

# Eesti naistearstide ja perearstide arusaamu vastutuse jagunemisest naiste tervise probleemidega tegelemisel

Tiina Karttunen<sup>1</sup>, Sirpa-Liisa Hovi<sup>1</sup>, Helle Karro<sup>2</sup>, Margus Lember<sup>3</sup>, Elina Hemminki<sup>1</sup> –  
<sup>1</sup>Soome sotsiaal- ja tervishoiuala uurimis- ja arenduskeskus, Helsingi; <sup>2</sup>TÜ naistekliinik, <sup>3</sup>TÜ sisekliinik

naiste tervishoid, koolitus, tööjaotus

**Seoses perearstisüsteemi juurutamisega Eestis on paljudel meditsiinierialadel esile kerkinud küsimus, kuidas jaotada töövaldkondi perearsti ja erialaspetsialisti vahel. Seejuures on oluliseks aspektiks, millisel määral suudavad perearstid hakkama saada küsimustega, mis varem kuulusid eriarstide kompetentsi. Artiklis on selgitatud naiste- ja perearstide arusaamu omavahelisest tööjaotusest naiste tervishoiu alal, nende hinnanguid üld- ja erialasele ettevalmistusele ning täienduskoolituse vajadusele.**

Eestis on käimas perearstisüsteemi juurutav tervishoiureform. Varasema tervishoiukorralduse puhul sai patsient eriarstide poole ise pöörduda. Uue korra kohaselt saab enamiku eriarstide poole pöörduda vaid perearsti saatekirjaga. Erandiks on mõned erialad, sh günekoloogia, kuhu saab minna ka ilma saatekirjata. Uue süsteemi kujunemine võtab nii patsientide kui arstide jaoks aega. Näiteks saab arstide tööjaotuse kindlalt fikseerida alles siis, kui praktikas või soovituslikult suudetakse põhjendada, millist tüüpi probleeme peaks ravima perearstid ja milliseid eriarstid. Selle artikli eesmärgiks on kirjeldada 2000. aasta sügisel tehtud küsitluse põhjal naistearstide ja perearstide arusaamu tööjaotusest naiste spetsiifiliste terviseprobleemide lahendamisel.

## Uurimismaterjal ja -meetodid

2000. aasta novembris tehti juhuslikult valitud günekoloogide ja perearstide seas postiküsitlus. See moodustas osa 1998. aastal alustatud uurimusest, mille eesmärk oli välja selgitada postmenopausaalse hormoonravi mõju naiste tervisele ja heaolule. Küsitluse kaudu püüti lisaks arstide arusaamale üleminekueast teada saada ka nende arvamusi naiste tervishoiulase koolituse ja vastutuse jagunemise kohta (1). Küsitlusankeet saadeti 500 naistearstile ja perearstile. Kahe

meeldetuletuse järel tagastas ankeedi 342 arsti, kellest 21 (6%) saatis selle täitmata kujul. Vastamisprotsendiks kujunes seega 68%. Vastanute hulgas oli 155 naistearsti ja 166 perearsti. Vastajate anonüümsuse tagamiseks jäeti küsitlusankeedid nummerdamata ja ankeedi tagasisaatmisel paluti panna oma nimi eraldi suletud ümbrikusse. Ankeete ja nimeümbrikke käsitseti eraldi. Vastuseid analüüsiti kutserühmade kaupa.

## Tulemused

Et selgitada välja arstide arusaam naiste tervishoiuga seotud tööjaotusest, küsiti, kelle ülesannete hulka kuulub nende arvates vastutus teatud valdkondade eest. Vastusevariandid olid järgmised: naistearst, perearst, ämmaemand või keegi muu. Vastajal oli võimalus valida iga valdkonna puhul korraga mitu varianti ehk pidada seda mitme kutseala ühiseks tööks (vt tabel 1).

Traditsiooniliselt peeti naistearstide vastutusalasse kuuluvaks valdkonnaks raseduse vältimist, rasedusaegset jälgimist, klimakteeriliste häirete ja sugulisel teel levivate haiguste ravi. Neist kolme viimase puhul oli nii suurem osa naiste- kui ka perearste seisukohal, et need kuuluvad edaspidigi rohkem günekoloogide kompetentsi, aga perearstide meelest kuuluvad need rohkem nende endi tegevusülesannete hulka kui günekoloogide

**Tabel 1. Arstide arusaamad naiste tervishoiu puudutavast vastutuse jaotumisest (%)**

	Naistearstid (n = 155)	Perearstid (n = 166)
<b>Raseduse vältimine</b>		
günekoloog	83	73
perearst	61	79
ämmaemand	42	25
muud	27	31
<b>Rasedusaegne jälgimine</b>		
günekoloog	89	85
perearst	39	64
ämmaemand	75	57
muud	1	0
<b>Klimakteeriliste häirete ravi</b>		
günekoloog	98	86
perearst	55	81
ämmaemand	1	5
muud	1	1
<b>Suguhaigused</b>		
günekoloog	84	74
perearst	32	57
ämmaemand	3	6
muud	37	42
<b>Rinnavähi varane tuvastamine</b>		
günekoloog	82	69
perearst	88	96
ämmaemand	19	19
muud	18	17
<b>Naiste osteoporoos</b>		
günekoloog	64	41
perearst	92	99
ämmaemand	3	4
muud	13	16
<b>Naiste südame- ja veresoonehaigused</b>		
günekoloog	19	12
perearst	99	98
ämmaemand	0	1
muud	13	18

Protsent (%) arstidest, kes valisid mingi pakutud variandi. Koguprotsent on iga valdkonna puhul üle saja, sest valdkonda sai liigitada mitme kutseala ülesannete hulka.

arvates. Pereplaneerimist pidasid günekoloogid sagedamini enda kui perearstide ülesannete hulka kuuluvaks. Perearstid leidsid, et raseduse vältimine on võrdselt nii nende kui naistearsti ülesanne.

Üsna üksmeelselt leiti, et südame- ja veresoonehaiguste ravi kuulub perearstide ülesannete hulka. Ka osteoporoosi ravi ja rinnavähi varane diagnoosimine liigitati mõlema arstirühma puhul pigem perearstide kui naistearstide kompetentsi, kuigi naistearstide meelest kuulusid need nende endi ülesannete hulka sagedamini kui perearstide arvates.

Ämmaemandate vastutusalasse jäi selgelt rasedusaegne jälgimine, mõnel määral ka pereplaneerimine ja vähesel määral rinnavähi varane diagnoosimine. Teisteks võimalikeks vastutajateks peeti raseduse vältimise ja rinnavähi puhul naist ennast, suguhaiguste vältimisel dermatoveneroloogi, osteoporoosi ravis naist ennast, reumatoloogi ja ortopeedi ning südame- ja veresoonehaiguste ravis kardioloogi ja naist ennast.

Küsitluse kaudu selgitati ka seda, kas arstide üld- ja erialases koolituses on käsitletud naiste tervishoiu erinevaid valdkondi ja kas sealt saadud teadmised vastavad tänapäevastele vajadustele (vt tabel 2).

Mõlemas kutserühmas vastati, et meditsiiniõpingutel saadud teadmised vastavad kõige paremini tänapäeva vajadustele pereplaneerimise ja rinnavähi varase diagnoosimise osas. Pereplaneerimise osas vastas küll peaaegu niisama suur osa naistearste, et omal ajal saadud teadmised ei vasta tänapäeva vajadustele. Perearstidest pidasid üle poole vastanutest suguhaiguste, rinnavähi varajase avastamise, osteoporoosi ning südame- ja veresoonehaigustega seotud teadmisi praegustele vajadustele vastavaks. Günekoloogidest vastasid peaaegu pooled, et meditsiiniõpingutel jäi täielikult käsitlemata ennetav hormoonasendusravi ja osteoporoos. Nende kahe valdkonna ning rasedusaegse toitumisnõustamise suhtes esines nii günekoloogide kui ka perearstide vastustes suuri kõikumisi.

Arstidelt küsiti ka, kas naiste tervishoiuga seotud täiendus- või lisakoolitus on olnud piisav, vähene, kas seda ei ole üldse saadud või ei vajatagi seda (vt tabel 3).

Raseduse vältimise kohta vastasid peaaegu kõik günekoloogid ja enamik perearste, et nad on saanud piisavalt täienduskoolitust. Samuti leidsid mõlemas rühmas üsna paljud, et sugulisel teel levivate haiguste diagnoosimise ja ravi, rinnavähi varase diagnoosimise ja naiste osteoporoosi kohta saadud täienduskoolitus on olnud piisav. Suurem osa günekoloogidest väitis, et nad on saanud klimakteeriliste häirete ravi ja ennetava

**Tabel 2. Naiste tervishoiuga seotud valdkondade käsitlemine üld- ja erialasel koolitusel (%)**

	Käsitleti ja teadmised vastavad tänapäevastele vajadustele		Käsitleti, aga teadmised ei vasta tänapäevastele vajadustele		Ei käsitletud üldse		Ei mäleta/ andmed puuduvad		Kokku	
	N	P	N	P	N	P	N	P	N	P
Raseduse vältimine	50	60	43	37	2	1	5	2	100	100
Rasedusaja tootumisenõustamine	32	31	40	26	18	27	10	16	100	100
Klimakteeriliste häirete ravi	30	39	60	44	5	11	5	6	100	100
Ennetav hormoonasendusravi	29	31	19	32	47	24	5	13	100	100
Suguhaiguste diagnoos ja ravi	44	63	50	32	2	0	4	5	100	100
Rinnavähi varane diagnoos	57	74	25	15	8	2	10	9	100	100
Naiste osteoporoos	24	54	22	17	45	22	9	7	100	100
Naiste südame- ja veresoonehaigused	25	64	39	18	21	10	15	8	100	100

N = naistearstid (n = 155), P = perearstid (n = 166). Kõige sagedamini nimetatud vastusevariant on vastava tervishoiuvaldkonna puhul paksemas kirjas.

**Tabel 3. Naiste tervishoiu kohta saadud täiendus- või lisakoolituse piisavus (%)**

	Piisavalt		Liiga vähe		Üldse mitte		Ei ole vajanud		Andmed puuduvad		Kokku	
	N	P	N	P	N	P	N	P	N	P	N	P
Raseduse vältimine	96	59	1	26	0	6	1	5	2	4	100	100
Rasedusaja tootumisenõustamine	35	17	38	49	18	26	8	5	1	3	100	100
Klimakteeriliste häirete ravi	96	36	3	54	0	7	0	1	1	2	100	100
Ennetav hormoonasendusravi	89	26	10	57	0	12	0	3	1	2	100	100
Suguhaiguste diagnoos ja ravi	88	52	10	34	0	7	1	4	1	3	100	100
Rinnavähi varane diagnoos	68	65	28	27	3	4	1	2	0	2	100	100
Naiste osteoporoos	77	68	18	27	3	3	1	0	1	2	100	100
Naiste südame- ja veresoonehaigused	35	67	49	24	10	5	5	2	1	2	100	100

N = naistearstid (n = 155), P = perearstid (n = 166). Kõige sagedamini nimetatud vastusevariant on vastava tervishoiuvaldkonna puhul paksemas kirjas.

hormoonravi osas piisavalt koolitust, enamik perearste aga pidas neis valdkondades saadud täienduskoolitust liiga väheseks. Südame- ja veresoonehaiguste vältimise suhtes oli olukord vastupidine: perearstid pidasid saadud koolitust piisavaks, günekoloogid aga liiga väheseks. Rasedusaegset tootumisenõustamist puudutavat täienduskoolitust pidas mõlema rühma enam ebapiisavaks, ehkki peaaegu sama arv naistearste pidas koolitust piisavaks. Ühegi valdkonna osas ei peetud täienduskoolitust ebavajalikuks.

### Arutelu

Arutelu günekoloogide ja perearstide vahelise tööjaotuse teemal põhineb paljuski sellel, millises osas suudab suhteliselt uus kutserühm – perearstid – saada üldtervishoiu tasemel hakkama küsimustega, mis varem kuulusid suuremas osas või tervenisti naistearstide vastutusalasasse. Vastuste

põhjal tundub, et mõlemad arstirühmad on valmis võtma vastutuse ja jagama seda paljudes naiste tervishoidu puudutavates valdkondades. Vastutus ja tööülesannete hulka kuulumist võib mõista mitmel viisil: täieliku kõne all oleva valdkonna eest hoolitsemisena või vajadusel asjaga tegelemisena ja patsiendi võimaliku edasisuunamisena.

Kui käsitleda vastutuse jagamist sellest seisukohast, et iga kutserühma oskusi kasutatakse võimalikult optimaalseks klientide vajaduste rahuldamiseks, on tähtsal kohal koolituse piisavus ja arsti töötingimused. Mõlemas osas on olukord 1990. aastatel üldtervishoiu alal vähemalt mingis osas muutunud.

Vaadeldes üld- ja erialase koolituse kaudu pakutud ettevalmistust, tundub, et perearstid on oma olukorraga rohkem rahul kui günekoloogid. Viies tervishoiuvaldkonnas kaheksast pidas üle poole perearstidest oma teadmisi tänapäeva

vajadustele vastavaks. Günekoloogidel oli selliseid valdkondi kaks. Üheks erinevust selgitavaks teguriks võib olla vastajate suhteliselt kõrge keskmine vanus (perearstidel 45 ja günekoloogidel 50 a). Koolitusest on kulunud palju aega ja teadmised on vananenud. Perearstidel on aga seljataga värske perearsti erikoolitus, mille põhjal anti ka ilmselt vastuseid.

Naistearstide täienduskoolitus näib olevat suunatud valdkondadele, mille kohta varasematel ülikooliõpingutel saadud teadmisi peeti vananenuks. Suurema osa günekoloogide arvates olid nad liiga vähe täienduskoolitust saanud rasedusaegse toitumise ning südame- ja veresoonkonna haiguste alal ning ka meditsiiniõpingutel saadud teadmisi ei peetud neis valdkondades piisavaks. Perearstid tõdesid, et on saanud ebapiisavalt täienduskoolitust rasedusaegse toitumise nõustamise, klimakteeriliste häirete ravi ja ennetava hormoonasendusravi alal – kõik need on valdkonnad, mille kohta enamik väitis, et ka meditsiiniõpingutel saadud teadmised ei ole piisavad. Pereplaneerimist ja rinnavähi varast diagnoosimist oli täienduskoolitustel suurema osa günekoloogide ja perearstide arvates piisaval määral käsitletud.

Täienduskoolituse osas kogetud puuduste põhjuseks võib mõlemas kutserühmas olla see, et nimetatud tervishoiuvaldkondades ei ole arstid olnud kunagi esmaselt vastutavaks. Koolitus toimub olemasoleva tööjaotuse järgi. Kogetud täienduskoolituse piisavus või vajadus on ka subjektiivne küsimus. Vajadus määratakse selle põhjal, milliseks peetakse oma ülesandeid.

Pereplaneerimine on üks näide sellest, et perearsti positsiooni ja ülesandeid ning selle kaudu ka teiste arstide vastutuspiirkondi püütakse paigutada oma kohale. Jaoskonnaarstide – perearstide eelkäijate tööülesanded erinesid nende praegustest ülesannetest üsna suurel määral. Aastal 1993 vastas vaid 2–3% Eesti jaoskonnaarstidest, et nad on esimeseks arstiks, kelle juurde naised oma günekoloogiliste probleemidega tulevad (2). Samal ajal oli Soomes vastav arv tervisekeskuse

arstide osas 72–73%. 1993. aastal arstide ülesandeid käsitletud küsitluses (3) tõdeti, et 74% perearstidest ja 54% jaoskonnaarstidest arvasid pereplaneerimise olevat oma töö olulise osa. Ka perearsti kutsekirjelduses on pereplaneerimine määratud üheks vastutusvaldkonnaks. Günekoloogiliste patsientide raviks oli 1992. aastal piisavalt töövahendeid 27% üldtervishoiuarstidest. Töötingimuste muutumist kajastab 1998. aastal tehtud uuring, mille kohaselt olid vastavad võimalused 82% perearstidest ja endiselt vaid 16% jaoskonnaarstidest. Sama uurijaterühma korraldatud rahvaküsitlusest ilmnas, et klientide meelest on pereplaneerimisega seotud küsimustes lihtsam paluda abi perearstilt kui günekoloogilt (3).

Soomes pakuvad pereplaneerimiseenust nõuandlad, eraarstid või koolide ja õpilaste tervishoiuasutused. Nõuandlates töötavad tervishoiutöötajate või ämmaemandate kõrval peamiselt üldtervishoiu eest vastutavad tervisekeskuste arstid. Hemminki jt (4) leidsid, et kuigi naised olid rohkem rahul eraarstide teenustega, ei olnud erasektoris ja tervisekeskustes osutatava ravi kvaliteedis vahet. Sama näitab ka uurimistulemus (5), mille kohaselt ei olnud günekoloogide ja üldarstide teadmistes spiraali kasulikkusest ja puudustest statistiliselt olulisi erinevusi.

Eesti arstide vastuste põhjal võib järeldada, et vähemalt pereplaneerimise osas on võimalik jagada vastutust naistearstide, perearstide ja ämmaemandate vahel. Pereplaneerimise alast nõustamist saab peale günekoloogide ja eraarstide ka pereplaneerimisliidu poolt toetatavatest noorte nõustamiskeskustest. Viimased on noorte seas populaarsed. Perearstide jätkuvat huvi pereplaneerimise nõustamisega tegelemiseks peab soodustama haigekassa. Kui see valdkond lisatakse endiselt aktiivsemalt nende kutsekirjeldusse, võib ka täienduskoolituse roll motiveeriva ja ettevalmistava tegevusena endisega võrreldes suurenedada. On põhjust oletada, et suuremad valikuvõimalused tagavad endisest parema teenuse kasutamise ning sellega seoses suureneb

rasestumisvastaste vahendite kasutamine ja väheneb abortide arv.

**Täname** Mati Rahu, Piret Veerust, Alar Seppa, Ruudo Annust ja Ivo Saarmat nende abi eest uuringu tegemisel.

### Kirjandus

1. Karttunen T. Vaihdevuosisihormonihoidot Virossa – lääkäreiden suhtautuminen ja hoitokäytännöt. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto. Terveystieteen laitos. 2001.
2. Lember M, Kosunen E, Boerma W. Task profiles of district doctors in Estonia and general practitioners in Finland. *Scand J Prim Health Care* 1998;16:56–62.
3. Lember M, Sarapuu H, Pikk A, Kalda R. Family planning and family doctors in Estonia. *Scand J Public Health* 1999;27:235–6.
4. Hemminki E, Sihvo S, Koponen P, Kosunen E. Quality of contraceptive services in Finland. *Qual Health Care* 1997;6:62–8.
5. Makkonen K. The intrauterine contraceptive device in Finland. An example of utilization of medical technology. *Res Rep* 40. Helsinki: Stakes.

### Summary

#### **Opinions of Estonian gynaecologists and family doctors concerning the division of responsibility for management with women's health**

**Purpose:** To investigate Estonian physicians' opinions on their education and on the division of responsibility with regard to public health-care services for women.

**Method:** In 2000, a questionnaire was sent to a random sample of gynaecologists and family physicians (FPs) (n=500, response rate 68%).

**Results:** The responsibility for the treatment of climacteric symptoms (92% of all physicians), maternity welfare (87%) and treatment of venereal diseases (79%) was regarded as resting more with gynaecologists than with FPs. The treatment of cardiovascular diseases (98%), treatment of osteoporosis (96%) and early detection of breast cancer (92%) were regarded as being more the responsibility of FPs. As regards prevention of pregnancies, the gynaecologists' and the FPs' opinions diverged. The FPs reported that the responsibility for it rests equally with

them and with gynaecologists (79% and 73%, respectively). The gynaecologists in turn reported that the responsibility rests more often with them (83%) than with FPs (61%). Further, 42% of the gynaecologists and 25% of the FPs answered that the responsibility for the prevention of pregnancies also rests with midwives. The FPs considered the knowledge they had gained during their undergraduate or specialist education more useful for their current needs than did gynaecologists. The gynaecologists regarded the continuing education they had received as adequate somewhat more often than the FPs.

**Conclusion:** It might be possible that FPs and midwives could assume the responsibility for family planning to a greater extent than previously.

tiinakar@nettilinja.fi