

Kokkuvõte
“Perearsti uuringufondi kasutamine”

Auditist

Vastavalt Eesti Perearstide Seltsi ja haigekassa kokkuleppele ning selleks moodustatud töörühmas kokku lepitud kriteeriumitele, viis haigekassa 2008. aastal läbi päringud ja teostas analüüsi perearstide uuringufondi kasutuse osas aastail 2005-2007.

Teostatud analüüsi tulemusel ei selgunud ühtegi kindlat karakteristikut, nagu keskmisest suurem laste, vanurite või krooniliste haigete hulk nimistus, nimistu asukoht linnas või maapiirkonnas vmt, uuringufondiga mittetoimetulemiseks. Võis vaid tõdeda, et uuringufondi täitmine sõltub perearsti harjumustest ja uuringufondi täitmist on võimalik perearstil endal juhtida. Tulemused kinnitasid vaid seda, et sarnaselt teiste riikidega tarbivad ka Eestis suurlinnade inimesed rohkem tervishoiuteenuseid kui maal elavad inimesed.

Analüüsi arutelul koos EPS ja TÜ Perearstiteaduse Õppetooli esindajatega leiti, et vajalik oleks analüüsida väljatoodud numbriliste näitajate taga olevaid sisulisi põhjuseid.

Eeltoodust lähtuvalt tegi haigekassa ettepaneku Eesti Perearstide Seltsile viia 2009. aastal läbi kliiniline audit, mille eesmärgiks on välja selgitada perearstidepoolse uuringufondi kas pideva väga kõrge või vastupidi pideva väga madala täitmise sisulised põhjused.

Auditi “Perearsti uuringufondi kasutamine” viisid 2009 aasta sügisel läbi Eesti Perearstide Seltsi poolt määratud eksperdid.

1. Auditi eesmärk

Auditi eesmärgiks oli analüüsida perearsti uuringufondi Eesti keskmisest oluliselt suurema kasutamise põhjendatust. Uuringufondi keskmiselt täitvateks lepingupartneriteks loetakse need, kel uuringufondi rahalise ressursi kasutamine on 51-95% ulatuses.

2. Auditi valim ja meetod

Auditi valimi moodustamise aluseks oli perearsti uuringufondi kasutamine 2008. aastal. Valimisse võeti ainult nende lepingupartnerite ravijuhtusid, kelle uuringufondi täitmine oli ületamisele lähedal, s.t. uuringufondi täitmine oli 96% ja enam.

Valim koostati kahes osas: esimese osa moodustasid lepingupartnerid, kes olid teinud teistest lepingupartneritest enam järgmisi uuringuid:

- radioloogilised uuringud koodidega:
 - ✓ 6067 - rindkere röntgenülesvõte
 - ✓ 6064 - rinna- ja nimmelülide ülesvõte
 - ✓ 6112 - luutiheduse uuring
- kliinilise keemia uuringud koodidega:
 - ✓ 66106 - ALT, AST
 - ✓ 66102 - kreatiniin, urea, kusihape
 - ✓ 66112 - C-reaktiivne valk
 - ✓ 66105 - kolesterooli fraktsioonid

- ✓ 66104 - kolesterool
- ✓ 66111 - AOS

Teise osa moodustasid lepingupartnerid, kelle uuringufondi kasutamine oli üle keskmise, kuid kes ei olnud auditeeritaval perioodil tellinud:

- endoskoopilisi uuringuid (kood 7551 (ösofagogastroduodenoskoopia), samas olid patsientide põhidiagnoosideks K25, K28, K29, K30, ehk nende diagnooside puhul oleks gastroskoopia tegemine diagnoosi panemise eelduseks;
- funktsionaaldiagnostilisi uuringuid (kood 6301 (spirograafia), samas oli patsiendil põhidiagnoosiks määratud J45, mille puhul samuti eeldaks, et uuring oleks tehtud.

Auditeeritavaks perioodiks olid aastad 2007-2008. Kui tervisekaardis olid andmed kättesaadavad, hinnati täiendavalt ka analüüside ja uuringute põhjendatust aastatel 2005-2006 ja 2009.

Valimi kogusuuruseks oli 400 ravijuhtu 34 lepingupartnerilt, igalt lepingupartnerilt valiti valimisse vähemalt 5 ravijuhtu.

3. Lühikokkuvõtte auditi tulemustest (väljavõtte auditist)

Auditeerimisel tugineti perearsti kvaliteedisüsteemis kehtestatud nõuetele ning järgnevatele juhenditele:

- rindkere röntgenülesvõtte (kood 6067): Eesti Haigekassa poolt tunnustatud ravijuhis „Sagedasemate haiglaväliste infektsioonhaiguste ravi ja diagnostika algoritmid perearstidele“;
- luutiheduse uuring (6112): „Osteoporoosi ravijuhend“;
- kreatiniin, kolesterool fraktsioonidega (66102, 66104, 66105): „Perearsti kvaliteedisüsteem“ üldarstiabi lepingu lisa nr.9/2009 „Haigusi ennetava ja krooniliste haigete jälgimise tulemusliku töö ja erialase lisapädevuse eest makstavate lisatasude rakendusjuhise“. Rakendusjuhises kasutatud krooniliste haigete jälgimise indikaatorid põhinevad „Eesti 2.tüüpi diabeedi ravijuhendil“ ning 2007 aasta Euroopa hüpertensioonijuhendil;
- ösofagogastroduodenoskoopiline uuring (kood 7551) „Peptilise haavandi ravijuhis“.

Auditeerijad jõudsid järgmistele tulemustele:

- Valmisse sattunud ravijuhtudest on küllalt suur osa tõsiste krooniliste haigustega patsientide ravijuhud, kelle puhul keskmisest suurem uuringufondi kasutamine on sageli põhjendatud.
- Paljud (rohkem kui 2/3) valimis olnud lepingupartnerid täidavad tervisekaarte käsitsi hoolimata asjaolust, et perearsti kulumudelisse on IT kulu sisse arvestatud alates 2003. aastast. Käsitsi täidetud kaartide korral on üsna tavaline, et raske on siduda määratud analüüse ja uuringuid sissekannetega tervisekaardis. Mõnikord ei esine kaardis analüüsi määramise ajal või määramise lähedasel ajal ühtegi konkreetset sissekannet. Kui kaart on täidetud käsitsi, siis üldjuhul ei ole selles ka märget esmasest või korduvast diagnoosist, samuti ei kasutata käsitsi tehtud sissekannete puhul RHK koode.
- Üldiselt võib öelda, et sissekanded on pigem väga lakoonilised. Sageli ei selgu sissekandest uuringu või analüüsi näidustus. On näha, et teatud perearstikeskustel on

harjumus analüüse määrata kindla rutiini järgi, lahti mõtestamata analüüsides või uuringute tegelik panus haiguse edasisel kureerimisel.

- Radioloogiliste uuringute saatekirjadel puudub enamasti saatediagnoos, mistõttu oli auditeerijatel raske hinnata põhjust, miks patsient on antud uuringule saadetud. Tihti puudub selge viide uuringu määramise põhjusele ka tervisekaardi sissekandes.
- Kuigi antud auditi eesmärgiks ei olnud hinnata uuringufondi kasutatuse osas suurte liigete röntgenülesvõtete ja sonograafiliste uuringute põhjendatust, kujunes auditeerijatel töö käigus mulje, et nimetatud uuringuid on tellitud ebaotstarbekalt sageli. Selliseks uuringuks on näiteks kõhukoopa ultraheli uuring patsiendil, kel esinevad ülakõhuvaevused ja kellel on mitmete aastate vältel diagnoosiks pandud K29 (gastriit või duodeniit) või isegi K26 (kaksteistsõrmiksoole haavandtõbi), samal ajal aga ei ole korraldatud gastroskoopiat. Või näiteks polüartroosiga ja suurte liigete artroosiga patsientidele iga-aastaselt radioloogilise uuringu kordusmääramine ilma, et selle järel oleks muudetud midagi patsiendi ravis.
- Märkimist vääriv on diagnooside väärkasutus. Enim on väärkasutust leidnud diagnoosid K29.9 (Täpsustamata gastroduodeniit), mida kasutatakse väga erinevate kõhuvalu sündroomide korral ning K30 (düspepsia), mida kasutatakse sageli ka ägeda sooleinfektsiooni korral. Ravidokumentidest on aru saada, et K30 diagnoosi kasutatakse sageli põhjusel, kus patsient on sunnitud teatud terviseprobleemide tõttu tarvitama pikaajaliselt NSAIDe. Ennetamiseks seedetraktipoolseid tüsistusi on arstil põhjendatud vajadus määrata kaasuvaks raviks prootonpumba inhibiitoreid või histamiin₂-blokaatoreid ja retseptile ning raviarvele kirjutada ka põhjenduseks diagnoosi kood. Kui patsiendil ei esine seedetrakti haavandit, aga on ebamugavustunne või teatud vaevused, ongi K30 kõige sagedamini kasutatav diagnoosikood. Selline tava on üldlevinud ning uurijate arvates ka aktsepteeritav, samas võiks kaaluda, kas ka Eestis oleks otstarbekas kasutusele võtta mitmetes teistes riikides esmatasandi meditsiinis kasutusel olev ICPC (*International Classification of Primary Care*) diagnoosikoodide süsteem.
- Sageli suunatakse eriarstide konsultatsioonile patsiente, kelle tervise seisund ei eelda eriarstlikku konsultatsiooni ning kelle jälgimine ja ravi peaks olema eelkõige perearsti pädevus ja töö. Eriarstlik konsultatsioon peaks aset leidma komplitseeritumate haigusjuhtude korral, mitte rutiinse praktikana kõrgvererõhktõve, alaseljavalu jms haigusseisundite korral.
- Sageli puudub süstemaatilisus hüpertoonia- ja diabeedihaigete seisundi ja tüsistuste tekkimise jälgimiseks tehtavate analüüsides määramisel. Arstide käitumine võib varieeruda analüüsides mittetegemisest kuni selleni, et analüüse tehakse liialt sageli. Seda esineb ka ühe perearstikeskuse piires. Sagedamini esinevad käitumismudelid:
 - analüüse pole tehtud mitme aasta jooksul kordagi, kuigi patsiendid on arsti juures mitmeid kordi käinud;
 - tehakse analüüse, kuid mitte kõiki, mida soovivad ravijuhendid. Analüüsides valik on juhuslik, ei ole hinnatud kõiki võimalikke tüsistusi või kardiovaskulaarseid riskitegureid;
 - analüüse korratakse aasta jooksul mitmeid kordi, kuigi kõik analüüsid on normiväärtustes;
 - analüüse tehakse korduvalt lühikese aja vältel, analüüsid on normist hälbivad, kuid puuduvad tegevused, mis võiksid analüüsi tulemusi muuta ning seeläbi isiku kardiovaskulaarset riski vähendada (elustiili nõustamine, spetsiifiline

medikamentoosne ravi). Eelnev puudutab peamiselt düslipideemiate käsitlemist. Võimalik, et elustiilinõustamist ka tehakse, samas ei kajasta seda aga sissekanded.

4. Tagasiside auditeeritutele

Eesti Haigekassa saatis kõigile auditeeritud lepingupartneritele auditi kokkuvõtte ja konkreetselt neid puudutavad tulemused. Tervishoiuteenuste osutajatelt oodati auditi tulemuste omapoolset analüüsi ja ettepanekuid, kas ja kuidas auditis toodud probleemseid situatsioone oleks võimalik nende seisukohast parendada. Oma seisukohad edastasid kaks auditeeritud lepingupartnerit.

Auditi tulemusi tutvustati haigekassa neljas piirkondlikus osakonnas kõigile üldarstiabi lepingupartneritele. Tagasisideüritused toimusid 23.03 Tartus, 31.03 Tallinnas, 08.04 Pärnus, 12.04 Kohtla-Järvel. Kutsed üritusele saadeti välja kõigile 474 üldarstiabi lepingupartnerile, osalejaid oli 148 perearstikeskusest.

Arutelul esitatud kommentaarid ja mõtted:

- Mitmeid uuringuid teostatakse patsiendi AEK-i saatmisel või AEK-i arstide palvel haldusotsuse põhjendamiseks, kuigi otsest meditsiinilist vajadust uuringu teostamiseks ei ole.
- Mitmeid uuringuid teostatakse ainult punktide teenimiseks kvaliteedisüsteemis.
- Perearstikeskustes ja eriarstiabi osutajate poolt kasutatavad IT-süsteemid ei kattu, mistõttu ei ole paljudes piirkondades võimalik eriarstiabis tehtavate uuringute vastuseid IT-süsteemide kaudu saada. Kuna patsiendid ei naase alati perearsti juurde, jäävad mitmete uuringute vastused perearstidele teadmata.
- Esineb erinevat suhtumist paberkaardil ja digitaalselt peetava tervisekaardi osas, auditeerijad pooldavad elektroonilist tervisekaarti kui ülevaatlikumat, samas osad perearstid leiavad, et paberkaart on kiiremini käsitletavam. Digitaalsele tervisekaardile üleminek võtab aega ja nõuab harjumist.

5. Ettepanekud

Käesolevate ettepanekute aluseks on auditeerijate ettepanekud auditi aruandest, auditeeritud asutuste kirjalik või suuline tagasiside ning auditi tagasisidearuandel tehtud ettepanekud osutatava tervishoiuteenuse kvaliteedi parendamiseks.

Ettepanek TÜ Arstiteaduskonna Peremeditsiini õppetoolile ja TÜ Arstiteaduskonna Täienduskeskusele

- 1) Pöörata perearstide täiendkoolituste käigus tähelepanu auditis esitatud puuduste käsitlemisele, sh sagedamini määratavate analüüside otstarbekusele ja analüüside tõlgendamisele.

Ettepanekud Eesti Perearstide Seltsile

- 1) Perearstide seas viia läbi laiemat selgitustööd sissekannete korrektse tegemise tähendusest ja vajalikkusest ning kaaluda võimalust integreerida elektrooniliselt

peetav tervisekaart koostöös haigekassaga ka perearstide kvaliteedisüsteemi ühe näitajana.

- 2) Pöörata perearstidele suunatud koolitustel enam tähelepanu uuringute saatekirjade korrektsele vormistamisele.
- 3) kvaliteedi arendamise käigus viia sisse „peer review“d
- 4) Töötada välja alaseljavalu ja artroosi käsitlemise juhendmaterjalid.
- 5) Suurendada perearstidele suunatud koolitustes sagedamini määratavate analüüside otstarbekuse ja analüüside tõlgendamise osa.

Ettepanekud perearstidele (tervishoiuteenuse osutajale)

- 1) Kaaluda enne iga uuringu teostamist selle otstarbekust ja vajalikkust kliinilisest aspektist lähtuvalt ja vältida uuringute dubleerimist.
- 2) Eriarsti konsultatsioonile suunata vaid meditsiinilise põhjendatuse olemasolul ja komplitseeritumaid juhte, mis tõesti vajavaid eriarsti hinnangut.
- 3) Pöörata igapäevaselt tähelepanu tervisekaartide sissekannete ja saatekirjade nõuetekohasele ja korrektsele vormistamisele.
- 4) Täiendkoolitada end vastavalt auditis esitatud kitsaskohtadele.

Ettepanekud Sotsiaalministeeriumile

- 1) Kaaluda EPS audiitorite ettepanekut esmatasandil kasutusele võtta ICPC (International Classification of Primary Care) diagnoosikoodide süsteem.
- 2) Vastavalt Vabariigi Valitsuse 14.08.2008 määrusele nr 131 on perearstidel kohustus saata alates 01.01.2009 Tervise Infosüsteemi ambulatoorset epikriisi. TIS täidab olulist rolli tervisealaste sissekannete kvaliteedi parandajana. Määruse nimetatud sätte täitmise üle teha regulaarset järelevalvet koos tagasiside andmisega nii perearstidele kui ka haigekassale.
- 3) Kiirendada koostöös Eesti Perearstide Seltsiga saatekirjade süsteemi reformi.
- 4) Muuta sotsiaalministri 23. septembri 2008.a määruses nr 57 sätet, mis kohustab arste tegema uuringuid haigekassa vahendite arvelt AEK tarvis, ilma et uuringuteks oleks olnud meditsiiniline vajadus.

Ettepanekud haigekassale

- 1) Tõhustada kontrolli ravidokumentatsiooni tehtavate kannete vormi ja sisu üle.
- 2) Tõhustada järelkontrolli patsientide eriarstiabi süsteemi suunamise põhjendatuse üle.
- 3) Informeerida Sotsiaalkindlustusametit AEK-ide poolt perearstidelt uuringute tegemise nõudmist ainult AEK dokumentide täitmiseks ja haldusotsuse vormistamiseks.
- 4) Edastada auditi aruanne TÜ Arstiteaduskonna Täiendkeskusele.

Nimetatud ettepanekute rakendumise jälgimiseks haigekassa:

- 1) Vaatab tehtud ettepanekute rakendumise üle 2011. aasta I poolaastal pöördudes vajadusel asjaomaste institutsioonide poole.
- 2) Jätkab alustatud teemat nn uuringufondi alatäitjate auditeerimisega 2010. aastal – veendumaks, kas patsiendid ei jää uurimata ja kroonilised haiged jälgimata neil perearstidel, kes kasutavad oma uuringufondi keskmisest vähem. Ülesandepüstitus on oluliselt keerulisem, kui seda oli nn ületajate auditi puhul, kuid teostatav..