

Peremeditsiini arengukava

2001- 2015

Koostasid:

Heidi – Ingrid Maarros

Katrin Ilves

Madis Tiik

28.02.2001

Käesolev peremeditsiini arengukava on koostatud Sotsiaalministeeriumi tellimisel lähtuvalt Eesti Haiglate Arengukavast ja sellest tulenevatest muudatustes Eesti tervishoius. Arengukava koostajad on kasutanud Eesti Perearstide Seltsi (EPS) liikmetele elektronpostiga saadetud küsitluse kaudu saadud materjale, et hinnata hetkeolukorda ja teha ettepanekuid arengukavasse. Peremeditsiini arengukava koostamine oli arutlusel EPS juhatuse koosolekul (03.02.2001) .

Peremeditsiini arengukava lõplikuks valmimiseks, peab kooskõlas teiste erialade arengukavadest tulenevate ettepanekutega, toimuma arutelu Sotsiaalministeeriumi eestvedamisel. Peremeditsiini arengukava laiem arutelu peab toimuma EPS üldkogul . Peremeditsiini arengukava peaks olema esitatud arutamiseks ka Tartu Ülikooli Arstiteaduskonnale.

Koostajate kontaktandmed:

Heidi –Ingrid Maaros - Polikliiniku ja perearstiteaduse õppetooli juhataja, professor e-post: Heidi-Ingrid.Maaroos@kliinikum.ee

Katrin Ilves - perearst , e-post: ilves@sps.ee

Madis Tiik - perearst, e-post: madis@pak.tt.ee

Peremeditsiini arengukava

1. Eriala kirjeldus

1.1 Eriala definitsioon 4

1.2 Sihtgrupi kirjeldus 6

2. Erialaste tervishoiuteenuste planeerimine

2.1 Olukorra analüüs 7

2.2 Tervishoiuteenuste prognoos 8

2.3 Perearstide töökoormuse planeerimine 11

3. Peremeditsiini regulatsioon

3.1 Seadusandlus 13

3.2 Ravijuhised 14

4. Perearstide koolitus ja kvalifikatsioon

4.1 Koolitus 16

4.2 Täiendkoolitus 20

4.3 Resertifitseerimine 21

Kokkuvõte 22

1. Eriala kirjeldus

1.1 Perearstiteaduse mõiste

Perearstiteadus on meditsiinieeriala, mis osutab järjepidevat ja laialdast tervishoiualas (*arstiabi*) abi indiviidile ja perele. Perearstiteadus hõlmab kliinilise meditsiini kõrval inimese tervisega seostuvaid muid alasid (psühholoogia, sotsioloogia, käitumisteadus, keskkond jne.). Perearstiteadus asub tervishoiu-süsteemis esmase kokkupuutepunkti rollis ja peab olema inimestele kättesaadav, efektiivne ja ökonoomne.

Perearsti määratlus I (Leeuwenhorsti Grupp):

Perearst on litsentseeritud arst, kes osutab personaalset, esmast ja järjepidevat arstiabi isikutele, perekondadele ning oma patsientuurile tervikuna sõltumata patsiendi vanusest, soost ja haigusest. Ta võtab patsiente vastu oma vastuvõturuumides, teeb koduviisiite ja mõnikord töötab ka haiglas. Ta võtab arvesse füüsilisi, psühholoogilisi ja sotsiaalseid aspekte oma otsustes tervise ja haiguse kohta. Ta teeb esimese arstliku otsuse iga probleemi kohta, millega tema poole pöörduakse. Ta osutab järjepidevat arstiabi oma patsientidele krooniliste ja korduvate haiguste puhul ning haiguste terminaalfaasis. Kauakestev kontakt võimaldab tal rajada usaldusliku vahekorra iga oma patsiendiga, mida saab kasutada professionaalselt patsiendi huvides. Ta praktiseerib koostöös kolleegidega, nii medikute kui mitte-medikutega. Ta teab, kuidas ja millal mõjustada ravi, preventsiiooni ja koolituse kaudu oma patsientide ja nende perede tervist. Ta tunnetab professionaalset vastutust kogu oma patsientuuri (nimistu, territooriumi) suhtes.

Perearsti määratlus II

Eesti Perearstide Seltsi ja Sotsiaalministeeriumi töörühma poolt välja töötatud perearsti definitsioon on ära toodud "Perearsti tööjuhendis" (kinnitatud sotsiaalministri poolt 1997.a. oktoobris):

- Perearst on erikoolituse saanud arst, kes on läbinud residentuuri või vastavad spetsialiseerumiskursused ning sooritanud perearsti eksami. Perearstide koolituse sisu on määratletud vastavalt kinnitatud perearsti õppeprogrammidele.
- Perearst annab järjepidevat üldarstiabi, korraldab hooldust ja haigusi ennetavaid menetlusi kõigile oma nimistus olevaile isikutele.
- Perearst teeb esmase arstliku otsuse iga meditsiinalase probleemi kohta, millega patsient pöördub tema poole.
- Perearst on kohustatud andma abi vahetult ise või sõltuvalt haige vajadusest korraldama arstiabi teiste arstide või meditsiiniteenistuste kaudu, suunates haigeid erialaarstide konsultatsioonile või haiglasse.
- Perearst lähtub abi osutamisel ja korraldamisel patsiendi tervise seisundist, tagab patsiendile parima vajaliku ning võimaliku abi arvestades olemasolevaid, lepingutega määratletud ressursse.
- Perearst kindlustab oma nimistu patsientidele arstiabi kättesaadavuse ning järjepidevuse.

Mõisted perearst ja üldarst:

Euroopas on valdavaks inglisekeelseks terminiks *general practitioner (GP)*, mis otsetõlkes on üld(praktiseeriv)arst; Ameerika Ühendriikides ja Kanadas seevastu tähistatakse sedasama arsti mõistega *family physician* või *family doctor*, mis otsetõlkes on perearst. Eestis on kummalgi neist kindel, teineteisest erinev tähendus. Perearst tähistab eriala, mis on saanud diplomijärgse koolitusega (kas residentuur või perearstiks spetsialiseerumise kursused) ning pärast vastava erialaeksami sooritamist. Üldarsti mõiste on Eestis kasutusel kahe erineva arstiderühma puhul:

1. jaoskonnaarstid, kes on ülikooli lõpetanud enne 1991.a. ja kes on Sotsiaalministeeriumi poolt atesteeritud üldarstideks; oma koolituse poolest on nad valdavalt sisearstid (läbinud sisehaiguste alase üheaastase internatuuri); enne 1966.a. Tartu Ülikooli arstiteaduskonna lõpetanud internatuuri ei läbinud.
2. ülikooli peale 1991.a. lõpetanud arstid, kes on läbinud kahe- või üheaastase üldinternatuuri. Seega põhierinevuseks Eestis üld- ja perearstide vahel on koolituse erinevus: esimesed neist on spetsialiseerumata arstid, teised on omandanud perearsti eriala.

Eriala identiteedi tagamisel on aastast 1993 oluline osa olnud Eesti Perearstide Seltsil. Seltsi liikmeskond suureneb aasta- aastalt ning järjest enam on suurenenud seltsi kohalike organisatsioonide roll. Aastatel 2001-2010 peavad tekkima kõikides maakondades(või maakondade vahelised) perearstide grupid, koostöö Eesti Perearstide Seltsiga toimuks iga piirkondliku grupi esindaja osalemisega juhatuses. Eriala identiteedi, kvalifikatsiooni säilitamise ja perearstiabi kvaliteedi peamiseks kontrollimehhanismiks jääb erialaseltsi kaudu toimuv tegevus.

1.2 Sihtgrupp

Perearstiabi saajateks on kogu Eesti elanikkond- 1439197 inimest (Eesti statistika aastaraamat 2000,lk.35). Neist 0-19 aastat vanad on 366508, 20.64 aastat 864115 ja >65 aasta vanad 208574 inimest. Perearstipraksiste arv sõltub ühele arstile arvestatud patsientide arvust ning Eestis on aastatel 1998-2001 avatud **807 perearsti praksist**. Patsiente on ühe praksise kohta keskmiselt 1783 (nimistu suurused on varieeruvad 1500 patsiendist kuni 2300 patsiendini, erandjuhtudel on veel väiksemaid ja suuremaidki nimistuid, perearsti nimistu suurusest tuleb arutelu järgnevates peatükkides). Perearstiabi peab olema patsiendile lähedal ning kättesaadav. Seepärast vastavalt elanikkonna arvule ja jaotumisele erinevates piirkondades on maakonnad välja arvestanud perearstipraksiste arvu vastavas piirkonnas (tabel 1). Kuna perearst tegeleb kõikidest vanusegruppidest patsientide esmaste probleemidega, siis on perearstiabi kättesaadavuse ja vastava perearstide arvu tagamiseks vajalik arvestada elanikkonna paigutumist piirkonniti ning arstiabi kättesaadavus tagatakse vastava piirkonna kogu populatsioonile. Patsientide vanuselist ja soolist jaotumist erinevate perearstide praksistes arvestab iga perearst oma töö organiseerimisel, täiendkoolituse valikul, praksise varustamisel töövahenditega jne.

Tabel 1 Perearstipraksiste arv Eestis maakonniti.

| | | | |
|-------------------------|----|----------|----|
| Harjumaa (v.a. Tallinn) | 60 | Pärnumaa | 59 |
| Hiiumaa | 8 | Raplamaa | 22 |

| | | | |
|---------------|-----|-------------|-----|
| Ida-Virumaa | 110 | Saaremaa | 21 |
| Jõgevamaa | 23 | Tallinn | 230 |
| Järvamaa | 27 | Tartumaa | 83 |
| Läänemaa | 18 | Valgamaa | 23 |
| Lääne-Virumaa | 44 | Viljandimaa | 35 |
| Põlvamaa | 20 | Võrumaa | 24 |

2. Erialalise tervishoiuteenuse planeerimine

2.1 Olukorra analüüs

1998 aastal alustasid pearaha alusel tööd esimesed iseseisvad perearstid. Eesti hõlmatus iseseisvate, pearaha alusel töötavate perearstidega oli siis ligikaudu 30%.

2000 aastal oli hõlmatus ligikaudu 60% ja käesolevast aastast alates on kogu esmatasandi arstiabi rahastamine viidud ühtsele pearaha alusel toimivale printsiibile. Kuna paljudel perearstina töötavatel arstidel ei ole veel omandatud perearsti eriala, siis toimub üleminek järk – järgult, vastavalt koolituse lõppemisele. Vastavalt Sotsiaalministeeriumi 28. jaanuari 1999. a määrus nr. 4 toimub üleminek perearstiabile 2003. a 1. jaanuariks.

Perearstide praegust olukorda iseloomustab kõige rohkem ülemäära suur töökoormus, mille põhjustena võib välja tuua järgmised probleemid:

- Nimistute suurus.

Probleemiks on väikesed (alla 1400) kui ka suured praksised (üle 2000). Suurte praksiste puhul on perearstide töökoormus liiga suur ja seetõttu kannatab pakutava teenuse kvaliteet ning samuti abi kättesaadavus. Suured praksised on enamasti koondunud linnadesse. Arvestades ka patsientide haiguskäitumise erinevusi maa ja linnainimeste vahel, võib öelda, et visiitide arv linnas töötavatel perearstidel on suurem. Samas on linnainimesed harjunud rohkem tarbima ka eriarsti teenuseid, seetõttu suurem surve perearstile uuringute teostamisel.

Väikesed praksised paiknevad suuremalt osalt hõredalt asustatud maapiirkondades. Sealsete arstide põhiprobleemiks on suured vahemaad teeninduspiirkonna sees ja enamasti suured vahemaad II etapi ravisutustega. Erinev on ka omavalitsuse toetus kommunaalkulude katmisel. See asetab perearstid ebavõrdsetesse tingimustesse ja põhjustab olulisi lisakulutusi ruumidele. Väikeste praksiste toimetulek ja võimalus uuringute ostmiseks on samuti oluliselt väiksem. Enamus väikepraksiste perearste teeb lisaks ka raamatupidamise ja sekretäri töö. Suur ajakulu mitteerialasele tööle. Linnades võimalus kooperaerumiseks ja osade teenuste ostmiseks koos.

Ühiseks probleemiks on ka ennetustegevuse nõrk finantseeritus. Ühelt poolt iseloomustab seda rahaline nappus, teisalt ebapiisav ajaressurs. Kuid oluline osa on ka rahva üldise tervisekäitumise madal tase. Keskmise nimistuga (1783) töötavatel perearstidel on kõige paremini paigas majanduslikkus ja pakutava abi kvaliteet.

- Perearsti tööülesanded

Viimase aastaga on oluliselt suurenenud töömaht arstiliku ekspertiisi taotluste arv ja maht (töövõimekaotuse ja puude ekspertiisi aktis suur osa sotsiaalse suunitlusega küsimustel), kaitseväe teenistusse astujate tervisekontroll, erinevate elualade tervisekontrollid (tervisetõendid), B-hepatiidi vaktsinatsiooni organiseerimine. Samuti planeeritav Geenivaramu projekt lisab oluliselt perearstide töökoormust.

- Aruandlus

Statistika keerulisus ja rohke dubleerimine erinevate ametkondade poolt (maakonnaarst, haigekassa, tervisekaitse, statistikaamet, maksuamet). Perearstide töömaht on viimasel aastal kasvanud peamiselt paberitöö arvel. Finantseerimise alustes puudub aga võimalus sekretäri tööle võtmiseks.

- Perearstiabi ja eriarstiabi vaheline korraldamatus

Korraldamatus eriarstiabi, kiirabi ja perearstiabi tööjaotuse osas. Erinevates piirkondades väga erinevad töökorralduse mudelid. Puudub ühtne kogu vabariiki hõlmav tööjaotuse printsiip.

- Asendusarstide puudumine puhkuse ja täienduste ajaks

Paljudel perearstidel puudub võimalus asendusarsti leidmiseks täienduste ja puhkuste ajaks. Sellest tulenevalt lisapinged ja krooniline väsimus.

2.2 Tervishoiuteenuste prognoos

Erialase teenuse vajadus sõltub suuresti perearstidele pandavate kohustuste hulgast. Perearstide töö maht sõltub oluliselt ka teiste erialade planeeringutest - mida spetsiifilisemaks muutuvad teised erialad - seda rohkem tegevusi lisandub perearstile. Perearstide töökoormuse vähendamine on otseselt seotud tehtava töö kvaliteediga ja seetõttu on oluline tagada perearstidele võimalus enese harimiseks ja puhkuseks. Töökoormuse vähendamiseks peab oluliselt tõstma oma suutlikkust sotsiaalhooldekande süsteem ja avahooldus. Samuti on võimalik kaasata rohkem pereõdesid igapäevase ravitöö paremaks organiseerimiseks, jagades koolitatud pereõdedel iseseisvaid ülesandeid. Käivituv Geenivaramu projekt lisab järgneva 4 aasta jooksul perearstile arvestuslikult lisakoormust 1,5 tööpäeva nädalas. Olugi, et selle projekti raames on tagatud lisatöö rahaline hüvitus, puudub aga reaalne ajaline ressurss patsiendi küsitluse läbiviimiseks. Seetõttu võib tekkida täiendava tööjõu vajadus.

Perearstide töökoormust saaks leevendada mitmete organisatoorsete muudatustega:

- Soodustada infotehnoloogia arengut meditsiinis. Valdav osa perearstidest kasutab arvutit. Seda tuleks igati soodustada, loobudes paberandjatel arvetest ja aruandlusest. Samuti tuleks legaliseerida elektrooniliste patsiendikaartide olemasolu, viia kõik raviasutused ühtsesse infovõrku, kiirendades oluliselt patsiendi andmete liikumist ühest raviasutusest teise ja vähendades sellega uuringute dubleerimise vajadust. Perearstide roll patsiendi andmete kogumisel ja säilitamisel on väga olulise tähtsusega ravi järjepidevuse tagamiseks. EPS sisene infovahetus on samuti plaanis viia elektroonsele alusele.

Infotehnoloogia võimaluste kättesaadavamaks muutumisel, oleks vaja rajada virtuaalne konsultatiivne kliinik, mille poole perearstid saaksid igapäevaselt tekkinud probleemidega pöörduda.

- Loobuda dubleerivast statistkast. Kogu haigestumise statistika on tehtav haigekassa raviteenuste arvete alusel tsentraalselt kasutades infotehnoloogia poolt pakutavaid võimalusi.

Põhimõte – iga uue ülesande lisamine perearstile peaks olema täpselt kalkuleeritud nii töökoormuse kui ka rahalise poole pealt, samuti peaks arvestama koolituse vajadust ja vajaliku tööjõuressurssi olemasolu.

Demograafilised muutused

Väga oluliseks probleemiks on Eesti rahvastiku muutused järgnevate aastate jooksul.

Eesti rahvastikku iseloomustab elanike vanuselise struktuuri muutus - eakate inimeste osakaalu suurenemine ja laste arvu vähenemine.

Diagramm 1. Alla 15-aastaste laste ja 65-aastaste ning vanemate inimeste osatähtsus rahvaarvus 1989.–1999. aastal 2000.–2035. aastal

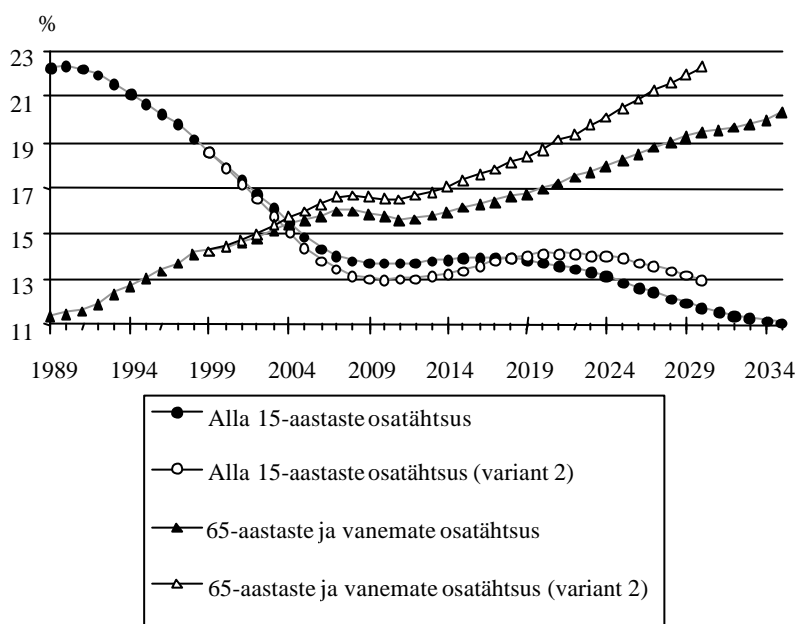
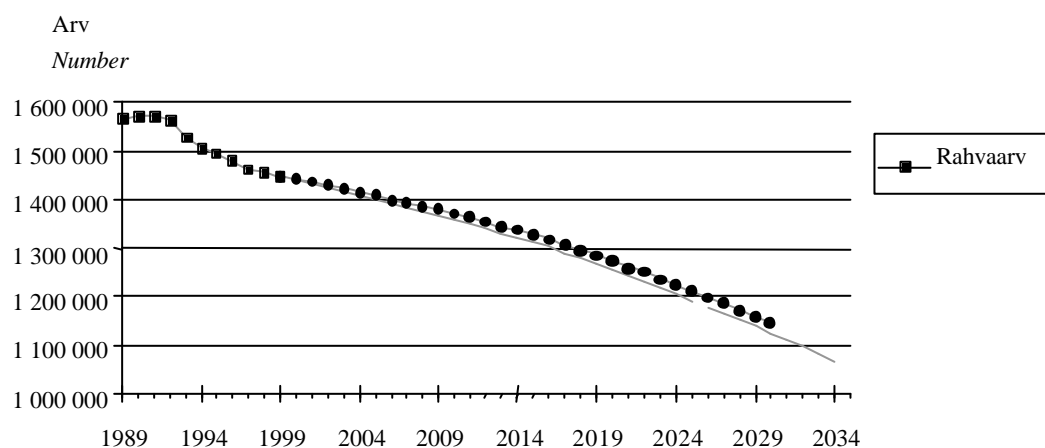


Diagramm 2. Rahvaarv 1989.–1999. aastal ja selle võimalik suurus 2000.–2035. aastal



Tulenevalt demograafilistest muudatustest suureneb krooniliste haiguste, peamiselt kardio-vasculaarse süsteemi haiguste osakaal. Suureneb haigestumus vähi ja psüühilistesse haigustesse (Alzheimeri tõbi, depressioon). Suureneb avahoolust ja kodust abi vajavate inimeste arv.

2.3. Perekoolitajate optimaalse töökoormuse planeerimine

Selleks, et tagada Eesti elanikonnale taskukohane ja kvaliteetne perearstiabi tuleb piirata nimistule lubatavat maksimumsuurust. Suurte nimistute kogumise põhjuseks on olnud parema materiaalse baasi loomine, kuid paraku toimub see ülemäärase töökoormuse ja kvaliteedi arvelt.

Nimistute normaalseks eksisteerimiseks peaks pearaha igaaastaselt tõusma vähemalt elukalliduse indeksiga samas rütmis.

Nimistute optimaalne suurus oleks 1200 ja 2000 vahel. Seda on võimalik saavutada kahel viisil.

1. Uute praksiste avamine. Aastani 2005 tähendaks see täiendavalt 50 – 70 uue praksise avamist. Samas peame arvestama kahaneva rahvaarvuga, mis vähendab nimistute keskmist suurust ja vähendab vajalike praksiste arvu.

Tabel 2. Nimistute suurused 2000-2015

| Nimistu keskmine suurus | praksiste arv | rahvaarv | aasta |
|-------------------------|---------------|----------|-------|
| 1783 | 807 | 1438881 | 2000 |
| 1733 | 807 | 1398600 | 2005 |
| 1683 | 807 | 1357747 | 2010 |
| 1625 | 807 | 1311054 | 2015 |

2. Teise võimalusena näeksime abiarstide tööle rakendamist, kuid seda kindlate piiride seadmisega. Sellisteks piirideks oleksid

- Abiarsti nõue alates 2000 –st patsiendist
- Abiarstiga praksise maksimaalne suurus 3000 patsienti
- Maksimumpiiri täitudes on abiarstil õigus taotleda uue praksise avamist, koos kõikide sellest tulenevate õigustega.

Selline kord võimaldaks dünaamiliselt luua uusi praksiseid sinna kuhu neid kõige rohkem vaja läheb. Ühtlasi võimaldab see residentuuri lõppedes noorele perearstile kindla tulevikupotentsiaali loomist.

Profülaktiline töö

Perearsti töö kvaliteedi üheks osaks peab olema profülaktiline tegevus. Profülaktilise tegevuse jaoks peaks perearstil olema kasutada täiendavaid vahendeid erinevate projektürituste läbiviimiseks. Ambulatoorses kaardis peab kajastuma läbiviidud ennetustegevus ja selle alusel saaks hinnata perearsti tegevust ning arvestama seda ka litsentseerimisel ja lepingute sõlmimisel.

Valveteenistus

Valveteenistuse tööpõhimõtted vajavad korrastamist riigi tasandil. Perearstidele etteheidete tegemine olukorras, kus perearsti tööjuhend ei näe ette valveteenistust õhtutundidel ja nädalvahetustel, toob

kaasa liigseid pingeid . Selleks, et parandada perearstide kättesaadavust väljaspool praegust tööaega , tuleb lahendada järgmised probleemid:

- Tööjõud. Töötamine õhtutundidel ja nädalavahetusel peab olema vabatahtlik ja eraldi tasustatud. Praegusel ajal teevad paljud perearstid koduviisi ja vastuvõtte väljaspool ettenähtud tööaega, saamata selle eest lisatasu. Valvetasu võiks olla jagatud selliselt , et perearstil oleks võimalik lisatööd teha, kuid samas peaks jääma perearstil ka võimalus lisatasu kiirabile loovutada, kes siis lahendaks töövälisel ajal ka perearsti visiidid. Lisaks nõuab valveteenistus täiendavate, perearsti kvalifikatsiooni omavate, arstide kaasamist, mis aga arvestades praegusi koolitusvõimalusi ei ole reaalne. Juba töötavatele perearstidele täiendavate ülesannete lisamist peaks aga niigi suure töökoormuse tõttu vältima.
- Materiaalsed vahendid. Regionaalsel printsiibil valveperearstide süsteemi loomiseks on vajalik korralik ühtne dispetšer – ja sidesüsteemi olemasolu. Mitte vähem oluline ei ole ka vastavate ruumide ja transpordivahendite olemasolu.

Küsimus omaette on ka valvetöö sisu, perearstid ei saa asendada kiirabi. Erakorraline töö nõuab eraldi väljaõpet ja see omakorda aega ja lisaressursse.

Perearstiteos on väga oluline järjepidevus , patsientide usaldus ja vastastikune koostöö. Selle nimel on paljud perearstid andnud oma patsientidele informatsiooni kuidas nendega väljaspool tööaega kontakti leida. See on alus koostööle ja paremale ravitulemusele, usaldusele.

3.Regulatsioon

3.1.Seadusandlus.

Käesoleval hetkel on Eesti Vabariigis perearstiabi seadusliku regulatsiooni aluseks Sotsiaalministri määrus nr.38 30. oktoobril 1997 ja nr. 4. 28. jaanuaril 1999, mis sätestab esmatasandi arstiabi osutamise perearstiabina ning määratleb perearstipraksiste nimistute moodustamise, muutmise ja võrdlemise korra. Määrusele lisandub perearsti tööjuhend (lisa 1 Sotsiaalministri 30.oktoobri 1997. a . määruse nr. 38 juurde). Loomisel on uus Tervishoiu korralduse seadus, mis oma olemuselt järgib seni kehtestatud määruste põhiprintsiipe.

Peatükis 2.1. Olukorra analüüsis on juba käsitletud probleemid , mis on tekkinud seoses perearsti tööjuhendi erinevate tõlgendustega erinevates riigi - ja omavalitsus struktuurides olles põhjustanud perearsti tegevuse killustumiseni mitmete erinevate kohustuste vahel. Uute kohustuste lisandumisel pole finantseerimise alustele ja töökoormuse kasvule tähelepanu pööratud.

22.veebruari 1999 on kinnitatud sotsiaalministri määrusega nr. 10 perearstipraksise ruumide planeerimise nõuded. Määrusega kehtestatakse praksiseruumide asukohale ja juurdepääsudele, ruumide pindalale ja jaotusele, viimistlusele, sisekliimale, küttele, ventilatsioonile, elektrivarustusele, valgustus, side – ja arvutivõrkudele. Määrusest lähtuvalt on nõuded kohustuslikud uute ruumide planeerimisel ja tegutsevate perearstipraksiste töötingimuste hindamisel litsentsi kohaseks tegevuseks. Praeguseks on tekkinud olukord kus perearstid küll töötavad, kuid valdaval enamusel neist ei ole oma tegevuseks vajaliku suurusega ega otstarbekalt planeeritud ruume. Lähtudes olukorrast kus paljud senini töötavad ambulatooriumid ja polikliinikud on amortiseerunud või paiknevad selleks algselt

mitteettenähtud hoonetes, oleks otstarbekas kavandada tüüpprojektid uutele perearstipraksistele. Praksise ruumide ehitamiseks vajalikud vahendid tuleks leida kohaliku omavalitsuse - või riigieelarvest. Mõningad määruses sätestatud nõuded (nt. klistiirruumi nõue, eraldi ruum mustapesu jaoks) ei ole ajakohased, seega tuleks määruse sisu uuesti läbi vaadata ja muuta vastavaks uuemate seisukohtadega. Kui määrust ei muudeta ja riiklikul tasandil ei kehtestata ühtset korda praksiste renoveerimise rahastamiseks tekkib vältimatult olukord kus perearstidel ei jätku omavahendeid paksiseruumide vastavusse viimiseks eelmainitud määruse nõuetega ja senikehtestatud määrusest lähtuvalt pole Sotsiaalministeeriumi Litsentsikomisjonil alates 2004 aasta veebruarist võimalik pikendada perearstipraksiste tegevuslube.

8. juunist 1995 kehtib sotsiaalministri määrus nr.40 Visiiditasude kehtestamine. Määruse punkt 2.2 kehtestab, et eraarstil on visiiditasu kehtestamise õigus. Perearstid on valdavalt oma omandivormilt eraettevõtjad. Arvestades asjaolu, et määruses pole viidatud perearstidele olemasolule või staatusele on võimalikud määruse erinevad tõlgendused (perearst kui eraarst, kellel on õigus kehtestada enese poolt määratav visiiditasu versus perearst kui avaliku raha kasutaja ja riigihanke täitja.) Otstarbekaim lahendus oleks taas määruse muutmine ja visiiditasude süsteemi ajakohastamine. Olukorra lahenduseks võiks olla üleriiklikult ühtne, kõigile isikutele kehtiv omavastutuse määr, mis ei oleks takistuseks perearsti juurde pääsemisel.

Koduvisiiditasu võiks olla kehtestatud selliselt, et see oleks kallim kui kulutus, mis tehakse sama vahemaa läbimiseks taksoga. Vähekindlustatud isikute kulutused raviteenustele (sealhulgas visiiditasu) tuleks kompenseerida sotsiaalabi rahadest. Omavastutuse tõus tingiks noorema ja keskealise elanikkonna suurema motiveerituse tervemate eluviiside ja hoiakute väljakujundamiseks ja järgimiseks, millest oleks pikemas perspektiivis kasu ilmselt nii üksikisikule, kui vananeva elanikkonnaga riigile tervikuna.

3.2 Ravijuhised

Perearstide arvamusküsitlusest selgus, et perearstid eelistaksid ravijuhiseid, mis on väljatöötatud koostöös spetsialistidega, oleksid praktikas rakendatavad (toimiv patsientide ühise kureerimise süsteem eriarstidega; rahaline kate krooniliste haigete kureerimise kohustusele / võimalusele; ravijuhiste soovituslik, mitte dogmaatiline iseloom, et välistada arstliku mõtte piiramist). Soovitavaks peeti kõigi erialade kooskõlastatud ravijuhendeid. Ravijuhendite koostamiseks vajalikud kulutused tuleks planeerida Eesti Tervis hoiu Projekti raames.

Praeguseks on valminud: astma juhend

pneumoonia juhend

Helicobacter pylori ravi käsitlev juhend

laste vaktsineerimise juhend

kliinilised juhendid pediaatrias (osaliselt)

Konkreetselt tuleks kaaluda veel järgnevate ravijuhendite väljatöötamist:

- Terve ja haige/enneaegse imiku /väikelaste jälgimine, hooldamine, toitmine; preventioon imiku - ja väikelapse eas; sagedamini esinevad diferentsiaaldiagnostilised probleemid, haiguste skriining imiku -ja väikelapse eas
- Raseda jälgimine, toitumine, võimlemine, soovitused terve lapse sünniks (koostöös naistearstidega)
- Diabeedi juhend (koostöös endokrinoloogidega)
- Artriitide diferentsiaaldiagnostika, seljavalude käsitus, ortopeedilised probleemid (koostöös reumatoloogidega)
- Psüühika häired (koostöös psühhiaatritega)
- Krooniline valu ja peavalude käsitus (koostöös neuroloogidega)
- Kõrvahaiguste juhend (koostöös kõrva –nina- kurguhaiguste spetsialistidega)
- Täpsed juhised aktsepteeritud ja teaduslikult põhjendatud profülaktiliste tegevuste juhendid, milles preventiooni mõiste oleks selgelt defineeritud ja sellega seotud kulutused konkreetselt rahastatud. Vajalik oleks ka ühtse profülaktilise menetluse registreerimise leht, mida oleks lihtne täitja ja oleks piisavalt ülevaadlik.

Lisaks konkreetsete haigustega seotud ravijuhendite vajatakse :

- Puude ekspertiisi komisjoni suunamise ja kutsealuste läbivaatuse juhendit (peaks valmima koostöös Eesti Vabariigi Sotsiaalministeeriumiga)
- Pereõde tööjuhendit (koostöös Eesti Pereõdede Seltsiga)
- Kaitseväeteenistusse minevate kutsealuste läbivaatuse juhend
- Juriidilised juhendid, mis käsitleksid näiteks andmekaitset, vastutuskindlust

4. Kvalifikatsioon.

4.1 Koolitus

Perearst on erikoolituse saanud arst, kes on läbinud residentuuri või vastavad spetsialiseerumiskursused ning sooritanud perearsti eksami. Perearstide koolituse sisu on määratletud vastavalt kinnitatud perearstiteaduse õppeprogrammidele.

Perearstide erialakoolitus Eestis algas 1991.a. perearstiks spetsialiseerumiskursustega. Tartu Ülikooli arstiteaduskonnas 1992.a. loodud polikliiniku ja perearstiteaduse õppetooli peamiseks ülesanneteks on:

- perearstiteaduse õppetöö üliõpilastele
- peremeditsiini õppejõudude ja juhendajate koolitamine
- perearstide spetsialiseerumiskursuste läbiviimine
- peremeditsiini residentuuri läbiviimine
- peremeditsiini kraadiõppe korraldamine
- peremeditsiini teadusuuringute arendamine

1992.a. loodud peremeditsiini õppeprogrammid üliõpilastele on arstiteaduskonna õppekavas 2. ja 6. kursuse peremeditsiini õppetöö aluseks. Nendes programmides kasutatavaid õppemetoodikaid on pidevalt arendatud ning 1999.a. toimus õppeprogrammide ja metoodikate rahvusvaheline positiivne akrediteerimine. Üliõpilaste õppe arendamine jätkub õppe suurema integreerimisega praktilise tööga ning praktiseerivate perearstide suurema kaasamisega õppetöö läbiviimisse. Planeeritakse peremeditsiini kliiniku loomist, mille kaudu suurendatakse akadeemilise õppe ja perearsti praktilise töö liitumist.

Aastaks 2000 on perearsti spetsialiseerumiskursused lõpetanud 627 perearsti (Tabel 2). Kursustel õpib 241 perearsti ning nemad lõpetavad aastatel 2001-25, 2002-146 ja 2003-70 perearsti. Spetsialiseerumiskursuste kaudu on aastaks 2003 lõpetanud seega 868 perearsti ning sellise õppevormi edaspidiseks jätkamiseks vajadust pole. Perearsti eriala ettevalmistus hakkab toimuma residentuuri kaudu vastavalt residentuuri programmile ja riiklikule tellimusele. Koolitavate perearstide arvu määramisel lähtutakse Eestis avatud praksiste arvust, perearsti tööjuhendist ja praegu töötavate perearsti erialaga arstide vanuselise koosseisust. Perearstide kehtivast tööjuhendist ja praegusest töökorraldusest lähtuvalt on igal aastal vaja koolitada 25 uut perearsti, et 65.a. asendada pensionile minevaid erialaga perearste. Juhul kui perearsti tööjuhend laieneb või perearstisüsteemile lisanduvad muud kohustused (näiteks vastuvõtuoja väline valveteenistus, patsientide ravimine pikaravi haiglas, koolimeditiin, töötervishoiu ülesanded jne), siis on vaja perearstide arvu perearstisüsteemis nende ülesannete katmiseks suurendada ja ettevalmistatavate perearstide arvu samuti suurendada. Muutuma peaksid siis ka õppekavad, lisanduma peaks väljaõpe uute ülesannete täitmiseks.

Peremeditsiini arengukavas ilma teiste erialade arengukavasid teadmata ei saa uusi vajadusi ette näha ning selline arvestus peaks kaasas käima kõikide erialade arengukavade kooskõlastamisega.

On loodud peremeditsiini residentuuri programmid ning loodud püsiv koostöö pediaatria, neuroloogia, otorinolaringoloogia, sisehaiguste, günekoloogia, kirurgia, dermatoveneroloogia, rahvatervise ja

psühhiaatria erialadega perearsti residentide programmi täitmiseks. On loodud perearsti residentuuri baaside võrgustik kogu Eestis, järgneva 5 aasta jooksul luuakse perearsti residentuuri juhendajate koolituse süsteem ja programmid, perearsti residentuuri baasidele ja juhendajatele esitatavad nõuded ja akrediteerimine. Luuaks interneti kaudu toimiv videokonverentsi süsteem polikliiniku ja perearstiteaduse õppetooli ja peremeditsiini residentuuri baaside vahel.

Kui aastal 1993 alustati ühe residentide koolitamisega, siis aastatel 1998, 1999 ja 2000 on vastavalt vastu võetud 11 residentide 14 ja 15 residentide (tabel 3). Arvestades perearstide vanuselist koosseisu ning praksiste arvu, peaks aastatel 2001 alustama 15, 2002 ja 2003 20 residentide ning alates aastast 2004-25, et tagada praksiste vajadus koolitatud perearstierialaga arstide järele praegusele perearsti tööjuhendile vastava töömahu täitmiseks. Juhul kui on vaja perearstisüsteemile lisakohustuste täitmiseks (valvesüsteemi loomine, geeniprojekti täitmine jne.) lisaks suuremat arvu perearste kui praegu on planeeritud tuleks arvesse peremeditsiini residentuuri mahu suurendamine ning eksternina väljaõppe kasutamine.

Tabel 3. Perearstide eriala koolituse areng ja planeering aastani 2006

| | Alustab | | Lõpetab | | Õpivad | | Lahkus | | Kokku | |
|------|---------|----|---------|----|--------|----|--------|---|-------|-----|
| | PA | R | PA | R | PA | R | PA | R | PA | R |
| 1991 | 63 | | | | | | | | | |
| 1992 | | | | | 63 | | | | | |
| 1993 | 83 | 1 | 63 | | 83 | 1 | | | 63 | |
| 1994 | 204 | | | | 287 | 1 | | | 63 | 1 |
| 1995 | 74 | 1 | 83 | | 278 | 2 | | | 146 | 1 |
| 1996 | | | 15 | 1 | 263 | 1 | | | 161 | 1 |
| 1997 | 31 | 7 | 129 | | 165 | 8 | | | 290 | 1 |
| 1998 | 242 | 11 | 108 | 1 | 299 | 18 | | | 398 | 2 |
| 1999 | 120 | 13 | 57 | | 362 | 30 | | 1 | 455 | 2 |
| 2000 | 120 | 15 | 172 | 4 | 302 | 40 | | | 627 | 5 |
| 2001 | | 15 | 25 | | | 44 | | | 652 | 16 |
| 2002 | | 20 | 146 | 11 | | 50 | | | 798 | 30 |
| 2003 | | 25 | 70 | 14 | | 60 | | | 868 | 45 |
| 2004 | | 25 | | 15 | | 70 | | | | 60 |
| 2005 | | 25 | | 20 | | 75 | | | | 80 |
| 2006 | | 25 | | 25 | | 75 | | | | 105 |

Akadeemiline kaader

On loodud perearsti erialaga õppejõudude kaader. Kui 1992.a. ei olnud Eestis ühtegi õppejõudu perearsti erialaga, siis aastaks 2000 on kõigil perearsti kategooria

(2 kõrgem, 3 esimene, 2 teine kategooria) ning kõigile õppejõududele on loodud tingimused praktiseerimiseks peremeditsiinis. Kõik õppetooli õppejõud on Eesti tervishoiuprojekti toetusel osalenud perearstiõpetajate kursustel ja tutvunud õppeprogrammidega teistes ülikoolides(Londonis, Maastrichtis, Bledis, Dubrovnikus, Tamperes, Sydneys, Torontos, Leuvenis). Lisaks õppetoolis töötavatele korralistele õppejõududele on koolituskursusi läbinud ka perearstid, kes töötavad lepinguga peremeditsiini õpetajatena. Eestis on saavutatud olukord, kus perearstide koolitusega tegelevad juba koolitatud perearstid ise. Seda suunda on plaanis jätkata luues perearstides õpetajatele tingimused kliiniku koosseisus õppe ja teadustöök, nähes ette koolituskursusi, mis on suunatud õpetamisoskuste arendamisele.

Aastatel 1992-2000 nn loodud uued tingimused õppetöö läbiviimiseks: organiseeriti interaktiivse õppe kabinet, videokonsultatsiooni kabinet ja praktiliste oskuste treeningu kabinet. Õppetöö läbiviimise arengusuundadeks on praktiliste oskuste kabineti laiendamine, interaktiivsete programmide loomine ja patsientide suurem kaasamine õppetöösse. Kasutusele on võetud uued õppemeetodid, mida kasutatakse igapäevaselt õppetöös: interaktiivne sagedaste probleemide õpe, meditsiiniinformatsiooni kogumise meetodika, videokonsultatsiooni meetodika, praktiliste oskuste treeningu meetodika. Ka nende suundade laialdasem kasutamine on järgneva 5 aasta ülesanne.

1998.a. anti välja esimene eestikeelne peremeditsiini õpik "Peremeditsiin", mida kasutatakse üliõpilaste, residentide ja perearstide õppetöös. Aastatel 2001-2005 on plaanis avaldada õpiku 2. ja 3. osa, milles pööratakse tähelepanu peremeditsiini kliinilistele ja ravi probleemidele.

On loodud unikaalsed interaktiivsed peremeditsiini õppevahendid arvutile(7 programmi), mida kasutatakse üliõpilaste, residentide ja perearstide õppetöös, planeeritakse nende loomist uute probleemide kohta. On avaldatud praktiliste oskuste treeningu õppevahendid, õppeprogrammid inglise, vene ja eesti keeles

- On loodud arvestatav teadlaste kaader perearstiteaduse teadustöö läbiviimiseks ning koordineerimiseks. Kaitstud on üks doktoridissertatsioon Tampere(M.Lember). aastatel 2001-2003 kaitstakse kolm doktoriväitekirja, aastatel 2003-2005 kaks doktoriväitekirja. Igal aastal on plaanis võtta peremeditsiini teemadele vähemalt üks kuni kaks doktoranti. Kaitstud on üks magistrikraad Toronto Ülikoolis- dr. Kaia Enni 2001.a. Osaletakse Euroopa ühenduse teadusprojektides(kaks Copernicus projekti) ja ETF teadusgrantide täitmisel. Peremeditsiini teadustöid on avaldatud eelrefereeritavates rahvusvahelistes ajakirjades ning ajakirjas Eesti Arst. Teadustöös osalevad peale doktorantide ka residendid. Jätkub EU ühenduse Copernicus projekt Forum.

Peremeditsiini arengut on tutvustatud mitmetel konverentsidel: WB konverentsid Tallinnas(1998) ja Sarajevos(1999). Aastal 2000 organiseeriti Tartus rahvusvaheline konverents “Peremeditsiini integratsioon polikliinikute süsteemi”.

1999.a. toimus õppetooli akrediteerimine(Peer-review) Maailmapanga ekspertide poolt ning kavandati peremeditsiini õpetamise arengusuunad: struktuuri arendamine kliiniku loomisega võrdväärselt teiste erialade kliinikutega, residentuuri mahu suurendamine ning kvaliteedi tagamine, perearstiteaduse spetsiifiliste teadustööde jätkamine ning eriala identiteedi tugevdamine teiste erialade hulgas.

Perearstiteaduse õppe arengusuunad aastateks 2001-2015

- Õppestruktuuri organisatsiooni tugevdamine ning õppetegevuse laiendamine: integratsioon Eesti ulatuses. Polikliiniku ja perearstiteaduse õppetooli baasil moodustub iseseisev peremeditsiini kliinik/keskus laiendatud struktuuriga ja ülesannetega (aastatel 2001-2005).
- Residentuuri mahu suurendamine Eesti vajaduste tasemele ning residendiõppe kvaliteedi standardiseerimine EU nõuete kohaselt. Õppejõudude ja perearstide õppe juhendajate koolituse standardi loomine ning koolituse korraldamine. Õppebaasidena toimivate perearstikeskuste akrediteerimine.(aastatel 2001 - 2007)
- Uutele õppevormidele vastavate õppevahendite loomine, näiteks distantskoolituses kasutatavad loengud, demonstratsioonivahendid, videod jne. (aastatel 2001-2015).
- 3 aasta pärast töötavad esmasjärgel ainult perearsti erialaga arstid (807 praksist, 890 arsti) ja residendid (75 aastas); aastaks 2015 on 1/3 töötavatest perearstidest omandanud eriala residentuuri kaudu.

Täiendkoolitus

Perearsti eriala omandamise järgi jätkub perearstide kogu elu kestev täiendkoolitus. Perearstide täiendkoolituse teemad peavad lähtuma peremeditsiini probleemidest, perearstidele sobivad lühemad täiendustsüklid. Kõrvuti ühe nädalaste täiendustsüklitega soovitakse 1-2 päevaseid täiendusi aktuaalsetel teemadel. Vajalikuks peetakse täiendkoolitust, mis käsitleksid uusi seadusi (andmekaitse

seadus, puuetega inimeste seadus jne) ning perearstide osa seaduste rakendumisel. Perearstid näevad tulevikus ühe täiendusvõimalusena ka distantškoolitust telekonverentsi keskuste või interneti kaudu. Kuna perearstid osalevad paljude erialade poolt pakutavate täiendkoolituse kursustel, siis pakutavad kursused peavad olema omakorda akrediteeritud. Täiendkoolituse läbimist peab arvestatama resertifitseerimisel.

Resertifitseerimine

Resertifitseerimine perearstidele on vajalik iga 5 aasta järel. Resertifitseerimine peaks olema vabatahtlik, kuid stimuleeritud võimaluse kaudu sõlmida majanduslikult soodsamaid lepinguid. Astmelisuse süsteemi võiks säilitada vaid juhul, kui sellega seostuks majanduslik mehhanism. Senine kategooriate süsteem ei erista erinevate kategooriatega arste lepingute sõlmimisel. Litsentsi taotlemisel arvestatakse vaid kategooria olemasolu, mitte aga astmelisust. Arengusuunaks peaks olema vabatahtlik resertifitseerimine ning selle väärtustamine rahaliste mehhanismide kaudu (lepingud).

Kokkuvõtteks

Arvestades olukorda kus perearstide osatähtsus esmatasandi arstiabi osutamisel tõuseb, vajab enamus peremeditsiiniga seotud seadusandluslikest aktidest uut läbivaatus ja ajakohastamist. Enamus määrustest on väljaantud ilma rakendusmehhanisme äranäitamata ja finantseerimise pool on tihti jäänud tähelepanuta.

Perearsti eriala koolitus toimub aastani 2002 spetsialiseerumiskursuste ja residentuuri kaudu. Alates aastast 2003 toimub ettevalmistus perearsti erialaks vaid residentuuri kaudu. Residentuur võib olla statsionaarne või eksternina töökohal. Perearsti eriala koolituse maht on praeguse perearsti tööjuhendis ette nähtud tegevuste täitmiseks ning pensionile minevate perearstide asendamiseks 25 perearsti aastas. Juhul kui perearstide tegevusala laieneb (valveteenistus väljaspool tööaega, eriarstidelt delegeeritavate tegevuste laienemine, töö pikaravihaiglas, geeniprojekti täitmine, väravavahi funktsiooni suurenemine jne.), siis peab suurenema ka ettevalmistatavate perearstide arv.

Perearstide täiendkoolitus peab olema elukestev ning täiendkoolitust tuleb arvestada resertifitseerimisel. Resertifitseerimine peab toimuma iga viie aasta järel vabatahtlikkuse printsiibi alusel ning olema stimuleeritud majanduslike hoobadega (lepingu tingimused haigekassaga sõltuksid resertifitseerimisest).