

Kiirabikorraldus on muutumises

Üllar Kaljumäe – Terviseamet

Artiklis on lühidalt, kuid paraku ka valikuliselt selgitatud kiirabisüsteemis alates 1. jaanuarist 2014 jõustuvate muutuste tagamaid ning eesmärke.

Kiirabi tervishoiukorralduslik lähiminevik

Nn suurte tervishoiukorralduslike valikute perioodil 1990. aastatel oli algselt plaanis luua kaks keskvalitsuse kontrolli all olevat detsentraliseeritud tervishoiuvaldkonda – üldarstiabi ja kiirabi –, mis pidid jääma maavanemate korraldada. Paraku tervishoiuteenuste korraldamise seaduse menetlemise käigus plaanid ja arusaamad muutusid ning tervishoiu esmatasandi korraldus jagati tollase Tervishoiuameti ja maavanemate vahel. Samas ei muudetud tervishoiukorraldajate ringi muutmisel korralduse mudelit.

Maakondlik kiirabikorraldus tähendas lihtsustatult seda, et keskmises maakonnas oli ette nähtud kolm kiirabibrigaadi, millest üks pidi olema arstibrigaad. Suuremates linnades (Tallinnas, Tartus, Pärnus, Jõhvis, Kohtla-Järvel ja Narvas) töötasid ka linna arstibrigaadid. Veel 2004. aastal oli Eesti 90 kiirabibrigaadist 41 arstibrigaadid (sh 6 reanimobiilibrigaadi) ja 49 õebrigaadid. Keskmise maakond oli tavaliselt jagatud 2–3 teeninduspiirkonnaks, kus igaühes oli keskmiselt 1,5 kiirabibrigaadi. Sel ajal toimus ka väljakutsete töötlemise üleandmine brigaadidelt häirekeskustele, mis tegutsesid kohalike asutustena.

Arstibrigaadide vajadust kiirabis ei saa mingil juhul alahinnata, iseäranis 10–15 aastat tagasi tervishoiu esmatasandi suurte ümberkorralduste perioodil. Kuigi ka algselt olid arstibrigaadid mõeldud abi osutama keerulisematel juhtudel, ei realiseerunud see kunagi kiirabi üldise tööpõhimõttena ning parimal juhul leidis see aset vaid 4–5 suuremas linnas. Süüdi selles ei olnud ega ole ka praegu mitte see, kuivõrd efektiivne on hädaabikõne töötlemine, vaid probleem taandub lõppkokkuvõttes sellele, kas teeninduspiirkonnas on valikuvõimalus arsti- või

õebrigaadi kasutamiseks või mitte. Kui valikuvõimalust ei ole, siis ei aita sobivaimat brigaadi lähetada ka parim kutsetöötlus.

Tegelikult plaaniti maavanematelt kiirabi korralduse ülevõtmise üsna varajases etapis teenusepakkujate leidmiseks korraldada avalik konkurss, sest sisuliselt muutis Riigikogu vaid korraldaja nime, uus kiirabikorraldus plaaniti paika panna konkursi tulemuste alusel. Selleks tehti mitmesugust eeltööd. Et olukorra väljaselgitamine oli just saanud planeerimise valikmeetodiks, siis külastasid kiirabiliidu eksperdid kõiki teenuseosutajaid ja andsid hinnangu ettevõtete ressurssidele, töökorraldusele ja töötulemustele. Paraku jäi vist lõpuni ebamääraseks muutuste tegemise motiiv ja nende elluviimise viis. Kindel tundus olevat see, et igal juhul oleks tulnud korraldusega jõuda 4 regionaalse kiirabiasutuseni. Et ka selle puhul oli miks-küsimus selge vastuseta, siis kokkuvõttes jäigi selle kavatsuse realiseerimine pooleli.

Kuhu oleme jõudnud ja miks on aeg muutusteks üliküps?

Kiirabikutsete arv oli Eestis 2012. aastal 273 449. Ka 2002. aastal oli kutsete arv suur (273 114) ja koos vahepealsete aastatega, kus kutsete arv oli pigem alla veerandi miljoni, võiks seda kõike pidada ka keeruka nähtuse loomulikuks varieerumiseks. Kui jätta kõrvale välismaalastega seotud kutsed ja arvestades Eesti rahvaarvu vähenemist, on tegelikult olukord siiski selline, et kiirabiteenuse tarbimine on suurenenud viimase kümne aasta jooksul umbes 10%, vaatamata absoluutarvude näilisele võrdsusele. Viimase 5 aasta jooksul on kasv olnud isegi pigem 15%. Üldiselt vaadatuna ei oleks see justkui probleem, sest brigaadide arv on ju jäänud samaks ning seega peaks keskmise brigaadi keskmine töökoormus 2002. ja 2012. aastal sama olema. Siiski on suurema ja väiksema töökoormusega brigaadide koormuse erinevus selle ajaga kasvanud aasta kohta 6–7kordseks. Selle ainsaks põhjuseks on rahvastiku Eesti-sisene ümberpaigutu-



Dr Üllar Kaljumäe

mine suurematesse keskustesse, iseäranis Tallinnasse ja selle lähiümbrusesse. Nüüd on 10% Eesti koormatumate kiirabibrigaadide ööpäeva keskmine hõivatus vahemikus 30–40%. Võttes arvesse ka kiirabikutsete ebaühtlast jaotumust öö- ja nädalapäevade kaupa, on iga nädal üsna pikki perioode, kus oluline osa kiirabiressursist on 100% hõivatud ja lühiaegne vajadus teenuse järele ületab olemasolevat ressursi isegi mitu korda. Ka lähimate vabade brigaadide kaasamine teistest teeninduspiirkondadest ei võimalda kiirabi ooteaega märkimisväärselt lühendada, mistõttu võib ka suures linnas kiirabi kohalejõudmise aeg ajuti olla oluliselt pikem kui näiteks kõige hõredama asustusega äärealal, kus distantsid on linna omadest palju kordi pikemad.

Arsti- ja õebrigaadide kasutamismuster on peaaegu ühesugune ja üldkokkuvõttes ei ole olulist süsteemset erinevust ka nende tegevuse resultaadis. Praegu on arstibrigaadide arv reanimobiilibrigaade arvesse võtmata 18,5 (22% kogu ressursist) ning need on alles jäänud vähem kui pooltes maakondades. Arstibrigaadide tööosa kiirabi kogutööst teenindatud kutsete alusel on 30% ja see on suhteliselt suurema ressursi osakaaluga võrreldes seetõttu, et arstibrigaadid on suuremates keskustes, kus elanike arv suurem ja ka kutseid rohkem. Silmas pidades seda loogikat, et kiirabi arstibrigaad on ennekõike vajalik piirkondades, mis on haiglast kaugemal (arsti teenus igapäevaselt vähem kättesaadav, kiirabiga hospitaliseerimise aeg pikem), on arstibrigaadid praegu paigutatud pigem ebaloogiliselt ja valdavalt suurte haiglate lähedusse.

Võib ju vaielda selle üle, kui palju täpselt on kiirabietapis arsti kvalifikatsiooni eeldavat tööd. Kindlasti ei saa ilma tähelepanuta jätta ka teenusesaaja ootust saada kiirabilt ka lihtsamatel juhtudel arstiteenust. Samas puudub aga ratsionaalne põhjus eeldada, et ilma olukorra muutumiseta (olgu selleks siis rohkem erialast väljakutset pakkuv töö või muude alternatiividega võrreldes paremad töötin-gimused) toimuks kiirabis töötavate arstide arvu vähenemise iseeneslik peatumine ja või lausa pööre kasvule. Sama arusaama toetab samuti arstide erialase tausta muutus viimastel aastatel, kus tavalistes arstibrigaadides töötavad 4/5 ulatuses erialast residentuuri mitteläbinud või üldse ilma erialata arstid.

Kiirabi ressurss on killustunud

24 praegusest kiirabiteenuse osutajast 14 on 1–2 kiirabibrigaadi pidajad. Hulk kiirabiprobleeme on vahetult seotud ettevõtte väiksusega, millest siinkohal olgu toodud vaid mõned näited. Valdav osa kiirabiette-võtteid on alates kella 17-st õhtupoolikul kuni kella 8-ni järgmisel hommikul ja nädalavahetustel n-õ passiivses valmisolekus. Nad on suutelised reageerima häirekeskuse korraldusele hetkel töl olevate brigaadidega, kuid mitte suurendama vajaduse korral brigaadide arvu. See käib õigupoolest enamikule kiirabiteenuse osutajatest üle jõu sõltumata kellaajast. Seetõttu on ka tervikuna kiirabisüsteemi kriisivõimekus väike ja toetub ainult üksikutele suurematele teenuseosutajatele. Pääste- ja politseisündmuste korral, kuhu vajatakse ka kiirabi (umbes 10–12% töö üldisest mahust), on hädavajalik tagada ka sündmuse meditsiiniline juhtimine, sest vastupidisel juhul kannatab ka teiste teenistuste töö efektiivsus. Et tagada selline võimekus 24 ettevõttes, on ressursivajadus umbes 2,5 korda suurem kui 10 ettevõttega süsteemis. Isegi kui raha selleks leitakse, kust leitakse sinna kvalifitseeritud tööjõud ja tagatakse nende pädevust säilitav töökoormus? Kõik kiirabiette-võtted peavad omama täisvarustuses varuautot iga 3 põhiauto kohta. On arusaadav, et seetõttu on 1 brigaadiga ettevõttel 3 korda suurem ühikukulu. Kulu on sellise korralduse puhul lõppkokkuvõttes ühtviisi ebaefektiivne, jäetakse see siis ettevõtja või riigi kanda või jagatakse omavahel.

Kiirabiette-võtted peavad tagama kõikide ettenähtud sisemiste funktsioonide täitmise alates kvaliteedikontrollist kuni koolitusteni ja masinapargi igapäevase korrashoiuni, sest see on jätkusuutliku, sh katkematu teenuseosutamise võime eelduseks. Väikese ettevõtte tegelik töömaht funktsioonide kaupa, mis kõik eeldavad rohkem või vähem spetsiifilist pädevust, on aga valdavalt suurusjärgus 0,1–0,2 FTEd (*full time equivalent*, 40 töötundi nädalas). Seda saab küll rahastada õiglaselt, kuid reaalne töökorraldus, mille kohaselt kvaliteedijuht töötab 2–3 päeva kuus, on praktikas pea ilmvõimatu ja lõppkokkuvõttes on tema enda töö kvaliteet pigem kehv. Rahastada ebaõiglaselt, makstes peamiselt töölkäimise eest, on demotiveeriv ja suisa raiskamine. Kui koondada erinevad pisikesed töökoormused kokku üheks tervikuks, siis kerkib

küsimus, millist spetsialisti sellisel puhul üldse vajatakse. Raske on loota, et väiksemad ettevõtted suudavad ühiseid spetsialiste palgates tagada neile küllaldase töökoormuse. Kui seda ei ole seni juhtunud, miks peaks see nõnda minema tulevikus?

Mis saab edasi?

Kui alustada peamisest, siis kõige olulisem eesmärk on tagada kiirabi kättesaadavus nii teenuse tulemuslikkuse kui ka patsiendi rahulolu seisukohast. Eelnevat arvesse võttes tähendab see paratamatult kiirabi-brigaadide arvu suurendamist ja seda enne-kõike suurenenud rahvaarvuga aladel, kuid ka hõredama asutusega piirkonnas tuleb jätkuvalt tagada kiirabiteenus. Järgmise kahe aasta jooksul peaks õebraadide arv riigis suurenema 12 võrra, seega saab Eestis kokku olema 96 kiirabi-brigaadi. Pidades silmas nii tervishoiutöötajate migratsiooni kui ka sektorite konkurentsi, on see juba iseenesest tõsine väljakutse, eriti brigaade juhtivate õdede osas, mis avaldab vaieldamatult mõju ka tervishoiusüsteemile tervikuna. See tähendab, et tuleb luua eeldused kiirabiettevõtete töökorralduse paindlikkuse suurendamiseks ning vaadata üle ka tegevuste rahastamise ja töö tasustamise tingimused.

Kiirabibaaside arv suureneb 5 võrra ning mitmes piirkonnas nihutatakse olemasolevaid kiirabibaase abivajajatele lähemale. Brigaadide ja baaside arvu suurenemine peaks võimaldama kiirabi kohalejõudmise keskmist aega lühendada kogu riigi arvestuses 10–12% ning vahetult muutustega seotud piirkondades veelgi rohkem. Kõik mainitud meetmed peaksid oluliselt ühtlustama ka kiirabi süsteemisest töökoormust.

Arstibrigaadide minimaalset arvu kiirabis üritatakse hoida vähemalt 15 tasemel, lisaks on veel 6 reanimobiilibrigaadi. Arstide kasutamine kiirabis peaks muutuma senisest paindlikumaks. Kiirabiliit on selles osas omalt poolt tulnud välja täiendavate ettepanekutega, mis lähevad käiku juba järgmisel aastal. Kokkuvõttes jääb arstibrigaadidele kolm põhimõtet rolli: esmane reageerija,

teisene reageerija ja konsulteerija. Mis aga kõige olulisem siinkohal, arstiteenus kiirabietapis peab järgmisel lepinguperioodil saama ühel või teisel viisil tagatud kõikjal Eestis.

Kiirabiettevõtete pädevus ja ka vastutus suurenevad. Neil on edaspidi kohustus ja õigus ise reageerida ressurside vajaduse suurenemisele ja vähenemisele, olgu see siis ööpäevane, eri nädalapäevadel ilmnev või hooajaline, kuid nõutav on ikkagi teenuste õigeaegse kättesaadavuse tagamine. See tähendab kiirabi-brigaadi moodustamise senisest paindlikumat formaati ja brigaadide arvu teatavad kõikumist.

Kui eelmisel pikal lepinguperioodil loodi eeldused kiirabiteenus kvaliteedi mõõtmiseks ja tegemist oli nn pehme meetmega, siis tulevasel lepinguperioodil muutub see kohustuslikuks. Arvestades ka sügisel jõustuvat Euroopa Liidu patsiendiõiguste direktiivi piiriüleses tervishoius, on see igati õigeaegne ja vajalik areng. Lõppkokkuvõttes teenib see abinõu ka tervishoiu kvaliteedi üldise paranemise ja üleriigilise ühtlustamise eesmärki.

Seni on ehk kõige enam emotsionaalset tähelepanu pälvinud kiirabiettevõtete ja teeninduspiirkondade suurendamise plaan. Kõik eespool nimetatud arengueesmärgid tingivad suuremal või vähemal määral mõlemat. Järgmisel lepinguperioodil on plaanis lisaks eelnevale ühtlustada ka kiirabiettevõtete kui elutähtsa teenuse osutajate toimimise pidevuse nõuded, tagada nendes aktiivse ööpäevaringse operatiivjuhtimise võimekus ning kokkuvõttes suurendada oluliselt süsteemi üldise kriisivõimekust. Kokkuvõttes on see oluline nii igapäevase turvatunde kui ka riigi üldise sisejulgeoleku seisukohalt.

Last, but not least – kõik see, mis arendab ja muudab efektiivsemaks kiirabisüsteemi, tugevdab riigi tervishoiusüsteemi tervikuna ja loob seeläbi ka täiendavaid eeldusi ning võimalusi ümberkorraldusteks süsteemi teistes osades.

ullar.kaljumae@terviseamet.ee