füsioteraapiateenuse kasutamine on korduv. Kokkuvõtvalt peavad mõlemad osapooled esmatasandi füsioteraapiateenuse väljaarendamist vajalikuks sammuks. Füsioterapeutide esindaja leiab, et füsioterapeudid peaksid organisatsiooniliselt ja õiguslikult kuuluma eraldiseisvasse üksusesse, mis annaks füsioterapeutidele suurema kontrolli oma tegevuse üle. Samas aga ei välistataks ka tegutsemist esmatasandi tervisekeskuse ühtse organisatsiooni all. Taastusraviarstid toovad esmatasandil tegutsevate füsioterapeutide organisatsiooniliste mudelitena välja kolm teoreetilist varianti: kohalik spetsialist on seotud suurema keskusega, füsioteraapiapraksis on kas iseseisev või on seotud esmatasandi tervisekeskusega. Taastusraviarstid leiavad, et paremateks variantideks on kas iseseisev või tervisekeskusega seotud füsioterapeut, kuna sellisel juhul on füsioterapeudi vastutus suurem. Füsioterapeutide esindaja tõstatab esmatasandi tervisekeskuse töötajate vajaduse teha koostööd ka sotsiaaltöötajaga. Koduõendusteenuse pakkuja füsioterapeudil teenuse sisu mõttes kattuvusi ei ole, v.a lamava patsiendi puhul. Samas puudub füsioterapeutide esindaja hinnangul õdedel ka kompetents füsioteraapiateenuse osutamiseks. Ideaalis näeb füsioterapeutide esindaja vähemalt kahe füsioterapeudi (laste ja täiskasvanute terapeudi) olemasolu tervisekeskuses.

3. Koduõendusteenuse puhul nenditakse, et teenuse jaotus on ebaühtlane, kuid samas tuuakse välja puudusi koduõdede koondumisel tervisekeskustesse ning leitakse, et see võib olla variant piirkonnas, kus teenuse kättesaadavus on väga halb, kuid mitte suuremates linnades. Suurimaks probleemiks oleks üksiku koduõe tegevus tervisekeskuses, mil tal ei ole võimalik teiste koduõdedega koostööd teha. Koduõdede koostöötamise eelisena toob koduõdede esindaja välja selle, et koduõdedel on võimalik üksteist igal ajal asendada, mis on eriti oluline just puhkuste korral. Koduõenduses on tihti ja just töövõtulepingute puhul sisse kirjutatud asjaolu, et kui võtta puhkust või minna haiguslehele, siis teine õde võtab kliendid üle ja teenindab neid edasi. Kui koduõe tagasi tuleb, siis antakse kliendid taas üle. Lisaks peab koduõdede esindaja suureks plussiks kollektiivis olevate erinevate kogemustega õdede võimalust omavahel erialaselt nõu pidada. Mõnel koduõel on suurem kogemus onkoloogiliste haiguste vallas, teisel kirurgiline kogemus, mõnel jälle sisehaiguste, nagu reuma ja diabeedihaigetega seotud kogemused ning osal koduõdedest südamehaigetega seotud kogemused. Koduõdede esindaja ei näe ka varianti, et koduõdedele pakuvad sarnast toetust ja vajadusel asendamist esmatasandi keskuses töötavad pereõded. Tähtsaimaks peab ta siin pereõe kliinilise kogemuse puudumist. Ka väikehaigla esindaja leiab, et pereõdedel pole koduõendusteenuse pakkumiseks vajalikku kogemust. Seega nähakse koduõdesid perearstide koostööpartneritena, kuid koordineerimist vajavate üksustena. Lisaks arvatakse,

et koduõdede eraldiseisvus võimaldab luua laiema koostöövõrgustiku, kus on vastavalt vajadusele erinevad koostööpartnerid (vasoloogid, endokrinoloogid, kirurgid, perearstid).

Väikehaigla esindaja seisukoht on, et kvaliteedi ja koordinatsiooni säilitamiseks peaks koduõde olema seotud statsionaarse õendusabiteenusega. Lisaks toob ta välja, et perearstidel jääb puudu kompetentsist koduõdede juhendamisel.

Kokkuvõtte alaost:

Eestis on perearstide rahastamismudel küllaltki hästi kombineeritud erinevate rahastamisviiside poolest. Pearahapõhine tasustamine aitab kaasa meeskonnatöö paremale korraldamisele ning loob eeldused ka koondumiseks gruppidesse. Pearaha diferentseerimine vastavalt eagruppidele on asjakohane, võttes arvesse teatud tervishoiuteenuste vajadusi, mis erinevad eagrupiti. Selleks, et minimeerida riske, mis tulenevad mitte vaid east, vaid ka patsientide haigestumuse struktuurist ning sellega seonduvast kulukusest, oleks mõistlik tuua sisse pearaha diferentseerimine sõltuvalt krooniliste haigete (kokkulepitud haigusseisundid) arvust nimistus. Võiks kaaluda, kas pearaha komponendi suurenemist või siis kvaliteeditasus teatud koefitsiendi kehtestamist, mis seaks tasu saamise otsesesse sõltuvusse ka krooniliste haigete jälgimisel kokku lepitud tulemuste paranemisest.

Tulemusnäitajate puhul, millest rahastamine võiks sõltuda, on tehtud ettepanekuid kvaliteedi alaosas. Lühidalt öeldes võiks tehtud uuringute ja läbivaatuste hindamise kõrval hinnata, kuivõrd diabeedi ja kõrgvererõhktõve ravimite määramise järel on paranenud ravitulemus, näiteks diabeedi puhul glükosüleeritud veresuhkru väärtused ja kõrgvereõhktõve puhul vererõhu langus. Sama mudelit saab kasutada ka müokardi infarkti läbi põdenud patsientide jt puhul. Küll on aga oluline, et enne kui tulemuste paranemise komponent tasustamise mudelisse lülitada, peaks olema täidetud eeltingimusena võimalus, et perearst saab lihtsalt oma töökeskkonnas patsientide tervisetulemi paranemist ajas jälgida. Kvaliteeditasu, tulemustasu osakaal on eri riikides erinev, sõltub indikaatorite arvust, ilmselt aga ka sellest, mida soovitakse kvaliteeditasuga saavutada. Teiste maade kogemustele tuginedes oleks optimaalne osakaal 5–10% vahel.

Optimaalset osakaalu fikseeritud hinna ja teenusepõhise rahastamise vahel on raske välja tuua, sest mudelid on riigiti erinevad. Siiski võib järeldada, et nimistupõhisel töötamisel tagab pearahapõhise rahastamise komponent teatud stabiilsuse ja jätkusuutlikkuse ka meeskonnatöö korraldamiseks. Selliste teenuste osutamine, mille suhtes on nimistul kindel huvi, on targem tuua pearahast välja. Teenuse eest tasumise osa suurus peaks tagama **esmaselt vajalike** teenuste osutamise esmatasandi meeskonnas ja vältima patsiendi spetsialiseeritud arstiasse suunamist lihtsalt uuringu või analüüsi korraldamise eesmärgil. Kuna krooniliste haigete ning eakamate patsientide osakaal nimistus on see, mis mõjutab osutatavate teenuste, uuringute ja analüüside hulka enim, siis pearaha kasv krooniliste haigete arvust tingituna toob praeguse rahastamise skeemi juures kaasa ka *fee for service*

osa suurenemise ja see peaks maandama ka perearsti finantsriskid. Konkreetseid arve me välja ei paku, see peaks jääma edasiste töögruppide ja arutelude teemaks.

Pearaha sees tasustatavate teenuste osutamine patsiendile on tagatud kahe võimaliku mehhanismi kaudu:

- Viia pearaha alusel tasustatavate teenuste hulk minimaalseks ja teenused tasustada põhiliselt *fee for service* komponendist.
- Patsiendi edasisuunamisel on kokku lepitud, et pearahapõhised **vajaminevad** teenused on eelnevalt kindlasti osutatud ja selle kontrolli tagab e-konsultatsiooni toimimine, kus patsienti ei saa enne suunata eriarstiabisse, kui esmane vajalik teenus on osutatud.

Praeguses rahastamismudelil tasustatakse kõiki nõustamisteenuseid pearahapõhiselt. Selleks, et tekitada motivatsiooni patsiente enam nõustada tervisekäitumise suhtes, nt alkoholtarvitajate lühinõustamine, suitsetamisest loobumise nõustamine jt, võiks neid tasustada teenusepõhiselt. Teenuse osutamise sisu ja ka osutamise tegelikkust saab hinnata pisteliste audititega. Teine võimalus on siduda nõustamisteenus protokollide täitmisega (nt AUDIT test, nikotiinisõltuvuse hindamise test jne), mis pärast täitmist ja selle protokollide kinnitamist kanduvad automaatselt teenusena raviarvele.

Esmatasandi ja eriarstiabi koostöö stimuleerimiseks rahastamismudelil on siiski veel vähe tõenduspõhist kirjandust, mis näitaks, milline neist on kõige efektiivsem. On rakendatud nii kokkulepitud hindasid teatud patsiendigruppide puhul, kus hinnakomponendis sisaldub juba spetsialisti teenus (nt diabeediga patsiendi puhul diabeedikabinet, diabeediõde, jalaravi, vajadusel füsioteraapia jm) või ka seda, et esmatasandile luuakse meeskonnad, kes enamasti suudavad suurema osa patsiendile vajaminevast teenusest esmatasandi keskustes osutada. Nende keskuste rahastamine on tavaliselt kombineeritud: pearaha + teenuse komponent + kvaliteeditasu jne.

Eriarstiabiga koostöö parandamiseks tundub rahastamise kõrval olevat veelgi olulisem infovahetuse tõrgeteta sujumine ning tahe teha selles osas koostööd. Näiteid, kuidas infovahetust paremini korraldada, on mitmeid: e-konsultatsioon, e-kirjavahetus (nt patsiendi lahkumisel haiglast informeeritakse sellest perearsti. Sama peaks toimima ka lapse sünni puhul, kus ema perearst saab teada, et nimistusse on lisandunud uus liige, kiirabi visiidi järel jõuab info patsiendi perearstini jne).

Maapiirkondade perearstidel on tavapäraselt enam eakamaid patsiente, ilmselt on ka krooniliste haigete osakaal suurem, samuti on nende patsientide juurdepääs eriarstiabi teenusele keerukam, mistõttu osutatakse rohkem teenuseid kohapeal. Suurendades krooniliste haigete eest tasustamise komponenti pearahas, võiks tagada maapiirkonna perearstidele ka pisut parema sissetuleku. Lisaks võiks kaaluda Soome ja Norra näidet, kus maapiirkondades on kasutusel ka lihtsalt suurem palgakoefitsient, Eesti näite puhul võib see siis tähendada pearaha koefitsiendiga läbi korrutamist.

Näide kroonilise haige käsitlemisest, arvestades eelnimetatud punkte, sh teenuste kättesaadavust, teenuste kvaliteeti perearstiabis, ravi järjepidevust ja ravi integreeritust teiste tervishoiu tasemetega.

68 a patsient, kel on kõrgvererõhktõbi (II a), 2. tüüpi diabeet ja krooniline obstruktiivne kopsuhaigus, jalgadel haavandid ja tal on mõõdukas retinopaatia. Ta on ülekaaluline, KMI 30. Lisaks on patsiendil põlveliigeste artroos, kaebab valu trepist käimisel, vahel ka rahulolekus, liikuma hakkamisel. On pensionär, omab keskmist puuet, saab sotsiaaltoetust ja elab üksi. Abikaasa on surnud, lapsed on omaette, elavad kaugemal. Viimasel ajal on veresuhkru väärtused olnud tavapärasest kõrgemad ja kuna patsient on seni saanud vaid tabletravi metformiiniga kombinatsioonis sulfonüüluurea preparaadiga, on perearst hakanud patsiendiga arutama insuliiniravile üleminekut. Patsient on esialgu vastu, sest kardab, et ei tule insuliini süstimise ja pideva veresuhkru kontrollimisega toime. Patsient praegu ei suitseta, aga oli suitsetaja 25 aastat järjest. Loobus suitsetamisest KOK-i diagnoosi saamisel 10 aastat tagasi.

Käib üsna sageli vastuvõtul (iga kuu), tunneb muret hakkamasaamise pärast.

Tavapäraselt saab patsient nii hüpertooniatõve, diabeedi kui ka KOK-i diagnoosi perearsti juures. Hüpertooniatõve suhtes sõelutakse täiskasvanud patsiente regulaarselt, vererõhku mõõdetakse seni „tervetel“ haigetel vähemalt kord paari aasta jooksul. Kui patsiendil avastatakse kõrgem vererõhk, siis käsitletakse patsienti vastavalt ravijuhendile „Täiskasvanute kõrgvererõhktõve käsitus esmatasandil“. Pereõde nõustab patsienti eluviisi suhtes ning patsiendile antakse juhendmaterjal „Täiskasvanute kõrgvererõhktõve patsiendijuhend“. Patsient on valdavalt ravil ja jälgimisel pereõe ja perearsti juures, kardioloogiga konsulteeritakse vaid juhul kui haigus ei allu ravile. Eelnevalt on tehtud vajalikud esmased uuringud ning kardioloogiga võetakse ühendust e-konsultatsiooni teel. Kui patsient vajab eriarsti hinnangul tema konsultatsiooni, siis broneeritakse aeg vastuvõtule juba kardioloogi poolt ning ühtlasi teavitatakse sellest ka patsienti. Kui patsient eriarsti konsultatsiooni kardioloogi hinnangul ei vaja, siis nõustatakse perearsti elektroonilisel teel. Kui patsient käib kardioloogi konsultatsioonil, siis konsultatsiooni otsuses sisalduvad perearstile ka juhised edasise patsiendi jälgimise osas, konsultatsiooni otsus saadetakse digilukku.

Diabeedi leiab perearst/pereõde tavapäraselt sõeluuringu käigus, kuna kõigile, kes on ülekaalulised ja/või kel on kõrgvererõhktõbi, tehakse igal aastal paastuveresuhkru analüüs. Enamasti toimub haiguse diagnoosimine ja ravi II tüüpi diabeedi puhul perearsti ja pereõe juures, üks kord aastas vajab patsient retinopaatia tõttu ka silmaarsti kontrolli, kelle juurde patsient saadetakse e-konsultatsioonina, eelnevalt kirjeldades saatekirjas patsiendi ravi ning

antakse ka hinnang patsiendi seisundile ja haiguse kontrollile (eriarst broneerib patsiendile aja ja annab sellest patsiendile teada). Konsultatsiooni otsus on leitav digiloost, seal on kirjeldatud ka otsus, millal on silmaarsti hinnangul vajalik järgmine kontroll. Mõnel puhul saadetakse patsient siiski ka eriarsti juurde, nt endokrinoloog või nefroloog (näiteks komplikatsioonide esinemisel). Eluviisi (sealhulgas dieedialast) nõu saab patsient pereõe juures ning vajadusel, kui on näha, et patsient ei tule hästi oma haiguse kontrollimisega toime, kardab insuliinravi alustamist ja on selles osas ebakindel, saadetakse patsient diabeediõe juurde, kes asub esmatasandil (suuremas tervisekeskuses võib olla ka üks spetsiaalselt selleks puhuks koolitatud õde), kes nõustab, jälgib patsienti ja julgustab teda mitme nädala vältel, aeg-ajalt võtab temaga ka telefoni teel ühendust, et patsienti toetada. Patsient suunatakse vajadusel ka jalaravikabinetti. Insuliinravi alustab suure tõenäosusega perearstikeskuses perearst. Regulaarne patsiendi kontroll toimub perearsti ja pereõe koostöös, patsienti võimestatakse ise oma haigust juhtima. Patsiendile on kättesaadavad kõikvõimalikud abimaterjalid, tal on võimalus osaleda ka „patsientide koolis“, kus õpetatakse diabeediga toimetulemist. „Patsientide kooli“ korraldatakse regulaarselt esmatasandi tervisekeskustes, selliste koolide korraldamine on eraldi tasustatud.

Patsiendi tervisega seotud parameetrite andmed on hõlpsasti jälgitavad elektroonilises protokollis, mis on integreeritud perearsti infosüsteemi. Võimalik on ajas muutuvana näha vererõhu, kolesterooli ja veresuhkru väärtusi, nende vastavust ravijuhendites sätestatud eesmärkidele. Hõlpsasti saab genereerida antud andmete baasil ka patsiendi kardiovaskulaarsuremuse riski ning seda näidata graafiliselt ka patsiendile ning demonstreerida visuaalselt riski muutumist, kui üks või teine parameeter muutub.

Patsiendiga koos sõnastatakse eesmärkväärtused, mille poole liikuda.

KOK-i haiguse diagnoos pannakse samuti esmatasandil, sest pika suitsetamise anamneesiga ning varaste kaebuste ilmnemisel (köha, hingeldus) suunatakse patsient spirograafiakabinetti, kuhu saab patsient pöörduda otse, perearsti saatekirjaga. Perearstil on võimalus alustada KOK-i ravi esmatasandil, raskemate KOK-i juhtumite puhul konsulteeritakse eriarstiga e-konsultatsiooni vormis. Vastavalt patsiendi tervises seisundist lähtuvalt vajadusele broneerib aja eriarsti vastuvõtule eriarst ise. Konsultatsioonitsuses sisalduvad edasise jälgimise juhised perearstile. Kui tegemist on nii raske juhtumiga, et patsient vajab pidevat eriarsti järelevalvet, siis ei pea perearst igal aastal saatekirja „uuendama“, see otsus on põhjendatud ja leitav digiloost. Tavapäraselt aga jälgib ja ravib KOK-i haiget esmatasandi meeskond, kaasa arvatud suitsetamisest loobumise nõustamine. Enamasti nõustavad suitsetamisest loobumisel pereõed, samas on suuremates tervisekeskustes ka võimalik spetsiaalse nõustamiskabineti olemasolu, kus lisaks suitsetamisest loobumise nõustamisele võib teha ka alkoholi liigtarvitamise vähendamise nõustamist ja muud eluviisiga seotud nõustamist.

Kui patsiendi jalgade seisund muutub jalahaavandite tõttu selliseks, et patsient vajab koduõe teenust ja mitu korda nädalas jalgade hooldust ning haavandite ravi, siis koostavad perearst/pereõde koos koduõega, kes töötab esmatasandi tervisekeskuses, antud patsiendi raviplaani ja patsienti ravib edasi koduõde. Koduõde saab aidata ka veresuhkru ja vererõhu mõõtmisel. Juhul kui haiguse ägenemise tõttu või jalgade seisundi halvenemise tõttu on patsiendile vajalik ka teatud sotsiaalteenuste osutamine (nt enesehügieeni eest hoolitsemine, poes käimine vms), siis võtab pereõde ühendust sotsiaaltöötajaga, kes aitab korraldada edasise patsiendi käsitluse. Vajadusel võtab sotsiaaltöötaja üle ka juhtumikorraldaja rolli (nt aitab organiseerida patsienti perearsti ja eriarsti vastuvõttudele, vajalike sotsiaalteenuste ja abivahendi taotlemisel jne).

Kuna patsiendil on probleemiks ka artroos ja ülekaalulisus, siis suunatakse patsient tervisekeskuses paikneva füsioterapeudi juurde, kes määrab talle individuaalse ravivõimlemise ja/või liikumise programmi ning patsienti õpetatakse vajalike harjutuste tegemiseks ka kodus. Patsient varustatakse vajalike info ja õppematerjalidega.

Kui patsient hospitaliseeritakse uue lisanduva ägeda haiguse või kroonilise haiguse ägenemise tõttu, siis haiglast välja kirjutamisel teavitatakse sellest kohe perearsti e-kirjaga, kus on muuhulgas ka info, et haiguse epikriis on saadetud digilukku. Haiglast lahkumisel varustatakse patsient kõikide vajalike ravimite retseptidega. Epikriisis on kirjas, kui kaua peaks patsient mingit ravimit tarvitama, lisaks on patsienti informeeritud, et ta peaks pöörduma perearsti vastuvõtulepäeva/nädala jooksul. Samuti sisaldub epikriisis patsiendi edasise käsitluse kohta juhised perearstile koos suunistega, mida peaks antud patsiendi puhul kindlasti silmas pidama.

Kõikide nimetatud haiguste käsitlemise kohta on olemas vastavad protokollid, mis on intergreeritud perearsti ja -õe töökeskkonda. Perearsti töölaual on olemas ka ravimite koostoimete andmebaas, kust ta saab kohe veenduda määratud ravimite kokkusobivuses.

Keerukamate patsientide puhul, kui patsient vajab palju erinevaid teenuseid, on oluline juhtumikorraldaja roll. Kui patsient vajab pigem tervishoiuteenuseid, siis lepitakse juhtumikorraldaja roll kokku esmatasandi tervisekeskuse baasil. Selleks võib olla tavapäraselt õendusala esindaja. Juhtumikorraldus peaks olema määratletud eraldi teenusena, mis kindlustaks huvi sellise juhtumi korralduse pakkumiseks. Juhtumeid võib ka rahastada tervikuna juhtumipõhiselt (nt kokkulepitud teenustepakett kokkulepitud hinnaga). Sellised näited on eri riikides mitmeid.

Juhtumeid arutletakse regulaarselt, vähemalt kord nädalas toimub pereõde (-õdede) ja perearsti vaheline arutelu. Juhtumeid, mis vajavad suurema meeskonna koostööd, arutletakse kogu meeskonna poolt ühiselt vähemalt kord kuus.

Kui patsient vajab pigem sotsiaalteenuseid, siis peaks olema juhtumikorraldaja sotsiaaltöötaja, kelle juurde patsient suunatakse ja kes teeb koostööd tervisekeskusega. Korrapäraselt (kord kuus) toimuvad sotsiaaltöötaja ja perearsti/pereõe kohtumised, kus arutletakse koordineerimist vajavate juhtumite üle. Vahepeal suheldakse telefoni teel või e-kirjadega. Ideaalis võiks olla tervisekeskusel kindlad sotsiaaltöötajad. Sotsiaaltöötaja teeb põhjaliku sotsiaalteenuste vajaduse hindamise ja suunab patsiendi ka vajalike teenuste juurde.

Antud patsiendile on vajalikud mitmed ravimid. Tagamaks selle, et kõik vajalikud ravimid on patsiendile väljastatud, raviskeem kontrollitud ning ei tekitata patsiendile ohtlikke situatsioone, on digiretsepti juurde töötatud välja lahendus, kus iga arst, kes ravimiretsepti väljastab (kas uue ravimi või ka kordusretsepti) kinnitab ühtlasi ka kogu patsiendi raviskeemi.

Patsiendi vaates on olemas kogu info selle kohta, milliseid ravimeid ta tarvitab, milline on raviskeem ja kui palju on talle jäänud veel ravimeid alles.

Kirjanduse viited

1. Poliitikauringute keskus Praxis. Tõenduspõhised tervisedenduse sekkumised ja mõjutegurid paikkonna tasandil. 2012.
2. Pertel T, Koppel A, Kalda R, Tõemets T, Vaask S, Viilup J. Mapping the status of disease prevention and health promotion at primary care level in Estonia. 2010. Available from: <http://ee.euro.who.int/E93354.pdf>.
3. Haiguste ennetamisest pearingile: Tartu Ülikooli Kirjastus; 2012.
4. Quaternary Prevention Primary Health Care Classification Consortium - WICC WONCA 2016 [Available from: http://www.ph3c.org/4daction/w3_CatVisu/en?wCatIDAdmin=1128].
5. Choosing Wisely | Promoting conversations between providers and patients 2016 [Available from: <http://www.choosingwisely.org/>].
6. Too much medicine | The BMJ 2016 [Available from: <http://www.bmj.com/too-much-medicine>].
7. The stages of prevention | Primer on Public Health Population 2016 [Available from: <http://phprimer.afmc.ca/Part1-TheoryThinkingAboutHealth/Chapter4BasicConceptsInPreventionSurveillanceAndHealthPromotion/Thestagesofprevention>].
8. WONCA Europe. Policy statement on prevention and health promotion in primary health medicine. 2010.
9. WHO Regional Office for Europe. Action plan for implementation of the European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2012-2016. 2011.
10. Alvarez-Bueno C, Cervero-Redondo I, Martinez-Andres M, Arias-Palencia N, Ramos-Blanes R, Salcedo-Aguilar F. Effectiveness of multifactorial interventions in primary health care settings for primary prevention of cardiovascular disease: A systematic review of systematic reviews. *Prev Med*. 2015;76 Suppl:S68-75.
11. Buckley BS, Byrne MC, Smith SM. Service organisation for the secondary prevention of ischaemic heart disease in primary care. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010(3):Cd006772.
12. Gili M, Vicens C, Roca M, Andersen P, McMillan D. Interventions for preventing relapse or recurrence of depression in primary health care settings: A systematic review. *Prev Med*. 2015;76 Suppl:S16-21.
13. Keleher H, Parker R, Abdulwadud O, Francis K. Systematic review of the effectiveness of primary care nursing. *Int J Nurs Pract*. 2009;15(1):16-24.
14. Rubio-Valera M, Pons-Vigues M, Martinez-Andres M, Moreno-Peral P, Berenguera A, Fernandez A. Barriers and facilitators for the implementation of primary prevention and health promotion activities in primary care: a synthesis through meta-ethnography. *PLoS One*. 2014;9(2):e89554.
15. Petursson H, Getz L, Sigurdsson JA, Hetlevik I. Current European guidelines for management of arterial hypertension: are they adequate for use in primary care? Modelling study based on the Norwegian HUNT 2 population. *BMC Fam Pract*. 2009;10:70.
16. Petursson H, Getz L, Sigurdsson JA, Hetlevik I. Can individuals with a significant risk for cardiovascular disease be adequately identified by combination of several risk factors? Modelling study based on the Norwegian HUNT 2 population. *J Eval Clin Pract*. 2009;15(1):103-9.

17. Yarnall KS, Pollak KI, Ostbye T, Krause KM, Michener JL. Primary care: is there enough time for prevention? *Am J Public Health*. 2003;93(4):635-41.
18. Maciosek MV, Coffield AB, Flottemesch TJ, Edwards NM, Solberg LI. Greater use of preventive services in U.S. health care could save lives at little or no cost. *Health Aff (Millwood)*. 2010;29(9):1656-60.
19. Zhou F, Shefer A, Wenger J, Messonnier M, Wang LY, Lopez A, *et al*. Economic evaluation of the routine childhood immunization program in the United States, 2009. *Pediatrics*. 2014;133(4):577-85.
20. Forouzanfar MH, Alexander L, Anderson HR, Bachman VF, Biryukov S, Brauer M, *et al*. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2015;386(10010):2287-323.
21. TÜ tervishoiu instituut. Haiguskoormuse tõttu kaotatud eluaastad Eestis: seosed riskifaktoritega ja riskide vähendamise kulutõhusus. 2004.
22. Veldre V. Kuidas ravikindlustusraha hästi jagada. 2012.
23. Kringos D, Boerma W, Hutchinson A, Saltman R. Building primary care in a changing Europe. 2015.
24. World Health Organization. State of the world's vaccines and immunization. 2009.
25. Sotsiaalministeeriumi immuunprofülaktika ekspertkomisjon. Sotsiaalministeeriumi immuunprofülaktika ekspertkomisjoni vaksineerimissoovitused.
26. Võrno T, Maimets M, Lutsar K, Reile R, Stimmer K, Reim M, *et al*. Riskirühmade gripivastase vaksineerimise kulutõhusus 2014. Available from: <http://rahvatervis.ut.ee/handle/1/6005>.
27. Fisher EB, Fitzgibbon ML, Glasgow RE, Haire-Joshu D, Hayman LL, Kaplan RM, *et al*. Behavior matters. *Am J Prev Med*. 2011;40(5):e15-30.
28. Gordon L, Graves N, Hawkes A, Eakin E. A review of the cost-effectiveness of face-to-face behavioural interventions for smoking, physical activity, diet and alcohol. *Chronic Illn*. 2007;3(2):101-29.
29. Woolf SH. A closer look at the economic argument for disease prevention. *Jama*. 2009;301(5):536-8.
30. Knowler WC, Barrett-Connor E, Fowler SE, Hamman RF, Lachin JM, Walker EA, *et al*. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *N Engl J Med*. 2002;346(6):393-403.
31. Curry SJ, Grossman DC, Whitlock EP, Cantu A. Behavioral counseling research and evidence-based practice recommendations: U.S. Preventive Services Task Force perspectives. *Ann Intern Med*. 2014;160(6):407-13.
32. Willis A, Davies M, Yates T, Khunti K. Primary prevention of cardiovascular disease using validated risk scores: a systematic review. *J R Soc Med*. 2012;105(8):348-56.
33. Lin JS, O'Connor EA, Evans CV, Senger CA, Rowland MG, Groom HC. U.S. Preventive Services Task Force Evidence Syntheses, formerly Systematic Evidence Reviews. Behavioral Counseling to Promote a Healthy Lifestyle for Cardiovascular Disease Prevention in Persons With Cardiovascular Risk Factors: An Updated Systematic Evidence Review for the US Preventive Services Task Force. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2014.
34. Korczak D, Dietl M, Steinhäuser G. Effectiveness of programmes as part of primary prevention demonstrated on the example of cardiovascular diseases and the metabolic syndrome. *GMS Health Technol Assess*. 2011;7:Doc02.

35. Fernandez A, Moreno-Peral P, Zabaleta-del-Olmo E, Bellon JA, Aranda-Regules JM, Luciano JV, *et al.* Is there a case for mental health promotion in the primary care setting? A systematic review. *Prev Med.* 2015;76 Suppl:S5-11.
36. Garcia-Campayo J, del Hoyo YL, Valero MS, Yus MC, Esteban EA, Guedea MP, *et al.* Primary prevention of anxiety disorders in primary care: A systematic review. *Prev Med.* 2015;76 Suppl:S12-5.
37. Bellon JA, Moreno-Peral P, Motrico E, Rodriguez-Morejon A, Fernandez A, Serrano-Blanco A, *et al.* Effectiveness of psychological and/or educational interventions to prevent the onset of episodes of depression: A systematic review of systematic reviews and meta-analyses. *Prev Med.* 2015;76 Suppl:S22-32.
38. VanBuskirk KA, Wetherell JL. Motivational interviewing with primary care populations: a systematic review and meta-analysis. *J Behav Med.* 2014;37(4):768-80.
39. Morton K, Beauchamp M, Prothero A, Joyce L, Saunders L, Spencer-Bowdage S, *et al.* The effectiveness of motivational interviewing for health behaviour change in primary care settings: a systematic review. *Health Psychol Rev.* 2015;9(2):205-23.
40. Maderuelo-Fernandez JA, Recio-Rodriguez JI, Patino-Alonso MC, Perez-Arechaederra D, Rodriguez-Sanchez E, Gomez-Marcos MA, *et al.* Effectiveness of interventions applicable to primary health care settings to promote Mediterranean diet or healthy eating adherence in adults: A systematic review. *Prev Med.* 2015;76 Suppl:S39-55.
41. Barnes RD, Ivezaj V. A systematic review of motivational interviewing for weight loss among adults in primary care. *Obes Rev.* 2015;16(4):304-18.
42. Franz MJ, Boucher JL, Rutten-Ramos S, VanWormer JJ. Lifestyle weight-loss intervention outcomes in overweight and obese adults with type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *J Acad Nutr Diet.* 2015;115(9):1447-63.
43. Elzerbi C, Donoghue K, Drummond C. A comparison of the efficacy of brief interventions to reduce hazardous and harmful alcohol consumption between European and non-European countries: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Addiction.* 2015;110(7):1082-91.
44. Alvarez-Bueno C, Rodriguez-Martin B, Garcia-Ortiz L, Gomez-Marcos MA, Martinez-Vizcaino V. Effectiveness of brief interventions in primary health care settings to decrease alcohol consumption by adult non-dependent drinkers: a systematic review of systematic reviews. *Prev Med.* 2015;76 Suppl:S33-8.
45. Marteau TM, French DP, Griffin SJ, Prevost AT, Sutton S, Watkinson C, *et al.* Effects of communicating DNA-based disease risk estimates on risk-reducing behaviours. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010(10):Cd007275.
46. Hollands GJ, Whitwell SC, Parker RA, Prescott NJ, Forbes A, Sanderson J, *et al.* Effect of communicating DNA based risk assessments for Crohn's disease on smoking cessation: randomised controlled trial. *Bmj.* 2012;345:e4708.
47. van Esso D, del Torso S, Hadjipanayis A, Biver A, Jaeger-Roman E, Wettergren B, *et al.* Paediatric primary care in Europe: variation between countries. *Arch Dis Child.* 2010;95(10):791-5.
48. Investing in children: the European child and adolescent health strategy 2015–2020. 2014.
49. Krogsboll LT, Jorgensen KJ, Gronhoj Larsen C, Gotzsche PC. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;10:Cd009009.
50. Jorgensen T, Jacobsen RK, Toft U, Aadahl M, Glumer C, Pisinger C. Effect of screening and lifestyle counselling on incidence of ischaemic heart disease in general population: Inter99 randomised trial. *Bmj.* 2014;348:g3617.
51. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, *et al.* Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2001;56(3):M146-56.

52. Turner G, Clegg A. Best practice guidelines for the management of frailty: a British Geriatrics Society, Age UK and Royal College of General Practitioners report. *Age Ageing*. 2014;43(6):744-7.
53. Wilson J, Jungner G. Principles and Practice of Screening for Disease. World Health Organization: Geneva, Switzerland, 1968. Public Health Papers [Internet]. 1968; 34. Available from: http://whqlibdoc.who.int/php/WHO_PHP_34.pdf.
54. Taylor F, Huffman MD, Macedo AF, Moore TH, Burke M, Davey Smith G, *et al*. Statins for the primary prevention of cardiovascular disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;1:Cd004816.
55. Taylor F, Ward K, Moore TH, Burke M, Davey Smith G, Casas JP, *et al*. Statins for the primary prevention of cardiovascular disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011(1):Cd004816.
56. Cardiovascular disease: risk assessment and reduction, including lipid modification | Guidance and guidelines | NICE. 2014.
57. Cooper A, O'Flynn N. Risk assessment and lipid modification for primary and secondary prevention of cardiovascular disease: summary of NICE guidance. *Bmj*. 2008;336(7655):1246-8.
58. Perera R, McFadden E, McLellan J, Lung T, Clarke P, Perez T, *et al*. Optimal strategies for monitoring lipid levels in patients at risk or with cardiovascular disease: a systematic review with statistical and cost-effectiveness modelling. *Health Technol Assess*. 2015;19(100):1-402.
59. Schroder FH, Hugosson J, Roobol MJ, Tammela TL, Ciatto S, Nelen V, *et al*. Screening and prostate-cancer mortality in a randomized European study. *N Engl J Med*. 2009;360(13):1320-8.
60. Andriole GL, Crawford ED, Grubb RL, 3rd, Buys SS, Chia D, Church TR, *et al*. Mortality results from a randomized prostate-cancer screening trial. *N Engl J Med*. 2009;360(13):1310-9.
61. Andriole GL, Crawford ED, Grubb RL, 3rd, Buys SS, Chia D, Church TR, *et al*. Prostate cancer screening in the randomized Prostate, Lung, Colorectal, and Ovarian Cancer Screening Trial: mortality results after 13 years of follow-up. *J Natl Cancer Inst*. 2012;104(2):125-32.
62. Pinsky PF, Black A, Parnes HL, Grubb R, David Crawford E, Miller A, *et al*. Prostate cancer specific survival in the Prostate, Lung, Colorectal, and Ovarian (PLCO) Cancer Screening Trial. *Cancer Epidemiol*. 2012;36(6):e401-6.
63. Schroder FH, Hugosson J, Roobol MJ, Tammela TL, Zappa M, Nelen V, *et al*. Screening and prostate cancer mortality: results of the European Randomised Study of Screening for Prostate Cancer (ERSPC) at 13 years of follow-up. *Lancet*. 2014;384(9959):2027-35.
64. Ilic D, Neuberger MM, Djulbegovic M, Dahm P. Screening for prostate cancer. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;1:Cd004720.
65. Bell N, Connor Gorber S, Shane A, Joffres M, Singh H, Dickinson J, *et al*. Recommendations on screening for prostate cancer with the prostate-specific antigen test. *Cmaj*. 2014;186(16):1225-34.
66. Moyer VA. Screening for prostate cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med*. 2012;157(2):120-34.
67. UK National Screening Committee. The UK NSC recommendation on Prostate cancer screening/PSA testing in man over the age 50 year 2016 [Available from: <http://legacy.screening.nhs.uk/prostatecancer>].
68. Australian Government Department of Health. Prostate cancer screening. Australian Government Department of Health; 2013.
69. Hayes JH, Barry MJ. Screening for prostate cancer with the prostate-specific antigen test: a review of current evidence. *Jama*. 2014;311(11):1143-9.
70. Gronberg H, Adolfsson J, Aly M, Nordstrom T, Wiklund P, Brandberg Y, *et al*. Prostate cancer screening in men aged 50-69 years (STHLM3): a prospective population-based diagnostic study. *Lancet Oncol*. 2015;16(16):1667-76.
71. Wallace E, Salisbury C, Guthrie B, Lewis C, Fahey T, Smith SM. Managing patients with multimorbidity in primary care. *Bmj*. 2015;350:h176.

72. Kruus P, Soe R-M, Võrk A, Jüri L. Ravikindlustuse jätkusuutlikkuse prognoos. Tallinn: Poliitikauuringute Keskus Praxis. 2014.
73. Robine JM, Michel JP. Looking forward to a general theory on population aging. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2004;59(6):M590-7.
74. Poliitikauuringute keskus Praxis. Eesti sotsiaalkindlustussüsteemi jätkusuutliku rahastamise võimalused. 2011.
75. Wanless D. Securing Good Health for the Whole Population: Population Health Trends. Crown; 2003.
76. Muth C, van den Akker M, Blom JW, Mallen CD, Rochon J, Schellevis FG, et al. The Ariadne principles: how to handle multimorbidity in primary care consultations. *BMC Med*. 2014;12:223.
77. Smith SM, Soubhi H, Fortin M, Hudon C, O'Dowd T. Managing patients with multimorbidity: systematic review of interventions in primary care and community settings. *Bmj*. 2012;345:e5205.
78. Naylor C, Imison C, Addicott R, Buck D, Goodwin N, Harrison T, et al. Transforming our health care system. The King's Fund; 2015.
79. EUprimecare. Common framework for primary care models in Europe. Madrid 2011. Available from: http://www.euprimecare.com/pdf/wp/EUprimecare_Deliverable2.1_PrimaryCareModels.pdf.
80. Ng CW, Ng KP. Does practice size matter? Review of effects on quality of care in primary care. *Br J Gen Pract*. 2013;63(614):e604-10.
81. van den Hombergh P, Campbell S. Is 'practice size' the key to quality of care? *Br J Gen Pract*. 2013;63(614):459-60.
82. Devlin RA, Hogg W, Zhong J, Shortt M, Dahrouge S, Russell G. Practice size, financial sharing and quality of care. *BMC Health Serv Res*. 2013;13:446.
83. Wensing M, van den Hombergh P, Akkermans R, van Doremalen J, Grol R. Physician workload in primary care: what is the optimal size of practices? A cross-sectional study. *Health Policy*. 2006;77(3):260-7.
84. Kristjansson E, Hogg W, Dahrouge S, Tuna M, Mayo-Bruinsma L, Gebremichael G. Predictors of relational continuity in primary care: patient, provider and practice factors. *BMC Fam Pract*. 2013;14:72.
85. Gaal S, van den Hombergh P, Verstappen W, Wensing M. Patient safety features are more present in larger primary care practices. *Health Policy*. 2010;97(1):87-91.
86. Does GP Practice Size Matter? GP Practice Size and the Quality of Primary Care - Institute For Fiscal Studies - IFS; 20 November 2014 [Available from: <http://www.ifs.org.uk/publications/7445>].
87. Bojke C, Gravelle H, Wilkin D. Is bigger better for primary care groups and trusts? *Bmj*. 2001;322(7286):599-602.
88. Merilind E, Vethstra K, Salupere R, Kolde A, Kalda R. The impact of pay-for-performance on the workload of family practices in Estonia. *Qual Prim Care*. 2014;22(2):109-14.
89. Merilind E, Salupere R, Vastra K, Kalda R. The influence of performance-based payment on childhood immunisation coverage. *Health Policy*. 2015;119(6):770-7.
90. Pike B, Mongan D. The integration of health and social care services. Health Research Board. UK. 2014. Available from: http://www.hrb.ie/uploads/tx_hrbpublications/The_integration_of_health_and_social_care_services_2014.pdf.
91. World Health Organization. Roadmap. Strengthening people-centred health systems in the WHO European Region. A framework for Action towards Coordinated/Integrated Health Services Delivery (CIHSD) 2013. Available from:

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/231692/e96929-replacement-CIHSD-Roadmap-171014b.pdf?ua=1.

92. World Health Organization. WHO global strategy on people centred and integrated health services. Interim report. 2015. Available from:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/155002/1/WHO_HIS_SDS_2015.6_eng.pdf.

93. Curry N, Ham C. Clinical and service integration. The route to improved outcomes: King's Fund; 2010. Available from: <https://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/Clinical-and-service-integration-Natasha-Curry-Chris-Ham-22-November-2010.pdf>.

94. Valentijn PP, Schepman SM, Opheij W, Bruijnzeels MA. Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *Int J Integr Care*. 2013;13:e010.

95. Busetto L, Luijkx K, Huizing A, Vrijhoef B. Implementation of integrated care for diabetes mellitus type 2 by two Dutch care groups: a case study. *BMC Fam Pract*. 2015;16:105.

96. Busetto L, Luijkx KG, Elissen AM, Vrijhoef HJ. Intervention types and outcomes of integrated care for diabetes mellitus type 2: a systematic review. *J Eval Clin Pract*. 2015.

97. Busetto L, Luijkx KG, Elissen AM, Vrijhoef HJ. Context, mechanisms and outcomes of integrated care for diabetes mellitus type 2: a systematic review. *BMC Health Serv Res*. 2016;16(1):18.

98. Nolte E, Pitchforth E. What is the evidence on the economic impacts of integrated care? : European Observatory on Health Systems and Policies; 2014. Available from:

<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/policy-briefs-and-summaries/what-is-the-evidence-on-the-economic-impacts-of-integrated-care>.

99. Mitchell GK, Burridge L, Zhang J, Donald M, Scott IA, Dart J, et al. Systematic review of integrated models of health care delivered at the primary?secondary interface: how effective is it and what determines effectiveness? *Aust J Prim Health*. 2015.

100. Mason A, Goddard M, Weatherly H, Chalkley M. Integrating funds for health and social care: an evidence review. *J Health Serv Res Policy*. 2015;20(3):177-88.

101. Nolte E, Knai C, McKee M. Managing chronic conditions. Experience in eight countries.: European Observatory on Health Systems and Policies.; 2008. Available from:

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/98414/E92058.pdf.

102. Renders CM, Valk GD, Griffin SJ, Wagner EH, Eijk Van JT, Assendelft WJ. Interventions to improve the management of diabetes in primary care, outpatient, and community settings: a systematic review. *Diabetes Care*. 2001;24(10):1821-33.

103. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. *Jama*. 2002;288(14):1775-9.

104. Tsai AC, Morton SC, Mangione CM, Keeler EB. A meta-analysis of interventions to improve care for chronic illnesses. *Am J Manag Care*. 2005;11(8):478-88.

105. Nolte E, Knai C, Saltman R. Assessing chronic disease management in European health systems. United Kingdom: World Health Organization; 2014. Available from:

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/270729/Assessing-chronic-disease-management-in-European-health-systems.pdf.

106. Kolozsvari LR, Orozco-Beltran D, Rurik I. Do family physicians need more payment for working better? Financial incentives in primary care. *Aten Primaria*. 2014;46(5):261-6.

107. Kontopantelis E, Springate DA, Ashworth M, Webb RT, Buchan IE, Doran T. Investigating the relationship between quality of primary care and premature mortality in England: a spatial whole-population study. *Bmj*. 2015;350:h904.

108. Dixon A, Khachatryan A, Wallace A, Peckham S, Boyce T, Gillam S. Impact of Quality and Outcomes Framework on health inequalities: @TheKingsFund; 2011. Available from: <http://www.kingsfund.org.uk/publications/impact-quality-and-outcomes-framework-health-inequalities>.
109. McShane M, Mitchell E. Person centred coordinated care: where does the QOF point us? *Bmj*. 2015;350:h2540.
110. Boyle S. United Kingdom (England): Health System Review. Health Systems in Transition [Internet]. 2011; 13:[1-486 pp.]. Available from: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/135148/e94836.pdf.
111. Exworthy M. The performance paradigm in the English NHS: Potential, pitfalls, and prospects. *Eurohealth*. 2010;16(3):16-9.
112. Quality and outcomes framework - NHS Employers 2016 [Available from: <http://www.nhsemployers.org/your-workforce/primary-care-contacts/general-medical-services/quality-and-outcomes-framework>].
113. About DAK-E - DAK-E 2016 [Available from: <http://www.dak-e.dk/flx/en/about-dak-e/>].
114. Olejaz M, Juul Nielsen A, Rudkjobing A, Okkels Birk H, Krasnik A, Hernandez-Quevedo C. Denmark. Health system review. Health Systems in Transition [Internet]. 2012; 14(2):[1-192 pp.]. Available from: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/160519/e96442.pdf.
115. Pedersen KM, Andersen JS, Sondergaard J. General practice and primary health care in Denmark. *J Am Board Fam Med*. 2012;25 Suppl 1:S34-8.
116. Kirschner K, Braspenning J, Akkermans RP, Jacobs JE, Grol R. Assessment of a pay-for-performance program in primary care designed by target users. *Fam Pract*. 2013;30(2):161-71.
117. Karunaratne K, Stevens P, Irving J, Hobbs H, Kilbride H, Kingston R, *et al*. The impact of pay for performance on the control of blood pressure in people with chronic kidney disease stage 3-5. *Nephrol Dial Transplant*. 2013;28(8):2107-16.
118. Liu J, Wyatt JC, Altman DG. Decision tools in health care: focus on the problem, not the solution. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2006;6:4.
119. Merilind E, Salupere R, Västra K, Põldsam R, Kalda R. The impact of payment for performance on number of family doctors visits, specialist consultations and hospital bed occupancy. A longitudinal study. *Qual Prim Care*. 2016;24(1):23-28.
120. Eurohealth, WHO on behalf of European Observatory on Health Systems and Policies 2013, available online <http://www.euro.who.int/en/who-we-are/partners/observatory/eurohealth>
121. John C. Langenbrunner *et al*. Designing and Implementing Health Care Provider Payment Systems. How-To Manuals. The World Bank, 2009.
122. Kaija Lukka. Esmatasandi Tervisekeskuste rahastusmudelite võrdlus optimaalse mudeli loomiseks. Magistriöö, Tallinna Ülikool, 2015
123. Laura Helena Kivi, „Esmatasandi terviseteenuste korraldamine tervisekeskuste moodustamisega Eesti näitel“ (Tartu, 2014).
124. Busse R, Mays N. Paying for chronic disease care. In Nolte E, McKee M (Eds). *Caring for people with chronic conditions: a health system perspective*. Maidenhead: Open University Press, 2008

125. van Gool, Kees. Health Policy Monitor. System Organisation/ Integration, Access, 2008. Available at http://hpm.org/en/Surveys/CHERE_-_Australia/11/GP_Super_Clinics.html

126. GP Super Clinics: National Program Guide 2010. <http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/pacd-gpsuperclinics-ProgramGuide2010>

Lisa 1.

Perearstide küsitlusuuringu tulemused

„Mida arvavad perearstid teatud ennetusalaste tegevuste toimumisest perearstikeskustes?“.

EPS-is on praegu liikmeid 838 ning küsimustikule vastas 24% perearstidest (N=200). Vastajate keskmine vanus oli 51 aastat.

49% vastajatest olid Eesti suurlinnadest, ülejäänud väikelinnadest ning maa-asulatest.

Vastajate peamine töötamise koht (linn, asula)

Tallinnas	57		28.5%
Tartus	30		15%
Pärnus	8		4%
Narvas	3		1.5%
Väikelinnas	51		25.5%
Maa-asulas	51		25.5%
Kokku vastuseid	200		

Töötamise viis

Üksikpraksises	82		41%
Grupipraksises	118		59%
Kokku vastuseid	200		

Esitasime väiteid ja soovisime teada perearstide valmisolekut erinevate teenuste pakkumise võimalikkuse kohta perearsti meeskonnas / tervisekeskuses vastavalt neile ennetusteenustele, mida kasutati Euroopa uuringus EUprimecare, kus uuriti esmatasandi toimetudeleid seitsme Euroopa riigi osalusel (79).

Jooniste komplekt 1. Milliseid ennetustegevusi ollakse valmis pakkuma perearsti meeskonna / tervisekeskuse tasandil?

Individualiseeritud ennetustegevus täiskasvanutele (nt suitsetamisest loobumise nõustamine, toitumisenõustamine jms)

Täiesti nõus, et see on perearsti ja tema meeskonna roll	73		36.5%
Nõus, et suurel osal juhtudest	86		43%
Osaliselt nõus, kuna perearstil ja tema meeskonnal on väike roll	34		17%
Ei ole nõus, et perearsti ja tema meeskonna roll	7		3.5%

* Rasedate jälgimine

Täiesti nõus, et see on perearsti ja tema meeskonna roll	15		7.5%
Nõus, et suurel osal juhtudest	44		22%
Osaliselt nõus, kuna perearstil ja tema meeskonnal on väike roll	72		36%
Ei ole nõus, et perearsti ja tema meeskonna roll	69		34.5%

* Koolieelsete tervete laste tervisekontroll (ennetus)

Täiesti nõus, et see on perearsti ja tema meeskonna roll	176		88%
Nõus, et suurel osal juhtudest	22		11%
Osaliselt nõus, kuna perearstil ja tema meeskonnal on väike roll	2		1%
Ei ole nõus, et perearsti ja tema meeskonna roll	0		0%

• Kooliealiste tervete laste tervisekontroll (ennetus)

Täiesti nõus, et see on perearsti ja tema meeskonna roll	116		58%
Nõus, et suurel osal juhtudest	41		20.5%
Osaliselt nõus, kuna perearstil ja tema meeskonnal on väike roll	27		13.5%

meeskonnal on väike roll

Ei ole nõus, et perearsti ja tema meeskonna roll	16		8%
--	----	--	----

* Kontratseptsiooninõustamine

Täiesti nõus, et see on perearsti ja tema meeskonna roll	60		30%
--	----	--	-----

Nõus, et suurel osal juhtudest	80		40%
--------------------------------	----	--	-----

Osaliselt nõus, kuna perearstil ja tema meeskonnal on väike roll	38		19%
--	----	--	-----

Ei ole nõus, et perearsti ja tema meeskonna roll	22		11%
--	----	--	-----

* Laste immuniseerimine

Täiesti nõus, et see on perearsti ja tema meeskonna roll	182		91%
--	-----	--	-----

Nõus, et suurel osal juhtudest	18		9%
--------------------------------	----	--	----

Osaliselt nõus, kuna perearstil ja tema meeskonnal on väike roll	0		0%
--	---	---	----

Ei ole nõus, et perearsti ja tema meeskonna roll	0		0%
--	---	--	----

Sõeltestimisprogrammide läbiviimine (PAP-test, väljaheite peitvere skriining, mammograafia)

Täiesti nõus, et see on perearsti ja tema meeskonna roll	51		25.5%
--	----	--	-------

Nõus, et suurel osal juhtudest	79		39.5%
--------------------------------	----	--	-------

Osaliselt nõus, kuna perearstil ja tema meeskonnal on väike roll	48		24%
--	----	--	-----

Ei ole nõus, et perearsti ja tema meeskonna roll	22		11%
--	----	--	-----

• Terviseedendus kogukonna tasemel

Täiesti nõus, et see on perearsti ja tema meeskonna roll	45		22.5%
--	----	--	-------

Nõus, et suurel osal juhtudest	64		32%
--------------------------------	----	--	-----

Osaliselt nõus, kuna perearstil ja tema meeskonnal on väike roll	51		25.5%
--	----	--	-------

Ei ole nõus, et perearsti ja tema meeskonna roll	40		20%
--	----	--	-----

*** Ennetavad terviseläbivaatused täiskasvanutele**

Täiesti nõus, et see on perearsti ja tema meeskonna roll	117		58.5%
Nõus, et suurel osal juhtudest	62		31%
Osaliselt nõus, kuna perearstil ja tema meeskonnal on väike roll	12		6%
Ei ole nõus, et perearsti ja tema meeskonna roll	9		4.5%

Üldine tervisekaitse (joogivee ja toidu ohutus jms)

Täiesti nõus, et perearsti ja tema meeskonna roll	11		5.5%
Nõus, et suurel osal juhtudest	24		12%
Osaliselt nõus, kuna perearstil ja tema meeskonnal on väike roll	54		27%
Ei ole nõus, et perearsti ja tema meeskonna roll	111		55.5%

Lisa 2.

Patsientide fookusgrupiuuringu tulemused

- Terviseprobleemi olemus, „tõsidus“

Tervete ja krooniliste haigustega patsientide arvamustes erinevusi ei esinenud. Nii terved inimesed, kellel ei ole väljakujunenud kroonilist haigust, kui ka patsiendid, kes igapäevaselt elavad kroonilise haigus(t)ega, tarvitavad regulaarselt suurt hulka ravimeid ning käivad perearsti ja õe regulaarsel kontrollil arvavad, et ilma suure probleemita nad ei läheks arsti (perearsti) vastuvõtule.

N: „Et läheks perearsti juurde ja ütleks, et kaalun liiga palju? Et see vast ei ole tänases informatsiooniühiskonnas üldse mingi teema.“

- Arsti koormatus

Veel üheks põhjuseks, miks inimene ei taha arsti juurde minna, on arsti koormatus. Inimesed on veendunud, et arstil on niigi palju tööd, ja nemad ei taha segada. Arvatakse, et arst tegeleb palju raskemate patsientidega ning polegi vaja minna „tühja“ asja pärast.

N: „Minu arust tuleks ikka patsientidel arste säästa. Sest perearstid on ju nii metsikult ülekoormatud, mida kõike nad peavad tegema... Nemad on 10 aastat õppinud inimest tundma ja nende asi on ikkagi tegeleda ravimisega ja sellise praktilise tööga. Ma ei tahaks neid küll veel koormata....“

N: „..arstil on niigi palju tööd, eks ole. Kõigepealt hakkad ise ravima, siis vaatad, eks ju. Kui asi on tõsine, siis lähed.“

- Meeldetuletus

Isegi siis, kui inimesed teavad, et regulaarne kontroll arsti juures on väga oluline, eriti teatud vanusest alates, võivad nad lihtsalt unustada, või on neil muud tegevused, mis on olulisemad antud hetkel. Seega on oodatud mingi meeldetuletus, mis oleks silmatorkav ja meeldejääv, nagu näiteks värviline buklett või e-mail postkasti, kuna paber kipub tavaliselt kaduma.

M: „Nagu kui hea on olla, unustad ära“

N: „Mõtled et lähen, lähen... ja siis lõpuks unustatud ära, tulevad muud asjad peale... ja ongi.“

N: „Sest muidu et ei ole midagi viga... muudkui lükkad edasi, lükkad edasi, aga tegelikult...“

N: „Samas oleks hea, kui on kroonilised probleemid, et tuleks selline regulaarne meeldetuletus, kas või meili peale, telefoni peale, et on aeg ja võiks tulla.“

N: „Väga palju oleneb ka meeldetuletuse vormist..... Võiks olla sõbralik kutse, mis jätaaks ka valikuvabaduse.“

PATSIENDI OOTUSED

- Mitte keskenduda ühele probleemile

Kui kroonilise haigusega patsient tuleb vastuvõtule, siis ta tahab, et arst teeks korraliku kontrolli. On oluline, et arst käsitleks patsienti terviklikult, peale patsiendi enda poolt esitatud kaebuste hindaks tervist laiemalt.

N: „et kui lähed perearsti juurde ühe probleemiga ning ta tuvastab teise probleemi, võiks ta anda mulle sellest teada ning suunata edasi. Võib olla, et ma ise veel seda ei tunne, kuid perearst oskab juba seda näha.“

M: „kui arst patsienti harva näeb, siis võiks patsiendi täielikult „ette võtta“.

- Vastuvõtul ootab „oma“ arst või õde: personaalne meditsiin. Õdede roll.

Juhul kui inimene on tulnud oma perearsti juurde, siis ta tahab saada kõige paremat abi. Suurt vahet pole, kes nõu- ja abiandja on, olulisemaks peetakse, et abi oleks kvaliteetne ja probleem lahendatud. Teisest küljest, kui patsient läheb oma perearsti vastuvõtule, siis ta eelistab, et temaga tegeleks oma arst, mitte õde või resident. Õde võib jääda telefoni teel nõustamine või kutsumine enda vastuvõtule. Samuti peetakse heaks tooniks, kui õde (registraator) mainiks, kes võtab patsiendi vastu – kas arst ise või resident, sest see annab võimaluse valida.

M: „Ma ei saa patsiendina päris hästi sellest funktsioonist aru, et kes mind õieti konsulteerib, arst või õde. Ja kes tegelikult vastutab selle asja eest. Ma lähen konkreetse kabinetti, konkreetse ajal, ja kes siis minuga tegelikult tegeleb, kes selle otsuse eest vastutab. Kui räägib õde, kas tegelikult vastutab arst või vastutab õde. Ma tunnistan, et ma pole väga hästi sellest aru saanud, mis roll sellel õel nagu on selle konsultatsiooni ja vastuvõtu mõttes. Ma patsiendina tahaks, kui ma vastuvõtule lähen, et minuga tegeleks antud hetkel parima kvalifikatsiooniga spetsialist. Ma raiskan esiteks oma aja, ma tulen töölt ära, ma ootan seal ukse taga, ja ma tahan saada sellel hetkel küll parimat teenust, mida see kabinet mulle saab osutada. Ma maksan selle eest riigile, tahan saada kõige parimat teenust. Kui see vastutus on seal kuidagi hajutatud, keegi räägib midagi, siis ma ütleks, et see mind päris hästi ei rahulda.“

M: „Kui telefonile helistad ja õde võtab vastu, see on täiesti normaalne. Aga kui ma lähen vastuvõtule, mina tahan et minuga tegeleks arst.“

N: „Meie kui terved inimesed, kui läheme arsti juurde, siis me oleme haiged. Siis me tahame arsti.“

INFOALLIKAD

M: „Mida rohkemast infoallikast seda teada saad, seda parem.“

Siit tuleb välja fakt, et inimesed eelistavad otsida infot mujalt, mitte arsti käest. Muidugi on palju mugavam kodust väljumata teha otsingut internetis või lugeda meditsiiniraamatut. Intervjueeritavad rääkisid ka sellest, et tänapäeva infoühiskonnas on tervise kohta saadavat infot väga palju, võib olla isegi liiga palju. Õnneks inimesed ise tunnistavad, et leiab ka sellist informatsiooni, millest patsient võib olla aru ei saa või mõtleb endale ise mingi haiguse välja.

N: „Aga sealt võib muidugi saada ka sellist infot, et loed sealt ja siis arvad endale igasugused asjad külge. Ja siis lähed arsti juurde ja küsid, kas see on nagu tegelikult ohtlik või ei ole. Nii-öelda perearst on see, kes ütleb, ära loe sealt igasugust jama.“

N: „Infot tuleb hästi palju. Võib olla peearst on see, kelle abil saab selle valiku teha.“

Sel juhul inimene pöördub asjatundja ehk perearsti juurde, kes oskab selekteerida, mis on õige ja mis vale. Ühest küljest saab iga inimene ise otsida infot tervise ja haiguste ennetamise kohta, teisest küljest oodatakse adekvaatse info jagamist kõigepealt just perearstilt. Perearsti oskus võiks olla see, et ta aitab inimesel teha õige valiku õigel hetkel. Teiste sõnadega, kui inimesel on mingi küsimus, mis teda vaevab ja ise lahendust ei oska leida, siis ta otsib abi arsti käest. Kui patsient juba tuli vastuvõtule, on teretulnud erinevad soovitusel ja nõuanded tervisedenduse ja ennetuse kohta.

N: „Mina küsin ikka arsti käest. Kui mul tekib küsimus, mis mind vaevab, siis ma küsin ikka... ma ei hakka enda jaoks asju välja mõtlema. Lähen asjatundja juurde.“

M: „Kui sa lähed perearsti juurde, siis sul on mingi põhjus. Ja siis kui perearst vaatab sulle ja ütleb, et suitseta vähem, mõtle õigesti ja söö õigesti... see on normaalne, eks ole.“

M: „Sealt saab info, aga inimese elu koosneb valikutest ja valikud teed sa ise.“

PATSIENTIDE TUNDMINE

Patsientide tundmine on väga vajalik perearsti väärtus ennetustöös. Hea perearst tunneb nii patsiendi enda kui ka tema perekonna lugu. Ta oskab leida õige hetke, millal võiks ennetustööga alustada ja teab, kuidas seda efektiivselt teha.

Terved inimesed on seda meelt, et perearst võiks oma patsiente nii hästi tunda, et osata soovitada näiteks riskirühmale vaktsineerimist või juhtida rohkem tähelepanu kätepesule.

N: „Perearst ju näeb oma patsienti ja kindlasti on tal patsiente, kellest ta näeb, et neile peab ütlema: tuleb pesta hambaid, pesta käsi, pesta jalgu. Inimene ei peida seda ju. Kui ta loomult on lohakas, räpane, ei hoolitse enda ega laste eest, see paistab välja.“

M: „Perearstil peaks olema oma grupis nii-öelda statistika, kes on riskirühm, eks ole. Kellel võib olla süda nõrk. Aga teine võib olla aastaid käinud, tervis on korras, siis see gripp ei pruugi nii tugevalt külge tulla.“

- REGULAARNE TERVISEKONTROLL

Mõlema rühma patsiendid, nii terved kui ka krooniliste haigustega, on huvitatud regulaarsest tervisekontrollist – seda nii kroonilise haiguse jälgimise kui ka profülaktilise kontrolli mõttes. Patsiendid tõid välja erinevaid ajavahemikke kontrolli sageduse kohta: 1,5–5 aastat. Arvati, et see võiks olla sarnane töötervishoiuarsti külastusega, kus tehakse üldist läbivaatust, lihtsamaid analüüse ning räägitakse erinevate haiguste ennetusmeetmetest. On pakutud isegi sellist varianti, et patsiendi motiveerimiseks võiks hea tervise säilitamise eest olla mingi rahaline preemia, näiteks soodsamad võimalused tulumaksu tagastamisel.

N: „Repressiivne meetod: kui perearst kutsub ja ma ei lähe, siis tulumaksu tagastust ei saa.“

N: „Korstnapühkijat ma pean kutsuma iga 2 aasta tagant või siis selle, kes seda andurit kontrollib. Ma saan trahvi, kui ma ei kutsu. Aga miks ma siis nagu tervist ei peaks kontrollima iga 1,5 aasta pärast.“

Üldiselt meeldiks inimestele pigem selline variant, et perearst kutsuks neid ise vastuvõtule, mitte et patsient tuleks profülaktiliseks läbivaatuseks omal soovil. Sel juhul oleks vastutus jagatud. Tervete patsientide arvamus oli, et kui rakendada sellist regulaarset kontrolli perearstikeskuses, võiks see olla kvaliteetne, kuna praegu töötervishoius tehtav kontroll on väga erineva tasemega.

M: „Olen ise läbinud seda kontrolli kaks korda, kuid võin öelda, et seda, mida meile tehti, oli suht „iluduse“ asi. See ei ole tehtud selle jaoks, et midagi avastada. Antakse liiga „üldnõustusi“.

N: „Samamoodi võiks 1,5 või 2 aasta jooksul perearsti juures näitamas käia nendel, kel ei ole töötervishoiu kontrolli võimalik teha.“

Tervete rühmas tekkis arutelu tervishoiuressursside kokkuhoidmise võimalustest. Tundub, et inimesed suhtuvad regulaarsesse tervisekontrolli positiivselt mitte ainult enda huvide pärast, vaid saavad aru selle kasulikkusest riiklikul tasemel. Odavam ja tõhusam on ravida haigust algstaadiumis, kui hiljem tüsistustega tegeleda.

M: „Võib olla see ongi ressursi kokkuhoidmine, kui lihtsalt tehakse elementaarsed uuringud ära... kui hakatakse tegema hiljem kallimaid operatsioone või mida iganes“

M: „Kõik need meetodid, massilised meetodid, mis aitavad haigust varajases staadiumis ennetada, on teretulnud.“

- PEREÕDE

Viimastel aastatel on pereõde roll tervishoius oluliselt laienenud. Pereõde teeb palju tööd. Inimesed saavad sellest aru ning tunnistavad ka, et tihtipeale on õde ülekoormatud. Pereõelt oodatakse peaaegu kõike: nii retsepte ja saatekirju, registreerimist, analüüside võtmist kui ka nõustamist (nt liikumise ja kaalulangetamise teemadel), samuti analüüside tõlgendamist. Samas tunnistavad inimesed, et tihtipeale on õde oma rohkete ülesannete tõttu ülekoormatud ning oma tööga hakkamasaamine nõuab pingutust. Siiski on inimeste usaldus oma pereõde vastu suur ning nad ootavad just tema poolt nõuandeid haiguste ennetamiste kohta. Tunnistatakse, et arst ei jõua lühikese visiidi aja tõttu kõikide teemadega tegeleda. Patsiendid tunnevad, et pereõde on ülekoormatud, seega ennetustööks (nõustamine) on tal raske aega leida. Hinnatakse kõrgelt, kui pereõde tunneb oma tööülesannete piiri, oskab õigesti määrata, kus lõpevad tema oskused ja võimalused ning algavad arsti omad. Kehv kontakt või rahulolematuse oma pereõdega võib olla perearsti vahetamise põhjuseks.

„Pereõde roll ongi, et arst võib anda talle teatud patsientide jälgimise kohustuse. Kas needsamad analüüsid on tehtud, mida sa pead kontrollima igal aastal. Meeldetuletus võib tulla pereõde poolt, see ei pea tulema perearsti poolt.... Ja samas professionaalne pereõde oskab määrata ka, isegi vastust anda. Ta teab ju, kas telefoni peab edasi andma arstile või mitte.“

„Arstiga ma kohtun siis, kui ma tahan kohtuda. Kui ma saan oma tarkusega hakkama, siis ma suhtlen pereõdega.“

„Pereõde võiks nõustada elustiili osas, toitumise osas, liikumise osas. Kuni ka loomulikult ravimite kõrvaltoimed, ravimite võtmise kontrollimine, kas seda võetakse regulaarselt. Pereõdele võiks pöörduda ka kaaluprobleemidega.“

„Ma arvan, et see hakkab pereõel üle jõu käima. Niipalju kui ma arsti juures käin, arstil on üks patsient ja õel on viis tükki vähemalt, kellega ta tegeleb“.

„Ta ei jaksa seda kõike teha. Ma siiski arvan, et inimesed ei pea kaua seal vastu.“

„Mina arvan ka, et pereõde teeb liiga palju tööd... Siis on liiga palju tööd, ma arvan. Sellepärast ta võib-olla ei suudagi kõikidele tähelepanelik olla.“

„Hästi tubli pereõde annabki sulle rohkem tuge kui arst vahepeal.“

Lisa 3.

„Mida arvavad perearstid loetletud teenuste osutamisest perearstikeskustes“?

Vastanud perearstidest 69% on koondunud kuni nelja nimistuga grupipraksistesse ning 11% kuuluvad 10 ja enam nimistuga kooslustesse. 5–10 nimistuga gruppidest on kõige enam kuue nimistuga kooslusi (6%).

Kui töötate grupipraksises, siis mitu nimistut on teie keskkuses?

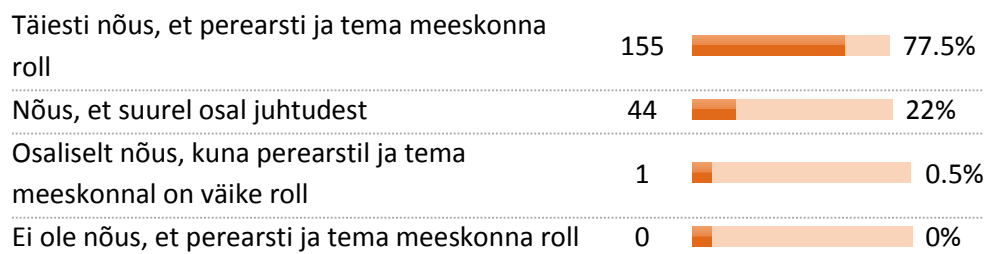
1	16		11.7%
2	29		21.2%
3	28		20.4%
4	22		16.1%
5	8		5.8%
6	11		8%
7	3		2.2%
8	3		2.2%
9	3		2.2%
10	1		0.7%
Üle 10	13		9.5%
Kokku vastuseid	137		

Milline oleks teie jaoks optimaalne nimistute arv tervisekeskuses?

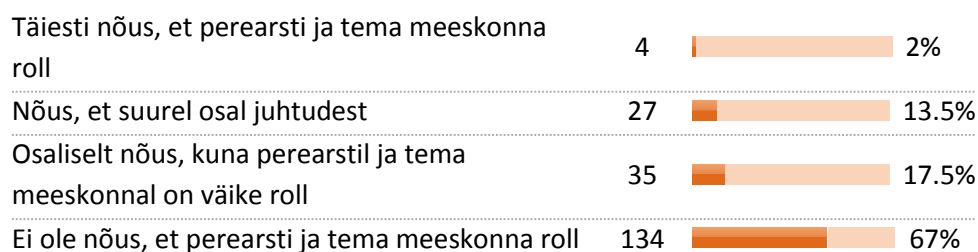
1	7		3.5%
2	12		6%
3	38		19%
4	73		36.5%
5	28		14%
6	22		11%
7	1		0.5%
8	6		3%
9	4		2%
Üle 10	9		4.5%
Kokku vastuseid	200		

Joonised, mis illustreerivad vastust küsimusele : „Palun näidake, mil määral olete nõus, et järgnevalt nimetatud teenuseid pakutakse perearsti meeskonnas / tervisekeskuses“.

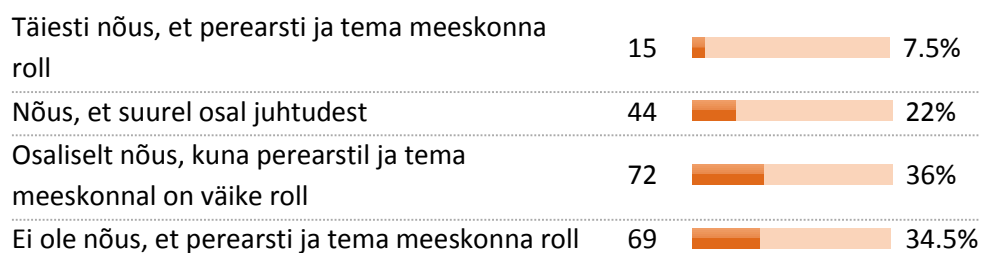
Ägedate ja krooniliste haiguste diagnoosimine ja ravi



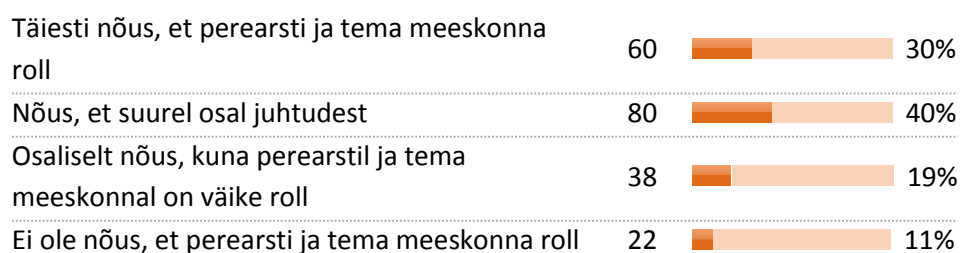
Samade probleemidega tegelemine väljaspool tavapärast tööaega



Rasedate jälgimine



Kontratseptsiooninõustamine



Laste immuniseerimine

Täiesti nõus, et perearsti ja tema meeskonna roll	182		91%
Nõus, et suurel osal juhtudest	18		9%
Osaliselt nõus, kuna perearstil ja tema meeskonnal on väike roll	0		0%
Ei ole nõus, et perearsti ja tema meeskonna roll	0		0%

Sõeltestimisprogrammide läbiviimine (PAP-test, väljaheite peitvere skriining, mammograafia)

Täiesti nõus, et perearsti ja tema meeskonna roll	51		25.5%
Nõus, et suurel osal juhtudest	79		39.5%
Osaliselt nõus, kuna perearstil ja tema meeskonnal on väike roll	48		24%
Ei ole nõus, et perearsti ja tema meeskonna roll	22		11%

Laboriuuringute tegemine

Täiesti nõus, et perearsti ja tema meeskonna roll	118		59%
Nõus, et suurel osal juhtudest	58		29%
Osaliselt nõus, kuna perearstil ja tema meeskonnal on väike roll	15		7.5%
Ei ole nõus, et perearsti ja tema meeskonna roll	9		4.5%

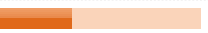
Sagedasemate radioloogiliste uuringute tegemine (ultraheliuuring, röntgenuuring)

Täiesti nõus, et perearsti ja tema meeskonna roll	102		51%
Nõus, et suurel osal juhtudest	45		22.5%
Osaliselt nõus, kuna perearstil ja tema meeskonnal on väike roll	16		8%
Ei ole nõus, et perearsti ja tema meeskonna roll	37		18.5%

Füsioteraapia

Täiesti nõus, et perearsti ja tema meeskonna roll	55		27.5%
---	----	--	-------

roll

Nõus, et suurel osal juhtudest	72		36%
Osaliselt nõus, kuna perearstil ja tema meeskonnal on väike roll	46		23%
Ei ole nõus, et perearsti ja tema meeskonna roll	27		13.5%

Vaimse tervise probleemid (sagedasemad seisundid)

Täiesti nõus, et perearsti ja tema meeskonna roll	29		14.5%
Nõus, et suurel osal juhtudest	92		46%
Osaliselt nõus, kuna perearstil ja tema meeskonnal on väike roll	63		31.5%
Ei ole nõus, et perearsti ja tema meeskonna roll	16		8%

Sõitlaste nõustamine

Täiesti nõus, et perearsti ja tema meeskonna roll	6		3%
Nõus, et suurel osal juhtudest	45		22.5%
Osaliselt nõus, kuna perearstil ja tema meeskonnal on väike roll	81		40.5%
Ei ole nõus, et perearsti ja tema meeskonna roll	68		34%

Sotsiaalteenused (sotsiaaltöötaja on tervisekeskuse meeskonna liige)

Täiesti nõus, et perearsti ja tema meeskonna roll	18		9%
Nõus, et suurel osal juhtudest	57		28.5%
Osaliselt nõus, kuna perearstil ja tema meeskonnal on väike roll	52		26%
Ei ole nõus, et perearsti ja tema meeskonna roll	73		36.5%

Koduõendusteenus

Täiesti nõus, et perearsti ja tema meeskonna roll	48		24%
Nõus, et suurel osal juhtudest	68		34%

Osaliselt nõus, kuna perearstil ja tema meeskonnal on väike roll	57		28.5%
Ei ole nõus, et perearsti ja tema meeskonna roll	27		13.5%

Toetatud elamise teenus eakatele dementsusega patsientidele

Täiesti nõus, et perearsti ja tema meeskonna roll	5		2.5%
Nõus, et suurel osal juhtudest	13		6.5%
Osaliselt nõus, kuna perearstil ja tema meeskonnal on väike roll	42		21%
Ei ole nõus, et perearsti ja tema meeskonna roll	140		70%

24 h koduhooldusteenus

Täiesti nõus, et perearsti ja tema meeskonna roll	2		1%
Nõus, et suurel osal juhtudest	5		2.5%
Osaliselt nõus, kuna perearstil ja tema meeskonnal on väike roll	17		8.5%
Ei ole nõus, et perearsti ja tema meeskonna roll	176		88%

Pikaravivoodikohad tervisekeskuses

Täiesti nõus, et perearsti ja tema meeskonna roll	3		1.5%
Nõus, et suurel osal juhtudest	4		2%
Osaliselt nõus, kuna perearstil ja tema meeskonnal on väike roll	16		8%
Ei ole nõus, et perearsti ja tema meeskonna roll	177		88.5%

Hambaravi lastele

Täiesti nõus, et perearsti ja tema meeskonna roll	21		10.5%
---	----	--	-------

Nõus, et suurel osal juhtudest	14		7%
Osaliselt nõus, kuna perearstil ja tema meeskonnal on väike roll	32		16%
Ei ole nõus, et perearsti ja tema meeskonna roll	133		66.5%

Hambaravi kõigile

Täiesti nõus, et perearsti ja tema meeskonna roll	21		10.5%
Nõus, et suurel osal juhtudest	14		7%
Osaliselt nõus, kuna perearstil ja tema meeskonnal on väike roll	32		16%
Ei ole nõus, et perearsti ja tema meeskonna roll	133		66.5%

Transporditeenus patsiendi kiireks transpordiks haiglasse

Täiesti nõus, et perearsti ja tema meeskonna roll	14		7%
Nõus, et suurel osal juhtudest	19		9.5%
Osaliselt nõus, kuna perearstil ja tema meeskonnal on väike roll	37		18.5%
Ei ole nõus, et perearsti ja tema meeskonna roll	130		65%

Elektrokardiogrammi tegemine

Täiesti nõus, et perearsti ja tema meeskonna roll	191		95.5%
Nõus, et suurel osal juhtudest	6		3%
Osaliselt nõus, kuna perearstil ja tema meeskonnal on väike roll	2		1%
Ei ole nõus, et perearsti ja tema meeskonna roll	1		0.5%

Gastroskoopia tegemine

Täiesti nõus, et perearsti ja tema meeskonna roll	19		9.5%
Nõus, et suurel osal juhtudest	21		10.5%
Osaliselt nõus, kuna perearstil ja tema meeskonnal on väike roll	49		24.5%
Ei ole nõus, et perearsti ja tema meeskonna roll	111		55.5%

Spiromeetria tegemine

Täiesti nõus, et perearsti ja tema meeskonna roll	75		37.5%
Nõus, et suurel osal juhtudest	54		27%
Osaliselt nõus, kuna perearstil ja tema meeskonnal on väike roll	40		20%
Ei ole nõus, et perearsti ja tema meeskonna roll	31		15.5%

Töötervishoiuteenused

Täiesti nõus, et perearsti ja tema meeskonna roll	16		8%
Nõus, et suurel osal juhtudest	28		14%
Osaliselt nõus, kuna perearstil ja tema meeskonnal on väike roll	61		30.5%
Ei ole nõus, et perearsti ja tema meeskonna roll	95		47.5%

Terviseedendus kogukonna tasemel

Täiesti nõus, et perearsti ja tema meeskonna roll	45		22.5%
Nõus, et suurel osal juhtudest	64		32%
Osaliselt nõus, kuna perearstil ja tema meeskonnal on väike roll	51		25.5%
Ei ole nõus, et perearsti ja tema meeskonna roll	40		20%

Nakkushaiguste monitoorimine ja nendest raporteerimine

Täiesti nõus, et perearsti ja tema meeskonna roll	60		30%
Nõus, et suurel osal juhtudest	76		38%
Osaliselt nõus, kuna perearstil ja tema meeskonnal on väike roll	41		20.5%
Ei ole nõus, et perearsti ja tema meeskonna roll	23		11.5%

Osalemine lokaalsete keskkonnast tingitud (vesi, õhk) epideemiate likvideerimisel

Täiesti nõus, et perearsti ja tema meeskonna roll	13		6.5%
Nõus, et suurel osal juhtudest	21		10.5%
Osaliselt nõus, kuna perearstil ja tema meeskonnal on väike roll	66		33%
Ei ole nõus, et perearsti ja tema meeskonna roll	100		50%

Üldine terviseedendus (joogivee ja toidu ohutus jms)

Täiesti nõus, et perearsti ja tema meeskonna roll	11		5.5%
Nõus, et suurel osal juhtudest	24		12%
Osaliselt nõus, kuna perearstil ja tema meeskonnal on väike roll	54		27%
Ei ole nõus, et perearsti ja tema meeskonna roll	111		55.5%

1EUPrimCare. Common Framework for Primary care Models in Europe. 2010

Lisa 4.

Joonised, mis kirjeldavad perearstide arvamusi saatekirjanõude kehtestamisest

Günekoloogia

Täiesti võimalik	9		4.5%
Võimalik teatud tingimustel	23		11.5%
Neutraalne	17		8.5%
Ei ole võimalik	67		33.5%
Ei ole mitte mingil juhul võimalik	84		42%

Psühhiaatria

Täiesti võimalik	12		6%
Võimalik teatud tingimustel	37		18.5%
Neutraalne	24		12%
Ei ole võimalik	58		29%
Ei ole mitte mingil juhul võimalik	69		34.5%

Oftalmoloogia

Täiesti võimalik	11		5.5%
Võimalik teatud tingimustel	34		17%
Neutraalne	19		9.5%
Ei ole võimalik	65		32.5%
Ei ole mitte mingil juhul võimalik	71		35.5%

Dermatoloogia

Täiesti võimalik	23		11.5%
Võimalik teatud tingimustel	68		34%
Neutraalne	23		11.5%
Ei ole võimalik	34		17%
Ei ole mitte mingil juhul võimalik	52		26%

Lisa 5.

Kvalitatiivne uuring saatekirjanõude kehtestamise kohta eriarstide seas

Saatekirjanõude kaotamise teemal viisime läbi kvalitatiivse uuringu **fookusgrupi meetodil** erinevate erialade esindajate seas. Fookusgruppi olid palutud lisaks perearstidele ka nende erialade esindajad, kelle juurde pöördumiseks patsiendid praegu saatekirja perearstilt saama ei pea. Eriarstide esindajate poole pöördusid kutsega osaleda uuringus uurimistööd läbi viivad peremeditsiini residendid nii Tartus kui ka Tallinnas. Pöörduti seni, kuni gruppi saadi 1–2 iga eriala esindajat.

Kokku osales fookusgrupis 1 günekoloog, 2 perearsti, 2 silmaarsti, 2 psühhiaatrit, 1 nahaarst. Perearste ja psühhiaatreid esindasid arstid Tallinnast ja Tartust. Teised olid Tartust. Tallinnas oli nahaarstide keeldumise põhjuseks peamiselt see, et nahaarstide seltsi juhatus on teemaga juba aktiivselt tegelenud ja oma seisukohad selles osas edastanud (ilmselt siis haigekassale).

Psühhiaatriline abi. Grupivestlusest jäi kõlama, et kõige enam näevad saatekirja nõude kaotamise võimalust teatud tingimustel psühhiaatrid. Tartus ja Tallinnas tehtud intervjuude põhjal on psühhiaatrite arvamused sarnased. Psühhiaatrid pigem pooldavad saatekirja kehtestamist, kuid teatud tingimustel. On haigusi, mille puhul tuleks siiski kohe otse psühhiaatrile pöörduda.

Kasvanud on neurootiliste, stressiga seotud häiretega patsientide hulk, palju on depressiooni ja ärevushäireid. Psühhiaatrid sooviksid, et perearst alustaks depressiooni ja ärevushäirete ravi ning kui ravi ei aita, siis alles suunaks psühhiaatrile. Ka depressiooni ravijuhendis on öeldud, et psühhiaatri konsultatsioonile tuleb patsient suunata siis, kui patsient ei reageeri kahele erinevale järjestikusele antidepressandile. Ka need patsiendid, kes on psühhiaatri juures käinud ja ravi on üle vaadatud, võiksid olla perearsti juures jälgimisel, kuna depressiooni ravi võib olla pikk. Kui perearstid saaksid kergemate probleemide lahendamisel aidata, siis lüheneksid järjekorrad ka psühhiaatritele ning abi saaksid kiiret abi vajajad. Patsientidel oleks ka mugavam oma perearsti juures käia.

„On osa haigusi jah, kus me ilmselt ei vaja saatekirja, kes tulevad niikuinii erakorraliselt, näiteks skisofreenia, deliiriumi juhtumid. Aga praegu on väga suur mass inimesi, kes on tõesti väga suurt eriarsti usku ja tulevad otse psühhiaatrile, ootavad 3–4 kuud, et saada esmast vastuvõttu, siis tulevad sinna ja diagnoosime kergelt ja mõõdukat depressiooni, ärevushäiret ja see inimene on tohutult kannatanud selle aja. Ja kui ta üldse tuleb, sest 40% esmastest muide ei tule vastuvõtule.“

Lisaks võiksid perearstid tähelepanu pöörata alkoholi liigtarvitamise probleemiga patsientidele. Haigused, mida peaksid kindlasti psühhiaatrid ravima, on skisofreenia,

söömishäired, deliirium, pervasiivsed arenguhäired. Laste psüühiliste probleemidega peaks samuti psühhiaater tegelema.

„Ja siis on olemas seisundid, nagu skisofreenia, söömishäired, lastepsühhiaatria eksju, pervasiivsed arenguhäired, need asjad kõik, kus tegelikult perearstil ilmselt on keeruline toime tulla, need peaksid otse tulema.“

Kui perearst suunab saatekirjaga psühhiaatri juurde, siis saatekirjal peab olema info, kuidas on patsienti ravitud, kas on kõrvaltoimeid olnud, kuidas on senine ravi aidanud. Ka kaasuvate haiguste info annab palju juurde.

„Seoses selle alkoholiprobleemiga oleme arutanud selle saatekirja asju ka... Pooleli see programm ja see on rõhuasetusega perearstile.“

„See on häire nagu iga teine ja tegelikult peaks perearst ka olema sellest teadlik ja ju ta aimab ka, kui ta vahel analüüse teeb.“

Kui perearstid on piisavalt pädevad, et oskavad ravida kergemaid psühhiaatrilisi haigusi, siis paraneb abi kättesaadavus ka kohtades, kus psühhiaater ehk eriarstiabi ei ole lähedal.

Perearsti ja psühhiaatri vahel võiks olla tihedam side, et perearstid saaksid vajadusel alati psühhiaatriga konsulteerida. Antud intervjuudes mainiti pigem telefonikonsultatsioone, aga võimalik on veel suhelda ka digiloo kaudu e-konsultatsiooni kasutades.

„Ja teine on see, et võiks perearstidega olla lähem side ja konsultatsioonivõimalus, et nad saavad meiega konsulteerida. Et näiteks mingi teatud telefoniaeg, kus nad saavad helistada. Et see oleks ka teenusena, et mitte nii, et lihtsalt sõbrana anname nõu, mida me praegu teeme.“

Väga suureks abiks on vaimse tervise õed ja psühholoogid. Kindlasti peaks tervisekeskuses olema vähemalt üks neist. Nad oskavad hinnata situatsiooni, teha teste ning vajadusel edasi suunata. Samuti vähendavad vaimse tervise õde ja kliinilised psühholoogid eriarstide koormust, aitavad palju.

„Kui hiljem tervisekeskused tekivad, siis vaimse tervise õde seal, mis oleks väga suur koormuse võtja ära seal. See oleks mõistlik edasiminekuks. Ja tõesti haiglasse lähevad siis keerulisemad juhtumid.“

Intervjueeritud perearstid pooldavad samuti saatekirja kehtestamist psühhiaatria erialal. Nii lüheneksid ootejärjekorrad eriarstile ning inimesed, kes tõesti vajavad psühhiaatri abi, jõuaksid kiiremini eriarstile. Saatekirja kehtestamine nõuaks perearstilt lisaaega ja vajadusel veidi oma töökorralduse muutmist. Näiteks depressiooni käsitlel on vaja patsiendiga pikemalt rääkida kui 15 minutit. Selleks tuleb planeerida konkreetne aeg, et keegi ukse vahelt sisse ei tuleks, vahele ei segaks. Kui perearst ise tahab ja on motiveeritud psühhiaatriliste patsientidega tegelema, siis tõenäoliselt suudab ta ka oma töö nii

korraldada. Saatekirja kehtestamisel võib tekkida oht, et abita jäävad patsiendid, kellel ei ole oma perearstiga nii usalduslikku suhet või kes ei taha oma murega perearsti poole pöörduda.

Üldiselt arvavad perearstid, et nende patsiendid julgevad nende poole pöörduda ka depressiooni ja ärevusega. Ka praegu tegelevad perearstid kergemate neurootiliste häiretega ja saavad sellega väga hästi hakkama. Oluline on informeerida patsienti, et ta teaks, et võib ka perearstile psühholoogilise murega pöörduda. Kui patsiendid kogevad, et perearst saab neid aidata, ei olegi sageli eriarsti visiiti vaja. Kui perearstil tekib küsimusi, on võimalik konsulteerida ka psühhiaatriga. Praegu puudub hea üle-eestiline süsteem sellisteks konsultatsioonideks.

Silmahaigused. Kuigi perearstide küsitluse andmetel oleks viiendik perearstidest valmis teatud tingimustel või kohe võtma kohustuse silmahaiguste esmase diagnostika ja ravi eest, ei olnud fookusgrupis osalenud silmaarstid saatekirja kehtestamise nõude poolt, sest silmaarstide tehnika ja aparatuur on väga spetsiifiline. Ei ole mõeldav, et perearst ostaks endale kogu vajamineva tehnika, mis on väga kallis. See nõuaks ka väga mahukat lisakoolitust perearstidele nii haiguste kui ka aparatuuri kasutamise õppimise vallas. Silmaarstide sõnul on ilma abivahenditeta väga raske põhjanevat ja objektiivset infot anda.

„Ma ei tea, võib-olla mõnedel tublimatel on otoskoop ja oftalmoskoop, aga sellega on ausalt öeldes ka silmaarstil väga raske silmapõhja vaadata. See on üsna vilets tehnoloogia. Võib-olla võiks perearstil olla see silmanägemise määramise tabel, aga isegi, kui neil on seal mingi refraktsioonianomaalia... ei ole lihtne ju seda refraktsioonianomaaliat kindlaks teha, kui sul pole refraktomeetrit, mis omakorda maksab jubedat raha. Rääkimata silmarõhu mõõtmisest.“

Silmaarstid tunnistavad, et üha enam liigub ka oftalmoloogia selles suunas, et oma eriala sees spetsialiseerutakse kitsamale valdkonnale. Seetõttu on puudus nn esmastest silmaarstidest, eriti suuremates keskustes, kes tegeleks kõigepealt patsientidega ja vajadusel suunaks edasi. Paraku on tõsi, et noortel lõpetajatel on suuremates keskustes tööd saada keeruline. Maakondades oleks vaja silmaarste, aga sinna noored tööle ei kipu. Tegelikult saaks ka perearst esmast silmakontrolli pakkuda, kui soetada põhiline vajalik aparatuur. Ka maakonnas töötaval silmaarstil on olemas vaid esmatasandil toimuvaks silmade kontrolliks vastav aparatuur. Tuuakse välja idee, et kui luuakse tervisekeskused, kus on tööl vähemalt 3-4 perearsti ja kui lisaks võtta tööle silmaarst, siis oleks tegu väga tugeva keskusega ning sellest oleks suur abi nii arstidele kui ka patsientidele. Praegu on palju abi ka prillipoodidest ja optometristidest.

„Aga meie häda on see, et meil ei ole seda esimest nii öelda kõige lihtsamat silmaarsti, peaaegu enam ei ole. Ja nad surevadki välja. Kui need, kes praegu on, oma töö lõpetavad, sellepärast kuskil

perifeersel alustamise puhul on investering nii suur ja sa ei tea, kas sul tulevad lepingud ja mis tingimused. Sa oled seal võlavanglas oma aparaatidega ja asjadega ja igavesti õnnetu, ei saa täieneda. Noored, kes õpivad välja keskustes, nad ei lähe keegi kuskile külasse.“

Vastakaid arvamusi tekitavad silmarõhu mõõtmine ja glaukoomiga patsiendid. 2014. aastal oli glaukoomi tõttu retseptiravimite tarvitajaid umbes 34 000, mis teeb 2,6% elanikkonnast. Ideaalis peaks neil silmarõhku mõõtma 2 korda aastas, mis ei ole ajaliselt silmaarsti juures lihtsalt võimalik. Selleks, et perearst saaks silmarõhku mõõta, on vajalik kallis aparatuur ja lisakoolitus. Silmarõhu mõõtmiseks glaukoomikahtluse korral või juba glaukoomi diagnoosiga patsientide jaoks on olemas küll väga lihtsaid aparate, kuid ka on see perearstile suur väljaminek. Silmarõhk on vaid üks näitaja teiste hulgas ja see üksi ei anna vajalikku informatsiooni. Lisaks on vaja uurida vaatevälju, progressiooni, mis nõuab omakorda spetsiaalset tehnikat ning koolitust.

Silmahaigustest võiks perearst tegeleda konjunktiviidi raviga, millega perearstid juba praegugi tegelevad. Glaukoomi skriining toimib väga hästi optometristide abil, sest haiguse risk tõuseb vanuses, kui inimesed tavaliselt pöörduvad esmaste prillide ostmiseks prillipoodidesse. Kõik silmarõhutõusuga patsiendid suunatakse täpsustavaks diagnoosimiseks silmaarstile.

Perearstide arvates on oftalmoloogia on väga spetsiifiline ja tehniline eriala. Praegu tegelevad perearstid silmahaigustest kõige enam lihtsamate põletikega. Tunnistatakse, et silmatraumade ja lihtsamate manipulatsioonidega ei ole aastaid tegeletud, kuna vajadust ei ole olnud. Silmahaiguste diagnoosimine vajab spetsiifilist aparatuuri, mida üldiselt perearstil ei ole. Kui ongi olemas oftalmoskoop ning on saadud isegi õpetust selle kasutamise kohta, siis tunnistavad perearstid, et igapäevatöös nad seda siiski kasutada ei oska. Perearstid tunnistavad, et silmahaiguste osas vajaksid nad kindlasti lisakoolitust, mis omakorda nõuab palju aega. Üldiselt ei nähta silmahaiguste osas kasu saatekirja nõude kehtestamisest.

Nahahaigused. Nahaarstide poolt on arvamused saatekirja kehtestamise osas erinevad. Ühelt poolt perearst tegeleks lihtsamate haigustega ning reguleeriks vajaduse spetsialisti konsultatsiooni järele: perearst ongi ju see „värav“, kes teeb vahet lihtsamatel ja raskematel probleemidel ja suunab ka edasisele ravile, uuringule või konsultatsioonile. Teiselt poolt peaks probleemne haige saama võimaluse eriarsti konsultatsiooniks. Kui patsient saab dermatoloogi vastuvõtule vabalt tulla, siis on ta ravimata ja kui peaks olema vaja biopsiat võtta, ongi hea, kui varem ei oleks mingit ravi tehtud. Vastasel juhul ei saa patoloog adekvaatselt vastust anda.

„Soomes on vist see süsteem, kus nad on saatekirjaga ja kõigepealt perearstid tegelevad. Ja residendid käivad nüüd välisõppes ka, kes kuidas saab ja ma tean, et tagasiside on olnud just see, et

dermatoloogiliste haigustega on tohutu segadus sellepärast, et haiged on ravitud ja patoloogiline vastus ei aita, raviarst hoiab lihtsalt peast kinni.“

„Meil praegu koostöö Tartu piirkonnas, ma pean küll ütlema, et sujub nagu väga hästi. Sellepärast et perearstid igaüks tunnetavad täpselt, kui palju ta teeb ja suudab ja kindlasti nad ravivad aknet ilusasti ja seenhaigusega on see probleem, et seda on väga palju. Aga mis on nagu miinus, on see, et perearstid ei võta analüüsi, siis nad saadavad meile. Kui perearst hakkaks analüüsi ka võtma.“

Nahaarsti arvamuse kohaselt tuleks perearstid õpetada eristama hea- ja pahaloomulisi moodustisi. Palju patsiente tuleb näitama just moodustisi nahal ja nende eristamisega peaksid perearstid hakkama saama ning vajadusel edasi suunama dermatoloogile. Teiselt poolt on dermatoskoopia aga niivõrd keeruline valdkond, et seda ei saaks kindlasti perearstidele jätta. Sageli on raske eristada hea- ja pahaloomulist moodustist isegi kogenud nahaarstil.

Krooniliste haigete säilitusravi ja järelevalve peaks aga kindlasti olema perearsti juures, sest dermatoloogias on palju kroonilisi, pikka aega kulgevaid ja pikaajalist ravi nõudvaid haigusi ja seisundeid.

„Et ma ei kujuta ette, kui see kõik jääb perearsti peale, et kui palju ta peab dermatoloogiat oskama. Ma ka ei oska nii palju kui vaja, kuigi ma pean ennast päris pädevaks, aga ikkagi. Et neid moodustisi ja see dermatoskoopia, see on niivõrd keeruline valdkond, et seda ei saa kindlasti perearstile jätta.“

Perearstid ütlevad, et tegelevad nahahaigustega praegu üsna palju. Kuna järjekorrad dermatoloogile on pikad, siis ägeda lööbega pöördub patsient ikka esmalt perearstile, kes vajadusel alustab ravi. Tuleb ette ka olukordi, kus perearst ei oska haigust diagnoosida. Selliseks puhuks on nahaarstidel olemas *CITO* ajad, kuhu perearst saab patsiendi saatekirjaga suunata. Selline lahendus on perearstidele väga meeltemööda.

Perearstide vastuvõtule tuleb palju patsiente, kes soovivad kontrollida lasta erinevaid nahamoodustisi ja sünnimärke. Teinekord soovib perearst siiski pöörduda dermatoskoopiaks nahaarstile. Üksikutes perearstikeskustes on võimalik patsiendi soovi korral lasta dermatoskoop-fotoaparaadiga üles pildistada murettekitavad sünnimärgid, mis saadetakse nahaarstile ülevaatamiseks. Selline võimalus laiemalt vähendaks tunduvalt järjekordi nahaarstile. Sünnimärkide pildistamise ja nahaarstiga konsulteerimisega oleksid perearstid hea meelega nõus tegelema, kuid selleks vajaliku aparatuuri soetamine on väga kallis.

Tartu intervjuul oli jutuks ka suguhaiguste osa nahaarsti tööst. Perearsti sõnul peaks saatekirjanõude kehtestamise korral siiski säilima võimalus suguhaiguse kahtluse korral pöörduda otse naha- ja suguhaiguste arstile.

Naistehaigused. Ka günekoloogid ei poolda saatekirja kehtestamist. Günekoloogia eriala üks osa on raseda naise jälgimine ja sünnieelne diagnostika. Raseduse katkestamist ehk aborti perearst tegema ei hakka, rasedust võib katkestada ainult naistearst. Kui kehtestatakse saatekiri, peab perearst raseda naise edasi suunama, naisele tähendab see ooteaega, raseduse kestus pikeneb. Tulenevalt raseduse katkestamise ja steriliseerimise seadusest on indutseeritud abort Eestis lubatud raseda sooviavalduse alusel kuni 12. rasedusnädalani.

Samuti on sünnieelne diagnostika niivõrd edasi arenenud ja spetsiifiline, et perearst seda lihtsalt ei oska teha. Loote ultraheliuuringut peavad tegema vastavat väljaõpet saanud spetsialistid. Naisel on raseduse ajal väga palju spetsiifilisi uuringuid. Rase naine, kes elab linnast väljas, maakohas, peab sünnieelse diagnostika uuringute jaoks tulema keskustesse. Oluline on, et naisel oleks mugav uuringutel käia, et ta peaks käima võimalikult vähe kordi ja ühe visiidi käigus saaks võimalikult palju ära teha. Selleks, et teenus oleks kättesaadav kõikidele, vajavad günekoloogid ja sünnieelse diagnostika spetsialistid pidevalt koolitusi.

Suure osa rasedate jälgimise tööst teevad ära ämmaemandad. Kõige esimesena pöördub rase naine ämmaemanda poole, kes vajadusel suunab edasi naistearsti juurde. Kui tervisekeskustesse tulevad ämmaemandad, ei olegi perearstil vaja rasedat jälgida, sellega tegelevad ämmaemandad ja vajadusel suunavad naistearstile edasi. Ämmaemandad on õppinud oma eriala piisavalt kaua ja teadmised on paremad selles valdkonnas kui perearstil, kes lisaks antud teemale peab orienteeruma ka muude erialade haigustes, spetsiifikas.

„Kui teile tuleb näiteks naine, ütleb, ma tahan rasedust katkestada, te seda tegema ei hakka, eks ole. Te saadate ta kindlasti edasi, see tähendab ooteaega.“

„Ka see, et sünnieelse diagnostika võimalused on niivõrd tõhusad juba, et perearstil neid lihtsalt ei ole ja ta peab siis saatma.“

Tartus toimunud intervjuu põhjal günekoloog saatekirja ranget kehtestamist ei poolda, pigem soovitakse saatekirja teatud haiguste puhul. Saatekiri peaks olema sellisel juhul sisuline, millest saab lugeda, mida on patsiendiga enne günekoloogile jõudmist tehtud, uuringute, analüüside tulemused. Selline sisuline saatekiri oleks vajalik menopausieas kõhuvaluga naisel ja uriinipidamatusega naisel. Antud probleemidega võiks alguses tegeleda perearst.

Tartu günekoloog pidas oluliseks koostööd perearstiga. Perearstid saavad väga hästi hakkama kontratseptsiooninõustamisega. Kui rase naine jääb haigeks, nt nohu, köha, sinusiit, siis ta pöördub enamasti esmalt perearsti juurde, kes teda ravib.

Tallinna günekoloog pigem pooldas saatekirja kehtestamist, kuid jällegi ei peaks tema arvates perearst tegelema mitte kõikide günekoloogiliste probleemidega, vaid teatud lihtsamate küsimustega, kaebustega, skriininguga.

Perearst võiks lahendada lihtsamaid tervisehädasid, nagu tupepõletikud, bakteriaalne vaginosis, tupeseen, kontratseptsioon, retseptide pikendamine, PAP-testi võtmine, suunama naise rinnavähi skriiningprogrammis osalema. Ka suguhaiguste diagnostika võiks jääda perearsti pädevusse, kuna perearsti juurde saab palju kiiremini kui günekoloogi juurde. Eelnimetatud probleemidega esmatasandil tegelemine vähendaks ootejärjekorda günekoloogile ja abivajajad saaksid kiiremat abi nii perearsti kui ka günekoloogi poolt.

„Perearsti saatekirja nõue peaks ideaalis ära lahendama situatsiooni, kus patsiendid pöörduvad ise eriarsti pole lihtsamate tervisehädadega, millega võiks ka perearst tegeleda esmatasandil. Tõepoolest on osa naise, kes pöörduvad sellise murega, nagu tupeseen või bakteriaalne põletik, rasestumisvastase vahendi retsepti pikendamine. Arvestades mitmekuist ootejärjekorda, on väga kurb, kui naine peaks nii kaua ootama, enne kui saab kahtlustatud suguhaiguse suhtes testimise ära teha. Minu arvates on eespool nimetatud probleemidega esmatasandil tegelemine perearsti töö, mis oluliselt vähendaks ooteperioodi ning tagaks õigeaegse ravi alustamise.“

Kui patsient pole aastaid käinud günekoloogilisel kontrollil, siis peaks perearst suunama patsiendi peale PAP-testi ka spetsialisti juurde. Kui perearst näeb, et naine vajab kiiret abi, on võimalus suunata erakorraliselt günekoloogile, saatekirjale CITO! märkida.

Kui saatekiri kehtestatakse, vajavad perearstid lisakoolitust ja lisamööblit, varustuse hankimist: nt günekoloogiline tool, tupepeeglid, PAP-testi võtmise materjal jne.

Enamiku haiguste puhul, nagu näiteks müoomid, munasarjatsüstid, tsüklihäired, günekoloogiline vähk sugulastel, esmakordne nõustamine hormoonasendusravi või kontratseptsiooni suhtes jne, vajaks patsient jälgimist spetsialisti juures. Selleks, et perearst ei peaks iga kord (kui günekoloog on palunud nt aasta pärast kontrolli tulla) saatekirja väljastama, võiks saatekirjana kehtida ka eriarsti soovitus, mis oleks nähtav digiloos.

„Aga enamiku haiguste puhul (müoomid, munasarjatsüstid, tsüklihäired, günekoloogiline vähk sugulastel, esmakordne nõustamine hormoonasendusravi või kontratseptsiooni suhtes jne) vajaks patsient jälgimist spetsialisti juures. Neid haigeid on palju ja käivad kontrollis pidevalt mitme aastate jooksul. Ise mõtlesin, kuidas saaks mitte koormata perearsti igakordse saatekirja väljakirjutamisega naisele, kellel on näiteks emakamüoom. On ilmselge, et patsient vajab regulaarset kontrolli naistearsti juures. Iga-aastane saatekirja väljakirjutamine ei nõua arstikraadi. Miks siis mitte kehtestada saatekirjana näiteks eriarsti soovitus pöörduda järelkontrolli aasta pärast, mis on kättesaadav ja nähtav kõikidele arstidele digiloos.“

Samuti näevad eriarstid, et saatekirjanõude kehtestamisega tekib perearstile sageli vaid sekretäri funktsioon, kuid samal ajal väheneb perearstiabi kättesaadavus. Pigem peaks tervisekeskustesse tekkima teisi madalama kvalifikatsiooniga spetsialiste, kes aitaks teha patsientide eelselektiooni.

„Aga tegelikult on Soomes need tervisekeskused, nagu neil ongi see aparaat, kas seal on ämmaemand juures, silmaarst juures või optometrist või keegi, kes on ikkagi selle eriala peale spetsiifilisem ja see on tema, see kes teeb selle valiku sealt ära. Kindlasti on neil ka oma probleeme, aga ütleme kui meie nüüd räägime konkreetset järjekordade lühendamisest, siis see kindlasti ikkagi aitaks kaasa. Järjekorrad lüheneksid, kui tervisekeskustesse tuleksid ämmaemandad, silmaarst või optometrist, vaimse tervise õde.“

Perearstide arvates on günekoloogia eriala, mille alla kuuluvate probleemidega patsiendid sageli ei pöördu perearstile. Günekoloogid on küllalt kättesaadavad. Rasedate jälgimisega tegelevad enamasti ämmaemandad, ka selle küsimusega ei oska patsiendid perearsti poole pöörduda. Seetõttu ei ole ka perearstil valmisolekut, oskusi ega vahendeid günekoloogilisi haigusi ja rasedaid vaadata. Saatekirjanõude kehtestamine vajaks palju teavitustööd ja informeerimist patsientide hulgas ning lisaväljaõpet ja vajalike vahendite soetamist perearstidele. Tartus läbiviidud intervjuus perearstid ei näe, et neil jätkuvalt piisavalt aega, et hakata tegelema ka günekoloogiliste haigetega. Perearst töötaks meeleldi tervisekeskuses, kus oleks ka üks-kaks ämmaemandat. Sel juhul oleks saatekirjanõude kehtestamine mõeldavam.

Lisa 6.

Kvalitatiivne uuring saatekirjanõude kehtestamise kohta välismaal töötamise kogemusega perearstide seas

Üks fookusgrupp uuring toimus ka perearstide seas, kel kas on olnud või on ka praegu väljaspool Eestit töötamise kogemus. Esindatud olid perearstid, kes töötavad/töötasid Soomes (3 arsti), Rootsis (1 arst) ja Inglismaal (2 arsti).

Oma kogemustest lähtuvalt kinnitati, et saatekirjanõue kõikidele erialadele tuleks kõne alla ka Eestis, sarnaselt Soome, Rootsi ja Inglismaaga, aga selleks peaksid tekkima ka samasugused eeldused, nagu on nimetatud maades. Esmalt peaks muutuma eriarsti konsultatsioonile saatmise kultuur: saatekirjad ei peaks olema lihtsalt formaalseks takistuseks eriarsti juurde pääsemisel, vaid sisuliseks nõudeks, et perearsti vastutusala laiendada. See tähendab e-konsultatsiooni täielikku funktsioneerimist, põhjalikkust eeldatakse nii perearstipoolses konsultatsioonile eelnevas patsiendi käsitluses, aga ka perearstile antava tagasiside ja vastuse sisus. Praegu on siiski probleemiks ka see, et vastused perearstile kipuvad olema napid, ei anta põhjalikke soovitusi patsiendi edasise jälgimise ja ravi suhtes. Samuti eeldatakse, et saatekirjale peaks saama märkida konsultatsiooni kiiruse kategooria ja see peaks toimima, samuti seda, et eriarst saadaks patsiendi teisele eriarstile ikka ise, mitte valdavalt perearsti vahendusel. Lisaks eeldab selline saatekirjade nõude kehtestamine ka perearsti tulubaasi laienemist, seda nii suurenenud visiitide tõttu kui ka suurema esmaste uuringute tegemise vajaduse tõttu.

Mõned näited intervjuudest:

Soomes ja Inglismaal ei ole eriarsti konsultatsiooniotsus vaid eriarsti tehtud toimingute loetelu, vaid antakse täpsed soovitusel ja juhised perearstile.

„Nt epikriisid, kui ta käib eriarstil ära, siis vastus tuleb, et näiteks mida võiks edasi teha ja millal tagasi saata. Eestis tihti epikriis on selline, et 3 lk on epikriis, 2,5 lk on analüüsi ja lõpus on kaks rida vastust.“

„Eestis toimub eriarstil vaid diagnoosi välistamine, tegevusjuhiseid pole.“

„Et seal (Inglismaal) on kõik eriarstid perearsti saatekirjaga. Ja noh, ütleme, et saatekiri on seal ikka väga pikk ja põhjalik, seda ei kirjuta kuskil seal arvutis, seda dikteerid ja siis annad selle lindi sekretärile ja sekretär kirjutab ära ja saadab ära ja siis sul tuleb see vastus. Vastused on ka väga pikad ja põhjalikud.“

„Et patsient tuleb tagasi ja ütleb, et see arst ütles, et saatke mind järgmisele eriarstile.“

Mis minu arust ei ole õige. See ongi meie (Eesti) viga, et see ring kuidagi hakib.“

Saatekiri võiks olla kõikidele eriarstidele saatmiseks, et perearsti vastutusala laiendada, aga selleks peab tulubaas suurenema.

„No see saatekirjade olemine — võime vaielda, kas dermatoloogile peab või ei pea ja kas silmaarstile peab või ei pea eksju ja günekoloogile peab või ei pea, aga seesama et see, juhtumi korraldaja... aga sealsamas, selleks, et ma seda juhtumit saaks korraldada, peab olema ressurssi.“

E-konsultatsioon kui eeldus saatekirjade nõude kehtestamisele.

„E-konsultatsioon üks võtmeküsimusi. Patsient ei kontrolliks enam oma vastuvõtule saamise kiirust.“

„Jah, see oleks, nagu ... ütles, parim variant. Sest sealt kaob kohe ära see, et patsient tahab ise minna, kui tahab ise minna, saab kuue kuu pärast aja.“

„E-konsultatsioon peab saama ainukeseks eriarstile saatmise viisiks Eestis. Ehk siis, kui me järgime sama süsteemi, siis me tõstame omaenda konsultatsiooni kvaliteeti oluliselt, sest on vaja. Ilma selleta haige eriarstile ei saa ja kindlasti tuleb ka tagasi täpsem informatsiooni selle järgi.

Et minu arust see on üks oluline asi, mis meie töö muudaks 10 a jooksul“

Lisa 7.

Kas ja mil määral peaks sotsiaaltöö olema integreeritud esmatasandi teenuse osutamisse? Kuidas tagada esmatasandi ja sotsiaalhoolekande koostöö?

Esmatasandi ja sotsiaalhoolekande koostöövõimaluste uurimiseks viidi läbi kvalitatiivne uuring fookusgrupimeetodil sotsiaaltöötajate ja tervishoiutöötajate (pereõed ja perearstid) seas ühise grupina. Osalesid kaks sotsiaaltöötajat, kaks perearsti ja üks pereõde. Vestlus kestis kokku 1,5 tundi.

Üldiselt võib välja tuua suured geograafilised erinevused selles, mil määral on sotsiaalteenused patsientidele kättesaadavad suuremates ja väiksemates omavalitsustes. Tegemist on patsientide jaoks ebavõrdse sotsiaalteenuste kättesaadavusega. Teisalt on abivajajate märkamine väiksemates piirkondades lihtsam.

„Väiksemas kohas liigub seda informatsiooni ka rohkem, et käis nt jaanipäeval. Tartu linnas, mis on ikkagi suur linn – anonüümsus on suurem ja sellist infot tuleb ikkagi tegelikult väga harva. Ja perearstidelt tuleb ka seda infot vähem.“

„Transpordi küsimus on ka, aga mitte ainult.“

Suuremates linnades on koostöö killustunud, igal piirkonnal oma sotsiaalosakond ning meditsiinitöötajatel on keeruline jõuda õige inimeseni või on töö aeganõudev.

Pereõde „See ongi minule alati nii vastik, et hakka ajama seda, et kus piirkonnas see inimene on. Kas ta jääb siia poole teed või sinna poole teed. Ma ütlen ausalt – see võtab nii palju aega, see on nii vastik. Võiks olla üks number, kuhu ma helistan ja küsin, mis nüüd saab.“

Senise koostöö kohta arvavad perearstid/õed ja sotsiaaltöötajad, et see on olnud hea, kuid sõltub konkreetse kolleegi hoiakutest ja suhtumisest. On koostööaltimaid ja vähem koostööaltimaid kolleege.

Sotsiaaltöötaja: „See oleneb perearstist. See ei ole nii, et kindlasti ühed perearstid teavitavad ja teised ei teavita. See on täiesti nii nagu juhtub. Ei ole nagu kindlat korda või reeglit, kas teavitatakse.“

Lastekaitsespetsialist „Samamoodi ka meie, kui me oleme edastanud info, jälgige peret, palun jälgida, siis tavaliselt vastatakse ühekordselt: jah me hoiame silma peal. Tahaks mingi aja möödudes teada, kuidas neil läinud siis on, alates sellest, kui me oleme saatnud info, aga me ei saa ka.“

Sotsiaaltöötaja: „Eks kõik taandub isiksusele. Milline on selle inimese isiksus.“

Sotsiaaltöötaja: „See sõltub täiesti perearstist ka. Mõni ütlebki, et me ei jaga, ei edasta infot. Aga mõni tuleb hästi koostööle.“

Peamised koostöövaldkonnad on eakad, raskete krooniliste haigustega patsiendid ja probleemsete lastega perekonnad.

„Keegi mulle midagi ütles ja ma läksin teda vaatama. Ta ei tahtnud, et ma üldse sinna tulen. Ega nad ju ei taha ka lasta ligi. Ja siis ma sain ta kuidagi sotsiaaltöötajaga ja seekord tõin ma ta ise ära. Haiglasse. Helistasin ette lasteosakonda. Ütlesin, et ei ole midagi, et see on meil see „tore“ perekond, ma ikka pean selle lapse sinna tooma. Alatoidetud täiesti.“

Ühise probleemina nähakse, et eakatele ei ole piisavalt võimalusi.

B: „Hooldekodusid tuleks juurde ehitada.“

D: „Kohti, kuhu panna.“

E: „Neid vanainimesi ei ole kuhugi panna, mitte kuskile panna.“

C: „Panna veel oleks, aga raha ei ole.“

Sotsiaalhoolekandeteenuste puudumisel kasutatakse aktiiv- või hooldusraviteenuseid, seda eriti maapiirkondades. Sellisel viisil kasutatakse sotsiaalteenuste osutamiseks hoopis tervishoiuteenuste ressursi. Samuti sõltub patsiendile vajalike teenuste saamine isiklikest kontaktidest.

„Kui sa helistad sotsiaaltöötajale, siis sotsiaaltöötaja ütleb sulle ka, et kuule, äkki sa lähed räägid, äkki saad ta sinna hooldusravisse. Siis hooldusravi ütleb, aga mul ei ole kohta, äkki saad ta ikka saata, panna talle mingi diagnoos ja saata siia haiglasse. Niimoodi siis käibki see palli viskamine ühest väravast teise. Seda on suht palju.“

Samuti kurtsid nii sotsiaaltöötajad kui ka meditsiinitöötajad, et vastastikune infovahetus ei toimi süsteemselt. Info vahetamine sõltub isikust, kes otsustab, kas ta infot jagab või mitte. Puuduvad selged kokkulepped. Perearstid ei soovi kahtluse korral perekonnale kannatusi põhjustada, kui kahtlustused peaksid alusetuks osutuma. Ei teata, milline on sotsiaaltöötajate juhtumikäsitlemise viis.

Lastekaitespetsialist: „Mina näen, et nad märkavad, aga nad ei taha võib olla teavitada, et ei tekiks suuremat probleemi. Võib olla mõtlevad, et ma ei arvanud, et see asi on nii hull.“

Lastekaitespetsialist: „Meid võetakse vastu nii nagu võetakse, erinevat moodi võetakse meid vastu. Me oleme sellega harjunud. Tavaliselt me võtamegi kogu selle tule enda peale. Ütleme, et meile tuli kaebus, me ei ütle, et kaebas perearst. Tavaliselt, kui teavitas politsei, siis me ütleme, et politsei on edastanud, aga perearsti kohta me ei ütle.“

Lastekaitsespetsialist: „Tänatakse, öeldakse , et tegeletakse sellega, aga rohkem sealtpoolt infot ei tule. Kui seal just midagi ei juhtu.“

Pereõde: „Me ei tea mis teenuseid (sotsiaalteenused) nad saavad.“

Ühe lahendusena pakutakse välja andmebaaside jagamist.

Pereõde: „Ühtne andmebaas näiteks. See oleks üks võimalus. Tänapäeval pannakse kõik andmebaasidesse. Aga siis saaks lihtsalt panna perearsti programmile ühe lahtri juurde, mille ma siis täidan ja saadan ära sinna, kus ka teie (sotsiaaltöötaja) saate. Kus teie saate ka panna, et see oleks jagatav.“

Eri osapooled ei tea teineteise võimalusi ega vastutusala. Ootused teineteisele on sageli suuremad kui võimalused.

Sotsiaaltöötaja: „Aga hooldekodu näiteks ei võta vastu, kui ei ole kopsupilti tehtud näiteks.“

Perearst: “On ka niimoodi või?”

Sotsiaaltöötaja: „Kuhu see sotsiaaltöötaja selle haigega läheb?”

Perearst: „Oota, meil küll ei ole niisugust tingimust.“

Sotsiaaltöötaja: „Pigem on siin see väga, väga harva (infovahetus). Siin mõni päev tagasi helistati , et inimene ei taha haiglasse minna, tehke eestkoste. Arvatakse, et eestkoste lahendab. Eestkoste ei lahenda seda probleemi. Kui on meditsiiniline probleem, siis on see täiesti arstide rida, mitte sotsiaaltöötaja.“

Sotsiaaltöötaja: „ Aga Tartus on tõesti häda selles, et nad ei tule kohale. Tõesti ei tule. Öeldakse, et tulge ise kohale. Ma ei tea, aga võiks olla kas või korrapärane külastus vanadele üle seitsmekümnele ja üle selle kas või...“

Perearst: „Seda me nõuda ei saa. Me saame minna ainult siis, kui keegi kutsub. Korrapärast... Ei jah, nii jõukas riik meil veel ei ole.“

Seetõttu tunnevad perearstid endal patsiendi sotsiaalsete probleemide lahendamisel suurt vastutust ning kui võimalused on piiratud, on see emotsionaalselt frustreeriv. Samuti on sotsiaalsete probleemidega tegelemine perearstile aeganõudev.

Perearst: „Ma tundsin ennast läbikukkununa. Sa märkad, sa teatad ja ikka sa ei suuda neid lapsi sellest rattast päästa.“

Perearst: “Tekitab pahameelt. Kohutavalt palju aega kulub.“

Perearstide ja sotsiaaltöötajate ühiseid juhtumiarutelusid ei toimu. Hea näite töid Tartu sotsiaaltöötajad, kuidas koostöös psühhiaatriakliiniku sotsiaaltöötaja ja arstidega arutatakse konkreetsete juhtumite käsitlemise erinevaid võimalusi. Analoogsed juhtumite arutelud võiksid toimida ka tervisekeskustes. See võimaldaks paremini olla kursis mõlema valdkonna võimalustega ning leida indiviidile sobilikke lahendusi.

Sotsiaaltöötaja: „Psühhiaatriakliinikus sügisel oli meil üks kord kuus, kus me võtsime läbi psüühikahäiretega kliendid, kes on tahtevastaselt paigutatud, mina andsin info, kes on ohtlik, kelle juurde ta võib minna ja kelle juurde ta ei või. See toimis kuni siamaani, kui on kogunenud selline punt näiteks kanepisuitsetajaid, kes on tahte vastaselt... siis me saame kokku, arutame asjad läbi, kellele tuleb eeskoste, kes läheb rehabilitatsioonile ja see toimib, see toimib ainult psühhiaatriakliinikuga.“

Mõlemad osapooled panustavad juhtumi lahendamisse oma võimaluste piires, kuid tervikpilt puudub.

Sotsiaaltöötaja: „Meil puudub selline sotsiaaltöö ja meditsiini vaheline vaheetapp. Näiteks: perearst kirjutab talle rohud, mina ju viin need rohud koju, aga kes vaatab, et ta need ära võtab?“

Tulevaste tervisekeskuste tekkimisega näevad grupiintervjuus osalenud perearstid head võimalust sotsiaalvaldkonna töötajatega tihedamat koostööd teha.

Perearst: „Oma sotsiaaltöötaja – mulle see meeldiks.“

Perearst: „Aga ega ei pea siis iga grupi peale olema. Ehk on siis suurema koondumine, mitme grupi peale üks sotsiaaltöötaja. Kes siis tegeleks ja edastaks info näiteks kohalikule omavalitsusele.“

Lisa 8.

Milline peaks olema esmatasandi roll koolitervishoiuteenuse osutamisel?

Projekti käigus organiseerisime 2015. a novembris kvalitatiivse fookusgrupiuuringu perearstide, pereõdede, kooliarstide ja kooliõdede osalusel, kus küsisime osalejatelt, milline peaks olema esmatasandi roll koolitervishoiuteenuse osutamisel. Uuringus osalesid kaks kooliõde, üks kooliarst, üks perearst ja üks pereõde. Kokku kestis vestlus 1,5 tundi.

Intervjuus osalenud rääkisid rollide jaotusest. Koolitervishoiutöötajate hinnangul on muutunud perearstide tõendid kooliminejatele põhjalikumaks, enamikul lastest on kooli minnes tõend olemas ning koolieelne vaktsineerimine enamasti tehtud. Osalejad tõdeavad, et kooliõdedel, perearstidel ja pereõdedel on koolilaste jälgimisel oma ülesanded – kooliõdedel enam ennetavad tegevused: tervise säilitamine, terviseriskid, seksuaaltervis, stressiga seotud probleemid, esmaabi andmine ning traumade esmane käsitlemine. Kooliõde on õpilastele usaldusisik, kiiresti kättesaadav, eriti juhtudel, kui gümnaasiumiõpilased viibivad kodust kaugel ning ei ole perearsti vahetanud.

Samas on koolis keeruline hinnata algklassilaste tervises seisundit, sest lapsed ei oska piisavalt taustainfot anda.

„Selline elementaarne terviseinfo. Mina saan koolis nõustada, ta ei pea minema pereõde või perearsti vastuvõtule, kelle vastuvõtt on niigi koormatud teiste haigetega. Ma saan ennetustööd teha kohapeal koolis. Lapsel on jube mugav tulla sinna. Ja kui ta on juba ühe korra käinud, ta tuleb teist ja kolmandat korda ka.“

„Käivad klassis vaatamas, kas toolid vastavad sellele õpilaste ergonoomika nõuetele ja kõik see muu...“

„1 või 3. klassis minu juurde, siis ongi, ta ei tule ju koos vanemaga. Ma ei saa seda ka adekvaatselt hinnata, mina saan ainult füüsilised näitajad ära. Ja saab küsida: no, mida sa seal kodus veel teed pärast kooli? Jne. Aga see on siiski lapse jutt, ja kui palju seal tõtt, see on teine küsimus.“

Tõdeti, et kooliealiste laste läbivaatus toimib siiski kõige tõhusamalt koolis, sest seal on laps kättesaadav. Perearstidele delegeeritud kooliealiste laste läbivaatused ei ole efektiivselt toimima hakanud, sest lapsed ei jõua perearsti juurde. Vastutus on täna lapsevanemal, aga selleks, et lapsega arsti juurde tulla, peab lapsevanem töölt vabaks saama, samuti puudub laps arsti külastamisel mitmetest tundidest. Infovahetus perearsti visiitide kohta ei toimi.

„Koolitervishoiuteenust osutatakse kooli ajal. Selles suhtes meil on nagu eelised nendes klassides, mis on vaja kooliajal läbi vaadata koolikeskkonnas. No ütleme üksikud lapsed jäävad läbi vaatamata, kes mingi põhjusel lihtsalt ei taha, et temaga midagi toimetataks. Et me saame neid ikka läbi vaadata kõik, et vähemalt mõne aasta tagant ikka mingil määral. Ikka mul kahju sellest järjepidevusest, mis

mingi aeg tagasi vaadati ju kõik lapsed koolis läbi, ja siis oli see järjepidevus olemas. Nüüd seda kahjuks ei ole.“

Koolis on kättesaadavad psühholoog ja sotsiaaltöötaja, kes saab probleemide korral lapsevanemad kaasata, sest vahel on tervisekaebuste taga tõsised perekonna- või sotsiaalsed probleemid, mida on kooliõel võimalik kiiremini märgata.

Perearsti rolli nähakse pigem krooniliste haigustega laste ravimisel. Pereõel on aga piisavalt kohustusi krooniliste haigete jälgimisel.

„Alati ei olegi küsimus puudumises, vaid et laps hakkab käima sagedamini meie kabineti ukse taga. Ei ole õiged kaebused – kord valutab pea, kord valutab kõht. Ikkagi lapsel on mingi mure. Sellele tuleb jälile saada.“

Praegu on kooli tervishoiutöötajale peamine infokanal lapse vaktsineerimiste ja tervisesesundi kohta paber kandjal tõend. Kõik olid üksmeelel, et terviseinfosüsteem (TIS) on muutumas väärtuslikuks infokanaliks, kuid puudusena toodi välja, et inforohkuses on juba raske orienteeruda, vaktsineerimisandmed ei ole järjepidevad ning koolieas tehtavate vaktsineerimiste kohta infovahetus perearsti meeskonnaga katkeb. Samuti ei ole ilma juhtumit avamata võimalik aru saada, millise eriala esindaja on TIS-i infot edastanud. Laste terviseläbivaatuse andmed on infosüsteemis laiali paisatud. Mitte kõik perearstid ei edasta lapse kohta andmeid TIS-i. Kooliõdedel tekkis kahtlus, kas nad tohivad lapse andmeid TIS-ist vaadata või rikuvad privaatsuse reegleid.

Lapse tervisepäevik ei liigu lapsega kaasa, kas unustamise tõttu või mingil muul põhjusel. Igal visiidil antakse uus päevik – seega terviseinfo ei ole järjepidev. Sageli on lapsevanem ainuke terviseinfo vahendaja.

Perearstid tõdesid, et paberkandja ei ole asjakohane, lapse visiidi sissekanne tehakse elektrooniliselt tervisekaarti ning edastatakse TIS-i. Samas tunti puudust kooliealise lapse läbivaatuse protokollist, mis ühtlustaks läbivaatuse tegevused.

Samuti tõdesid perearstid, et koolitervishoiutöötajate programmi kaudu TIS-i edastatavad andmed ei ole loetavad. Ilmselt ei ole prototüübid standardiseeritud.

„Ei ole näinud ühtegi tervisepäevikut. Keegi ei ole käinud sellega vastuvõtus, aga tegelikult ma tänapäevast infoedastamist üldse ei poolda. Neid pabervorme. Tahaks, et kõik läheks üle arvuti digisüsteemi. Olgu see päevik seal kuidagi eraldi digiloos, siis saab õde täita, saab perearst täita ja kõik, kellel on õigus need andmed vaadata, et nad saaksid neid andmeid vaadata“.

Kui kooliõde avastab terviseprobleemi, siis info edastamine perearstile on keeruline, lapse kaudu ei pruugi info jõuda lapsevanemani. Vanemad ei pruugi omakorda perearstile pöördumise vajadust tõsiselt võtta.

„Mina jälgin oma lapsi, kuna nüüd see on gümnaasiumi osa, tegin neid läbivaatusi ja avastasin teatud probleemid ja paningi kohe konkreetselt kirja kõigepealt perearstile, millised mured tal on, ja siis ma kirjutan neid stuudiumisse, kuidas läinud on. Kui ta ei ole reageerinud, siis teinekord ma helistan vanemale. Mina otseselt kõikidest probleemidest ei räägi, aga küsin siis, kas laps on käinud perearsti juures, kui näiteks temal oli pidev kõrge vererõhk juba sellises vanuses 16-aastaselt. Ma vaatan, et kuidagi ei reageeri.“

Koolitervishoiu ja perearstiabi koostöö on pigem vaid etapis, mil lapse jälgimine ühest süsteemist teise üle läheb või kui on konkreetne probleem, siis pöörduakse otse.

„Tegelikult see koostöö on hästi minimaalne olnud, pigem olnud lihtsalt sellised põgusad kontaktid ja põhiliselt ongi olnud... 1. klassi minejad – võib olla lapsi, kellel ei olnud vaktsinatsiooni andmeid.“

„See vahetu suhtlemine ei kao küll kusagile. Kui on konkreetne probleem, konkreetne mure, konkreetsed küsimused, siis me helistame, siis me saadame meile ja ma arvan küll...“

Lisa 9.

Esmatasandi meeskond

Tuuakse välja, et kõikides eelnimetatud maades on meeskond, kes perearsti ümbritseb, oluliselt suurem. Meeskond on tavapäraselt suur, kogu oluline tegevus püütakse hoida esmatasandis. Leitakse, et ka Eestis võiks toime tulla, kui oleks rohkem õendusala spetsialiste ja tugipersonali, et vabastada perearst vaid kliiniliseks tööks. Õendusala töötajatele juhtiva rolli andmine eeldab lisaks ka kokkulepete ja ravialgoritmide välja töötamist, mis täpselt sätestab ära ka need piirid, millal patsient arsti juurde edasi suunatakse.

Praegu piirab finantseerimine meeskonnana tegutsemist oluliselt. Meie nimistupõhist süsteemi peetakse heaks, see tagab patsiendi tundmise. Suundumust grupipraksiste poole, kus patsiendid võivad käia erinevate perearstide juures, peetakse aga täiesti võimalikuks.

„Ämmaemandad, koduõed, mingid sots. töötajad, narkoteemaga eraldi tegijad, sõltuvushäiretega tegelejaid, siis veel apteekrid süsteemi haaratud... ma ei tea, nt Marevan ravi saavad nemad ise korrigeerida. Et püütaksegi nagu et kõik tegevus oleks esmatasandis.“ (Inglismaa)

„On perearst ja eriarst, siis seal vahepeal on veel igasuguseid kliinikuid topitud. Noh, seljavalukliinik, peavalukliinik, südamepuudusekliinik.“ (Inglismaa)

„Tugipersonal: registraator, sekretär, manager, õed, ämmaemand.“

No seal on need registraatorid, need on kahe või kolme perearsti keskuses neid registraatoreid oli nii viis kuus...“

„Seal on see kliinik ja õde (leading nurse) kõik tegutsevad kindlate algoritmide alusel... noh... toetavad arstid on ka kindlasti olemas seal. Aga täpselt vaatavad, kui analüüs on selline, mida teha...“ (Rootsi)

„Siin tuleb patsiendi vastutus. Ma tahan seda öelda, et neil on diabeediõde, kellele olid kõik haiged silma all, ta õpetas neile glükomeetrit, et mida me räägime, me täna sinuga koolitame ammu juba, et oleks see diabeedi protokoll... meil on ravijuhend, et me saaks esmatasandil kõik sellega hakkama. Aga see, et meil aega ei ole, on meie planeerimise küsimus. Aga kui sa keskusesse aja planeerid ja õe ära õpetad, ma väidan, et ta ei pea üldse käima diabeedikabinetis.“ (Soome)

„Ma ka selgelt pooldan grupipraksiseid ehk tervisekeskuseid, kes saavad ise otsustada, kas nad on üks institutsioon või... ja nimistupõhine arvestus ikka.“

Finantside puudust, aga ka puudulikku koostööd spetsialistidega peetakse oluliseks takistuseks ideaalse mudeli toimimiseks.

„Aga ma arvan, et kui motivatsiooni tõsta. Finants on üks oluline osa, aga pigem ka see, et sa pole haigega üksi, et sul on kontaktid eriarstidega, aga põhi haiguse juhtija, juhtumi korraldaja on ikkagi perearst.“

„Me oma praksises oleme seda Soome mudelit kasutanud. Ja tegelikult ma julgen öelda, praksis töötab täna oma piiratud tingimustes maksimaalse parima sellesama filosoofia alusel. Aga ma teen seda tegelikult iseenda arvelt, oma töötajate arvelt.“

„Et täna on teraapiafond eksju, vaatan sulle otsa ja sina saad kliinilisele psühholoogile ja logopeedile ja sina ei saa, eksju, kuna mu teraapiafond on läbi...“

„Mujal maailmas keegi ei tee nii, et saadab uuringu pärast eriarstile, aga see on tervishoiukorralduse selline konstantne error“ (Soome, Rootsi Inglismaa)

Arvatakse, et diabeediõde ja koduõde võiks mitme perearstikeskuse peale siiski olla, see aitab ka paremini patsienti koolitada ja võimestada, mis on krooniliste haiguste puhul otsustava tähendusega.

„Kui on, et näiteks kolme või nelja või viie perearstikeskuse peale on nii palju patsiente, et tasub see diabeediõde. Või sa koopereerud Eesti mõistes mitme perearstikeskuse peale kokku ja siis kui on, et nt kolme või nelja või viie perearstikeskuse peale on nii palju patsiente, et tasub see diabeediõde. Üks diabeediõde võib käia mitmes keskuses.“

„Erihuvi on meil ju kõigil, sul endal ka. Et meil on see, et üks õde jagab diabeeti rohkem kui teised, siis see üks on võtmeõde. Et ma arvan, et grupipraksises on võimalik seda korraldada.“

„Koduõde võiks olla meeskonnaliige, see tagaks parema pt ravi jälgimise.“

„Jah, aga seal nad olid perearstikeskuse juurde kinnitatud. Ja ma teadsin neid nägupidi. Nemad küsisid, kui on mingi jama ja siis ma seletasin, kui ma ütlesin, et mine tee midagi, siis ta tegi.“

Suhtlemine ja koostöö teiste spetsialistidega, eriarstiabiga

Fookusgrupivestlusest selgub, et võtmeküsimuseks eriarsti ja perearsti sujuvas ja tõrgeteta suhtlemises peetakse e-konsultatsiooni võimaluse toimima hakkamist. Tõdetakse, et täna ei ole Eestis perearsti tehtud saatekirjad, aga ka eriarsti antud vastused sisulised ja põhjalikud.

„Minu arust on meil ka liiga kergesti eriarstile saatmise komme.“

„Nt epikriisid, kui ta käib eriarstil ära, siis vastus tuleb, et näiteks, mida võiks edasi teha ja millal tagasi saata. Eestis tihti epikriis on selline, et 3 lehekülge on epikriis, 2,5 lehekülge on analüüse ja lõpus on kaks rida vastust.“

„E-konsultatsioon peab saama ainukeseks eriarstile saatmise viisiks Eestis. Ehk siis, kui me järgime sama süsteemi, siis me tõstame omaenda konsultatsiooni kvaliteeti oluliselt, sest on vaja. Ilma selleta haige eriarstile ei saa ja kindlasti tuleb ka tagasi täpsem informatsioon selle järgi.“

Et minu arust see on üks oluline asi, mis meie töö muudaks 10 aasta jooksul.“

„Et seega mõlemad pooled annavad põhjalikumalt – et see on see, mis minu arust on negatiivne.“

Leitakse, et e-konsultatsioon peaks aga tänast saatekirjade kultuuri oluliselt muutma. Soomes ja Rootsis näiteks, kui perearst ei ole patsienti eelnevalt põhjalikult uurinud ja saatekiri on puudulik, tuleb saatekiri tagasi ja patsienti konsultatsioonile ei võeta.

„Tuleb see saatekiri sul n-ö tagasi, kui sa saadad enne, kui sa oled uurinud...“

„Üks tuttav, kes ka Rootsis töötab, on rääkinud, et tuli Eesti kolleeg, et küsiti, et mis sa teed, kui on näiteks astma kahtlus, siis Eesti kolleeg kohe, et ma saadaks ta kopsuarstile. Et selle peale ei-ei, ei käi need asjad nii. Sa teed enne ära spirograafia, vaatad ära need ja need ja siis kui sa hakkama ei saa, siis sa saadad.“

Arvatakse, et e-konsultatsioonide jõustumiseks peaks suurendama motivatsiooni neid teha. Samas muudaks see töö sisu ja annaks ka rohkem kindlust, sest vastuvõtule saamise prioriteetsuse astmed määratleks ära arst, mitte patsient, nagu meil tihti on. Sellist süsteemi, kus eriarstilt eriarstile suunatakse perearsti vahendusel, mujal ei ole. Eestis teeb see patsiendi liikumise tervishoiusüsteemis kohmakaks ja seetõttu tehakse ebaotstarbekaid visiite.

„Eriarst peab olema motiveeritud seda tööd tegema. Ja taas siinkohal tervishoiukorralduse juurde – et kuidas üks haigla juhtkond motiveerib oma osakonda seda tegema.“

„Tegelikult see tooks selle suhtluse, ma ei oleks oma haigega üksi.“

„Diferentseeritud e-konsultatsioon oleks üks võtmeküsimus.“

„Jah, see oleks, nagu (kolleeg) ütles, parim variant. Sest sealt kaob kohe ära see, et patsient tahab ise minna. Kui tahab ise minna, saab kuue kuu pärast aja.“

„Et patsient tuleb tagasi ja ütleb, et see arst ütles, et saatke mind järgmisele eriarstile.“

Mis minu arust ei ole õige See ongi meie viga, et see ring kuidagi hakib.“

Arutleti ka selle üle, et meie pereõed, kes võtavad vastu telefonikõnesid perearstikeskustes, teevad sisuliselt tööd, mida saaks teha ka mittemeditsiinilise taustaga assistent või registraator. Kõnede mittemeditsiinilise osaga peaks tegelema keegi teine, mitte mitmeid aastaid koolitatud pereõde – see annaks õele rohkem aega tegeleda sisulise tööga, mis omakorda annaks rohkem aega arstile teha sisulist tööd.

„Et kui on personalist võtta, siis kõnede pealt tuleb ära võtta mittemeditsiiniline. Seda on väga palju.“

A: „Näiteks?“

„Sekretäritegevus, aja panemine, kus pole tiraaži vaja, et sellised asjad meeskonnas, ma usun, ka väiksemates praksistes registraatori või assistendi meeskonda sisse toomine vabastaks suuremas osas õde. Õe vabastamine tooks juurde arsti vabastamist sellest, millega õde saaks tegeleda. Ma mõtlen nii.“

Lisa 10. Perearstide resertifitseerimise põhimõtted alates 1.01.2016

Alates 1. jaanuarist 2016:

1. Kogu pädevuse hindamise protsess viidi üle veebipõhiseks – andmeid saab esitada EPS kodulehe koolituskeskkonna kaudu.
2. Pädevuse hindamiseks vajalikke punkte saab koguda aktiivse erialase ja kvaliteedialase tegevuse eest, lisaks on võimalik saada osa täienduspunktidest oma töö sisuka analüüsi eest.

Protsess ise jääb selles osas samaks, et 5 aasta jooksul on vajalik koguda 300 täienduspunkti. Sellest 300-st kogutakse 270 punkti erinevate kursuste, loengute ja muu aktiivse tegevusega. Täpsem loetelu täienduspunktide kogumise võimalustest on esitatud järgmises tabelis.

Osalemine erialasel koolitusel või konverentsil (lisada nimekiri koolituse teemadest, toimumise aeg ja koht)	1 akadeemiline tund = 1 täienduspunkt*
Koolituse läbiviimine tervishoiutöötajatele, arst-üliõpilastele või arst-residentidele (loetleda üles koolituse teema, toimumiskoht ja kuupäev)	1 akadeemiline tund = 3 täienduspunkti*
Arstiteaduskonna üliõpilase juhendamine (nimetada üliõpilase nimi ja ajavahemik, kui kaua praktikal viibis)	5 täienduspunkti aastas, kokku on võimalik saada 5 a jooksul kuni 25 täienduspunkti, kui juhendamine toimus igal aastal
Suuline ettekanne konverentsil	15 täienduspunkti
Stendiettekanne konverentsil	10 täienduspunkti
Artikkel ajakirjas Eesti Arst	20 täienduspunkti
Artikkel rahvusvahelises eelretsenseeritavas arstiteaduslikus ajakirjas	40 täienduspunkti

Artikkel ajakirjas Perearst või teistes eestikeelsetes ajakirjades (v.a teadusartikkel ajakirjas Eesti Arst)	10 täienduspunkti
Doktoriväitekiri	300 täienduspunkti
Õppevahendi loomine (nt käsiraamat, metoodiline juhendmaterjal patsiendile või arstile, video jms) – nimetada pealkiri, väljaandmise aasta	40 täienduspunkti
Osalemine ravijuhiseid väljatöötavates töögruppides, ekspertkomisjonides	20 täienduspunkti
Ülikoolide ja teiste teadusasutuste uurimistöodes osalemine oma patsientidega (v.a ravimiuuringud jt tasustatud uuringud)	20 täienduspunkti
Muud enesetäiendusvõimalused (individuaalse õppe programmid, internetipõhised koolitused jms)	Koolituskeskkonnas Svoog ühe loengu kuulamine ja küsimustele vastamine annab 1 täienduspunkti, rahvusvaheliste internetipõhiste koolituste läbimist arvestatakse vastavalt CME täienduspunktidele

* Arvestatakse Eesti Perearstide Seltsi, teiste erialaseltside, ülikoolide, kliinikute ja teadusasutuste korraldatud üritusi. Ravimifirmade korraldatud üritusi täienduspunktidenä ei arvestata.

Oma töö analüüsi esitades on võimalik koguda 30 punkti. Analüüs koosneb 5 osast, iga osa eest antakse punkte erinevalt. Punktide maksimaalmäär sõltub eeskätt kriitilisest analüüsist ja nii perearsti enda kui ka praksise arengueesmärkidest.

Töö sisulist kirjeldust hindab üks komisjoni liige; juhul kui hindamise käigus tekib hindamisega seotud küsimusi või on hindamine keerukam, kaasatakse hindamisse komisjoni esimees.

Töö sisuline analüüs peab saama hindajatelt vähemalt 20 punkti. Kui punktide arv on väiksem, siis palutakse eneseanalüüsi täiendada.

Töö analüüs koosneb järgmistest osadest:

1. Töö praksises (maksimumpunktide arv 5)

Organisatsioon

- nimistu suurus
- vanuseline koosseis (eagruppide kaupa, nagu on pearahalepingus)
- nimistu eripärad (vaba tekstina, u 200 tähemärki)
- prakse suurus (selles töötava personali arv: arstid, õed jt erialad, nende töökoormus)
- perearsti ja temaga koos töötava pereõe vastuvõttude, telefonikontaktide ja koduviitide arv viimase viie aasta jooksul aastate lõikes **koos analüüsiga**
 - * perearsti vastuvõttud, sh koduviisiidid
 - * pereõe vastuvõttud, sh koduviisiidid
 - * telefoninõustamiste arv
 - * 5 a vastuvõttude analüüs (vaba tekstina, u 350–500 tähemärki)

Maksimumpunktid (5 p) saab, kui analüüsid on sisulised, on arutletud suundumuste üle nii visiitides kui ka telefoni teel toimunud nõustamistes. Peaks olema selgelt näha pereõe roll meeskonnas.

2. Kliiniline töö (maksimumpunktide arv 6)

- viimase aasta esmase haigestumise analüüs (vaba tekstina ette antud väljas, kuni 1500 tähemärki, analüüs ei ole koopia aastaaruandest, vaid arutelu selle üle, millised on olnud haigestumise suunad ning mida see on tähendanud perearstiprakse töö kontekstis).
- viimase 5 aasta töö krooniliste haigetega – (sama, mis eespool, vaba tekstina, kuni 1500 tähemärki, kirjeldatakse haigestumise suundumusi, võimalikke murepunkte ning saavutusi krooniliste haigetega tegelemisel).
- ennetustöö suunad viimase 5 aasta jooksul – (vaba tekstina, kuni 1500 tähemärki, kirjeldatakse, millised on ennetustegevuses patsientide peamised sihtgrupid, millisel põhimõttel ennetustegevust alustatakse (kas patsiendi soovil, näidustuse selgumisel, proaktiivselt sõeludes, millised on peamised saavutused

ennetuse vallas.

- perearsti käeline tegevus ja lisapädevused viimase 5 aasta jooksul (vaba tekstina kirjeldada ära kogu tegevus ja omandatud lisapädevused).

Maksimumpunktid (6p) saab, kui analüüs on sisuline kõikides valdkondades.

3. Individuaalne areng 5-aastasel perioodil: (maksimumpunktid 6)

- Minu kõige tugevamad küljed perearstina (kliinilised ja organisatoorsed) (vaba tekstina kuni 1000 tähemärki)
- Minu kõige nõrgemad küljed perearstina (nii kliinilised kui organisatoorsed) (vaba tekstina kuni 1000 tähemärki)
- Möödunud 5 aasta kõige olulisemad saavutused ja kordaminekud perearstina (vaba tekstina kuni 1000 tähemärki)
- Möödunud 5 aasta kõige suuremad probleemid ja nende võimalikud lahendused (vaba tekstina kuni 1000 tähemärki)

Maksimumpunktid (6p) saab, kui analüüs on sisuline kõikides valdkondades.

4. Valdkonnad, milles vajaksin enese arendamist järgmistel aastatel (maksimumpunktid 8)

a. Teadmised (nii kliinilised kui ka mittekliinilised) (kolm kõige olulisemat)

b. Oskused (nii kliinilised kui ka mittekliinilised) (kolm kõige olulisemat)

c. Koolitused, mida eeltoodud enesearenguks vajan (vaba tekstina, nimetada kursused, kirjandus, konverentsid vms, mida peetakse vajalikuks läbida)

- Minu erihuvid (vaba tekstina, nimetada sellised, mida ilmtingimata perearsti töö ei pea sisaldama, aga millest ollakse arstina huvitatud ja soovitakse ka patsientidele pakkuda)
- Järgmiseks 5 aastaks sean endale perearstina järgmised eesmärgid (vaba tekstina, nimetada konkreetset eesmärgid, kuni 1500 tähemärki)
- Juhendamine (üliõpilased, internid, residendid)
 - a) Valmisolek (jah/ei)
 - b) Olen juhendanud või juhendan ka praegu (jah/ei)

- Osavõtt Eesti Perearstide Seltsi tegevusest, teiste erialaseltside tegevusest ja muu ühiskondlik tegevus (vaba tekstina, kuni 2000 tähemärki)

Maksimumpunktid (8p) saab, kui analüüs on sisuline kõikides valdkondades, kui on selgelt aru saada, milline on edasine arenguplaan, koolitused on määratletud ning eesmärgid järgnevas 5 aastaks on seatud ning realistlikud.

5. Kokkuvõttev hinnang oma viimase viie aasta tööle (vaba tekstina kuni 2000 tähemärki, hinnang peab tuginema eeltoodule ja olema võimalikult objektiivne). (Maksimumpunktid 5).