

Peremeditsiin Eesti tervishoiukorralduses

HEIDI-INGRID MAAROOS, RUTH KALDA

*Igasugune ettevõtmine sisaldab endas riski,
kuid see on märksa väiksem, kui tegevusetusest tulenev risk.*

John F. Kennedy

Murrangulised ajad 1980. aastate lõpus ja 1990. aastate alguses ning Eesti iseseisvuse taastamine tõid endaga kaasa muutusi kõikides valdkondades, sealhulgas tervishoius. Ajaloolist olukorda kirjeldas toleaeagne (1992–94) sotsiaalminister Marju Lauristin järgmiselt: *Vähemalt algusjärg oli meeletult raske. Eesti oli tõesti nagu maastik pärast lahingut. Nii otseses kui ka ülekantud tähenduses. Maastik pärast lahingut tuli puhtaks teha. Ei saa olla poolikut lahendust. Masinavärk tuli täielikult maha võtta.*¹ Või tsiteerides Margus Lemberi väitekirja: *Muutused tervishoius lähtusid ajaloolisest kogemusest (st tervishoiukorraldusest Eesti Vabariigis enne sõda) ja uutest liberaalsetest ideedest, mis valitsesid ühiskonnas. Viimane aastakümme oli tõestanud, et on vaja muutusi tervishoius kogu maailmas. Esmatasandi arstiabi muutus oluliseks kõikjal.*² Kõikides Kesk- ja Ida-Euroopa maades tekkis huvi juurutada perearstisüsteemi.

Tolleaegsed tervishoiujuhid hakkasid meditsiini nägema Läänes asuvate naaberriikide kogemuste kaudu. Tervishoiureformi vajalik-

¹ Marju Lauristin, Ene Hion, Margit Visnap, *Marjustini sajand* (Tallinn: Hea Lugu, 2016), 182.

² Margus Lember, „Implementing modern general practice in Estonia“, *Acta Universitatis Tamperensis*, 603 (Tampere, 1998).

kust nähti mitmel tasandil: poliitikud, arstid, tervishoiujuhid, Tartu Ülikool, patsiendid. Ajakirja Nõukogude Eesti Tervishoid korraldusel peeti 1989. aastal ümarlaud, mille üks sõnumeid oli see, et seni eksisteerinud nõukogulik jaoskonnaarstide süsteem vajaks muutmist. Soome koostööpartnerid toetasid seda ideed ning Mauri Isokoski, kes oli Tampere rahvatervise instituudi rajaja ja meie kauaaegne koostööpartner gastroenteroloogia uurimistöös, kutsus rahvusvahelise perearstide koolitajate kursusele kolm arsti Eestist. Sinna läksid arstid Margus Lember, Rein Kermes ja Vahur Keldrima. Samal ajal, 1989. aastal toimus Berliinis Euroopa perearstide konverents ning esimest korda võtsid sellest osa ka Tartu linnapolikliiniku juhataja Sigrid Aru, arstiteaduskonna teadusprodekaan Jaak Maaros, sisehaiguste õppejõud Margus Lember ja Tartu kliinilise haigla peaarsti asetäitja Rein Kermes. Uusi kogemusi nii koolituselt kui ka konverentsilt jagati arstiteaduskonna täienduskeskuse juhataja Raul Talvikuga, kelle soovitusel alustati 1991. aastal perearstiks ümberõppe kursusi. Kursuste koordinaatoriks sai Margus Lember, kursuste sisu ja korraldus arutati läbi Soome kolleegidega, kes osalesid esimestel aastatel ka õppejõududena. Kursusele registreerus 30 arsti, kes olid töötanud jaoskonnaarstide või pediaatritena. Need arstid asutasid kohe, 1991. aastal ka Eesti Perearstide Seltsi. Esimesed kursustel osalejad olid innustunud uue eriala omandamisest, sest olid oma töötamise ajal näinud senise tervishoiusüsteemi puudusi ning tunnetanud vajadust pöörata suuremat tähelepanu just meditsiini esmatasandile.

Tartu Ülikooli arstiteaduskonna nõukogu ees esines 1991. aastal EURACT (European Academy of Teachers in General Practice Family Medicine) president Morten Kvist. Nõukogu ja arstiteaduskonna dekaan toetasid akadeemilise peremeditsiini eriala loomist ning 1992. aastal avatigi peremeditsiini professor ja õppetool.³ Esimeseks professoriks valiti Heidi-Ingrid Maaros, kes seni oli töötanud arstiteaduskonna sisekliinikus dotsendina. Tsiteerides Heidi-Ingrid Maarosi elulookirjeldust Eesti Teaduste Akadeemia kogumikus „Eesti Vabariigi teaduspreemiad“:

³ *Tartu Ülikooli arstiteaduskond 1802–2007*, toim Ken Kalling (Tartu: Tartu Ülikooli kirjastus, 2007).

Kuna Tartu Ülikooli arstiteaduskonnas avati peremeditsiini professor 1992. a, otsustasin sellele kandideerida ning osutusin valituks. Täna seda valikut hinnates olen õnnelik, et tegin õige otsuse, sest minu ülesannete haare kasvas tohutult, juhtisin eriala ja kollektiivi järgnevad 18 aastat, ma ise arenesin mitmekülgsemaks, töökamaks ning võimekamaks. Õppe-, ravi- ja teadustöö oli mulle tuttav, aga nüüd oli minu ja kolleegide esmaseks ülesandeks uue eriala ja selle akadeemilise staatuse loomine. Peremeditsiini eriala Eestis seni veel polnud, meil oli võimalus luua eriala parimate eeskujude ning oma oskuste järgi. Olin veendunud, et just eriala akadeemilise staatuse loomine on esmane ülesanne, et üldse uut eriala tunnustataks. Selles ma ei eksinud.⁴

Peremeditsiini professorina töötas ta aastail 1992–2009 ning seejärel emeriteerus. Õppetooli koosseisu suunati endisest sisehaiguste kateedrist õppejõud Sulev Maramaa, Kaido Põlluste, Margus Lember ja Anna Šablina. Õppetooli sekretäriks sai Lehte Pöder, kes jätkab ainukesena praegugi tööd nüüdseks uuenenud peremeditsiini ja tervishoiu instituudis. Teised õppejõud on emeriteerunud või vahetanud töökohta.

Arstiteaduskonna otsus lõi eeldused, et peremeditsiini eriala õpetamine sai eluõiguse kõikide teiste meditsiinierialade õpetamise kõrval. Perearsti kui akadeemilise eriala põhimõtteid tutvustas Heidi-Ingrid Maaros ajakirjas Eesti Arst:

Perearsti eriala ei ole, nagu sageli on ekslikult arvatud, pelgalt mitme eriala (sisehaigused, lastehaigused, naistehaigused, närvihaigused, nina-kõrva-kurguhaigused) mehhaaniline summa, vaid meditsiinieriala oma spetsiifikaga. Eriala muutub akadeemiliseks, kui tema õppimiseks on avatud õppetool selle eriala professoriga ning kui sel erialal toimub teadustöö.⁵

Eriala loomine saigi perearstiteaduse eestvedajatele, kellel seni puudus selle eriala kogemus, tõeliseks proovikiviks. Arstiteaduskonna

⁴ *Eesti Vabariigi teaduspreemiad*, toim Richard Villems (Tallinn: Teaduste Akadeemia, 2012), 16–40.

⁵ Heidi-Ingrid Maaros, „Perearst akadeemilise erialana“, *Eesti Arst*, 2 (1994), 138–141.

Julge otsus erines paljudes teistes maades levinud arusaamast eriala loomisest ja vastavat akadeemilist eriala, st õpetamist ülikoolis, pole veel paljudes Euroopa riikides. Põhjuseks on akadeemilistele nõuetele vastavate teadustööde puudumine peremeditsiinis, mistõttu ülikoolides ei avata selle eriala professuure.

Kohe alguses tekkis vajadus tegeleda terminoloogiaga, mis oli seotud uue eriala nimetamisega. Tsiteerides 1992. aastal ilmunud ajakirja Eesti Arst artiklit:

Maailmas leiavad perearst (ingl. k. family doctor, family physician) ja üldarst (üldpraktiseeriv arst) (ingl. k. general practitioner) kasutamist sünonüümidena. Eesti keeles tuleks eelistada mõistet „perearst“, selles peitub teatud positiivne hinnang võrreldes üldarsti „üldisega“. Sel viisil oleks võimalik vahet teha perearsti ja ka meil praegu kasutusele võetud üldarsti mõistel. Nõnda võiks Eestis kasutusel olla „perearst“ ja „üldarst“, kusjuures esimene neist tähistaks spetsialisti taset ja teine spetsialiseerumata arsti.⁶

Kokkuleppeliselt nimetataksegi Eestis esmatasandil töötavaid eriala omandanud arste perearstideks (*general practitioner, family physician, family doctor*). Üldarstid on Eestis arstid, kes pole eriala omandanud ja praegusel ajal on üldarstideks peamiselt kuueaastase arstiõppe lõpetanud. Uut meditsiinivaldkonda nimetasime algul eestikeelse nimetusega perearstiteadus, hiljem hakati rohkem kasutama nimetust peremeditsiin. Perearstide töökohti hakati nimetama perearstikeskusteks, seal võis töötada üks või mitu perearsti.

Sotsiaalminister Marju Lauristini teene oli peremeditsiini eriala viimine arstide erialade loetelusse 1993. aastal. Kui esimesed kursuste lõpetajad said perearsti tunnistuse, siis anti need pidulikult üle minister Marju Lauristini osavõtul ning need olid juba erialatunnistused. Ministril oli kaasas värske määrus perearsti eriala loomise kohta. Marju Lauristinil oli väga suur osa peremeditsiini eduka arengu alustamisel ja hindamatu panus Biomeedikumi loomise toetamise kaudu kogu arstiõppesse. Tsiteerime Mauri Isokoskit:

⁶ Margus Lember, Rein Kermes, „Perearst tänapäeva meditsiinis“, *Eesti Arst*, 6 (1992), 453–455.



Foto 1. Peremeditsiini õppetooli õppejõud 1992. aastal. Vasakult: Sulev Maramaa, Kaido Põlluste, Heidi-Ingrid Maaros, Anna Šablina, Margus Lember (foto õppetooli arhiivist).

18. jaanuaril 1993. a sõitsime tugeva läänetormiga Tallinnasse. Reisiseltskonna moodustasid professor Kari Mattila Turu Ülikoolist, doktor Irma Virjo ja mina Tampere Ülikoolist. Eesti Perearstide Seltsi esimees Rein Kermes juhatas meid sotsiaal- ja tervishoiuminister Marju Lauristini jutule. Vestlus toimus soome keeles. Minister oli kohtumise jaoks varunud terve tunni. Minister tänas Soome osapoolt aktiivsuse eest, millega on toetatud perearstiteaduse arengut Eestis, kus just valmistati ette perearstide tegevust puudutavaid seadusi ja perearstiteaduse spetsialistide ametikirjeldust. Projekti koostamine oli antud Tartu Ülikooli perearstiteaduse õppejõududele ja Eesti Perearstide Seltsile. Minister palus meid tutvuda projektiga ning anda asjakohast nõu.⁷ Minister Lauristin võttis peremeditsiini arengut väga tõsiselt, ta isegi tutvus sel eesmärgil, et asja paremini korraldada, Hollandi perearstisüsteemiga. Tema toetus avaldus kindlasti ka selles, et Eesti tervishoiu-projekti üheks komponendiks sai 1994. aastal perearstiteaduse õppetooli arengu ning perearstide praktilise tegevuse toetamine.

⁷ *Peremeditsiin*, toim Heidi-Ingrid Maaros, Margus Lember (Tartu, 1998), 5.



Foto 2. Peremeditsiini õppetool 2011. aastal. Vasakult: Juta Oha, Pille Ööpik, Kaiju Suija, Heli Tähepõld, Lehte Pöder, Ruth Kalda, Kaido Põlluste, Anneli Rätsep, Urmas Takker, Heidi-Ingrid Maaroos, Tarmo Loogus, Marje Oona, Liina Pilv (foto õppetooli arhiivist).

Uue eriala loomisel püüti järgida mitmeid rahvusvahelisi eeskujusid ning uue õppetooli õppejõud ja eriala omandavad perearstid tutvusid nendega, külastades maailmas tuntud peremeditsiiniga riike. 1992. aastal stažeeris Heidi-Ingrid Maaroos ühe kuu Tampere ja kaks kuud Londonis. Ta meenutab:

Tampere tutvusin perearstiteaduse õpetamisega Tampere Ülikoolis, eriti uudne oli varajane kursus 2. aasta üliõpilastele. Selle idee oli, et ennem veel kui üliõpilased jaotuvad ülikoolis erialade järgi õpetamisse, saaksid nad tuttavaks patsientide esmatasandi probleemidega ning saaksid aru, kes kohtub patsiendiga tervishoiusüsteemis esimesena. Huvitavad olid ka patsiendikesksed õppeseminarid, kus patsienti koos arutasid üldarst, erinevate sisehaiguste erialade arst ja kirurg olenevalt patsiendi probleemist. Patsient ju liigub kõikide nende erialade vahel oma probleemi lahendamiseks ning see süsteem peab koos töötama. Eestis varasemalt sellist lähenemist ei tuntud. Kõike seda hakkasime rakendama ka oma korraldatavas peremeditsiini õppetöös.

Akadeemiline peremeditsiin tekkis Ühendkuningriigis juba 1952. a ja seepärast oli Londoni kogemus eriti hinnaline. Seal sai tutvuda klassikalise peremeditsiiniga, kuid mitte ainult. Londoni stažeerimine lõi suhted peremeditsiini juhtivate persoonidega. Oli võimalus tutvustada meie äsja iseseisvuse taastanud riiki, muutusi tervishoius ja uue eriala – perearst – loomist. Meie kavatsustest rajada Eestis peremeditsiinieriala said teada Euroopa perearstide organisatsiooni president Lotte Newman, professorid Paul Wallace, Roger Jones, Lesly Southgate, Anita Berlin jt. Esialgu nimetasid nad mind heatahtlikult „high-jacker“, st tungisin teisest meditsiinivaldkonnast peremeditsiini. Aga hoomates, et soovin tõepoolest selle eriala arendamisega Eestis alustada, siis jätkus neil toetavaid nõuandeid ning hiljem mitmed neist külastasid Eestit ekspertidena. UK kontaktid töötasid meie kasuks veel aastakümneid – osalesime edukates rahvusvahelistes teadusprojektides tänu just neile 90ndate alguses loodud kontaktidele ning sellele, et Eesti ja Eesti peremeditsiini eestvedajad olid neile tuntud ning usaldusväärsed.⁸

Aastatel 1991–97 arendati peremeditsiini ilma vastavate muudatusteta Eesti Vabariigi tervishoidu puudutavates seadusandlikes aktides. Sotsiaalministeerium toetas küll igati peremeditsiini arengut, Eesti tervishoiuprojektist finantseeriti õppejõudude koolitusi välismaal, peremeditsiini õpiku väljaandmist, perearstide varustuse hankimist. Praktilises meditsiinis aga kehtisid sel ajal kõik varasemad töökohti, rahastamist, patsientide piirkondlikku jaotumist, töövahendeid ja üldisemalt töökorraldust reguleerivad määrused. Siiski stimuleerisid uued oskused juba eriala omandanud perearste kasutama oma teadmisi laialdasemalt, võtma kasutusele uusi uurimismeetodeid ning tegutsema laiahaardelisemalt kui varem. Selleks alustasid mitmed perearstid (näiteks Siiri Lüdimois, Pille Ööpik, Helle Känd) tööd väljaspool polikliinikuid füüsilisest isikust ettevõtjatena. Tartus korraldas linnavalitsus aselinnapea Toomas Savi eestvedamisel ning linnavalitsuse arstide Sigrid Aru, Kaiu Suija ja Vilve Etsi toetusel uue, kogu linna territoriaalselt katva

⁸ Intervjuu Heidi-Ingrid Maarosiga, 2012 Kuku Raadio.

perearstikeskuste võrgustiku loomist. Esimesed uut tüüpi perearstikeskused – Möisavahe, Nõlvaku, Puiestee, Ropka ja Maarjamõisa polikliinik – avati 1994–96. Tol perioodil oli eesmärk katta Eesti teravikuna patsiendile lähedal asuvate perearstikeskuste võrgustikuga. See õnnestus täielikult 2000. aastate alguses. Patsientidele olid perearstikeskused lähedal nii maal kui linnas, perearstid ja pereõed töötasid soolopraksistena või väikeste gruppides, säilisid vaid üksikud endiste polikliinikute baasil töötavad suuremad perearstide kooslused. Perearstide töö oli laiahaardelisem, nad tegelesid lisaks täiskasvanutele ka vastsündinute ja lastega ning nende pakutavate teenuste maht kasvas.⁹ Perearstide koolitusse lisati selle toetamiseks loenguid praksiste majandamisest ning äriseadustikust. Maarjamõisa polikliinikus toetas tollane peaarst dr Aili Pikk aastatel 1994–97 polikliinikus töötava 20 perearsti eelarvete eraldamist teiste erialade eelarvetest ning selliselt kujunes igal arstil ettekujutus oma kuludest ja tuludest. See oli tõeline majandusanalüüsi õppimine töö käigus. Sellist oskust oli perearstidel hiljem, kui alustati tööd oma nimistutega, väga vaja.

Pearstide laienenud oskused tingisid hädavajalikke muutusi perearstikeskuste töövahenditega varustatuses. Tsiteerides Margus Lemberi väitekirja: *Eesti perearstikeskused olid 1992. aastal läbi viidud uuringu kohaselt üsna vaesed. /.../ enamiku protseduuride läbiviimist spetsialisti poolt peeti otstarbekamaks.*¹⁰

Pearstipraksiste varustatuse standard töötati välja perearstide tööjuhendis, mille kinnitas sotsiaalminister. 1997. aastal andis sotsiaalminister välja määruse¹¹, millega esimest korda reguleeriti perearstide tööd ja rahastamist. Selle määruse põhimõtted lisati hiljem tervishoiuteenuste korraldamise seadusesse¹² eraldi peremeditsiini kohta käiva peatükina. Eraldi määrusena avaldati perearsti töö-

⁹ H. I. Maaros, K. Meesaar, „Does equal availability of geographical and human resources guarantee access to family doctors in Estonia?“, *Croatian Medical Journal*, 45 (2004), 567–572.

¹⁰ *The offices of the Estonian district doctors were quite poor during the survey in 1992. /.../ the situation where most procedures are performed by specialist was considered more economical.* M. Lember, „Implementing modern general practice in Estonia“, *Acta Universitatis Tamperensis*, 603 (Tampere, 1998), 57.

¹¹ Riigi Teataja (RT) (1997), 75:430.

¹² Riigi Teataja Lisa (RTL) (2001), 50:284.

juhend.¹³ Määruse alusel hakkasid perearstid töötama patsientide nimistute printsiibil, nimistu suurus oli 1600 ± 400 patsienti. Igal arstil võis olla üks nimistu ning igal patsiendil üks perearst, keda patsient võis vabalt valida. Perearstid alustasid 1997. aastal tööd iseseisvalt, nad ei kuulunud enam polikliiniku koosseisu ning äri-seadustiku järgi on nad eraettevõtjad. Turumajanduse printsiipide sisseviimist kirjeldab sotsiaalminister Marju Lauristin:

Suutsime algusaastail mitmed asjad niiviisi paika panna, et need toimivad siiani. Kui ei oleks toona paljukirjutud haigus-kindlustust, oleksime praegu väga suures hädas. Või seegi, et inimesed absoluutselt ei kujutanud ette, mida tähendab turumajandus arstiabis. /.../ kutsusin vihased arstid kokku ja me arutasime kõik läbi. Meil oli nendega arutamist pidevalt, ma nii mäletan, kuidas nõrдинud arstid, rusikad rullis, protestisid. „Mis on tervishoiu teenuste hind, ega me ole mingid kaupmehed. Me teenime rahvast ja ravime haigeid, mingit hinda me ei tea ega tahagi teada.“¹⁴

Ometigi hakkas raviteenuste hinda arvestav süsteem tööle. Perearsti tööd patsientidega rahastab haigekassa nimistus olevate patsientide arvu alusel. Haigekassaga sõlmib perearst lepingu ning selle tingimused on perearstile kohustuslikud. Seega rahastamise poolest ei määra perearst ise raviteenuste hinda, ravikindlustusega patsiendile on perearstiabi tasuta. Sellest ajast annab esmatasandi arstiabi erialaga perearst ja esmatasand on eraldatud haigla ja ambulatoorsest eriarstiabist. Määrusega kehtestatu oli igati positiivne perearsti eriala mainele. Iseseisev tegutsemine oli tööga rahulolu tagatis. Tsiteerides Ruth Kalda uurimistööd:

Suurem osa perearsti eriala omandanud arstidest on rahul oma tööga praksises ja oma edasise tööalase karjääriga üldisemalt. Iseseisvalt töötavate perearstide rahulolu oli suurem kui jaoskonnaarstidel töövahenditega, sissetulekuga, töökorraldusega, töötingimustega, iseseisvusega ja võimalusega are-

¹³ RTL (2001), 130:1887.

¹⁴ Marjustini sajand, 188.

*neda igapäevatöö käigus. See tingib ka perearstide tugevama motiveerituse.*¹⁵

Patsientide arvamuste uuringust¹⁶ 1993. aastal selgus, et enamik 146 vastanust Tartus (seal planeeriti perearstiabi Eestis kõige varem) leidis, et senine polikliinilise arstiabi korraldus vajaks täiustamist, ning soovis muudatusi selles valdkonnas. Oodati perearstide tööle asumist ja neile pandi suuri lootusi, et nende kaasabil töökorralduse ja esmatasandi arstiabi kvaliteet paranevad.

1998. aastal tehtud patsientide rahulolu uuringust¹⁷ selgus, et Eesti täiskasvanud elanikkonna hulgas on 2,5 korda rohkem neid, kes hindavad esmatasandi arstiabi süsteemi muutusi paremuse poole. Inimeste rahulolu mõjutas positiivselt kõige rohkem isikliku perearsti olemasolu ja töötamine väikses perearstikeskuses. Inimesed, kes ei olnud valinud endale perearsti, olid vähem rahul nii arstiabi organisatorsete kui ka arsti-patsiendi omavahelist suhtlemist kajastavate aspektidega. Nende üldine rahulolu arstiabiga oli väiksem kui neil, kes olid endale perearsti valinud. Patsientide arvamused ja rahulolu julgustasid astuma järgmisi samme perearstisüsteemi arendamisel. Nagu on näidanud regulaarsed patsientide rahulolu uuringud¹⁸ järgmiste aastakümnete jooksul, ei ole patsientide rahulolu vähenenud, vaid püsib endiselt enamasti üle 80%, olenedes hinnatavast aspektist.

Peremeditsiini õpetamise arendamine Tartu Ülikoolis oli tihedalt seotud Eesti tervishoiuprojektiga. Peremeditsiin oli Eestis eelisarendatav eriala. Perearstiteaduse (peremeditsiini) aineprogrammide loomist alustati 1992. aastal kohe õppetooli rajamise järel.

Üliõpilaste ainekavadesse lisati teisel ja kuuendal kursusel perearstiteadus, alustati residentide koolitust ning peremeditsiini doktorantuuri. Tänu arstiteaduskonna dekaani Lembit Allikmetsa ja prodekaani Edvitar Leiburi mõistvale suhtumisele uue eriala loomise vajalikkusse eraldati tunniplaanis tunnid perearstiteaduse õpetami-

¹⁵ R. Kalda jt, „Motivation and satisfaction among Estonian family doctors working in different settings“, *European Journal of General Practice*, 6 (2000), 15–19.

¹⁶ U. Takker jt. *Eesti Arst*, 3 (1995), 258–260.

¹⁷ R. Kalda, *Structure and outcome of family practice quality in the changing health care system of Estonia*. Dissertationes Medicinæ Universitatis Tartuensiss, 68 (Tartu, 2001).

¹⁸ www.haigekassa.ee (12.10.2017).



Foto 3. Perearsti kabinet, perearst professor Ruth Kalda (foto õppetooli arhiivist).

seks. Loodi põhiõppe, residentuuri, doktorantuuri¹⁹ ja spetsialiseerumiskursuste programmid.²⁰

Aineprogramme hindasid 1993., 1994. ja 1995. aasta Maailmapanga missioonide ajal rahvusvahelise eksperdid. Tsiteerides Eesti tervishoiuprojekti alakomponenti B1:

Nimetatud tervishoiuprojekti komponent (perearstiteaduse arendamine) toetab uuendatud ja kindla suunitlusega õpet nii arstidele, residentidele kui ka üliõpilastele, selle komponendi eesmärgiks on toetada arstiteaduskonna õppekava uuendamist, integreerides preventiooni- ja raviprobleemid kliinilisel ja prekliinilisel tasemel kasutades probleemile orienteeritud metodoloogiat.²¹

Diplomieelne perearstiteaduse õpe hakkas kuuluma kõikide üliõpilaste põhiõppe programmi ning seega kõik arstiteaduskonna arsti diplomiga lõpetanud arstid teavad perearstiteaduse aluseid, hoolima-

¹⁹ Heidi-Ingrid Maaros, *Perearstiteadus* (Tartu, 1997).

²⁰ Margus Lember, *Perearstiks spetsialiseerumise kursuste programm* (Tartu, 1996).

²¹ Tervishoiuprojekti dokumentide arhiiv: *Maailmapanga missiooni aruanne 1995*.



Foto 4. Perearsti protseduuride ruum (foto õppetooli arhiivist).

ta nende hilisemast erialavalikust. Üks erialasid, mida üliõpilased residentuuris saavad omandada, on perearsti eriala. Seega oli kuni aastani 2004 Eestis korraga kaks erialalise perearstiõppe võimalust: ümberõppe kursused ja residentuur, nüüd on jäänud vaid residentuur. Mõlemal viisil saadud eriala vastas samadele Euroopa Liidu direktiivi²² standarditele ning kuulus arstide registris registreerimisele erialana „perearst“ (*general practitioner, family physician, family doctor, Soomes erikoistunud yleislääkäri*). Asjaolu, et üleminekupeerioidil võimaldati varem esmatasandil töötanud arstidel omandada töö kõrval uus eriala ning seda käsitleti võrdsena residentuuris omandatud erialaga, tegi ülemineku paindlikuks, enamasti vastuseisu esmatasandi arstide hulgas ei tekkinud ning nad ei kaotanud tööd. Sellist üleminekuviisi kasutasid Eestist eeskuju võttes mitmed Kesk- ja Ida-Euroopa maad (Horvaatia, Rumeenia Tšehhi, Läti, Leedu jt). Peremeditsiini kolmeaastases residentuuris töötavad residendid pool ajast perearstipraksistes nii linnas kui ka maal. Residentuuri teine pool toimub mitmete teiste erialade kliinikutes.²³

²² 93/16/EMÜ tiitel IV, artikkel 30–41.

²³ Peremeditsiini residentuuri korraldus: <https://meditsiiniteadused.ut.ee/et> (12.10.2017).

Teadustöö

Peremeditsiini teadustöö ja doktorantuuri algas tänu õppetooliga liitunud õppejõudude edukale teadustöö kogemusele jõuliselt kohe õppetooli loomise järel. Heidi-Ingrid Maarooši doktoritöö²⁴ seedetraktihaiguste ja *Helicobacter pylori* infektsiooni teema uurimine jätkus. Viimati mainitud teemal tegid uurimistööd ja kaitsesid väitkirju O. Uibo²⁵, M. Oona²⁶, H. Kolk²⁷, K. Lõivukene²⁸, K. Abram²⁹ ja N. Vendt³⁰. Alustati uurimistöid, mille teemad tulenesid uue eriala vajadustest. Uuriti peremeditsiini organisatoorseid aspekte, töömeetodeid, perearstide motivatsiooni, patsientide rahulolu, perearstiabi kvaliteeti (M. Lember³¹, R. Kalda³², H. Tähepõld³³, M. Tiik³⁴, E. Merilind³⁵), sagedasi terviseprobleeme täiskasvanutel ja lastel (M. Jär-

²⁴ H. I. Maarooš, *The natural course of gastric ulcer in connection with chronic gastritis and Helicobacter pylori*. Dissertationes Medicinae Universitatis Tartuensis, 1 (Tartu, 1991).

²⁵ O. Uibo, *Childhood coeliac disease in Estonia: occurrence, screening, diagnosis and clinical characterization*. Dissertationes Medicinae Universitatis Tartuensis, 11 (Tartu, 1994).

²⁶ M. Oona, *Helicobacter pylori infection in children: epidemiological and therapeutic aspects*. Dissertationes Medicinae Universitatis Tartuensis, 103 (Tartu, 2004)

²⁷ H. Kolk, *Dyspepsia and Helicobacter pylori infection: the diagnostic value of symptoms, treatment and follow-up of patients referred for upper gastrointestinal endoscopy by family physicians*. Dissertationes Medicinae Universitatis Tartuensis, 83 (Tartu, 2003).

²⁸ K. Lõivukene, *Helicobacter pylori in gastric microbial ecology and its antimicrobial susceptibility pattern*. Dissertationes Medicinae Universitatis Tartuensis, 82 (Tartu, 2003).

²⁹ K. Abram, *The prevalence and risk factors of rosacea. Subjective disease perception of rosacea patients*. Dissertationes Medicinae Universitatis Tartuensis, 176 (Tartu, 2010).

³⁰ N. Vendt, *Iron deficiency and iron deficiency anaemia in infants aged 9 to 12 months in Estonia*. Dissertationes Medicinae Universitatis Tartuensis, 147 (Tartu, 2008).

³¹ M. Lember, *Implementing modern general practice in Estonia*. Acta Universitatis Tamperensis, 603 (Tampere, 1998).

³² R. Kalda, *Structure and outcome of family practice quality in the changing health care system of Estonia*. Dissertationes Medicinae Universitatis Tartuensis, 68 (Tartu, 2001).

³³ H. Tähepõld, *Patient consultation in family medicine*. Dissertationes Medicinae Universitatis Tartuensis, 123 (Tartu, 2006).

³⁴ M. Tiik, *Access Rights and Organizational Management in Implementation of Estonian Electronic Health Record System*. Thesis on Mechanical Engineering E70 (Tallinn: TUT kirjastus 2012).

³⁵ E. Merilind, *Primary health care performance: impact of payment and practice-based characteristics*. Dissertationes Medicinae Universitatis Tartuensis, 246 (Tartu, 2016).

velaid³⁶, P. Ööpik³⁷, K. Suija³⁸, A. Rätsep³⁹). Kokku on peremeditsiini õpetooli tegutsemise ajal 1992. aastast siiani kaitstud 15 doktori-väitekirja ja uurimistööde tulemused on olnud otsene abi perearsti-süsteemi sisse viimisel Eesti tervishoidu.

Nii käsitles Margus Lember oma doktoritöös⁴⁰ peremeditsiini korralduslikke aspekte, perearstide ja jaoskonnaarstide töö erinevusi, töövahendeid ja meetodeid, töös võrdles ta ka Eestis töötavate arstide töökohtade erinevusi. Uurimuse väljund oli perearsti tööjuhendi vastuvõtmine ja sotsiaalministeeriumi nõustamine perearstabi korraldamisel Eestis. Ruth Kalda uurimistöös⁴¹ üks järeldusi oli see, et perearstisüsteemile üleminek ei vähendanud laste vaksineerimisega hõlmatust. Tol ajal oli see tulemus kaalukas argument sagedastes diskussioonides „perearst või esmatasandi pediaater“.

Rohkelt uut informatsiooni perearstide töö iseloomu kohta andis rahvusvaheline koostööprojekt, milles uuriti perearstide konsultatsioonioskust. Selle viis läbi doktorant Heli Tähepõld.⁴² Perearsti töö on privaatne tegelemine patsientidega vastuvõtul, millest teatakse üsna vähe. Suhtlemist ja aja ratsionaalset kasutamist vastuvõtul on võimalik harjutada, kuid enne on vaja teada, kuidas arstid tegelikult patsientidega suhtlevad, millised probleemid vastuvõtul esile keruvad ja kuidas neid lahendatakse. Selle uurimusega avastati erinevaid konsultatsioonistiile, saadi teada patsiendikeskse konsultatsiooni tunnused ja ettekujutus, kuidas konsultatsiooni tulemuslikult läbi viia. Neid uurimistulemusi kasutatakse laialdaselt üliõpilaste ja residentide õppes, kus programmi kuulub ka konsultatsioonioskuse harjutamine video vahendusel.

³⁶ M. Järvelaid, *Health damaging risk behaviors in adolescence*. Dissertationes Medicinæ Universitatis Tartuensis, 95 (Tartu, 2004).

³⁷ P. Ööpik, *Management of depression in family medicine*. Dissertationes Medicinæ Universitatis Tartuensis, 136 (Tartu, 2007).

³⁸ K. Suija, *Major depression in family medicine: associated factors, recurrence and possible intervention*. Dissertationes Medicinæ Universitatis Tartuensis, 174 (Tartu, 2010).

³⁹ A. Rätsep, *Type 2 diabetes care in family medicine*. Dissertationes Medicinæ Universitatis Tartuensis, 159 (Tartu, 2009).

⁴⁰ M. Lember, *Implementing modern general practice in Estonia*. Acta Universitatis Tamperensis, 603 (Tampere, 1998).

⁴¹ R. Kalda, *Structure and outcome of family practice quality in the changing health care system of Estonia*. Dissertationes Medicinæ Universitatis Tartuensis, 68 (Tartu, 2001).

⁴² H. Tähepõld, *Patient consultation in family medicine*. Dissertationes Medicinæ Universitatis Tartuensis, 123 (Tartu, 2006).



Foto 5. Õppetöö praktiliste oskuste kabinetis, keskel õppejõud Urmas Takker (foto õppetooli arhiivist).

Perearstisüsteem pole kunagi lõplikult valmis. Aktiivselt 25 aastat tegutsenud peremeditsiin on selle aja jooksul võrreldes algusaastatega tublisti muutunud ja arenenud. Tänapäeval pööratakse rohkem tähelepanu perearstiabi kvaliteedile ja võimalustele haigusi ennetada. Tegutsemist on pidevalt analüüsitud ning tulemused on kavandavate muudatuste aluseks. Nii näiteks tõdes Eero Merilind⁴³ oma perearstide töö kvaliteeti hindavas uurimuses, et perearstide kvaliteedisüsteemi juurutamisel perearstide ja pereõdede visiitide arv kasvas, laste vaktsineerimisega hõlmatus paranes, hüpertensiooniga ja diabeediga patsientide haiglas viibimise hõlmatus aga kahanes. Seega suurem tähelepanu ennetusele ja krooniliste haiguste jälgimisele suurendab küll perearstisüsteemis visiitide arvu, parandab aga järjepidevust patsientide jälgimisel ning vähendab teiste erialade spetsialistide töökoormust. Selliseid muutusi peavad arvestama tervishoiuteenuste planeerijad ja rahastajad. Tehnoloogia sajandil mõjutab perearsti ja patsiendi suhtlemist ka kolmas osaline – arvuti. Samas peab arstiabi

⁴³ E. Merilind, *Primary health care performance: impact of payment and practice-based characteristics*. Dissertationes Medicinae Universitatis Tartuensis, 246 (Tartu, 2016).

jääma patsiendikeskseks. Patsiendi terviseandmed peavad olema hõlpsasti kättesaadavad kõikidele tema probleemiga tegelevatele arstidele ja selle tagab kvaliteetne andmebaas.⁴⁴ Seepärast on Eesti tervishoius eriti aktuaalne tervise infosüsteemi e-tervise kasutuselevõtt. Oleme ka sellesse andnud oma panuse – meie õppetooli doktorant Madis Tiik⁴⁵ uuris e-tervise süsteemi loomise eeltingimusi ja seadusandlikke akte. Uuenduslik on ka võimalus rakendada tervishoius telemeditsiini, mille vahendusel on võimalik perearstist kaugemal asuvaid krooniliste haigustega patsiente jälgida ning aidata.

Esitatu on vaid killuke peremeditsiini hoogsast arengust aastatel 1991–2017, mil õnnestus luua ning tööle panna uus eriala esmatasandi tervishoiu ülesannete täitmiseks ning rajada akadeemiline koolkond⁴⁶ peremeditsiini õpetamiseks, praktiseerimiseks ning teadustööks.

Peremeditsiiniga alustamine Eesti tervishoiusüsteemis oli 1990. aastate alguses uskumatult innovatiivne ja julge idee. Peremeditsiini areng 25 aasta jooksul on ka edaspidi suutnud püsida uuenduslikuna, reageerides tänapäevase infoühiskonna arengule, et tagada perearstidele erialaoskuste kvaliteet ja patsientidele järjepidev õmblusteta arstiabi. Progressi ei saa peatada, muutustega tuleb süsteemi positiivselt häälestada.



Heidi-Ingrid Maaroos on TÜ meditsiiniteaduste valdkonna emeriitprofessor

Ruth Kalda on TÜ meditsiiniteaduste valdkonna peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituudi juhataja

Tänuavaldus. Artikli autorid tänavad professor Margus Lemberit ja doktor Rein Kermest pikaajase koostöö ning sõbraliku toetuse eest.

⁴⁴ Heidi-Ingrid Maaroos, „Perearst kui patsiendikeskse koostöö juht“, *Perearst* (detsember, 2016), 3.

⁴⁵ M. Tiik, *Access Rights and Organizational Management in Implementation of Estonian Electronic Health Record System*. Thesis on Mechanical Engineering E70 (Tallinn: TUT kirjastus, 2012).

⁴⁶ H. I. Maaroos, „Family medicine as a model of transition from academic medicine to academic health care: Estonia's experience“, *Croatian Medical Journal*, Oct; 45 (5) (2004), 563–566.

Family Medicine in the Estonian Health Care System

HEIDI-INGRID MAAROOS, RUTH KALDA

University of Tartu Faculty of Medicine,
Institute of Family Medicine and Public Health

At the beginning of the 1990s, the situation was favourable for making changes in the Estonian health care system. Innovation was supported by physicians, patients, politicians, health care managers and the academic society. The most profound improvements were planned in the field of primary health care. Up to the 1990s, there was no specific training for and specialty of family doctor/general practitioner in the field of primary care. The primary health care system based on family physicians/general practitioners had existed for more than twenty years in several Western Europe countries and its efficiency for providing health care for the population had been proven. Countries with strong primary care provide high-level, cost-effective and prevention-orientated services for patients. The implementation of the family medicine system in Estonia was the result of different stakeholders' cooperation. Initially, international experts were invited to provide specific training, especially Finnish colleagues from the Universities of Tampere and Turku. Professor Mauri Isokoski was later elected Honorary Doctor of the University of Tartu for support and cooperation in the field of family medicine. Academic lecturers and family doctors were sent to courses of family medicine in the Nordic countries, United Kingdom, Canada and elsewhere.

In 1991 a specialised course for family doctors was launched. Previous district doctors and paediatricians were the first trainees. They were interested in reorganising their work to provide comprehensive care to patients. Training was conducted by the Department of Family Medicine in cooperation with other specialties. Family doctors who had been retrained step-by-step started teaching and they were the first supervisors of residency training in family medicine. The Estonian Society of Family Doctors was established.

In 1992 the Department of Family Medicine in the Faculty of Medicine, University of Tartu was opened, including a professorship in

family medicine. Family medicine was included in the basic programme of students in the medical faculty. Residency training in family medicine was organized according to European Union standards. Research in family medicine started; a PhD programme in family medicine was launched. During following decades, 15 PhD theses were prepared and defended. Family medicine in Estonia was recognized as an academic specialty.

In 1993 the specialty of family medicine was included into the list of specialties in Estonia. It means that family doctor is a specialty with specific training, evidence and research-based practice in Estonia, equal with other medical specialties.

The Estonian Health Project conducted by the Estonian Ministry of Social Affairs supported the development of instruction in family medicine, the training of family medicine lecturers abroad, and replacement of office equipment and the creation of a legal environment suitable for family medicine.

In 1997 a regulation of the Estonian Ministry of Social Affairs was issued to control the implementation of patient lists, financing from the Health Insurance Fund, and specifying the job description of family doctors. In 2002 all those principles were included in the Health Services Organisation Act.

Follow-up surveys of patients' satisfaction with the family doctors' system showed that patients were mostly satisfied and usually got help for their problems at family doctors' offices.

International cooperation within the World Health Organization, EURACT, WONCA, World Bank and other working groups allows to share Estonian experiences of developing family medicine as well as to learn from other countries.

Implementing family medicine in the Estonian health care system was successful thanks to cooperation between physicians, the University of Tartu, Ministry of Social Affairs, local government institutions and patients.