

# Perearst, kiirabi ja EMO – kes ja mida peab tegema?

Väino Sinisalu – Eesti Arst

Viimastel aastatel on meedias sageli kriitiliselt käsitletud esmas- tasandi arstiabi probleeme. Riigi- kontroll nentis oma 2011. aasta auditis, et süsteemi praeguse korraldusega pole rahul mitte keegi. Patsiendid tunnevad, et perearst pole kättesaadav või ei tee seda, mida patsient ootab. Perearstid on ülekoormatud ning pare- magi tahtmise juures ei suuda täita kõiki neile pandud ülesandeid (1). Riigikontroll on seisukohal, et selle tõttu peab ravikindlustus täienda- valt tasuma teistele teenistustele selle töö eest, mida peaks tegema perearst.

Reaalselt pole patsiendid hätta jäetud. Haigetele on kergesti kättesaadavad kiirabi ja haiglate EMOd.

TÜ Kliinikumi anestesioloogia ja intensiivravi kliinikumi direktor ja Eesti Kiirabiidude juhataja esimees **Ago Kõrgvee** tutvustas autorile äsja valminud erakorralise meditsiini arengukava järgnevateks aastateks, kus on analüüsitud senist tegevust ja tulevikuvajadusi.

Eestis on 2012. aasta seisuga 90 kiirabibrigaadi, mis paiknevad 46 eri kohas. Kiirabi osutati 2010. aastal 244 659 inimesele, kellest hospitali- seeriti keskmiselt 36,8%. Hospitali- seeritute näitaja varieerus suuresti eri piirkondades, Tallinnas oli see 43,6%, Järvamaal 47,5%, sõltudes piirkonna eripärast (patsientide harjumus, perearsti kättesaadavus, haigla valmidus ja võimalus hospi- taliseerida jm). Viimase nelja aasta jooksul on kiirabi väljakutsete arv kasvanud üle 10%, mis kajastub ka kogu riigi kutsete arvu kasvus. Kasvutendents on olnud stabiilne alates 2008. aastast alates ning see

ei ole kindlasti juhusliku iseloomuga trend.

Kiirabi visiit on kallis. A. Kõrgvee andmetel on ühe visiidi maksumus 120 eurot. Palju on räägitud kiirabi alarahastamisest, seal töötavate arstide suurest koormusest, perso- nalipõuast ja vajadusest optimaalselt kiirabi tööd korraldada. Riigikont- rolli auditis 2004. aastast juhitakse tähelepanu vajadusele parandada kogu arstiabi korraldust selliselt, et kiirabi ei peaks täitma teiste arstiabiandjate kohustusi (2).

Aasta-aastalt on kasvanud ka EMOsid külastavate patsientide arv. Erakorralise meditsiini eriala aren- gukas toodud arvud näitavad, et kui 2006. aastal pöördus EMOdesse üle Eesti 380 000 inimest, siis 2010. aastal pöördus neisse juba 456 408 patsienti, sealjuures 303 629 (66,5%) inimest pöördus ise ja 18,4% tõi kiirabi.

Arengukas eristatakse I, II ja III astme EMOsid. Kõigis neis on erakorralise meditsiini eriarst ja ööpäevaringne laboratoorse ja radioloogiliste uuringute võimalus. II astme EMOs on tagatud ka ööpäe- varingne radioloogi valve. III astme EMO on piirkondlikus haiglas ja lisaks eelnevale peab neis piiratud aja jooksul olema tagatud kõikide arstlike erialade konsultatsiooni võimalus.

Ago Kõrgvee osutas sellele, et haigekassa hinnakirjas ei ole eraldi EMO teenust, seda tasustatakse arsti visiidi eest 10 eurot. Kui EMOs konsulteerivad haiget teiste erialade spetsialistid, haiglale selle eest eraldi ei maksta. Samuti võib olla vajadus haiget mõni aeg EMOs jälgida, et otsustada hospitaliseeri-

mise vajadus. Sellist teenust hinna- kirjas ei ole ja raviasutus teeb seda tasuta. EMOs tehtud uuringute eest tasub haigekassa hinnakirja järgi.

A. Kõrgvee rõhutas, et kuna Eestis haigestumus viimastel aastatel oluliselt kasvanud ei ole, siis EMOde koormuse suurenemine on tingitud sellest, et muude arstiabi osutavate instantside teenused ei ole kas piisavalt kättesaadavad või pole inimesed nendega rahul. A. Kõrgvee osutas võimalike põhjus- tena sellele, et perearstid võtavad vastu vaid piiratud aja ööpäevas ega tee koduviisiite. Sellest tulenevalt peavad liikumispuudega inimesed, kel on probleeme arsti juurde pääse- misega, kutsuma kiirabi ja sageli viib see neid EMOsse eriarsti konsultat- sioonile.

Erakorralise meditsiini eriala seisukohalt oleks otstarbekas, et EMOd ja kiirabi tegeleksid eelkõige vältimatut abi vajavate haigetega ega oleks ülekoormatud ülesannetega, mida peaksid lahendama teised instantsid. Üks lahendus võiks olla perearstikeskuste loomine, kus töötaks palju arste, oleksid labo- ratoorse ja radioloogilise uurimise võimalused, oleks tagatud pikem vastuvõtuaeg ja arstid asendaksid üksteist puhkuste ajal.

A. Kõrgvee rõhutas, et praegune olukord ei ole tekkinud kellegi süül, lihtsalt lahendamata probleemid on kuhjunud, asjadel on lastud areneda omasoodu.

TÜ polikliiniku ja peremeditsiini õppetooli professor **Ruth Kalda** on veendunud, et praegu töötavad perearstid on üldiselt hästi kvali- fitseeritud ja püüavad anda oma parima. Probleemiks on ka perears-

tide nappus: mitte igasse piirkonda pole võimalik leida perearsti.

Lepinguga peaks perearsti vastuvõtu aeg olema vähemalt 4 tundi tööpäevas, enamikul perearstidest on vastuvõtuaeg pikem. Töö on korraldatud selliselt, et patsiendid registreerivad end ette ja neid võetakse vastu järjekorra alusel. Ägedate haigusjuhtude korral püütakse patsient vastu võtta samal päeval, võttes ta järjekorras n-ö vahele. See tähendab, et haige peab mõni aeg ootama. Paljud, eriti nooremad, seda teha ei taha ja nad kas pöörduvad EMOsse või kutsuvad kiirabi. Perearsti tegevuse auditis ilmnis Ruth Kalda sõnul omamoodi tendents: EMOsse pöördumise tippaeg on keskpäeval, seega ajal, mil võiks pääseda perearsti juurde. Öhtustel aegadel ja öösiti pöörduvad EMOsse põhiliselt vältimatu abi vajajad.

Prof R. Kalda tundis muret, et kuigi esmatasandi arstiabi arengukavas aastani 2015 on kirjas suurte perearstikeskuste loomine, pole selle eesmärgi elluviimiseks midagi tehtud. Arusaadavalt ei saa seda teha vaid perearstid ja omavalitsused. Lahendamata on, kellele need keskused kuuluksid, kes peaks neid ja nendele vajaliku taristu looma. See saab olla vaid riigi ülesanne, on professor veendunud.

Esmatasandi arstiabi korraldus ja toimimine on valupunktiks kogu ühiskonnas, probleemid kajastuvad järjest enam ka meedias. Selle aasta 12. novembri Postimehes on sellele pühendatud mitu lehekülge. Eriarstid on ülekoormatud, järjekorrad nende juurde on kuudepikkused. Kõike seda suurendab osaliselt ka usaldamatus perearstide vastu, mõnigi kord pöörduakse perearsti poole vaid selleks, et saada saatekiri eriarsti juurde. Inimeste rahulolu uuring perearstisüsteemiga 2011. aastal näitas, et 78% on küll

rahul perearstisüsteemiga, kuid pooled patsientidest, kes said saatekirja eriarstile, küsisid seda ise, ilma et perearst oleks seda vajalikuks pidanud. Ajalehes jõutakse järeldusele, et inimestel on valdav eriarstiusk ja perearstiskepsis. Põhjusi selleks on mitu.

A. Kõrgvee nentis, et inimeste hulgas on levinud arusaam, et EMOsse pöördumisel saab mõne tunniga oma terviseprobleemidele vastused, tehakse kohe vajalikud analüüsid ja uuringud, vajaduse korral konsulteerib ka eriarst. Ambulatoorse abi labüridis kulaks kõigele sellele päevi ja eriarstile pöördumiseks ka kuid.

Omaette põhjuslikku analüüsi vajaks ka see, et 12.11.2012. a Postimehes toodud statistika järgi tuleb meil aastas 6,0 arstikonsultatsiooni inimese kohta, samas kui Taanis on see arv 4,6, Soomes 4,3 ja Rootsis 2,9. Kas meie inimesed on haigemad, arstivisiidid ebaefektiivsemad või lahendavad teistes maades õed ja teised spetsialistid probleeme, mida meil arst?

Prof R-A. Kiivet kommenteeris kirjeldatud problemaatikat järgmiselt: „Kiirabi, EMO ja perearstiabi on Eesti inimestele seni õnneks vabalt kättesaadavad ja selle üle tuleb rõõmu tunda. Mitte muretseda, kas äkki teeb üks neist mõne teise tööd. Selline lähenemine ja vastandamine on kohatu, sest patsient teeb otsuse, kelle poole neist kolmest pöörduda, lähtuvalt oma hetke terviseseisundist, kellaajast ja asukohast oma parima arusaama järgi.

Kui me oleme iga haigla juurde rajanud 24/7 osakonnad ja kaugele paistab tulikiri „Erakorraline meditsiin“, siis ei maksa imestada, et inimesed sinna tulevad. Tagantjärele, kui kohale on sõitnud kiirabi või patsient on käinud EMOs või perearsti juures, on neist igapäev töös suur osa olukordadel, kus

tervisemure on üle läinud ja arsti nõu pole enam vajalik. Nii peabki olema, sest arsti, mitte patsiendi, ülesanne on vahet teha olukordadel, mis vajavad sekkumist, ja olukordadel, mis seda ei vaja. Sekkumist mittevajava olukorra lahendamine ja patsiendi rahustamine on kümme korda parem olukorrast, kui haigel ei oleks kellegi poole pöörduda ja tõsine terviserike jääks asjatundliku abita.”

Vägisi jääb mulje, et senine tervishoiukorraldus vajab ajakohastamist. A. Kõrgveega tuleb nõustuda – puudub visioon Eesti tervishoiust tervikuna.

Inimeste harjumused arsti poole pöörduda sõltuvad paljus eelnevast kogemusest, kogukonnas levinud tavast ja abi kättesaadavusest. Arstiabi korraldamisel tuleb tagada eelkõige parima kvaliteediga abi kättesaadavus, selle kulutõhusus ja ravi tulemuslikkus.

Tõsiselt tuleks analüüsida, kas panustada kiirabi ja EMO võimekuse suurendamisele või perearstikeskuste (kus oleks uuringute võimalused ja pikem lahtioleku aeg, valve ka puhkepäevadel) loomisele. Ilmselt tuleks otsustada piirkonna eripärast, olemasolevast taristust ja muudest teguritest lähtudes.

Tänapäeval ei peaks taotlema, et arst oleks igale inimesele (ka maal) kodu lähedal, vaid sihiks peaks olema, et inimestele oleksid kättesaadavad tänapäevased diagnoosimise ja ravimise võimalused. Eestis on vahemaad väikesed ja teed head. Haiget saab transportida sinna, kus on tagatud adekvaatne abi.

*eestiarst@eestiarst.ee*

#### KIRJANDUS

1. Uder L. Perearstiabi korraldus vajab kiireid muutusi. Eesti Arst 2011;90:258–9.
2. Suits S. Kiirabitööd saaks korraldada paremini. Eesti Arst 2004;83:699–701.