

Perearstieriala professionaalne areng: praegune seis ja tulevikuperspektiivid

Heidi-Ingrid Maaroo – TÜ polikliiniku ja perearstiteaduse õppetool

Kokkuvõtte ettekandest seminaril "Peremeditsiini tulekuvision" 6. jaanuaril 2005

Analüüsid aastatel 1991–2004 toimunud perearsti eriala arengut Eestis, tõstan esile mõningad eriti olulised saavutused:

- Loodi euroliidu tasemele vastav perearstide koolitussüsteem.
- Perearsti eriala lisati arstierialade loetelusse võrdväärseks teiste arstierialadega.
- Koolitati Eesti vajaduseks küllaldane arv perearste.
- Seadustati perearsti töövormid ja põhitööjuhend.
- Korraldati rahastamine.

Neist kõige olulisemaks pean perearsti eriala loomist, mis on Eesti perearstisüsteemi nurgakivi. Seejuures pole vähetähtis, et 94% kõikidest tänastest perearstidest on varem esmatasandil töötanud arstid ning see võimaldas tagada ühtlaselt jaotunud perearstiabi Eestis nii ümberkorralduste ajal kui ka pärast seda. Eestis ei katkenud esmatasandi arstiabi järjepidevus ning tervishoiu esmatasandi ümberkorraldamise ja arstide uue eriala koolituse ajal kasutati kõiki olemasolevaid ressursse. Nii oli võimalik kasutada nende arstide töös omandatud praktilisi kogemusi uue eriala loomisel ja esmatasandi materiaalseid vahendeid (aparatuur, ruumid). Perearstide arvu järkjärguline suurenemine võimaldas juba koolitatud perearstidel osaleda järgmiste perearstide õpetamisel (nn kaskaadipõhimõte). Samal ajal 937 töötava praktilise kogemusega arstiga on Eestis koolitatud 59 noort perearsti residentuuriõppes, kokku on meil sertifitseeritud 996 perearsti. Mõlemad koolituse vormid annavad arstile perearsti eriala (sertifitseerimine).

Lähtudes elanike arvust maakondades, otsustati Eestis avada igas maakonnas kindel arv pere-

arsti nimistuid (nimistus keskmiselt 1500 patsienti), minimaalselt peab nimistus olema 840 patsienti. Aastaks 2004 on maavanemad, kellele on seadusega delegeeritud nimistute avamine avaliku konkursi korras, avanud Eestis 784 nimistut. Avamata on 56 nimistut. Põhjuseks ei ole mitte perearstide vähesus, vaid pigem asjaolu, et patsiendid on jaotunud nimistutesse juba töötavate arstide juures ning 184 arsti nimistus on üle 2000 patsiendi (46 arstil on nimistus üle 2300 patsiendi). Suure nimistuga arstidel on ülisuur töökoormus ning nende arstide juures asuvad tööle residentuuri lõpetanud perearstid nn abiarstidena, omamata oma nimistut, s.o patsiente. Seetõttu kasvab Eestis abiarstide arv ja põhimõte, et igal patsiendil on personaalne arst ja perearstid on haigekassa iseseisvad lepingupartnerid, hakkab muutuma. Sellise arengutendentsi peamiseks ohuks on, et residentuuri lõpetajatel väheneb iseseisva töö võimalus, mis omakorda soodustab nende suundumist teistesse riikidesse või teistesse ametitesse. Kuna suured nimistud on eelkõige linnades, siis kannatavad sellise arengutendentsi korral just maapiirkonnad ja äärealad. Eriala muutmine ligitõmbavaks noortele arstidele on eriala esindajate peamine ülesanne. Sellest, kui võrd mitmekesisena ja samal ajal eneseteostust võimaldavana paistab eriala, sõltub ka noorte arstide valik. Perearsti residentuuri astujate arvu hindamine viimasel kolmel aastal osutab eriala atraktiivsuse vähenemisele: aastal 2001 soovis perearsti eriala 15 kohale astuda 30 arsti, neist 16 valisid esimese eelistusena perearsti eriala, aastal 2004 soovis 25-le peremeditsiini residentuuri kohale astuda 29 arsti ning neist vaid 5 eelistas esimese eelistusena perearsti eriala. Kuigi

elanike küsitlusuuringud perearstide töö kohta on positiivse tulemusega, esitatakse ajakirjanduses selle kohta sageli negatiivseid hinnanguid ning ka perearstide endi suhtumine eriala võimalustesse pole iga kord eriala väärtustav. Eriala väärtustamine eriala esindajate endi poolt, vastastikune lugupidamine, järjepidevuse austamine ning kolleegiaalsus kõikide erialade vahel suurendaks kogu arstkonna võimalusi oma eriala arendada.

Perearstide professionaalse arengu edasised suunad

Perearsti eriala saavutatud baastase võimaldab edaspidi mõelda rohkem iga eriala esindaja enda professionaalsele arengule. Seda on võimalik teha mitmeti:

1. Laiendada perearsti tegevust oma eriala piires. Tänapäevaks on näha, et mitte kõik perearstid ei soovi tegeleda piskikirurgiaga, günekoloogiliste probleemidega, mitmete eriala piiril asetsevate probleemidega (spetsiifiline nõustamine, palliatiivne ravi), erakorraliste probleemide lahendamiseks töövälisel ajal, mitmesuguste uuringutega (sonograafia, Holteri monitooring) jm. Nende tegevustega aga sooviksid tegeleda aktiivsemad perearstid. Seepärast peaks motiveerima perearste valikuliselt laiendama oma tegevust ning looma selleks ka vastavad lepingutingimused. Seega peaks tulevikus olema perearstil võimalik sõlmida mitut liiki lepinguid: baasleping, lisategevustega leping, laiendatud tööajaga leping vastavalt perearsti oskustele ning soovile vastavalt tegutseda. Seejuures on vaja leida professionaalse arengu motivaatorid, üheks võimaluseks on vastav boonussüsteem.
2. Perearst on koolitaja ja residentide erialalise tegevuse juhendaja, kellele planeeritakse juhen-

dajate koolitust, osalemist teadustöös, tegevuse siseauditiit.

3. Kindlasti oleme Eestis jõudnud sellisesse perearstisüsteemi arengufaasi, et perearstid sooviksid töötada osaajaga ning töötada õppejõuna, juhendada residentide, osaleda teadusprojektides, stažeerida kodu- või välismaal jne. Osaajaga töötamine oleks vaja seadustada võrdväärseks täisajaga töötamisega, mis tähendab, et ka osaajaga töötades võiks olla nimistu omanik seejuures väiksema arvu patsientidega.

4. Perearstide ja kohaliku omavalitsuse esindajate koostöö laiendamine ning selleks seadusliku aluse loomine. Omavalitsuste koostöö perearstidega toimub ka praegu. Erinevates piirkondades toetatakse perearsti ruumide rendi kulusid ja remonti. Mitmes maapiirkonnas võiksid ruumid ja varustus olla omavalitsuse omand, mis hõlbustaks arstide töölevõtmist neisse kohtadesse.

Näiteid sellistest arengutendentsidest võib juba täna esitada: dr Madis Veskimägi on oma tööd analüüsinud ja tulemusi publitseerinud; dr Mai Stern on koostanud antibakteriaalse ravi auditi projekti. Paljud perearstid osalevad koostöös Eesti Haigekassaga haiguste ennetamise, krooniliste haigete jälgimise ja raviloo tõhususe indikaatorite väljatöötamise projektides. Residentuuri baasid ja residentide juhendajad asuvad üle Eesti, Tartu Ülikooli õppejõud töötavad osaajaga perearstina.

Kokkuvõte

Nii patsiendid kui ka arstid on perearsti eriala Eestis omaks võtnud. Eriala edasine areng peaks võimaldama motiveeritud perearstidel laiendada oma tegevust, analüüsida toimuvat ja parandada selle alusel patsiendile suunatud tegevuse kvaliteeti.

Summary

Professional development of family medicine: current stage and further development

The specialist family doctor (FD) training programmes were launched in 1991-1992 according to the criteria of the European Union for training general practitioners/family doctors. By now 996 FDs (which corresponds to the Estonia's need – one family doctor per 1600±400 inhabitants) passed the training of family physicians in Estonia. Training was organized in two ways: three-year in-service retraining courses for the existing PHC physicians (paediatricians, physicians of internal medicine)(937 FDs) and three-year full-time residency training for the physicians who have graduated from a medical faculty and have passed internship (59 FDs). The legal status and the basic job description of FDs were implemented. We learned from experience that development of family medicine in community is more promising when training is started on the academic level and is then proceeded with trained specialists in family medicine implementing the principles

of family medicine in practice step-by-step by reforming the previous health care system. A defined general speciality (general practitioner/family doctor), lacking in primary health care, was established in the transition period during the following ten years. The priorities of the further development of family medicine in Estonia were defined: to promote comprehensiveness of care, to pay more attention to preventive work and follow-up of chronic diseases in adherence to guidelines, to facilitate flexibility of contracts and proper financing corresponding to the amount of work, to practice-based research and teaching with implementation of the principles of the part-time workload for performing such activities, to promote development of group practices, to define the role of local authorities in the family medicine system.

Heidi-Ingrid.Maaroos@ut.ee