

Peremeditsiini tulevikuperspektiivid Eesti esmatasandi tervishoiu arengukavas

Heidi-Ingrid Maaroo – Tartu Ülikooli polikliiniku ja peremeditsiini õppetool

Võtmesõnad: esmatasandi tervishoid, perearst, rühmatöö

Peremeditsiini areng 1991–2008 Eestis on olnud järjepidev, patsiendikeskne ning kooskõlas perearsti töö rahvusvaheliselt tunnustatud printsiipidega. Esmatasandi tervishoiu arengukava Eestis soodustab perearstikeskuste teket, milles koos perearstide ja pereõdedega töötaksid mitmete teiste esmatasandi tervishoiu erialade esindajad. Mõningad arengukava aspektid loovad eelised, kuid teisalt ka ohte praegusele perearstisüsteemile ja patsiendikesksele arstiabile. Artiklis käsitletakse uue planeeritava esmatasandi tervishoiu arengukava võtmeküsimusi: rühmatööd, abi korraldamist töövälisel ajal ja erihuvidena perearstide esilekerkimist.

Peremeditsiini taassünd Eestis algas 1991. aastal ja selle areng järgnenud aastatel on tõestanud peremeditsiini elujõulisust nii akadeemilise kui ka praktikas toimiva erialana. See areng on saavutanud ka rahvusvahelise tunnustuse (1, 2). Peremeditsiin Eestis vastab kõikidele peremeditsiini erialale WHO, WONCA (*World Organization of Family Doctors*) ja EURACT (*European Academy of Teachers in General Practice*) kontekstis esitatavatele nõuetele, milleks on laiahaardelisus, järjepidevus, koordineeritus ning individile

ja kogukonnale orienteeritus (3–6). Perearstide koolitus, laiahaardelist tegevust võimaldav tööjuhend ning perearstisüsteemi korraldus Eestis on taganud peremeditsiini senise arengu ja vastavuse erialale esitatud printsiipidele. Laiiahaardelise ja järjepideva tegevuse patsiendiga võimaldab Eestis kehtiv nimistute ja personaalse arsti nõue, tegelemine kõikide vanuserühmade ning terviseprobleemidega ja samuti järjepideva tegevuse rahastamine haigekassa poolt (7). Tervishoiu esmatasandi ning teiste erialade töö koordineerimine toimub saatekirjadele esitatud nõuete järgimise ning diagnostikaring ravijuhiste ühiste kokkulepete kaudu. Patsientide rahulolu perearstisüsteemiga on suur kõikides Eesti piirkondades (8).

Kokku on 2008. aastaks Eestis perearsti eriala tunnistuse saanud 1051 arsti ning neist 114 on lõpetanud residentuuri. Kolm aastat kestvasse residentuuri on vastuvõtt aasta-aastalt kasvanud ning 2008. aastal oli peremeditsiini residentuuris 64 residentit.

Eesti peremeditsiini põhimõtete rakendamiseks on loodud esmatasandi tervishoiule kindel alus. Samas on selgunud, et oleks vaja lahendada näiteks perearstide asendamine puhkuse ja täienduse ajal, perearstikeskuste ehitamise ja remontimisega seotud probleemid, patsientidele mõningate teenuste kättesaadavuse probleemid ja suhtlemine teiste erialadega. Samu probleeme tuuakse esile ka teistes maades ning otsitakse sobivaid lahendusi perearstide ja teiste esmatasandi erialade omavahelise koostöö parandamise kaudu (9). Perearsti eriala muutub kogu maailmas

laiahaardelisemaks, perearsti töövaldkonda lisandub mitmeid registreeritud tegevusi, näiteks krooniliste haigete süstemaatiline jälgimine ning spetsiifilise ravi määramine, süstemaatiline tegelemine riskirühmadega, väikekirurgilised protseduurid. Ilmselt on vaja rohkem perearste ja pereõdesid ning nii peremeditsiini residentide arv kui ka pereõdede ettevalmistus peaks kasvama, kuid suurenema peab ka koostöö kõikide patsiendi terviseprobleemidega tegelevate erialadega.

Uusi suundumusi, mis mõjutavad ka peremeditsiini, võime märgata Eesti esmatasandi tervishoiu arengukavas (10). Need suundumused on järgmised:

- soolopraksistelt grupipraksistele (arengukavas nimetatud tervisekeskusteks),
- perearst ettevõtjast töövõtjaks,
- infrastruktuuri funktsionaalne areng tervisekeskusteks,
- mitmete esmatasandi erialade rühmatöö.

Eesti esmatasandi arengukavas on märgitud järgmist:

Eesti esmatasandi võrgustiku mudel näeb ette esmatasandi meeskonna töötamise iseseisvate teenuseosutajatena üksikpraksistes, perearstikeskustes ja tervisekeskustes. Esmatasandi teenuste osutamine tervisekeskustes on eelistatud üksiku perearstiga perearstikeskustele ning aitab kaasa mitme olulise eeltoodud probleemi lahendamisele. Suund tervisekeskustesse koondumisele linnades ja suuremates asulates ning maakonna perearstide võrgustike moodustamine maakonnakeskuste juurde tagab vajalike teenuste ja diagnostika parema kättesaadavuse, võimaldab personalil täiendkoolitustel osalemist ning asendamisi vajadusel. Arstide administratiivkoormuse vähendamine võimaldab perearstidel pühendada enam aega arsti pädevust nõudvatele tegevustele.

Seega on Eestis suund suuremate perearstikeskuste (ma ei kasutaks terminit tervisekeskus, seda kasutatakse Eestis laialdaselt teises kontekstis) moodustamisele kohtades, kus see on võimalik, ning sama suunda peremeditsiinis võib täheldada ka teistes riikides. Grupipraksised esmatasan-

dil mitmete erialade kaasamisega on soositud (9).

Esmatasandi sellises korralduses on palju positiivset. Suuremas keskuses on koostöö tihedam, asendused kergemini korraldatavad, saab teha rohkem erinevaid protseduure, leida paremat erialalist tuge kolleegidelt, kasutada ruume tõhusamalt, vähendada halduskohustusi jm. Kindlasti aga peab nägema ka valitsevaid ohte. Oluline on säilitada perearsti ja pereõe eriala identiteet, pidada kinni eriala tööjuhenditest ning tegevuse laiahaardelisusest. Rühmatöös ja suuremates perearstikeskustes on neist printsiipidest kinni pidamine oluline, et mitte ohustada eriala põhimõtteid, mida on Eestis seni järgitud.

Kindlasti peab säilitama ühtse esmatasandi arsti eriala (perearst) ja perearsti iseseisvuse, mis on Eestis edukalt juurdunud. Ühtse esmatasandi eriala poole püüdlevad need riigid, kus esmatasand on senini jaotatud täiskasvanute, laste ja naiste arstide vahel (11). Uut tüüpi planeeritavates perearstikeskustes peaks rühmatöö toimuma esmatasandi tervishoiuspetsialistide osavõtul, kus perearstil on juhtiv roll, aga igal rühma liikmel on oma ülesanded ning vastutus. Teiste riikide kogemus näitab, et rühmatöö ei teki iseeneslikult, vaid seda peab suunama eelõige koolituse kaudu (12). Samuti võib rühmatöö korralduselt olla erinev: 1) multiprofessionaalse rühmatöö korral täidavad erinevad erialad ülesandeid iseseisvalt ning patsiendikesksus kannatab; 2) interprofessionaalset rühmatööd koordineeritakse patsiendi vajaduste täitmiseks eelistatavalt perearsti juhtimisel (12).

Eesti esmatasandi arengukava sõnastus viitab multiprofessionaalsele rühmatööle, sest viidatakse erinevatele erialadele kui iseseisvatele teenuseosutajatele. Esmatasandi arengukava juhtmõte, et suuremates perearstikeskustes tegeleksid patsientidega mitmete erialade spetsialistid, on positiivne, kuid suurimaks ohuks on siis tegevuse patsiendikesksuse kadumine ning patsientide probleemide killustumine erialati. Seepärast rõhutatakse interprofessionaalse rüh-

matöö kontekstis patsiendikesksust, mis on iseloomulik peremeditsiinile ja mida peaks alati säilitama ka mitmete eriala esindajatega täidetud meditsiinimaailmas. Seepärast peaks tõsiselt kaaluma, millist laadi rühmatööd tegelikult soovitakse, ja seda siis korralduslikult võimaldama. Arvestades, et peremeditsiin Eestis on end igati õigustanud, oleks otstarbekas valida interprofessionaalse rühmatöö vorm ja perearstil peaks jääma patsiendi vajadustest lähtuva tegevuse koordineerija roll ning perearsti ja pereõe identiteeti tuleks veelgi tugevdada. Tekkimas on tendents erihuvidega perearstide tekkeks ning on oht, et see muudab peremeditsiini laiahaardelisemaks, aga killustab patsiendikesksust (14, 15). Eestis peaks perearstide koolitus sisaldama uusi protseduure (väikekirurgia, mitmesugused uued uurimismeetodid nagu Holteri monitooring, sonograafia jt) ning ka leping haigekassaga peaks toetama selliseid tegevusi. Samas aga peaks perearsti tegevus olema jätkuvalt patsiendikeskne: perearst/õde peaksid olema patsiendikeskse tegevuse koordinaatorid ka uue kontseptsiooniga perearstikeskustes.

Esmatasandi arengukava osutab:

Perearsti või õe teenuse kättesaadavuse korraldamine perearstide töövälisel ajal tõmbekeskustes asuvates esmatasandi tervisekeskustes täidab paremini elanike ootuseid esmatasandi suhtes ning vähendab kiirabi ja haiglate erakorralise meditsiini osakondade koormatust esmatasandi pädevusse kuuluvate pöördumistega (10).

Eestis toimub perearstikeskustes vastuvõtt kindlatel aegadel ning perearstikeskused on avatud ööpäevas 8 tundi. Selline on kokkulepe ning see on fikseeritud haigekassa lepinguga. Kahtlemata on mitmeid võimalusi avarada perearstiabi ajalist kättesaadavust ning esimeseks sammuks sel teel oli perearsti nõuandetelefoni avamine paar aastat tagasi ning selle edukas töötamine.

Telefonikonsultatsioonid perearstikeskuse töös on olulised ning praksise töö korralduses peaks soodustama nende paremat kasutamist (13). Samas aga arvan, et Eestis ei oleks vaja luua lisaks kiirabile ning erakorralise meditsiini osakondadele perearstikeskuste iseseisvat valvesüsteemi patsientide erakorraliste probleemide lahendamiseks. Pigem peaks patsiente toetama eneseabi meetodite kasutamisel, patsient peaks saama alati tööajal kontakti perearstikeskusega ning perearstikeskuste töökorraldus peaks võimaldama kindlasti kiiret tegevust ägedate haigustega abi vajavate patsientidega perearstikeskuste lahtioleku ajal, samuti perearstikeskuste arstide vastuvõtu hajutamist kogu päevale, mitte vaid hommiku- või õhtutundidele. Sellised korralduslikud probleemid on perearstide endi lahendatavad praksise kvaliteedijuhiseid järgides. Kindlasti peaks aga juhul, kui otsustatakse perearstikeskuste vastuvõtuaega laiendada õhtupoolikutele ja nädalalõppudele, suurendama perearstide arv ning muutuma rahastamisskeem. Senise perearstide arvuga ja sama nimistu suurusega ei ole võimalik vastuvõtuaegu pikendada. Planeeringud tegevuse laiendamiseks senisele töövälisele ajale peaksid haarama ka nende tegevustega seotud arstide ja õdede ettevalmistuse mahu suurendamist.

KOKKUVÕTE

Eesti esmatasandi arengukava edukas elluviimine on tõenäolisem, kui jätkuvalt toetatatakse perearstide/-õdede koordineerivat rolli patsientide probleemide lahendamisel ning järgitakse peremeditsiini rahvusvaheliselt tunnustatud põhimõtteid. Samuti peavad kõik planeeritavad muudatused olema koordineeritud spetsialistide ettevalmistuse ning süsteemi rahastamisega.

Heidi-Ingrid.Maaroos@ut.ee

KIRJANDUS

1. Maaros HI. Family medicine as a model of transition from academic medicine to academic health care: Estonia's experience. *Croat Med J* 2004;45:563–6.
2. Seifert B, Svab I, Madis T, et al. Perspectives of family medicine in Central and Eastern Europe. *Fam Pract* 2008;25:113–8.
3. Framework for Professional and Administrative Development of General Practice / Family Medicine in Europe, WHO Europe, Copenhagen, 1998.
4. UEMO Policy Paper on Specific Training in general practice /family medicine in Europe, Stockholm, 2003.
5. The General Practitioner In Europe: A statement by the working party appointed by the European Conference on the Teaching of General Practice. Leeuwenhorst, Netherlands 1974.
6. The European definition of general practice/family medicine. Euract 2005 www.euract.org.
7. Maaros HI, Meesaar K. Does equal availability of geographical and human resources guarantee access to family doctors in Estonia. *Croat Med J* 2004;45:567–72.
8. Põlluste K, Kalda R, Lember M. Evaluation of primary health care reform in Estonia from patients perspective: acceptability and satisfaction. *Croat Med J* 2004;45:582–7.
9. Glazner C. Dinosaurs, hospital ecosystems, and the future of family medicine. *Ann Fam Med* 2008;6:368–9.
10. Eesti esmatasandi tervishoiu arengukava www.sm.ee.
11. Halvorsen JG. Perspective: united we stand, divided we fall: the case for a single primary care specialty in the United States. *Acad Med* 2008;83:425–31.
12. Soklaridis S, Oandasan I, Kimpton S. Family health teams: Can health professionals learn to work together? *Can Fam Physician* 2007;53:1198–9.
13. Tiik M, Maaros HI. Perearstide hinnangud telefonikonsultatsioonile. *Eesti Arst* 2007;86:246–53.
14. Beaulieu MD, Rioux M, Rocher G, et al. Family practice: professional identity in transition. A case study of family medicine in Canada. *Soc Sci Med* 2008;67:1153–63.
15. Whitcomb ME. Preparing the personal physician for practice (P (4)): meeting the needs of patients: redesign of residency training in family medicine. *J Am Board Fam Med* 2007;20:356–64.

SUMMARY

Family medicine in Estonia: further development

Development of family medicine in Estonia since 1991 has taken place in accordance with the internationally accepted principles of family medicine. The established organization and financing system allows to provide patient centred health care. The main providers of family health care are the family doctor and the family nurse whose responsibilities are regulated by their job

descriptions. The new development plan for primary health care prefers family medicine centres with primary health care providers of different specialities housed in same building. The article discusses the strengths and the weaknesses of the three aspects of this plan - concept of teamwork, out of hour services and development of family doctors with special interests.