

Kuido Nõmm: õe vastuvõttude arv peaks erakorralise meditsiini osakonnas kasvama

Õevisiite peaks olema oluliselt rohkem nii perearstiabis kui ka erakorralise meditsiini osakonnas, et arstil oleks aega tegeleda tõesti just tema tähelepanu nõudvate tervisehädadega, rääkis Tartu Ülikooli Kliinikumi erakorralise meditsiini osakonna juhataja Kuido Nõmm Med24 toimetajale Madis Filippovile.

Vedasite eelmisel aastal „Padjaga tööle“ üritust, seejärel toimus hoia- tusstreik ja arstkond saatis välja mitu tõsist avaldust. Missugune on Teie hinnangul olnud kõige selle mõju?

„Padjaga tööle“ aktsioon oli spontaanne protestireaktsioon, mis sotsiaaltööstuse kaudu levis suhteliselt kiiresti. Järelikult oli see hea idee, kui meedikud selle nii hästi vastu võtsid. Esmane mõju oli ühendav – saadi aru, et tegu pole vaid enda, vaid kõigi probleemiga. Teisalt tegid ka poliitikud oma järeldused. Näiteks võttis tervise- ja tööminister tagasi töö- ja puhkeajaseaduse parandusettepanekud, mis olid tookord õhus. Sotsiaaldemokraatide jaoks olid need üldse liiga parempoolsed ja võimalik, et meie aktsioon oli päästik, mis võimaldas ettepaneku tagasi võtta. Oli tore, et ka Marianne Mikko vabandas oma väljaütlemise pärast, aga reaalselt kaalu sel pole ja ei ole üldse kindel, kuivõrd tõsiselt ta vabandust mõtles. Peamine oli see, et meedikud liitusid ja poliitikud said selge sõnumi.

Konsolideerumine jätkus sügisel hoia- tusstreigiga. Nüüd on ametiühingud öelnud, et kui mingisuguseid poliitilisi lahendusi ei tule, on märtsi algusest võimalik uus streik. Tundub, et neid lahendusi ei tule. Tervise- ja tööminister küll räägib, et asja arutatakse, aga kui meie omalt poolt tagant ei lükka, siis lükatakse lahenduste otsimist aina edasi, kuni see sumbub sohu.

Kui valitsusele anti lahenduste leidmise tähtjaks 15. veebruar, aga tervise- ja tööminister on lubanud neid aprilliks, kas siis on streik paratamatult tulemas?



Kuido Nõmm

Tervise- ja tööministri varasem lubadus oli märtsi alguseks. Kuna streigist peab kaks nädalat ette teatama ja tärmin oli veebruar keskkel, oligi mõte, et kui lahendusi selleks ajaks pole, hakkame märtsi alguses streikima. Kui me ise tagant ei tõuka, saab aprillist mai, tuleb suvi ja sügis ning siis on järgmise aasta riigieelarve vastu võetud, kuid lahendusi ei ole. Oleme näinud, kuidas see ratas aina veereb. Ta jääbki veerema, kui me midagi ette ei pane.

Mida peaks tegema, et Eesti tervisehoiu jätkusuutlikkus oleks kvaliteeti vähendamata tagatud?

Raha peab juurde andma. Samas olen nõus ka sellega, et raha pole mõtet lihtsalt juurde

panna – kui raha ei täida eesmärki, kaob see tuulde. Raha peaks kulutama ka süsteemi efektiivsuse suurendamiseks, mitte lihtsalt laiali jagamiseks. Ma ei mõtle selle all veelgi rohkem meedikutele piitsaandmist, aga muu hulgas näiteks digisaatekirja. Mille taga see küll seisab? Me väidame, et oleme tasemel e-riik, aga ei suuda nii olulist asja ära teha. See vabastaks kindlasti ressursse.

Loomulikult on oluline ka palk, eriti just õdede ja hooldajate oma, et nad ei läheks meditsiinist ära.

Kuidas väljenduvad tervishoiu rahastamise probleemid erakorralise meditsiini osakonna igapäevatoos?

Kui haiged inimesed mujalt abi ei saa, siis nad astuvadki erakorralise meditsiini osakonna (EMO) uksest sisse või tuuakse siia kiirabiga. Selge, et erakorralise haige ravimine on ühiskonnale mitu korda kallim kui tema ravimine plaaniliselt. Nii tekib surnud ring: plaaniliste haigete jaoks raha pole, mistõttu haige muutub erakorraliseks, temale kulub aga mitu korda rohkem raha. See raha võetakse järgmiste plaaniliste haigete arvelt. Excelis saaks modelleerida joone, mis näitab, millal erakorralised haiged kulutavad ära kogu ressursi.

Üheks oluliseks probleemiks ja kuluks peetakse valet patsienti vales kohas. EMOsse pöörduv patsient võiks sageli minna hoopis perearsti juurde. Kuidas Teie seda olukorda näete?

Minu esimene eriala on peremeditsiin ja olen maal perearstina töötanud. Rääkides perearstidest kolleegidega, selgub, et nad on mattunud bürokraatiasse ja teevad palju seda tööd, mida ei peaks tegema. Haiged aga peavad ju kuskile minema ja nii nad siia jõuavad. Sageli nad ka ise tahavad just eriarstiabi. Alles möödunud nädalal üks neuroloog ütles, et tema polikliinikusse pöördunud viieteistkümnest haigest kümme ei oleks tegelikult pidanud jõudma eriarsti juurde.

Mida siis tegema peaks?

Perearsti üks ülesanne on olla väravavaht ehk vaadata, kes vajab eriarsti konsultatsiooni ja kes mitte. Seda võiks aidata teha e-saatekiri – perearst saadab digisaatekirja ette, eriarst vaatab selle läbi ja otsustab, kas patsient vajab eriarstiabi. Kui vajab, siis kas tal on kõik uuringud tehtud ja kui on tehtud, siis kui kiiresti ta vastuvõtule peaks tulema.

Patsiendid on sageli ka eriarstide peale tigidad, kui ootavad mitu kuud järjekorras või kui on ostnud tasulise aja, kuid eriarst räägib sama juttu nagu perearst. Sageli on patsiendid tigidad ka siis, kui nad osutuvad tervemaks, kui ise arvasid end olevat ja haigust ei leita.

Kui patsient tingimata eriarstiabi ei vaja, peab ta jääma perearstisüsteemi, aga selleks on vaja ka sinna täiendavat ressursi. Eriti kui tahame, et kolmanik või pool eriarstiabi ootavatest patsientidest jääks perearstisüsteemi ja saaks vajalikku abi sealt.

Kas EMO koormuse vähendamiseks peaks looma mingisugused tõkked, et tegelikult erakorralist abi mittevajavad inimesed seda ei koormaks?

Sageli patsiendid ei tahakski EMOsse tulla, aga puudub kiire tee mujale. Perearsti vastuvõtu järjekorrad võivad ulatuda paari nädalani, kui ei ole väga erakorraline probleem, sest neil pole piisavalt ressursi. Praegu räägitakse küll, et tulevad tervisekeskused ja perearstid koonduvad, aga kuidas see ressursi juurde annab? Perearst saab täpselt samamoodi nagu praegu teha vastuvõttu neli tundi päevas. See ei lähe kokku haigete liikumistrendiga. Näiteks hakkavad meile patsiendid saabuma õhtusel töölopuajal.

Nii esmatasandil perearstiabis kui ka EMOs peaks olema õvisiite oluliselt rohkem. Õe vastuvõtt meil juba töötab, aga mitte sellises mahus, nagu võiks. Lähiajal hakkame neid rohkem tegema ehk patsient, kes pöörduv EMOsse ja triaaziõe arvates ei vaja arstiabi, võib jääda õe nõustamisele. Paljudes riikides see nii töötab. See muudatus võtab aega, sest õed vajavad väljaõpet ja kogemust, teatud mõtteviisid vajavad muutumist. Samas on õe vastuvõtt paratamatu.

Mitmelt poolt on peale surutud ka perearstiabi pakkumist EMOs. Minu arvates on see tupiktee. Vesi voolab alati allamäge – ka patsiendid liiguvad sinna, kuhu pääseb kergemini. Kui on teada, et EMOst saab kiiresti igasugust arstiabi, nii erakorralist kui ka muud, siis patsiendid hakkavadki EMOsse tulema. Erakorralise meditsiini osakond peab olema vältimatu abi osutamiseks, see on vajalik elu päästmiseks või püsiva töövõime säilitamiseks.

Aga kui EMO juures oleks perearsti tasuline vastuvõtt ehk kui EMO triaaz leiab, et abivajadus pole erakorraline,

siis antaks valida kojumineku ja tasulise perearstiabi teenuse vahel?

Minu arust mõtleb patsient nii, et kui ta EMO uksest sisse tuleb, siis on see kõik üks EMO, ükskõik kes teda vastu võtab. Minu pärast võiks perearstiabi EMO lähedal olla koos väikese laboriga, aga kindlasti mitte sama ukse taga, sest siis mõtleb patsient, et EMO uksest võib iga murega sisse astuda.

Kas EMOst võib patsiendi tagasi saata või peab kõik vastu võtma?

Me oleme läinud seda teed, et vähemalt õe tasemel võtame kõik vastu, et oleks korrektne dokumentatsioon. Meil on varem olnud kaebusi, millele me ei suuda adekvaatselt vastata, sest kuigi on olnud olemas teadmine, mis patsiendiga toimus, ei maksa see ilma dokumentatsioonita midagi. Kohtus on raske tõestada, et patsient tuli EMOsse omal jalal, oli teadvusel, kontaktnel ja näitas vaid oma haiget varvast, samas kui ta pärast kodus sai südamelihaseinfarkti ja suri. Seega dokumenteerime kõik patsiendid, aga see ei tähenda, et nad kõik arstiabi saavad.

Kui oluline on arstidele mittesüülise vastutuskindlustuse väljatöötamine?

Erakorralises meditsiinis on palju patsiente, kes on raskelt haiged ja eksimise tõenäosus suur. Kui arst eriala lõpetab ja saab eriarstiks, peab ta, eriti meie erialal, hakkama suhteliselt iseseisvalt töötama. Kui ta on veel resident või üldarst, siis on kellegi käest ikka küsida, kuid eriarst peab üksi hakkama saama. Siis tekib esimene suurem veatõenäosus. Kolme kuni viie aastaga tekib mingisugune kogemus, tunne, et nüüd oskan ja saan hakkama, ning see on teine hetk, kui vea tekke tõenäosus on suurem. Paraku vead tekivad. Me kõik loodame, et need pole fataalsed, aga see ei sõltu ainult meist. Inimene kõnnib mööda teed, telliskivi kukub pähe ja ta sureb või inimene läheb abikaasaga randa jalutama, tekib peavalu, tunni pärast on sügavas koomas, järgmisel päeval ajusurnud – millest see kõik sõltub? Mina ei tea. Kui arstile satub just see inimene, kes satub, ja arst pole mingil hetkel piisavalt tähelepanelik, kuna on väsinud või tal on mingisuguseid muud probleemid, kuid ta teeb kõik, mis võimalik, aga juhtum lihtsalt on niivõrd teistmoodi, siis on hea süüdistaja ja kehva advokaadi korral võimalik see arsti vastu keerata ja arst süüdi mõista. Tegelikult ei tapa ju arst patsienti, vaid ikka haigus.

Mujal maailmas on arste ka süüdi mõistetud, aga siis on arst teinud ka selge ravivea – näiteks süstinud patsiendile narkoosirohtu nimega Propofol ja jätnud patsiendi meditsiinilise jälgimiseta. Või on õde süstinud eksikombel kaaliumilahust ja seetõttu on tekkinud südameseiskus. See, kui arst ei ole suutnud haigust diagnoosida ja seetõttu on patsient surnud, võib olla raviviga, aga selle eest arsti vangimise panemine on ilmselgelt liig.

Millist mõju võib see avaldada, kui vastutuskindlustuse väljatöötamine edasi venib?

Tuleb järgmine ja siis järgmine juhtum. Nüüd, kui meil on üks arst süüdi mõistetud, on kindlasti teistel patsientidel ja nende sugulastel suurem võimalus ja ka huvi järgmist juhtumit avada. Mida pikemalt vastutuskindlustuse süsteemiga venitame, seda suurem oht on järgmistel arstidel samasse kohta ehk vangimajja sattuda.

Tegelete ka suurõnnetusteks ja katastroofideks valmistumise teemaga. Kui valmis Eesti arstid ja haiglad selleks on?

Eesti tervishoid ei ole suurõnnetusteks valmis. Riik on pannud selle kohustuse haiglatele ja järelevalvekohustuse terviseametile. Kumbki osapool pole oma funktsiooni korralikult täitnud. Peaaegu ükski haigla pole peaaegu midagi teinud. Parimal juhul on ehitatud Potjomkini küla. Põhja-Eesti Regionaalhaiglas on olnud üksikud õppused, kuid süsteemset valmisolekuks valmistumist pole kusagil.

Teatud samme on siiski astunud, riik on töörühma kokku kutsunud. Loodetavasti on kevadeks süsteemne käsitus loomisel. Eelmisel aastal käisid mõned Eesti arstid, nende seas mina, seda Inglismaal õppimas. Praeguseks on potentsiaalsed õpetajad õpet saanud ja nad hakkavad oma teadmisi edasi andma. See peaks olema nagu püramiid, kus õpetajad õpetavad järgmisi õpetajaid jne, sest suur osa haiglatöötajatest peavad erineval tasemel ja kujul ettevalmistuse saama. Nad peavad teadma, mida teha siis, kui haigla läheb üle suurõnnetuse režiimile. Seetõttu peavad õppused toimuma mitte ainult linnukese pärast, vaid süsteemselt ja seda peaks rahastama riik, kes on selle kohustuse haiglatele pannud. Meil ei ole aastaid suurõnnetusi olnud, aga pole küsimus kas see juhtub, vaid mis ja millal.