

Kiirabi tööd saaks korraldada paremini

Siiri Suits – Riigikontroll

Kiirabikulutused suurenevad üha enam, sest uusi arstide ja õdede palgakokkuleppeid peavad järgima ka brigaadipidajad. Hoolimata survest kiirabi eelarvele ning kiirabitöötajate puudusest ei ole sisulisi analüüse ressursside kokkuhoidmiseks seni tehtud ning ainsa lahendusena on nähtud eelarve suurendamist. Riigikontrolli audiitorid analüüsisid kiirabiteenuse korraldust ning pakkusid võimalikke lahendusi kiirabiteenuse säästlikumaks korraldamiseks: brigaadide arvu vähendamine öösiti, õebraigaadide osakaalu suurendamine ning osa brigaadide kaheliikmeliseks muutmine. Nende lahendustega koos peab aga muutuma ka keskkond, milles kiirabiteenust osutatakse (1).

Kiirabi ressursid on piiratud

Tervishoiuameti analüüs (vt tabel 1) näitab, et praegu töötab kiirabis vähem inimesi kui vaja: puudu on nii õdesid kui ka kiirabitehnikuid, arvuliselt üle on justkui arste. Samas töötavad just arstid mitme tööandja juures ning kiirabis vaid osalise koormusega. Maksuameti andmetel töötavad nt erakorralise meditsiini ja anesthesioloogia arstid keskmisest rohkem mitmes töökohas: palka saadakse keskmiselt 1,3–1,6 erinevalt tööandjalt. Mitmel kohal töötavate arstide suur hulk osutab, et tegelikkuses on kiirabis puudu ka arste.

Probleem avaldub eialgu just maapiirkondades: mitmesse maakonda ei ole leitud kiirabiarste, et tagada seal arstliku brigaadi olemasolu.

Palju on räägitud kiirabi alarahastamisest. Kiirabibrigaadidele 2004. aastal eraldatud rahasumma on ligikaudu 80% sellest, mis kiirabi Sotsiaalministeeriumi välja töötatud kulumudeli kohaselt teenuse osutamiseks tegelikult vajanuks. Seoses arstide ja õdede palgakokkulepetega suureneb vahe veel ligikaudu 25 miljoni võrra järgmisel ja 15 miljoni võrra ülejäärgmisel aastal, rääkimata sellest, et proportsionaalselt oleks vaja tõsta ka kiirabitehnikute palkasid.

Kui juba käesoleval aastal ei täida mitu tööandjat palgakokkuleppeid ning kiirabi rahavajadust kaetakse vaid 80% ulatuses, ei ole reaalne arvata, et järgmistel aastatel suureneb kiirabi rahastamine hüppeliselt nii palju, et võimaldab brigaade kulumudeli kohaselt rahastada. Kui riigieelarvest lisaraha ei leita, tuleb lahendusi leida süsteemi seest, et säilitada olemasolevat kvalifitseeritud personali ning hoida samal ajal korras ka kiirabi autopark. Lahenduseks on võimalik kasutada erinevaid teid, millest kolm tõi oma auditis välja ka Riigikontroll.

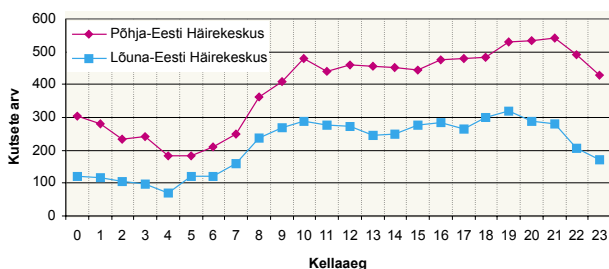
1. Osaajaliste brigaadide kasutuselevõtt

Viie nädala kiirabikutsete analüüs kahe häirekeskuse teeninduspiirkonnas näitab, et kutsete arv on öösel kl 00–08 väiksem kui ülejäänud ajal, erinevus on ligikaudu kahekordne (vt jn 1). Seega tuleks öiste kutsetega toime oluliselt väiksem arv kiirabibrigaade (nt kolmandiku võrra vähem). Brigaade saaks ööseks vähendada Tallinnas ja Tartus, eeldatavasti ka Pärnus ja Narvas, kuigi viimaste kohta on vaja kutsete jaotust veel analüüsida.

Osalise koormusega brigaadid aitavad kokku hoida nii raha kui ka tööjõudu, s.t üks brigaad, mis on 1/3 ööpäeva valvest ära, vähendab sellevõrra

Tabel 1. Kiirabitöötajate arv praegu ning tegelik vajadus 41 arstibrigaadi ja 49 õebraigaadi korral

	Arstid	Õed	Kiirabitehnikud
Arv kiirabis	235	535	428
Vajadus praeguse brigaadide arvu korral	205	695	450
Erinevus vajadusega võrreldes	üle 30	puudu 160	puudu 22



Joonis 1. Kutsete jagunemine ööpäevas Põhja- ja Lõuna-Eesti häirekeskuse teeninduspiirkonnas.

ka kiirabi personalipuudust. Nt kolme brigaadi kohta väheneks 3 täistöökohta vajadus.

2. Järkjärguline üleminek õebrigadi-dele

On selge, et arstibrigaad on paremini kvalifitseeritud ja suudab pakkuda laiemat teenusteringi kui õebrigaad. Kuid tekib küsimus, kas kiirabi peab pakkuma väga laia teenusteringi, mis meelitab inimesi kiirabi kutsuma ka esimesel külmetuspäeval või perearsti määratud ravi kontrollimiseks.

Kahtlemata on õebrigadile üleminekul riske nagu patsientide hospitaliseerimise osakaalu suurenemine või kartus, et õde ei saa teatud juhtudel hakkama patsiendi elu päästmisega. Nende kartuste kiuste on tegelikkuses arstibrigaadide hulk õebrigaadidega võrreldes tasapisi vähenenud. Kui 1999. aastal oli Eestis 45 arstibrigaadi, siis 2003. aastal vaid 41. Õebrigade oli tollal 43 ja nüüd 49. Tervishoiuameti andmetel puudub arstibrigaad kolmes maakonnas. Kui arstibrigaadide ja õebrigadide erinevus kiirabiteenuse osutamisel on tõepoolest suur, siis tähendab see lubamatut ebavõrdsust elanikkonnale teenuse pakkumisel. Õebrigadide osakaalu suurenemine näitab siiski nende aktsepteerimist kiirabiteenuse osutajana.

Õebrigadidele saab üle minna, kui on olemas brigaadijuhile vastava kvalifikatsiooniga õdesid. On viidatud sellele, et kõikide õdede kvalifikatsioon ei ole kiirabitöökaks piisav. Selle lahenduseks peaks olema välja töötatud intensiivõenduse õppekava, mille abil on võimalik ette valmistada just selleks töökaks sobivaid õdesid.

3. Kaheliikmelised brigaadid suuremates linnades

Üheks võimaluseks on brigaadi liikmete arvu vähendamine. Seda ei saa teha maapiirkondades, kus brigaadid paiknevad üksteisest ning lähimast haiglast suhteliselt kaugel. Küll on seda võimalik teha suuremates linnades, kus haiglad ning teised brigaadid on suhteliselt lähedastikku. Kaheliikmeliste brigaadide kasutamise eemärk ei ole ainult teenuse kokkutõmbamine, vaid see võimaldab kokkuhoitava ressursi arvelt juurde luua ka lisabrigaade, mille tulemusena kiirabivõrk tiheneks.

Kiirabiteenuse osutajate hinnangul on brigaadi kolmas liige vajalik just elustamise ning transpordi pärast. Elustamise vajadus on aga statistiliselt 0,2% kutsete arvust, mis tähendab Tallinna-suurusel linnas nädalas 2–3 kutset. Nii väikeste kutsete arvu juures on võimalik saata kutsele appi teine brigaad või reanimobiil. Patsientide transportimisel ilmneb juba praegu, et tavalise brigaadikoosseisuga – üks meesliige (kiirabitehnik) ja kaks naisliiget – kasutatakse transpordil haige lähedaste abi. Ei saa eeldada, et kiirabis töötav naisarst või õde peab alati toime tulema patsiendi transpordiga. Kahjuks ei võimalda olemasolevad andmed analüüsida, kui palju on kiirabi töös selliseid kutseid, kus patsienti on vaja tõsta, ehk kui palju hospitaliseeritavatest patsientidest ei saanud liikuda omal jalal, kuid enne brigaadiliikmete arvu vähendamist tuleb seda kindlasti analüüsida. Samuti on vaja kokku leppida, mil määral on transport üldse kiirabi kohustus ning kui paljudel juhtudel peaks seda tegema hoopis spetsiaalne transpordibrigaad.

Kas kiirabiteenuse kvaliteet halveneb?

On avaldatud kartust, et pakutud võimaluste elluviimisel võib halveneda teenuse kvaliteet. Samal ajal kannatab paratamatult ka praeguse teenuse kvaliteet, kui kiirabipersonal teeb väärilise palga nimel ületunde, tehes ühtlasi ära puuduvate personaliliikmete töö. Samuti näitab teiste riikide kogemus, et võimalik on nii kaheliikmeliste kui ka õebraigade rakendamine: Rootsis kasutatakse kaheliikmelisi brigaade, millest vähemalt pooltel – 5 aasta plaanis kõigil – on autojuhist parameedikü kõrval õe kvalifikatsiooniga meeskonnaliige (2). Arsti tavabraigades ei ole. Tugisüsteemina kasutatakse suuremates linnades arsti või õega mehitatud nn kiirreageerimisbrigaade, kelleks Eesti mõistes võiksid olla reanimobiilid. Osaajalisi brigaade kasutatakse samuti: nt Rootsis oli 2000. aastal 36% brigaadidest vaid 12tunnises päevases valves (3), Norras olid 2001. aastal 24% tavakiirabibrigaadidest osaajalised (4).

Kiirabiteenuse osutamist mõjutab ka keskkond, milles teenust osutatakse. Ülaltoodud muutusi (v.a brigaadide osaajaliseks muutmine) ei saa ega tohigi ellu viia korruga ning ülejäänud süsteemi muutmata. Teenust mõjutavad töötajate oskused ja koolitus: tõenäoliselt ei tähenda arstiharidus tingimata head ja õeharidus tingimata halvemat kvaliteeti. Mõlemat on võimalik mõjutada ja parendada õppekava täiendamise kaudu. Teenust mõjutab ka ülejäänud esmase erakorralise arstiabi osutamise korraldus: kui palju peab kiirabi täitma teiste arstiabi andjate rolli, kuidas suudavad reanimobiilid toetada ülejäänud brigaadide tegevust jm. Väga palju sõltub kiirabi korraldus sellest, kuidas teevad oma tööd kiirabibrigaade väljakutsetele saatvad häirekeskused. Praegu ei ole häirekeskused nt kaheliikmelisteks brigaadideks veel valmis.

Siiri.Suits@riigikontroll.ee

Kirjandus

1. Riigikontrolli auditi "Esmase erakorralise arstiabi korraldus" kontrolliaruanne <http://www.riigikontroll.ee/audit.php?dokument=462>
2. Langhelle A, et al. International EMS Systems: the Nordic Countries. Resuscitation 2004;61:9–21.
3. Gårdelöf B. Ambulance and emergency services in Sweden. – Ettekanne konverentsil Nordic-Baltic EMS Conference "Tallinn 2000", <http://www.kiirabi.ee>.
4. Norra statistika, http://www.ssb.no/english/subjects/03/02/speshelseamb_en/arkiv/tab-2002-06-25-01-en.html