

Le Vallikivi: esmatasandi ja eriarstiabi rollid on paremini paika loksumas

Esmatasandi ja eriarstiabi rollid on paremini paika loksumas ning selles mängib tähtsat rolli e-konsultatsioon, rääkis Eesti Perearstide Seltsi juht Le Vallikivi Med24 toimetajale Madis Filippovile.



Le Vallikivi

Perearstidel valmis äsja „Eesti perearstipraksiste kvaliteedijuhis“. Miks oli uut juhendit vaja ja mis on peamised muudatused?

Uut juhendit oli vaja sellepärast, et eelmine perearstipraksiste kvaliteedijuhend valmis 2009. aastal, kuid sellest ajast on perearstiabis väga palju muutunud. Juhend tuli nii muudatustega kooskõlla viia kui ka luua ettevaatav perspektiiv – kirjeldada n-ö ideaal maailma ning vaadelda, millisena me tahaks tavapäraselt perearstiabi kümme aasta pärast näha. Kui 2009. aastal oli kvaliteet perearstiabis ainult Eesti Perearstide Seltsi huvi, siis on hea meel tõdeda, et uue raamatu valmimisse peeti oluliseks panustada ka riigi tasandil – trükise sisulise poole valmimisse panustas rahaliselt sotsiaalministeerium ning juhend trükiti haigekassa raha eest.

Rääkides juhendi ajakohastamisest, peame silmas päris mitut parameetrit. Väga oluline on esmatasandi meeskonna laienemine: kliiniliselt poolelt on sinna lisandumas füsioterapeut, ämmaemand ja koduõde, mille tulemusel kasvab oluliselt esmatasandi tegevusvaldkond. Teiselt poolt täieneb ka praktilise n-ö tehniline meeskond.

Lisandumas on kliiniline assistent ja praktilise juht. Ühest küljest teeb see elukorralduse praktilises keerukamaks, teisest küljest peaks aga suurendama hakkamasaamise võimekust ning patsiendi mugavust. Muu hulgas töö juhendisse sisse finantsplaneerimise, mis võib-olla ei ole praegu väikeste soolopraksiste ja perearstikeskuste kõige tugevam külg, aga kindlasti peab tervisekeskusel selline suutlikkus tekkima. Oleme juhendis liikunud edasi ka digitaliseerumise poole – tulevikus, ideaal maailmas, peaks kõik saatekirjad eriarstiabisse liikuma e-konsultatsiooni kaudu. Uus juhend käsitleb ka andmekaitset ja küberturvalisust, mis on samuti suur väljakutse. Veel üks oluline tuleviku teema on patsiendihutuse ja vigade raporteerimise süsteem.

Vigade raporteerimine kõlab küll oluliselt. Miks see on tuleviku teema?

See on asi, millega me praegu argitasandil just ülemäära palju pead ei vaeva, kuna enamik perearstikeskuse patsiente kõnnib omal jalal praktilisesse ja sealt minema ning suures osas tegeleb perearstiabi iseparanevate haigustega. Ehk siis, mis üldse on viga esmatasandis ja miks me sellest raporteerima peaksime? Kui asjasse süveneda, siis selgub, et viga ja võimalikke viga, millest õppida ja mida tulevikus vältida, leidub esmatasandil küll. Näiteks tekib enamik vigasid logistilisel tasandil: kellegi analüüsi vastus jäetakse kommenteerimata, sissekanne tehakse tagantjärele, aetakse patsiendid omavahel sassi. Olgem ausad, selliseid asju juhtub meie töös väga sageli ja me peame alustuseks õppima vigade olemasolu aktsepteerima ning nendega toimetulemist õppima.

Vigadest rääkimise kultuur peaks olema selline, et me ei hakkaks korraldama nõiajahti, sest oluline on hoopis see, mida veast saab õppida, sh see, kuidas tulevikus sedasama viga vältida. Ka ühiskond peab selle jaoks omajagu küpsema, et aktsepteer-

rida tõsiasja, et arst ei ole eksimatu. Halbu asju juhtub isegi parimate kavatsuste juures ning süüdlase karistamisest olulisem on õpimoment ja see, et õpiksid võimalikult paljud inimesed.

Kuidas käib perearstikeskuste auditeerimine?

Perearstikeskusi käivad auditeerimas kolmeliikmelised meeskonnad. Kaks audiitorit on perearstide seltsist, üks neist on kogenud ja teine alles õpib, ning kolmas on külalisaudiitor partnerorganisatsioonist: terviseametist, sotsiaalministeeriumist, haigekasast, riigikontrollist. See annab meie partnerorganisatsioonidele võimaluse reaalelus aduda, mida me kvaliteetpraksisest rääkides ootame. Teisalt võiks see nende jaoks olla silmaringi avardav kogemus, et nad näeksid, millises Eestis me elame, mis põllul toimub ja milline on perearstide päris elu.

Kui on parimate praksiste tunnustamine, kerkib ikka üles teema, et on ka mahajääjaid. Milline on siin olukord?

Auditeerimise mõte pole niivõrd hinnete panemine, kuivõrd just see, et saadakse sõbralik kollegiaalne ülevaade selle kohta, milline paistab praksis väljastpoolt, mis on selle tugevad küljed ning võimalused ja väljakutsed edasiseks. Paljud auditeerijad on öelnud, et audit on õppimise protsess ka neile. Ja õigeid vastuseid hästi toimiva praksise elukorralduse koha pealt võib olla palju. See, mis sobib korralduslikult ühes kohas, võib teises olla täiesti mõttetu. Me oleme sel aastal sättinud fookust nõnda, et auditeerimisvalikus on väga palju ka neid keskusi, kelle enesehinnang pole selline, et nad paigutuksid praksiste tippu – tegelik tõde selgub aga alles siis, kui auditid on tehtud.

Meediasse on jõudnud perearste, kes eelistavad tõenduspõhisele meditsiinile alternatiivseid lahendusi, näiteks homöopaatiat või soodavett. Mida peaks Teie arvates selliste arstidega ette võtma, et tagada nende patsientidele siiski tõenduspõhine ravi?

Perearstide selts on erialaorganisatsioon, mitte karistusorganisatsioon. Meie saame välja öelda, mis on seltsi väärtused ja tõekspidamised, ehk kommenteerida seda, mida meie selle all mõtleme, kui uksele on silt „perearst“ ja mida inimesed võiksid ja peaksid selle ukse tagusest maailmast ootama. Samas, kui uksele on silt „perearst“,

siis selle ukse taga toimuv on reglementeeritud ka seadusega ja haigekassa lepinguga ning järelevalveinstitutsioonide vastutus on vaadata, et seal poleks kõrvalekaldeid sellisel viisil, mis muudavad sildi uksele mõttetuks või suisa valeks. Kui silt uksele tegelikkusele ei vasta, tuleks see uksele ära võtta.

Kas selle äravõtmine võiks olla praegusest lihtsam, kui mingi arst eelistab järjepidevalt pakkuda alternatiivseid lahendusi?

Praegugi ei ole järelevalveinstitutsioonidel mingit takistust olla jõuline, kui on rängad kõrvalekalded ja süstemaatilised rikkumised, tõestatud eksimused. Järelevalveinstitutsioonidel pole juba praegu mingit vabandust selleks, miks ei saa sanktsioneerida ja miks peaks lepingut jätkama, kui tegevus ei vasta tegevusloa eesmärkidele.

Kas tajute, et selliseid juhtumid mõjutavad kuidagi suhtumist perearsti?

Minule isiklikult väga meeldib kodanikuaktiivsus ja -valvsus ning see, kui patsiendid on teadlikud ning oskavad nõuda ning ka valusatel teemadel tekib ühiskondlik diskussioon. Loomulikult peab siiski säilima terve talupojamõistus – kindlasti ei tohiks juhtuda nõnda, et arstid on teaduspõhisusega hulluks hirmutatud ja nad ei julge kodanikule enam soovitada ei viinakompressi ega kummeliteed. Me tegeleme palju iseparanevate haigustega ja on võtteid, millel polegi teaduspõhiseid uuringuid – alates peale puhumisest ja lõpetades ravimtaimedega –, aga peab olema mõistlik piir, sest kõiki haigusi siiski soe hingeõhk ei ravi. Kui tõestamata ravivõtetest tekivad ohud inimese tervisele, siis on see kindlasti asi, mis on taunitav.

Ekspertid räägivad, et jätkusuutliku tervishoiu tagab tugev esmatasand. Milline on aga reaalsus, kas haigla- ja eriarstiusk püsib või on mõranemas?

Pigem ma ütleks, et tegelikkuses on esmatasandi ja eriarstiabi rollid paremini paika loksumas. Seda nii patsientide kui ka eriarstide peades. Mul on hea meel, et eriarstiabi on transformeerumas päris eriarstiabiks. E-konsultatsiooniga pole sellist varianti, et viis aastat kirurgiks õppinud spetsialist peab tegelema kõigega, mis uksest sisse tuleb – põlvehaigetest seljavalutajateni –, vaid ta saab teha oma erialast tööd. Õnneks enamik eriarstidest seda teha ka tahab. Seega on pilt

selginemas. Tugev esmatasand annab heale eriarstiabile tugeva positsiooni.

Kui e-konsultatsioon muutub üha populaarsemaks, siis mis saab Teie arvates digiregistratuuri mõttest – on sel üldse mõtet?

Mina ei näe sel kuigi sügavat mõtet. See tuleb nii vaevaliselt ja nii kaua – üleriigilist digiregistratuuri hakatakse peale arutult pikka ettevalmistusfaasi järgmisel aastal katsetama ühe linna ühe haigla peal ja mitte uuringute, vaid ainult eriarsti konsultatsioonide osas. Samas teeb see haigla ka e-konsultatsioone ja osa selle haigla eriarste on öelnud, et nemad tahavad patsiente vastuvõtule saada ainult e-konsultatsiooni kaudu. Seega, perearsti vaates ei oska ma küll näha, mismoodi see patsiendi jaoks asja paremaks teeb. Eks aeg näitab, mis sellest saab, aga terve mõistus räägib küll selgesti e-konsultatsiooni kasuks. Mujal maailmas käib eriarsti vastuvõtule pääsemine eelneva konsultatsiooni kaudu ja seda, et suvalised inimesed võtavad perearstilt tagantjärele n-ö pileti eriarstile, seal ei eksisteeri.

Mis on perearstide jaoks kollektiivlepingu läbirääkimistel kõige olulisemad tingimused ja mille üle võib läbi rääkida?

Meie jaoks on väga oluline töökoormuse teema. Esmatasandi puhul ei saa rääkida konsultatsiooni konventsionaalsest pikkusest. Me ei saa öelda, et meie esmane visiit peaks olema 24 minutit ja korduv 15. Sellisel juhul oleks vaja mitu korda rohkem perearste. Saame aga rääkida kvaliteedist, patsiendihutusest, arstide läbipõlemise vältimisest ja sellega seoses räägime nimistute piirsuurusest. Me oleme seda rääkinud aastaid ja kirjutanud ka arengukavadesse, et optimaalne nimistu suurus võiks olla 1600 inimest, ja kui see on täis, siis võiks arstil tekkida õigus otsustada, kas ta võtab patsiente juurde. Hiljuti korraldasime perearstide seas küsitluse ja enam-vähem 100 protsenti ütles, et selline õigus peaks olema ja optimum võiks olla 1500–1700 piiril. On väga võimekaid inimesi, kelle ööpäevas on rohkem kui 24 tundi ja kes jaksavad töötada suurema nimistuga. Neil võiks olla vabadus koguda suurem nimistu. Aga keskmine Eesti perearst on 55aastane. Kümne aasta pärast on realistlik, et 2000 isiku suuruse nimistuga ta enam töötada ei jaksa, aga 1600-ga võiks veel mitu aastat töötada.

Loomulikult ei tähendaks see, et hakkasime suurematest nimistutest inimesi välja arvama. Lihtsalt tekiks varem õigus keelduda juurde võtmast. See on oluline, et süsteem ei sööks ise omaenda saba. Meil on arste vähe, sunnime neid haigeks töötama ja läbi põlema, mille tagajärjel nad lahkuvad süsteemist. Siis on arste veel vähem ja neid väheseid allesjäänuid tapame järjest suurema koormusega.

Mis on seni olnud argumendid 1600 isiku suuruse piirmääraga nimistute vastu ja kuidas olete neile vastanud?

Kõik saavad ju aru, et väga aruselget vastuargumenti siin ei ole. Saadakse aru, et liiga suur koormus tekitab läbipõlemist, mis omakorda seab kahtluse alla patsiendihutuse. Kui räägime esmatasandist, siis on selge, et lisaks ägeda haige käsitlemisele peame patsiente käsitlema süstemaatiliselt ning proaktiivselt, kutsudes neid ennetusele ja jälgimisele. Selleks aga ei ole võimeline ülekoormatud ja läbipõlenud perearst. Ainuke, mis vastuargumentina töötab, on mure, kust need arstid võtta, kui kõik nimistud on 1600 inimesega. Samas on meil palju nimistuid, kus pole 1600 patsienti ja kes võtaks rõõmuga patsiente juurde. Meil on suuri nimistuid, kes tahavad, saavad ja jaksavad ja me ei arvagi sealt inimesi välja. Seega, see argument ei päde, et peame kohe saama 100 arsti juurde. Ei pea. See kõik on protsess, mis toimub vaikselt ja hoiab ära terve hulga administratiivset vaeva.

Mida positiivset on viimasel ajal peremeditsiinis toimunud või tulemas?

Positiivse poole pealt tahaks ära märkida hiljutise otsuse, et peremeditsiini residentuur muutub 4 aasta pikkuseks. See teeb meil tuju väga heaks, sest perearsti õpe paraneb ja residentide ettevalmistus on senisest veel parem. Neil on rohkem enesekindlust ja praktilist kogemust, mis võimaldab kohe algusest peale olla hea arst.

Oleme väga lootusrikkad esmatasandi otsustusetoe loomise suhtes, mis võiks võimaldada tervet uut dimensiooni esmatasandis – rohkem proaktiivsust, süstemaatilisust ja tõendus põhisust, mis kõik koondub meie töölauale. Samas, kui otsustusetoe süsteem jookseb meie oma infosüsteemi peal, siis võiks see olla kasutajasõbralikum ja tänapäevasem, intuitiivsem. Arendustööd, millega vaeva näeme ja millele aega kulutame, võiksid sündida natuke kergemini. See on koht, kus perearstid ootavad riigilt tuge.