

Jällegi kiirabist

Väino Sinisalu – EA peatoimetaja

Kiirabiteenistus Eestis on korraldatud „Eesti kiirabi arengukontseptsiooni 2000–2010” alusel. See omakorda lähtub tervishoiuteenuste korraldamise seadusest. Igapäevane elu on esile toonud mitmeid kiirabiteenistuse kitsaskohti: riik ei ole suutnud rahastada kiirabi planeeritud mahus, paiguti täidab kiirabi ülesandeid, mis kuuluvad perearsti kompetentsi, sest suur osa väljakutsetest kuuluvad kergete hulka jne.

Sotsiaalministeerium kavandab senist arengukontseptsiooni täiendada ja koostada Eesti kiirabi arengukava 2006–2010, mis arvestab seni tehtut ja tulemuste analüüsi. Arengukava peab heaks kiitma valitsus.

18. mail 2005. a toimus sotsiaalministeeriumi asekancleri Ivi Normeti eesistumisel nõupidamine kiirabi-teemal. Kohal olid Tervishoiuameti, kiirabiteenistuse ja TÜ Kliinikumi ning Põhja-Eesti Regionaalhaigla esindajad. Nagu rõhutas I. Normet, on vaja selle valdkonna küsimused läbi vaielda ja leida arukad kompromissid, arvestamata ei saa jätta riigi rahalisi võimalusi. Peamine suund on selge – Eestis töötab ka edaspidi meditsiiniline kiirabi.

Tänaseks on olemas elementaarne õiguslik baas, mis reguleerib kiirabi osutamist, ja kiirabiteenus on tagatud igale Eesti Vabariigi territooriumil viibivale isikule. Kiirabiteenust osutavad erinevad juriidilised isikud riigiga sõlmitud lepingute alusel.

Suund on kiirabi osutavate juriidiliste isikute arvu vähenemisele ja kiirabikorralduse kontsentreerumisele. Kiirabi saadab väljakutsele siseministeeriumi haldusalas oleva päästeameti häirekeskus. Väljakutse prioriteedi otsustab häirekeskuse dispetšer vastavalt saadud infole. Kiirabiline õhustransport toimub piirivalve lennusalga otsingu- ja päästekopteriga.

Seaduse kohaselt on kiirabi ööpäev ringi kättesaadav haiglaeelne (ambulatoorne) tervishoiuteenus kõikidele Eesti territooriumil viibivatele isikutele ning seda osutatakse eluohtliku haigestumise, trauma või mürgistuse esmaseks diagnoosimiseks ja raviks ning sellise seisundiga inimese transpordiks tervishoiuasutusse.

Ettevalmistava arengukontseptsiooni kohaselt peab kiirabiteenuse kvaliteet ja kiire kättesaadavus olema tagatud ühte moodi kõigile Eesti territooriumil viibivatele isikutele. Kiirabi rahastatakse riigieelarvest sotsiaalministeeriumi kaudu. Lisaks territoriaalsetele kiirabibrigaadidele on riiklikult tähtsate erakorralise meditsiiniabi keskuste (haiglata) juures reanimobiiliteenus.

Kiirabi ja perearstide vahel peab toimima optimaalne koostöö. Sündmuskohal teeb kiirabi operatiivset koostööd politsei ja päästeametiga.

Nõupidamisel arenes elav arutelu, mida ja kuidas tulevikus kiirabiga peale hakata. Raul Talvik: arvestada tuleb, milliseid ülesandeid seab tervishoiule ühiskond. Reaalsus on, et rahvastik vananeb, inimeste tervisehäired sagenevad, pikaajaliste elu pikeneb veelgi, vastsündinute suremus väheneb. Meditsiini tööpõld laieneb. Arstide arvu vähenemine tingib arstide liikumise perifeeriast keskusse, perifeeriasse jääb vähem arste. Et inimesel peab olema võimalus arsti juurde pääseda, kasvab vajadus kiirabi järele. Praegu on meditsiini eeslinil perearstid, kiirabi, haiglata erakorralise meditsiini osakonnad (EMO). EMOd ei suuda oluliselt oma läbilaskevõimet suurendada. Perearstiteenistuse efektiivsus peab kasvama.

Meditsiiniteenuste tarbimisharjumused on konservatiivsed. Eesti inimesed on harjunud, et vajaduse korral külastab arst neid kodus. Kui perearst koju ei tule, kutsub ta kiirabi (R. Adlas). Praegu täidab kiirabi palju madala prioriteediga kutseid. Üleöö siin midagi ei muuda (A. Kõrgvee). R. Adlas ja A. Kõrgvee olid veendunud, et järjest enam kutsutakse kiirabi haiguse puhul. Kiirabil on vältimatuks

abiks vajalikud vahendid. Paljude haiguste korral peab efektiivne ravi olema alustatud juba haigla eel ning praegu on meie kiirabi selleks võimeline. Perearstil peaaegu puuduvad vältimatu abi osutamiseks vahendid.

Üksmeelselt tõdeti, et senine kiirabi kontseptsioon on end õigustanud ja toetanud Eesti tervishoiureformi elluviimist. Kuidas jätkata tulevikus?

I. Normet: praegu on kiirabikorraldus tsentraliseeritud, seda juhib Tervishoiuamet. Kas tuleb asjale kasuks, kui seda korraldada maakonniti? Praegu on 26 kiirabibrigaadi pidajat. Kas nende arv ei ole jätkusuutlikkuse tagamiseks liiga suur?

Üldiselt oldi seisukohal, et ei ole ökonoomne pidada vähem kui 8–10 brigaadi ühe pidaja kohta, muidu kannatab kvaliteet ja operatiivjuhtumite käsitlemine.

Nagu sellistel nõupidamistel tavaline, räägiti rahast. Seda ei ole piisavalt. R. Adlas: kiirabi kulud kütusele ja palgale kasvavad, rahastamine ei tule järele. Nii kannatavad investeerin-

gud, ei suudeta osta varustust ega koolitada töötajaid.

I. Normet kinnitas, et 2006. a eelarve järgi on kiirabile kavandatud 226,5 mln krooni. See peaks võimaldama palgaleppe kohaselt palka maksta ja lisama 3 mln krooni muude kulude katmiseks.

Sama kogu oli sotsiaalministeeriumis koos 6. juunil 2005. Jutuks jällegi 2006. a eelarve. Kuna rahahulk on määratud ja palgalepet tuleb täita, on prognoosi kohaselt palgakulu 78% eelarvest. Eelarvet koostades arvati kütuse hinnaks 8 kr/l. Täna on see 30–40% kallim. Tasuda tuleb ruumide, elektri, soojuse eest, autod vajavad remonti, ravimeid peab hankima, aparatuuri ja tarvikuid läheb pidevalt vaja.

Arvuta kuidas tahes, vähemalt 20–25 mln krooni on puudu. Praegu on Eestis 90 kiirabibrigaadi, neist 35 arstibrigaadid. Brigaadide arvu vähendada ei saa, muidu jääb vajalik töö tegemata. Kas hoida kokku, vähendada arstibrigaade, asendada arstid õdedega? Pole aga piisavalt oskajaid õdesid. Mõtteainet kuipalju!

eestiarst@eestiarst.ee