

Karmen Joller: arstide pädevuse hindamine peaks olema kohustuslik

Terviseamet on koostöös ministeeriumiga loomas uut kvaliteedisüsteemi. Sotsiaalminister Karmen Joller ütles intervjuus Med24 toimetajale Madis Filippovile, et arstide pädevushindamine peaks olema kohustuslik.

Tervishoiusüsteemis on raha puudu, kuid samas olete öelnud, et süsteemis on palju raiskamist. Kus näete seda enim ja mida tahate selles osas ära teha?

Seda me hakkame otsima. Olen ise arstina näinud raiskamist siin ja seal ning ka teised arstid on mulle kirjeldanud kohti, kus otsused võiksid olla ökonoomsemad. Tervisekassa on teinud mõned analüüsid ja loodan sealt näha, kus me saame asju ümber tõsta, et vähest raha paremini kasutada. Näiteks on vastutuspiirid erinevatel asutustel ja erialadel hägusad.

Kui rääkida raiskamisest peremeditsiinis, siis mõned perearstid suunavad oma lapsed pediaatri juurde jälgimisele, kuigi perearsti haridus võimaldab lapsi jälgida. Tema juures oleks arve Tervisekassale enam-vähem null eurot, samas kui eriarsti juures on visiit iga kord tasuline. Miks siis saab perearst pearaha või miks perearstile üldse makstakse tema jälgimise eest? Teine näide on EMOd. Me kõik teame, et sinna satuvad inimesed, kes ei peaks seal olema. Ega inimest ei ole mõtet siinkohal süüdistada – ta läheb sinna, kuhu saab minna ja kuhu tal on mugavam minna. Meie peame suunama, kuidas ja kuhu inimesed jõuavad. EMO arstid on nüüd peale visiiditasu tõstmist rääkinud, et mõned patsiendid nõuavad, et kuna nad maksid kõrgema visiiditasu, peavad nad selle eest ka teenust saama. Eks enamik patsiente on normaalsed, kuid mõned üksikud on sellised, kes tulevad ja nõuavad. Nad muserdavad meedikuid ja meedikute motivatsioon töötada langeb. Siis meedikud lähevadki tööle erakliinikusse, kus patsientide voog on reguleeritud. Veel üks näide on kiirabi väljakutsed. Mulle rääkis üks kiirabimeedik, et on käinud sellisel kutsel, kus ema ei saanud lapsele küünalt pära kusse panna, kuna tal olid liiga pikad küüned.

Ka Tervisekassa peaks rohkem huvi tundma selle vastu, mille eest ta maksab. Seni pole väga palju tundnud.

Mida arvate sellest, et patsient pääseks eriarsti juurde ainult läbi e-konsultatsiooni? Kas see tuleb millalgi?

Mulle meeldiks see väga. Ma teen kõik, et see tuleks. Saan aru, et seda ei saa teha päevapealt ja rahastussüsteemid tuleb läbi mõelda, et ei tekiks olukorda, kus me ei kontrolli enam rahavoogusid. Arstid peavad suutma suhelda omavahel ka ilma e-konsultatsioonita ja ilma maksmata. E-konsultatsioon on sellepärast hea, et see aitab patsiendil jõuda täpselt sinna, kuhu ta peab jõudma.

Mind on väga negatiivselt üllatanud mõne perearsti negatiivne suhtumine sellesse, et e-konsultatsioonide puhul tuleks hakata senisest paremini dokumenteerima. E-konsultatsioon tõesti nõuab seda, et patsiendist oleks tehtud korralik läbimõeldud ülevaade ja kolleegile on esitatud konkreetsed küsimused, aga samamoodi peaks olema tehtud iga tavaline saatekiri. See praktika, et saadame patsiendi kolme sõna või kolme lausega eriarsti vastuvõtule edasi, on absurdne ja lubamatu. Saatekirjade kvaliteet on kohati väga vilets.

Eriarstiabis on samamoodi kohati kvaliteediprobleemid. Näiteks, kui eriarst kutsub enda juurde tagasi patsiendi, keda ei peaks tagasi kutsuma. Ma mäletan oma praktikast, et vahepeal kutsusid radioloogid naisi iga pooleteise aasta tagant mammograafiasse. Ühtegi põhjust ei olnud, aga kutsuti. Samas ei olnud digiloos nähtavat epikriisi, vaid tagasikutse oli tehtud radioloogilise uuringu saatekirja vastusele, s.t seda polnud tervise infosüsteemis. Inimene pidi seetõttu igal aastal käima perearsti juures saatekirja küsimas. Seda olukorras, kus kuskil ei olnud

epikriisi, mis näitaks inimese tausta, tema riske, objektiivset leidu, ei olnud jälgegi, et seda naist oleks üldse üle vaadatud. Põhjendamatu uuringute tegemine iga pooleteise või kahe aasta tagant on ju terviserisk, rääkimata sellest, et inimeste jaoks, kellele on seda päriselt vaja, on siis järjekord pikem. Väga raske oli perearstina nende patsientidega vaielda.

Veel üks näide: minu patsient on käinud eriarsti juures, olnud seal jälgimisel 2–3 aastat sama haigusega, võib-olla ta isegi pidi seal olema, aga epikriisi vaadates on seal lihtsalt *copy-paste* eelmisest loost. Saan aru, et eriarstil on kiire, aga dokumenteerimine peab olema korrektne. See on vajalik ka meedikule enda kaitseks, rääkimata sellest, et see on oluline patsiendi ohutuse tagamiseks. Isegi, kui kopeerid eelmist teksti, siis loe vähemalt läbi, mida sa kokku kirjutad, sest patsiendi seisund muutub.

Peame läbi mõtlema, kuidas inimene satuks õigel ajal õige arsti juurde ning kes vajab kiiremat abi, peab eriarsti juurde jõudma kiiremini. Skandinaavia riikides on juba aastakümneid süsteem, et perearst teeb assistendi abiga korraliku saatekirja ja saadab selle eriarstile, kes siis otsustab, millal patsient tuleb vastuvõtule. Nende riikide eriarstid ei kujutaks ettegi, et saavad saatekirja, kus on vaid kolm lauset.

Lisaks on meil ikka veel erialad, kus saatekirja nõuet polegi. Milliseid mõtteid see tekitab?

Psühhiaatrias peaks see olema. Seda ma kindlasti rakendan. EMO peaks olema samuti saatekirjaga.

Kuidas see peaks toimima?

See tuleb läbi mõelda. Norras on näiteks nii, et perearsti tööajal pääseb EMOSse saatekirjaga või kiirabiga ja öhtul ainult kiirabiga. Tuleb mõelda, mille jaoks on EMO tööle pandud ja kas seal ikka peaks osutama perearstiabi. Kiirabi ja erakorralise meditsiini arstid on öelnud, et patsientide kuhugi mujale suunamiseks peaks olema ööpäevaringne perearstide vastuvõtt. Inglismaal ja Kanada mõnes piirkonnas avati *walk-in*-kliinikud, kuid hilisem analüüs näitas, et kulusid ja pöördumisi need ei vähendanud. Nende puhul on plusse, kuid ka miinuseid. Kui perearstikeskus on avatud, siis peab olema kättesaadav labor, ultraheli, võib-olla ka röntgen. Kui perearstikeskus asub näiteks



Karmen Joller

mõne haiglaga samades ruumides, siis peab avatud olema ka registratuur, riidehoid jne. Ehk see kõik kokku läheb kulukaks.

Eks tuleb mõelda, mis oleks meile õige lahendus. Perearstiabi tuleb tugevdada, et nad suudaksid adekvaatselt vastu võtta ka need patsiendid, kes vajavad erakorralist arstiabi. Praegu on kvaliteet ebaühtlane: on perearstikeskusi, kes pakuvad väga kvaliteetset teenust, aga on ka selliseid, kes soovivad juba telefoni teel EMOSse minna või teevad telefoni teel saatekirju – see viimane on eriti absurdne.

Teame, et Tervisekassa töötab juba reserve peal ja pikalt see nii kesta ei saa. Milliseid suuri muudatusi ikkagi tuleks teha, et kriisist välja tulla?

Esimene asi on kulud kontrolli alla saada ja vaadata, kas leiame raha juba süsteemist seest. Aga muidugi, kui vaatame ülejäänud Euroopat, siis rahastame tervishoidu vähem, kui Euroopas seda keskmiselt tehakse. Samal ajal vaataks üle ka need lahendused, mida Andres Vörk ja Magnus Piirits oma 2023.

aasta aruandes välja tõid. Tervishoidu on kindlasti raha juurde vaja, aga kas me seda riigieelarvest saame, kui meil on praegu prioriteediks riigikaitse? Järgmise kahe aasta jooksul ilmselt mitte.

Kas mõnest teenusest peaks siis üldse loobuma, tunnistama, et riik ei suuda maksta kõigi nende asjade eest, mille eest praegu maksab?

Peaks kõigepealt vaatama, kas maksame millegi eest, mille eest me üldse ei peakski maksma. Kuna meil on tükipõhine rahastamine, siis soodustab see seda, et haiglates teevad arstid tööd, mida võiksid tegelikult teha õed, ja see teeb teenuse kallimaks. Arst ei tunne end hästi, kui peab tegema tööd, mida võiks teha õde, aga haiglale on see kasulik, sest õe konsultatsioon maksab vähem kui arsti oma. Võib-olla tuleks rahastusmudelid üle vaadata. Oleme seda Tervisekassaga arutanud, kuidas rahastada nii, et eesmärgiks oleks kvaliteetne tervishoiuteenus. Eks tuleb vaadata, mis teenused üldse kusagile peaksid alles jääma. Võib-olla on mõned teenused, mis tuleks laiali viia maakondadesse, ja mõned, mis tuleks maakondadest kuhugi keskele kokku tuua. Seda analüüsi ootan praegu Tervisekassalt.

Kas teil oleks mõni näide tuua, mida võiks kuskilt väiksemast haiglast ära võtta?

Varasemast on olemas näited sünnitusabi sulgemisest, mis oli hästi emotsionaalne protsess, aga kui ma naise ja emana mõtlen, kas tahan sünnitada haiglas, kus on väga palju sünnitusi ning personal on kogenud ja pädev, või tahan sünnitada väikeses haiglas, kus on 30 sünnitust aastas, siis ma valin esimese, sest tean, milline risk sünnitusega kaasneb. Me peame mõtlema kvaliteedi tagamise peale. Arstiabi ei pea olema kodu lähedal. Ta peab olema patsientidele kättesaadav ja see tuleb läbi mõelda, kuidas patsient sinna jõuab.

Ehk küsimus on patsientide transpordis?

Jah, aga me ei tohi ära unustada ka seda, et meie ümber on kogukond. Minu vanaema ei käinud kunagi sotsiaaltranspordiga arsti juures. Saime need asjad ise korraldatud, vahel aitasid naabrid. Kõike ei pea riik tegema. Me peame ka ise hoolitsema enda lähedaste ja naabrite eest. Loomulikult ei

tohi see minna nii koormavaks, et oma elu jääb elamata, aga ainult riigi peale ei peaks lootma jääma.

Ütlesite aasta algul Med24-le antud intervjuus, et ebapädevate arstide tegevuse piiramiseks peaks olema rohkem võimalusi. Kuidas selle mõttega edasi liigute?

Terviseamet on koostöös ministeeriumiga loomas kvaliteedisüsteemi ja plaan on kvaliteedihindamise teemaga jätkata. Ma arvan, et arstide pädevushindamine peaks olema kohustuslik. Ma ei tea, kas me saame seda rakendada juba selle lühikese ajaga, mil mina olen minister, aga loome selleks eeldused. Raske ettegi kujutada, et meil on arste, kes pole 20 aastat koolitustel käinud ja ikkagi tegelevad patsientidega.

See siis eeldab, et erialaseltid peavad hindamisega aktiivselt tegelema hakkama?

Me peame hakkama mõtlema, kuidas see käiks. Näiteks on perearstide seltsil, naistearstide seltsil, radioloogide seltsil juba aastakümneid pädevushindamine olemas – kuidas nemad saavad? Radiolooge pole väga palju, ei saa öelda, et tegu oleks hirmus suure seltsiga, aga neil on tahe seda teha. Loomulikult peab riik koordineerima, võib-olla mingis osas toetama, aga kindlasti on vaja pädevust hinnata. Praegu on meil isegi kõige paremini hinnatud erialadel puudujäägid.

Kui arst räägib täiesti ebapädevat mittetõenduspõhist juttu, mis võib isegi olla ohtlik, siis kas selle arstiga saaks edaspidi midagi ette võtta?

Me peame sinna jõudma, et saaks. See on nii kvaliteedi- kui ka eetikaküsimus, sest see arst võiks ju teha kasvõi uuesti lõpueksami hindele viis, aga kui ta levitab valeinfot ja isegi kui ta seda täiesti usub, mida räägib, aga see ei vasta teaduslikele arusaamadele, siis peab olema võimalus sellega tegeleda. Minu meelest on see võimalus praegugi olemas ja võib-olla peaks Tervisekassa selliseid arste natuke rohkem nügima, sest Tervisekassa lepingus on sees, et pakkuda tuleb tõenduspõhist ravi. Seda tõestada võib olla keeruline, sest kui inimene räägib avalikkuses mingisugust juttu, siis me ju ei tea, kas ta räägib seda kabinetis ka oma patsientidele. Kindlasti tegeleme selle teemaga edasi.

Milliseid samme plaanite astuda, et vähendada desinformatsiooni levikut?

See teema on üks minu kirk olnud juba 15–20 aastat, aga ma ei oska täpselt öelda, mida tuleb teha, sest me ei saa inimestel keelata rääkida seda, mida nad usuvad või tahavad uskuda. Alustada saab meedikutest. Võimalik on kasutada pehmeid meetmeid. Näiteks, kui arst tõesti ei usu vaktsineerimisse, siis ta peaks töötama sellises kohas, kus ta ei puutu vaktsineerimisega kokku, ta peaks lubama, et ei räägi sel teemal patsientidega ja ei levita valearusaamasid.

Soomes on lahendatud see niimoodi, et pädevuse hindamisele lisaks toimub eetika hindamine. Eetikakomisjon vaatab arsti tegevuse üle, kui on esinenud probleeme, ja siis eetilistest aspektidest püütakse seda arsti kas harida või distsiplineerida. Mõnikord ei lubata enam töötada.

Asi, mille tahaksin korda teha, on, et arsti tegevuse saaks peatada kasvõi selleks ajaks, kuni saame aru, milles on küsimus. Võib ju olla nii, et arstil on tervisehäire ja ta ei saa ise arugi, et ta on oma patsientidele ohtlik. Siis peab olema väline võimalus tema tegevus peatada.

Mis põhimõtte järgi panite kokku konsiiliumi, kellega tervishoiuteemadel nõu peate?

Ma vaatsin, et oleks võimalikult erinevate arvamustega võimalikult erinevad inimesed. Tean, et mitmed erialad ja inimesed on veel soovinud sellega liituda, aga ma pole konsiiliumi meelega liiga suureks teinud, sest muidu me ei jõua mitte midagi läbi arutada. Eesmärk polegi, et kõik erinevate erialade arvamused oleksid tingimata esindatud. Vajaduse korral saame küsida nõu ja kutsuda eksperte juurde. Kõige suurem eesmärk on lahendada põhiprobleem – see on rahastuse, tervishoiu korralduse ja tervishoiuvõrgu küsimus. Nendes küsimustes on arstidel sõltumata erialast väga sarnased vaated. Praegu ootan lisaks Tervisekassa analüüse. Kui hakkame päris otsuseid tegema, siis me kindlasti konsulteerime ka teiste erialadega ja arutame ka haiglatega, millised mõtted meil on.

Arstidele ütleks veel, et kui neil on mõtteid või tähelepanekuid, siis nad võivad mulle julgelt kirjutada e-posti aadressil karmen.joller@sm.ee. Loen kindlasti kõik kirjad läbi ning püüan neile vastata. Mulle on väga oluline, mida arstid arvavad. Teine asi, millest mulle võib kirjutada, on mõttetuna tunduvad reeglid, eeskirjad või blanketid, mida tuleb täita, kuid mis ei vii meid mitte kuhugi. Kui meil on tervishoiu reegleid, mida arst või õde ei mõista ja mille puhul tundub, et tegu on asjatu bürokraatiaga, siis püüaks need asjad ära muuta.

Te olete tervishoiu juba pikalt tegev olnud ja teate neid probleeme – mida uut te konsiiliumist ikkagi ootate?

Üks asi on see, et nad aitavad mul hoida fookust. Miks ma nimetan seda konsiiliumiks? Kui meil on patsient, kes on väga keerulises seisus, siis ma arstina võin isegi teada, mida tuleks teha, aga võib-olla ma kahtlen endas. Või on patsient väga keerulises olukorras. Siis on komme kutsuda kokku konsiilium, kus erinevad eksperdid saavad öelda oma arvamuse patsiendi seisukorra kohta ja koos otsustatakse, mis võiks olla parim lahendus. Kui arstlik konsiilium on vastutuse jagamiseks, siis kõnealusel juhul nad pigem aitavad otsustada ja otsuseid võib-olla oma kolleegidele või avalikus selgitada, aga vastutan mina. Praegu on tervishoid sellises olukorras, et peame midagi otsustama, see võib olla vale otsus või õige otsus, aga me ei saa jätta otsustamata. Siamaani on jäetud väga mitmed asjad otsustamata.

Milliseid häid ettepanekuid on juba tehtud, mida võiks välja tuua?

Praegu vaatame koalitsioonilepingut, mis on hetkel veel liiga umbmäärane dokument. Hea ettepanek on olnud valida välja 3–4 kindlat eesmärki ja nendele rõhuda. Ma ise pean oluliseks kolme sammast: tervishoiu kvaliteet, rahastus ja tervishoiuvõrgu korrastamine erinevatel tasanditel, sinna juurde sotsiaalsüsteemiga integreerimine ja see, et tervishoid ei pea olema ainult kulu ehk ma ei pärsiks mingil moel ettevõtlust tervishoius.