

Arstiabi järjepidevuse tagamine tänapäeva meditsiinis: koostöö perearstide ja teiste erialade vahel

Heidi-Ingrid Maaroo – TÜ polikliiniku ja perearstiteaduse õppetool

Patsiendi probleemide terviklik lahendamine tänapäeva arstiabis on võimalik erinevate erialade omavahelises koostöös. Seepärast ei taga arstiabi kvaliteeti mitte ainult iga eriala enda korraldus, vaid ka mitme eriala vaheline ülesannete jaotus, infovahetus, tagasiside ning andmebaasid. Mida rohkem erialade spetsialistid omavahel suhtlevad, mida enam koostatakse ühiseid juhiseid probleemide käsitlemiseks, seda täpsemalt suudetakse patsiendile osutada järjepidevat arstiabi. Eestis on esmatasandi arstiabi reformitud viimase 10 aasta jooksul ning on kokku lepitud kindlates üldkehtivates perearsti eriala põhimõtetes ja rahastamises (1). Muutused esmatasandi tervishoius on mõjutanud omakorda suhtlemist teiste erialade spetsialistidega: enam ei pöördu ta kõigepealt kitsa eriala spetsialistide poole, vaid perearsti poole. Samas on aga selge, et kui patsiendi probleemid väljuvad esmatasandi piiridest, siis nendega tegelevad teiste erialade spetsialistid ning haiglad. Mida paremini omavaheline koostöö on korraldatud, seda kvaliteetsemana paistab arstiabi ka patsiendi vaatepunktist.

Patsient tervishoiusüsteemis

Tervishoius püütakse eristada erinevaid tasandeid, et paremini määratleda erinevate erialade arstide tööd. Esmatasandil töötavad perearstid, kes on patsiendile esmaseks kontaktiks tervishoiusüsteemiga ning annavad laiahaardelist, järjepidevat ja koordineeritud abi, sõltumata patsiendi soost, vanusest ja terviseprobleemist. Teisel ja kolmandal tasandil töötavad eriarstid, kes lahendavad patsientide selekteeritud probleeme, sest patsiente on enne uurinud saatekirja andnud perearst. Eristatakse ambulatoorset eriarstide

tasandit ja haiglas töötavate eriarstide tasandit, kusjuures üha enam täidavad neid ülesandeid samad eriarstid, töötades nii haiglas kui ka ambulatoorselt. Teatud haigusjuhud võivad jääda eriarstide jälgimisele pikemaks ajaks ning perearst saab patsiendi kohta vajalikku infot (2). Patsiendi aspektist lähtudes on püüe jaotada tervishoidu erinevateks tasanditeks kunstlik: patsient eeldab oma probleemi sujuvat ja terviklikku lahendamist. Patsiendi terviseprobleem jaotub tinglikult erinevate arstide tegevusvaldkondade vahel: teatud juhtudel lahendab patsiendil esineva probleemi perearst; juhul kui probleem ületab esmatasandil pakutava, suunatakse patsient eriarsti juurde ning aeg-ajalt vajab sama patsiendi sama probleem lahendamist haiglas (3). Erinevatel tasanditel ja erinevate arstide tehtud otsused ning nõuanded peaksid olema vastavuses ja koordineeritud. See saavutatakse erinevate erialade koostöös, mõnikord valivad perearstid oma patsiendile kindla konsultandi. Probleemi lahendamine peab olema patsiendikeskne.

Perearstide töövaldkonnad ja seos eriarstiabiga

Perearsti tegevusmaht ei sõltu üksnes probleemide jaotumisest rahvastikus, vaid ka erinevate erialade tööjaotusest ning sellest, millised tegevused on ette nähtud perearsti tööjuhendis; kas perearst on vastavalt koolitatud ning kuidas jaotatakse tervishoiu ressursid. Perearsti eriala tegevusvaldkonnad ei pruugi olla erinevates maades ühesugused. Eestis otsustati perearsti eriala tegevusmaht perearsti tööjuhendiga, mis on vastu võetud Eesti sotsiaalministri määrusena (4). Selle juhendiga kehtestatud töömahule vastab perearsti varustus, tööruumid ja

patsientide edasisuunamise kord. Perearsti erialale delegeeriti teatud ülesanded teistelt erialadelt: otoskoopia muutus igapäevaseks protseduuriks, laste arengut jälgib ja lapsi vaksineerib perearst, perearstid jälgivad ka rasedaid – kõik need tegevused kuulusid varem eriarstide valdkonda. Kas kõik perearstid tunnevad end kindlalt uutes kohustustes, sõltub eelkõige nende ettevalmistusest ning ka tööttingimustest (varustus, rahastamine). Seejuures ei ole niivõrd oluline üksikute uute oskuste omandamine ja kasutamine, kuivõrd just patsientidele järjepideva, kättesaadava, koordineeritud ja laiahaardelise abi osutamine. Mitmete valdkondadega (preventsioon, diagnostika, ravi, põetus) tegelemine nõuab koordineeritud rühmatööd (õde-arst) (2).

Kogu koordineeritud tegevuse nurgakiviks on nn väravavahi funktsioon ja edasisuunamise kord (5). Eestis on rakendatud osaline väravavahi funktsioon, s.t et mitme eriala arsti vastuvõtule pääsevad patsiendid ilma saatekirjata (silmaarst, psühhiaater, naistearst, traumatoloog, nahaarst, tuberkuloosi kahtlusel kopsuarst ja AIDSi kahtlusel nakkusarst). Teiste erialade arstide juurde suunatakse patsient saatekirjaga. Selline korraldus võimaldab patsiendil saada koordineeritud ja järjepidevat arstiabi ning kindlustab info talletamise perearsti andmebaasis. On kindlaks tehtud, et edasisuunamise korda järgides paranevad patsientide ravitulemused võrreldes süsteemiga, kus patsient ise otsustab, millise eriarsti juurde pöörduda. Uurimuses, kus võrreldi patsiente, kes valisid ise endale eriarsti, patsientidega, kes olid edasi suunatud, selgus, et mittevajalikke uuringuid tehti rohkem ise endale eriarsti valinud patsientidele (6, 7). Järelikult on kindla koordineerimisega töötavas tervishoius võimalik saavutada suuremat efektiivsust.

Järjepideva koordineeritud tegevuse tagamise võimalused

Patsientidele järjepideva abi osutamiseks peab erinevates valdkondades töötavate arstide arv olema vastavuses ülesannete jaotumisega.

Seepärast ei ole perearstide arv erinevates maades ühesugune: Kanadas on perearstide ja eriarstide arv võrdne, Suurbritannias moodustavad perearstid 70%, Eestis 25% arstkonnast. Perearstide arv sõltub sellest, millised ülesanded on perearstide täita, kuid mitte ainult sellest. Perearstide arvu mõjutavad 1) vastava maa epidemioloogiline olukord, eakate inimeste arv, riskitegurite esinemine; 2) tööjuhendiga ettenähtud tegevused; 3) inimeste ootused ja harjumused käitumiseks tervishoiusüsteemis; 4) arstide erialakoolituse standardid; 5) tervishoiukorraldus ja väravavahi funktsioon. Seoses perearstidele esitatud kohustuste muutumisega võib muutuda erinevate erialaarstide nõudlus. Näiteks kuulub Eestis perearstide kohustuste hulka tegelemine lastega ja seetõttu täidab pediatater eriarsti ülesandeid ning annab perearstidele konsultatiivset abi. Patsiendile peavad aga kõik vajalikud valdkonnad olema kättesaadavad hoolimata rollide erinevast jaotusest. Nimetatud tegevustest sõltuv erialaarstide nõudlus kehtib ambulatoorse arstiabi kohta ning ei mõjuta haiglas tehtavaid tegevusi, juhul kui haiglasse suunamine toimub kindlalt standarditud näidustustel (3).

Kõige tõhusamaks peetakse arstide isiklikku kohtumist ning arutelusid konsiiliumi vormis. Tegelikus praktikas aga suunatakse patsiente teiste erialade arstide juurde pigem saatekirjade vahendusel. Euroopas uuriti edasisuunamist 1992. a ja leiti, et Prantsusmaal suunati patsiente teiste arstide juurde 2,6%-l juhtudest ning Norras koguni 8,4%-l juhtudest (8). Soomes suunasid perearstid 1996. a patsiente eriarstide juurde 4,8%-l juhtudest. Seejuures suunasid patsiente harvem edasi vähese kliinilise kogemuse, väiksema kompetentsusega ja nooremad perearstid (7). Patsiendid vanusega >64 eluaasta moodustasid suurema osa edasisuunatutest (9). Seevastu rahastamise kord ei mõjutanud edasisuunamist. Suurbritannia näitel suurenes edasisuunamine eriarstide juurde nii nendes praksistes, kes pidid selle eest ise maksma, kui ka neis, kus perearst ei pidanud tasuma edasisuunamise eest. Seega,

poliitikute ja patsientide kartus, et finantseerimise erinev korraldus mõjutab patsientide edasisuunamist spetsialistide juurde, ei pea paika. Pigem sõltub see varustusest, oskustest patsiendiga tegeleda ja koolitusest. Parema väljaõppe ning järjepideva täienduskoolitusega on võimalik tasakaalustada patsientide edasisuunamist vajadusele vastavaks (6, 7). Eriti olulised on edasisuunamisel korrektselt vormistatud saatekirjad ning eriarstide pädevalt vormistatud vastused. Sellest

hoolimata on kirjalikul kontaktil vähene õpetav funktsioon ning seepärast on püütud arendada uusi omavahelise kommunikatsiooni võimalusi perearstide ja eriarstide vahel. Üheks selliseks on telemeditsiini kasutamine (10, 11). Tagasiside telekonsultatsioonis osalenud arstidelt ja patsientidelt on positiivne: telekonsultatsiooni peetakse mugavaks, harivaks ja sõbralikuks võimaluseks arutleda patsiendi probleemi üle.

Kirjandus

1. Framework for professional and administrative development of general practice/family medicine in Europe. WHO Regional Office for Europe; 1998.
2. Starfield B. Is primary care essential? *Lancet* 1994;344:1129–33.
3. Edwards N, Hensher M. Managing demand for secondary care services: the changing context. *Br Med J* 1998;317:135–8.
4. Perearsti tööjuhend SOMm RTL 2001;130:1887.
5. Gervas J, Perez Fernandez M, Starfield BH. Primary care, financing and gatekeeping in western Europe. *Fam Pract* 1994;11:307–17.
6. Vehvilainen AT, Kumpusalo EA, Voutilainen SO, Takala JK. Does the doctors' professional experience reduce referral rates? Evidence from the Finnish referral study. *Scand J Prim Health Care* 1996;14:13–20.
7. Vehvilainen AT, Kumpusalo EA, Takala JK. A list system can help to reduce the proportion of out of hours referrals for male patients. *Scand J Prim Health Care* 1996;14:148–51.
8. The European study of referrals from primary to secondary care. Concerned Action Committee of Health Services Research for the European Community. *Occas Pap R Coll Gen Pract* 1992;56:1–75.
9. Toivanen A, Rautava P, Kvist M. Out-of-hours utilization in primary and secondary care. A favourable experience in a Finnish health centre. *Scand J of Prim Health Care* 1998;16:72–5.
10. Harrison R, Clayton W, Wallace P. Can telemedicine be used to improve communication between primary and secondary care? *Br Med J* 1996;313:1377–81.
11. Maaros H, Tiik M, Kalda R, Tähepõld H, Veskimägi M, Põlluste K. Telemeditsiini kasutamise võimalused peremeditsiinis. *Eesti Arst* 2001;80(5):275–8.