

Ruth Kalda: maapiirkondade arstipõuda leevendaks paindlikkus

Perearstid töötaksid kauem ja see aitaks leevenda arstide põuda maapiirkondades, kui karmide nõudmiste asemel oleks enam paindlikkust, rääkis äsja presidendilt teenetemärgi pälvinud peremeditsiini professor Ruth Kalda Med24 toimetajale Madis Filippovile.

Saite äsja presidendilt kätte Eesti Punase Risti II klassi teenetemärgi. Mis mõtteid teis selline tänuavaldus tekitab?

Minu jaoks oli see täiesti ootamatu ja hetk, kui sellest kuulsin, kuidagi sümbolne. Teenetemärgi sain peremeditsiini edendamise eest, ning kui mu telefonile hakkasid õnnitlussõnumid tulema, pidasime parajasti Skype'i koosolekut juhtivate perearstidega, et arutada just peremeditsiini arenguvõimaluste üle tulevikus. See ei ole tunnustus ainult mulle, vaid ka teistele perearstidele ja kolleegidele. See, mida ma teen, ei ole ju soolotöö, vaid meeskonnatöö. Võimatu oleks midagi üksinda ära teha.

Millised võiksid olla peremeditsiini peamised arengusuunad järgmistel aastatel?

Keeruline on täpselt prognoosida, kuidas tervishoid, sealjuures perearstiabi muutub. Vahest kõige suuremat muutust näen infotehnoloogia võimaluste ärakasutamises, et meil oleksid head tarkvarasüsteemid, otsustustoed, tehisintellekt, mis aitab mõnevõrra terviseprobleemide ja patsientide selekteerimisel ning mingite tööoperatsioonide lihtsamaks muutmisel. Selles näen suurt tulevikku. Infotehnoloogilised lahendused võiksid veidi aidata ka neid piirkondi, kus on probleeme perearstiabi kättesaadavusega, kuid kindlasti ei tohi need asendada perearsti.

Väga suur areng, mis on tegelikult juba alanud, toimub lähiaastatel meeskonnatööga. Kui praegu on meil palju väikseid meeskondi, kus on perearst ja -õed, siis liikumine toimub suuremate meeskondade suunas. Ka see aitab pisut vähendada perearstide põuda. Patsiendi ümber peab olema võimalikult laiahaardeline meeskond, kes



Professor Ruth Kalda

aitab enamiku esmatasandi probleemidest ära lahendada, kaasates suuremates keskustes võib-olla isegi mõningaid teise astme spetsialiste konsultantidena. Näiteks Bostonis külastasin hästi toimivat perearstikeskust, kes tegi koostööd psühhiaatriga ja kliinilise proviisoriga.

Kas peremeditsiini arengukava vajaks ajakohastamist ja kui nii, siis kuidas?

Praegune arengukava on aastateks 2012–2020. Need kaks eespool mainitud suunda, meeskonnatöö ja infotehnoloogilised lahendused, ongi arengukavas olulised. Vaja on enam lahti kirjutada, millised need meeskonnad on ja milline on esmatasandi roll ehk mida me üldse sellisel viisil teeme. Näen, et üha rohkem võtame väravavahi

rolli. Kui veel mõni aeg tagasi oli küllalt eriarste, kelle juurde said patsiendid vabalt pöörduda, siis neid jääb vähemaks. Üha rohkem on ka neil erialadel, kuhu patsient võib vabalt pöörduda, soovituslik käia enne perearsti juurest läbi.

Kas perearstid oleksid selleks valmis, et praeguste saatekirjata erialadele tuleks saatekirja nõue?

Näiteks psühhiaatrilistest probleemidest on meie käes juba praegu väga suur osa. Olen päris kindel, et patsiendid on meid sagedasemate probleemidega üles leidnud. Ühest küljest on see tingitud sellest, et järjekorrad on psühhiaatrite juurde pikad, teisalt tuleb perearstidel aina enam oskusi juurde. Sagedasemaid probleeme nagu depressioon, ärevus, unehäired, mis on valdavad, oskame ravida. Abiks on meil ka erialadevahelises koostöös tehtud ravi-juhendid. Patsiendid teavad seda. Meil on olemas ka ressursss teraapiafondina, mis ei ole veel väga suur, ei kata kõiki meie vajadusi, aga on ikkagi midagi, et vajaduse korral kaasata psühholoog.

Kas e-konsultatsioon on nüüd olemas kõikidel neil erialadel, kus seda tõesti väga vaja on?

On veel mõned olulised erialad, kus seda pole. Ilmselt on see ka haiglati erinev. Üldiselt on suur vajadus neurokirurgide e-konsultatsiooni järele, aga me pole suutnud e-konsultatsiooni tingimustes veel kokku leppida. Nendel on arusaadav põhjendus, nõue, et e-konsultatsioonis oleks näha piltagnostiliste uuringute tulemused, aga perearstid ei saa teha kompuuter-ega magnetuuringut. Ilma selleta on raske elektrooniliselt konsulteerida.

Kui teistest erialadest rääkida, siis e-konsultatsiooni pole ka üldkirurgidega, samas ei ole kõik kirurgiaprobleemid ju erakorralised ja vajadus plaaniliseks suunamiseks on täiesti olemas. Nahaarstidega on meil tingimused kokku lepitud, aga praegu käivad läbirääkimised piltagnostika kvaliteedi üle. Tuleb kokku leppida, kuidas pilt tehakse, milliste vahenditega, kuivõrd see vastab andmekaitse nõuetele ja kuidas seda üles laadida, milline peab olema selle kvaliteet ja muud tehnilised üksikasjad. Silmahaiguste osas peaks vahest veel natuke aega võtma, sest nende diagnostika on väga instrumentaalne. Seda, mida saame teha

perearsti kabinetis, teeme juba praegu nagunii.

Peremeditsiinist rääkides ei saa mööda perearstide kõrgest vanusest ja probleemidest maapiirkondades. Milline võib teie arvates olla reaalne pilt perearstiabist väljaspool Tallinna ja Tartut näiteks 10 aasta pärast, kui midagi oluliselt ei muudeta?

Kui midagi ei muutu, on üle 400 perearsti vanemad kui 65 aastat ja osa neist läheb kindlasti pensionile ning see tähendab veelgi karjumat vajadust uute perearstide järele. Praegu on neil, kes on 70. eluaastates – neid on üle 50 perearsti – palutud jääda, kuid väga vähesed jaksavad 80aastaselt töötada. Enamasti on nad väikestest piirkondadest, kuhu pole asemele kedagi võtta. Perearstide töö on päris raske, ja kui arstid on nõus töötama üle pensioniea, siis nad ilmselgelt vajavad võimalust töötada osalise koormusega, palju paindlikuma töögraafikuga või väiksema nimistuga.

Tegime koos ühe residendiga perearstide hulgas uurimistöö, et saada teada, kuidas nad näevad oma pensionile jäämist. Sealt tuli välja, et kuigi üsna suur hulk arstidest on valmis pensioniea saabudes edasi töötama, arvab enamik, et nad teeksid seda tingimusel, kui saaks seda teha osalise tööajaga. Hästi oluliseks töösuhte säilitamisel peetakse ka bürokraatia vähenemist, erakorralise töö osa vähenemist, majanduslikke stiimuleid ja paremaid töötingimusi. Kui kõike seda on võimalik teha, seda arvestavad lepingute sõlmijad ja arstiabi korraldajad, siis jätkaks arvestatav osa perearste ka pensioniea saabudes tööd. Kui kõik jääb vanaviisi, see tähendab, et suhteliselt rangelt jälgitakse kättesaadavuse, nimistu suuruse jm nõudeid, siis ma kardan, et pigem lähevad meie senioriperearstid pensionile.

Saan aru, et terviseametis vastutulelikkust ja paindlikkust pigem pole.

Paindlikkust võiks tõesti enam olla. Eks ma saan ka neist natuke aru, sest nad vastutavad selle eest, et patsientidel oleks perearst olemas. Arvatakse, et tingimuste ja reeglite lõdvendamisega võib tekkida suurem kaos kui seni. Nad on kahe tule vahel: seaduse järgi on neil kohustused, teisalt, perearstid pole jäikade piiridega rahul. Ma arvan, et paindlikkuses oleks võti. Seda näitab ka muude maade praktika.

Peame silmas pidama ka meie noori perearste. Üha enam soovitakse, et töö oleks sobitatud ka muu elukorraldusega. See tähendab hoopis teistsugust mõtteviisi. Kui minu eakaaslastele oli normaalne, et elu korraldatakse töö järgi, siis nüüdne suundumus on, et muu elu on kah oluline.

Mis oleks lisaks paindlikkusele veel lahendused, mis aitaksid maapiirkondades arstiabi hoida?

Perearstiabi hoiavad üleval need, kes juba praegu maal on, aga ka nemad lähevad millalgi pensionile. Seega räägime pigem sellest, kuidas uusi perearste maale tuua. Võimalusi on palju, aga ma ei oska öelda, mis mängib kõige suuremat rolli. Kui näiteks Terviseagentuur suhtleb arstidega väga personaalselt ja otsib individuaalselt sobivaid lahendusi, siis Terviseamet praegu nii ei toimetata. Avaldatakse konkursiteateid ja ka helistatakse, aga aktiivset tööd tuleks teha palju rohkem. Arstidele tuleb midagi pakkuda, peab olema mingi präänik, miks arst kuhugi piirkonda läheks. See präänik võib olla eri inimeste puhul erinev. Noorte jaoks on oluline kollektiiv, meeskond. Raske on uskuda, et noor arst läheks üksi kuhugi kaugesse piirkonda tööle.

Panustama peaks pigem staažikamatele arstidele. Sellistele, kel on juba töökogemust, kes on linnas elanud, kelle lapsed on suured ja kes mõtlevad, et tahaks linnast maale kolida. Neid näiteid on. Aitaks, kui see arst saaks ajendi, et ta on oodatud. Näiteks, kui talle makstakse boonust, kompensatsiooni või teda ootab seal elukoht. Praegu on lähtetoetus ainult noortele, aga miks ei võiks see olla kõigile? Hiiumaale tuli arst Soomest, kes ütles, et on jõudnud eluperioodil kohta, kus tunneb, et võib rahulikult üksi töötada. Tal on kogemust nii palju, et ei karda seda. Aga noor kardab ja põhjusega.

Kas esmatasandi tervisekeskused töötavad nii, nagu perearstid seda varem ette kujutasid?

Mitmetes kohtades see nii on, mitmetes mitte. Usun, et asjad loksuvad ajapikku paika. Ideaal mudel on ühise meeskonnana töötamine nii, et jagatakse aparatuuri ja kohustusi, asendatakse ja täiendatakse üksteist. Me ei kujutanud tervisekeskustena ette, et tegu on vaid ühe hoonega, kus arstid on küll koos, kuid tegelikult omaette. Meenub üks kolleeg, kes läks Tartu

Medicumi tööle. Kui käisime teda auditeerimas ja küsisime tema kõige suurema mure kohta, siis ta ütles, et see on asendaja leidmine. Ta oli justkui seal keskuses koos teiste perearstidega, aga ei ikkagi ei leia asendajat!

Selleni peaksid perearstid vahest ise jõudma, seda ei saa ju kuidagi survestada?

Ei saa. See tekitaks vaid trotsi. Ajapikku peaks ise jõudma tõdemuseni, et koos on parem ja kergem. Eks üht-teist jagatakse kah, aga mitte nii, nagu oli algne idee. Arvan, et tulevikus tekib tegelikke grupipraksiseid rohkem.

Kui nüüd apteegireform saab teoks nii, et proviisoritest saavad omanikud, siis kuidas võib sellega muutuda arsti ja proviisori suhe?

Minul on väga hea kogemus ühe proviisoriga, kes oli ise ka apteegi juhataja. Tartu lähedal Ulilas on Puhja apteegi filiaal. Seal võtame ka oma perearstikeskusega patsiente vastu. See on väike piirkond, kus on vähe patsiente, aga seal on ajalooliselt arstipunkt olnud. Ma nägin, et proviisor on ka tervisenõustaja. Ta rääkis nii ravimitega seonduvast kui ka tervisest, sellest, mida ise terviseprobleemiga ette võtta ja kuidas mõnd nendest ennetada. Maapiirkondades töötab apteeker juba praegu suuresti esmase tervisenõustajana ega pole lihtsalt müüja.

Mida teie arvate – kas peab siis seejuures proviisor tingimata omanik olema?

Raske on ühest vastust anda. Võimalik, et kõik ei taha olla omanikud, ja siis peaks olema muidki võimalusi. Siiski ma näen, et kui omanikuks olemine lahutab proviisori tegelikust kutse eesmärgist suure korporatsiooni ärihuvi ära, teenib muudatus eesmärki. Ma usun kutse-eetikasse ka praegu, aga kui olla suures korporatsioonis, kus on palju mõjutamise viise sissetuleku, tulemustasu või mille iganes näol, siis need hoovad võivad suunata tegema rohkem müügitööd, mitte proviisoritööd.

Peremeditsiini eriala muutub üha populaarsemaks. Mida see teie arvates näitab ja miks tullakse seda eriala õppima?

Ma arvan, et üha rohkem saadakse aru, mis erialaga on tegemist, et me oleme patsien-

dikesksed, väga laiapõhjalised spetsialistid. Meie eriala on aastatega muutunud, teeme üha enam asju. Mida rohkem teeme, mida paremad on meie meeskonnad, mida paremates tingimustes töötame, seda atraktiivsem see eriala on. Teiseks, me ise saame oma eriala kujundada oma käe järgi. Haiglas olles sa sel viisil oma ideaale teostada ei saa. Perearst saab oma äranägemise järgi kujundada meeskonna ja töökeskkonna. Praksise pidamine on küll lisatöö, kuid pakub palju võimalusi.

Peremeditsiini eriala on mitmekesine: tegeleda tuleb lastega, täiskasvanutega,

krooniliste haigustega, ägedate haigustega. Paljud arstid tahavadki mitmekesist tööd, mitte spetsialiseeruda kitsale erialale.

Veel on oluline, et meil pole hierarhiat. Pole nii, et noor arst on madalamal tasemel, vaid ta on hierarhias samaväärne kogenud arstiga, lihtsalt vähem töötanud. Paljud noored on haiglapraktika jooksul näinud sealseid suhteid ja öelnud, et neile see ei meeldi. Ka mina tunnen oma perearstikeskuses, et kõik on võrdsed spetsialistid – arstid, õed, registraatorid. Kõigil on oma töö ja panus ning ilma ühe või teiseta me ju hakkama ei saaks.