

Kaks aastat täiskasvanute kõrgvererõhktõve ravijuhendi valmimisest

Täiskasvanute kõrgvererõhktõve ravijuhendi avaldamisest esmatasandi tervishoiutöötajate tarbeks, mis sai lõpliku heakskiidu 2012. aasta maikuus, on möödunud kaks aastat. Kuna **hüpertensioon ja teised südame-veresoonkonna haigused oma tüsistustega on Eestis haigestumuse ja surma põhjuste hulgas esikohal** ning kõrge vererõhk insuldi, müokardiinfarkti, südamepuudulikkuse, neerukahjustuse, kognitiivsete häirete ja enneaegse surma oluline riskitegur, siis uurime erinevatelt spetsialistidelt selle praktikas rakendumise kohta.

Katrin Lätt / meditsiinitoimetaja

Ravijuhend käsitleb hüpertooniatõve ehk essentsiaalse arteriaalse hüpertensiooni diagnoosimist, ravi ja jälgimist Eesti esmatasandi arstiabis. Ravijuhendi eesmärgiks on vähendada patsientide kardiovaskulaarseid tüsistusi ja suremust.

Professor Margus Viigimaa

Põhja-Eesti Regionaalhaigla

Ravijuhend, mis reguleerib täiskasvanute kõrgvererõhktõve käsitlust esmatasandil, on olnud kasutusel juba 2012. aastast. Kuidas hindate selle olulisust Eesti kontekstis?

See oli esimene ravijuhend, mis tehti uue süsteemi kohaselt, kus oli sekretariaat ja koostöötoimkond. Ühelt poolt oli see väga huvitav kogemus, teisalt aga ühtluse teatud määral kardioloogide, nefroloogide ja perearstide lähenemist. See oli väga hea, et erinevate erialade spetsialistid istusid ühise laua taga ning arutasid koos hüpertensiooni käsitlust Eesti kontekstis – sest on ju olemas Ameerika ravijuhendid, Suurbritannia ravijuhendid, aga nüüd käsitleti seda haigust just Eesti olukorrast

lähtuvalt. See oli esmatasandile mõeldud juhend, kus ei käsitletud kõiki hüpertooniatõve valdkondi, vaid kõige peamist: esmatasandil toimuvat diagnoosimise ja ravi taktikat. Selles mõttes see oli vajalik ja positiivne areng.

Kas selle väljatöötamine kergendas kardioloogide tööd või pigem mitte?

Ma ütleks niimoodi, et viimaste aastate jooksul on perearstid hüpertooniatõve ravis ja diagnoosimisel läinud tõenduspõhisemaks, ning kindlasti on juhendi väljatöötamine sellele kaasa aidanud.

Uuringuid selles vallas tehtud ei ole, seetõttu saan rääkida enda kogemusest ambulatoorsete hüpertensiooni patsientide



põhjal, keda mul on omajagu, ning samuti loengutel ja erinevate perearstidega vesteldes saadud infole toetudes. Võib öelda, et juhendi väljatöötamine vast kardioloogide tööd kergendanud ei ole, vaid pigem on muutnud seda sihipärasemaks: kergemaid patsiente ei suunata enam nii palju kardioloogi juurde ja rahuldav ravitulemus saadakse perearsti praksises kätte. See pigem selekteerib rohkem välja raviresistentsed juhud ja sekundaarse hüpertooniatõvega inimesed. Valdav osa hüpertoonikuid on ikka perearsti juures jälgimisel ning perearstid saavad sellega hästi hakkama.

Kas kardioloogid on rahul perearstide poolt käsitletud kõrgvererõhktõvega haigete kvaliteediga?

Kvaliteet on kindlasti läinud paremaks, kuid alati on arenguruumi. Üks tegur, mis kvaliteeti parandab, on see, et perearstid on hakanud tegema ööpäevast vererõhu monitoorimist, mis on samuti ravijuhendi üks suund või, õigemini, rõhuasetus. Kui alustasime Tartus 1990ndatel ööpäevase vererõhu monitoorimisega, siis, jälgides ööpäevaseid näite, paranes oluliselt vererõhuhaigest arusaam. Kodumõõtmiste tulemused on samuti väga olulised, sest ka aparaadid on muutunud usaldusväärsemaks ning annavad arstile palju lisainformatsiooni haiguse kohta. Vererõhu aparaat peab olema kindlasti valideeritud. Kõige prestiižemaks valideerimise organisatsiooniks on Briti Hüpertensiooniühingu juures peetav valideerimisnimekiri – seda võiks enne aparaadi soetamist uurida.

Üldiselt on suurte tootjate aparaadid kvaliteetsed, ei maksaks osta internetist odava hinnaga aparaati. Tähelepanu tasub pöörata ka sellele, et randmelt mõõtmine kõikidele patsientidele ei sobi – kas siis arterite eripära tõttu vms. Siin ei ole valesti mõõtmine aparaadi süü, vaid põhjuseks on inimese eripära.

Milliseid ravijuhendis antud soovitusi võiks esmatasandi arst paremini jälgida või teistmoodi teha?

Võibolla see, et perearst võiks kiiremini minna üle kombineeritud ravile, näiteks võtta kasutusele julgemini AKE-inhibiitori

Varasem kontseptsioon – „mida madalam vererõhk, seda parem“ – on Euroopas asendunud kontseptsiooniga „mida varem, seda parem“.

Margus Viigimaa

ja kaltsiumikanali blokaatori kombinatsiooni, või kui see ei sobi, siis ARBi ja kaltsiumikanali blokaatori kombinatsiooni. Need kombinatsioonid sobivad kõige laiemale hüpertoonikute rühmale. Kolmandana soovitaks diureetikumi kombinatsiooni, kuigi mõnele on see ka teisena sobilik.

Eestisse on kohe lisandumas ka kolmik-kombinatsioonravimid – sellega paraneb kindlasti ravisoostumus, kuna ühes tablettis on koos kolm toimeainet. See võimaldab kiiremini minna üle monoterapiast kombineeritud ravile.

Ka diagnostilist poolt võiks mõnel juhul parandada. Kui näiteks mitmel kabineti-mõõtmisel on saadud erinevaid vererõhuväärtusi ja ei saa täpselt öelda, kas tegemist on valge kitli hüpertensiooni või maskeeritud hüpertensiooniga, siis peaks kasutama ööpäevast vererõhu monitoorimist. Seda soovitatakse teha kindlasti uue patsiendi puhul.

Kui patsient vaatamata jõupingutustele vererõhu ravile ei allu, siis kindlasti tuleb suunata ta kardioloogile, kes on spetsialiseerunud vererõhule – mitte kõikide kardioloogide esmaseks huviks ei ole hüpertensioon. Kardioloogile suunamise kriteeriumiks on kindlalt see, kui patsient ei ole 3–6 kuu jooksul saavutanud vererõhu eesmärkväärtusi. Nendeks võivad olla raviresistentsed, sekundaarse hüpertensiooniga patsiendid.

Pärast selle ravijuhendi väljaandmist on välja antud veel ESC 2013. aasta hüpertooniaravijuhend. Mis on seal teistmoodi võrreldes Eesti ravijuhendiga?

Tooksin esile kaks asja. Euroopa juhendis on esmavalikuna beetablokaatorid, Eesti 2012. aasta ravijuhendis on need aga

soovitatud vaid teatud eripopulatsioonide korral: kui kaasuvana esineb südamepekslemine, südame isheemiatõbi, südamepuudulikkus – sellistel juhtudel on nad eriti sobilikud. Väga sageli on need patsiendid ka juba kardioloogi jälgimisel. Teine aspekt on see, et vahepeal on uusi uuringuid juurde tehtud – Euroopa juhendis on diabeedi korral eesmärk alla 140/85 mm Hg, Eesti 2012 juhendis aga alla 120–129/80 mm Hg. Muid suuri, põhimõttelisi erinevusi ei ole.

Eesti juhend on diabeedi osas natuke rangem, kuid saab öelda, et peale Eesti juhendi väljaandmist on tehtud analüüse ja metaanalüüse ning leitud, et süstoolse vererõhu väärtused 130–135 on kõige optimaalsemad. Samas, ehk ei peakski võibolla sellest numbrist nii palju rääkima, vaid vaatama patsienti komplekselt. Näiteks nooremad patsiendid taluvad madalamaid väärtusi ja saavad sellest kasu, kui on aga tegemist vanema patsiendiga, siis teeme liigse langetamisega halba. Näiteks Ameerikas läbiviidud ACCORD-uuringus on leitud, et liiga madala vererõhu väärtuse korral on elulemus halvem.

ESC 2013 juhendites tuuakse välja kardiovaskulaarriski hindamist ja uusi meetodeid (intima media paksuse mõõtmist, neeru denervatsiooni). Kas need on ka Eestis kättesaadavad ja kellele on need näidustatud? Kas perearstil on ise mõtet neid saata otse või ikka läbi kardioloogi/nefroloogi?

Need on kõrge riski hüpertoonikutele mõeldud uuringud – neile, kes on juba arvatavalt kardioloogi jälgimisel. Intima media paksuse mõõtmisest nii palju, et teadupärast areneb hüpertoonikutel aja jooksul välja ateroskleroos, eriti just diabeediga ➤

patsiendil. Kardioloogi pilgu läbi peaks alustama siiski leebematest uuringutest. *Intima media* paksuse ja pulsilaine kiiruse määramine, tavaline koormustest isheemia kindlaks tegemiseks – need võiksid jääda spetsialisti määrata/hinnata. Neeruarterite denervatsioon on meetod, mida kasutatakse ka meie suuremates keskustes, kuid see on üksikutel haigetel teostatav uuring.

Just mõned nädalad tagasi tutvustati Ameerika Kardioloogide Kolleegeumi aastakonverentsil Symplicity III uuringu tulemusi, kus platseeboga võrreldes ei saavutatud uue meetodiga edu. Siin on tegelikult palju lahtist ka maailmas. Vaadates registreid – kui leiame tõeliselt resistentse patsiendi, siis võime saavutada neeruarteri denervatsiooniga väga hea tulemuse: lausa 30–35 mm Hg langust. Seega, vara on seda meetodit veel maha matta, aga spetsialisti ülesanne on leida õige patsient.

Pulsilaine mõõtmist tehakse Tartu, ITK ja PERHi kardioloogia keskustes, kuid kahjuks saab seda vaid teadusprojektide raames teostada, kuna hetkel pole see Eesti Haigekassa kompenseeritud uuringute nimekirjas. Sellega võimaldatakse hüpertoonikul leida varast atersokleroosi, ja loodame, et varsti see uuringute nimekirja ka saab.

Kas käsitluses medikamentoosse raviga on toimunud muutusi viimase paari aastaga pärast Eesti ravijuhendi väljaandmist 2012. aastal?

Muutusi on tegelikult olnud kogu aeg. Viimase viie aasta jooksul on perearstidepoolne ravi läinud kogu aeg tõenduspõhisemaks: ei kasutata enam liiga väikseid doose ja rohkem on kombinatsioone. See vajaks täpsemat analüüsi Eesti ravimikasutuse statistikast, kuid minu vastuvõtule tulnud patsiente hinnates panevad perearstid ikka väga julgesti kombinatsioonravi peale, ja ravijuhend andis sellele oma osa.

Kumb strateegia kehtib tänase teadmise juures kõrgvererõhktõve korral: „mida varem, seda parem“ või „mida madalam vererõhk, seda parem“?

„Mida varem, seda parem“ – on ülimalt oluline, et me ei laseks veresoonte muutustel välja kujuneda, sest kui veresoonte jäigastumine on juba toimunud, annab see antihüpertensiivsele ravile halvema tulemuse. Varasem kontseptsioon – „mida madalam vererõhk, seda parem“ – on Euroopas asendunud kontseptsiooniga „mida varem, seda parem“. Seda on näidatud uuringutega nii diabeetikutel, südame isheemiatõvega patsientidel, et kui rasked

muutused veresoone seinas on tekkinud, siis on juba hilja. Nii Eesti ravijuhend kui Euroopa ravijuhendid soovivad hakata juba väga varases staadiumis mõjutama nii medikamentoosselt kui ka mittemedikamentoosselt vastavalt ravi alustamise kriteeriumitele. Pole vaja oodata, et vererõhk tõuseks üle 160 mm Hg – kui pea hakkab ringi käima või tekivad muud nähud, siis on hüpertoonia kestnud juba aastaid või aastakümneid.

Perearstide ja nefroloogidega koostöö on olnud juba väärtus iseenesest. Ravijuhendi väljatöötamise järgselt on tehtud kaks auditit ning võib öelda, et kõik see on parandanud ravikvaliteeti Eestis.

Haigekassa poolt on ravikvaliteedi üheks indikaatoriks hüpertooniku jälgimine, mille alusel saab teha patsiendile kolesterooli, mikroalbuminuuria ja muid analüüse, mis on Euroopa kontekstis väga eriline, eriti aga Ida-Euroopas, kus mikroalbuminuuriat tehakse väga harva. Selles osas on Eesti esmatasandi hüpertoonitõvega patsiendi jälgimisel eesrindlik. ■

Perearst Katrin Martinson

Linnamõisa Perearstikeskus

Ravijuhend, mis reguleerib täiskasvanute kõrgvererõhktõve käsitlust esmatasandil, on olnud kasutusel juba 2012. aastast. Kuidas hindate selle olulisust Eesti kontekstis?

Perearstikeskuste meeskondade tegevus hüpertensioonihaike käsitlusel on erinev. Seetõttu on ravikvaliteeti ühtlustavad vahendid (ravijuhendid, patsiendijuhendid, nende alusel läbi viidud koolitused, artiklid) väga vajalikud. Hüpertensioon on oluline teema kogu maailmas, Euroopas on hüpertensiooni üldine esinemissagedus ligikaudu 30–45% üldpopulatsioonist ning sagedus tõuseb vanuse kasvades. Eesti kuulub Euroopas kõrge kardiovaskulaarse riskiga riikide hulka, mistõttu hüpertensiooni parem ohjamine on meie

patsientidele eluliselt oluline. Südame-vereringehaigused on Eestis jätkuvalt esikohal ka surma põhjustena.

Kas antud ravijuhend on jõudnud kõigi esmatasandi tervishoiutöötajateni, nii arstide kui õdedeni?

Kindlasti on ravijuhend jõudnud kõikide perearstideni, kes jälgivad aktuaalset infoliikumist, loevad ajakirja Perearst, kasutavad haigekassa ravijuhendite andmebaasi ning osalevad koolitustel. Pereõdede teadlikkus sõltub sageli perearstist kui väikese meeskonna juhust – kui perearst soosib pereõde koolitamist, annab eeskuju ja rõhutab ravijuhendite järgimise vajalikkust, siis on ka pereõdede teadlikkus parem. ➤



Milliseid koolitusi tehti (või veel tehakse) ja milline oli tagasiside nendele?

Ravijuhendi valmimise järgselt korraldasime koolitustsükli, kus lisaks täiskasvanute kõrgvererõhktõve käsitluse juhendile tutvustati ka imikute toitmishuendit. Koolitus oli üles ehitatud erinevate haigusjuhtude lahendamiseks. Tagasiside oli valdavalt positiivne, meie jaoks igapäevase haiguse käsitlust oli huvitav uue juhendi valguses veelkord üheskoos läbi mõelda. Koolitustel viibisid nii perearstid kui ka pereõed, üheks alaeasmärgiks oli koolitustel ka meeskonnatöö ja pereõe rolli tähtsustamine kroonilise haigusega patsiendiga tegelemisel.

Üheks eduteguriks peeti ravijuhendi rakendamisel meeskonnatöö tõhustamist esmasandil ja õdede rolli suurendamist krooniliste haigete nõustamisel ja jälgimisel. Kas ja kuidas on see rakendunud?

Haigekassa algatas 2013. aastal auditi „Kõrgvererõhktõvega patsientide nõustamine perearstikeskustes“. Auditi kokkuvõtte on veel valmimas ja avaldamata, mistõttu andmete avaldamine on pisut enneaegne, kuid auditeerimismeeskonna liikmena võin öelda, et on praksiseid, kus pereõdede visiite ambulatoorsetest kaartidest ei leia, ning on praksiseid, kus patsient teeb kolmandiku visiitidest pereõe juurde ning kus toimib oskuslikult korraldatud meeskonnatöö.

Muutused inimeste käitumises (pean silmas nii perearstikeskustes töötavaid kui ka patsientidena meid külastavaid inimesi)

võtavad aega. Pereõdede juurde tehtavate visiitide arv on Tervise Arengu Instituudi statistika alusel jätkuvalt kasvutendentsiga: 2010. aastal 492 506 visiiti, 2012. aastal 556 112 visiiti. Pereõde ja -arst on meditsiinisfääris sageli ainsad, kes igas oma tegevuses patsienti tervikuna näevad ning kõikide tema riskide ja haigustega arvestavad. Nii on ka pereõde ja -arsti tehtud nõustamistegevus inimesele kõrgema väärtusega kui kitsaste valdkondade nõustamiskabinettides pakutav.

Eelmainitud auditi eesmärgiks on kaardistada, kuidas me perearstikeskustes hüpertensioonihaiget käsitleme. Kaardistamise järgselt saab planeerida vajadusel koolitusi või muudatusi ning seejärel mõne aasta pärast kordusauditiga hinnata, kuidas hüpertensioonipatsiendi nõustamine ja selle dokumenteerimine on muutunud.

Ravijuhendi üks eesmärkidest oli patsiendi teadlikkuse suurendamine vererõhu ohjamise olulisusest tüsistuste vältimiseks ja ravisoostumuse osas. Kuidas seda hetkel hinnata saab? Kas patsiendid on teadlikumad?

Patsientide teadlikkust mõjutavad mitmed tegurid. Kõigepealt meie enda käitumine perearstikeskustes. Kui ikka igal täiskasvanud patsiendil mõõdetakse olenemata pöördumise põhjusest ka vererõhku ning pööratakse selle väärtusele tähelepanu, siis annab see patsiendile viite, et oma vererõhuväärtuse ja -normide teadmine ning jälgimine on olulised. Kui perearstikeskuses patsiendi normist hälbinud vererõhuväärtusele tähelepanu pööratakse, teda nõustatakse ning terviseriske

Patsiendile kasutamiseks on haigekassa tellimisel valmimas ka hüpertensioonialased patsiendijuhendid.

Katrin Martinson

hinnatakse, on tegemist juba sekkumisega, millega on võimalik tulevikus patsienti potentsiaalselt ohustavaid haiguseid ära hoida või leevendada.

Patsiendile kasutamiseks on haigekassa tellimisel valmimas ka hüpertensioonialased patsiendijuhendid, mis näevad ilma valgust lähiajal. Need võimaldavad saada konkreetset, terviklikku infot hüpertensiooni kohta ning on nõustamisel tõhusaks abimeheks. Ei saa vähendada ka varasemalt koostatud patsiendijuhendite tähtsust, aastate lõikes on haigekassa tellimisel valminud mitmeid häid südameveresoonkonna haiguste alaseid trükiseid.

Patsiendi teadlikkust oma haigusest peegeldab ka ravisoostumus (väljaostetud ravimid, ravi järjepidevus). Ka siin on perearstil ja pereõel nõustamistegevusega veel palju ära teha, kuid kombineeritud ravimite ning pikatoimeliste ja patsientidele soodsamate preparaatide kasutamine ravivalikul teeb patsiendile raviskeemist kinnipidamise lihtsamaks. ■

Tervishoiu peaspetsialist Ulla Raid

Eesti Haigekassa

Ravijuhend, mis reguleerib täiskasvanute kõrgvererõhktõve käsitlust esmasandil, on olnud kasutusel juba 2012. aastast. Kuidas hindate selle olulisust Eesti kontekstis?

Ravijuhend on kindlasti oluline töövahend nii perearstiasis kui ka õppematerjalina. Eesti oludele vastav tõendus põhine ravijuhend annab standardi, milles



Eesti eksperdid (perearstid, kardioloogid, nefroloogid, õed, patsiendi esindaja) on kokku leppinud ning mis mõjutab väga suure hulga patsientide seisundit¹. Tervishoiutöötajate käitumuslik muudatus kõrgvererõhktõve käsitluses tekib siis, kui uus teadmine on juurdunud ja see peegeldub igapäevatoos. Seega, me ei eelda, et juba täna on esmatasandil kõrgvererõhktõvega haigete käsitluses kõik asjakohased muudatused näha. Olulisim on, et on loodud standard, mis perearstile ja -õele igapäevatoos patsiendikäsitluses abiks ning mille alusel saavad tervishoiutöötajad ise ning ka haigekassa käsitluse muudatust hinnata.

Ravijuhendi rakendamise toetamiseks planeeriti teha mitmeid muudatusi üldarstiabi rahastamise lepingutes ning samuti ettepanekuid õigusaktide muutmiseks. Milliseid muudatusi tehti?

Üheks olulisemaks osaks on kindlasti ravijuhendi rakenduskava, mis korrastab ja jälgib vastavat temaatikat ning kokkulepitut laiemalt. Koolitustel, kus tutvustati uut ravijuhendit ja lahendati juhtumeid, osales kokku 379 inimest (perearstid ja -õed). Perearstide ja -õdede huvi antud teema koolituste osas on püsinud.

Tervishoiuteenuste loetellu lisandus teenus alates 2013. aastast – vererõhu ööpäevane monitooringu kood 6344. Teenuse majanduslikku mõju (kulu) hinnati ravijuhendi koostamise käigus ja töörihm tegi soovitusel teadmisel, et kasutades täpsustavaid diagnoosimise tehnikaid, võiks väheneda kõrgvererõhktõve ülediagnoosimine ja sellest johtuv üleravimine.

Tervishoiutöötajate käitumuslik muudatus kõrgvererõhktõve käsitluses tekib siis, kui uus teadmine on juurdunud ja see peegeldub igapäevatoos.

Ulla Raid

Kokku on lepitud perearsti kvaliteedisüsteemi sisu ja seda täiendati 2013. aastal nelja indikaatoriga. Samuti on perearstidel võimalus jälgida kõrgvererõhktõvega patsientide ravimitega seonduvat, mis peagi annab veelgi parema ülevaate väljakirjutatud ja -ostetud ravimite ning võimaldab võrrelda end ka Eesti keskmisega. Arendustöö tulemust tutvustati sel kevadel perearstidele. Samuti on haigekassa ja perearstide selts alustanud läbirääkimisi uute indikaatorite lisandumise kohta.

Alustatud on kardiovaskulaarse riski protokollide koostamisega. Meie andmetel märgivad perearstid-õed patsiendi anamneesi ja vererõhuväärtusi tervisekaarti keskselt. Arendatav töövahend võimaldaks jälgida anamneesi ja ka vererõhuväärtuste muutusi ajas ning hinnata, kas haiguse ravi on olnud asjakohane või patsiendi ravi vajab veel ülevaatamist. Kahjuks on selle protokollide rakendamine takerdunud, aga teeme omapoolseid pingutusi teema aktuaalsena hoidmisel.

Ravijuhendile toetavaks materjaliks on koostamisel patsiendijuhend, mida testitakse esmalt patsientide fookusrühmas, seejärel toimetatakse ja avaldatakse 2014. aasta sügisel ravijuhendi veebilehel.

Väga oluliseks osaks on ravijuhendi soovitusel rakendamise järjepidev hindamine patsiendikäsitluse ja ravitulemuste osas. Mida siin tehti ja millised on tulemused?

Näiteks on valminud kliiniline audit esmaste kõrgvererõhktõve haigete nõustamise kvaliteedist perearstikeskustes, mille tulemusi tutvustame maikuu auditeeritud perearstikeskustele koos rakendusürringu tulemustega. Viimane on valminud samuti rakenduskavas kokkulepitu alusel.

Tulemusi tutvustame laiemale ringile pärast seda, kui auditeeritud praksised on saanud tagasiside ning teinud oma ettepanekud puuduste parendamiseks (n-ö abinõudeplaan). Auditeerimise käigus on koostatud vastavad hindamiskriteeriumid, mis võimaldavad perearstikeskustel hinnata ja analüüsida oma tööd (patsiendi käsitlust) edaspidi ka ise.

Perearsti kvaliteedisüsteemi üheks näiteks oli eraldi välja toodud 24 tunni ambulatoorse vererõhu mõõtmise teenuse lisamine tervishoiuteenuste loetellu eraldi teenusena. Kas seda võimalust hakati rohkem esmatasandil kasutama?

Seda teenust on kasutatud veel vähe. Täpsemaid andmeid saame 2014. aasta statistikast. Kindlasti on võimalik parandada vererõhktõve diagnoosimist kokkulepitud käsitluse järgi, mis eeldab vastavate uuringute tegemist ja vererõhuväärtuste jälgimist pikema aja vältel.

Kuidas tervikuna hindate perearsti kvaliteedisüsteemi rakendamist kõrgvererõhktõve aspektist?

Keeruline on seda eraldi hinnata, kuna vererõhu ravijuhendi indikaatorid on kvaliteedisüsteemi osa. 2013. aasta tulemused vajavad veel aasta teises pooles arutelu koostöös perearstide seltsiga.

Kuidas hakatakse ravijuhendi rakendamisega seotud pikaajalist mõju hindama (näiteks kõrgvererõhutõvega haigete hospitaliseerimise, tüsistuste osakaalu ja suremuse vähenemist)?

Mõju hindamist on plaanis teha 2015. aastal. ■

¹Vastavalt haigekassa 2011 analüüsile: Kõrgvererõhktõvega patsiendid moodustavad 24% kindlustatud isikutest ning 1. ja 2. riskiastmega patsiendid moodustavad kõrgvererõhktõvega patsientidest 45%. Suurim osakaal kõrgvererõhktõvega patsientidest elab Harjumaal (39%), järgnevad Ida-Virumaa (15%) ja Tartumaa (10%).