

## **Kliinilise auditi „Täiskasvanute kõrgvererõhktõve käsitus esmatasandil“ Kokkuvõtte**

### **1. Sissejuhatus**

Südame-veresoonkonna haigused, sh hüpertensioon oma tüsistustega, on Eestis haigestumuse ja surma põhjuste hulgas esikohal. Kõrge vererõhk on insuldi, müokardiinfarkti, südamepuudulikkuse, neerukahjustuse, kognitiivsete häirete ja enneaegse surma oluline riskitegur (1).

Aastal 2014 avaldati Eesti Haigekassa poolt tellitud kliinilise auditi „Kõrgvererõhktõvega (I10) patsientide nõustamine perearstikeskustes“ (edaspidi auditi) aruanne. Auditi tulemustest selgus, et eelkõige on vaja parandada dokumenteerimise kvaliteeti. Sageli jäi dokumentatsioonis ebaselgeks, milline spetsialist tegeles patsiendiga. Vajalik oli parandada anamneesi ja kardiovaskulaarsete riskide hindamist. Lisaks puudus paljudes auditeeritud tervisekaartides informatsioon täiendavate erialaarstide konsultatsiooni otsuste ja uuringuvastuste osas, mille põhjal diagnoos ja ravi määrati.

Viimasest auditis on möödas kolm aastat ja oluline on hinnata, kas ja mil määral on paranenud diagnostika ja ravi esmatasandil. Kuivõrd algatatud on ravijuhendi „Täiskasvanute kõrgvererõhktõve käsitus esmatasandil“ uuendamise protsess, siis auditi abil on võimalik kaardistada peamised probleemid kõrgvererõhu diagnostikas ja ravis esmatasandil.

### **2. Auditi korraldus**

Kliinilise auditi „Täiskasvanute kõrgvererõhktõve käsitus esmatasandil“ viisid läbi järgmised Eesti Perearstide Seltsi esindajad:

- 1) Anneli Rätsep
- 2) Ruht Kalda
- 3) Katrin Martinson
- 4) Signe Asi
- 5) Lilli Gross
- 6) Katrin Poom

Eesti Haigekassa esindajad olid järgmised:

- 1) Ravikvaliteedi talituse spetsialist Pille Lõmps – auditi üldkoordineerimine;
- 2) Infrastruktuuri talituse peadministraator Priit Lund – andmesisestusplatvormi loomine;
- 3) Ravikvaliteedi talituse analüütik Sirli Joonas ja peaspetsialist Tiina Unukainen – andmeanalüüs.

### **3. Auditi eesmärk**

Auditi eesmärk oli hinnata kõrgvererõhktõvega patsiendi käsitlust esmatasandil ning ravidokumentide alusel võrrelda käesoleva auditi tulemusi aastal 2013 avaldatud auditi tulemustega.

#### 4. Auditis kasutatud juhendmaterjalid

Auditi hindamiskriteeriumite koostamisel lähtuti järgmistest juhendmaterjalidest:

- 1) Ravijuhend „Täiskasvanute kõrgvererõhktõve käsitlus esmatasandil“  
<http://ravijuhend.ee/tervishoiuvarav/juhendid/15/taiskasvanute-korgvererohktove-kasitlus-esmatasandil>
- 2) Eesti Haigekassa kliiniline audit „Kõrgvererõhktõvega (I10) patsientide nõustamine perearstikeskustes“ 2014;  
[http://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/Kokkuvote\\_I10\\_noustamine\\_PAKs\\_juuli2014.pdf](http://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/Kokkuvote_I10_noustamine_PAKs_juuli2014.pdf)

#### 5. Auditi valim

Valim moodustati 2015. aastal perearsti poolt esmaselt diagnoositud kõrgvererõhktõvega patsiendid. Selleks otsiti Eesti Haigekassa (EHK) andmebaasist isikuid, kellel oli perioodil 01.01.2015-31.12.2015 vähemalt üks perearstiabi raviteenuse arve (RTA) põhidiagnoosiga I10. Vältimaks varasemat haiguse diagnoosimist oli tingimuseks, et

- Isikul ei ole perearstiabis 2009-2014a alanud I10-ga arveid (nii põhi- kui kaasuv diagnoos, raviarve alanud 01.01.2009-31.12.2014)
- Isikul ei ole eriarstiabis 2009-2014a alanud I10-ga arveid (nii põhi- kui kaasuv diagnoos, raviarve alanud 01.01.2009-31.12.2014)
- Vanus: 30.- 64. aastased (k.a.)
- Valimis on patsiendid, kelle raviarvetel oli pereõe nõustav vastuvõtt ja kelle raviarvetel ei olnud pereõe nõustavat vastuvõttu.
- Visiite ja uuringuid hindame 01.01.2015-30.06.2016.

Kokku auditeeriti juhuvalimi alusel 33 perearstikeskust ja 317 isiku haiguslugu, igast keskusest 6-10 patsienti.

#### 6. Kokkuvõtte auditi tulemustest

##### Esmane kõrgvererõhktõve diagnoosimine ja jälgimine

Ravijuhend soovib esmaseks diagnoosimiseks kasutada kas 24-tunni vererõhujälgimist või patsiendi enda kodust vererõhu päevikut, kui ei ole tegemist III astme vererõhu kõrgenemisega või organkahjustuse tunnustega. Valimi patsientidest 14% (n=44) esines diagnoosimise visiidil III astme vererõhk. Ülejäänud patsientidest 44% juhtudest kasutati 24-tunni vererõhu jälgimist ning 34% juhtudest kodust vererõhupäevikut. Kumbagi uuringutest ei olnud tehtud viiendikule patsientidest (n=62), kellele täiendav diagnoosimine oleks olnud näidustatud.

##### Anamnees

Anamneesi osas vaadati, et oleks hinnatud patsiendi pärilik eelsoodumus kardiovaskulaarhaiguste suhtes, kaasuvad haigused, kaebused, suitsetamine, keheline aktiivsus, toitumisharjumused (soola tarbimine) ning stressitase.

Kõige enam oli tervisekaardis kirjeldatud anamneesi osas patsiendi kaebuste registreerimine (90%) ning kõige vähem oli puudutatud stressi teemat (23%). Ligikaudu poolte patsientide terviseriske mõjutavaid eluviise (liikumine, toitumine ja suitstemaine) hindamist ei ole kajastatud tervisekaartides.

### **Analüüsid ja uuringud diagnoosimisel**

Auditeerimisel hinnati kas peamised kardiovaskulaarsed riskitegurid ja võimalikud organkahjustused on tuvastatud. Hinnati kas analüüsides ja uuringutes on tehtud kreatiniin, veresuhkur või HbaA1c, lipoproteiinide analüüsid ning EKG. Valimi patsientidest 77% (n=244) tehti enim veresuhkru või HbaA1c analüüsi ja pooltel valimi patsientidest oli teostatud EKG.

### **Kõrgvererõhktõvega patsiendi jälgimine**

Keskmine visiitide arv arstide juurde uuritava perioodil ehk aasta jooksul, varieerus vahemikus 2,3 – 8,3 visiiti ning pereõe juurde teostati 0 – 3,5 visiiti.

2011. aastal oli keskmine visiitide arv perearsti juurde 12,4 ja pereõe juurde 1,4.

Hinnati ka kui sageli mõõdeti patsientide vererõhku: igal visiidil, mõnel visiidil või vererõhku ei mõõdetud. Valdaval osal patsientides on vererõhk järgnevatel vastuvõttudel mõõdetud, kuid 5% (n=16) patsientidest ei olnud vererõhku järgnevatel vastuvõttudel kordagi enam mõõdetud.

### **Eluviisidega seotud riskitegurid**

Kardiovaskulaarsete riskide hindamise ja mittemedikamentoosse ravi planeerimiseks on olulised patsiendi antropomeetrilised näitajad.

KMI oli mõõdetud ja märgitud 53% ja vööümbermõõt 25% juhtudes, sealjuures abdominaalset rasvumist on sagedamini mõõdetud naistel.

### **Ravisoostumus ja ravi prioriteedid**

Ravimite kõrvaltoimeid, kui sagedasemaid ravi katkestamise põhjuseid oli küsitletud ja tervisekaartidesse kantud 31% juhtudest.

Ravi prioriteetide osas hinnati kas patsiendiga on arutatud järgmistel mittefarmakoloogilise ravi teemadel: ravisoostumus, stressi vähendamine, toitumine ja soola tarbimine, kehaline aktiivsus, kehakaal ja suitsetamine. Auditi käigus läbi vaadatud tervisekaartides oli 44% juhtudes võimalik järeldada, et edasine tegevuskava oli patsiendiga läbi arutatud. Enim oli nõustatud patsiente toitumise ja soolatarbimise 57% (n=177) ja liikumise 44% (n=135) teemadel. Kõige vähem on räägitud patsiendiga suitsetamise 18% (n=56) ja stressi 16% (n=48) teemadel.

64% patsientidest oli tervisekaardi andmetele jagatud koduse vererõhumõõtmise õpetusi ja 37% oli soovitatud dokumenteerida vererõhu tulemusi. Teemakohaseid patsiendijuhendeid oli tervisekaartide põhjal soovitatud 10% juhtudel.

### **Farmakoloogiline ravi**

Patsientidele määrati valdavalt monoteeraapia, kuid oli üksikuid patsiente, kes saavad 5-8 erinevat ravimit, mis on välja kirjutatud kõrgvererõhktõve diagnoosikoodiga.

Kõrgvererõhktõve ravijuhendis soovitatakse esmavalikuravimina kasutada angiotensiin-konverteeriva ensüümi inhibiitorit (AKE) või kaltsiumkanali blokaatorit (KKB). Patsientidele määrati enim (17% n=303) beetablokaator (BB) nebivolool. Kaltsiumkanali blokaatorid ei ole auditi andmetel esmavaliku ravimitena kasutusel.

## Ravi tulemuslikkus

Auditeeritava perioodi lõpuks on 85% (n=164) patsientidest toimunud täiendavaid visiite ning on uuesti mõõdetud vererõhku. Nendest kellel vererõhku mõõdeti (n=264), oli 60% vererõhk auditeeritava perioodi lõpuks vastav eesmärkväärtusele.

### 7. Praksise töökorraldusest sõltuvad kõrgvererõhktõve patsiendi jälgimise tulemused

Eeldati, et praksistest kus on tööl kaks pereõde ning praksised, kes täidavad kvaliteeditasu (KT) kriteeriumeid võivad erineda töökorralduse poolest ning see võib omakord mõjutada kliinilise töö kvaliteeti. Seega võrreldi esmase kõrgvererõhktõvega patsientide käsitlust ühe ja kahe pereõdega praksistes ning KT kriteeriume täitvates ja mittetäitvates praksistes.

Uuritaval perioodil oli 69% praksistes tööl teine pereõde ning 86% oli saavutanud KT 0,8 või 1,0 koefitsiendiga.

Kahe pereõdega perearstikeskustest kasutatakse enim 24-tunni vererõhu ambulatoorset jälgimist ning emaseid uuringuid ja analüüse tehakse pisut enam võrreldes praksistega kus ei ole kahte pereõde (Tabel 1).

Tabel 1. Kõrgvererõhktõve diagnoosimiseks kasutatud täiendavad uuringud ja esmaste uuringute teostamise sagedus sõltuvalt teise pereõde olemasolust

Tunnused	PAK nimistus 2 lepingulist õde		PAK nimistus ei ole 2 lepingulist õde		p-väärtus
	n/% (N)	95% UV	n/% (N)	95% UV	
24 h vererõhu monitooring	104/48,4 (215)	41,7-55,1	34/35,1 (97)	25,6-44,5	<b>0,03</b>
Kreatiniin	153/71,8 (213)	65,8-77,9	63/64,3 (98)	54,8-73,8	0,18
Veresuhkur või HbaA1c	170/74,7 (215)	73,6-84,5	74/74,7 (99)	66,2-83,3	0,39
EKG	125/59 (212)	52,3-65,6	40/41,7 (96)	31,8-51,5	<b>0,005</b>

KT tulemuse saanud perearstikeskustest kasutatakse 24-tunni vererõhu ambulatoorse jälgimise kõrval enam ka kodust vererõhu jälgimist. KT täitmise gruppide võrdlemisel on erinevus vaid EKG tegemise sageduses (Tabel 2).

Tabel 2. Kõrgvererõhktõve diagnoosimiseks kasutatud täiendavad uuringud ja esmaste uuringute teostamise sagedus sõltuvalt KT tulemuse saavutamisest

Tunnused	Kvaliteeditasu saavutatud n=273		Kvaliteeditasu saavutamata n=43		p-väärtus
	n/% (N)	95% UV	n/% (N)	95% UV	
24 h vererõhu monitooring	117/43,5 (269)	37,6-49,4	21/48,8 (43)	33,9-63,8	0,51
Kodune vererõhupäevik	105/39,8 (264)	33,9-45,7	1/2,3 (43)	-2,1- -6,8	<b>0,00</b>
EKG	152/56,5 (269)	50,6-62,4	13/33,3 (39)	18,5-48,1	<b>0,006</b>

Teise pereõde olemasolu ei mõjuta anamneesi kogumise kvaliteeti, küll aga on oluline erinevus anamneesi küsimise ja dokumenteerimise osas KT täitjate ja mittetäitjate vahel (tabel 3.)

Tabel 3. Eluanamneesi dokumenteerimine sõltuvalt KT tulemuse saavutamisest

	Kvaliteeditasu saavutatud		Kvaliteeditasu saavutamata		p-väärtus
	n=273	95% UV	n=43	95% UV	
Eluanamnees	n/% (N)		n/% (N)		
Patsiendi kaebused	236/86,4 (272)	82,4-90,5	36/83,7 (43)	72,7-94,8	0,63
Päriilik eelsoodumus	135/49,5 (273)	43,5-55,4	8/18,6 (43)	6,9-30,2	<b>0,0002</b>
Kaasuvad haigused	147/53,8 (273)	47,9-59,8	12/27,9 (43)	14,5-41,3	<b>0,001</b>
Toitumisharjumused (hüperlipideemia, sool)	141/51,6 (273)	45,7-57,6	12/27,9 (43)	14,5-41,3	<b>0,003</b>
Kehaline aktiivsus	137/50,2 (273)	44,3-56,1	7/16,2 (43)	5,2-27,3	<b>0,00</b>
Stress	68/24,9 (273)	19,8-30	2/4,6 (43)	1,6-10,9	<b>0,003</b>
Suitsetamine	150/54,9 (273)	49,0-60,8	12/27,9 (43)	14,5-41,3	<b>0,001</b>

Patsiendi edasisel jälgimisel vererõhu mõõtmise sagedust pereõde olemasolu ega KT täitmine ei mõjuta. Küll aga on jälgimisperioodi lõpus patsientide vererõhk ohjatud sagedamini praksistes kus on teine pereõde (53% vrs 44%) ning veelgi suurem erinevus on KT kriteeriumeid täitvate ja mittetäitvate praksiste vahel (53% vrs 36%).

Patsientide antropomeetriliste näitajate, riskitegurite ja ravimite kõrvaltoimete dokumenteerimises ning nõustamise läbiviimises ilmnevad gruppide võrdluses olulised erinevused. Kahe pereõdega praksistes on patsientidel objektiivsed näitajad paremini dokumenteeritud ning on selgelt näha erinevus patsientide nõustamise sageduses (Tabelid 4 ja 5).

Tabel 4. Patsientide riskifaktorite ning ravi prioriteetide arutelu sõltuvalt teise pereõde olemasolust praksises

Tunnused	PAK nimistus 2 lepingulist õde		PAK nimistus ei ole 2 lepingulist õde		p-väärtus
	n/% (N)	95% UV	n/% (N)	95% UV	
KMI määratud	127/59,6 (213)	53-66,2	38/38,8 (98)	29,1-48,4	<b>0,0006</b>
Vööübermõõt mõõdetud	67/31,5 (213)	25,2-37,7	9/9,1 (99)	3,4-14,8	<b>0,00</b>
Ravimite kõrvaltoimed hinnatud	72/34 (212)	27,5-40,3	23/24 (96)	15,4-32,5	<b>0,08</b>
Ravi prioriteetide arutelu patsiendiga	106/49,3 (215)	42,6-56	31/32,3 (96)	22,9-41,6	<b>0,005</b>

Tabel 5. Patsientide kaasamine ravi prioriteetide määramisse sõltuvalt teise pereõde olemasolust

	PAK nimistus 2		PAK nimistus ei		p-väärtus
	lepingulist õde	95% UV	õde	95% UV	
Prioriteetide seadmine	n/% (N)		n/% (N)		
Ravisoostumus	102/47,7 (214)	41-54,4	27/28,4 (95)	19,3-37,5	<b>0,001</b>
Stressi vähendamine	38/17,7 (215)	12,6-22,8	10/10,8 (93)	4,5-17	<b>0,12</b>
Toitumine ja soola tarbimine	130/60,2 (216)	53,7-66,7	47/48,5 (97)	38,5-58,4	0,05
Kehakaal	74/34,6 (214)	28,2-41	29/30,5 (95)	28,2-41	<b>0,49</b>
Suitsetamine	47/22,1 (212)	16,8-27,8	9/9,6 (94)	3,6-15,5	<b>0,008</b>

Sarnane erinevus kõrgvererõhutõvega patsientide riskitegurite dokumenteerimises ning nõustamise sageduses ilmneb KT saavutanud ja mittesaavutanud gruppide võrdlemisel (Tabelid 6 ja 7).

Tabel 6. Patsientide riskifaktorite ning ravi prioriteetide arutelu sõltuvalt KT tulemuse saavutamisest

	Kvaliteeditasu saavutatud		Kvaliteeditasu saavutamata		p-väärtus
	n=273	95% UV	n=43	95% UV	
Tunnused	n/% (N)		n/% (N)		
KMI määratud	155/57,8 (268)	51,9-63,7	10/23,3 (43)	10,6-35,8	<b>0,00</b>
Vööümbermõõt mõõdetud	67/31,5 (213)	25,2-37,7	9/9,1 (99)	3,4-14,8	<b>0,00</b>
Ravimite kõrvaltoimete esinemine hinnatud	94/35,3 (266)	29,6-41,1	1/2,3 (42)	-2,2- -6,9	<b>0,00</b>
Ravi prioriteetide arutelu patsiendiga	128/47,8 (268)	41,8-53,7	9/20,9 (43)	<b>8,8-33,1</b>	<b>0,001</b>

Tabel 7. Patsientide kaasamine ravi prioriteetide määramisse sõltuvalt KT tulemuse saavutamisest

	Kvaliteeditasu saavutatud		Kvaliteeditasu saavutamata		p-väärtus
	n=273	95% UV	n=43	95% UV	
Prioriteetide seadmine	n/% (N)		n/% (N)		
Ravisoostumus	124/46,6 (266)	40,6-52,6	5/11,6 (43)	2,0-2,1	<b>0,00</b>
Stressi vähendamine	47/17,7 (266)	13,1-22,3	1/2,4 (42)	-2,2- -6,9	<b>0,01</b>
Toitumine ja soola tarbimine	160/59,3 (270)	53,4-65,1	17/39,5 (43)	24,9-54,1	<b>0,02</b>
Kehaline aktiivsus	124/46,4 (267)	40,5-52,4	11/26,2 (42)	12,9-39,5	<b>0,01</b>
Kehakaal	96/35,9 (267)	30,2-41,7	7/16,7 (42)	5,3-27,9	<b>0,01</b>
Suitsetamine	51/19,3 (264)	14,6-24,1	5/11,9 (42)	2,1-21,7	0,25

## 8. Ülevaade auditi tulemustest aastatel 2013 ja 2016

Käesoleva auditi tulemusi võrreldi aastal 2011 teostatud ja 2013 avaldatud auditi tulemustega. Tabelis on toodud oluliste parameetrite lõikes võrdlus aastatel 2011 ja 2015.

Tabel 8. Uuritavate tunnuste võrdlus aastatel 2011 ja 2015

Tunnused	Aasta 2011*		Aasta 2015*		p-väärtus
	n=250 n/% (N)	95% UV	n=316 n/% (N)	95% UV	
Perearsti visiitide arv	12,2 (250)	11,4-13,1	3,9 (315)	3,7-4,2	<b>0,000</b>
Pereõe visiitide arv	1,4 (250)	1,2-1,7	1,3 (312)	1,1-1,5	0,3
24h vererõhu monitooring	73/29,2 (250)	23,6-34,8	138/44,2 (312)	38,7-49,7	<b>0,0003</b>
Kodune vererõhupäevik	45/18,4 (244)	13,6-23,3	106/34,5 (307)	29,2-39,8	<b>0,00</b>
Kreatiniin	193/77,2 (250)	71,9-82,4	216/69,4 (311)	64,3-74,6	<b>0,04</b>
Veresuhkur	226/90,4 (250)	86,7-94,1	244/77,7(314)	73,1-82,3	<b>0,0001</b>
EKG	193/77,2(250)	71,9-82,4	165/53,6 (308)	48,0-59,1	<b>0,00</b>
KMI	88/35,9 (250)	29,9-41,9	165/53,1 (311)	47,5-58,6	<b>0,0001</b>
Vööübermõõt	60/42,9 (140)	34,7-51,1	76/24,4 (312)	19,6-29,1	<b>0,0001</b>
Ravimite kõrvaltoimete esinemine hinnatud	23/9,2 (250)	5,6-12,8	95/30,8 (308)	25,7-30	<b>0,00</b>
Prioriteetide arutelu (sh motivatsioon teemaga tegelemiseks)	154/61,6 (250)	55,6-67,6	137/44,1 (311)	38,5-49,6	<b>0,00</b>
Ravisoostumus	139/55,6 (250)	49,4-61,8	129/41,7 (309)	36,2-37,2	<b>0,001</b>
Stressi vähendamine	52/20,8 (250)	15,8-25,8	48/15,6(308)	11,5-19,6	0,11
Kehakaal	62/24,8 (250)	19,4-30,1	103/33,3 (309)	28,1-38,6	<b>0,02</b>
Patsiendi juhendmaterjal	40/16,8 (238)	12,1-21,6	31/9,9 (312)	6,6-13,2	<b>0,01</b>

Analüüsist selgus, et võrreldes 2011. aastaga sagenenud nii 24-tunni vererõhu jälgimine kui ka koduse vererõhu jälgimine kõrgvererõhktõve esmasel diagnoosimisel. Aastal 2015 oli rohkem hinnatud ravimite kõrvaltoimet ja tervisekaartidesse oli enam märgitud patsientide kehakaal. Oluliselt vähem oli 2015 aastal märgitud ravidokumentides esmaseid uuringuid.

## 9. Järeldused

Kõrgvererõhktõve diagnoosimisel on asjakohane lähtuda ravijuhendi soovitustest- kasutada haiguse diagnoosimisel vastuvõtul mõõdetud vererõhu asemel ööpäevaringset vererõhu jälgimist või patsiendi kodust vererõhu mõõtmist. Täpsustavaid diagnoosimeetodeid ei ole vaja kasutada, kui patsiendil on 3. astme hüpertensioon ning organkahjustuse tunnused.

Võrreldes 2011. aastaga on auditeerimise tulemustega täiendavate diagnoosimeetodite kasutamine muutunud oluliselt sagedamaks, kuid vererõhu hindamine on tegemata viiendikul patsientides, kellel oleks see näidustatud.

Kardiovaskulaarhaiguste riski hindamiseks ja ravi planeerimiseks on oluline teada patsiendi pärilikku eelsoodumust, toitumis- ja liikumisharjumisi, suitsetamist ja soolatarbimist, kuid nende teemade käsitlemine tervisekaardis ei ole süstemaatiline ja järjepidev. Info on olemas ligikaudu poolte patsientide kohta.

Uuringud ja analüüsid on vajalikud kardiovaskulaarhaiguste riski hindamiseks ja ravi planeerimiseks. 2015-2016 aastal on analüüside ja uuringute tegemise sagedus oluliselt langenud võrreldes 2011. aastal läbiviidud auditi tulemustega.

Paranenud on patsiendile soovitude jagamine koduse vererõhu mõõtmise, selle õpetamise ja tulemuste märkimise kohta vererõhupäevikusse.

Kuigi ravijuhend soovib esmavalikupreparaatidest määrata patsiendile AKE või KKB, siis näitab valimi patsientidele väljakirjutatud retseptide analüüs, et eelistatakse pigem BB.

## 10. Soovitused

### 10.1 Tervishoiuteenuste osutajatele

- Tevisekaartidesse kvaliteetseks dokumenteerimiseks soovitatakse kasutada standardkirjeid.
- Õdede suurem kaasamine võimaldaks tervisekäitumise osas enam nõustada ning riskifaktoreid kaardistada.
- Meeskonnatöö tõhustamise võimaluste õppimine – meeskonnatöö koolituste või eneseanalüüsi abil.
- Ravi eesmärkide saavutamiseks on vajalik tulemuste hindamine.

### 10.2 Eesti Perearstide Seltsile ja Eesti Haigekassale

- Soodustada esmatasandi tervishoiu rahastamise kaudu meeskonnatöö tõhustamise võimalusi.
- Perearstid ja õed vajavad enam patsientidele mõeldud jaotusmaterjale paberkandjal (vererõhupäevik, patsiendijuhend).
- Kvaliteedisüsteemi indikaatorite täiendav analüüs.

### 10.3 Sotsiaalministeeriumile, Haiglate Liidule

- Tagada järelvalve digitaalse dokumenteerimise üle, sh TIS-i saamise üle.

## 11. Kasutatud kirjandus

1. Eesti Ravijuhend „Täiskasvanute kõrgvererõhktõve käsitus esmatasandil“

<https://www.ravijuhend.ee/tervishoiuvarav/juhendid/15/taiskasvanute-korgvererohktove-kasitus-esmatasandil>



## **Lisa 1. Tagasisideürituse arutelu**

### **„Täiskasvanute kõrgvererõhktõve käsitus esmatasandil“ tagasisideürituse arutelu toimus 6. detsembril Tartus.**

Päevakava:

14.30-15.00 kogunemine

15.00-15.20 ülevaade auditi protsessist, Pille Lõmps

15.20-16.20 ülevaade auditi tulemustest, järeldused, soovitusel, auditi juht Anneli Rätsep ja kaasjuht Ruth Kalda

16.20-16.50 kohvipaus

16.50-17.20 grupitöö

17.20-17.45 arutelu

### **Grupitöö käigus esitasid auditi juht Anneli Rätsep ja kaasjuht Ruth Kalda järgnevad küsimused:**

1. Mis on kõige suuremad kitsaskohad, probleemid mida nad täna tunnetavad hüpertooniatõvega patsientide korrektsel käsitlemisel?
2. Millised on võimalikud lahendused, et neid kitsaskohti ennetada või ka ületada?
3. Ettepanekud kolleegile, haigekassale, sotsiaalministeeriumile

Järgnevalt on toodud kokkuvõtte vastustest:

1. Mis on kõige suuremad kitsaskohad, probleemid mida perearstid täna tunnetavad hüpertooniatõvega patsientide korrektsel käsitlemisel?

Tagasisideüritusel osalenud perearstid nimetasid hüpertooniatõvega patsiendi korrektse käsitlemise ühe (peamise) probleemina ajapuuduse – 20 minutilise visiidi jooksul ei jõua arst konsulteerida patsienti ja kajastada sissekandes kõiki käsitletud teemasid. Samuti pöörduvad patsiendid perearsti visiidile mitme probleemiga korraga, mis vajavad tähelepanu ning samuti dokumenteerimist. Lisaks toodi ühe probleemina välja ka nimistu suurus.

Hüpertooniahaige eduka ravi oluline osa on ka patsiendi valmisolek muuta oma elustiili, dieedi-eelistusi ning valmisolek kinni pidada raviskeemist. Hoolimata perearsti ja/või -õe nõustamisest esineb siiski madala ravisoostumusega patsiente, kes ei ole nõus uuringutega, ei tule visiidile ning ei võta ka ravimeid.

Ühe kitsaskohana hüpertooniatõvega patsiendi korrektsel käsitlemisel tõid tagasisideüritusel osalenud perearstid välja ka uuringufondist tulenevad piirangud – rahanappuse tõttu ei ole võimalik aasta lõpus vajalike uuringuid tellida.

2. Millised on võimalikud lahendused, et neid kitsaskohti ennetada või ka ületada?  
Lahenduseks ajapuuduse probleemile toodi välja/pakuti/nähti 2 pereõde olemasolu või kliiniline assistent, kes aitaks andmeid koguda (näiteks ankeet, mille patsient täidab enne arsti visiiti). Lihtsustamiseks pereõde tööd võiks olla perearsti programmis etteantud loend (nt suitsetamine, kehaline aktiivsus, toitumine ja soola tarbimine), kus pereõde teeb linnukese teema juurde, millest on patsiendiga vestelnud.

Kui patsiendile on tehtud bariaatriline operatsiooni, mille järel on kehakaal langenud ning vererõhu väärtused normaliseerunud, siis puudub vajadus hüpertensiivseid ravimeid välja

kirjutada. Patsiendile on aga siiski hüpertensiooni diagnoos välja pandud. Arutelu käigus tehtud ettepanek uueks koodiks: paranenud hüpertensioonihaike.

Soovitustena haigekassale toodi välja vajadus lisakoodi järele sarnaselt JSV-le, mida märkida madala ravisoostumusega patsientide raviarvele. Samuti toodi välja suurem vajadus patsiendi materjalide ja vererõhupäevikute järele, mida visiidil jagada.

Perearsti programmi arenduste/IT arenduste osas nähakse vajadust ravimilehe järgi, kus oleks välja toodud kõik ravimid, mida patsient tarvitab võimaldamaks perearstil seeläbi hinnata nii võimalike kõrvaltoimeid kui erinevate ravimite toimeainete sobimatust. Olulise arendusvajadusena tuuakse välja ka elektrooniline riskitabel ja otsusetugi.

### 3. Ettepanekud kolleegile, haigekassale, sotsiaalministeeriumile

Tagasisideüritusel osalenud perearstidel paluti välja tuua ettepanekud kolleegile, haigekassale ja sotsiaalministeeriumile.

Kolleegile:

- Säasta ennast, jaga tööd – meeskonnatöö tõhustamine
- Kaasa hüpertooniahaige pereliikmed raviprotsessi

Haigekassale:

- Rohkem patsiendijuhendeid paber kandjal – RR päevik
- Vaadata üle nõuded (perearstikvaliteedisüsteemi indikaatorid)
- Assistenti rahastamine, kui 2. pereõde ei ole võtta
- Lisakoodid uuringutest, visiitidest ja ravist keeldujatele
- Lisakood kui vererõhu väärtused on madalad ja ravi enam ei vaja
- Hõlmatuse kriteeriumite alla võiksid kuuluda ka keelduvad patsiendid

Sotsiaalministeeriumile:

- Survestada IT programmide arendajaid

IT-arendajale:

- IT-lahenduste arendamine – hüpertoonia patsiendile dünaamika jälgimisleht sarnaselt imiku või diabeedihaige jälgimislehele.