



UURINGU RAPORT

PEREARSTIPRAKSISTE FUNKTSIONAALSED KORRALDUSMUDELID TALLINNAS JA HARJUMAAL

VASTUTAV ASUTUS :

SA Poliitikauuringute Keskus PRAXIS Estonia pst 5a, Tallinn, Tel: 640-9007, E-mail : praxis@praxis.ee

Gerli Paat

Ain Aaviksoo

Taavi Lai

SISUKORD

Sissejuhatus.....	3
1. Taust.....	5
1.1. Esmatasand kui selline ja miks sellega on vaja tegeleda	5
1.2. Kavandatud muutused Eesti esmatasandi tervishoiu korraldamises.....	5
1.3. Rahvusvaheline kogemus ja trendid.....	7
2. Uuringud	9
2.1. Valimi moodustamine, ankeetide saatmine ja vastuste laekumine	9
2.2. Perearstide uuring	14
2.2.1. Vastanute üldine iseloomustus.....	14
2.2.2. Perearstipraksiste funktsionaalsed mudelid.....	15
2.2.3. Perearstide ja perearstipraksiste üldtunnused lähtuvalt grupist.....	21
2.2.4. Tulemustasu	25
2.2.5. Praksise juhtimine	26
2.2.6. Perearstide rahulolu	27
2.2.7. perearstipraksise töö olulised aspektid.....	29
2.3. Patsientide uuring	31
2.3.2. Vastanute hinnang oma tervisele ja arstiabile.....	32
2.3.3. Perearsti vastuvõtt ja külastamine	35
2.3.4. Patsientide rahulolu perearstipraksiste töö erinevate aspektidega.....	38
2.3.5. Olulised aspektid patsientide jaoks perearstipraksistes	39
Kokkuvõte	41
Kasutatud kirjandus.....	43
LISA 1 Perearstide küsimustik	44
LISA 2 Patsientide küsimustik.....	48

SISSEJUHATUS

Rahvastiku hea tervis on aluseks kogu ühiskonna edukale funktsioneerimisele. Erinevaid haiguseid põdevate inimeste arvu suurenemise ning sellega kaasneva üldise haiguskoormuse tõusu esmased mõjud on kahetised: ühelt poolt väheneb inimeste panus ühiskonna arengusse langenud produktiivsuse ja kaotatud tööpäevade tõttu ning teisalt suurenevad ühiskonna poolt tehtavad kulutused inimeste tervise taastamisele, mis toimub läbi tervishoiusüsteemi. Esmaseks kokkupuutekohaks inimeste ja tervishoiusüsteemi vahel on perearstid ehk esmatasandi tervishoid üldisemalt ning selle tervishoiusüsteemi funktsioneerimisest sõltub suurel määral kui kiiresti haiguste teke avastatakse, kui kiiresti ja efektiivselt alustatakse nende haiguste raviga ja milline on inimeste esmamuljed tervishoiusüsteemist.

Esmatasandi arengukava rõhutab vajadust haiguste ennetuse ja tervishoiu süsteemi tasandite vahelise integratsiooni parandamise järele. Mõlemad on rahvastiku tervise parandamise seisukohast olulised meetmed kuna neist esimese abil on tervise kaotust võimalik osaliselt ära hoida ja teise abil tõhustada siiski avalduvate haiguste ravi läbi raviprotsessi täpsema koordineerimise ja ravi kvaliteedi tagamise. Hetkel on kujunenud olukord, kus elanikkond avaldab otsusetegijatele järjest suurenevat survet „võtta midagi tervishoius ette”. Sellega seoses on ettevalmistamisel mitmeid üsnagi põhimõttelisi muudatusettepanekuid erinevates tervishoiu valdkondades, sh esmatasandil. PRAXISE analüüsi (uuringute sarja) eesmärgiks on pakkuda erinevatele tervishoiu osapooltele tuge poliitikaalternatiivide arutamisel ja otsustamisel, et valikute tegemisel ja elluviimisel oleks selged eesmärgid, mis oleksid planeeritud muudatustega saavutatavad, optimaalsed kõikide osapoolte jaoks, võimaldavad muudatusi (ja võimalikke kõrvalmõjusid!) jälgida ning vajadusel korrigeerida.

Tervishoiuameti andmetel on 2008. aasta alguse seisuga Eestis kokku 968 perearsti. Tallinna linnas ja Harju maakonnas on kokku orienteeruvalt 135 perearstipraksist. Eesti Haigekassa andmetel on Harjumaal ja Tallinnas kokku 326 perearsti (Harjumaal 68 ja Tallinnas 258), kelle vastutusalasse jäi Statistikaameti 2007. aasta andmetel 522 147 inimest.

Selleks et hinnata perearstide ja patsientide rahulolu perearstipraksiste tööga, oleme läbi viinud uuringute sarja, mis koosneb perearstide ja patsientide uuringust.

Käesoleva uuringu eesmärgiks on:

- Kaardistada perearstipraksised lähtuvalt nende lokaalsest korraldusmudelidest.
- Hinnata perearstide rahulolu nende praksise töö erinevate aspektidega.

- Hinnata patsientide rahulolu perearstiteenusega perearsti keskuse tüübi, asukoha, nimistu suuruse ja korraldust iseloomustavate tegurite ehk korraldusmudelidest lähtudes.
- Tuua välja soovitud muudatusteks või planeeritud muudatuste ümber hindamiseks prima ja ühtlase perearstiabi osutamiseks lähtuvalt perearstiteenuse korraldusmudelite lõikes ilmnenud peamistest erinevustest ning nende põhjustest.

1.TAUST

1.1. ESMATASAND KUI SELLINE JA MIKS SELLEGA ON VAJA TEGELEDA

Maailma Terviseorganisatsioon on defineerinud esmatasandi tervishoidu (*primary health care*) kui esmast konteksti inimestega teostamaks tegevusi, mis parandavad paikkonna tervist (WHO 1998). Esmatasandi tervishoid on olulise tähtsusega tervishoiu valdkond, mis tehakse kättesaadavaks selles ulatuses, mida riik ja ühiskond võivad endale lubada ja meetoditega, mis on praktiliselt ja teaduslikult põhjendatud ning tervishoiupoliitiliselt ja sotsiaalselt aktsepteeritavad (Esmatasandi tervishoiu arengukava 2007-2015).

Eesti esmatasandi arstiabi korraldamisel on olnud kindel printsiip: esmatasandi arstiabi osutavad perearstid – kvalifitseeritud eriarstid. Praeguseks väljakujunenud esmatasandi arstiabisüsteemis on perearst füüsilisest isikust ettevõtja ja alates 1998.a. sõlmib Haigekassa perearstidega lepingud. Igal perearstil on oma nimistu, mille kinnitab maavanem. Igal kindlustatul on vaba voli valida endale perearst.

Perearst on isemajandav ettevõtja. Kui perearstinduse algusaastatel oli perearstide seas rohkem füüsilisest isikust ettevõtjaid, siis viimastel aastatel on paljud perearstid ühinenud osaühingutesse (grupeerunud). See võimaldab neil paremini majandada, hoida kokku kulutusi ruumidele ja aparatuurile, samuti teatud spetsialiseerumist (nt pediaatriale), ning palgata raamatupidaja vms.

1.2. KAVANDATUD MUUTUSED EESTI ESMATASANDI TERVISHOIU KORRALDAMISES

Sotsiaalministeerium on välja töötanud esmatasandi tervishoiu arengukava aastateks 2007-2015, mille üldiseks strateegiliseks eesmärgiks on ühiskonna ootustele ja vajadustele vastav esmatasandi tervishoid. Arengukava üldeesmärkideks on tervishoiu õiglane ja hea kättesaadavus, kvaliteet ning efektiivsus. Üldisteks tegevussuundadeks on korraldus, rahastamine, personal ja infrastruktuur (sh eeldavad muudatused omakorda muudatusi ka õigusaktides).

Esimeseks eesmärgiks on et esmatasandi teenused oleksid kõigile võrdselt **kättesaadavad**. Selle eesmärgi saavutamiseks on välja töötatud järgmised meetmed:

- 1) Luuakse võrgustik tihedas koostöös toimiva perearstisüsteemiga kuhu lülitatakse ka vajalike esmatasandi teenuste pakett;

- 2) Luuakse tõmbekeskuseid arvestav esmatasandi põhiteenuseid osutavate tervisekeskuste võrgustiku mudel ja rakenduskava
- 3) Tagatakse kõigile ravikindlustamata isikutele üldarstiabi kättesaadavus ja rahastamine
- 4) Pikendatakse perearstiabi kättesaadavuse aega öhtusel ajal ja puhkepäevadel tõmbekeskustes asuvates tervisekeskustes;
- 5) Rakendatakse esmatasandi võrgustikku kuuluvate teenuste rahastamise süsteemi, mis motiveerib töötamist territoriaalsetel äärealadel, tagades seega ühtlase geograafilise kättesaadavuse;
- 6) Töötatakse välja mittekorralise transporditeenuse rahastamise ja korraldamise süsteemi.

Teiseks eesmärgiks on et esmatasandil osutatavad teenused tagaksid vajadustest lähtuvate esmatasandi põhifunktsioonide **kvaliteetse** täitmise. Selle eesmärgi meetmed on järgmised:

- 7) Iga-aastase koolitustellimuse koostamisel lähtutakse esmatasandi personali vajaduse prognoosist;
- 8) Arendatakse esmatasandi meeskonna spetsialistide professionaalse pädevuse elukestvat õpet;
- 9) Hinnatakse regulaarselt esmatasandi meeskonna spetsialistide pädevust;
- 10) Teadvustatakse perearsti kui suunaja ja koordineerija rolli, süvendatakse ja rakendatakse aktiivset sekkumist motiveeriva ja mittevajalikke edasisuunamisi vähendava rahastamise süsteemi täiustamisele;
- 11) Erialaseltside poolt koostatakse kaasaegsed vajalikud ravijuhised esmatasandil sagedamini esinevate haigusseisundite diagnoosimiseks, raviks ja jälgimiseks;
- 12) Tagatakse klienditeeninduse standardite rakendamine esmatasandi meeskonna poolt;
- 13) Esmatasandi võrgustiku infrastruktuuri, töövahendite ja ruuminõuete kaasajastatud standardite väljatöötamine;
- 14) Jätkatakse tulemustasu süsteemi rakendamist esmatasandi rahastamisel motiveerimaks haiguste varast avastamist riskigruppides, krooniliste haigete jälgimist tüsistuste tekke ennetamiseks ning terviseedendamiseks ja haiguste ennetamiseks.

Kolmandaks eesmärgiks on et esmatasandi **ressursside** (raha, inimressursi, seadmete, infrastruktuuri) kasutamine toimuks ratsionaalselt ja efektiivselt ning et see toetaks kogu tervishoiusüsteemi tõhusat toimimist. Selle eesmärgi meetmed:

- 15) Töötatakse välja ja rakendatakse esmatasandi teenuste kulupõhise ja jätkusuutliku rahastamise mehhanism;
- 16) Tagatakse esmatasandi meeskonna spetsialistide töökoormus ja puhkuse optimaalne tasakaal;
- 17) Esmatasandi teenuseid rahastatakse jätkusuutlikkust tagavalt ja vajadusest lähtuvalt suurendades mahtu järk-järgult vajaduse katmiseni aastaks 2015. Esmatasandi põhiteenuste rahastamisel rakendatakse põhimõtet säilitada nende teenuste osas omaosalus minimaalsena;
- 18) Täiendatakse esmatasandi tervishoiu senist juhtimist, järelvalvet ja korraldamise süsteemi;
- 19) Jätkatakse esmatasandi rahastamise süsteemi rakendamist motiveerimaks esmatasandi meeskonnas õendusala töötajate senisest aktiivsemat kaasamist;
- 20) Rakendatakse infotehnoloogia uusi lahendusi;
- 21) Tõstetakse inimeste terviseteadlikust läbi teavitustöö ja motiveerimise;
- 22) Kokkulepitud nõuetele ja standarditele vastavate esmatasandi tervishoiu keskuste infrastruktuuri võrgustiku väljaarendamisele kaasatakse riik, KOV ja erinevate osapoolte investeeringud;
- 23) Infrastruktuuri olemasolu tagatakse riigi ja KOV vaheliste vastavate kokkulepetega.

1.3. RAHVUSVAHELINE KOGEMUS JA TRENDID

Esmatasandi tervishoiu osutamine on suunatud inimesele ja temaga seotud kontekstile. Samuti peab esmatasandi osutamine olema järjepidev ja laiahaardeline - ravi koos rehabilitatsiooni, ennetuse, etenduse ja koolitusega ("Primary health care on driving seat").

Nii nagu Eestiski, on ka Euroopa esmatasandi tervishoiu eesmärgiks tagada ilma suunamiseta igale kodus elavale isikule kättesaadav üldarstiabi. Riikide lõikes on Euroopas esmatasandi tervishoiusüsteemis mitmeid erinevaid praktikaid. Üldiseks kontseptsiooniks Euroopa esmatasandis on et esmatasandi tervishoiu kättesaadavus peab olema üldine – kõikidele vanuserühmadele ja nii meestele kui ka naistele. Kuigi esmatasandi tervishoid definitsioonina võib riikide vahel olla erinevalt sõnastatud, sisaldavad enamused definitsioone siiski järgnevat aspekte: kättesaadavus, kvaliteet, koordineerimine ja järjepidevus.

Paljud Euroopa riigid on välja toonud oma esmatasandi tervishoiusüsteemi edukad aspektid. Näiteks Inglismaal on esmatasandi tervishoid kättesaadav kõigile ja seal osutab esmatasandi tervishoiuteenuseid ka palju laiem meeskond, mis vähendab nõudlust kallimale spetsialiseeritud/hospitaliseerimisega ravile vms. Šotimaa esmatasandi tervishoid põhineb tugeval koostööl ja

suurepärasel laial esmatasandi tervishoiuteenust pakkuval meeskonnal. Hispaania on oma tugevuseks välja toonud tugeva tiimitöö esmatasandi tervishoius ja selle, et esmatasandit planeeritakse keskselt poliitiliselt. Taanis on pandud esmatasandi palju vastutust kohalikele omavalitsustele ja linnavalitsustele ja nende vahel valitseb tugev koostöö (sh peavad nad vastutama ennetustöö ja patsientide harimise eest). Prantsusmaa on välja toonud oma tugevuseks hea esmatasandi tervishoiu kättesaadavuse ja teenusepakkujate hea koolituse.

2. UURINGUD

Käesolev uuring koosneb kahest etapist: I etapp on perearstide uuring ja II etapp on patsientide uuring. Esimeses etapis teostati läbilõikeline uuring Tallinna perearstide seas funktsionaalsete korraldusmodelite esinemisest ülevaate saamiseks. Teises etapis viidi uuring läbi Tallinna perearstinimistusse kuuluvate isikute seas, uuritavatel paluti täita perearstiteenustega rahulolu käsitlev ankeet, mille tulemusi analüüsiti lähtuvalt esimeses etapis leitud olulisematest praktilise korraldusmodelitest.

2.1. VALIMI MOODUSTAMINE, ANKEETIDE SAATMINE JA VASTUSTE LAEKUMINE

Perearstide uuring

Valimi moodustamine

Uuringu esimese osa eesmärgiks oli koguda infot kõigi Tallinna ja Harjumaal perearstipraksiste kohta, mida antud piirkonnas oli 2007. a. lõpu seisuga kokku 138 (Tallinnas 95 ja Harjumaal 43). Perearstipraksiseid puudutava info allikateks võivad üldiselt olla näiteks üleriigilised andmebaasid, kohalike omavalitsuste poolt kogutavad ja hallatavad andmestikud ning erinevatele rahvastikurühmadele suunatud küsitlused. Käesolev uuringu planeerimise käigus ja valimi moodustamisel on kasutatud eelkõige kahte esimesena nimetatud andmeallikat. Info Tallinnas ja Harjumaal pärinevate perearstipraksiste arvu ja nimede kohta pärineb Eesti Haigekassa Harju piirkonnast, Tallinna linna koduleheküljelt (<http://www.stamet.ee/index.php?page=18>) ning Tallinna Perearstide Seltsist. Need andmeallikad olid aluseks ka hilisemas uuringu planeerimise järgus koostatud piirkonnas töötavate perearstide nimekirja koostamisel.

Nagu eelpool mainitud, siis esmasteks andmeallikateks olid käesolevas uuringus Eesti Haigekassa Harjumaal osakonnast, Tallinna linna kodulehelt ja Tallinna Perearstide Seltsist pärit andmed praksiste arvu, nimede ja nendes töötavate perearstide kohta. Lisaks eelpool nimetatud andmeallikatele otsustati läbi viia ka ankeetküsitlus kõikide Tallinna ja Harjumaal perearstide seas kuna selline vastajate valik suurendab tõenäosust maksimaalse arvu praksiste kaasamiseks uuringusse ning ühe praktilise kohta mitmete vastuste saamine võimaldab tuvastada mittevastavusi praktilise kohta laekunud andmetes ehk paranevad andmete kvaliteedi kontrolli võimalused. Tulenevalt perearsti igapäevatöö suurest seotusest arvutitega ning suure hulga perearstide kaasatusest Tallinnas

Perearstide Seltsi elektroonilisesse suhtlusesse, otsustati perearstide küsitlemisel piirduda vaid elektroonilise küsimustikuga vastavas küsitluskeskkonnas. Ka uuringukutsed saadeti subjektidele elektroonilisel kujul nende meiliaadressidele.

Küsitlust ette valmistades selgus, et kasutatud andmeallikad ei langenud perearstide arvu, nende töökohtade ja praksises oleva staatuse (pere-, abi- või asendusarst) osas kokku. Samuti ei olnud üheski kasutatud andmeallikas kõikset ülevaadet vastavas andmestikus kajastatud perearstide meiliaadressidest. Käesoleva uuringu jaoks moodustati nõ. maksimaalandmestik, mis koondas endasse kõik unikaalsed kirjed kolmest kasutatud andmeallikast ning kus eraldi märgistati andmestike vahel esinenud vasturääkivused. Moodustunud koondis oli 442 kirjet kokku 431 perearsti (sh abi-ning asendusarstid) ja 138 perearstipraksise kohta.

Uurimismetoodika kirjeldus

Üldine kirjeldus. Kirjeldati perearstiabi osutamise lokaalseid mudeleid (e funktsionaalseid vorme) ning perearstide seas viidi läbi veebiküsitlus välja selgitamiseks erinevates organisatorsetes tüüpides töötavate perearstide arv ning saada iseloomustavaid näitajaid perearstide ja erinevate praksiste kohta.

Andmekogumisprotseduurid. Uuringusubjektidega kontakteerumiseks kasutati Tallinna ja Harjumaal perearstipraksiste loetelu. Esmane kontakt praksistes töötavate perearstidega toimus Tallinna Perearsti Seltsi poolt. Perearstidele tutvustati uuringut ja kutsuti uuringus osalema.

Andmekogumine toimus veebiküsimustiku abil, millega automatiseeriti küsitluse juhtimine ja andmete talletamine. Andmekogumise perioodiks oli kaks nädalat, mille järel saadeti mittevastanuile meeldetuletus või tehti vastavasisuline telefonikõne.

Andmekogumisinstrument. Perearstidele valmistati ette küsimustik veebikeskkonnas. . Küsitluses käsitletavat teemat jagunesid järgmiselt ning täpsem näide küsimustikust on toodud lisa 1:

- Üldandmed (vanus, sugu, emakeel jne)
- Õppimise ning töötamisega seotud küsimused (lõpetatud eriala, perearstina töötamine jne)
- Praksisega seotud küsimused (asukoht, praksises töötavad inimesed, nimistu suurus jne)
- Praksise oluliste aspektide ja rahuloluga seotud küsimused

Vastuste laekumine

Küsitluse eesmärgiks seati vähemalt 50%-ne perearstipraksiste osavõtt uuringust. Kolme kasutatud andmeallika põhjal oli võimalik tuvastada 210 perearsti email, mis võimaldas küsitluse kutsed saata

108 praksisesse. Lisaks sellele oli andmestik 43 praksise kohta olemas praksise üldmeil, millele saadeti samal ajal esmaste personaalsete uuringukutsetega käimasoleva uuringu tutvustused ja uuringus osalemise üleskutse. Üldmeilidele saadetud üleskutse vastusena laekus 3 isikult sooviavaldus uuringus osalemiseks ning vastavatele isikutele avati juurdepääs elektroonilisse küsitluskeskkonda.

Esmane uuringukutse saadeti kokkuvõttes seega 213 perearstile, kes esindasid ligikaudu 81% perearstikeskustest. Korduskutseid saadeti mittevastanutele ligikaudu kahe nädalase intervalliga kokku 4 korda ning viimasest korduskutsest 2 nädalat hiljem kutsuti kontakttelefoni olemasolul selleks hetkeks mittevastanuid uuringus osalema ka telefoni teel. Kokku edastati uuringukutse meeldetuletus telefonitsi 15 perearstile. Kogu küsitlusperioodi pikkuseks kujunes 12 nädalat.

Kokku vastas uuringukutsele 113 perearsti, kes esindasid 76 perearstikeskust. Seega täideti küsitluse esmane eesmärk ning uuringus oli esindatud 67,2% perearstikeskust.

Patsientide uuring

Metoodika

Patsientide seas läbiviidud uuringu peaeesmärgiks oli hinnata nende rahulolu perearsti ja perearstisüsteemiga lähtuvalt perearstipraksise tüübist. Patsientide valim koostati lähtuvalt I uuringu tulemustest. Esimeses osas võttis uuringust osa 113 arsti ja teise osa valimisse võtsime nende osavõtnud arstide patsiendid. Kõigepealt saatsime arstidele maili teel kirja, kus tutvustasime uuringut ja palusime neil teatud kuupäevaks meie poolt antud järjekorranumbri alusel teha väljavõtte patsiendi nime ja aadressiga. Lisaks saatsime kirja veel viiele arstile, kes valiti kontrollgrupiks (arstid kes kevadisest uuringust osa ei võtnud). Nendele arstidele, kes ei reageerinud kirjale (ei olnud otsinud aadresse ega teatanud uuringust mitte osalemisest), saatsime meeldetuletuskirja uue kuupäevaga.

Uuritavate ja nende värbamise täpne kirjeldus

Uuringu objektiks olid üksikisikud ja uuringu üldkogum koosnes Tallinna perearstinimistusse kuuluvatest isikutest. Uuring hõlmas esialgu 980+50 (kontrollgrupp) inimest, kelle valime juhuvalimina johtuvalt perearsti praksiste tüüpidest. St esimese etapi uuringu tulemuste põhjal oli jagatud perearsti praksised kolme gruppi: üksikpraksis, grupipraksis ja polikliiniku tüüpi praksis. Keskmise perearsti nimistu suurus oli 1782 isikut nimistus. Küsitletavad jagasime vastavalt praksiste funktsionaal-korralduslikele mudelitele proportsionaalselt järgmiselt: Grupipraksiste nimistutest plaanisime küsitleda 400 inimest, polikliinikutüüpi praksistest 270 ja üksikpraksisest 310 inimest.

Valimi moodustamisel arvestasime uuringus osalenud perearstide nimistute suurust (perearstide seas läbiviidud küsitluse ja Haigekassa andmete põhjal). Täpsema ülevaate valimi suurusest ja jagunemisest saab tabelist 11.

Uurimismetoodika kirjeldus

Üldine kirjeldus. Küsitlusega uuriti perearstinimistusse kuuluvate isikute rahulolu perearstiteenusega, lähtuvalt uuringu esimeses etapis tuvastatud põhilistest praksise korraldusmodelitest (üksikpraksis, grupipraksis ja polikliiniku tüüpi praksis).

Andmekogumisprotseduurid. Uuringu läbiviijatel oli vaja saada kontakti kindla perearsti nimistusse kuuluvate patsientidega. Valimisse sattunud isikute poole pöördumisel kasutatakse vastava nimistu perearsti ja –õe abi, kes uurijate poolt genereeritud juhusliku järjekorranumbri alusel leiavad isiku koduse postiaadressi ning kannavad selle uurijate (PRAXIS) poolt antud ümbrikele, milles sisaldub kaaskiri ning anonüümne ankeet (ja viide veebiküsimustiku lingile) ja tasutud postimaksuga ümbrik PRAXISE aadressiga. Kaaskirjas oli viide uuringust keeldumise võimalusele, jättes ankeedi täitmata. Valimisse sattunud isikute postiaadressi või muid andmeid ei talletata, edasises analüüsis lähtuti ainult ankeetides sisalduvast ja teadliku nõusoleku teel kogutud andmetest.

Patsientidele täitmiseks mõeldud küsimustik valmistati ette nii paber- kui ka veebiformaadis ning selle täitmisele kuluv aeg piirdus 10 – 15 minutiga. Küsitluses käsitletavat teemat jagunesid järgmiselt ning täpsem näide küsimustikust on toodud lisa 2:

- Rahulolu perearstiga
 - Rahulolu perearstiga (professionaalsus, suhtlemine, abi saamine jne)
 - Rahulolu perearstipraksise töö korraldusega (ooteaeg, kontakti saamine perearsti/õega), praksise külastuse mugavus (arstikabineti asukoht, analüüside, uuringute teostamine).
 - Perearstiga mitterahulolu põhjused (sh perearsti vahetus)
- Lisatunnused
 - Vanus, sugu, viimane külastus, kroonilised haigused jne.

Kokku saadeti kirjad 114 arstile (kes olid osalenud ka uuringu esimeses etapis), kus paluti neil teha väljavõte oma nimistu patsientidest (eelnevalt juhuvalimina koostatud numbrite alusel paluti perearstidel teha väljavõte nimistust patsiendi nime ja aadressi kohta). Kõigepealt saatsime arstidele maili teel kirja, kus tutvustasime uuringut ja palusime neil teatud kuupäevaks teha väljavõte oma nimistu patsientidest järjekorranumbri alusel ning sealt vaadata vastava numbri patsiendi nime ja aadressi. Nendele arstidele, kes ei reageerinud kirjale (ei olnud teinud väljavõtet aadressidest ega teatanud uuringust mitte osalemisest), saatsime meeldetuletuskirja uue kuupäevaga.

Kokku tegid väljavõtte oma nimistust 59 arsti. Patsientide andmete mittesaamise põhjused olid järgmised: dekreet, puhkus, nimistu puudumine, haigusleht ja tahtmatus uuringust osa võtta. Kokku saadeti patsientidele laiali 555 ankeeti. Lähtuvalt arstidest, kes olid nõus oma patsientide andmed andma, jagunesid saadetavad ankeetid järgmiselt: üksikpraksiste arstide nimistusse kuuluvatele patsientidele saadeti 154 ankeeti, grupipraksiste patsientidele 314 ja polikliiniku tüüpi praksiste patsientidele 87 ankeeti. 24 ankeeti tuli tagasi teatega, et inimene ei ela enam sellel aadressil, maja lammutatud vms. Kirja teel laekus tagasi 192 (neist 17 saadeti tagasi täitmata) ankeeti ja interneti teel täideti 23 ankeeti. Kokku analüüsisime 201 ankeedi vastuseid. Järgnevalt on toodud praksiste lõikes ülevaatlik tabel valimi suuruse ja tagasiside kohta.

Tabel 1. Uuritavate patsientide valimi suurus, vastuste laekumine ja PA praksiste suurus

	Üksikpraksis	Grupipraksis	Polikliiniku tüüpi praksis
Esialgne valimi suurus ¹	310	400	270
Tegelik valimi suurus	154 (49,7%)	314 (78,5%)	87 (32,2%)
Tagasisaadud vastused	48 (31,2%)	106 (33,7%)	47 (54%)
Praksiste keskmine nimistu suurus	1741	1798	1819

Andmete analüüs

Kirjeldava analüüsi põhilise meetodina kasutasime sagedustabeleid. Pidevate tunnuste korral on leitud põhilised kirjeldavad statistikud: keskvärtus, mediaan, standardhälve, miinimum, maksimum. Esmasel testimisel kasutati F-statistikut, mis iseloomustab gruppidevahelise varieeruvuse ja grupisisese varieeruvuse (dispersiooni) suhet. F-statistiku puuduseks on see, et ta ei näita millised keskmised on oluliselt erinevad ja millised mitte. Tulemuste analüüsimiseks ja rühmadevaheliste erinevuste kontrolliks kasutati STATA 9 mitteparameetrilist testi (Kruskal-Wallis), kuna uuritavad tunnused ei olnud normaaljaotusega (test on sobiv ka seetõttu, et grupe on rohkem kui kaks). Erinevust, mille puhul $p < 0,05$, hinnati statistiliselt oluliseks. Kruskal-Wallise test kontrollib seose olemasolu pideva ja nominaalse/järjestustunnuse vahel, kusjuures test suudab eelkõige avastada selliseid juhte, kus mõnes grupis uuritava tunnuse väärtused kipuvad olema suuremad kui teises.

Andmeid analüüsiti peamiselt gruppide lõikes. Vastajad on jaotatud kolme gruppi: üksikpraksise, grupipraksise ja polikliiniku tüüpi praksiste gruppi.

¹ Esialgne valim oli võetud arvestusega et kõik 113 perearsti osalevad uuringu teises pooles, tegelik valimi suurus tekkis lähtuvalt perearstidest, kes olid nõus tegema väljavõtte oma nimistu patsientidest

2.2. PEREARSTIDE UURING

2.2.1. VASTANUTE ÜLDINE ISELOOMUSTUS

Uuringust osa võtnud arstide keskmine vanus oli 44 aastat, noorim vastanud perearst oli 25 ja vanim 67 aastane.

Keskmine arstiteaduskonna lõpetamise aasta oli 1988 ning perearstina töö alustamise keskmine aeg oli 2000. aasta. Enamik vastanuid (58%) olid arstiteaduskonna lõpetanud üldarstina, sageduselt järgmisena osutasid arstiteaduskonna sise- ja lastearstina lõpetanuteks. Praeguse töökooha alusel oli 91% vastanutest perearstid ning vaid 9 isikut vastas, et nad töötavad kas abi (3)- või asendusarstina (6). Vaadeldes vastanute vanust töökohtade lõikes, ilmnas asendusarstide madalaim keskmine vanus (30 aastat) järgnevate abiarstidega (keskmine vanus 35 aastat) ning perearstidega (keskmine vanus 46 aastat). Selline vanuseline jaotus on igati ootuspärane kuna oma nimistu saamiseks ning praktilise loomiseks vajalike kogemuste ja võimaluste hankimiseks on töö abi- või asendusarstina igati sobilik.

Vastanute puhul kõige sagedasemaks praktilise juriidiliseks vormiks oli osaühing – koguni 85% vastanutest töötas sellistes praksistes, samas kui füüsilisest isikust ettevõtjana töötas 11% vastanutest ja aktsiaseltsides 4%. Sarnaselt eelmises lõigus kirjeldatule ilmnas taas füüsilisest isikust ettevõtjate ehk üksikpraksises töötavate perearstide kõrgem keskmine vanus võrreldes teiste vastajate rühmadega (53 versus 46 aastat).

Koos praktilise juriidilise vormiga on oluline ka vastanute juriidiline seos praksisega. Kuna kõige sagedamini oli vastajate tööandjaks osaühing, siis on loomulik ka äriühingu osanike suur osakaal (38%) vastanute seas. Suuruselt järgmise grupi moodustavad äriühingute ainuomanikud 28 protsendiga. Lisaks sellele torkab silma, et koguni 23% vastanutest on lepingulised töötajad.

Tabelis 2 on kokkuvõtvalt toodud perearstide poolt üldistele küsimustele vastatud tulemused. Lisaks on toodud eriarstide koguarv Harjumaal (sh Tallinn) ja kogu Eestis. Need andmed on saadud Sotsiaalministeeriumi kodulehelt ja on kajastatud 2006.a. lõpu seisuga. Lisaks on tabelis toodud Registrate ja Infosüsteemide Keskusest saadud andmed selle kohta, kui palju on Harjumaal ja Eestis perearsti teenuse osutamisega seotud äriühingu ainuomanike, osanikke ja FIE-sid. Samuti on äratoodud AS ja OÜ arv.

Tabel 2. Vastuste jagunemine valitud küsimuste puhul koos vastava valiku teinud vastanute keskmise vanuse ja andmed Eesti ning Harjumaa kohta (Allikas: SoM 2006, Äriregister 2008)

	Vastuste arv	Keskmine vanus	Harjumaa ja Tallinn	Eesti
ARSTITEADUSKONNA LÕPETAMISEL SAADUD KUTSE				
Üldarst	66	40,5	243	560
Lastearst	14	48,1	120	241
Muu eriala arst	3	55,3	NA	NA
Naistearst	2	58,0	122	272
Perearst	3	33,0	333	853
Sisearst	24	52,2	46	151
Kokku	112	44,4	2027	4393
STAATUS PRAKSISES				
Abiarst	3	35	NA	NA
Asendusarst	6	30	NA	NA
Perearst	103	46	NA	NA
Kokku	112	44,4		
JURIIDILINE SEOS PRAKSISEGA				
Äriühingu ainuomanik	32	46,6	108	375
Äriühingu osanik	43	43,4	80	141
FIE	12	53,3	19	68
Lepinguline töötaja	26	39,1	NA	NA
Kokku	113	44,4		
PRAKSISE JURIIDILINE VORM				
AS	7	47,6	3	4
FIE	11	53,3	19	87
OÜ	95	43,1	166	422
Kokku	113	44,4		

2.2.2. PEREARSTIPRAKSISTE FUNKTSIONAALSED MUDELID

2.2.2.1. Mudelite moodustamise lähtekohad

Perearstipraksiste tegevuse eesmärgid (mis tulenevad vastavatest seadustest) saavutatakse läbi erinevate teenuste pakkumise ning nende eesmärkide saavutamine sõltub pakutavate teenuste hulgast, nende kättesaadavusest ja sellest, kuidas nende teenuste pakkumine on korraldatud. Käesoleva uuringu eesmärgiks ei ole praksise tegevuse eesmärkide analüüs vaid erinevate teenuse pakkumise viiside kirjeldamine koos patsientide poolse hinnanguga erinevatele korralduslikele variatsioonidele ja teenuste kättesaadavusele nendes. Samuti käsitletakse käesoleva uuringu raames erinevate perearstivastuvõttu puudutavate tegurite olulisust perearstidele ja patsientidele.

Loomulikult on iga perearstipraksis unikaalne nii oma patsientuuri, töökorralduse ja muude suuremal või vähemal määral oluliste tunnuste varieerumise tõttu. Samas võime eeldada, et praksiste töökorralduse põhimõttelist ülesehitust on võimalik kirjeldada piiratud arvu tunnuste variatsiooni kirjeldamisel. Teisisõnu, võime eeldada, et perearstipraksiste funktsionaal-korralduslikud modelid sõltuvad piiratud arvu tunnuste varieeruvusest. Selliste funktsionaal-korralduslike mudelite (e erinevate tüüpide) aluseks olevad tunnused peaksid kirjeldama erinevaid teenuste pakkumise viise ning nende hulka. Praksise töö korraldusest lähtudes oleks teenuste pakkumise viiside juures vajalik kirjeldada nii materiaalse kui ka inimressursside kasutust. Seega peaksid perearstipraksiste funktsionaal-korralduslike mudelite leidmine kokkuvõtlikult lähtuma sellest milliseid teenuseid ja kui suures mahus praksises pakutakse ning kuidas praksiste materiaalseid ning inimressursse nende teenuste pakkumiseks kasutatakse.

2.2.2.2. Perearstipraksiste grupeerimine funktsionaal-korralduslikesse mudelitesse

Eelmises raporti lõigus kirjeldasime lühidalt perearstipraksiste funktsionaal-korralduslike mudelite leidmise põhimõttelisi aluseid. Järgnevad lõigud kirjeldavad lähemalt käesolevas uuringus praksiste grupeerimiseks kasutatud tunnuseid, nende jagunemist ja selle alusel moodustuvaid praksiste grappe. Juhul kui järgnevates lõikudes viidatakse praksiste grupeerimiseks kasutatud konkreetsetele küsimustiku küsimustele, siis on silmas peetud perearstidele mõeldud küsimustikku (Lisa 1).

Ressursside jagamine

Esmaseks indikaatoriks praksise töökorralduse kohta on ressursside jagamine teiste praksiste ja või/perearstinimistutega. Jagatavad ressursid võivad olla väga erinevad nagu näiteks ruumid või töötajad. Ressursside jagamise ulatus mõjutab suurel määral teenuse pakkumisele tehtavaid kulutusi, mille jagunemisel mitmete praksiste vahel on võimalik saavutada kulutuste kokkuhoidu ning mis omakorda annab võimaluse suurema arvu teenuste pakkumiseks või suurema hulga patsientide teenindamiseks. Samuti loob suurema hulga teenuste parem kättesaadavus praksises või selle vahetus läheduses eeldused patsientide aja kokkuhoiduks. Suure hulga teenuste kättesaadavus praksises ning potentsiaalne aja kokkuhoid võib olla patsientide suurema rahulolu allikaks pakutavate teenustega ning praksisega üldiselt, eeldusel et pakutavate teenuste mahud ning nende osutamise kvaliteet on piisavad.

Kõige üldisemal tasemel on perearstipraksiseid seega võimalik jagada kahte gruppi ressursside jagamise fakti alusel: a) ressursse jagavad praksised; b) ressursse mittejagavad praksised. Lisaks võivad ressursse jagada ka mitu erinevat perearsti keskust, kuid antud uuringus seda eraldi ei uuritud.

Käesolevas uuringus esitati perearstidele küsimused registratuuri, vastuvõturuumide, arstikabinettide, protseduuriruumide, pereõdede ning muu abipersonali jagamise kohta (Lisa 1 küsimus 20). Praksis liigitati ressursse jagavaks juhul kui vähemalt ühes nimetatud valdkonnas toimus nende jagamine. Kokku jagas ressursse 41 (53,9%) praksist.

Nimistutega tegelemine

Kõikidel perearstidel on oma nimistu ehk registreeritud patsientide nimekiri, mille kinnitab maavanem. Eestis jääb täiskohaga perearsti nimistu suurus vahemikku 1200 – 2000 isikut ja kui nimistu on suurem kui 2300 isikut, peab perearstiga koos töötama ka abiarst. Praksise töökorralduse seisukohalt on oluliseks teguriks kuidas ja mitme nimistuga tegeletakse. Erinevaid võimalusi nimistuga tegelemiseks on mitmeid nagu näiteks perearst talle kinnitatud nimistu kohta, perearst ja abiarst esimesele kinnitatud nimistu kohta, nimistutega tegelemine jaotatuna mitme pere- ja abiarsti vahel jne. Sellise mõttelise skaala ühes otsas, kus perearst tegeleb talle kinnitatud nimistuga, võib põhiliste eelistena välja tuua arsti ja tema nimistusse kuuluvate patsientide vahelise tugeva sideme, mille aluseks on pikaajaline koostöö, teineteise tundmine ja vastastikune usaldus. Skaala teises otsas, kus perearst tegeleb pidevalt erinevatesse nimistutesse kuuluvate patsientidega, tekivad võimalused ressursside efektiivsemaks kasutamiseks, kulude kokkuhoiduks ning teenuste paremaks kättesaadavuseks samas kui võimalused usaldusliku arsti-patsiendi suhte tekkimiseks vähenevad.

Üldistatult võib perearstipraksised seega jagada kaheks: praksised kus üks arst tegeleb ühe nimistuga või kus ühe nimistuga tegelevad arstid vahetuvad. Käesolevas uuringus esitati perearstidele küsimus nimistu jagamise kohta (Lisa 1 küsimus 19), mille alusel perearstipraksised jagati kolme rühma vastavalt sellele, kas praksise arstid tegelevad ühe, enam kui ühe (aga mitte kõigi) või kõigi praksise nimistute patsientidega. Lisaks saadi andmeid Tervishoiuameti kodulehelt, kus oli kirjas mitu arsti töötab konkreetse (uuringust osavõtnud) arsti nimistu juures.

Perearsti küsimustiku andmetel tegeles 35-s praksises ühe nimistuga ainult üks arst, enam kui ühe nimistuga (aga mitte kõigi praksise nimistutega), tegeleti 42-s praksises ja kõigi nimistutega tegeleti 6-s praksises. Uuringus osalenud arstide jagunemine vastavalt sellele, mitme nimistuga nad tegelevad on toodud välja tabelis 3.

Tabel 3. Perearstide tegelemine nimistutega

Nimistutega tegelemine	Vastanute arv	Perearstide arv	Praksiste arv
Ainult ühe nimistuga	35+3*	113	76
Mitme nimistuga	57+5**	113	76
Kõigi nimistutega	13	113	76

*35 ainult enda nimistuga tegelevat arsti ja 3, kellel ei ole enda nimistut aga tegelevad ühe nimistuga

**57 kes tegelevad enda ja vahel ka teiste nimistutega, 5-l ei ole enda nimistut aga tegelevad mitme teise nimistuga

Lisaks perearsti enda poolt vastatud küsimustele vaadati uuringus osalenud perearstide nimistute andmeid ka Tervishoiuameti koduleheküljelt. Täpsemalt vaadati sealt mitu arsti kuulub uuringust osavõtnud perearstide nimistu juurde. Selgus, et 75-l uuringust osavõtnud arstil kuulub nimistu juurde ainult üks arst (reeglina siis nimistu omanik). 24-l uuritava kuulub nimistu juurde kaks, 12-l kolm ja 1-l perearstil kuulub neli arsti nimistu juurde. Eelpool nimetatud numbrite puhul peab arvestama, et sisse on arvestatud ka need arstid, kellel oma nimistut ei ole, kuid kelle nimistu juures nad töötavad.

Teenuste osutamine

Mõlemad eelpool nimetatud indikaatorid eeldasid, et maksimaalse ressursside jagamise ning tööjõu ajakasutuse maksimeerimine võimaldab saavutada praksise efektiivsemat ning kuluefektiivsemat funktsioneerimist, mis omakorda peaks viima suurema arvu teenuste pakkumisele sellistes praksistes. Samas peab arvesse võtma, et praksistes peetakse strateegiliselt oluliseks ka pakkuda suurt hulka teenuseid (seda ka suurte kulude ja väikese kuluefektiivsuse tingimustes). Seega saab praksise üldise efektiivsuse ja töökorralduse indikaatorina kasutada praksises pakutavate teenuste arvu juhul kui sellele määrata lävend väärtus, mis võimaldaks eristada praksise töökorralduse ning strateegiliste valikute tulemusena suurenenud teenuste arvu.

Perearstide küsimustik sisaldas kahte küsimuste blokki (küsimused 23 ja 24) praksises teostatavate protseduuride ja lisandväärtust loovate teenuste kohta. Esimeses küsimustiku blokis (vt Lisa 1) käsitleti protseduure ja teenuseid nagu pisikirurgia, vereproovide võtmine, normraseduse jälgimine, nägemise kontroll ja muu taoline. Kuigi küsimustikus paluti märkida ka vastava protseduuri või teenuse teostaja, kuid funktsionaal-korralduslike mudelite moodustamise jaoks on neid vastuseid kasutatud dihhotoomisel kujul – kas teenust/protseduuri pakutakse või mitte. Teises küsimustiku blokis uuriti praksise põhitööga mitteseotud teenuste olemasolu praksises – näiteks füsioterapeutiliste ja iluprotseduuride võimalikkust. Lisaks üldistele teenustele vaadati ka praksise enda funktsioneerimiseks kasutatavad teenused nagu näiteks raamatupidamisteenuse kasutamine (või raamatupidaja olemasolu). Kokku kajastab sellisel moel moodustatud tunnus 18-t erinevat teenust, millest 17 esinemisel loeti teenuste suure arvu põhjuseks töökorralduslikud ja funktsionaalsed tegurid. Kokku oli selliseid praksiseid perearstide küsitluse andmetel 2.

Lisaks saadi andmeid teostatud protseduuride kohta ka Eesti Haigekassast ning vaadati ka tulemustasu mõju antud uuringus osalenud arstidele.

2.2.2.3. Funktsionaal-korralduslikud praksise tüübid

Kolme eelpoolkirjeldatud tunnuste (ressursside jagamine, nimistutega tegelemine ja teenuste osutamine) kombineerimisel kujutatud viisil on võimalik eristada kolme põhilist perearstipraksiste funktsionaal-korralduslikku tüüpi:

- üksikpraksis,
- grupipraksis ja
- polikliiniku tüüpi praksis.

Üksikpraksis, nagu nimetuski viitab, on ühe nimistuga praksis mille puhul ressursside jagamist teiste praksistega ei toimu ning pakutavate teenuste arv on väiksem kui 17. Samas võib nimistuga töötada enam kui üks arsti, praksised on juriidiliselt vormilt üldjuhul registreeritud kui füüsilisest isikust ettevõtjad kuigi esineb ka osaühinguid. Viimasel ajal on nii mõnedki arstid muutnud oma praksise juriidilise staatuse osaühinguteks. 2007.aastal muutis neli uuringus osalenud arsti praksise juriidilise staatuse FIEst OÜ-ks. Täpseid põhjuseid selle muutmise kohta antud uuringus välja ei tule, kuid ilmselt on perearstidele tihti OÜ kergem olla kui FIE (nt on OÜ eeliseks piiratud vastutus ja lihtsam on hoida lahus isiklike ning ettevõttega seonduvaid kulusid, samuti väiksem maksukoormus võrreldes FIE-ga).

Grupipraksiste puhul toimub võrreldes eelmise rühmaga suurem ressursside jagamine ning lisaks sellele toimub ka koostöö erinevatesse nimistutesse kuuluvate patsientide ravis ja neile teenuste osutamisel. Sellesse rühma liigitatud praksiseid peetakse üldjuhul ka tavakäsitluses grupipraksisteks, oma juriidiliselt staatusest on tegemist osaühingutega, mille nimes võib sageli leida viiteid perearstikeskusele.

Polikliiniku tüüpi praksiste puhul esineb laialdane ressursside jagamine kuid seda tüüpi praksiste iseloomustamisel on nende olulisimaks eripäraks sealne patsientidega tegelemise viis – üks arst tegeleb kõigi praksisesse kuuluvate nimistute patsientidega. Selle tüüpi praksiste kõige sagedasemaks juriidiliseks vormiks on aktsiaselts ning nendel praksistel on üldjuhul olemas praksise tööd korraldav juhataja ning selle haldamisel osalevad erinevad mittemeditsiini valdkondade spetsialistid nagu näiteks raamatupidaja(d) ja IT-spetsialist(id). Kuigi selliseid spetsialiste töötab ka teistes praksise tüüpides, siis antud juhul on kaetud valdkondade hulk suurem nagu on suurem ka praksises või selle lähiümbruses pakutavate teenuste hulk.

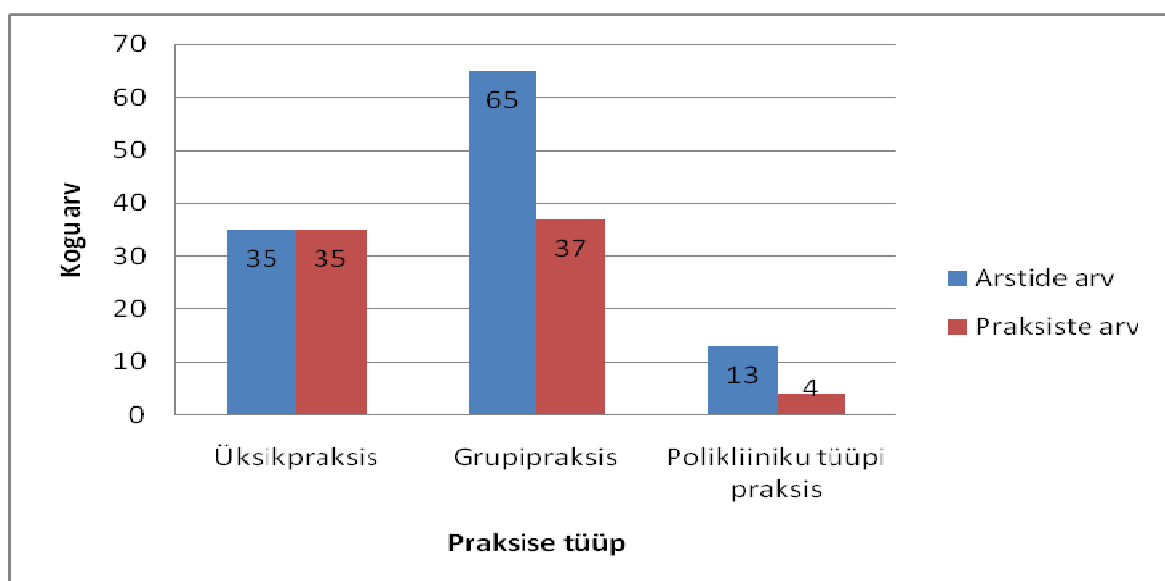
Funktsionaal-korraldusliku mudeli praksise tüüpe on lisaks praegusele jaotusele võimalik täiendada veel tüüpide alamrühmadega, mis võtaksid arvesse ressursside jagamise ulatust ning iseloomu nagu on praksise tüüpide alamrühmade moodustamine võimalik ka nimistutega tegelemise detailsemat jaotust kasutades. Käesoleva uuringu raames alamrühmade moodustamisest loobuti eeskätt polikliiniku tüüpi praksiste suhteliselt väikse arvu tõttu andmestikus.

Järgnevalt on toodud tabel, kus on püütud ära tuua perearstipraksiste peamised tunnused praksise tüübi lõikes. Nagu tabelist näha on, jagavad ressursse grupi ja polikliinikutüüpi praksised ja kõrvalteenuseid pakutakse vaid polikliiniku tüüpi praksistes. Samuti on näha, et AS juriidiliseks vormiks ainult polikliiniku tüüpi praksistel, samas kui OÜ võib olla kõigil praksistel juriidiliseks vormiks. Need perearstid, kelle praksise juriidiliseks vormiks oli AS, olid enamasti praksises lepingulised töötajad. Erinevalt FIE-dest on AS ja OÜ piiratud vastutusega osaühingud. Kuna AS vorm ei sobi hästi perearstipraksistele (nt suurem aktsiakapitali sissemaks), siis tõenäoliselt on see ka üks põhjuseid, mis perearstipraksiste juriidiliseks vormiks on palju sagedamini OÜ või FIE.

Tabel 4. Praksiste funktsionaal-korralduslikud tüübid ja nende moodustamise alused

Praksise tüüp	Ressursside jagamine	Nimistu(te)ga tegelemine	Teenuste arv	Keskmine nimistu suurus	Kõigi kõrvalteenuste pakkumine	Juriidiline staatus
Üksikpraksis	Ei	Ühega/mitmega	<17	Alla 1600	Ei	FIE/OÜ
Grupipraksis	Jah	Mitmega	<17	1600-2000	Ei	OÜ
Pol tüüpi praksis	Jah	Mitmega/kõigiga	>=17	1600-2000	Jah	AS/OÜ

Tallinna ja Harjumaal perearstide seas korraldatud küsitlusega koguti andmeid 76 perearstipraksises kohta (55,1% kõigist piirkonna praksistest) ning kirjeldab nende praksiste jagunemist erinevatesse funktsionaal-korralduslikesse tüüpidesse lähtuvalt eelpool kirjeldatud grupeerimisalgoritmist. Üksikpraksise tüübi alla kuulus 35 praksist, grupipraksiseid oli kokku 37 ja polikliiniku tüüpi praksiseid 4. Üle poolte (57,5%) küsitletud arstidest kuulusid grupipraksise alla ning ligi kolmandik osutusid üksikpraksiste arstideks (31%). Polikliiniku tüüpi praksistesse kuulus 11,5% arstidest (vt joonis 1).

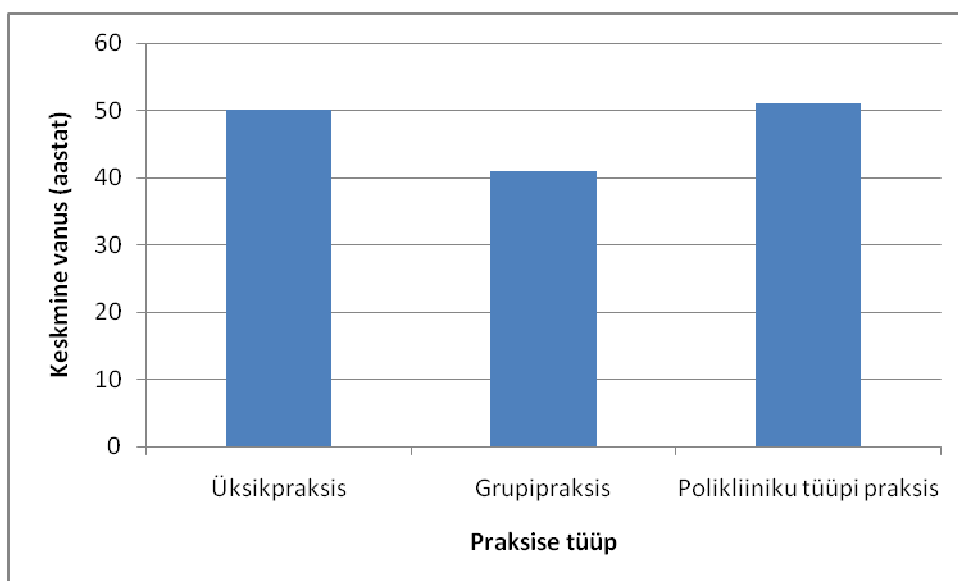


Joonis 1. Arstide ja praksiste jagunemine praksiste funktsionaal-korraldusliku mudeli tüüpide järgi

2.2.3. PEREARSTIDE JA PEREARSTIPRAKSISTE ÜLDTUNNUSED LÄHTUVALT GRUPIST

2.2.3.1. Vanus

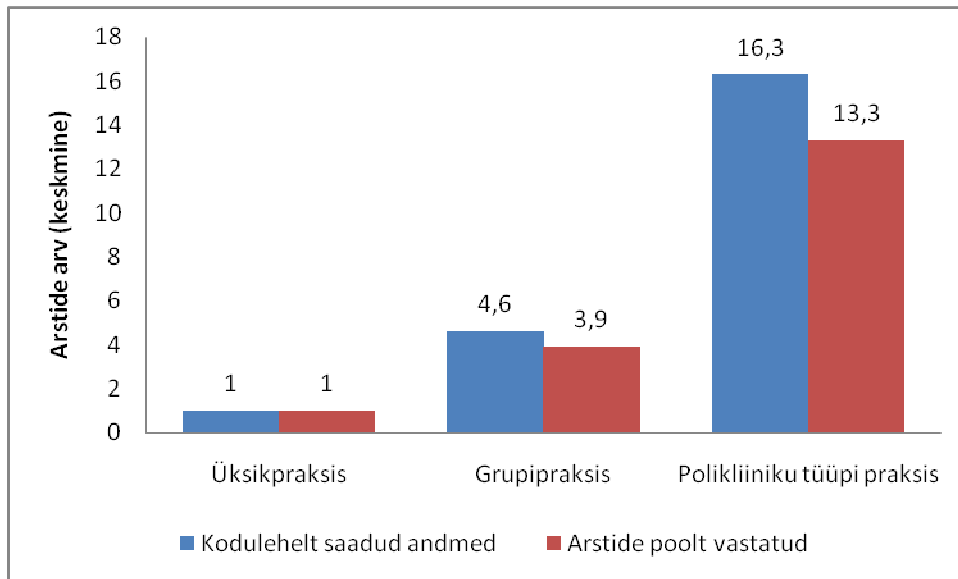
Praksiste erinevused personali ja pakutavate teenuste arvus ning ka keskmises vanuses funktsionaal-korralduslike mudelite lõikes olid silmnähtavad. Näiteks arstide keskmine vanus oli kõige madalam (41 aastat) grupipraksise tüüpi praksistes ning erinevus kõige kõrgema keskmise vanusega polikliiniku tüüpi praksises oli 10 aastat (51 aastat). Keskmine vanus praksiste kaupa on ära toodud joonisel 2. Vastanud arstide vanus osutus statistiliselt oluliseks ka praksiste lõikes (Kruskal-Wallise test $p < 0,001$).



Joonis 2. Arstide keskmine vanus praksiste lõikes

2.2.3.2. Personal

Koos suurema ressursside jagamisega ning väiksema fokuseerumisega ühe nimistu patsientidele suureneb praksises erineva personali hulk paralleelselt erialase mitmekesisumisega. Perearstide enda poolt vastatud küsimustikust tuli välja, et perearstide keskmine arv ulatub üksikpraksiste 1-st kuni polikliiniku tüüpi praksiste 30-ni, kuid kui vaadates arstide arvu konkreetsete perearstikeskuste kodulehtedelt, siis tuli perearstikeskustes olevate arstide maksimaalseks arvuks 25 (keskmiselt 13,3 arsti praksises). Järgnevalt on toodud joonis, kus on perearstide endi ja perearstikeskuste kodulehelt saadud arstide arv perearstikeskustes. Nagu oli oodatagi, on üksikpraksistes nii vastajate kui praksise kodulehe andmeil 1 arst perearstipraksise kohta. Suurim erinevus tuli välja polikliiniku tüüpi praksistes töötavate perearstide vastuste ja kodulehelt saadud andmete vahel, arstid vastasid oma praksistes keskmiselt olevat 13,3 arsti, aga kodulehe andmete järgi oli neis praksistes keskmiselt 16,3 arsti.



Joonis 3. Arstide keskmine arv perearstikeskustes

Sarnaselt arstide arvule on ka pereõdede ja muu personali keskmine hulk suurem liikudes üksikpraksiselt polikliiniku tüüpi praksiste poole. Nii võib näiteks üksikpraksist selle personali arvust lähtuvalt kirjeldada kui praksist, milles 80% juhtudest töötab lisaks perearstile ka abiarst, mõningatel juhtudel kuni kaks pereõde ja vaid kahel kolmandikul juhtudest jagab nendega töökoormust muu meditsiinilise eriala töötaja. Samas on muu personali suhe perearstide arvu suurema grupitöö osakaaluga polikliiniku tüüpi praksistes väiksem, mis viitab kasutada olevate ressurssidele. Järgmises tabelis on ära toodud keskmine personali arv praksiste lõikes. Tabelis 5 on välja toodud erinevate praksiste lõikes personali keskmine, miinimum ja maksimum arv. Samuti on tabelis toodud välja õdede ja muu meditsiinilise personali arv arsti kohta (abiarste ei ole sisse arvestatud).

Tabel 5. Erinevate personaligruppide keskmine arvukus praksiste funktsionaal-korralduslike tüüpide lõikes (arstide enda poolt vastatud andmete põhjal)

Personal	Üksikpraksis			Grupipraksis			Polikliiniku tüüpi praksis		
	Keskm	Min	Maks	Keskm	Min	Maks	Keskm	Min	Maks
Perearstid	1	1	1	3,9	1	25	13,3	3	30
Pereõded	1,2	1	3	3,9	1	26	12,5	2	30
Abiarstid	0,8	0	1	1,6	1	4	0,7	0	1
Muu med personal	0,9	0	1	1,7	0	4	1,25	0	2
Muu mitte med personal	1,1	0	3	1,4	0	4	2,3	1	3
Õdede arv arsti kohta		1,2			1			0,9	
Muu med personali arv arsti kohta		1,2			2,3			10,6	

2.2.3.3. Tervishoiuteenuste pakkumine praksistes

Erinevates praksisetüüpides pakutavate teenuste puhul on olukord personali arvuga võrreldes ebaühtlasem. Nii on erinevate praksiste võrdluses kõige suurem imikute jälgimise ja vere võtmisega tegelevate praksiste osakaal üksikpraksiste seas. Arvestades seda, et paljud üksikpraksised asuvad maakotades, on see tulemus ootuspärane. Nägemise kontrolli ja kirurgilisi pisiptseduuride teenuseid pakuvad aga kõige sagedamini polikliiniku tüüpi praksiste arstid. Silma torkab ka see, et grupipraksistesse kuuluvad arstid tegelevad verevõtmisega teistest arstidest tunduvalt vähem (ilmselt on arstid andnud oma praksistes selle ülesande õdedele). Polikliiniku tüüpi praksises ei olnud ükski arst märkinud et ta ise teeks günekoloogilist läbivaatust, kuid siinjuures tuleb silmas pidada seda tüüpi praksiste väikest arvu ja et enamikes polikliinikutes asub ka günekoloog eraldi vastuvõtuajaga. Järgnevas tabelis on toodud kui paljud perearstid osutavad ise (st mitte õde või abiarst) vastavat teenust praksiste lõikes.

Tabel 6. Erinevate teenuste osutamine praksise funktsionaal-korraldusliku tüübi alusel (arstide poolt vastatud andmete põhjal)

TH teenused	Üksikpraksis (N=35)	Grupipraksis (N=65)	Polikliiniku tüüpi praksis (N=13)
Nägemise kontroll	74,3%	58,5%	100%
Günekoloogiline läbivaatus	8,6%	18,5%	0%
Kirurgilised protseduurid	80%	73,8%	87,5%
Vere võtmine	34,3%	4,6%	12,5%
Normaalraseduse jälgimine	8,6%	20%	12,5%
Imikute jälgimine	91,4%	92,3%	62,5%

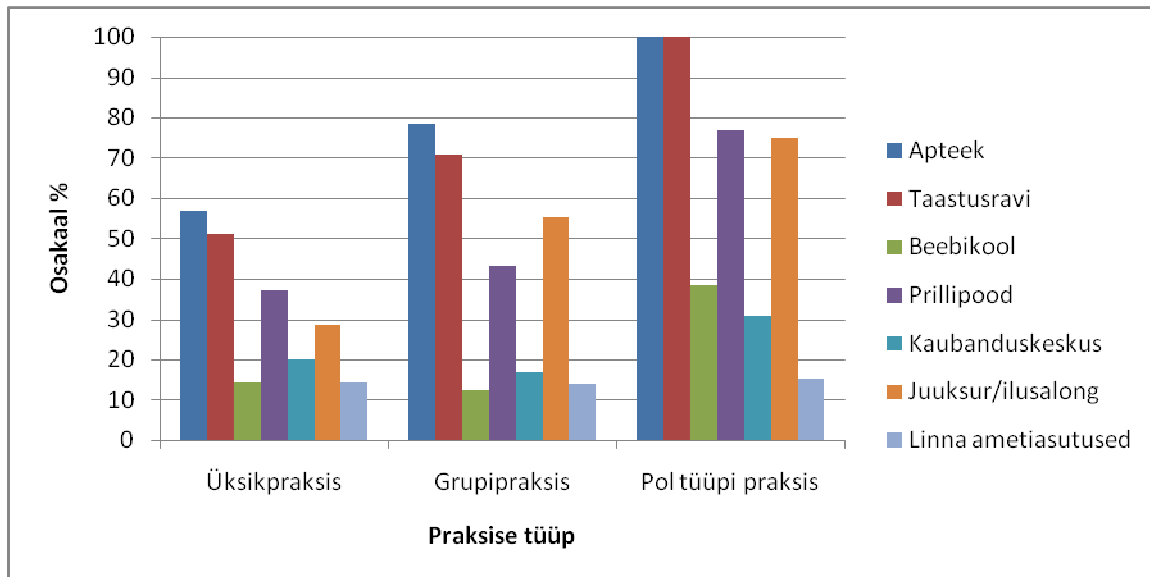
Lisaks perearstide enda poolt vastatud küsimustikule küsime antud uuringus ka Haigekassast saadud tervishoiuteenuste kasutamise andmeid. Järgnevalt on tabel, kus on praksiste lõikes välja toodud kogu tervishoiuteenuste arv iga konkreetse praksise tüübi kohta. Need andmed (vt tabel 7) on 2006. aasta perearstide poolt osutatud tervishoiuteenuste kohta. Selle tabeli põhjal pakuvad kõige vähem teenuseid polikliiniku tüüpi praksiste arstid, kuid ei tohi ära unustada, et need arstid küll ise konkreetselt seda teenust ei paku, kuid see teenus on võimalik kätte saada samast polikliinikust. Näiteks uuringust osa võtnud perearstid ise küll günekoloogilist läbivaatust ei teosta, kuid patsiendil on siiski vastav teenus võimalik samast majast kätte saada, kuna enamikes polikliinikutes asub eraldi ka günekoloogi kabinet. Järgmises tabelis toodud tervishoiuteenuseid pakutakse keskmiselt kõige enam grupipraksiste arstide seas ja kõige vähem polikliiniku tüüpi arstide seas. Samas ei tohi siin aga jälle ära unustada polikliiniku tüüpi praksiste väikest osakaalu.

Tabel 7. Erinevate teenuste osutamine, teenuste koguarv ja protsent praksiste lõikes (allikas: Eesti Haigekassa)

Teenus	Üksikpraksis (N=35)	Grupipraksis (N=65)	Pol tüüpi praksis (N=13)
Günekoloogiline läbivaatus koos preparaadi võtmisega	14 (5,7%)	254 (16,9%)	0
Väikeste tuumorite eemaldamine	123 (40%)	331 (53,8%)	5 (7,7%)
Haava saturatsioon	22 (25,7%)	32 (23,1%)	4 (15,3%)
Põletushaige sidumine	63 (45,7%)	67 (36,9%)	4 (15,3%)
Kateteriseerimine	1 (2,8%)	8 (7,7%)	1 (7,6%)
Püsikateetri panemine	0	6 (7,7%)	0
Epitsüstoomi vahetus	9 (11,4%)	3 (4,6%)	1 (7,6%)
Kusepõie loputus ja ravimi viimine põide	0	3 (3,1%)	0
Kipslahase asetamine	1 (2,8%)	0	0
Raseduse tuvastamine ja jälgimise plaani koostamine	6 (8,6%)	13 (3,1%)	1 (7,6%)
Raseduse jälgimine kuni 20. rasedusnädalani	0	0	0
Raseduse kulu jälgimine 20.-36. rasedusnädalani	2 (5,7%)	13 (4,6%)	0
Raseduse kulu jälgimine 36.-40. rasedusnädalani	4 (5,7%)	7 (3,1%)	0
Laste läbivaatus ja väikelaste üldine tervisekontroll 1. elukuul	10 (17,1%)	31 (24,6%)	0
Laste läbivaatus ja väikelaste üldine tervisekontroll 3. elukuul	9 (17,1%)	55 (30,8%)	0
Laste läbivaatus ja väikelaste üldine tervisekontroll 12. elukuul	7 (5,7%)	22 (21,5%)	0
KOKKU teenuseid	271	845	16

2.2.3.4. Perearsti praksised ja muud teenused

Perearstidele mõeldud küsimustikus küsiti ka muude teenuste paiknemist praksisega samas majas või praksise vahetus läheduses (kuni 100 m). 17% üksikpraksise ja 9,2% grupipraksistest vastasid, et nendega samas majas või vahetus läheduses ei paikne muid avalikke teenuseid (nt linna ametiasutused). Polikliiniku tüüpi praksiste arstid vastasid kõik, et vähemalt üks loetelus olnud teenustes paikneb nendega samas majas või vahetus läheduses. Kõige enam paiknesid praksiste läheduses apteek, taastusravi ja juuksur/ilusalong (vt joonis 4).



Joonis 4. Avalikud teenused praksisega samas majas või selle vahetus läheduses (100 m ulatuses)

2.2.4. TULEMUSTASU

Perearstide rahastamine toimub Haigekassa poolt kindla süsteemi järgi. Perearstidele makstakse pearaha, baasraha ning lisatasusid. Pearaha suurus sõltub nimistu isikute arvust ja vanusest (iga kuni 2-aastase lapse kohta 94,10 krooni, 2-70 aastase isiku kohta 35,60 ja üle 70 aastase isiku eest 43 krooni kuus. Peale selle saab iga perearst baasraha 11 540 kr kuus. Haiglast kaugemal kui 20 ja 40 km paiknevale perearstile makstakse ka kauguse lisatasu, mis on vastavalt 1400 või 4018 krooni kuus.

Lisaks pea- ja baasrahale saavad perearstid ka tulemustasu. Kui varem maksti igale perearstile tunnistuse tasu (1000 kr kuus), siis alates 2007. a. juulist on see asendatud tulemustasuga (4000 kr kuus). Tulemustasusüsteem juurutati eesmärgiga motiveerida perearste rohkem tegelema ennetustööga, mis võimaldaks avastada varases staadiumis pahaloolumulisi või raskekujulisi haigusi ja nõnda vältida edasisi suuri kulutusi nende haiguste ravimisel. Samuti tahetakse tulemustasusüsteemiga hoida kõrgel vaktsineerimise taset ja et perearst jälgiks rohkem kroonilisi haigusi (tähelepanu all on eelkõige II tüüpi diabeet ja kõrgvererõhktõbi).

Perearsti tulemustasu indikaatoritega mõõdetakse perearsti igapäevase töö tulemusi, mis on sätestatud Sotsiaalministri määrusega Perearsti tööjuhendis. Tulemustasu jälgitakse kolmes osas:

- 1) Perearsti tegevus haiguste ennetamisel
- 2) Perearsti tegevus krooniliste haigete jälgimisel
- 3) Perearsti ravitöö tulemuslikkus

Perearstide tulemustasu arvestuse alused on järgmised: laste vaktsineerimine ja läbivaatus; südame- ja veresoonehaiguste ennetamise projekt; emakakaelavähi ennetus; rinnavähi ennetus

(mammograafia); krooniliste haigete loetelu (II tüüpi diabeet, arteriaalne hüpertensioon) ning perearsti ravitöö tulemuslikkus. Iga tegevuskood annab perearstile teatud arvu punkte. Igas osas vaadeldakse eraldi sihtrühmade arvestust, hõlmatus arvestust (teenust saanud isikute hulk) ja tegevuste koodide kirjeldust. Tulemustasu taotlemiseks on oluline, et perearst esitaks Haigekassale oma nimistu krooniliste haigete loetelu (II tüüpi diabeet ja hüpertooniatõbi 3-s erinevas kliinilises raskusastmes).

Lisatasu koefitsiendiga 1,0 makstakse juhtudel kui haiguste ennetamisel on arvestuslikest punktidest täidetud 100% (198 punkti) ja krooniliste haiguste jälgimisel on arvestuslikest punktidest täidetud samuti 100% (266 punkti). Lisatasu koefitsiendiga 1,0 on võimalik maksta ka siis kui täidetud on eeldused koefitsiendiga 0,8 maksmiseks ning lisaks on perearsti ravitöö tulemuslikkusest täidetud vähemalt 80 punkti.

Lisatasu koefitsiendiga 0,8 makstakse juhtudel kui perearsti tegevusel haiguste ennetamisel on arvestuslikest punktidest täidetud vähemalt 90% (178 punkti) ja krooniliste haiguste jälgimisel vähemalt 80% (212 punkti).

Lisatasu koefitsiendiga 0,5 maksti 2006. aastal perearstile kui tal oli kokku vähemalt 250 punkti. Lisatasu koefitsiendiga 0,25 maksti, kui perearsti tegevuse hindamise tulemusena sai vähemalt 40 punkti.

Tabelis 8 on toodud uuringus osalenud perearstide tulemustasu määrad. 60% uuringus osalenud perearstidest said 2006.aasta mingi koefitsiendi eest tulemustasu. Kõrgeimate tulemustasude saajate osatähtsus oli kõige suurem grupipraksise arstide seas (24%).

Tabel 8. Tulemustasu tulemused praksiste lõikes (Allikas EHK)

Tulemustasu koefitsient	Üksikpraksis (N=35)	Grupipraksis (N=65)	Poikliiniku tüüpi praksis (N=13)
0,25	17 (48,6%)	15 (23,1%)	10 (76,2%)
0,5	5 (14,2%)	11 (16,9%)	1 (7,7%)
0,8	-	8 (12,3%)	-
1	1 (2,8%)	-	-

2.2.5. PRAKSISE JUHTIMINE

Käesolevas uuringus uuriti perearstidelt ka kui oluline on nende jaoks praksisesse puutuvate otsuste langetamisel kaasa rääkimine. 70% perearstidest pidas seda väga oluliseks (kõige enam grupipraksistesse kuuluvad arstid-75,6%).

Järgmises tabelis on toodud perearstide vastused, kus küsiti neilt ka erinevate praksiste korralduse teemade kohta ja kui palju nad said nende otsuste tegemisel kaasa rääkida ja neid otsuseid

mõjutada. Praksise majandamine üldiselt sõltus perearstist kõige enam üksikpraksistes (78,3%) ja üldse ei sõltunud see perearstist polikliiniku tüüpi praksistes (Kruskal-Wallis test $p < 0,0001$). Samuti ei sõltunud otsus ainult perearstist polikliiniku tüüpi praksistes uute seadmete ja teenuste ostu ning personali valiku korral (Kruskal-Wallis test $p < 0,0001$). Vastuvõtuaegade jagamine sõltus perearstist kõige enam üksikpraksistes (52,2%) ja kõige vähem polikliiniku tüüpi praksistes (11,1%) (Kruskal-Wallis test $p < 0,017$). Statistiliselt oluliseks osutus ka perearstist sõltuv otsus tasustavates uuringutes osalemise kohta (Kruskal-Wallis test $p < 0,0008$).

Tabel 9. Perearstide kaasa rääkimise ja otsustamise võimalus praksise korralduse teemadel

Praksise tüüp	Otsus sõltub vastajast	Otsus sõltub palju vastajast	Otsus sõltub vähe vastajast	Otsus ei sõltu üldse vastajast
PRAKSISE MAJANDAMINE ÜLDISELT				
Üksikpraksis	78,3%	17,4%	0%	4,3%
Grupipraksis	17,8%	48,9%	17,8%	15,6%
Pol tüüpi praksis	0%	22,2%	22,2%	16,9%
UUTE SEADMETE OST				
Üksikpraksis	65,2%	26,1%	0%	8,7%
Grupipraksis	17,8%	51,1%	22,2%	8,9%
Pol tüüpi praksis	0%	22,2%	22,2%	55,6%
TEENUSTE OST				
Üksikpraksis	81,8%	13,6%	0%	4,5%
Grupipraksis	13,3%	57,8%	20%	8,9%
Pol tüüpi praksis	0%	25%	12,5%	62,5%
PERSONALI VALIK				
Üksikpraksis	78,3%	13%	4,3%	4,3%
Grupipraksis	20,4%	50%	13,6%	15,9%
Pol tüüpi praksis	0%	12,5%	25%	62,5%
VASTUVÕTUAEGADE JAGAMINE				
Üksikpraksis	52,2%	39,1%	4,3%	4,3%
Grupipraksis	33,3%	55,6%	6,7%	4,4%
Pol tüüpi praksis	11,1%	11,1%	66,7%	11,1%
TASUSTAVATES UURINGUTES OSALEMINE				
Üksikpraksis	78,3%	13%	0%	8,7%
Grupipraksis	35,6%	48,9%	4,4%	11,1%
Pol tüüpi praksis	11,1%	44,4%	22,2%	22,2%

2.2.6. PEREARSTIDE RAHULOLU

Käesolevas uuringus küsiti nii patsientide kui ka perearstide käest kui rahul on nad erinevate aspektidega perearstipraksiste töös. Rahulolu kohta küsiti nii patsientidelt kui arstidelt samasid küsimusi, kuid arstid pidid oma rahulolu reastama enda jaoks 1-10 (1 – väga rahul, 10 – kõige vähem rahul) ja patsiendid pidid oma hinnangu rahulolule andma neljapalli skaalal (1 – vähem rahul ja 4 –

kõige rohkem rahul). Arstide ja patsientide aspekte koos analüüsid on vastused vastavalt teisendatud. Eraldi on need aspektid toodud järgnevates peatükkides.

Kõige suurem statistiline olulisus perearstide rahulolu kohta erinevates praksisetöö aspektides ilmnemine erinevate perearstitüüpide arstide vahel vastuvõtuaegadest kinnipidamise aspekti juures ((Kruskal-Wallis test $p < 0,005$). Kõige enam olid vastuvõtuaegadega rahul polikliiniku tüüpi praksiste arstid ja kõige vähem grupipraksistesse kuuluvad arstid.

Järgmises tabelis on välja toodud arstide rahulolu hinnangu keskmine, standardhälve, F-statistikule vastav p-väärtus ja Kruskal-Wallis testile vastav p-väärtus. Nagu eelnevas lõigus juba mainitud on statistiliselt kõige olulisemaks tunnuseks arstide vastuvõtuaegadest kinnipidamine, kuid küllaltki oluliseks osutus ka vastuvõtuaegade suur valik (Kruskal-Wallis test $p < 0,06$). Kui grupipraksise arstid olid vastuvõtuaegadest kinnipidamisega kõige vähem rahul, siis vastuvõtuaegade suure valikuga olid nad aga kõige enam rahul.

Tabel 10. Perearstide rahulolu erinevate praksise töö aspektidega

Erinevad aspektid	Üksik praksis	Grupi praksis	Polikliiniku tüüpi praksis	Keskmine	Standardhälve	p-väärtus	Kruskal-Wallis test p - väärtus
Praksise hea asukoht ja ligipääs	4,8	4,4	4,1	4,5	3,1	0,800	0,830
Vastuvõtuaegade suur valik	5,8	7,1	6,1	6,3	2,9	0,090	0,060
Vastuvõtuaegadest kinnipidamine	6,7	4,6	7,2	5,8	2,7	0,002	0,005
Patsiendi kuulamine ja nõustamine	4,2	4,3	3,4	4	2,5	0,500	0,390
Aktiivne kontakti otsimine patsiendiga	7,7	7,6	6,5	7,3	2,3	0,200	0,290
Suur protseduuride hulk praksistes	6,2	5,8	7,5	6,5	2,1	0,100	0,090
Haiguste ennetamine	6,3	6,2	5,5	6	2,2	0,500	0,470
Kogu pere kuulumine samasse praksisesse	7	7,1	7,8	7,3	2,6	0,600	0,660

Ravi kliinilised tulemused	3,8	3,9	3,2	3,6	2,1	0,600	0,690
Patsiendi rahulolu	3,6	3,9	3,5	3,7	2,3	0,800	0,690

Perearstipraksiste asukohaga olid kõige enam rahul polikliiniku tüüpi praksiste arstid (10 palli süsteemis hindasid nad oma rahulolu keskmiselt hindega 4,1) ning patsiendid hindasid praksise tüübi lõikes asukohta enamvähem võrdselt (neljapalli süsteemis hindega 3,2). Kõige vähem olid praksise asukohaga rahul üksikpraksistesse kuuluvad arstid, mis on küllaltki ootuspärane tulemus arvestades sellega, et paljud üksikpraksised asuvad maakohtades ja patsiendid ei pruugi alati kergelt perearstipraksisesse sattuda.

2.2.7. PEREARSTIPRAKSISE TÖÖ OLULISED ASPEKTID

Lisaks rahulolule paluti arstidel järjestada sarnaselt eelmisele enda jaoks ka olulised perearstitöö aspektid. Järgmises tabelis on välja toodud aspektid, mille põhjal pidid perearstid moodustama olulisuse skaala (1 – kõige olulisem ja 10 – vähem oluline). Kõige olulisemateks aspektideks pidasid perearstid ravi kliinilisi tulemusi ja patsientide rahulolu (vt tabel 11). Kõige vähemoluliseks peeti kogu pere kuulumist samasse praksisesse ja patsiendiga aktiivset kontakti otsimist. Kõige suurem erinevus olulisuse hindamisel tuli gruppide vahel välja selles, et praksises peaks olema võimalus teha võimalikult palju erinevaid protseduure. Grupi ja üksikpraksiste arstid pidasid seda palju olulisemaks kui polikliiniku tüüpi praksiste arstid. Kuid siin võib arvestada ka seda, et polikliiniku tüüpi praksistes on samas majas võimalik nagunii teostada erinevaid protseduure ja seega ei pidanud nad seda kõige olulisemaks. Muid statistilisi erinevusi praksiste lõikes esile ei tulnud ja seega võib öelda, et erinevate praksiste arstid peavad oluliseks samu aspekte suhteliselt samal tasandil.

Tabel 11. Erinevate aspektide olulisus praksiste töös

Erinevad aspektid	Üksikpraksis	Grupipraksis	Polikliiniku tüüpi praksis	Keskmine	Standardhälve	p-väärtus	Kruskal-Wallise test p-väärtus
Praksise hea asukoht ja ligipääs	5,1	6	5,6	5,5	2,9	0,291	0,360
Vastuvõtuaegade suur valik	5,9	6,6	5,9	6,1	2,8	0,401	0,380
Vastuvõtuaegadest kinnipidamine	5,4	5,6	6,7	5,9	2,4	0,278	0,240

Patsiendi kuulamine ja nõustamine	3,7	4,1	3,5	3,8	2,3	0,501	0,480
Aktiivne kontakti otsimine patsiendiga	7,8	7,7	6,1	7,2	2,2	0,044	0,210
Suur protseduuride hulk praksistes	6,3	5,6	8,1	6,3	2,5	0,002	0,001
Haiguste ennetamine	5,9	5	5,2	5,9	2,3	0,212	0,190
Kogu pere kuulumine samasse praksisesse	7,6	7,5	7,8	7,6	2,6	0,935	0,900
Ravi kliinilised tulemused	3,5	3,2	2,5	3,2	2,3	0,460	0,480
Patsiendi rahulolu	3,7	3,5	3,5	3,6	2,5	0,821	0,810

2.3. PATSIENTIDE UURING

2.3.1. VASTANUTE ÜLDINE KIRJELDUS

Uuringus osalenud patsientide keskmine vanus oli 46,5 aastat, noorim vastanu oli 12 ja vanim 82 aastane. Uuringust võttis osa 141 naist ja 59 meest. Tabelis 11 on toodud uuritavate keskmine vanus praksiste lõikes. Kõige nooremad vastajad olid grupipraksistes, keskmine vanus oli seal meestel 46,8 ja naistel 44,4 aastat. Meeste ja naiste seas oli kõige suurem vanusevahe polikliiniku tüüpi praksiste patsientide seas, meeste keskmine vanus oli seal 56 ja naistel 42,7 aastat.

69,5%-l uuritavatest oli emakeeleks eesti keel. Kõige enam oli emakeeleks vene keel polikliiniku tüüpi praksiste seas (37%). Kõigist uuritavatest olid abielus 50% (üksikpraksistest 60% ja kõige vähem polikliiniku tüüpi praksistest 39%). Leski oli kõige enam polikliiniku tüüpi praksiste patsientide seas (19,6%). Perekonnaseisu ja soo vahel ilmnis ka statistiline olulisus (Kruskal-Wallise test $p < 0,003$). Kõige suurem vahe on meestel ja naistel perekonnaseisu osas leskede suhtes, kui meeste seas oli leski 3,4%, siis naiste seas 17,7%.

66% uuritavate põhitegevuseks oli töötamine (kõige enam töötas grupipraksistes - 67%, üksikpraksistes töötas 60,4%). Töötuid oli vastajate seas kokku 6% - kõige rohkem oli neid üksikpraksiste seas. Lapsega kodus olid vastajatest 7,5% ja pensionärid 13%. Kõige enam omasid vastajad kesk(eri)haridust – 49%. Kõrgharidus oli 31,5 %-l ja põhi ning algharidus 19 %-l vastajatest. Algharidusega olid vastanute seast ainult grupipraksistesse kuuluvad patsiendid – 5,7%.

Tabel 12 kirjeldab uuritavate üldisi vastuseid, mis puudutas nende vanust, elukohta, emakeelt, haridust, perekonna seisu ja põhitegevust.

Tabel 12. Patsientide üldandmed praksiste lõikes

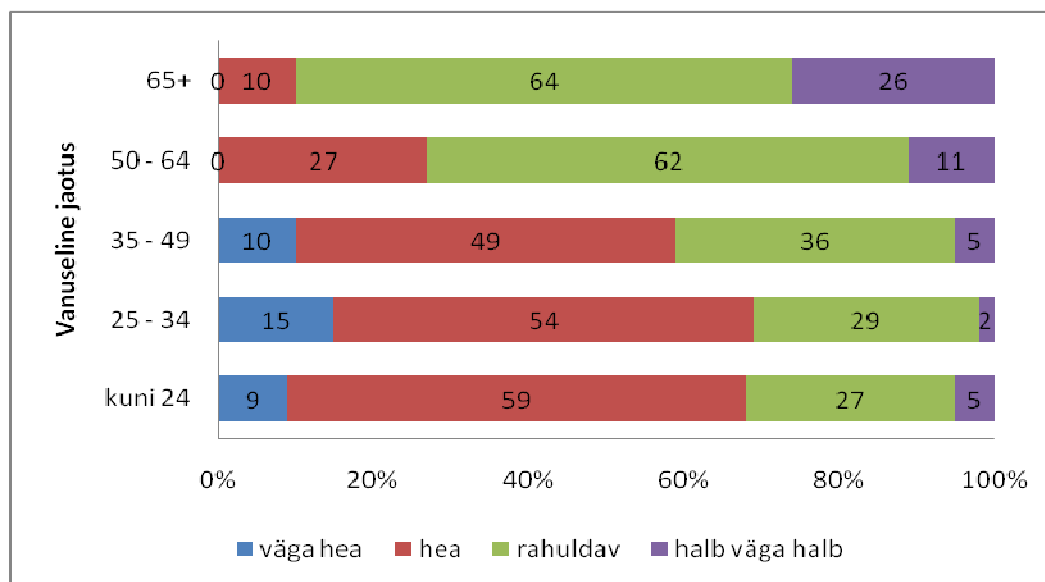
	Üksikpraksis	Grupipraksis	Pol tüüpi praksis
Vanus	50,4	45,1	45,6
<i>Elukoht</i>			
Linn	68,7%	84%	93,6%
Asula	18,7%	11%	2,1%
Maa	12,5%	4,8%	4,3%
<i>Emakeel</i>			
Eesti	72,8%	70,7%	63%
Vene	27,1%	29%	37%
<i>Haridus</i>			
Põhiharidus	16,7%	17%	13%
Kesk(eri)haridus	43,8%	49%	56%
Kõrgharidus	39,6%	28,3%	30,4%
<i>Perekonna seis</i>			

Abielus	60,4%	50%	39,1%
Vabaabielus	12,5%	16%	17,4%
Vallaline	12,5%	23,6%	23,9%
Lesk	14,6%	10,4%	19,6%
<i>Põhitegevus</i>			
Õppimine	6,2%	8,6%	10,9%
Töötamine	60,4%	67%	65,2%
Lapsega kodus	8,3%	8,5%	7,5%
Töötu	10,4%	4,7%	4,3%
Pensionär	14,6%	11,3%	13%

2.3.2. VASTANUTE HINNANG OMA TERVISELE JA ARSTIABILE

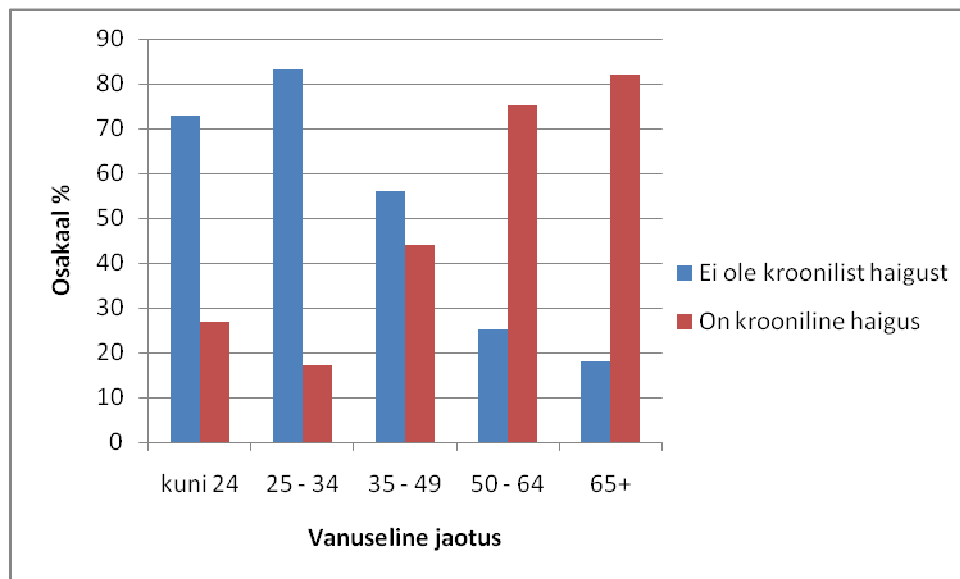
Viimase viie aasta jooksul pidasid oma tervist väga heaks 6%, heaks 36% ja rahuldavaks 44% vastajatest. Halvaks ja väga halvaks pidasid oma tervist 13,5% vastajatest. Tervise hinnang praksiste tüüpide kaupa on toodud tabelis 13.

Terviseseisundile antud hinnangute puhul olid tulemused oodatavad: terviseseisundile antav hinnang on sõltuv ka vanusest (Kruskal-Wallise test $p < 0,0001$). Järgnevalt jooniselt on näha, et kui kuni 24 aastastest uuritavatest peab oma tervist heaks 59%, siis 65 aastastest ja vanematest peab heaks oma tervist vaid 10%. Samuti suureneb vanuse suurenemisega hinnang tervisele väga halb.



Joonis 5. Patsientide hinnang oma tervislikule seisundile

53%-l uuritavatest oli mõni kaasuv haigus või terviseprobleem, mis piiras uuritavate igapäeva tegevusi. Kõige enam nimetati kaasuvateks terviseprobleemideks diabeeti, probleeme liigestega ja vererõhuga. Kõige enam esines pikaajalisi haigusi polikliiniku tüüpi praksiste patsientide seas – 59,6% ja kõige vähem grupipraksiste patsientide seas – 47,2%. Nagu eelmises peatükis, tuleb ka siin välja oluline statistiline seos vanuse ja krooniliste haiguste vahel ((Kruskal-Wallise test $p < 0,0001$). Jooniselt 6 on näha, et vanuse kasvades suureneb ka oluliselt krooniliste haiguste omamine, mis on samas ka ootuspärane tulemus.



Joonis 6. Pikaajalise ja kroonilise haiguse omamine/mitteomamine vanuse lõikes (% kõigist vastanuist)

Arstiabi kvaliteeti pidasid 51,2% uuritavatest pigem heaks. Praksiste tüübi lõikes (vt ka tabel 13) pidasid arstiabi kvaliteeti pigem heaks 66%. Pigem halvaks ja halvaks peeti arstiabi kvaliteeti kõige enam üksikpraksiste patsientide seas – 31,3%. Sellele küsimusele ei osanud vastata 8% uuritavatest. Mõningat seost võis leida ka tervisliku seisundi ja arstiabi kvaliteedi abil. Need, kes pidasid oma tervist pigem halvaks, pidasid ka halvemaks arstiabi kvaliteeti (Kruskal-Wallise test $p < 0,02$).

Arstiabi kättesaadavust hinnati kõige enam pigem heaks – 41,8%. Samas pidas 37,8% uuritavatest arstiabi kättesaadavust ka pigem halvaks. Kõige enam peeti arstiabi kättesaadavust pigem halvaks või halvaks üksikpraksiste patsientide seas – 52,1%. Heaks peeti arstiabi kvaliteeti kõige enam grupipraksiste patsientide seas – 10,4% uuritavatest (vt joonis 6). Kuigi Haigekassa poolt läbiviidud uuringust selgus, et hinnangud arstiabi kättesaadavusele on seda madalamad, mida madalamaks

hindab vastaja oma tervise seisundit, siis käesoleva uuringu käigus sellekohast olulist statistilist olulisust ei leitud (Kruskal-Wallis test $p > ,1$).²

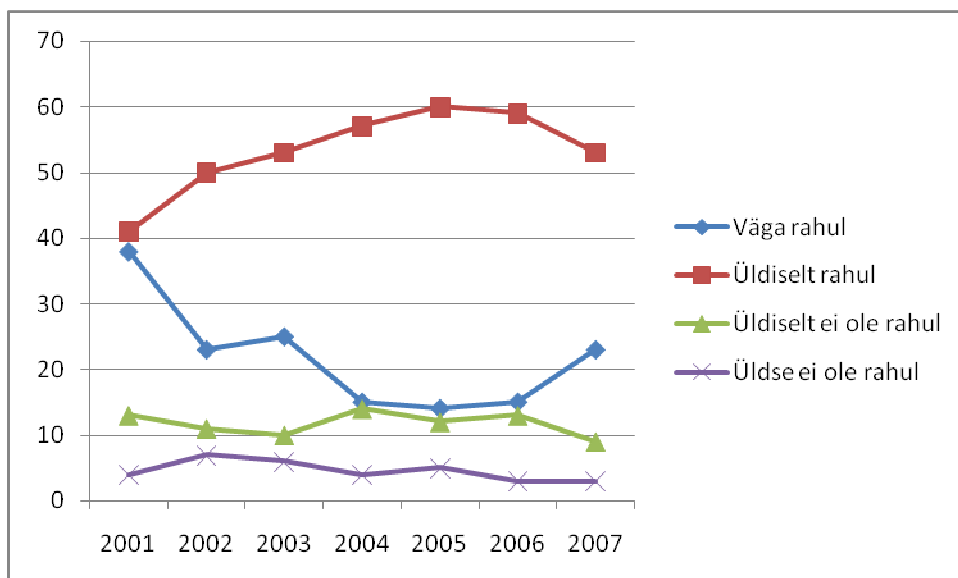
Tabel 13. Patsientide hinnang oma tervisele ja arstiabile

	Üksikpraksis	Grupipraksis	Pol tüüpi praksis
<i>Hinnang tervisele</i>			
Hea	43,8%	47,1%	30,4%
Keskmine	35,4%	45,3%	50%
Halb	20,7%	7,6%	19,4%
Kroonilise haiguse omamine	58,4%	47,2%	59,6%
<i>Hinnang arstiabi kvaliteedile</i>			
Pigem hea	60,5%	65,1%	70,3%
Pigem halb	31,3%	25,4%	23,4%
Ei oska öelda	8,3%	8,5%	6,4%
<i>Hinnang arstiabi kättesaadavusele</i>			
Pigem hea	41,6%	54,7%	49%
Pigem halb	52,1%	40,6%	44,8%
Ei oska öelda	6,2%	4,7%	6,3%

Haigekassa poolt läbiviidud iga-aastastelt uuringutelt selgus, et hinnang „hea” arstiabi kvaliteedile viimastel aastatel suurenenud (kui 2004 oli neid vastajaid 13%, siis 2007. aastal juba 23%). Samuti vähenenud arstiabi kvaliteedile hinnang „halb” (2003. aastal 12%-lt 2007. aastal 4%-le). Üldiselt on Haigekassa uuringute põhjal viimaste aastatega rahulolu arstiabi kättesaadavusega suurenenud. Hinnangud „pigem halb” ja „halb” on langenud ning „hea” tõusnud.

2006. aasta Haigekassa uuringust selgus, et arstiabi kvaliteeti Eestis peab kas heaks või väga heaks 66% elanikest. Hinnangud on selles osas võrreldes eelmise kahe-kolme aastaga selgelt paranenud. Rahulolu sellise perearstisüsteemiga, mis võimaldab mistahes probleemiga pöörduda perearsti poole, on stabiilselt hea. Väga või üldiselt rahul on sellega 74% vastajatest ning tulemus pole eelmise aastaga võrreldes oluliselt muutunud (vt joonis 7).

²Eelpool olevale lisaks võib öelda, et sarnastele tulemustele jõuti ka Haigekassa iga-aastases uuringus „Patsiendi hinnangud tervisele ja arstiabile”. Eelpool nimetatud uuringu põhjal pidasid oma tervislikku seisundit väga heaks 40% kuni 24 aastastest ja 3% üle 65 aastaste (mis on siiski erinev käesoleva uuringu tulemustest) ning väga halvaks pidas oma tervist vaid 5% üle 65 aastaste. Kuid selles võrdluses tuleb ka silmas pidada, et Haigekassa poolt läbiviidud uuringus oli kuus erinevat vastusevarianti antud küsimusele, sh vastusevariant „keskmine”, mida ka paljud uuritavad olid varmalt kasutanud.



Joonis 7. Patsientide rahulolu arstiabi kvaliteediga aastate lõikes (allikas: Eesti Haigekassa)

2.3.3. PEREARSTI VASTUVÕTT JA KÜLASTAMINE

Viimase 12 kuu jooksul külastasid uuritavad perearsti keskmiselt 3,3 korda ja eriarsti 1,8 korda. Erakorralise meditsiini osakonda külastati keskmiselt 0,2 korda ja kiirabi vajati samuti 0,2 korda. Praksiste tüüpide vahel erinevust erinevate arstide ja kiirabi vajamise vahel välja ei tulnud.

2.3.3.1. Ooteaeg

Uuritavate käest küsiti ka mitu päeva nad pidid perearstile juurdepääsu ootama. Siin tuli statistiline olulisus välja just gruppidevaheliselt (Kruskal-Wallis test $p < 0,004$). Üksikpraksiste patsiendid ootasid keskmiselt 1,4 päeva, grupipraksiste patsiendid 2,6 päeva ja polikliiniku tüüpi praksiste patsiendid pidid keskmiselt ootama 3,8 päeva perearstile pääsemist. Ukse taga pidid patsiendid ootama peale registreeritud vastuvõtu aega kõige enam polikliiniku tüüpi praksiste patsiendid (keskmiselt 14 minutit) ja kõige vähem grupipraksiste patsiendid (keskmiselt 8,7 minutit). Ooteaega üldiselt pidasid liiga pikaks 17,4% vastanutest, normaalseks pidasid ooteaega 64% ja lühikeseks 18% vastanutest. Gruppidevahelist statistilist olulisust selle küsimuse korral välja ei tulnud.

Haigekassa perearstikeskuste uuringust selgus, et esimesel päeval pääses perearsti vastuvõtule 27%, teisel päeval 32%, kolmandal päeval 21% ja neljandal päeval või hiljem 20% vastanutest. Sellest uuringust tuli ka välja, et juhul kui vastuvõtule saadi kolmandal või hiljem, valisid umbes pooled patsiendid ise selle aja.

2.3.3.2. Pere samasse nimistusse kuulumine

61% küsitletutest vastas, et neil on oma pereliikmetega sama perearst. Kõige enam olid jaatavalt vastanud polikliiniku tüüpi praksiste patsiendid (65%). Pereliikmetel enamusel sama perearst oli 9,5% ja ei olnud üldse sama 29,4%-l vastanutest. Mõningast statistilist seost võib näha ka nimistusse kuulumise ja perekonna seisu vahel (Kruskal-Wallis test $p < 0,007$), kus vallalise perekonnaseisuga vastanutel oli kõige vähem oma pereliikmega sama perearsti. Kuid siin võib põhjuseks olla ka see, et teisi pereliikmeid ei olegi.

Haigekassa perearstikeskuste uuringust tuli välja, et peaaegu kolmveerand juhtudel (72%) kuuluvad patsiendi pereliikmed sama perearsti nimistusse. Levinuimate põhjustena, miks patsiendi pereliikmed ei kuulu küsitletavaga samasse nimistusse toodi välja see, et elatakse eraldi, lapsed on täiskasvanud või et patsient elab üksinda.

2.3.3.3. Perearsti vahetamine

Perearsti vahetamisel gruppidevaheliselt statistilist olulisust välja ei tulnud. Küll aga tuli statistiline olulisus välja vanuse ja perearsti vahetamise vahel (Kruskal-Wallis test $p < 0,0001$). Samuti tuli uuringust välja, et statistiline seos oli perearsti vahetamise ja tervisliku seisundi vahel viimase viie aasta jooksul (Kruskal-Wallis test $p < 0,005$). Oluline seos tuli perearsti vahetamisel välja ka nende vahel, kes olid ise valinud omale perearsti, määrati piirkonna järgi või valis keegi teine (Kruskal-Wallis test $p < 0,0002$). Samuti osutus statistiliselt oluliseks perearsti vahetamise juures perekonna seis (Kruskal-Wallis test $p < 0,0008$), mis on täiesti oodatav tulemus, arvestades et paljud noored ja inimesed vahetavad elukohta ning seega ka perearsti (vt tabel 14).

Käesolevast uuringust selgus, et 6,5% uuritavatest ei teadnud, et perearsti on võimalik vahetada. 39,3% ei olnud vahetanud oma perearsti isiklikel põhjustel. 47,7% uuritavatest olid oma perearsti vahetanud ja peamiseks põhjuseks (20,4%) oli elukoha vahetus. 14,4%-le ei meeldinud oma vana perearst ja 13%-l eelmine perearst lahkus ning seoses sellega tuli uus arst. Kõige enam on perearsti vahetatud polikliiniku tüüpi praksiste patsiendid – 51,5%. nende peamiseks põhjuseks oli elukoha vahetus (27,6%). Perearsti mittemeeldimise pärast vahetati perearsti kõige rohkem üksikpraksistes – 16,7%. Perearsti vahetamise peamised põhjused praksiste tüübi lõikes on toodud ka tabelis 14.

Tabel 14. Perearstide külastamine, ooteaeg ja vahetamine praksiste lõikes

	Üksikpraksis	Grupipraksis	Pol tüüpi praksis
<i>PA külastamine</i>			
Täna	10,4%	4,8%	6,4%
Kuni mõned nädalad tagasi	46%	32,1%	36,3%
Üle kuu tagasi	31,2%	52,4%	51,1%
Üle aasta tagasi	12,5%	10,4%	6,4%
Perearsti vastuvõtule pääsemine (keskmiselt mitu päeva)	1,4 päeva	2,6 päeva	3,8 päeva
Keskmine ooteaeg ukse taga	9,7 minutit	8,7 minutit	13,9 minutit
<i>PA valimine</i>			
Ise	52,1%	56,6%	72,3%
Perekonna liige	6%	11,3%	6,4%
Piirkonna järgi	41,6%	32%	21,2%
<i>PA vahetamine</i>			
Ei ole vahetanud	56,3%	51,9%	49%
Vahetanud elukoha tõttu	12,5%	20,7%	27,6%
Vahetanud muudel põhjustel	31,3%	27,3%	23,4%

2.3.3.4. Perearsti külastamise põhjus

Peamiseks perearsti külastamise põhjuseks olid külmetushaigused (61%), kroonilise haigusega seoses (52%) ja muu haigestumine (24%). Muu põhjusena toodi peamiselt välja tõendite ja retseptide kirjutamine (12%). Perearsti külastamise põhjused on toodud praksiste tüübi kaupa tabelis 15.

Tabel 15. Perearsti poole pöördumise põhjused praksiste tüübi lõikes

Külastuse põhjus	Üksikpraksis (%)	Grupipraksis (%)	Pol tüüpi praksis (%)
Külmetushaigus	25,6	26	40,6
Krooniline haigestumus	20,5	19,8	39,1
Muu haigestumus	10,2	17,7	4,7
Haiguste järelravi	7,7	7,3	3,1
Ennetav tervisekontroll	0	4,2	3,1
Nõu vajamine	28,2	18,7	4,7
Muu põhjus	7,7	6,2	4,7

Perearsti külastamise põhjuste ja vanuse vahel oli statistiliselt oluline seos (Kruskal-Wallise test $p < 0,0001$). Näiteks oli eakamatel uuritavatel perearsti peamiseks külastamise põhjuseks kroonilised haigused (keskmine vanus 57,7). Nooremate kui 30 eluaastat uuritavate peamisteks perearsti külastuse põhjusteks olid külmetushaigused ja muud põhjused (enamasti erinevate tõendite ja retseptide kirjutamine).³

2.3.3.5. Ligipääs perearstipraksisele

85% uuritavatest pidas juurdepääsu ühistranspordiga heaks. 8,1% ütlesid et halb ja 6,6% ei osanud sellele küsimusele vastata. Kõige enam peeti ühistranspordiga juurdepääsu heaks polikliiniku tüüpi praksiste patsientide seas (89,1%) ja kõige vähem üksikpraksiste patsientide seas (79%). Autoga pidasid juurdepääsu heaks 80% uuritavatest. Peamiste ebameeldivate faktidena toodi välja see, et autot ei ole perearstikeskuse juures kusagile parkida.

Haigekassa perearstikeskuste uuringust selgus, et ligipääsu praksisele ühistranspordiga hindas heaks 74%, rahuldavaks 24% ja halvaks 2% uuritavatest. Ühe negatiivse põhjusena toodi välja maakonna üldine halb bussiliiklus. Ligipääsu praksisele autoga loeti üldjuhul heaks (88%). Rahuldavaks hindasid seda 12% uuritavatest.

2.3.4. PATSIENTIDE RAHULOLU PEREARSTIPRAKSISTE TÖÖ ERINEVATE ASPEKTIDEGA

Käesoleva uuringu raames uurisime ka patsientide rahulolu erinevate praksisetöö aspektidega. Rahulolu tuli hinnata skaalal 1-4, 1 kõige vähem rahul ja 4 kõige enam rahul.

Kõige kõrgemaks hindasid patsiendid oma rahulolu perearsti praksiste erinevaid aspekte grupipraksise patsiendid (keskmine hinne 3,5). Üksikpraksistes ja polikliiniku tüüpi praksiste patsiendid olid kõige vähem rahul sellega, et praksises teostatakse liiga vähe protseduure kohapeal (mõlemas grupis oli rahulolu hinne sellele aspektile kolm). Vastuvõtuaegadest kinnipidamisega oldi

³ Käesoleva uuringu raames võib ka välja tuua, et Haigekassa poolt läbiviidud uuringus peamiseks perearsti juurde pöördumise põhjuseks oli (äge) haigestumine (34%) ja krooniline haigus (27%). Kolmandal kohal olid selles uuringus pöördumise põhjuseks muud põhjused (15%) – rutiinne kontroll, analüüside ja uuringute vastuste saamine, vaktsineerimine, lapse kontroll. Käesolevas uuringus registreerumise kohta küll ei küsitud, kuid Haigekassa uuringu põhjal selgus, et 94% vastanutest ütlesid et registreerisid ennast arstile telefoni teel. 6% vastanutest leidsid, et telefoni teel on raske vastuvõtule registreeruda ning nad põhjendasid seda sellega, et helistades on telefon kinni ja registreerumiseks tuli mitu korda helistada. Viies patsiente läksid selle uuringu kohaselt perearsti vastuvõtule üldse eelnevalt registreerumata, mis näitab et eelnev vastuvõtule registreerumine ei ole suure osa patsientide jaoks enesestmõistetav (allikas: Eesti Haigekassa)

kõige vähem rahul polikliiniku tüüpi praksistes (3,1) ning samuti olid selle praksise tüübi patsiendid kõige vähem rahul arsti poolse kuulamise ja nõustamisega (3,1).

Tabelis 16 on välja toodud rahulolu keskmine erinevate perearstipraksiste töö aspektide kohta nii praksiste lõikes kui ka praksiste patsientide keskmine kokku. Rahulolu keskmine on võetud patsientide poolt vastatud rahulolu küsimustest (vastused skaalal 1-4, 1 kõige vähem rahul ja 4 kõige enam rahul). Veel on tabelis ära toodud Kruskal-Wallise testi p-väärtused. Kuigi erinevate praksiste vahel statistilist olulisust ei ilmne, on siiski selgelt näha, et kõikide erinevate praksiste töö aspektidega on kõige enam rahul grupipraksistesse kuuluvad patsiendid.

Tabel 16. Patsientide rahulolu erinevate aspektidega perearstipraksise töös

Praksise aspektid	Üksik praksis	Grupi praksis	Polikliini ku tüüpi praksis	KOKKU (keskmine)	Standard hälve	F-statistik	Kruskal-Wallise test p -väärtus
Praksise hea asukoht ja ligipääs	3,3	3,6	3,3	3,4	0,9	0,298	0,348
Vastuvõtuaegade suur valik	3,1	3,2	3,2	3,1	0,9	0,947	0,201
Vastuvõtuaegadest kinnipidamine	3,2	3,5	3,1	3,2	0,9	0,282	0,782
Patsiendi kuulamine ja nõustamine	3,2	3,5	3,1	3,3	0,9	0,147	0,498
Aktiivne kontakti otsimine patsiendiga	2,6	2,7	2,6	2,6	1,1	0,569	0,350
Suur protseduuride hulk praksistes	3	3,1	3	3	0,9	0,372	0,315
Haiguste ennetamine	2,6	2,9	2,6	2,8	1,1	0,197	0,350
Kogu pere kuulumine samasse praksisesse	3,1	3,4	3,1	3,3	1,0	0,069	0,315
Ravi kliinilised tulemused	3	3,2	3,1	3,1	1,0	0,666	0,756
Patsiendi rahulolu	3,1	3,4	3,2	3,3	0,9	0,201	0,392

2.3.5. OLULISED ASPEKTID PATSIENTIDE JAOKS PEREARSTIPRAKSISTES

Lisaks rahulolule pidid patsiendid järjestama ka enda jaoks perearsti praksisega seotud olulised aspektid. Järjestama pidi 1-7, kus 1 oli kõige olulisem ja 7 vähemoluline aspekt.

Kõigi praksiste patsientidele oli kõige olulisem, et arst neid kuulaks ja nõustaks. Üksikpraksiste patsientidele oli veel oluline praksise hea asukoht ja ligipääs, grupi ja polikliiniku tüüpi praksiste patsientidele aga ravi kliinilised tulemused. Vähemoluliseks pidasid kõigi praksiste patsiendid kogu pere kuulumist samasse nimistusse ja üksikpraksiste patsiendid ei pidanud oluliseks ka

perearstipoolset aktiivset kontakti otsimist patsiendiga. Samuti peeti väheoluliseks kõigi praksiste patsientide poolt perearsti poolset haiguste ennetamist. Patsiendi rahulolu oli praksiste lõikes kõige vähemoluline polikliiniku tüüpi praksiste patsientide seas, kuid sama oli nende rahulolu perearstipraksisega võrreldes teiste praksistega kõige kõrgem.

Kui tabelis 16 anti ülevaade patsientide rahulolust erinevate praksise tööd puudutavate aspektide kohta, siis tabelis 17 antakse ülevaade kui olulised on erinevad aspektid patsientide jaoks. Patsientidel paluti reastada enda jaoks 7 kõige olulisemat praksisega seotud asjaolu, nii et 1 oli kõige olulisem ja 7 vähemoluline. Erinevalt eelmisest tabelist tuli siin statistiline olulisus välja patsiendiga aktiivse kontakti otsimise aspekti juures (Kruskal-Wallise test $p < 0,028$). Kõige olulisemaks pidasid seda aspekti polikliiniku tüüpi praksiste patsiendid ja kõige vähemoluliseks grupipraksistesse kuuluvad patsiendid.

Tabel 17. Erinevate aspektide olulisus praksise töös patsiendi jaoks

Praksise aspektid	Üksik praksis	Grupi praksis	Polikliiniku tüüpi praksis	KOKKU (keskmine)	Standardhälve	F-statistik	Kruskal-Wallise test p-väärtus
Praksise hea asukoht ja ligipääs	5,5	6,5	5,6	5,9	3,0	0,378	0,340
Vastuvõtuaegade suurvalik	5,6	6,1	6,5	6,1	2,7	0,543	0,597
Vastuvõtuaegadest kinnipidamine	6,6	6,6	6,2	6,5	2,7	0,868	0,823
Patsiendi kuulamine ja nõustamine	4,8	4,4	4,5	4,6	3,1	0,301	0,259
Aktiivne kontakti otsimine patsiendiga	7,8	7,1	5,8	6,9	2,6	0,027	0,028
Suur protseduuride hulk praksistes	7	6,1	5,9	6,3	2,6	0,275	0,259
Haiguste ennetamine	7,2	7,6	6,9	7,3	2,4	0,559	0,804
Kogu pere kuulumine samasse praksisesse	7,7	7,7	8,2	7,8	2,0	0,492	0,451
Ravi kliinilised tulemused	6	5,9	4,7	5,6	3,3	0,259	0,259
Patsiendi rahulolu	6,7	6,1	5,5	6,1	2,8	0,343	0,330

KOKKUVÕTE

Perearstid ehk esmatasandi tervishoid on esmaseks puutekohaks inimese ja tervishoiusüsteemi vahel. Seega on väga oluline, et esmatasandi tervishoid funktsioneeriks laitmatult ja inimesed saaksid võimalikult kiiresti kvaliteetselt abi. Sotsiaalministeerium on välja töötanud esmatasandi tervishoiu arengukava aastateks 2007 – 2015, mille eesmärgiks on tagada kättesaadavad ja kvaliteetsed tervishoiuteenused ning esmatasandi ressursside ratsionaalse kasutamise.

Selleks et välja selgitada nii perearstide kui ka patsientide rahulolu praeguse esmatasandi süsteemiga, oleme läbi viinud käesoleva uuringu. Uuringu eesmärgiks oli kaardistada perearstipraksised lähtuvalt nende korralduslikest mudelitest ning hinnata perearstide ja patsientide rahulolu perearstipraksise töö erinevate aspektidega.

Analüüs teostati kahe uuringu põhjal: perearstide uuring ja patsientide uuring. Mõlema uuringu puhul oli tegemist ankeetküsitlusega, ainult et perearstid said vastata ainult veebipõhiselt, kuid patsiendid said vastata nii veebipõhiselt, kui ka ankeedi posti teel tagasi saata.

Käesoleva uuringu tulemustest selgus, et kõige otstarbekam on analüüsida perearstiabi osutamist lähtuvalt praksiste funktsionaalsetest tüüpidest: üksikpraksis, grupipraksis ja polikliiniku tüüpi praksis.

Kokku uuriti Tallinnas ja Harjumaal 76 perearstipraksist, millest 46,1% olid üksik-, 48,7% grupi ja 5,3% polikliiniku tüüpi praksised. Ressursside jagamine (aparatuur, personal, ruumid jne) toimus grupipraksiste ja polikliiniku tüüpi praksiste vahel, ressursside jagamist ei toimunud üksikpraksistes. Kõige enam said perearstid kaasa rääkida ja otsustada praksise majandamise osas üksikpraksiste arstid ja kõige vähem või üldse mitte polikliiniku tüüpi praksistesse kuuluvad arstid.

Perearstid olid kõige enam rahul oma praksise töös patsientide rahuloluga, kõige vähem aga oldi rahul perearstipoolse aktiivse kontakti otsimisel patsiendiga. Kõige olulisemaks pidasid perearstid oma praksise töö aspektide juures häid ravitulemusi ja kõige vähemoluliseks osutus nende arvates pere kuulumine samasse perearsti praksisesse.

Patsientide rahulolu hinnates selgus, et erinevate praksisetöö aspektidega olid kõige enam rahul grupipraksistesse kuuluvad patsiendid. Kõige olulisemaks pidasid patsiendid perearsti poolset head suhtlemist ja nõustamist ning ravi kliinilisi tulemusi. Nii nagu arstidki, pidasid ka nemad kõige vähemoluliseks pere kuulumist sama arsti nimistusse.

Edaspidi oleks oluline perearstiabi korraldusmudeleid võrrelda: ravikvaliteediga (s.o. kasutatud ravivõtted, uuringute kasutamine, edasisuunamine jms), rahakasutusega ja samuti tulemustasuga.

Erinevate korraldusmodelite analüüs annaks väga olulise sisendi uue esmatasandi arengukava arendamisse, eriti kui võtta üle parimad omadused igast praksise tüübist ning leida kompensatsiooni mehhanismid puuduste osas.

KASUTATUD KIRJANDUS

Mändla T, P. R. (2007). *Haigekassa Perearstikeskuste uuring*. Tallinn: Eesti Haigekassa.

(2007). *Patsientide hinnangud tervisele ja arstiabile*. Tallinn: Sotsiaalministeerium/Haigekassa.

Saltman RB, R. A. (2006). *Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care*. Open University Press.

Perearsti nimistu piirsuurus. *Riigiteataja*. Kasutamise kuupäev: 22. 11 2007. a., allikas <https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=12766070>.

Perearsti tööjuhend. *Riigiteataja*. Kasutamise kuupäev: 22. 11 2007. a., allikas <https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=788142>.

Tervishoiuamet. (15. 10. 2007. a.). Allikas: <http://www.tervishoiuamet.ee/index.php?page=176>

Tervishoiuteenuste korraldamise seadus. *Riigiteataja*. Kasutamise kuupäev: 10. 12 2007. a., allikas <https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=12911510>.

Äriseadustik. *Riigiteataja*. Kasutamise kuupäev: 27. 01 2008. a., allikas <https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=12952012>.

Sotsiaalministeerium. (2008). *Esmatasandi tervishoiu arengukava 2009-2015*. Tallinn.

Kasutamise kuupäev: 27. 03 2008. a., allikas

[http://www.sm.ee/est/HtmlPages/Esmatasandi arengukava 26 05 2008/\\$file/Esmatasandi a rengukava 26 05 2008.ppt](http://www.sm.ee/est/HtmlPages/Esmatasandi_arengukava_26_05_2008/$file/Esmatasandi_a_rengukava_26_05_2008.ppt)

LISA 1 PEREARSTIDE KÜSIMUSTIK

Perearstipraksiste iseloomustus ja arstide hinnang tegevusele

Küsimustiku eesmärgiks on kaardistada Tallinna perearstipraksiseid ja välja selgitada nende jagunemine erinevate funktsionaalsetesse korraldusmudelitesse.

Selle eesmärgi täitmiseks kogutakse andmeid perearstipraksiste asukoha, nimistute, isikkoosseisu, teostatavate tegevuste kohta ning palutakse perearstidel hinnata nende vastavust soovidele ja võimalustele.

Kaldkirjas on teatud juhtudel lisatud küsimuse vastamise juhend.

Tärniga on tähistatud küsimused, mis tuleks kindlasti vastata.

Taustandmed

1. Teie sugu?

Naine

Mees

2. Teie sünniaasta?

3. Mis aastal lõpetasite arstiteaduskonna?

4. Mis kutsega lõpetasite arstiteaduskonna?

5. Mis aastal saite perearsti kutse?

6. Mis aastal alustasite tööd perearstina?

7. Kas olete ...? *

Kui töötate enam kui ühes praksises või vastuvõtukohas, siis vastake järgnevatele küsimustele lähtudes suurema töötundide arvuga praksisest.

Perearst

Abiarst

Asendusarst

Nimistu kinnitamine

8. Mis aastal Teile nimistu kinnitati?

Praksise tüüp

9. Milline on Teie praksise tüüp? *

Kui tegemist on grupipraksisega, palun märkige ka nimistute arv praksises numbriga.

Üksikpraksis

Grupipraksis, nimistuid on praksises

10. Kas Teie praksises töötab järgneva eriala spetsialiste?

Märkige linnukesega kõik sobivad erialad. Märkige ka siis kui ostate teenust sisse.

Juhataja

Raamatupidaja

IT-spetsialist

Sekretär

Registraator või vastuvõtu töötaja

Muu spetsialist

Praksise juriidiline staatus

11. Milline on Teie praksise juriidiline staatus? *

Füüsilisest isikust ettevõtja (FIE)

Osaühing (OÜ)

Aktsiaselts (AS)

12. Milline on Teie juriidiline seos praksisega? *

Füüsilisest isikust ettevõtja

Äriühingu ainuomanik

Äriühingu osanik

Lepinguline töötaja

13. Kas ja millal Teie praksise juriidiline staatus muutunud on?

Märkige (viimase) muutuse aasta, kui praksise juriidiline staatus on muutunud.

Ei ole muutunud

On muutunud

Praksise juhtimine

14. Kui oluline on Teie jaoks, et saate praksisesse puutuvate otsuste langetamisel kaasa rääkida?

Väga oluline

Oluline

Väheoluline

Pole üldse oluline

15. Millistel praksise korralduse teemadel saate otsustamisel kaasa rääkida ja otsuseid mõjutada?

minust Otsustan ise Otsus sõltub suurel määral minust Otsus sõltub vähesel määral minust Otsus ei sõltu minust

Praksise majandamine üldiselt

Uute seadmete ost

Teenuste ost

Personali valik

Vastuvõtuaegade jagamine

Tasustatavates uuringutes osalemine

Praksise töötajad

16. Kui palju inimesi töötab Teie praksises?

Sisestage vähemalt 1 vastust.

Perearste

Abiarste

Pereõdesid

Muud meditsiinipersonali

Muud mittemeditsiinipersonali

17. Palun nimetage Teie praksises töötava muu meditsiinipersonali erialad.

Vastake juhul kui Teie praksises töötab muud meditsiinipersonali.

Praksise töökorraldus

18. Kui suur on Teie nimistu? *

Pole nimistut

Alla 1600 isiku

1600 - 2000 isikut

Üle 2000 isiku

19. Mitme nimistu patsientidega tegelete? *

Ainult enda nimistu patsientidega

Enda nimistu ja vahel ka teiste nimistute patsientidega

Pole enda nimistut, tegelen ühe nimistu patsientidega

Pole enda nimistut, tegelen ühe nimistu ja vahel ka teiste nimistute patsientidega

Kõigi praksise patsientidega

20. Kas Teie praksise nimistu(d) jagavad omavahel või teiste praksistega järgnevaid ressursse?

Ühine Eraldi

Registratuur

Vastuvõtt

Arstikabinetid

Protseduuride ruumid

Pereõde või -õed

Abipersonal

21. Kas Teie praksises on kindel arstide asendamise kord?

Jah

Ei

22. Kas olete asenduste toimimisega oma praksises rahul?

Jah

Ei

Praksise teenused

23. Kas praksises pakutakse järgnevaid meditsiinilisi teenuseid? *

Märkige ka, kas osutate neid teenuseid ise või teeb seda keegi teine. Rea kohta on võimalik valida mitu vastust.

Teen ise Teine arst Pereõde Ei tehta

Silmade kontroll

Günekoloogiline läbivaatus

Kirurgilised miniprotseduurid

Vereanalüüside võtmine

Normraseduse jälgimine

Imikute jälgimine

24. Milliseid avalikke teenuseid Teie praksise juures veel kasutada saab? *

Vastake jaatavalt kui need teenused/võimalused on kättesaadavad praksisega samas majas või selle vahetus läheduses (100 meetri raadiuses).

Ühtegi ei pakuta

Apteek

Taastusravi

Beebikool

Prillipood

Kaubanduskeskus

Juuksur või ilusalong

Linna ametiasutused

Eriarsti konsultatsioonid

25. Milliseid perearsti tööjuhendis ja eelmises küsimuses nimetamata teenuseid Teie praksises veel osutatakse?

Ei pakuta lisateenuseid

Pakutakse järgnevaid teenuseid: _____

Praksise asukoht ja juurdepääs

26. Palun valige Teie praksise asukohta kõige paremini kirjeldav väide *

Praksis asub ...

Eramu tüüpi majas

Suure kortermaja korteris

Büroo- või ärihoones

< 5 praksisega tervise- või perearstikeskuses

5 - 10 praksisega tervise- või perearstikeskuses

> 10 praksisega tervise- või perearstikeskuses

Haiglas

27. Milline on juurdepääs Teie praksisele ühistransporti kasutades?

Väga hea

Hea

Rahuldav

Halb

Väga halb

28. Milline on juurdepääs Teie praksisele autot kasutades?

Väga hea

Hea

Rahuldav

Halb

Väga halb

Erinevate aspektide olulisus praksise töös

29. Millised praksise töö aspektid on Teie arvates kõige olulisemad? *

Palun järjestage allpool olevad asjad tähtsuse järjekorras alustades 1-st.

Praksise asukoht ja kerge ligipääsetavus

Vastuvõtuaegade suur valik ja erinevate konsultatsioonivõimaluste olemasolu

Vastuvõtuaegadest kinni pidamine

Patsiendi murede kuulamine ja erinevate võimaluste selgitamine

Aktiivne patsiendiga kontakti otsimine (nt tervisekontrolli kutsumine)

Võimalikult suure hulga protseduuride teostamine praksises (k.a. normraseduse jälgimine)

Haiguste ennetamine

Kogu patsiendi pere kuulumine nimistusse

Ravitöö kliinilised tulemused

Patsiendi rahulolu

Hinnang praksise töö aspektidele

30. Millise praksise töö aspektiga olete enda praksises kõige enam rahul? *

Palun järjestage allpool olevad asjad tähtsuse järjekorras alustades 1-st.

Praksise asukoht ja kerge ligipääsetavus

Vastuvõtuaegade suur valik ja erinevate konsultatsioonivõimaluste olemasolu

Vastuvõtuaegadest kinni pidamine

Patsiendi murede kuulamine ja erinevate võimaluste selgitamine

Aktiivne patsiendiga kontakti otsimine (nt tervisekontrolli kutsumine)

Võimalikult suure hulga protseduuride teostamine praksises (k.a. normraseduse jälgimine)

Haiguste ennetamine

Kogu patsiendi pere kuulumine nimistusse

Ravitöö kliinilised tulemused

Patsiendi rahulolu

LISA 2 PATSIENTIDE KÜSIMUSTIK

Taustainfo

1. Teie sugu. *Palun tõmmake ühele vastusevariandile ring ümber.*

- 1 – mees
- 2 – naine

2. Kui vana Te olete? *Kirjutage mitu aastat.*

..... Aastat

3. Milline on Teie emakeel? *Palun tõmmake ühele vastusevariandile ring ümber.*

- 1 – eesti
- 2 – vene
- 3 – muu

4. Kus Te elate? *Palun kirjutage punktiirile täpsemalt koht.*

- 1 – linnas.....
- 2 – asulas.....
- 3 – maal.....

5. Milline on Teie perekonnaseis? *Palun tõmmake ühele vastusevariandile ring ümber.*

- 1 – abielus
- 2 – vabaabielus
- 3 – vallaline
- 4 – lesk

6. Milline on Teie põhitegevus? *Palun tõmmake ühele vastusevariandile ring ümber.*

- 1 – õpin
- 2 – töötan
- 3 – olen lapsega kodus
- 3 – olen töötu

7. Milline on Teie haridus? *Palun tõmmake ühele vastusevariandile ring ümber.*

- 1 – algharidus
- 2 – põhiharidus
- 3 – kesk(eri)haridus
- 4 – kõrgharidus

Tervis

8. Milliseks hindate oma tervist viimase viie aasta jooksul? *Palun tõmmake ühele vastusevariandile ring ümber.*

- 1 – väga hea
- 2 – hea
- 3 – rahuldav
- 4 – halb
- 5 – väga halb

9. Kas Teil on mõni pikaajaline haigus või terviseprobleem, mis on piiranud Teie igapäevategevusi? Palun tõmmake ühele vastusevariandile ring ümber ja jah vastuse korral kirjutage see haigus (probleem).

- 1 - ei
- 2 – jah Palun nimetage see.....

10. Milline on Teie arvates praegu arstiabi kvaliteet Eestis? Palun tõmmake ühele vastusevariandile ring ümber.

- 1 – hea
- 2 – pigem hea
- 3 – pigem halb
- 4 – halb
- 5 – ei oska öelda

11. Milline on Teie arvates praegu arstiabi kättesaadavus Eestis? Palun tõmmake ühele vastusevariandile ring ümber.

- 1 – hea
- 2 – pigem hea
- 3 – pigem halb
- 4 – halb
- 5 – ei oska öelda

12. Mitu korda Te olete viimase 12 kuu jooksul käinud ja/või vajanud allpool nimetatud abi? Palun tõmmake ühele vastusevariandile ring ümber ja kirjutage mitu korda.

- 1 – käinud perearsti juures korda
- 2 – käinud eriarsti juures korda
- 3 – käinud haigla erakorralise meditsiini osakonnas korda
- 4 – vajanud kiirabi korda

Perearsti vastuvõtt

13. Millal käisite viimati perearsti vastuvõtul? Palun valige üks vastus ja tõmmake ring ümber.

- 1 – täna
- 2 – mõned päevad tagasi
- 3 – mõned nädalad tagasi
- 4 – üle kuu aja tagasi
- 5 – üle aasta aja tagasi

14. Kas te valisite oma perearsti ise? Palun valige üks vastus ja tõmmake ring ümber.

- 1 – jah
- 2 – ei, keegi pereliikmetest valis
- 3 – ei, määrati piirkonna järgi

15. Kas te olete perearsti vahetanud ja miks? Palun valige üks vastus ja tõmmake ring ümber.

- 1 – jah, elukoha vahetus
- 2 – jah, eelmine perearst ei meeldinud
- 3 – jah, eelmine perearst lahkus ja tuli uus
- 4 – ei, isiklikel põhjustel
- 5 – ei, olukord ei võimalda
- 6 – ei tea kas on võimalik

16. Millisel põhjusel pöördusite viimati perearsti vastuvõtule? *Palun valige üks või mitu vastust ja tõmmake ring ümber. Palun täpsustage kui vastasite „Muu“*

- 1 – külmetushaigus
- 2 – mistahes krooniline haigestumine
- 3 – mistahes muu haigestumine
- 4 – haiguse järelravi
- 5 – ennetav tervisekontroll
- 6 – vajasin nõu
- 7 – muu põhjus

17. Mitu päeva ootasite pääsu perearsti vastuvõtule? *Märkige „0“ kui samal päeval.*
..... päeva

18. Kas ooteaeg oli Teie arvates

- 1 – liiga pikk
- 2 – normaalne
- 3 – lühike

19. Kui kaua viimasel korral ligikaudu pidite ootama perearsti kabineti ukse taga? *Arvestage aega peale kokkulepitud vastuvõtuaega.*

- 1 - minutit
- 2 – ei pidanudki ootama, sain enne kokkulepitud aega

20. Palun märkige, kes teiega tegeles. *Võib olla ka mitu vastusevarianti.*

- 1 – õde
- 2 – teie oma perearst
- 3 – asendusrst
- 4 – keegi teine

21. Kas perearst suunab teid vajadusel eriarsti konsultatsioonile?

- 1 – jah
- 2 – ei

Perearsti külastamine

22. Kas Teil on oma pereliikmetega sama perearst?

- 1 – jah
- 2 – ei
- 3 – enamusel sama

23. Kas ligipääs Teie perearsti juurde on ühistranspordiga hea?

- 1 – jah
- 2 – ei
- 3 – ei oska öelda

24. Kas ligipääs Teie perearsti juurde autoga on hea?

- 1 – jah
- 2 – ei
- 3 – ei oska öelda

25. Rahulolu arsti töö ja kabinetiga

Palun valige allpool toodud loetelust 7 (seitse) kõige **olulisemat asjaolu** teie jaoks ning reastage need tähtsuse järjekorras. Märkige järjekorra number vasakule, nii et „1” on kõige tähtsam ning „7” vähem tähtis.

Palun märkige kõigi loetletud asjaolude kohta paremale, kui **rahul** te sellega oma perearsti või perearstikeskuse puhul olete.

OLULISUS Tähtsuse järgi 1 (kõige tähtsam) ... 7. Ülejäänud on väga vähe olulised teie arvates		RAHULOLU (1 = üldse pole rahul 4= väga rahul)
	Arstikabineti asukoht ja kerge ligipääsetavus	1 – 2 – 3 – 4
	Võimalus valida erinevate vastuvõtu aegade vahel	1 – 2 – 3 – 4
	Vastuvõtuaegadest kinni pidamine	1 – 2 – 3 – 4
	Arsti oskus suhelda ja minu terviseseisundit olukorda selgitada	1 – 2 – 3 – 4
	Aktiivne kontakti otsimine Teiega (nt tervisekontrollile kutsumine, järelravi korraldamine)	1 – 2 – 3 – 4
	Protseduuride tegemise võimalus perearsti juures	1 – 2 – 3 – 4
	Haiguste ennetamine	1 – 2 – 3 – 4
	Teie kogu pere kuulumine sama arsti nimistusse	1 – 2 – 3 – 4
	Head ravitulemused	1 – 2 – 3 – 4
	Teie rahulolu perearstiga	1 – 2 – 3 – 4