



Õdede iseseisvad ambulatoorsed visiidid 2005–2015



Tervise Arengu Instituut
National Institute for Health Development

Tervise Arengu Instituut
Tervisestatistika osakond

**Õdede iseseisvad ambulatoorsed visiidid
2005–2015**

Tallinn 2016

Tervisestatistika osakonna missioon:
Rahva tervise ja heaolu parema statistika ja informatsiooni kaudu

Koostaja: Eva Anderson

Materjali produtseerimine ja levitamine ei ole lubatud ilma Tervise Arengu instituudi nõusolekuta. Väljaande andmete kasutamisel või tsiteerimisel viidata allikale.

Sisukord

Sissejuhatus.....	5
1. Lühikokkuvõte	7
2. Õed OECD riikides ja Eestis.....	9
3. Õdede iseseisvad ambulatoorsed vastuvõttud	12
4. Õdede iseseisvad koduviisidid.....	13
5. Õdede iseseisvad ambulatoorsed visiidid tervishoiuteenuse osutaja liigi järgi.....	16
Kasutatud kirjandus.....	18

Sissejuhatus

Eesti tervishoiu üks väljakutseid on elanikkonna vananemine, milleks valmisolek eeldab eakatele inimestele suunatud tervishoiuteenuste suurema mahu, inimressursi, rahastamise jätkusuutlikust ja kättesaadavuse parandamist (Eesti Õdede Liit 2011). Tervishoiusüsteemis pööratakse enam tähelepanu õendusabiteenuste arendamisele ja õdede pädevuses olevate tegevuste laiendamisele. Õed on ka arvukaim tervishoiutöötajate rühm enamuses Majanduskoostöö ja Arengu Organisatsiooni (OECD) riikides (OECD 2015).

Analüüsis antakse ülevaade õdede iseseisvatest ambulatoorsetest visiitidest¹, võrreldakse õdede iseseisvate visiitide statistikas toimunud muutusi arsti ambulatoorsete visiitidega ja tuuakse välja võimalikud tegurid, mis on õdede visiitide arvu mõjutanud aastatel 2005–2015. Analüüsis ei kajastu ämmaemandate iseseisvad ambulatoorsed visiidid, kuna ämmaemanda iseseisva töö sihtrühm on õdede ametialadest erinev ja neid tasub käsitleda eraldi.

Ambulatoorse õendusabiteenuse eesmärk on patsiendi terviseteadlikkuse edendamine, terviseseisundi ja toimetulekuvõime säilitamine, võimalusel parendamine ja stabiilses seisundis patisendi lühi- või pikaajalise ravi toetamine ning vajadusel vaevuste leevendamine. Lisaks arsti poolt määratud ravi toetav õendustegevus. Samuti teevad õed vastavalt patsiendi vajadustele visiite kas kodus koduviisi näol või hooldusasutuses (Eesti Haigekassa).

Analüüsis on kasutatud Tervise Arengu Instituudi (TAI) poolt kogutud õendustöötajate² iseseisvate ambulatoorsete vastuvõttude ja koduviitide andmeid kõigilt Eestis tegutsevatelt ja tervishoiuteenuse osutamise tegevusluba omavatel asutustelt, nii arsti-õe praksistes kui haiglate ambulatoorsete osakondade töö kohta. Andmed kogutakse aastaaruandega „Tervishoiuasutus“³ (tabel „Ambulatoorne abi“). Lisaks on kasutatud tervishoiutöötajate täidetud ametikohtade ja keskmise vanuse andmeid, mis kogutakse novembrikuu aruandega „Tervishoiutöötajad“. Analüüsis kasutatud tervishoiustatistikaga seotud mõistete definitsioonid on leitavad TAI tervisestatistika osakonna (TSO) tervisestatistika sõnastikus

¹ Visiidid – vastuvõttud ja koduviidid kokku

² Õendustöötajad – õed ja ämmaemandad kokku

³ Aruandevorm ja juhend on leitavad Tervise Arengu Instituudi veebilehelt

<http://www.tai.ee/et/tegevused/tervisestatistika/viited-aruannete-esitajatele>

[\(http://pxweb.tai.ee/esf/pxweb2008/dialog/Info/sonastik/\)](http://pxweb.tai.ee/esf/pxweb2008/dialog/Info/sonastik/) ning andmed Eesti kohta koos mõistete seletustega tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaasis (TSTUA) (<http://www.tai.ee/tstua>).

Analüüsi on lisatud rahvusvaheline võrdlus OECD andmebaasi andmete põhjal.

Koostaja on tänulik kõigile, kes edastasid andmeid ja informatsiooni ning aitasid sellega kaasa õevisiitide arvestamisele. Suur tänu kolleegidele Ingrid Valdmaa, Natalja Eigo ja Kati Karelsonile, kes olid abiks andmete interpreteerimisel ja kirjeldamisel.

1. Lühikokkuvõte

2015. aastal töötas Eestis ligi 7900 õde, kes täitsid veidi üle 7600 ametikoha⁴. Tuhande elaniku kohta töötab Eestis 5,8 õde. Antud näitaja on 1,4 korda väiksem kui OECD liikmesriikide keskmine. Eestis on õe täidetud ametikohtade arv võrreldes 2005. aastaga tõusnud 2015. aastaks 5,4%, kuid siiski ei ole see piisav ega vasta tervishoiusüsteemi vajadusele. Prognooside põhjal on tervishoiuteenuste jätkusuutlikkuse tagamiseks vaja käesolevaks aastaks 8,3 ning 2020. aastaks 9,0 õe täidetud ametikohta 1000 elaniku kohta (Sotsiaalministeerium 2008, 2012). Seega peaks 2016. aastal olema Eestis veidi üle 3300 ja 2020. aastal veidi üle 4200 õe poolt täidetud ametikoha rohkem, kui seda oli aastal 2015.

2014. aastal oli OECD liikmesriikides keskmiselt ühe arsti kohta 2,5 õde. 2014. aastal oli Eestis vastav näitaja 1,7, mis ei ole 2015. aastaks muutunud. Selleks, et saavutada OECD riikide keskmist taset ja seejuures arvestades arstide niigi vähesust, on Eestis vaja ligi 3100 õde juurde.

Perioodil 2005–2015 tegid õded keskmiselt 1,14 miljonit iseseisvat ambulatoorset visiiti aastas. Visiitide arv on 2005. aastaga võrreldes kasvanud 2015. aastaks veidi üle nelja korra. Õdede iseseisvatest ambulatoorsetest visiitidest moodustuvad keskmiselt kaks kolmandikku vastuvõttud ja kolmandiku koduviisiidid. Õdede keskmine vastuvõttude arv on üheteistkümne aasta jooksul kasvanud 28-lt vastuvõttult 123-ni aastas 100 elaniku kohta ja keskmine koduviisiitide arv on kasvanud kaheksalt koduviisiidilt 34-ni. Vastuvõttude arv ühe õe täidetud ametikoha kohta on kasvanud üheteistkümne aasta jooksul neli korda – 52-lt vastuvõttult 212-ni aastas ning keskmine koduviisiitide arv on ühe õe täidetud ametikoha kohta kasvanud 15-lt koduviisiidilt 58-ni.

Aastatel 2005–2015 mõjutas õdede iseseisvate ambulatoorsete visiitide arvu kasvu tervishoiusüsteemi ümberkorraldamine, mille raames laiendati õdede iseseisvaid ülesandeid. Sellega seoses said õded iseseisvalt tegeleda stabiilses seisus ja ambulatoorsel ravil olevate patsientide terviseseisundi jälgimise ja hindamisega. Muutus ka pereõe roll perearsti meeskonnas – krooniliste tervisehäiretega patsientide, rasedate ja tervete vastsündinutega

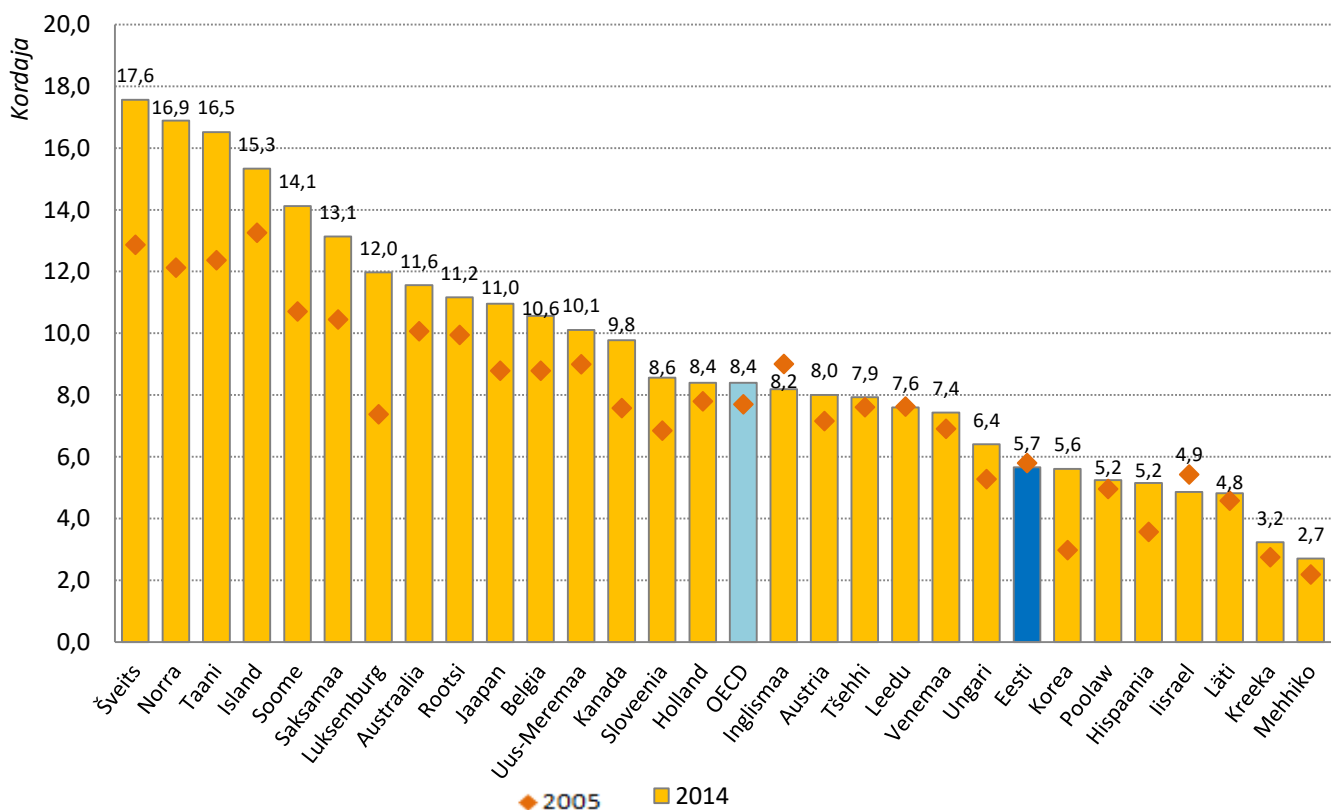
⁴ Ametikoht – üks täidetud ametikoht võrdub 40 töötunniga nädalas

tegelemise vastustus suunati perearstilt pereõele. Muutused tervishoius vähendasid perearstide töökoormust ja suurenes esmatasandi arstiabi kättesaadavust, paranes üldarstiabi osutamisel pereõe iseseisva vastuvõtu kvaliteet ja terviklikumaks muutus krooniliste haigete jälgimine ja tervisealane nõustamine (Lai *et al* 2014).

2. Õed OECD riikides ja Eestis

Tervishoiusüsteemis mängivad enam olulist rolli õed ja seda mitte ainult haiglates ning hooldekodudes, vaid üha rohkem ka esmatasandi arstiabis. Nõudlus õdede järele kasvab paljudes OECD riikides, mis on tõstatanud üles probleemi õdede puudusest.

OECD liikmesriikides oli 2014. aastal keskmine õdede arv 1000 elaniku kohta 8,4 (joonis 1). Kõrgeim õdede arv 1000 elaniku kohta oli Šveitsis, Norras, Taanis ja Islandil, kus õdede arv 1000 elaniku kohta oli üle 15-ne. Võrreldes aastaga 2005, on 2014. aastaks õdede arv 1000 elaniku kohta tõusnud enamikes OECD riikides, välja arvatud Inglismaal, Leedus ja Iisraelis. Eestis oli 2014. aastal keskmine õdede arv 1000 elaniku kohta 5,7, mis on pea 1,5 korda madalam kui seda on OECD keskmine.

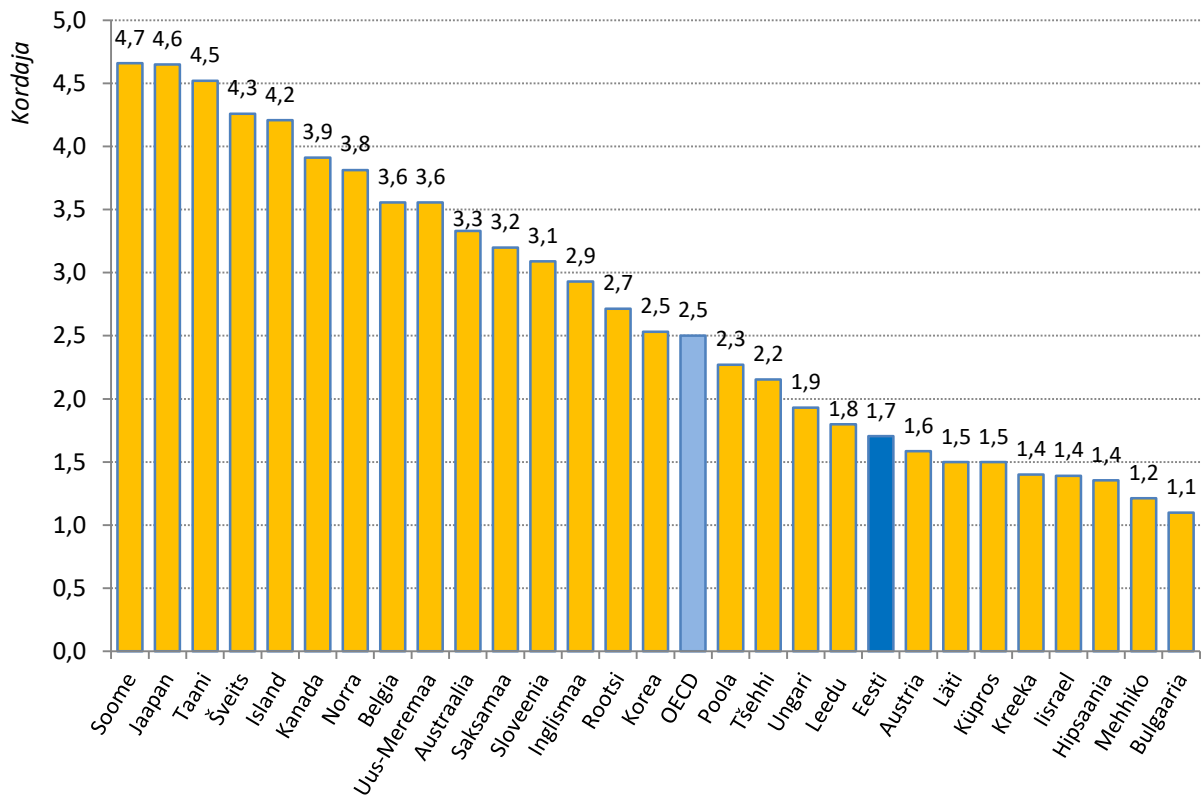


Joonis 1. Õdede arv 1000 elaniku kohta OECD riikides, 2005 ja 2014

Allikas: OECD

OECD liikmesriikides oli 2014. aastal keskmiselt ühe arsti kohta 2,5 õde. Kõrgeim oli arsti ja õe suhe 2014. aastal Soomes, Jaapanis, Taanis, Šveitsis ja Islandil, kus ühe arsti kohta oli neli

ja enam õde. Madalaim oli antud näitaja Bulgaarias, Mehhikos, Hispaanias, Iisraelis ja Kreekas. Eestis oli 2014. aastal ühe arsti kohta 1,7 õde, mis on kolmandiku võrra väiksem kui OECD keskmine.



Joonis 2. Õdede arv ühe arsti kohta OECD riikides, 2014

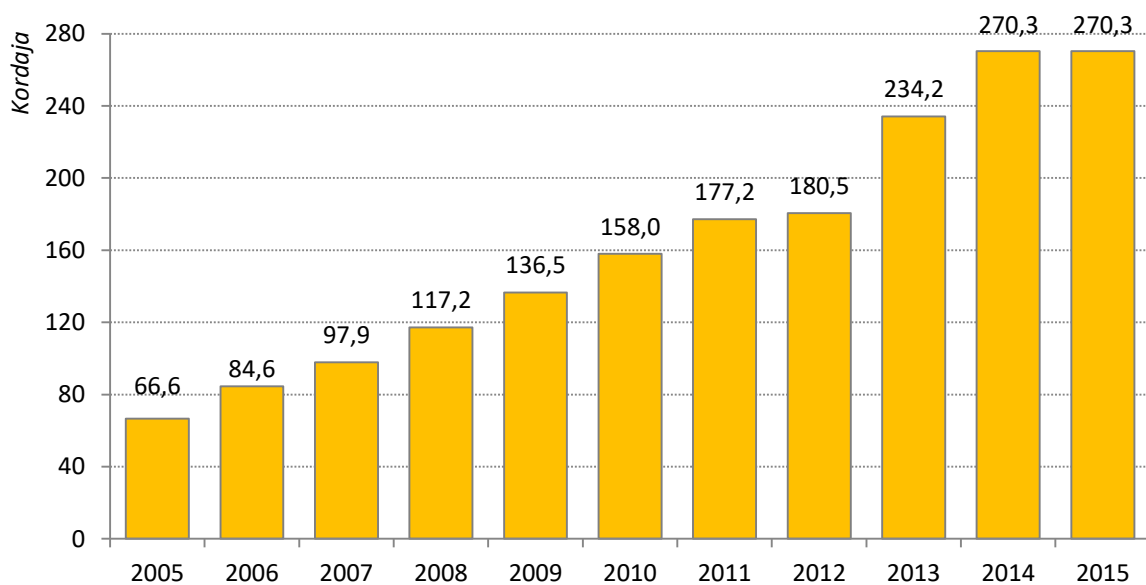
Allikas: OECD

Eestis oli 2005. aastal ligi 7200 õe täidetud ametikohta. 2015. aastaks oli õe täidetud ametikohtade arv kasvanud 5,4% ehk veidi üle 7600 õe täidetud ametikohani. Kohandades õe täidetud ametikohtade arvu rahvaarvule, teeb see 2015. aastal 5,8 õe täidetud ametikohta 1000 elaniku kohta. Sotsiaalministeeriumi prognooside põhjal on tervishoiuteenuste jätkusuutlikkuse tagamiseks vaja 2016. aastaks 8,3 ning 2020. aastaks 9,0 õde 1000 elaniku kohta (Sotsiaalministeerium 2008, 2012). 2009. aastal tõsteti koolitavate õdede arvu 350–400 tudengini aastas, et suurendada praktiseerivate õdede arvu nii, et 1000 elaniku kohta oleks neid 9–10 (Lai *et al* 2014). Siinjuures isegi mitte arvestades tervishoiutöötajate äravoolu väliturule ei ole koolitavate arv piisav, et saavutada 2020. aastaks püstitatud eesmärki. Eesmärgi saavutamiseks peab Eestis õe täidetud ametikohtade

arv ulatuma ligi 12 000-le. Teisisõnu käesoleval aastal peaks Eestis olema juba ligi 30% rohkem õdesid ehk üle 3300 ja 2020. aastaks veidi üle 4100 õe poolt täidetud ametikoha rohkem, kui seda oli aastal 2015. Seega tuleb viie aastaga õe täidetud ametikohtade arvu tõsta üle 40%.

2016. aastal lõpetas Eesti rakenduskõrgkoolide andmetel õe põhiõppe ligi 350 õde, mis aga ei ole piisav, et tagada tervishoiu jätkusuutlikkus. Eesmärgi täitmiseks peaks viie aasta jooksul ühes aastal lõpetama ligi 850 õde. Seepärast tuleb Eesti tervishoiusüsteemis olulisemalt enam rõhku pöörata õdede osatähtsuse tõstmisele.

Keskmine õdede iseseisvate ambulatoorsete visiitide arv kokku ühe õe täidetud ametikoha kohta on aastatel 2005–2015 järk-järgult kasvanud, kokku 4,1 korda (joonis 3).



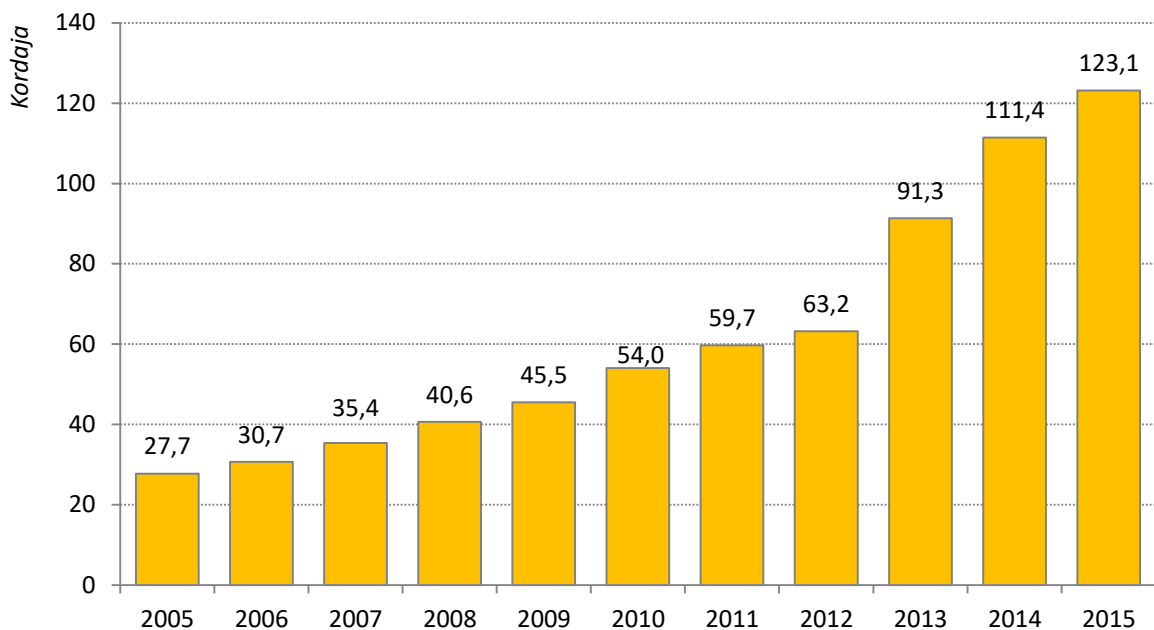
Joonis 3. Õdede iseseisvate visiitide arv ühe täidetud ametikoha kohta, 2005–2015

Allikas: TAI

Tervishoiuteenuste kättesaadavust soodustavad märkimisväärselt õe iseseisvad ambulatoorsed visiidid. Õdede läbiviidavad iseseisvad ambulatoorsed vastuvõttud ja koduviisidid aitavad nii pere- kui eriarstide töökoormust jagada ja lühendavad ravijärjekordi eriarsti ambulatoorsele vastuvõtule.

3. Õdede iseseisvad ambulatoorsed vastuvõttud

Perioodil 2005–2015 tegid õed keskmiselt 1,14 miljonit iseseisvat ambulatoorset visiiti aastas, millest kaks kolmandikku moodustasid vastuvõttud ja ühe kolmandiku koduviisiidid. Õdede keskmine iseseisvate vastuvõttude arv 100 elaniku kohta on võrreldes 2005. aastaga kasvanud neli ja pool korda. Kui aastal 2005 tegi õde 100 elaniku kohta keskmiselt 28 iseseisvat vastuvõttu, siis 2015. aastal on vastav näitaja tõusnud 123-le vastuvõtule (joonis 4).

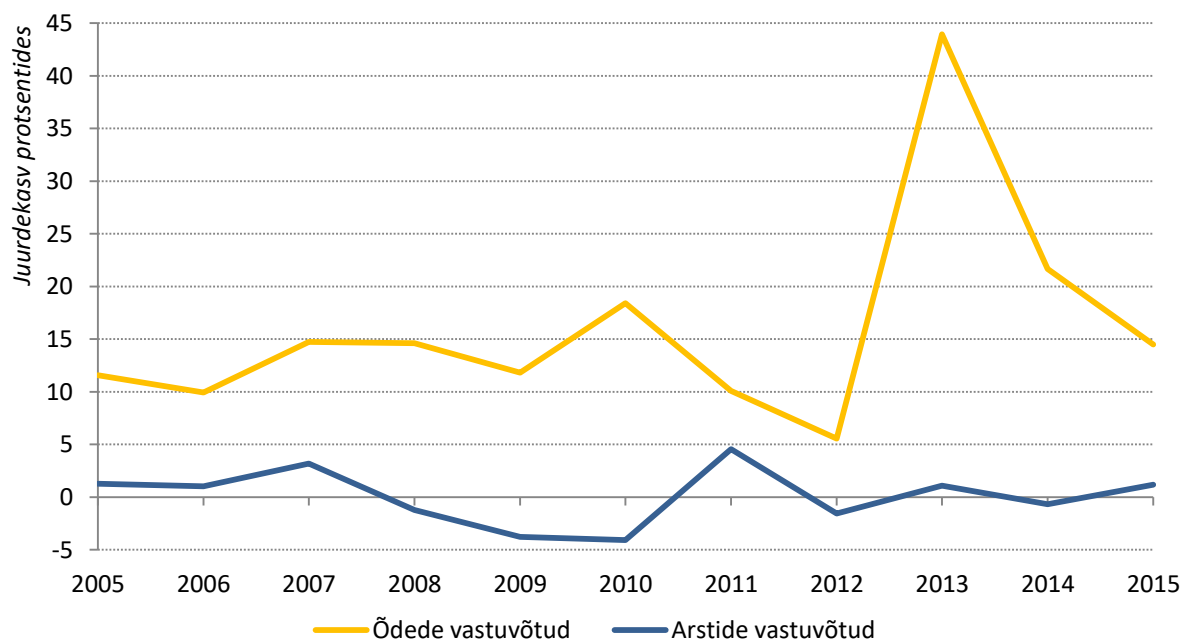


Joonis 4. Õdede iseseisvad ambulatoorsed vastuvõttud 100 elaniku kohta, 2005–2015

Allikas: TAI

Suur mõju on 2010. aastal vastuvõetud otsustest, kui laiendati õdede iseseisvaid tegevusi ja ülesandeid. Alates 2010. aastast said pereõed õiguse nõustada iseseisvalt teatud patsiente, näiteks kroonilisi haigeid, rasedaid ja tervete vastsündinute vanemaid. Samuti hakkasid 2010. aastal kooliõed osutama kõiki koolitervishoiuteenuseid, sealhulgas immuniseerimisega seotud tegevusi. Lisaks laiendati koduõendusteenuste hulka kuuluvaid tegevusi (Lai *et al* 2014). Ümberkorralduste mõju avaldus koheselt – kui perioodil 2005–2009 tegid õed keskmiselt 480 000 iseseisvat ambulatoorset vastuvõttu aastas, siis aastatel 2010–2013 tõusis keskmine vastuvõttude arv 780 000-ni ehk üle 60%. Siinkohal on oluline mainida, et õdede täidetud ametikohtade arv ei ole neil aastatel oluliselt muutunud.

Lisaks finantseerib Eesti Haigekassa (EHK) alates 2013. aastast perearstiasutuste kulusid alates teisest pereõest, kui õe iseseisvaks tööks on olemas eraldi kabinet. Perearstiasutustes tõusis aastatel 2013–2015 õdede keskmine iseseisvate ambulatorsete vastuvõttude arv 2,7 korda võrreldes 2005–2012 aasta keskmisega.



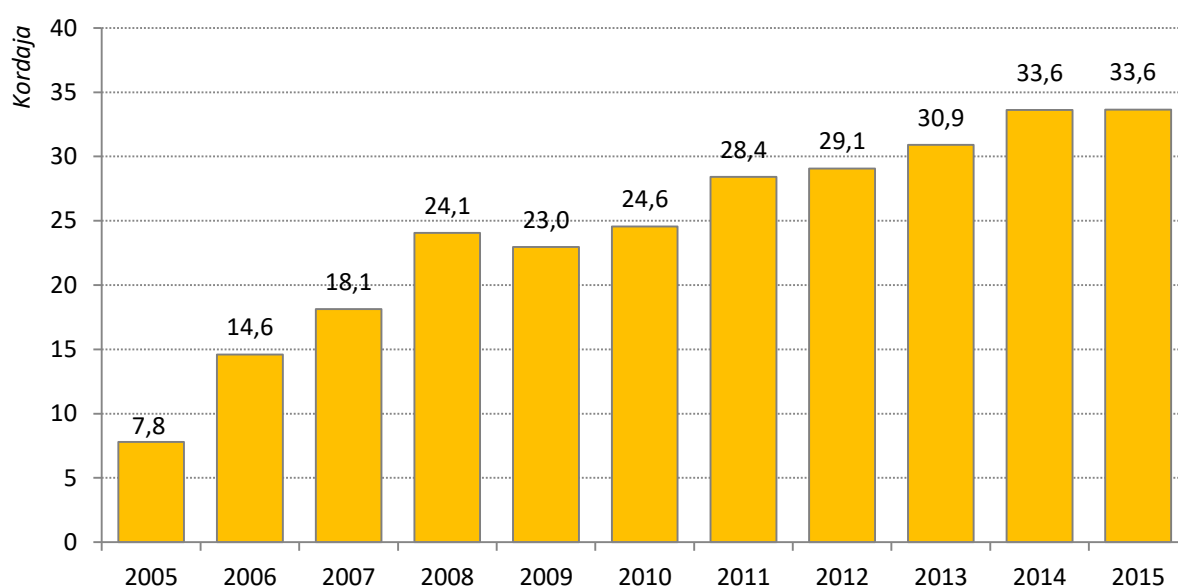
Joonis 5. Õdede ja arstide vastuvõttude aastane juurdekasv protsentsides, 2005–2015

Allikas: TAI

Kui õdede iseseisvate ambulatorsete vastuvõttude keskmine juurdekasv oli aastatel 2005–2015 16,1%, siis arstide ambulatorsete vastuvõttude arv ei ole kasvanud (+0,1%) (joonis 5).

4. Õdede iseseisvad koduvisiidid

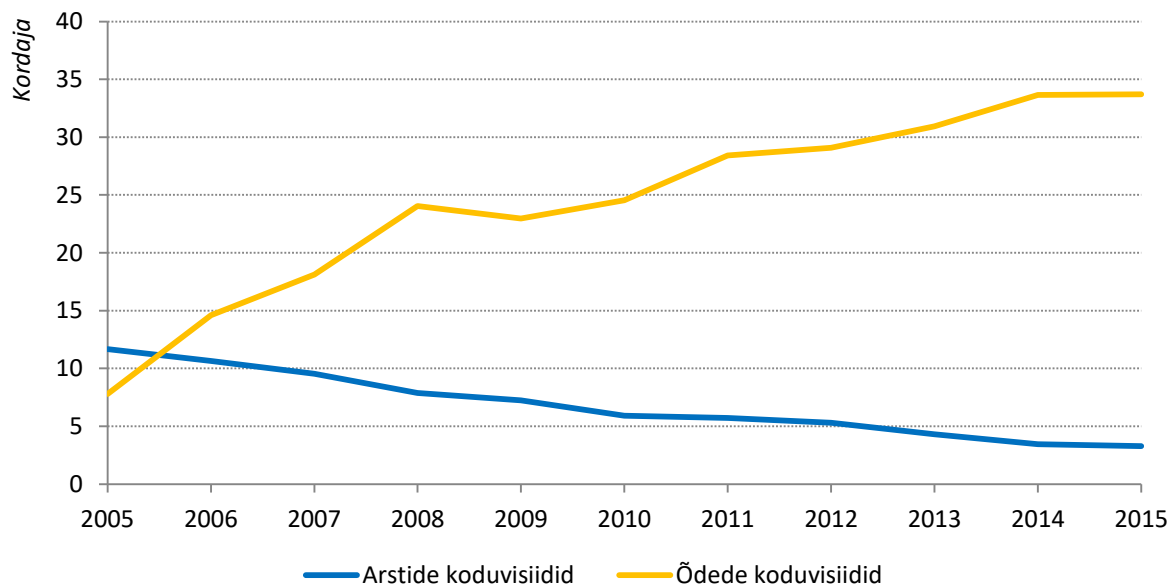
Aastatel 2005–2015 on õdede iseseisvate koduvisiitide arv märkimisväärselt kasvanud (joonis 6). Kui 2005. aastal tegid õed keskmiselt kaheksa koduvisiiti 100 elaniku kohta, siis 2015. aastal, nagu vastuvõtteri, üle nelja korra rohkem. Perioodil 2005–2008 kasvas õdede koduvisiitide arv kiires tempos. Aastatel 2009–2010 seiskus koduvisiitide arvu kasv, mille üheks põhjuseks võis olla üleüldine majanduskriis ja EHK tervishoiukulude langus. Õdede koduvisiitide arv kasvas taas aastatel 2011–2014. Viimasel kahel aastal on koduvisiitide arv jäänud samale tasemele rahvastiku näitajatega võrreldes.



Joonis 6. Õdede iseseisvad koduvisiidid 100 elaniku kohta, 2005–2015

Allikas: TAI

Kui aastatel 2005–2015 on õdede iseseisvate koduvisiitide arv 100 elaniku kohta on olnud suurenevas trendis, siis arstide teostatud koduvisiitide arv väheneb (joonis 7). Arstide koduvisiitide arv on langenud analüüsitaval perioodil üle 70%.



Joonis 7. Õdede ja arstide koduviisid 100 elaniku kohta, 2005–2015

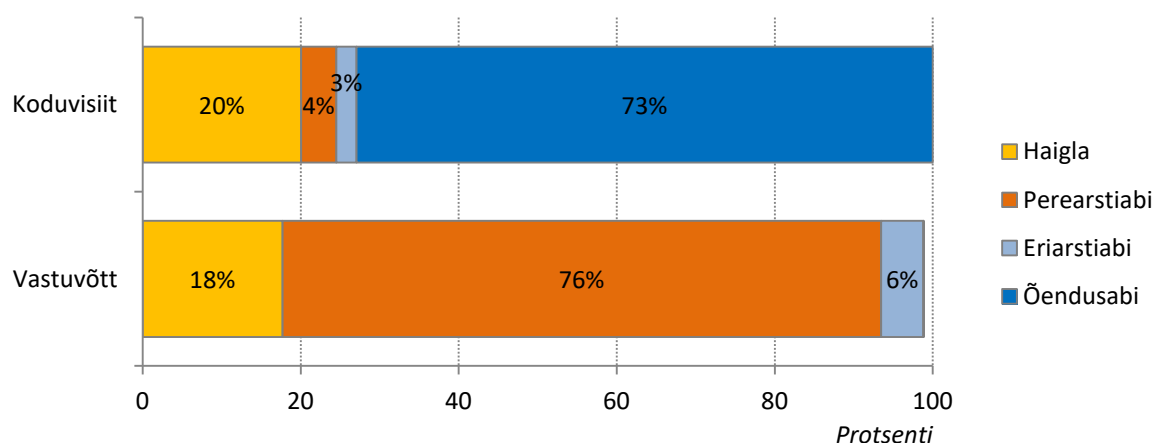
Allikas: TAI

Õdede iseseisvate koduviisitide arvu kasvu on mõjutanud samuti tervishoiusüsteemi ümberkorraldamine, mille hulgas oli ka koduõdede ülesannete ja tegevuste laiendamine. Sellega seoses muutus ressursikasutus efektiivsemaks (Sotsiaalministeerium). 2015. aastal tegid just koduõed 95% kõigist õendustöötajate koduviisitidest.

5. Õdede iseseisvad ambulatoorsed visiidid tervishoiuteenuse osutaja liigi järgi

Õded teostavad iseseisvaid ambulatoorseid visiite peamiselt neljas erinevat liiki tervishoiuteenust osutavates asutustes – haiglates, perearsti-, eriarsti- ja õendusabiasutustes.

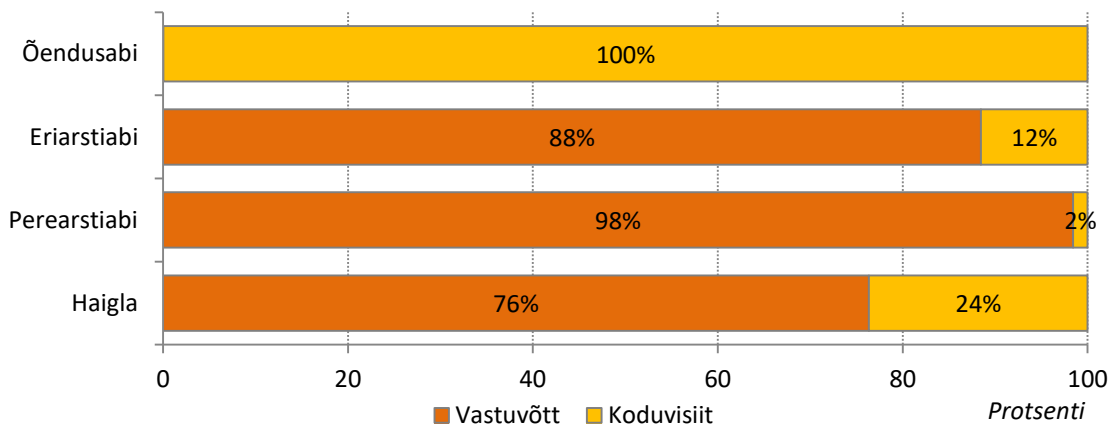
Kõige suurem õdede iseseisvate ambulatoorsete vastuvõttude maht on perearstiabiasutustes, kus 2015. aastal tehti 76% kõikidest õdede iseseisvatest ambulatoorsetest vastuvõttudest. Haiglates tehakse 18% ja eriarstiabiasutustes 6% õe vastuvõttudest. Õendusabiasutustes õdede iseseisvaid vastuvõtte üldjuhul ei tehta. Seevastu moodustas 2015. aastal just õendusabiasutuste koduviisiidid 73% kõikidest õe koduviisiitidest. Ülejäänud 20% tehti haiglates, 4% perearstiabiasutustes ja 3% eriarstiabiasutustes (joonis 8).



Joonis 8. Õdede vastuvõttud ja koduviisiidid tervishoiuteenuse osutaja liigi järgi, 2015

Allikas: TAI

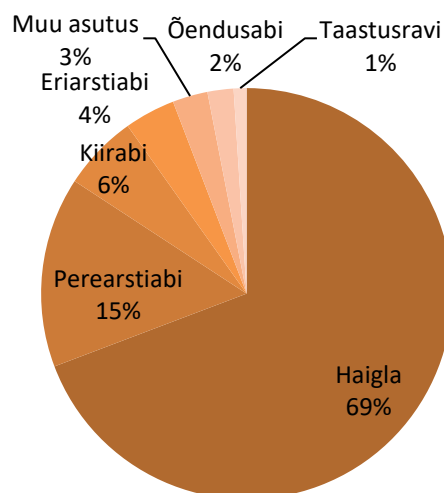
Õdede visiidi liigi järgi jaguneb ka töö jaotus tervishoiuteenuse osutajate lõikes erinevalt (joonis 9). Näiteks perearstiabiasutustes tehakse vastuvõtte 98% ulatuses ja 2% ulatuses koduviisiite, eriarstiabiasutuses vastavalt 88% vastuvõtte ja 12% koduviisiite ning haiglates vastavalt 76% ja 24%. Õendusabiasutustes tehakse üldjuhul kõik visiidid patsientide kodus või hooldekodudes.



Joonis 9. Tervishoiuteenuse osutajate töö jaotus õe iseseisva ambulatoorse visiidi liigi järgi, 2015

Allikas: TAI

Täidetud ametikohtade lõikes töötab ligi kolmveerand õdedest haiglates ja 15% perearstiabiasutustes. Ülejäänud 16% õe täidetud ametikohtadest jagunevad kiirabi-, eriarstiabi-, öendusabi-, taastusraviasutustes ja muudes tervishoiuasutustes⁵, nagu diagnostika- ja hambaraviasutused (v.a hambaraviõde), töötavate õdede vahel (joonis 10).



Joonis 10. Õdede täidetud ametikohad tervishoiuteenuse osutaja liigi järgi, november 2015

Allikas: TAI

Esialgsete andmete põhjal oli õdede keskmine vanus Eestis 2015. aasta novembris 44,7 aastat. Tervishoiuteenuse osutaja liigi järgi töötavad kõrgema keskmise vanusega õed taastusravi- (52,2 aastat), öendusabi- (48,9) ja perearstiabiasutustes (47,2). Madalama keskmise vanusega õed töötavad kiirabi- (39,6) ja eriarstiabiasutustes (46,3).

⁵ Muu asutus – diagnostika- ja üldarstiabiasutus (v.a perearstiabiasutus)

Kasutatud kirjandus

1. Eesti Haigekassa. *Õendusabiteenused haiglas ja kodus*.
https://www.haigekassa.ee/sites/default/files/trykised/hk_oendusteenus_voldik_final.pdf.
(05.09.2016)
2. Eesti Õdede Liit ja Eesti Ämmaemandate Ühing (2011). *Kaheksa sammu inimese tervise heaks. Eesti õenduse ja ämmaemanduse arengustrateegia 2011–2020*.
https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/Tervishoiususteem/eol_eau_arengustrateegia.pdf.
(05.09.2016)
3. Eesti Õdede Liit, Eesti Haigekassa ja Eesti Gerontoloogia ja Geriaatria Assotsiatsioon (2004). *Koduõenduse tegevusjuhend*. https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/Tervishoiususteem/koduoenduse_tegevusjuhend.pdf.
(20.09.2016)
4. Lai T, Habicht T, Kahur K, Reinap M, Kiivet R, van Ginneken E. (2014). *Eesti: Tervisesüsteemi ülevaade. Tervisesüsteemid muutustes, 2013*; 15(6):1–196.
http://rahvatervis.ut.ee/bitstream/1/5885/1/Eesti_tervisesysteem2013.pdf.
5. OECD (2015). *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*, OECD Publishing.
http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2015_health_glance-2015-en.
6. OECD (2016). OECD.Stat database. <http://stats.oecd.org>. (20.09.2016)
7. Sotsiaalministeerium (2008, 2012). *Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020*.
https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/2012_rta_pohitekst_ok_5.pdf. (20.09.2016)
8. Sotsiaalministeerium. *Sotsiaalministeeriumi valitsemisala arengukava aastateks 2013–2016*.
https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Ministeerium_kontaktid/Ministeeriumi_arengukava_ja_tooplaan/sotsiaalministeeriumi_arengukava_2013-2016.pdf. (10.10.2016)
9. Tallinna Perearstide Selts (2008). *Pereõe tegevusjuhend*.
https://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/Pereoe_tegevusjuhend_07%2004%202009%20tunnustatud.pdf.
(20.09.2016)
10. Tervise Arengu Instituut (2016). Tervisestatistika ja terviseuringute andmebaas, tabelid ETH01, THT011, THT013 seisuga 21.10.2016 ja tabelid AV10, AV30 seisuga 10.10.2016.
(<http://www.tai.ee/tstua>)

Tervisestatistilised andmed ja informatsioon:

- **Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas**
<http://www.tai.ee/tstua>
- **Tervise Arengu Instituudi tervisestatistika osakonna veebileht**
<http://www.tai.ee/tegevused/tervisestatistika>
- **Andmepäring Tervise Arengu Instituudile**
tai@tai.ee
- **Statistikaameti andmebaas**
<http://www.stat.ee/>
- **Euroopa Liidu statistika**
<http://ec.europa.eu/eurostat>
- **Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) Euroopa esinduse tervise andmebaas**
<http://data.euro.who.int/hfad/>
- **Majandusliku Koostöö ja Arengu Organisatsiooni (OECD) andmebaas**
http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT

