

# Kas kohustuslikud regulaarsed tervise seisundi hindamised ja terviseauditid on ikka hea idee?

Ruth Kalda – TÜ peremeditsiini õppetool, Eesti Arst



Prof Ruth Kalda

Perioodilisi tervisekontrolle peetakse *a priori* head eesmärki teenivaiks, sest need peaksid vähendama haigestumist ja suremust tervist ohustavate riskitegurite või haiguse varajases staadiumis avastamise ja mõjutamise kaudu. Regulaarsed tervisekontrollid on üheks kõige sagedasemaks arstivisiitide põhjuseks nii Ameerika Ühendriikides kui ka Kanadas (1, 2). Jaapanis on kogemused riiklikust, kogu rahvastikku haaravast söeluuringute programmist ja tervise läbivaatustest alates 1970. aastast (3). Inglismaal kehtestati kõikide 40–74aastaste patsientide kohustuslikud söeluuringud ning visiidid südame-veresoonkonna ja neeruhaiguste ning diabeedi varajaseks avastamiseks 2009. aastal ja selle raames kutsutakse igal aastal regulaarsele läbivaatusele *ca* 3 miljonit inimest (4).

Eestis on kohustuslike perioodiliste tervisekontrollide teema aktiivselt tõstatatud mitu korda, eeskätt on seda teinud siiski meditsiinisüsteemist väljaspool olevad isikud. Jõulisima sellelaadse sõnumi esitas 2006. aastal Eesti Päevalehes tollane õiguskantsler Allar Jõks, kelle hinnangul oluks ennetav tervisekontroll Eesti tervishoiusüsteemi jätkusuutlikkuse ja eesti rahva kestmise tagatiseks ning seega tulnuks muuta see kohustuslikuks. A. Jõks läks veelgi kaugemale ja nimetas ennetavat kohustuslikku tervisekontrolli isikute põhiseadusest tulenevaks õiguseks tervise kaitsele ning tegi ettepaneku, et läbivaatusel käimata jätnud inimestele kehtestataks suurem omaosalus tervishoiuteenuste eest tasumisel. Seda teemat on arendanud aeg-ajalt edasi mitmed poliitikud, näiteks Riigikogu eelmiste valimiste Reformierakonna valimisprogramm sisaldas ühe lubadusena korrapäraste tervisekontrollide mahu suurendamist nii lastele kui ka täiskasvanutele, samuti lubati suurendada erinevate tervise jälgimis- ja söelumisprogrammide

elluviimist. Tervisekontrollide ja omaosaluse sidumise teema on tõstatanud mitmed teisedki avaliku elu tegelased.

Mitmed Eesti suuremad haiglad pakuvad inimestele nende enda raha eest nn terviseauditite tegemist, millega lubatakse haiguste ennetamist või algstaadiumis avastamist. Terviseauditi käigus tehakse inimesele hulk uuringuid ja analüüse, mille tulemusena koostatakse individuaalne terviseprogramm. Näiliselt tervetele inimestele (haigetele ja tervisekaebustega inimestele osutatud tervishoiuteenuseid peaks rahastama ju haigekassa!) tehtavate uuringute seas on hulk selliseid, mida ei ole kunagi tunnistanud tõenduspõhisteks söeluuringuteks (näiteks emaka ja eesnäärme kasvajate biomarkerite määramine, kilpnäärme funktsiooni testid, põletikunäitajate kindlakstegemine, EKG, kõhuõõneelundite ultraheliuuringud). Ka perearste on sageli survestatud oma nimistu isikutele tegema iga-aastast tervisekontrolli. On avaldatud seisukohti, justkui sisalduks selline tervisekontroll iga inimese pearahas. Mis on sellises regulaarses kohustuslikus tervisekontrollis siis halba? Inimesed saavad ju oma tervise seisundi kohta hea ülevaate!

## Cochrane'i ülevaade perioodiliste tervisekontrollide tõhususest

Ilmselt kõlab see paljude jaoks peaaegu et ketserlusena, aga 2012. aastal L. T. Krogsbølli jt koostatud Cochrane'i ülevaates on seatud perioodiliste tervise seisundi hindamiste positiivne mõju tervisetulemile kahtluse alla (5). Ülevaade hõlmas vaid juhuslikustatud kontrollrühmaga uuringuid ning selles keskenduti asümptomaatiliste isikute perioodilistele skriiningvisiitidele ja tervisekontrollidele. Analüüsist jäeti välja sellised uuringud, kus osalesid vaid vanemad kui 65aastased isikud. Selles uuringus hinnati tervisekontrollide mõju eeskätt

sellistele patsiendi jaoks olulistele tervise-tulemitele nagu üldine ja haiguspetsiifiline suremus ning haigestumus. Kokku analüüsiti ülevaates 16 juhuslikustatud uuringu ja 812 880 patsiendi tervisetulemit, 706 403 neist kuulus uuritavate rühma ja 106 477 kontrollrühma. Uuringute kestus varieerus 4–22 aastani, patsientide jälgimise keskmine periood oli 9 aastat. Patsiente oli kaasatud valdavalt kas perearstikeskusest või üldpopulatsioonist ja neile oli tehtud väga mitmesuguseid uuringuid: vererõhu ja kehakaalu mõõtmist, nägemise hindamist, uriinianaalüüsi, kolesterooli, veresuhkru ja mitmete teiste vere biokeemiliste parameetrite mõõtmist, EKG ja spiromeetria teostamist, erinevaid kasvajate skriiningteste. Ülevaateuuringu tegijad ei leidnud mingit erinevust uuritavate ja kontrollrühma üldsuresuses (riskide suhe RR = 0,99; 95% usaldusvahemik (uv) 0,95–1,03) ega südame-veresoonkonna haiguste suremuses (RR = 1,03; 95% uv 0,91–1,17). Ka rutiinsete tervisekontrollide puhul kasvajasuremust vähendav mõju jäi kaheldavaks (RR = 1,01; 95% uv 0,92–1,12). Samamoodi ei näidanud tervisekontrollide positiivset mõju suremusele väga pika kestusega uuringute tulemused. Samas leiti, et sellised perioodilised tervisekontrollid tingivad oluliselt enam ülediagnoosi ja üleravimist ning suurendavad patsientide ärevust. Kuna rohkem diagnoosi ja ravi ei mõjutanud positiivselt ei üldist ega spetsiifilist suremust, võib uuringu tulemit hinnata pigem kahju kui kasu toovaks.

Refereeritud ülevaate tulemused ei ole siiski üllatavad. Ka mõned teised uuringud toetavad Krogsbølli ja tema kaasautorite leitud (6). Kuidas peaks selliste uuringute tulemusi igapäevapraktikas kasutama? Igal juhul ei tohiks tervisekontrollide rolli üle tähtsustada ega inimesi kohustuslikus korras neile allutada, kuni ei ole veenvaid tõendusid vastupidises. Siiski ei tohiks kanduda ka teise äärmusesse, s.t nihilismi nende suhtes. Uuringu tulemused ei kehti isikute kohta, kel on tervisekaebused või väga olulised riskid konkreetse haiguse

suhtes. Küll aga tuleb sõeluuringuteks kasutada vaid neid teste ja analüüse, mille efektiivsus suremuse vähendamisel on kindlalt tõestatud. Kuna kõik sõeluuringud kätkevad endas võimalike kasude kõrval alati ka kahjusid, on patsiendi eelistuste ja arvamuse küsimine sõeluuringutel osalemiseks äärmiselt oluline. Eriti just neil juhtudel, kus on teada, et patsientide suhtumine võib olla väga varieeruv.

Ülevaateuuringu autorid soovivad korraldada uuringuid, mis keskenduks eeskätt just olulistele tervisetulemitele, mitte surrogaatmarkeritele nagu riski vähenemine või teatud füüsikaliste parameetrite nagu vererõhu, kolesteroolisisalduse jms muutusele. Nad ütlevad, et pikaaegsete suurte juhuslikustatud uuringute tegemine on küll väga kallis, aga mitte nii kallis nagu ebaefektiivsete ja pigem kahju kui kasu toovate üldiste tervisekontrollide nõudmine. Kahjuna mõistetakse nii tegelikult terve inimese haigeks ja ravi vajavaks tunnistamist, sellega kaasnevaid psühholoogilisi ja materiaalseid kulutusi inimese jaoks; vaevusi ja tüsistusi, mis on seotud ravi kõrvaltoimete ja regulaarselt tehtavate uuringutega; kui ka tegelikele abivajajatele vajaminevate tervishoiuressursside suunamist sinna, kus sellel puudub oluline efekt.

#### KIRJANDUS

- Centers for Disease Control and Prevention. Ambulatory care use and physician visits. <http://www.cdc.gov/nchs/fastats/docvisit.htm>.
- Disease dynamics in 2009: insight and outlook from IMS Health. [http://stacomunications.com/journals/cpm/2010/04-April-2010/04CPM\\_035.pdf](http://stacomunications.com/journals/cpm/2010/04-April-2010/04CPM_035.pdf).
- Kondo M, Yamagata K, Hoshi S-L, et al. Cost-effectiveness of chronic kidney disease mass screening test in Japan. *Clin Exp Nephrol* 2012;16:279–91.
- Dalton AR, Soljak M. The nationwide systematic prevention of cardiovascular disease: the UK's health check programme. *Journal of Ambulatory Care Management* 2012;35:206–15.
- Krogsbøll LT, Jørgensen KJ, Grønhøj Larsen C, Gøtzsche PC. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012;10:CD009009. DOI:10.1002/14651858.CD009009.pub2.
- Ebrahim S, Taylor F, Ward K, Beswick A, Burke M, Davey Smith G. Multiple risk factor interventions for primary prevention of coronary heart disease. *Cochrane Summaries* 2013, <http://summaries.cochrane.org/CD001561/multiple-risk-factor-interventions-for-coronary-heart-disease>.

*ruth.kalda@ut.ee*