

Integratsioon ja desintegratsioon sisemeditsiinis

Margus Lember - TÜ sisekliinik, TÜ Kliinikumi sisekliinik

sisehaigused, spetsialiseerumine meditsiinis

Sisehaigused on üks vanemaid meditsiinierialasid. Tehnoloogia kiire areng, uute ravi- ja diagnoosimis-meetodite juurutamine on tinginud arstide kitsama spetsialiseerumise vajaduse ka sisehaiguste vallas. Samas on inimene ühtne tervik ja haigused ei pruugi kahjustada vaid ühte elundit, seetõttu peab arst oskama haiget inimest ja haigusi hinnata ning käsitleda laiemalt kui oma kitsa spetsialiteedi vaatenurgast. Eesti oludes ei ole ei inim- ega materiaalseid ressursse arvestades võimalik avada igas haiglas kõiki kitsamaid sisehaiguste erialasid. Väljapääsuks ja edasise arengu võtmeks on tihedam koostöö eri asutuste vahel ja sisearstide koolitamine, et nad paremini orienteeruksid ka sisehaiguste kitsama eriala sagedamini ette tulevates probleemides.

Integratsiooni (ld *integratio*) selgitab meditsiinisõnastik kui osade ühendamist tervikuks, ennistamist, endisesse seisundisse viimist, taastamist; ka kui ühinemist või ühtlustamist (1). Desintegratsioon on eelnevale vastupidine protsess või tegevus. Need terminid on sobilikud, et kirjeldada sisemeditsiinis toimuvat, suhteid sisehaiguste kui eriala ja tema allerialade vahel.

Sisehaigused on kaheldamatult üks vanemaid meditsiinierialasid. Tehnoloogia areng, uurimisevõtete mitmekesisustumine ja uute keeruliste ravi-meetodite kasutuselevõtt põhjustasid sisemeditsiini subspecialiteetide tormilise arengu 20. sajandi teisel poolel (2). Eestis algas suuremates keskustes sisemeditsiini spetsialiseeritud osakondade teke 1970ndail. Eesmärgiks oli koondada teatud haigustega isikud kokku, et vastavas valdkonnas töötavatele arstidele pakkuda enam kogemust nende haigetega tegelemisel, rakendada paremini uusi meetodeid ja sellega parandada ravi kvaliteeti. Erinevates maades oli usk spetsialiseeritud arstiabisse erinev, meie aladel sel ajal valitsenud tervishoiusüsteemis olid ekstensiivarengu näitajad aukohal: rohkem arste, haigevoodeid ja erialasid pidi näitama paremat abi.

Iseseisvusaja jooksul on ühiskonna lipukirjaks olnud efektiivsus ja vaba turg, neid rõhutades oleme jõudnud olukorrani, kus tervishoiult seemiste

reservide arvelt ei ole enam miskit võtta. Efektiivsusnäitajad on head: voodipäevad lühikesed, kogu töö teeb ära üha väiksem hulk meditsiinitöötajaid. Ent tervishoiusektor tunneb, et tema areng ei käi kaasas ühiskonna võimalustega ning majandusliku edukusega. Turumajandus justkui toimib ja ei toimi ka. Avanenud Euroopa tingimustes kipuvad töötajad hääletama jalgadega. Meditsiinitöötajate defitsiit ning maksimaalseks kruvitud efektiivsusega töötavad tervishoiuasutused sunnivad varem või hiljem veel kord analüüsima haiglate arengukavu ning spetsialiseeritud arstiabi paigutust Eestis.

Mis meid ühendab? Esimeseks ühiseks jooneks on traditsioon ja ajalugu. Üldjuhul ka eristumine kirurgilistest erialadest, kus keskendutakse eeskätt akuutsete situatsioonide lahendamisele, seda peamiselt kirurgiliste tehnikate abil. Inimese elundite isoleeritud käsitlemise võimalused on ahtad, meditsiinis on vaja osata tegutseda inimese kui tervikuga – selle vajaduse tunnetamine on samuti sisemeditsiini erialasid ühendavaks jooneks. Diagnostilised strateegiad, otsustusprotsessid, preventatsioon, kliiniline epidemioloogia – need on ühised erinevate sisemeditsiini valdkondade tegevusele, koolitusele ja uurimistöölle (3). Erinevatele erialadele “kuuluvad” haigused väljenduvad ka väljaspool “oma” organit või elundisüsteemi. Harva, kui patsiendil on ainult üks sisehaigus: vanuse kasvades on polümorbiidsus

igapäevane. Eakad vajavad kõrvuti üldsisehaiguste arstiga, kes tegeleks tema probleemidega tervikuna, ka kitsama eriala võimalusi samaväärselt nooremate patsientidega. Aktiivravi haiglate sisearsti valvekordades osalevad nii üldsisehaiguste kui ka kitsa eriala arstid. See nõuab sisemeditsiini põhjaluste valdamist laiemalt. Paljudele erialadele on ühine ka rakendatava ravi ning ravimite sarnasus.

Mis eristab sisemeditsiiniist välja kasvanud erialasid? Eeskätt tehnoloogiale tuginevad uurimis- ja ravimeetodid, olgu selleks endoskoopiad, dialüüs või kemoterapia hematoloogilistel haigetel. Kõigil sisearstidel ei ole olnud võimalik ega vajalikki õppida kõigi tehnikatega töötama. Spetsialiseerumise on tinginud vajadus kontsentreerida erioskusi nõudvad tegevused väiksema arvu tegijate-oskajate kätte. Ka majanduslik otsustarbekus kallihinnalise aparatuuri ostmisel pole vähetathtis. Kindlasti eristab erialasid eriarstide väljaõpe: igal subspetsialiteedil on vajalik tagada oma erialale vastav teadmiste ja oskuste kogum. Tänapäeval pole võimalik jagada erialasid puhtalt sisemeditsiiniks ja kirurgiaks, elundispetiifilistel erialadel põimub mõlema suuna tegevus, tagades olukorra vajadustest lähtuva parima lahenduse. Erialaidentiteedi kujunemine toimub erialaseltside tegevuse kaudu, sisemeditsiini arstid teadvustavad end üldjuhul allerialade kaudu. Ka tervishoiusüsteem tähtsustab erialasid: jagatakse erialakood, ravimikirjutamisõigusi piiratakse erialast lähtudes, haigekassa lepingumahtusid jagatakse kitsaste erialade kaupa.

Eriala toimimiseks on vajalik teatud minimaalne kriitiline hulk spetsialiste. See on eriti oluline väikestes riikides nagu Eesti. Võib küll tahta tekitada väga kitsaid erialasid põhjendusega, et mõnes arenenud Euroopa riigis on need olemas. Ent meie rahvaarv, tema paigutus ning haiglavõrk ei pruugi kõike seda võimaldada.

On üldaktsepteeritav, et sisehaiguste arstid töötavad kõigis aktiivravi haiglates, kus on sise-

haiguste osakonnad. Kas aga igas maakonnas peaksid töötama ka sisemeditsiini kitsa erialaga arstid? Sellele ühene vastus puudub. Praegu on olukord Eesti erinevates piirkondades erinev, kesk- ja üldhaiglate siseosakondades töötavad erinevate erialadega arstid. Isegi kui tahta, et teatud kindel kooslus sisemeditsiini eriala arste töötaks keskhaiglas ning mingi teine kooslus üldhaiglas, siis tulenevalt arstide puudusest Eestis ei ole seda võimalik lähiajal teoks teha.

Millised võiksid olla lahendused? Üheks variandiks on jätkata kitsa eriala arstide kontsentreerimist keskustesse, eeskätt Tartusse ja Tallinnasse, maakonna tasandil töötaks siis valdavalt sisearst, kes kohalikust situatsioonist tulenevalt saaks õppida tegema täiendavaid uuringuid, olgu nendeks siis endoskoopiad, ultraheliuuringud vm. Võrdsete võimaluste printsiibist lähtuvalt peaks haigekassa võtma oma peale teatud mahus transpordikompensatsiooni neile, kes vajavad uuringuid ja konsultatsioone kitsa eriala spetsialistilt keskses.

Üheks võimaluseks on võtta tööle maakonnahai- gla siseosakonna juurde ka kitsa eriala spetsialiste, ent nagu märgitud, neid arste ei ole piisavalt saada ning täiskohaga arstile ei pruugi seal jätkuda ainult erialaspetiifilist ööd, mistõttu tuleb tal tegelda ka mitteprofilsete sisehaigustega ja valvetööga. Üldmeditsiinilist kvalifikatsiooni see parandab, eriarstlikku mitte. Teine võimalus on maakonnahai- glate koostöö keskustega, kes tagavad konsultantide- spetsialistide väljasõidu kohtadele. See idee võib osutuda võtmeks eriarstiabi jätkumisel suurtest lin- nadeist kaugemal, probleemiks on sõidu- ja ajakulu, mis sellise tegevusega lisandub.

Kitsa eriala eriarstid tegelevad hästi oma eriala- spetsiifiliste küsimustega. Samuti on tõestatud, et sisearstid tegelevad niisama hästi kui kitsa eriala arstid enam levinud sisehaiguste diagnoosimise ja raviga. Juba praegu tegelevad maakondade siseosakonnad enamiku oma haigetega algusest lõpuni, mis näitab nende võimekust kõige erine- vamate situatsioonidega toimetulekul. Teiselt poolt näib keskustes töötavatele subspetsialistidele, et nii mõnigi kord oleks Tartu või Tallinna keskses hai-

Tabel. Sisemeditsiini erialade arstide arv, residentuuri lõpetajad ning hinnatud vajadus

Eriala	Arste registris	Lõpetavaid residente	Arstide vajadus	Arstiteaduskonda vastuvõtu plaan
			(haiglate liit)	(sotsiaalministeerium)
		2007–2011	2007–2011	2007–2011
Sisehaigused	243	20	33	52
Gastroenteroloogia	43	6	25	5
Endokrinoloogia	48	5	13	3
Kardioloogia	156	15	37	19
Hematoloogia	42	6	2	8
Nefroloogia	16	6	13	3
Pulmonoloogia	85	7	18,5	9
Nakkushaigused	44	13	9,5	15
Reumatoloogia	50	5	13,5	5

gele võimalik pakkuda tõhusamat abi. Ilmselgelt on vähe vastastikuseid kontakte nende haiglate vahel, ka on levimas mitte alati põhjendatud haigete lähetamine erakorralise meditsiini osakondadesse, mille koormus on niigi suur. Kaduma kipub kena tava, et enne haige edasisaatmist arutavad erinevate haiglate osakonnajuhatajad probleemi.

Eriala arengukavad (4) on ainsad dokumendid Eestis, mis kõnelevad erialade liidrite arusaamadest oma spetsialiteedist: kus paiknevad eriarstid, milline ettevalmistus neil on, kui palju on neid vaja. Üldjuhul kumab neist läbi soov korraldada oma eriala haigete diagnostikat ja raviarstiabi kõigil etappidel. Praktikas ei pruugi raviasutused aga neid arengukavasid tähelegi panna.

Oluliseks küsimuseks on, kui palju on järgnevatel aastatel eriarste vaja. Olemasolevate arstide arv on teada tervishoiuameti registrist, sotsiaalministeerium on kinnitanud residentuuritellimuse, mis kujundatud erialaseltside, ülikooli ja ministeeriumi koostöös (vt tabel). Alles sel aastal on hakatud küsima ka haiglate liidu kui tööandjate organisatsiooni hinnanguid arengukavadele. Nende vahel võib täheldada teatud ebakõlasid. Esiteks, arstide arv arstide registris on ülemäära suur, näiteks sisehaiguste vallas töötavad vaevalt pooled registreerituist aktiivselt sisemeditsiinis kui võtta aluseks haiglate ja osakondade kaupa kogutud andmed. Haiglate liit hindab sageli arstide vajadust märksa suuremaks,

mõistetavalt hindavad nad vajadusi seisukohalt, et olemasolevad haiglastruktuurid peavad alles jääma ja laienema.

Vajalik residentuurikavade muutmine

Olukorras, kus arstide väljaõppes pole enam diplomijärgset üldinternatuuri, peaksid residentid saama parema ettevalmistuse sisehaiguste vallas laiemalt. Erialati on praegustes residentuuri õppekavades varieeruvus suur. Vähemalt pool aastat praktiseerimist üldsisehaiguste erialal või mõnel naabererialal on programmis endokrinoloogias, gastroenteroloogias, kardioloogias, nefrooloogias, pulmonoloogias ja reumatoloogias; pisut vähem nakkushaigustes ja praktiliselt puudub hematoloogias. Siiski on mitmed erialad ilma üldsisehaiguste õppeta: see on kindlasti puuduseks, et mõista sisehaigete eripära ja nn oma profiili haigete käsitlust üldsisehaiguste osakonnas. Eestis oleks otstarbekas sisse viia kõigile subspetsialiteetide praktiseerimine residentuuris üldsisehaiguste osakonnas, kaasates selleks ka sobivaid maakonna tasandi haiglaid. Kindlasti looks see parema aluse tulevaseks koostööks erinevates haiglates töötavate kolleegide vahel, et mõista paremini erinevate haiglate võimalusi.

Oskusliku eriarstiabivõrgu planeerimise ning erialaste barjääride vähendamise kaudu on võimalik olemasolevaid subspetsialiteete paremini integreerida üheks patsiendi huvides töötavaks süsteemiks.

Kirjandus

1. Meditsiinisõnastik. Tallinn: Medicina; 1996.
2. Armitage M, Davidson C. General medicine in the UK—back stage or centre stage? *Eur J Int Medicine* 2001;12:535–8.
3. Lindgren S, Kjellström T. Future development of general internal medicine: a Swedish perspective. *Eur J Int Medicine* 2001;12:464–9.
4. Sotsiaalministeerium. Erialade arengukavad.

Summary

Integration and desintegration in internal medicine

The current paper discusses the history of specialisation in internal medicine, and characteristic features of integration and desintegration among the subspecialties of internal medicine. The discrepancies in defining the needs

for residents in different subspecialties are presented. A proposal has been made to increase the share of general internal medicine in the rotation plans of residents in all subspecialty plans.

Margus.Lember@kliinikum.ee