

Lühikokkuvõte

Kõik tervishoiusüsteemid seisavad 21. sajandil uute väljakutsete ees. Üheks suurimaks neist on krooniliste haigustega inimeste aina suurenev hulk. Keskmise oodatav eluiga kasvab ja tänapäeva teadus on võimeline pakkuma uusi ja tõhusaid ravimeetodeid. See omakorda loob eeldused, et ühe või mitme kroonilise haigusega inimesel on oluliselt suurem tõenäosus elada kvaliteetselt ja pikemat elu kui aastakümnete eest. Seda muidugi eeldusel, et tervisesüsteem on suuteline kiiresti kohanduma uute väljakutsetega.

Selleks, et saada maailmatasemel ekspertiisi meie süsteemile ja vastata küsimusele, kas Eesti tänane tervishoiukorraldus ja strateegilise ostmise mudel arvestab muutunud vajadustega või on tarvilikud uuendused, pöördus Eesti Haigekassa Maailmapanga rahvusvaheliselt tunnustatud ekspertide poole.

Uuringu eesmärgiks on usaldusväärsete andmete analüüsi tulemusena anda hinnang, kas Eestis patsiendikäsitlus järgib integreeritud ravi põhimõtteid ning mis on seda soodustavad ja takistavad tegurid. Uuring keskendub krooniliste haiguste ennetusele ja ravile pöörates erilist tähelepanu esmatasandi arstiabi rollile ja toimimisele ning erinevate elanikerühmade võrdse kohtlemisega seotud küsimustele. Analüüsi läbiviimiseks kasutati haigekassa ravikindlustuse andmekogu ja 2011. aasta rahvaloenduse andmeid, samuti viidi läbi intervjuud valdkonna peamiste asjatundjatega ning grupiarutelud tervishoiutöötajate ja patsientidega.

Integreeritud patsiendikäsitlus peab järgima kahte olulist põhimõtet:

- a) patsient saab teenuse õigel tervishoiusüsteemi tasemel;
- b) toimub ravi koordineerimine üle kõigi tasandite ja ravi on tõenduspõhine, vajadustele vastav ja järjepidev.

Selleks, et hinnata, kas patsient saab teenuse tervishoiusüsteemis õigel tasemel, püstitati kaks küsimust:

1. Kas ambulatoorne eriarstiabi ja/või haiglaravi oleks osaliselt välditav piisava esmatasandi arstiabiga?
2. Kas haiglaravi kestab kauem kui vastava haigusseisundi puhul parim rahvusvaheline praktika?

Ravi piisavale koordineeritusele ja järjepidevusele hinnangu andmiseks esitati kolm küsimust:

1. Kas patsiendikäsitlus esmatasandil vastab ravijuhenditele?
2. Kas patsient ja perearst on omavahel järjepidevas kontaktis, kas on tagatud piisav ravi järjepidevus?
3. Kas enne ja pärast haiglaravi toimib piisav ravi koordineerimine?

Uuringu tulemused

Eesti tervishoid on endiselt haiglaravikeskne

Eesti tervishoiukorraldus on endiselt haigla ja eriarstikeskne, mis paljuski tuleneb ajaloolisest taustast. Vaatamata sellele, et Eesti on suutnud olulisel määral vähendada haiglate ja haiglavoodite arvu 20 aasta taguse perioodiga võrreldes, oleks seda võimalik esmatasandi tugevdamisega veelgi saavutada.

Analüüsis hinnati välditavate hospitaliseerimiste (OECD protokollil alusel peetakse välditavaks hospitaliseerimiseks seda, mida oleks saanud piisava ambulatoorse raviga ennetada) astma, krooniline obstruktiivne kopsuhaiguse (KOK), suhkurtõve, südamepuudulikkuse ja kõrgvererõhktõve korral. Kõigi nende haigusseisundite puhul oli kokku hospitaliseerimisi 2013. aastal ca 72 tuhat korda, millest ligi 18% (s.o 13 tuhat) oleks olnud tõhusama ambulatoorse raviga ennetatavad.

Pikaleveninud haiglaravi hinnati kahe seisundi puhul – insult ja puusaluurmurd. Puusamurruga patsientidel oli haiglaravi kestus kolmandikul patsientidest (33%) üle 28-päevase rahvusvaheliselt aktsepteeritava standardi, insuldravi 56-päevast standardit ületas üksnes 7% haiglaravijuhtudest.

Kui ühelt poolt viitavad tulemused sellele, et esmatasandil peaks patsientikäsitlus olema tugevam, siis teisalt soodustab taolist haiglaravi keskset lähenemist tänane haigekassa rahastamismudel, mis motiveerib haiglaid patsiente statsionaaris ravima. Teisalt on takistuseks ka puudulik õendusabi ja taastusravi, samuti sotsiaalteenuste kättesaadavus.

Patsientikäsitlus on liiga eriarstikeskne

Uuringus hinnati välditavate eriarstiviitide osakaalu kõrgvererõhktõve ja suhkurtõvega seotud diagnooside puhul. Kaasatud eksperdid jagasid nimetatud haigusrühma diagnoosid tuisistunud ja mittetuisistunuteks (viimasel juhul peaks patsient olema perearsti jälgimisel) ning viisid läbi analüüsi, milles vaadeldi tänaseid praktikaid võrdluses Eesti ravijuhendite soovitustega.

Aastal 2013 osutus kõrgvererõhktõve puhul 68% ja suhkurtõve puhul 20% eriarstiviitidest välditavaks. Näiteks numbritesse panduna külastas 64 tuhat patsienti kõrgvererõhktõve tõttu aasta jooksul eriarsti ja 43 tuhat neist visiitidest olid välditavad. Kõrgvererõhktõve puhul tehti üle 80% välditavatest visiitidest kardioloogi ning suhkurtõve puhul üle 90% endokrinoloogi juurde.

Samaselt haiglaravi ülemäärasele kasutusele võib siingi põhjusena nimetada patsientikäsitluse nõrkust esmatasandil ning tänase rahastamismudeli ülesehitusest tingitud eriarstiabi teenuse osutajate olulist majanduslikku huvi patsiendid ambulatoorsele visiidile kutsuda. Samuti on oluliseks teguriks patsientide eelistused, kes eelistavad eriarsti perearstile ning pöörduvad ka otse erakorralise meditsiini osakonda, kus puudub saatekirja nõue.

Perearstidel on küll patsientidega järjepidev kontakt, kuid patsientikäsitlus ei vasta heale kliinilisele standardile ning ka täiendav eriarsti külastamine ei paranda tulemust

Patsientide kehva käsitlust põhjustavate võimalike nõrkuste hulka esmatasandil võivad kuuluda puudulik ravijuhendite järgimine, vähene tähelepanu patsiendi rollile ja probleemide lahendamise suutlikkuse puudumine. Eelnevat võib süvendada ka selguse puudumine rollide ja kohustuste osas patsientikäsitluses tervishoiu- ja sotsiaalsektorite vahel.

Täiskasvanud elanikkond käis aastal 2013 keskmiselt 6,4 korda arsti vastuvõtul, sellal kui krooniliste haigustega patsiendid tegid ligikaudu 10 visiiti. Neist visiitidest ligi 60% toimub perearstile ja ülejäänud eriarstile. See jaotus kehtib nii krooniliste haigustega patsientide kui tavaelanikkonna puhul. Vaatamata üldlevinud arvamusele, et patsiendid suunatakse perearsti poolt eriarstile, kelle jälgimisele nad siis jäävad, näitab analüüs teist tulemust. Patsiendid ei tee üldjuhul mitut järjestikust visiiti eriarstidele – peaaegu 60% patsientidest pöörduvad perearsti juurde tagasi kohe pärast ühte eriarstiviiti ja üle 80% pärast kahte visiiti ning see trend on sama nii krooniliste haigustega inimeste kui ülejäänud elanikkonna puhul.

Vaatamata sagedasele kontaktile esmatasandiga ei saa krooniliste haigustega patsiendid piisavalt ravijuhendites ettenähtud ennetavaid teenuseid. Ainult ligikaudu 41%-le suhkrutõvehaigetele määratakse perearsti poolt kõik soovitatavad iga-aastased diagnostilised uuringud ja 20% ei saa ühtegi uuringut. Vaatamata sellele, et suhkrutõvehaige külastab ka sagedasti eriarsti, ei suurenda see oluliselt (erinevus vaid ligi 3%) patsientide osakaalu, kellele tehakse kõik ravijuhendis ettenähtud uuringud. Kõrgvererõhktõve puhul tehakse kõik soovitatavad diagnostilised uuringud esmatasandil ainult 9,5%-le patsientidest ning umbes 24,6%-le sihtrühma patsientidest ei tehta ühtegi uuringut. Kui arvestada ka eriarstide poolt määratavate uuringutega, siis paraneb tulemus ainult pisut: 10,2%-le patsientidest tehakse kõik soovitatavad uuringud ja 19,4%-le ei tehta ühtegi. Kokkuvõtteks võib öelda, et ennetavate teenuste vähene erinevus seab veel enam kahtluse alla eriarstide külastamisest tekkiva lisandväärtuse patsiendi tervisele.

Põhjused, miks patsientikäsitlus esmatasandil ei ole piisav, on mitmeid. Ühelt poolt ei ole perearstide rahastamismudel piisavalt paindlikkust andev tulenevalt pearaha suurest osakaalust ja piiratud teenuste valikust ning samuti ei keskendu tänane kvaliteeditasu patsiendi tervikkäsitlusele, vaid premeerib üksikute uuringute (mitte kõigi ravijuhendi kohaste) tegemise eest. Samuti tuleb arvestada, et ligi 70% perearstidest töötab üksikpraksises ning neile langeb lisaks kliinilisele tööle kogu ettevõtte juhtimisega seotud administratiivkoormus ning esmatasandi meeskond koosneb täna üksnes arstist ja ühest-kahest õest, mis piirab meeskonnatöö võimalusi. Lisaks võib välja tuua, et perearstid ei teadvusta täielikult ennetustegevuse olulisust ning enda, oma meeskonna ning ka patsiendi aktiivse rolli tähtsust selles. Uute oskuste omandamine ei ole piisavalt motiveeritud ka pädevuse hindamise süsteemiga, mis on vabatahtlik ning milleks võib töökoormuse kõrvalt olla raske motivatsiooni ja aega leida. Oluliseks puuduseks on ka see, et kuigi perearstil on formaalne „väravavahi“ roll, siis ei ole selgeid patsientikäsitluse standardeid, mis üheselt defineeriks eri tasandite (sh pere- ja eriarst) rolli. Kuna paljud krooniliste haigustega patsiendid vajavad nii tervishoiu- kui sotsiaalteenuseid, siis on suureks takistuseks nende kahe sektori teenuste koordineerimisel erinev korraldus, vastutus ning rahastamine.

Ravi koordineerimine enne ja pärast haiglaravi on nõrk

Haiglaravi eelse ja järgse ravi koordineerituse analüüsis vaadeldi kolme komponenti i) tarbetute operatsioonieelsete uuringute tegemine, ii) puudulik ravimite määramine haiglaravi järgselt ja iii) jätkuravi puudumine.

Tarbetute uuringute osakaalu hindamise aluseks olid rahvusvahelised ravijuhendid ning analüüsi järgmiseid operatsioone: katarakti operatsioon, lumpektoomia, songaoperatsioon, koletsüstektoomia ja puusaliigese asendamine. Neil operatsioonidel käis 2013. aastal 21 tuhat patsienti ja neist ligi 23%-le tehti mõni tarbetu uuring. Kokku tehti neile patsientidele ligi 16 tuhat uuringut, millest 49% ei olnud vajalikud.

Ägedate haigusseisundite nagu ebastabiilse stenokardia, äge südamelihase infarkt ja südamepuudulikkus tõttu hospitaliseeritud patsientidest (ligi 6500 patsienti 2013. aastal) sai kõigest 3% haiglast välja kirjutamisel retsepti kõigile kolmele rahvusvaheliste ravijuhenditega soovitatud ravimile. Vähem kui 30% patsientidest sai retsepti mõnele neist ravimitest ja üle poole ei saanud ühegi vastava ravimi retsepti. See näitaja paranes vaid marginaalselt 90 päeva jooksul pärast haiglast väljakirjutamist.

Vähem kui 36% uuritud haigusseisunditega (äge südamelihase infarkt, insult, südamepuudulikkus, puusamurd, koletsüstektoomia) patsientidest käis järelevisiidil perearsti juures 30 päeva jooksul pärast haiglast väljakirjutamist. Kui lisada ka eriarstivisiidid, paranes näitaja ainult 5%. Pikendades ajaperioodi 90 päevani paranes näitaja vaid 50%-le.

Sellised tulemused viitavad üheselt, et tänases tervishoiusüsteemis ei ole kokku lepitud, kuidas toimub haiglaravi järgselt patsiendi ravi koordineerimine ja samuti on infovahetus haigla ning perearsti vahel nõrk.

Kokkuvõte

Eesti on aastakümnetega ehitanud üles tugeva raamistiku meie tervisesüsteemile, millele võime täie kindlusega tugineda asudes seda edasi arendama. Eesti tervishoiusüsteemi nurgakivideks on toimiv esmatasand, tugev haiglavõrk, kompetentsed tervishoiutöötajad ja stabiilne rahastusmudel.

Samas kinnitab käesolev analüüs oma järeldustega, et tänane süsteem ei ole veel valmis parimal võimalikul moel toime tulema integreeritud ravi põhimõtete järgimisega ja muutused on hädavajalikud. Uuring tõi välja, et ülevaatamist vajab tänane rahastusmudel, mis ei anna piisavalt tuge integreeritud patsiendikäsitluseks ning samuti on senisest enam vaja pöörata tähelepanu patsiendikäsitluse (sh ravijuhendite) standardite väljatöötamisele, nende järgimise toetamisele ja tulemuste hindamisele. Esmatasandi tervishoid tervikuna vajab süsteemset tugevdamist nii taristu, multiprofessionaalsete meeskondade loomise ning grupipraktistesse koondumise soodustamise, laiema teenusevaliku ning paindlikuma rahastamismudeli ja täiendõppe kvaliteedi tõstmise. Perearstide rolli laiendamine kogukonna tervisealgatusesse ja sotsiaalteenuste korraldusse võib tõsta ennetavate teenuste ja patsiendikäsitluste üldist kvaliteeti. Kokkuvõttes peaks kõigi osapoolt jõupingutused suuresti keskenduma esmatasandi suutlikkuse tugevdamisele tervishoiusüsteemis.

Patsiendikeskne tervishoiusüsteem

