

Häirekeskused ja kiirabi

Siiri Suits – Riigikontroll

Riigikontroll uuris, kuidas saadetakse kiirabibrigaade väljakutsetele kahes Eesti suuremas häirekeskuses. Kahe häirekeskuse kutsete töö erines oluliselt, selgus, et kutseid hinnatakse liiga tihti tegelikust raskemaks. Peamised probleemid häirekeskuste töös seisnevad kokkuleppimata alustes: häirekeskustes tegutsetakse erinevate juhiste järgi ning sealse personali väljaõpe ei ole ühtlane. Häirekeskuste töö parendamiseks tuleks tagada ühtsed riiklikud alused, omada ülevaadet nende töö kohta ning anda ka vastavat tagasisidet.

Kiirabi töö sõltub väga palju häirekeskustest. Kui häirekeskuse dispetšer ei suuda väljakutse raskusastet adekvaatselt kindlaks määrata ega vastavalt edastada, ei pruugi ka kõige tugevama koosseisuga brigaad suuta patsienti aidata. Kui aga dispetšerid saadavad kiirabibrigaade välja liiga kergikäeliselt või hindavad kutseid valimatult tegelikust raskemaks, võib tekkida olukord, kus järgmise kutse korral enam vaba brigaadi pole. Järgnevalt on kirjeldatud kaht olulisemat eripära uuritud häirekeskuste töös.

Häirekeskuste töö kahes piirkonnas erineb

Kiirabi ja häirekeskuse töökorraldust analüüsiti Lõuna- ja Põhja-Eesti Häirekeskuse teeninduspiirkonnas, mis hõlmab üle poole Eesti kiirabi tööst (2003. a oli nendes kahes piirkonnas kokku 149 389 väljakutset, kiirabi väljakutsete koguarv Eestis oli 268 009). Põhja-Eesti Häirekeskuses moodustab kergete ehk A ja B prioriteediga kutsete osakaal 73% ning Lõuna-Eesti Häirekeskuses 56% kõikidest kutsetest. Ei ole põhjust eeldada, et inimeste terviseprobleemid kahes piirkonnas niivõrd kardinaalselt erinevad, seega peavad olema muud põhjused, mis selle 18% erinevuse on tinginud.

Kiirabi töö hulka mittekuuluvate väljakutsete osakaalu analüüsis TÜ Kliinikumi erakorralise meditsiini arst-õppejõud valitud brigaadide 2003. aasta ühe nädala andmete põhjal (kokku 900 kiirabikaarti). Analüüsi kohaselt erineb võrreldud häirekeskustes ka mittekiirabilise töö osakaal: Põhja-Eestis on see 24,7% ning Lõuna-Eestis 15,7%. Tulemustest on

välja arvatud juhud, kus kiirabi kasutati transpordiks haiglasse.

Kutsete raskusastet hinnatakse üle

Häirekeskuse töö tulemuslikkust näitab, kui kindlalt ja täpselt hinnatakse kiirabikutsete raskusastet (eristatakse nelja raskusastet ehk A–D prioriteeti). Tabelis 1 on näidatud C-prioriteediga hinnatud kutsete kokkulangemist hilisema, tegeliku raskusastmega, nende raskusastme üle- ja alahindamist. Võrdluseks on tabelisse lisatud Itaalia vastav analüüs (1). Ka Itaalias kasutatakse nelja kiirabikutse prioriteediaset ning häirekeskustes töötavad meditsiiniharidusega dispetšerid. Riikide lõikes erineb nii analüüsitud kutsete arv kui ka meetodika: Eestis kiirabikaartidele hilisemat prioriteeti enamasti märgitud ei ole, mistõttu hindas prioriteedi vastavust erakorralise meditsiini arst-õppejõud, kasutades 2003. a ühe nädala andmeid.

Metoodiliste erinevuste tõttu ei ole tulemused üksüheselt võrreldavad, kuid mõningat mõtlemisainet peaksid siiski andma. Võrreldes Itaaliaga eksivad Eesti dispetšerid rohkem: Lõuna-Eestis 24% ja Põhja-Eestis 28% võrra rohkem. Eelkõige eksitakse n-õ patsiendile kasulikus suunas ehk kutse raskusastet hinnatakse üle, alahindamisi on meil isegi vähem kui Itaalias, mis on ülehindamise tendentsi valguses ka loogiline. Tervikuna ei saa aga kutse ülehindamist pidada patsiendisõbralikuks lahenduseks, kui selle tagajärjel võivad kannatada teised patsiendid, kelleni kiirabi seetõttu ei jõua.

Tabel 1. C-prioriteediga kutsete kattuvus väljakutse raskusastme hilisema hinnanguga kahes Eesti häirekeskuses ja Itaalias

	Adekvaatselt hinnatud kutsete osakaal, %	Ülehinnatud kutsete osakaal, %	Alahinnatud kutsete osakaal, %
Põhja-Eesti	55,2	44,0	0,9
Lõuna-Eesti	59,2	37,9	2,9
Itaalia	83,6	12,0	4,4

Häirekeskuste väljakutsete hindamise erinevus ning raskusastme ülehindamine sõltub peamiselt kolmest töökorralduslikust probleemist.

1. Puudub riiklik kiirabikutsete töötlemise juhend

Juhendi väljatöötamine on seni viibinud peamiselt rahastusprobleemi tõttu. Siseminister moodustas tööühma, kes koostas vastava projektdokumendi. Selles peetakse juhendi väljatöötamise maksumuseks ligikaudu 1,8 mln krooni ning veel sama palju selle digitaliseerimiseks. Raha juhendi väljatöötamiseks pole seni eraldanud ei Sise- ega Sotsiaalministeerium: mõlemad peavad seda teise ministeeriumi kohustuseks.

Riiklikult kinnitatud juhendi puudumise tulemusena on vaadeldud häirekeskustes kasutusel mitteametlikud kutsete töötlemise juhendid. Põhja-Eesti Häirekeskus kasutab paralleelselt nii Rootsi algoritmi tõlget kui ka Tallinna Kiirabi väljatöötatud kutsete liigitamise süsteemi. Lõuna-Eesti Häirekeskuses on kasutusel Eesti Kiirabi Liidu väljatöötatud juhend, mis eeldab, et dispetšer on meditsiiniharidusega.

2. Meditsiiniharidusega häirekeskuste dispetšereid on vähe

Praeguste õigusaktide kohaselt peab miinimumnõudena olema häirekeskuses valvearst või meditsiiniharidusega päästekorraldaja. Samal ajal kui Lõuna-Eesti Häirekeskuses on valvesolevast kuuest dispetšerist kolm ehk pooled meditsiiniharidusega, täidab Põhja-Eesti Häirekeskus vaid miinimumtingimust. Mida suuremaks muutuvad ühinemiste järel häirekeskused, seda rohkem tuleks aga arvestada, et häirekeskusele ei pruugi sisuliselt piisata ühest valvearstist ehk miinimumnõude täitmisest.

Osajuhendest ei pruugi kiirabisse helistanud inimene vajada rohkem kui nõuannet. Meditsiinilise

(õe)haridusega dispetšerid Lõuna-Eesti Häirekeskuses nõustavad telefonitsi inimesi rohkem, kui seda jõuab Põhja-Eesti häirekeskuses teha üks valvearst. Tõenäoliselt tuleneb just sellest väiksem kergete kutsete osakaal Lõuna-Eestis: kutsuja kiirabivajadus piirdub sagedamini vaid nõuküsimisega. Meditsiinilise haridusega päästekorraldajaid on aga häirekeskustes vähe – mitmes neist ei ole iga valve ajal tööl isegi üht meditsiiniharidusega dispetšerit (nt Lääne-Eesti ning maakondlikud häirekeskused). Kompetentsi tõstmiseks on küll dispetšeritele võimaldatud täienduskoolitusi, mis aga täielikult ei kompenseeri meditsiinihariduse puudumist. Praegu plaanitakse olukorda leevendada perearsti nõuandetelefoni abil, mis võtab osaliselt enda peale patsientide nõustamise ülesande ning vähendab häirekeskuste koormust, võimaldades neil keskenduda kutsete töötlemisele.

3. Häirekeskused ei saa tagasisidet, millest õppida

Eestis häirekeskuste edastatud kiirabikutsete prioriteedi hilisema muutmise (ehk kutse raskusastme üle- või alahindamise) kohta enamasti infot ei koguta. Ametlikult kinnitatud kiirabikaardi vormil puudub isegi lahter prioriteedi muutmise kohta, kuigi vanadel vormidel oli see olemas. Ühtlasi ei ole ülevaadet ka kutsete töötlemise aegadest, mis aga oluliselt mõjutavad kiirabi patsiendi juurde jõudmise kiirust. Sellise info puudumise tõttu ei saa ka dispetšerid tagasisidet oma töö kohta, mis võimaldaks neil kogemusest õppida ning oma tööd parandada. Oleks aga suhteliselt kerge tuua kiirabikaardile tagasi vastav lahter ning jälgida selle alusel häirekeskuste tööd.

Võimalikud lahendused

Peamiseks olukorra parandamise võimaluseks on ühtse juhendi võimalikult kiire väljatöötamine ning

kinnitamine. Praegu on Vabariigi Valitsus kinnitanud küll patsiendi seisundi kirjelduse nelja ametliku prioriteediaseme (A, B, C ja D) järgi, kuid jätnud välja töötamata ja kinnitamata juhendi ehk korra, mille alusel päästekorraldaja neid prioriteete määrab. Teisena tuleks tugevdada päästekorraldajate meditsiinialast ettevalmistust ning arvestada seda ka juhendi loomisel. Kolmandana tuleks analüüsida häirekeskuste tööd ning anda neile pidevat tagasisidet nende töö kohta, et tagada areng ning tulemuste paranemine.

Riigikontrolli aruandega "Esmase erakorralise arstiabi korraldus" saab lähemalt tutvuda kodulehel www.riigikontroll.ee.

Siiri.Suits@riigikontroll.ee

Kirjandus

1. Pace A. Trauma care system in Italy. Int J Care Injured 2003;34:693-8.