

Kõrgvererõhktõve ning südame-veresoonkonnahaiguste ennetamise patsientide perearstipoolse ravikäsitluse analüüs

Sisukord

Kardioloogiliste patsientide perearstipoolse ravikäsitluse uuringu kirjeldus	2
Uuringu tulemuste lühikokkuvõte	4
1. Hüpertooniapatsientide analüüs.....	6
1.1. Kui palju hüpertooniapatsientidest on kardioloogi konsultatsioonile suunatud põhjendatult?	6
1.2. Kui palju patsientidest, keda kardioloogi vastuvõtule ei suunatud, oleks tulnud sinna saata?	6
1.3. Kuidas sõltub hüpertooniapatsiendi kardioloogi konsultatsioonile suunamise/mittesuunamise põhjendatus perearsti tegevuskohast?	7
1.4. Kuidas sõltub hüpertooniapatsiendi kardioloogi konsultatsioonile suunamise/mittesuunamise põhjendatus perearsti vanusest?	8
1.5. Kuidas sõltub hüpertooniapatsiendi kardioloogi vastuvõtule suunamise/mittesuunamise põhjendatus sellest, kas perearst oli 2009. aastal liitunud kvaliteeditasu süsteemiga?	9
1.6. Kuidas sõltub hüpertooniapatsiendi kardioloogi konsultatsioonile suunamise/mittesuunamise põhjendatus perearsti uuringufondi kasutamise osakaalust 2009. aastal?	11
1.7. Kui palju patsiente on pärast kardioloogi konsultatsiooni käinud perearsti vastuvõtul?	13
1.8. Millised uuringud on patsientidele tehtud? Milliseid uuringuid teevad perearstid liiga vähe?	14
2. Preventsioonipatsientide analüüs	17
2.1. Kui palju preventsioonipatsientidest on kardioloogi konsultatsioonile suunatud põhjendatult? ..	17
2.2. Kui palju preventsioonipatsiente neist, keda kardioloogi konsultatsioonile ei suunatud, tulnuks sinna saata?	17
2.3. Kuidas preventsioonipatsient sattus perearsti juurde?	19
2.4. Kui paljudel preventsioonipatsientidest leiti liiga kõrge vererõhk, liiga kõrge kolesteroolitase?..	19
Kardioloogidest ja perearstidest ekspertide hindamistulemuste võrdlus	20
3.1. Kas kardioloogi vastuvõtule suunamata jätmine oli meditsiiniliselt põhjendatud?	20
3.2. Kas kardioloogi konsultatsioonile saatmine oli meditsiiniliselt põhjendatud?	21
Lisa 1. Küsimustik hüpertooniapatsientide kohta (i10–i15)	22
Lisa 2. Küsimustik preventsiooniprogrammi (Z13.6) isikute kohta	24

Kardioloogiliste patsientide perearstipoolse ravikäsitluse uuringu kirjeldus

Uuringus võeti vaatluse alla kõrgvererõhktõvega patsiendid (RHK-10¹ järgi diagnoosid koodiga I10–I15) ning südame-veresoonkonna haiguste ennetamise raames kontrollitud patsiendid (diagnoosikood Z13.6 nimetusega „Eri-sõeluuring südameveresoonkonna haigusseisundite suhtes“). Analüüsis on neid patsiendirühmi nimetatud vastavalt hüpertoonia- ja preventsoonipatsientideks.

Uuringu eesmärk

Uuringu eesmärk oli hinnata 2009. ja 2010. aasta alguse ravilugude põhjal hüpertoonia- ja preventsoonipatsientide perearstipoolset ravikäsitlust.

Otsiti vastust kahele küsimusele:

- Kui palju kardioloogiliste haigustega patsientide eriarstivisiite ei olnud põhjendatud (probleemiga oleks pidanud tegelema perearst)?
- Kas suure riskiga patsiendid jõuavad õigel ajal eriarsti juurde?

Metoodika

Valimi moodustamine

1. Eesti Haigekassa tegi juhuvalimi kõikidest 2009. aasta I10–I15 põhidiagnoosiga patsientide hulgast. Need patsiendid jagunevad kaheks:

- **Patsiendid, keda ravis ainult perearst** (valimi suurus 250 patsienti).
Eeldused: a) patsient peab olema seoses selle diagnoosiga käinud 2009. aastal perearsti juures; b) patsient ei peaks sama diagnoosiga olema eriarsti juures käinud 6 kuud enne ja 6 kuud pärast perearstil käiku (või nii palju kui võimalik pärast 2009. aastat).
- **Patsiendid, kelle perearst suunas eriarsti vastuvõtule** (valimi suurus 250 patsienti). Valim võeti patsientide esmastest eriarstivisiitidest 2009. aastal.
Kitsendused: a) eriarstivisiidile peaks olema eelnenud ka perearstivisiit varasema 6 kuu jooksul; b) patsienti ei ole hospitaliseeritud 6 kuud pärast eriarsti esmast visiiti.

2. Eesti Haigekassa tegi juhuvalimi kõikidest patsientidest, kes 2009. aastal käisid perearsti juures ja kelle raviarvele oli märgitud kood Z13.6 (valimi suurus 500 patsienti).

Hindamise aluseks olnud ravidokumendid

Riigikontroll küsis kõikide valimisse sattunud patsientide kohta nende perearstidelt ravidokumentide koopiad: 2009.–2010. aasta jooksul hüpertooniadiagnoosi ja preventsooni tõttu tehtud visiitide sissekanded, uuringute vastused, saatekirjad eriarsti vastuvõtule ja eriarstide konsultatsioonide otsused.

Lisaks küsis Riigikontroll Eesti Haigekassalt valimisse sattunud hüpertoonia- ja preventsoonipatsientide kohta eriarsti ja perearsti 2009.–2010. aasta raviarved.

Ekspertide töö

Riigikontroll sõlmis Eesti Kardioloogide Seltsiga lepingu valimisse sattunud ravilugude hindamiseks.

¹ RHK-10 on rahvusvaheline haiguste ja nendega seotud terviseprobleemide klassifikatsioon.

Perearstidelt saabunud ravidokumentide koopiate ja haigekassa raviarve andmete põhjal andsid kardioloogid igale juhtumile hinnangu kahest aspektist: 1) kas suunamine oli põhjendatud, kui patsient oli suunatud kardioloogi vastuvõtule; ning 2) kas oli põhjendatud, et patsient oli ainult perearsti jälgimisel või oleks pidanud patsiendi saatma kardioloogi konsultatsioonile. Ekspertid täitsid hindamise käigus iga juhtumi kohta ankeedi tehtud uuringute, nende tulemuste jm olulise info kohta (täpsed küsimustikud on toodud lisades).

Kokku hindasid eksperdid 411 ravilugu I10–I15 diagnoosiga ja 453 ravilugu Z13.6 diagnoosiga (osa valimi patsientide kohta ei saabunud perearstidelt ravilugusid, seega ei saanud neid hinnata).

Edasine andmete töötlemine ja analüüs toimus Riigikontrollis.

Uuringu tulemuste lühikokkuvõte

Hüpertooniapatsientide analüüsi olulisemad järeldused

Üle poole kardioloogi vastuvõtule suunatud patsientidest (51,2%) ei vajanud kardioloogi konsultatsiooni. Kuna 15,6% põhjendamata suunamistest oli seotud tegemata uuringutega enne kardioloogile saatmist (mis ei tähenda kõikide patsientide korral automaatselt, et patsient ei vajanud oma seisundi tõttu kardioloogi konsultatsiooni), on põhjendamata suunamiste osakaal tõenäoliselt mõnevõrra väiksem. Põhjendamata olid patsiente kardioloogi vastuvõtule suunanud enim väikelinnade ja valdade perearstid.

Ainult perearstide jälgimisel olnud patsientide suunamata jätmise kardioloogi konsultatsioonile ei olnud põhjendatud vaid 5,8%-l juhtudest. 85,4%-l juhtudest hindasid eksperdid suunamata jätmise õigeks ja 8,7%-l juhtudest ei olnud hinnangu andmine puuduliku dokumentatsiooni tõttu võimalik. Perearsti tegevuskoht olulist rolli ei mänginud.

Ainult 35,8% patsientide korral, kelle oli kardioloogi konsultatsioonile suunatud 46aastane või vanem perearst, oli suunamine põhjendatud. 45aastaste ja nooremate perearstide korral oli põhjendatud suunamise osakaal kaks korda suurem (70,6%). Arvestama peab aga seda, et vanematel arstidel oli mittepõhjendatud suunamine väga suur seoses eelnevalt tegemata uuringutega (19,7% nooremate 7,4% vastu) ning kindlasti on nende hulgas ka patsiente, kelle tervislik seisund vajab kardioloogi konsultatsiooni. Samas jääb nooremate ja vanemate arstide erinevus siiski suureks.

Ka ainult perearsti jälgimisel olnud patsientide korral esines vanematel perearstidel proportsionaalselt neid juhtusid märgatavalt rohkem, kus oleks pidanud patsiendi kardioloogi konsultatsioonile saatma. Arvestama peab aga, et juhtumeid, kus oleks pidanud patsiendi kardioloogi vastuvõtule saatma, oli analüüsis vähe ja nende pinnalt ei saa midagi olulist järeldada.

Perearstide kvaliteeditasu süsteemiga liitunud perearstid suunasid patsiente ilma põhjuseta kardioloogi vastuvõtule märgatavalt vähem. Mida suurem oli kvaliteeditasu osakaal haigekassa kogurahastusest, seda väiksem oli kardioloogi vastuvõtule põhjendamata suunamiste osakaal.

Perearstide uuringufondi aktiivsem kasutamine seostus üldiselt vähema põhjendamata suunamisega kardioloogi vastuvõtule.

Pidevalt perearsti jälgimisel olevate patsientide hulgas (ehk neil, kellel oli pärast kardioloogi külastust kontakt perearstiga) esines kardioloogi konsultatsioonile põhjendamata suunamisi vähem. Nendel patsientidel olid ka vajalikud uuringud harvem tegemata jäetud.

Põhjendatult kardioloogi vastuvõtule suunatud patsiente olid perearstid rohkem uurinud. Samuti on üldse kardioloogi konsultatsioonile saadetud patsientidele tehtud rohkem uuringuid.

Kardioloogidest ja perearstidest ekspertide arvamused läksid enim lahku kardioloogi vastuvõtule suunamise põhjendatusele hinnangu andmisel. Perearstide hinnang sellele, kas kardioloogi konsultatsioonile suunamine oli põhjendatud, ühtis kardioloogidega ainult 39%-l juhtudest. Üldiselt olid perearstidest eksperdid oma kolleegide hindamisel karmimad ehk hindasid patsiente kardioloogidest rohkem põhjendamatult suunatuks.

Preventsioonipatsientide analüüsi olulisemad järeldused

Vähem kui pooled (42,9%) kardioloogi konsultatsioonile suunamistest ei olnud põhjendatud.

Suunamisi oli aga analüüsitud kogujuhtudest kokku 6,2% ja põhjapanevaid järeldusi siin teha ei saa.

90% patsientide puhul, keda ei saadetud kardioloogi konsultatsioonile, oli perearsti käsitlus õige.

Neid juhtusid, kus oleks pidanud konsultatsioonile suunama, oli kõigest 1,2% (8,5%-l juhtudest jäi info puuduse tõttu hinnang andmata).

Preventsioonipatsientidega analüüsi sattunud perearstidel on kvaliteeditasu osakaal keskmiselt oluliselt suurem kui hüpertooniaanalüüsi hõlmatud patsientide perearstidel. Siit võib järeldada, et kõrgemat kvaliteeditasu saavad perearstid tegelevad südame-veresoonkonnahaiguste ennetustööga rohkem.

Alljärgnevalt on uuringu tulemusi täpsemalt tutvustatud küsimuste kaupa, millele uuringu käigus vastuseid otsiti.

1. Hüpertooniapatsientide analüüs

1.1. Kui palju hüpertooniapatsientidest on kardioloogi konsultatsioonile suunatud põhjendatult?

Kõrgvererõhktõvega patsientide analüüsis oli kokku 411, kellest kardioloogi konsultatsioonile suunati 205 ja ainult perearsti jälgimisel oli 206 patsienti.

Tabel 1. Kardioloogile suunamise põhjendatus (ekspertide hinnang)

Kas suunamine oli põhjendatud?	Isikuid	%
Ei	63	30,7
Ei – pt (patsiendi) soovil*	10	4,9
Ei – uuringud puuduvad**	32	15,6
Ei-vastused kokku	105	51,2
Hindamata – info puudulik***	1	0,5
JAH	97	47,3
Kardioloogi pidev jälgimine	2	1,0
Kokku	205	

* Suunamine ei olnud põhjendatud, kuid patsient soovis suunamist (eksperti kommentaari põhjal).

** Suunamine ei olnud põhjendatud, sest vajalikud uuringud ei olnud tehtud (eksperti kommentaari põhjal).

*** Hinnangut ei ole antud, sest ravidokumentides sisalduv teave oli puudulik (eksperti kommentaari põhjal).

- Kardioloogi konsultatsioonile suunatud patsientidest oli suunamine põhjendatud 47,3%-l juhtudest.
- Suunamine ei olnud põhjendatud 51,2%-l juhtudest.
- Samas olid 15,6%-l juhtudest enne kardioloogi konsultatsioonile saatmist tegemata uuringud või puudus nende kohta ekspertidel info (ravidokumentatsioon puudulik vms). Seega oleks teatud osal nendest juhtudest uuringute tegemise korral suunamine olnud põhjendatud.
- Suunamine ei olnud kindlasti põhjendatud 35,6%-l juhtudest.

1.2. Kui palju patsientidest, keda kardioloogi vastuvõtule ei suunatud, oleks tulnud sinna saata?

Tabel 2. Kardioloogi konsultatsioonile mittesuunamise põhjendatus (ekspertide hinnang)

Kas mittesuunamine oli põhjendatud?	Isikuid	%
Ei	7	3,4
Ei – arst ebapädev*	5	2,4
Hindamata – info puudulik	18	8,7
JAH	176	85,4
Kokku	206	

* Suunamata jätmine ei olnud põhjendatud, sest perearsti pädevus ei ole piisav (eksperti kommentaari põhjal).

- Kardioloogi juurde mittesuunatud patsientidest oli mittesuunamine põhjendatud 85,4%-l juhtudest.

- Patsiendi oleks pidanud kardioloogi konsultatsioonile suunama 5,8%-l juhtudest.

1.3. Kuidas sõltub hüpertooniapatsiendi kardioloogi konsultatsioonile suunamise/mittesuunamise põhjendatus perearsti tegevuskohast?

Tabel 3. Kardioloogi konsultatsioonile suunamine perearsti tegevuskoha tüübi järgi

Kardioloogi vastuvõtule suunamine (jah/ei)	ei	%	jah	%	kokku	%
Väikelinn	31	70,5	13	29,5	44	10,7
Maakonnakeskuse linn*	54	87,1	8	12,9	62	15,1
Tallinn	65	28,5	163	71,5	228	55,5
Vald	56	72,7	21	27,3	77	18,7
Kokku	206	50,1	205	49,9	411	100

*Ida-Virumaal on maakonnakeskuse linnaks arvestatud Narva, Jõhvi ja Kohtla-Järve kokku.

- Üle poolte (55,5%) analüüsitud patsientide perearstide tegevuskoht on Tallinn.
- Kokku 71% patsientide perearsti tegevuskoht on Tallinn või mõni teine maakonnakeskuse linn. Väikelinnade ja valdade perearstide patsiente oli peaaegu kolmandik.
- Kui vaadata patsientide kardioloogi vastuvõtule suunamise/mittesuunamise jaotust, siis Tallinnas on konsultatsioonile saadetud patsientide osakaal 71,5%, mis on teistest perearsti tegevuskohtadest oluliselt suurem.
- Väikseim on valimisse sattunud ja kardioloogi vastuvõtule suunatud patsientide arv maakonnakeskuse linnades (12,9%).

Tabel 4. Kardioloogi konsultatsioonile suunamise põhjendatus perearsti tegevuskoha tüübi järgi

Kas suunamine oli põhjendatud?	ei	ei – pt soovil	ei - uuringud puuduvad	ei-vastused kokku	%	jah	%	hindamata – info puudulik	kardioloogi pidev jälgimine	kokku
Väikelinn	5	1	2	8	61,5	5	38,5			13
Maakonna- keskuse linn	2		2	4	50,0	4	50,0			8
Tallinn	48	9	25	82	50,3	81	49,7			163
Vald	8		3	11	52,4	7	33,3	1	2	21
Kokku	63	10	32	105	51,2	97	47,3	1	2	205

- Kui vaadata tulemusi kardioloogi juurde suunatud patsientide kaupa, siis on Tallinna perearstide põhjendatud suunamiste osakaal 49,7%, mis on uuringus pisut üle keskmise taseme (47,3%).
- Põhjendamata on enim suunanud väikelinnade ja valdade perearstid.
- Samas on uuringus väikelinnade ja valdade perearstide juhtumeid, kus patsient on kardioloogi konsultatsioonile saadetud, väga vähe ja järelduste tegemine on siin probleemne. Sama kehtib ka maakonnakeskuse linnade kohta.
- Kui vaadata Tallinn vs muu Eesti kokku (väikelinn, maakonnakeskuse linn, vald), siis on tulemused siiski küllaltki sarnased.

Tabel 5. Kardioloogi konsultatsioonile mittesuunamise põhjendatus perearsti tegevuskoha järgi

Kas mittesuunamine oli põhjendatud?	ei	ei – arst ebapädev	ei-vastused kokku	%	jah	%	hindamata – info puudulik	kokku
Väikelinn		1	1	3,2	29	93,5	1	31
Maakonnakeskuse linn	1	2	3	5,6	49	90,7	2	54
Tallinn	4		4	6,2	53	81,5	8	65
Vald	2	2	4	7,1	45	80,4	7	56
Kokku	7	5	12	5,8	176	85,4	18	206

- Kardioloogi konsultatsioonile mittesuunatud patsientide mittepõhjendatud juhte on igas rühmas vähe ja siin midagi sisuliselt võrrelda ei saanud. Põhjendatud juhtude tulemused on küllaltki võrdsed ning erinevusi mõjutavad pigem hindamata juhtude osakaalud.

1.4. Kuidas sõltub hüpertooniapatsiendi kardioloogi konsultatsioonile suunamise/mittesuunamise põhjendatus perearsti vanusest?

Perearstide vanus on jagatud 2009. aasta seisuga kaheks: kuni 45aastased perearstid ning 46aastased ja vanemad arstid. Vanuse jaotumine on teatud kompromiss, mis peaks tinglikult jagama perearstid nooremateks ja tõenäolisemalt perearsti haridusega perearstideks ning vanemateks ja tõenäolisemalt ümber õppinud perearstideks (endised üldarstid).

Tabel 6. Kardioloogi vastuvõtule suunamine sõltuvalt perearsti vanusest

Kardioloogi vastuvõtule suunamine (jah/ei)	ei	%	jah	%	kokku	%
Kuni 45 (k.a)	56	45,2	68	54,8	124	30,2
46 ja vanemad	150	52,3	137	47,7	287	69,8
Kokku	206		205		411	

- Kokku oli perearstide vanusel põhinev jaotus selline, et nooremate perearstide juhte oli 30% ja vanemate osakaal oli 70%.
- Kardioloogi konsultatsioonile suunamise/mittesuunamise jaotuses oli noorematel perearstidel suunamisi pisut enam (54,8%) kui vanematel perearstidel (47,7%)

Tabel 7. Kardioloogi vastuvõtule suunamise põhjendatus sõltuvalt perearsti vanusest

Kas suunamine oli põhjendatud?	kuni 45 (k.a)	%	46 ja vanemad	%	kokku
Ei	11	16,2	52	38,0	63
Ei – pt soovil	4	5,9	6	4,4	10
Ei – uuringud puuduvad	5	7,4	27	19,7	32
Ei-vastused kokku	20	29,4	85	62,0	105
JAH	48	70,6	49	35,8	97
Hindamata – info puudulik		0,0	1	0,7	1
Kardioloogi pidev jälgimine*		0,0	2	1,5	2
kokku	68	100,0	137	100,0	205

* Hinnangut ei ole antud ja ekspert on lisanud kommentaari „kardioloogi pidev jälgimine“.

- Hinnanud kardioloogi juurde suunamise põhjendatust perearsti vanuse järgi, ilmnesid märkimisväärsed erinevused. Nooremate perearstide korral on kardioloogi konsultatsioonile suunamise põhjendatus 70,6%, mis on oluliselt üle keskmise (47,3%).
- Vanemate perearstide korral on põhjendatud suunamise osakaal kõigest 35,8%.
- Arvestades seda, et vanematel arstidel on uuringuteta kardioloogi konsultatsioonile suunamine suur (19,7%), ning seda, et see ei tähenda alati põhjendamata suunamist, on vahed tegelikult mõnevõrra väiksemad. Erinevus jääb aga siiski märkimisväärseks.

Tabel 8. Kardioloogi vastuvõtule suunamata jätmise põhjendatus, lähtudes perearsti vanusest

Kas mittersuunamine oli põhjendatud?	kuni 45 (k.a)	%	46 ja vanemad	%	kokku	%
Ei	1	1,8	6	4,0	7	3,4
Ei – arst ebapädev	1	1,8	4	2,7	5	2,4
Ei-vastused kokku	2	3,6	10	6,7	12	5,8
JAH	47	83,9	129	86,0	176	85,4
Hindamata – info puudulik	7	12,5	11	7,3	18	8,7
Kokku	56	100,0	150	100,0	206	100,0

- Kuigi selliste patsientide arv, kes oleks vajanud kardioloogi konsultatsioonile, aga keda perearst sinna ei suunanud, on väike, on ka siin vanemate perearstide praktika märkimisväärselt halvem nooremate perearstidega võrreldes. 12-st kardioloogi vastuvõtule põhjendamata suunamata jätmisest oli 10 korral suunamata jätnud vanem perearst (vanemaid perearste oli uuringus samas ainult 2 korda rohkem kui nooremaid).
- Arvestama peab seda, et juhtumeid, kus oleks pidanud patsiendi kardioloogi vastuvõtule suunama, on vähe ja nende pinnalt ei saa midagi järeldada.
- Põhjendatult kardioloogi konsultatsioonile saatmata jätmises on aga tulemused sarnased.

1.5. Kuidas sõltub hüpertooniapatsiendi kardioloogi vastuvõtule suunamise/mittersuunamise põhjendatus sellest, kas perearst oli 2009. aastal liitunud kvaliteeditasu süsteemiga?

Kuna kvaliteeditasu saadakse väga erinevalt, on perearstid jagatud kvaliteeditasu järgi rühmadesse, kus 0 on perearstid, kes ei ole liitunud kvaliteeditasu süsteemiga, ning 1–4 on kvaliteeditasu saajad. Gruppidesse on perearstid (teenuseosutajad) jagatud lähtuvalt sellest, kui suur oli 2009. aastal perearstidel kvaliteeditasu osakaal haigekassa kogurahastusest.

Tabel 9. Kardioloogi konsultatsioonile suunamine kvaliteeditasu klasside kaupa

Kvaliteeditasu klass	Kardioloogi konsultatsioonile suunamine				kokku
	ei	%	jah	%	
0	102	49,5	100	48,8	202
1 (0,25–0,96%)	35	17,0	58	28,3	93
2 (1–2,43%)	19	9,2	15	7,3	34
3 (2,51–2,99%)	16	7,8	23	11,2	39
4 (3,09–5,3%)	34	16,5	9	4,4	43
Kokku	206	100,0	205	100,0	411

- Kardioloogi konsultatsioonile suunamise ja kvaliteeditasuga mitteliitumise (rühm 0) ning kvaliteeditasuga liitumise (1.–4. rühm kokku) juhud jagunevad üldjoontes neljaks võrdseks osaks (igas ligikaudu 100 patsienti).

Tabel 10. Analüüsitud juhud kvaliteeditasuga liitumise klasside ja perearsti vanuse järgi

Kvaliteeditasu klass	Kuni 45 a (k.a)	%	46 a ja vanemad	%	Kokku
0	53	42,7	149	51,9	202
1 (0,25–0,96%)	30	24,2	63	22,0	93
2 (1–2,43%)	12	9,7	22	7,7	34
3 (2,51–2,99%)	13	10,5	26	9,1	39
4 (3,09–5,3%)	16	12,9	27	9,4	43
Kokku	124	100	287	100	411

- Nooremad perearstid töötavad mõnevõrra rohkem selliste perearsti teenuseosutajate juures, kes saavad kvaliteeditasu.
- Kõikides kvaliteeditasu rühmades on noorematel perearstidel mõningane ülekaal.

Tabel 11. Kardioloogi vastuvõtule suunamise põhjendatus kvaliteeditasu klasside kaupa

Kas suunamine oli põhjendatud?	Kvaliteeditasu klass										Kokku
	0	%	1 (0,25–0,96%)	%	2 (1–2,43%)	%	3 (2,51–2,99%)	%	4 (3,09–5,3%)	%	
ei	32	32	21	36	5	33	4	17	1	11	63
ei – pt soovil	3	3	5	9	1	7		0	1	11	10
ei – uuringud puuduvad	20	20	5	9		0	6	26	1	11	32
Ei-vastused kokku	55	55	31	53	6	40	10	43	3	33	105
JAH	42	42	27	47	9	60	13	57	6	67	97
hindamata – info puudulik	1	1		0		0		0		0	1
pidev kardioloogi jälgimine	2	2		0		0		0		0	2
Kokku	100	100	58	100	15	100	23	100	9	100	205

- Vaadates kardioloogi konsultatsioonile suunamise põhjendatust kvaliteeditasu rühmade kaupa, on näha, et kvaliteeditasu süsteemiga liitumine näitab mõnevõrra suuremat osakaalu põhjendatult kardioloogi vastuvõtule suunamises.
- Kui kvaliteeditasu rühm 0 ja 1 erinevad üksteisest minimaalselt (põhjendamatu suunamise osakaal vastavalt 55 ja 53%), siis rühm 2, 3 ja 4 näitavad juba märgatavalt väiksemat põhjendamatult kardioloogi juurde suunamise taset.
- Samas on iga grupi patsientide arv väike, kuid 2.–4. rühm kokku (19 juhtumit) võimaldavad juba teatud järeldusi teha.

Tabel 12. Kardioloogi konsultatsioonile mittesuunamise põhjendatus kvaliteeditasu klasside kaupa

Kas mitte-suunamine oli põhjendatud?	Kvaliteeditasu klass										Kokku
	0	%	1 (0,25–0,96%)	%	2 (1–2,43%)	%	3 (2,51–2,99%)	%	4 (3,09–5,3%)	%	
ei	4	3,9	3	8,6							7
ei – arst ebapädev	4	3,9							1	2,9	5
JAH	85	83,3	29	82,9	18	94,7	15	93,8	29	85,3	176
hindamata – info puudulik	9	8,8	3	8,6	1	5,3	1	6,3	4	11,8	18
kokku	102	100,0	35	100,0	19	100,0	16	100,0	34	100,0	206

- Kardioloogi vastuvõtule suunamata jätmise kohta on keeruline järeldusi teha, sest juhtumeid, kus patsiendi oleks pidanud kardioloogi konsultatsioonile saatma, on analüüsis väga vähe.

1.6. Kuidas sõltub hüpertooniapatsiendi kardioloogi konsultatsioonile suunamise/mittesuunamise põhjendatus perearsti uuringufondi kasutamise osakaalust 2009. aastal?

Uuringufondi kasutamise klassid on moodustatud selle järgi, kui palju perearstiteenuse osutajad 2009. aastal uuringufondi raha ära kasutasid. 4. klass sisaldab ka neid perearste, kelle uuringufondi kasutamise protsent oli rohkem kui 100.

Tabel 13. Juhtude jagunemine uuringufondi kasutamise klassi järgi

Uuringufondi kasutamise klass	Juhtude arv	%
1 (23–49%)	21	5,1
2 (50–74%)	61	14,8
3 (75–99%)	174	42,3
4 (100%)	155	37,7
kokku	411	100,0

Tabel 14. Juhtude jagunemine uuringufondi kasutamise klassi ja perearsti tegevuskoha järgi

Tegevuskoht	Kvaliteeditasu klass								Kokku
	1 (23–49%)	%	2 (0,5–0,74%)	%	3 (0,75–0,99)	%	4 (100%)	%	
Väikelinn	3	6,8	7	16	19	43,2	15	34,1	44
Maakonna-keskuse linn		0,0	4	6	35	56,5	23	37,1	62
Tallinn	6	2,6	36	16	97	42,5	89	39,0	228
Vald	12	15,6	14	18	23	29,9	28	36,4	77
Kokku	21		61		174		155		411

- Uuringufondi kasutus perearsti tegevuskoha tüübiti jaguneb 4 rühmas üsna võrdselt (34–39%), kuid 3. rühmas on näha, et linnades on uuringufondi kasutamine suurem kui valdades.

- Valdades on ka 1. rühm kõige suurema osakaaluga.

Tabel 15. Kardioloogi konsultatsioonile suunamise põhjendatus uuringufondi kasutamise klasside kaupa

Kas suunamine oli põhjendatud?	Kvaliteeditasu klass								Kokku	%
	1 (23–49%)	%	2 (0,5–0,74%)	%	3 (0,75–0,99)	%	4 (100%)	%		
ei	5	35,7	9	30,0	23	28,4	26	32,5	63	30,7
ei – pt soovil	1	7,1			3	3,7	6	7,5	10	4,9
ei – uuringud puuduvad	2	14,3	7	23,3	23	28,4			32	15,6
Ei-vastused kokku	8	57,1	16	53,3	49	60,5	32	40,0	105	51,2
JAH	4	28,6	13	43,3	32	39,5	48	60,0	97	47,3
hindamata – info puudulik			1	3,3					1	0,5
pidev kardioloogi jälgimine	2	14,3							2	1,0
kokku	14	100,0	30	100,0	81	100,0	80	100,0	205	100,0

- Uuringufondi 100% või üle kulutavate perearstide (perearstiteenuse osutajate) hulgas on põhjendamatult kardioloogi juurde suunatud hulk kõige väiksem (40%).
- Samas on 3. rühmas, kus kulutatakse 75–99% uuringufondist, põhjendamatult kardioloogile suunatud hulk kõige suurem (60%).
- Neil on suur ka uuringuteta kardioloogi konsultatsioonile saatmise osakaal, mis moodustab pea 50% mittepõhjendatult kardioloogi vastuvõtule saatmistest (sama on ka 2. rühma korral).
- Seega, kui arvestada, et kõik uuringuteta kardioloogi vastuvõtule saadetud juhtudest ei ole sisuliselt põhjendamatud, siis muudab see 2. ja 3. rühma kardioloogi juurde põhjendamata suunatud protsendi väikseks.

Tabel 16. Kardioloogi vastuvõtule mittesuunamise põhjendatus uuringufondi kasutamise klasside kaupa

Kas mittesuunamine oli põhjendatud?	Kvaliteeditasu klass								Kokku	%
	1 (23–49%)	%	2 (0,5–0,74%)	%	3 (0,75–0,99)	%	4 (100%)	%		
ei			1	3,2	3	3,2	3	4,0	7	3,4
ei – arst ebapädev					2	2,2	3	4,0	5	2,4
hindamata – info puudulik	1	14,3	1	3,2	10	10,8	6	8,0	18	8,7
jah	6	85,7	29	93,5	78	83,9	63	84,0	176	85,4
kokku	7	100	31	100	93	100	75	100	206	100

- Kardioloogi konsultatsioonile mittesuunamise põhjendatuse kohta on keeruline järeldusi teha, sest mittepõhjendatud on väga üksikud juhud. Uuringufondi kasutamise määraga on siin keeruline midagi seostada.

- Olulist rolli mängib ka hindamata juhtude osakaal ning põhjendatud mittesuunamiste osakaalude võrdlus ei näita samuti midagi.

1.7. Kui palju patsiente on pärast kardioloogi konsultatsiooni käinud perearsti vastuvõtul?

Tabel 17. Perearsti külastamine pärast kardioloogi konsultatsiooni kardioloogi vastuvõtule suunamise põhjendatuse/mittepõhjendatuse järgi

Kas suunamine oli põhjendatud?	Perearsti külastamine pärast kardioloogi konsultatsiooni							
	ei	%	jah	%	teadmata	%	kokku	%
ei	9	23,7	41	28,7	13	54,2	63	30,7
ei – pt soovil	3	7,9	7	4,9		0,0	10	4,9
ei – uuringud puuduvad	13	34,2	13	9,1	6	25,0	32	15,6
Ei vastused kokku	25	65,8	61	42,7	19	79,2	105	51,2
JAH	13	34,2	80	55,9	4	16,7	97	47,3
hindamata – info puudulik					1	4,2	1	0,5
pidev kardioloogi jälgimine			2	1,4			2	1,0
kokku	38	100	143	100	24	100	205	100

- Patsientide hulgas, kes pärast eriarsti juures käimist külastasid ka perearsti, oli kardioloogi konsultatsioonile põhjendatud suunamiste osakaal 55,9% ja mittepõhjendatud suunamiste osakaal 42,7%.
- Patsientide seas, kes ei külastanud pärast kardioloogi juures käimist perearsti, oli põhjendatud suunamiste osakaal märgatavalt väiksem, s.o 34,2%, ning mittepõhjendatud suunamiste osakaal märgatavalt suurem, s.o 65,8%.
- Samas on rohkem kui pool mittepõhjendatud suunamistest seotud uuringute tegemata jätmisega enne kardioloogi vastuvõtule suunamist. Pärast kardioloogi konsultatsiooni perearsti külastanutel on uuringute tegemata jätmise tõttu mittepõhjendatud suunamiste osakaal palju väiksem (9,1%).
- Kokkuvõttes võib järeldada, et pidevalt perearsti külastavate patsientide hulgas on rohkem neid, kelle saatmine kardioloogi konsultatsioonile oli põhjendatud, ja vähem neid, kellele ei tehtud enne konsultatsioonile saatmist vajalikke uuringuid.

Tabel 18. Perearsti külastamine pärast kardioloogi konsultatsiooni kardioloogi vastuvõtule suunamise põhjendatuse/mittepõhjendatuse kaupa ainult Tallinna perearstide põhjal

Hinnang	Perearsti külastamine pärast kardioloogi konsultatsiooni					
	ei	%	jah	%	teadmata	kokku
ei	8	26,7	33	26,8	7	48
ei – pt soovil	2	6,7	7	5,7		9
ei – uuringud puuduvad	9	30,0	13	10,6	3	25
jah	11	36,7	70	56,9		81
kokku	30	100	123	100	10	163

- Linna-/maakategeoorias ei ole alarühmades piisavalt juhtumeid, et järeldusi teha.
- Tallinna linnas kehtivad samad seosed nagu koguhulgas.

1.8. Millised uuringud on patsientidele tehtud? Milliseid uuringuid teevad perearstid liiga vähe?

Tabel 19. Patsientidele tehtud uuringud kardioloogi vastuvõtule suunamise/mittesuunamise järgi

Uuringud	Suunamine kardioloogi konsultatsioonile					
	ei	%	jah	%	kokku	%
Isikuid kokku	206		205		411	
EKG-uuring	96	46,6	185	90,2	281	68,4
Kreatiniinikliirensi määramine	123	59,7	163	79,5	286	69,6
Uriiniproov	82	39,8	100	48,8	182	44,3
Kolesteroolisisalduse määramine	153	74,3	180	87,8	333	81,0
EKG-koormustest	10	4,9	43	21,0	53	12,9
Südame ultraheliuuring	8	3,9	76	37,1	84	20,4
Muu ultraheliuuring	19	9,2	37	18,0	56	13,6
Holteri vererõhumonitooring	9	4,4	63	30,7	72	17,5

- Kardioloogi vastuvõtule saadetutele on tehtud kõiki uuringuid rohkem kui perearsti jälgimisel olevatele.
- Enim on tehtud EKGd (90,2%) ja kolesteroolianalüüsi (87,7%).

Tabel 20. Patsientidele tehtud uuringud kardioloogi vastuvõtule suunamise põhjendatuse järgi

Uuringud	ei	ei – pt soovil	ei – uuringud puuduvad	Ei-vastused kokku	%	JAH	%	hindamata – info puudulik	kardioloogi pidev jälgimine	kokku
Isikuid kokku	63	10	32	105		97		1	2	205
EKG-uuring	56	10	29	95	90,5	89	91,8	0	1	185
Kreatiniinikliirensi määramine	43	7	25	75	71,4	88	90,7	0	0	163
Uriiniproov	27	3	14	44	41,9	55	56,7	1	0	100
Kolesterooli-sisalduse määramine	55	7	27	89	84,8	91	93,8	0	0	180
EKG-koormustest	10	3	3	16	15,2	26	26,8		1	43
Südame ultraheliuuring	16	3	9	28	26,7	48	49,5			76
Muu ultraheli-uuring	17		2	19	18,1	18	18,6			37
Holteri vererõhu-monitooring	17	4	8	29	27,6	33	34,0		1	63

- Üldiselt on põhjendatult kardioloogi vastuvõtule suunatud patsientidele tehtud rohkem uuringuid.

Tabel 21. Patsientidele tehtud uuringud perearsti tegevuskoha järgi

Uuringud	väike- linn	%	maakonna- keskuse linn	%	Tallinn	%	vald	%	kokku	%
Isikuid kokku	44		62		228		77		411	
EKG-uuring	28	63,6	27	43,5	180	78,9	46	59,7	281	68,4
Kreatiniin kliirensi määramine	32	72,7	41	66,1	171	75,0	42	54,5	286	69,6
Uriiniproov	20	45,5	21	33,9	117	51,3	24	31,2	182	44,3
Kolesteroolisalduse määramine	37	84,1	45	72,6	198	86,8	53	68,8	333	81,0
EKG-koormustest	5	11,4	5	8,1	32	14,0	11	14,3	53	12,9
Südame ultraheliuuring	7	15,9	5	8,1	63	27,6	9	11,7	84	20,4
Muu ultraheliuuring	6	13,6	6	9,7	40	17,5	4	5,2	56	13,6
Holteri vererõhu- monitooring	6	13,6	5	8,1	53	23,2	8	10,4	72	17,5

- Kõikidest patsientidest on enim uuritud Tallinna perearstide patsiendid (rohelised on iga uuringu kohta parimad ja punased halvimal näitajad).
- Maakonnakeskuste linnade ja valdade perearstide patsiendid on keskmiselt kõige halvemini uuritud.

Tabel 22. Kardioloogi konsultatsioonile suunatud patsientidele tehtud uuringud perearsti tegevuskoha järgi

Uuringud	väike- linn	%	maakonna- keskuse linn	%	Tallinn	%	vald	%	kokku	%
Isikuid kokku	13		8		163		21		205	
EKG-uuring	11	84,6	7	87,5	149	91,4	18	85,7	185	90,2
Kreatiniin kliirensi määramine	10	76,9	7	87,5	134	82,2	12	57,1	163	79,5
Uriiniproov	4	30,8	4	50,0	86	52,8	6	28,6	100	48,8
Kolesteroolisalduse määramine	11	84,6	7	87,5	149	91,4	13	61,9	180	87,8
EKG-koormustest	5	38,5	2	25,0	30	18,4	6	28,6	43	21,0
Südame ultraheliuuring	6	46,2	4	50,0	59	36,2	7	33,3	76	37,1
Muu ultraheliuuring		0,0	2	25,0	35	21,5		0,0	37	18,0
Holteri vererõhu- monitooring	4	30,8	2	25,0	50	30,7	7	33,3	63	30,7

- Kardioloogi vastuvõtule suunatud patsientidest on samuti Tallinna perearstide patsiendid paremini uuritud (rohelised on iga uuringu kohta parimad ja punased halvimal näitajad).
- Punaseid väärtusi (tehtud kõige vähem uuringuid patsiendi kohta) on enim valdade ja linnade perearstide patsientide hulgas.

Tabel 23. Ainult perearsti jälgimisel olevatele patsientidele tehtud uuringud perearsti tegevuskoha järgi

Uuringud	väike- linn	%	maakonna- keskuse linn	%	Tallinn	%	vald	%	kokku	%
Isikuid kokku	31		54		65		56		206	
EKG-uuring	17	54,8	20	37,0	31	47,7	28	50,0	96	46,6
Kreatiniin kliirensi määramine	22	71,0	34	63,0	37	56,9	30	53,6	123	59,7
Uriiniproov	16	51,6	17	31,5	31	47,7	18	32,1	82	39,8
Kolesteroolisalduse määramine	26	83,9	38	70,4	49	75,4	40	71,4	153	74,3
EKG-koormustest			3	5,6	2	3,1	5	8,9	10	4,9
Südame ultraheliuuring	1	3,2	1	1,9	4	6,2	2	3,6	8	3,9
Muu ultraheliuuring	6	19,4	4	7,4	5	7,7	4	7,1	19	9,2
Holteri vererõhu- monitooring	2	6,5	3	5,6	3	4,6	1	1,8	9	4,4

- Perearsti jälgimisel olevatest patsientidest on keskmiselt kõige paremini uuritud linnade (väikelinnad) perearstide patsiendid (rohelised on iga uuringu kohta parimad ja punased halvimald näitajad).
- Halvimad tulemused on maakonnakeskuse linnade ja valdade perearstide patsientidel.

2. Preventsioonipatsientide analüüs

2.1. Kui palju preventsioonipatsientidest on kardioloogi konsultatsioonile suunatud põhjendatult?

Preventsioonipatsiente oli analüüsis kokku 453. Kardioloogi konsultatsioonile suunati neist ainult 28 (6,2%).

Tabel 24. Kardioloogi konsultatsioonile preventsioonipatsientide suunamise põhjendatus

Kas suunamine oli põhjendatud?	Isikuid	%
ei	15	53,6
jah	12	42,9
hindamata – info puudulik	1	3,6
kokku	28	

- Kardioloogi konsultatsioonile saadetud patsientidest ei olnud 15 suunamist põhjendatud (53,6%) ja 12 (42,9%) olid põhjendatud.
- Kuna suunamisi oli analüüsitud juhtude hulgas väga vähe, siis laiaulatuslikke järeldusi ei ole võimalik teha.

2.2. Kui palju preventsioonipatsiente neist, keda kardioloogi konsultatsioonile ei suunatud, tulnuks sinna saata?

Tabel 25. Kardioloogi vastuvõtule preventsioonipatsientide mittesuunamise põhjendatus

Kas mittesuunamine oli põhjendatud?	Isikuid	%
ei	5	1,18
jah	382	89,88
hindamata – info puudulik	36	8,47
viibis haiglaravil	2	0,47
kokku	425	

- 89,9% preventsioonipatsientide puhul, keda perearst kardioloogi juurde ei suunanud, oli arst talitanud õigesti.
- Ainult 5 juhul (1,2%) hindasid eksperdid, et patsiendi oleks pidanud kardioloogi juurde suunama.
- 36 juhtu (8,5%) jäi seoses info puudulikkusega hindamata.
- Kuna juhtude arv, kus patsiendi oleks pidanud kardioloogi konsultatsioonile suunama, on väga väike, siis mingeid järeldusi siinkohal teha ei saa.
- Kokkuvõttes võib öelda, et käsitletud juhul probleeme perearstide töös ei ole.
- Küll on probleemsed need 8,5% uuringusse sattunud juhtudest, kus ravidokumentatsioon ei olnud hinnangu andmiseks piisav.

Kuna preventsoonipatsientide suunamisi kardioloogi konsultatsioonile ja põhjendamatuid suunamata jätmisi oli vähe, siis ei ole võimalik analüüsida andmeid perearsti tegevuskoha, vanuse, kvaliteeditasu süsteemiga liitumise ja uuringufondi kasutamise määra järgi.

Tabel 26. Analüüsitud preventsoonijuhtude jagunemine uuringufondi kasutuse klassi ja perearsti tegevuskoha järgi

Perearsti tegevuskoht	Uuringufondi kasutuse klass				
	1 (41–49%)	2 (50–74%)	3 (75–99%)	4 (100%)	Kokku
Tallinn	1	28	75	56	160
maakonnakeskuse linn	3	21	97	49	170
väikelinn		2	18	9	29
vald	4	8	41	41	94
kokku	8	59	231	155	453

- Kui analüüsida patsiente perearsti tegevuskoha ja uuringufondi kasutamise määra kaupa, siis kasutasid uuritud patsientide perearstid uuringufondi suhteliselt hästi: 85,2% juhtude korral oli see vahemikus 75–100%.
- Hüpertoonikute analüüsi hõlmatud perearstide korral oli see natuke väiksem: 80%.
- Samas erines preventsoonipatsientide ja hüpertooniapatsientide puhul perearstide uuringufondi kasutamise keskmine protsent vähe (paljudelt perearstidelt oli valimis nii preventsooni- kui ka hüpertooniapatsiente ja need andmed seega kattuvad). Kui preventsoonianalüüsi hõlmatud perearstidel (teenuseosutajal) oli see keskmiselt 86,4%, siis hüpertooniapatsientide korral 84,5%.

Tabel 27. Preventsooni- ja hüpertooniajuhtude jagunemise võrdlus kvaliteeditasu rühmade järgi

Kvaliteeditasu klass	Preventsoonipatsientide analüüs	Hüpertooniapatsientide analüüs
0	32,23%	49,15%
1 (0,3–0,9%)	9,27%	22,63%
2 (1–2,4%)	17,00%	8,27%
3 (2,5–2,9%)	14,35%	9,49%
4 (3–8,6%)	27,15%	10,46%
Kokku	100,0%	100,0%

- Preventsoonipatsientidega valimisse sattunud perearstiteenuse osutajad on oluliselt suuremal määral kvaliteeditasu saajad kui hüpertooniadiagnoosiga analüüsi sattunud perearstiteenuse osutajad.
- Preventsoonipatsientide analüüsi juhtude hulgas on kvaliteeditasu 3. ja 4. klassi osakaal 41,5%, hüpertooniaanaluüsi osas aga kaks korda väiksem: 20%.
- Kui hüpertooniaanaluüsis oli kvaliteeditasu süsteemiga mitteliitunudid pea pooled (49,15%), siis preventsoonianaluüsis pea kolmandik (32,23%).
- Kokkuvõttes võib järeldada, et kvaliteeditasuga üldse liitunud ja omakorda ka suurema osakaaluga kvaliteeditasu saajad tegelevad aktiivsemalt ka oma nimistu patsientide terviseedendusega.

2.3. Kuidas preventsoonipatsient sattus perearsti juurde?

Tabel 28. Preventsoonipatsientide perearsti juurde jõudmise viisid kvaliteeditasu klasside kaupa

Kvaliteeditasu klass	Perearst kutsus	Tuli ise	Teadmata	Kokku
0	1,99%	24,72%	5,52%	32,23%
1 (0,3–0,9%)	0,22%	8,39%	0,66%	9,27%
2 (1–2,4%)	0,44%	15,89%	0,66%	17,00%
3 (2,5–2,9%)	1,77%	10,82%	1,77%	14,35%
4 (3–8,6%)	3,53%	18,32%	5,30%	27,15%
Kokku patsiente	36	354	63	453
%	7,95%	78,15%	13,91%	100,00%

- Ligi 8% (7,95%) preventsoonipatsientidest kutsus kontrolli perearst või -õde.
- 78,15%-l juhtudest tuli patsient perearsti juurde mõne muu probleemiga (tervisetõend, viirusinfektsioon, retsepti pikendamine vm).
- Perearsti kutsutud patsiente on suurema kvaliteeditasu osakaaluga perearstide hulgas rohkem.
- Samas kutsusid arstid ise vastuvõtule nii vähe patsiente, et siit ei ole võimalik järeldusi teha.

2.4. Kui paljudel preventsoonipatsientidest leiti liiga kõrge vererõhk, liiga kõrge kolesteroolitase?

Liiga kõrge vererõhuga patsientide arvu ei ole analüüsitud, sest ankeedis oli ka küsimus, kas patsient on hüpertoonik. Vastanud sellele jaatavalt, võis küsimusele, mis on viimasel korral mõõdetud vererõhu väärtus, vastata, et vererõhk on normis. Seega ei saa pealkirjas esitatud küsimusele täpselt vastata. Iseasi on, kas pidada jaatavaid vastuseid küsimusele „Kas patsient on hüpertoonik?“ diagnoosi Z13.6 kontrolli positiivseks tulemuseks (avastati uusi seni regulaarselt mittejälgitud ja -ravitud patsiente). Samalaadne küsimus oli ankeedis ka kolesteroolitaseme kohta, kus vastused võivad näidata kontrolli alla saadud kolesteroolitasemega patsientide hulka.

Kardioloogidest ja perearstidest ekspertide hindamistulemuste võrdlus

3.1. Kas kardioloogi vastuvõtule suunamata jätmine oli meditsiiniliselt põhjendatud?

Tabelis on 25 patsienti, kelle puhul said nii kardioloogid kui ka perearstid dokumentidest aru, et patsienti ei suunatud kardioloogi konsultatsioonile.

Tabel 29. Perearstide ja kardioloogide hinnangute võrdlus ainult perearsti jälgimisel olevate patsientide käsitluse kohta

	Kas mittesuunamine oli põhjendatud?	Perearstide hinnang			%, kus perearstid jõudsid kardioloogidega samale tulemusele	Kardioloogid kokku
		ei	jah	hindamata – info puudulik		
Kardioloogide hinnang	ei	1	1		50%	2
	jah	2	34	9	76%	45
	hindamata – info puudulik		4	1	20%	5
	perearstid kokku	3	39	10		52

- Jättes kõrvale juhud, kus perearstidest ja/või kardioloogidest ekspertide arvates oli dokumentatsioon loetamatu (näiteks käsikirjas dokumendid) või info ebapiisav, jõudsid perearstid kardioloogidega samale seisukohale suunamata jätmise põhjendatuse suhtes 34 juhul 45-st (76%).
- 10 juhtu oli sellist, kus perearstid jätsid hinnangu andmata, kuna käsikirjalised dokumendid (5 juhtu) olid loetamatud ja/või oli info puudulik. Kardioloogid pidasid 9 neist selliseks, kus mittesuunamine oli põhjendatud, ning jätsid ühele hinnangu andmata.
- Kardioloogid jätsid hindamata kokku 5 juhtu, millest 4 pidasid perearstid selliseks, kus mittesuunamine oli põhjendatud, ning millest ühele jätsid perearstid hinnangu andmata.
- Kuna mittesuunamine oli kardioloogidel hinnatud põhjendamatuks ainult 2 juhul, siis ei näita see, et ainult 50% hinnangutest ühtis perearstide hinnangutega, midagi, sest juhtude arv on liiga väike. Perearstid hindasid samas kardioloogi konsultatsioonile saatmata jätmise põhjendamatuks 3 korral, millest 2 korral jõudsid kardioloogid vastupidisele tulemusele.
- Kokkuvõttes võib öelda, et perearstide ja kardioloogide hinnangud langesid suures osas siiski kokku.**
- Arvestada tuleb seda, et perearstide dokumentatsiooni kvaliteet ei ole ühtlane ning kui üks arst ei anna hinnangut, viidates andmete puudusele, ja teine arst annab oma hinnangu, siis on võimalik, et hinnang on antud tegelikult ebapiisava info põhjal.

3.2. Kas kardioloogi konsultatsioonile saatmine oli meditsiiniliselt põhjendatud?

Tabelis on 52 patsienti, kelle puhul said nii kardioloogid kui ka perearstid dokumentidest aru, et patsient suunati kardioloogi konsultatsioonile.

Tabel 30. Perearstide ja kardioloogide hinnangute võrdlus perearsti poolt kardioloogi vastuvõtule suunatud patsientide puhul

	Kas suunamine oli põhjendatud?	Perearstide hinnang			%, kus perearstid jõudsid kardioloogidega samale tulemusele	Kardioloogid kokku
		ei	jah	hindamata – info puudulik		
Kardioloogide hinnang	ei	11	3			14
	ei – pt soovil	3				3
	ei – uuringud puuduvad	1	2	1		4
	ei-vastused kokku	15	5	1	71%	21
	jah	18	12	1	39%	31
	perearstid kokku	33	17	2		52

- Kardioloogid hindasid kardioloogi konsultatsioonile suunamise põhjendamatuks 21 korral ning see langes perearstide arvamusel kokku 15 juhul (71%). 5 juhul hindasid perearstid aga suunamise põhjendatuks. Kuna kahel juhul neist on kardioloogidel kommentaar, et esmased uuringud puuduvad (see on ka põhjus, miks suunamine ei olnud põhjendatud), siis arvamuste kindel lahknevus puudutab ainult 3 juhtu (14%).
- Hindamata juhte on perearstidel 1 ja kardioloogidel ei ole ühtegi.
- Suur erinevus on kardioloogi konsultatsioonile põhjusega saatmise hinnangutes. Kardioloogid hindasid konsultatsioonile saatmise põhjendatuks 31 korral. Perearstide hinnangutega ühtisid need hinnangud ainult 12 korral (39%).
- 58%-l juhtudest (18 juhtu), kus kardioloogid hindasid suunamise põhjendatuks, hindasid perearstid suunamise aga mittepõhjendatuks. Seega peaksid perearstide hinnangul perearstid märgatavalt rohkem suutma ise kõrgvererõhktõvega patsiente jälgida.
- 11. jaanuaril 2011 toimus Riigikontrollis kardioloogide ja perearstide fookusgrupi kohtumine (fookusgrupis osalesid ka kõik eksperdid, kes ravilugusid hindasid), kus arutati arvamuste lahknevuse teemat. Arvamuste lahknevuse põhjustena leiti järgmist:
 - Kardioloogid lähtusid ravilugude hindamisel põhimõttest, et kui perearst suunab patsiendi juba kardioloogi vastuvõtule (v.a need, kus oli patsiendi soovil suunamine), siis mingi põhjus peab selles ikka olema (ka see, et perearst ei tunne ennast kindlalt ja soovib tuge oma arvamusel vms).
 - Kardioloogid lähtusid enda hinnangutes rohkem perearstide keskmisest tasemest, kuna näevad enda töös saatekirju igasuguse tasemega perearstidelt.
 - Perearstidest hindajad olid ise hea tasemega perearstid ja teadsid seetõttu täpsemalt, mis peaks kuuluma perearsti pädevusse, milleks peaks perearst suuteline olema.

Lisa. 1. Küsimustik hüpertooniapatsientide kohta (i10–i15)

1. Kui kaua on vererõhuhaigust diagnoositud?
 - a. ... aastat
 - b. Teadmata
2. Mis on hüpertooniatõve riskiaste?
 - a. 1
 - b. 2
 - c. 3
 - d. Teadmata
3. Mis on viimane mõõdetud vererõhk?
 - a. Süstoolne
 - b. Diastoolne
4. Kas EKG on tehtud?
 - a. Jah
 - b. Ei
5. Kas kreatiniin on määratud?
 - a. Jah
 - b. Ei
6. Kas uriiniproov on tehtud?
 - a. Jah
 - b. Ei
7. Kas kolesteroolianalüüs on tehtud?
 - a. Jah
 - b. Ei
8. Mis on viimati määratud?
 - a. Üldkolesterool
 - b. LDL-kolesterool
 - c. Triglütseriidid
9. Kas kaasuvate haiguste hulgas on?
 - a. Diabeet
 - b. Südame-veresoonkonnahaigus (koronaarhaigus, läbipõetud infarkt, ajuinsult)
 - c. Neerupuudulikkus
 - d. Südamepuudulikkus
 - e. Kodade virvendusarütmia
10. Kas on tehtud lisauuringuid?
 - a. Jah (Milliseid? Koormusproov, südame ultraheli?)
 - b. Ei
11. Kas on suunatud kardioloogi konsultatsioonile?
 - a. Jah
 - b. Ei

12. Kas kardioloogi konsultatsioonile mittesuunamine oli meditsiiniliselt põhjendatud?
- a. Jah
 - b. Ei
13. Kas kardioloogi konsultatsioonile suunamine oli meditsiiniliselt põhjendatud?
- a. Jah
 - b. Ei
14. Kas kardioloogi konsultatsioonile suunamine oli saatekirjal meditsiiniliselt põhjendatud?
- a. Jah
 - b. Ei
15. Kas on olemas kardioloogi ambulatoorne epikriis/vastus perearstile?
- a. Jah
 - b. Ei
16. Kas perearstil on olnud patsiendiga kontakt aasta jooksul pärast kardioloogi vastuvõtul käimist?
- a. Jah
 - b. Ei
17. Kas patsient on viibinud kardialse diagnoosiga haiglaravil või erakorralise meditsiini osakonnas (EMO)?
- a. jah
 - b. ei
18. Kas patsiendil on käinud kardialse probleemi tõttu kiirabi?
- a. Jah
 - b. Ei

Lisa 2. Küsimustik preventsiiooniprogrammi (Z13.6) isikute kohta

1. Kuidas sattus isik perearsti juurde?
 - a. Perearst kutsus
 - b. Pöördus ise muul põhjusel (tervisetõend, viirusinfektsioon, retsepti pikendamine vm)
 - c. Teadmata
2. Mis on koronaarriski hindamise tabeli SCORE alusel riskiaste?
 - a. < 3%
 - b. 3–4%
 - c. > 5%
 - d. Teadmata
3. Kas nõustamine on toimunud?
 - a. Jah, arst nõustas
 - b. Jah, pereõde nõustas
 - c. Teadmata
4. Kas riskiskoorist lähtudes on tehtud vajalikud uuringud?
 - a. Veresuhkur
 - b. Üldkolesterool
 - c. LDL-kolesterool
 - d. HDL-kolesterool
 - e. Triglütseriidid
 - f. Kehamassi indeks
 - g.
5. Kas kaasub mõni muu haigus?
 - a. Diabeet
 - b. Südame-veresoonkonnahaigus (koronaarhaigus, ajuinsult)
 - c. Neerupuudulikkus
 - d. Südamepuudulikkus
6. Mis on viimati märgitud?
 - a. Üldkolesterool
 - b. LDL-kolesterool
 - c. Triglütseriidid
7. Kas düslipideemiaga patsiendil on kolesteroolitase normaliseerunud?
 - a. Jah
 - i. Dieediga
 - ii. Ravimitega
 - b. Ei
8. Kas patsient on hüpertoonik?
 - a. Jah
 - b. Ei
9. Mis on viimane mõõdetud vererõhk?
 - a. Süstoolne
 - b. Diastoolne

10. Millised lisauuringud/-analüüsid on tehtud perearsti juures > 3% SCORE-riskiga isikutel?
 - a. EKG-koormustest
 - b. Ehhokardiograafia
 - c. Holteri vererõhumonitooring
 - d. Täiendavad vereanalüüsid
11. Kas kardioloogi konsultatsioonile mittesuunamine oli meditsiiniliselt põhjendatud?
 - c. Jah
 - d. Ei
12. Kas kardioloogi konsultatsioonile suunamine oli meditsiiniliselt põhjendatud?
 - a. Jah
 - b. Ei
13. Kas on olemas kardioloogi ambulatoorne epikriis / vastus perearstile?
 - a. Jah
 - b. Ei
14. Mis keeles kaart on täidetud (täita soovi korral)?
 - a. Eesti
 - b. Vene