

Lastekirurgia eriala arengukava aastani 2020

2012

Sisukord

1. Eriala areng	3
1.1. Eriala definitsioon ja olemus	3
1.2. Eriala arengu prioriteetid.....	4
1.3. Võrdlus eriala arengu ning prioriteetidega Euroopa Liidu liikmesriikides ja mujal maailmas	7
2. Teenuste jaotumine	7
2.1. Patsientide ja teenuse osutamise jagunemine haiglas osutatava ja haiglavälise eriarstiabi ning esmatasandi arstiabi vahel	7
2.2. Patsientide ja teenuse osutamise jagunemine aktiivravihaiglate vahel	8
2.3. Haruldased haigused	9
2.4. Harvaesinevad haigusseisundid.....	9
3. Valveteenistus.....	9
4. Koormusstandardid.....	10
5. Prognoosid	10
5.1. Teenusevajaduse prognoos	10
5.2. Voodikohtade arvu prognoos	11
5.3. Eriarstide vajadus	11
5.4. Uute tehnoloogiate ja meditsiiniseadmete vajadus.....	12
6. Regulatiivne keskkond ja vajalikud muudatused	12
6.1. Seadusandlus	12
6.2. Ravijuhised.....	12
7. Professiooni vastutuse tõstmine eriarstide pädevuse jälgijana	13
8. E-tervis	13
9. Muid eriala probleeme ja ettepanekuid	14
Lisa 1a. Neuraalorü defektidega patsientide probleemidest	15
Lisa 1b. Keskhaiglate lastekirurgide arvamus eriala jätkusuutlikkuse osas neis keskustes	17

1. Eriala areng

1.1. Eriala definitsioon ja olemus

Lastekirurgia on arstiteaduse eriala, mis tegeleb lapseeas patsientide selliste haiguste ja vigastustega, mis vajavad või võivad vajada kirurgilist ravi. Vastavalt lapse õiguste konventsioonile mõistetakse lapse all iga alla 18 aastast inimolendit, kui lapse suhtes kohaldatava seaduse põhjal ei loeta teda varem täisealiseks.

Lastekirurgia on ainukene kirurgiline eriala, mida defineeritakse patsiendi vanuse, mitte teatud organsüsteemi või probleemi kaudu. Seega on lastekirurgia oma olemuselt multidistsiplinaarne eriala, hõlmates praktiliselt kogu ulatuses lapseeas üldkirurgiliste, uroloogiliste, ortopeediliste, traumatoloogiliste ja onkoloogiliste haiguste ravi.

Teatud erialadel kulgeb tööjaotus laste- ja täiskasvanute kirurgide vahel vastavalt haiguse olemusele: kaasasündinud väärendid ja tüüpiliselt lapseeas omandatud haigusi ravivad lastekirurgid, seevastu täiskasvanutele iseloomulikke haigusi vastava eriala kirurgid. Nii on see näiteks osa torakaalkirurgiliste (näiteks söögitoru ja vahelihase väärendid, rindkere deformatsioonid) ja ka neurokirurgiliste (näiteks neuraalitoru defektid) haiguste puhul.

Vastavalt kirurgia arengule ja traditsioonidele Eestis ei tegele Eestis lastekirurgid silma- ja südamekirurgiaga ning enamjaolt ka näo ja lõualuude ning kõrva-nina-kurgu kirurgiliste haigustega.

Lisaks multidistsiplinaarsusele on lastekirurgidel vajalik arvestada oma töös laste erinevate vanusrühmade anatoomilis-füsioloogiliste iseärasustega. Patsiendi vanusest (vastasündinud, imikud, väikelapsed, koolilapsed ja noorukid) olenevalt võivad haiguste diagnostika ja ravi põhimõtted oluliselt erineda. Sellega seoses ei ole lapseeas 18-aastase vanuse ülempiiri eranditeta järgimine alati otstarbekas. Näiteks skeleti vigastuste tüübid, ravi printsiibid ja parimaks tõendus põhiseks raviks vajalikud vahendid ning lisatarvikud erinevad oluliselt kannatanutel enne ja pärast luulise küpsuse saavutamist. Samuti on väga suuri erinevusi ägeda kõhu haigete käsitluses enne ja pärast suguküpsuse saavutamist ning eriti seksuaalelu alustanud noorukite vahel. Näiteks lastekirurgidel puuduvad kogemused (sageli ka võimalused) rasedusega seotud või günekoloogiliste haiguste äratundmisel ning ravimisel. Reeglina on erakorraliste kirurgiliste haiguste ja traumade ravi kuni 16. eluaastani otstarbekam ja efektiivsem lastekirurgilistes osakondades, hiljem täiskasvanute süsteemis. Erandiks on ägeda skrootumiga, eriti seemneväädi torsiooniga patsiendid, kes lastekirurgidelt saavad sageli kiiremat abi.

Plaaniliste haigete osas on otstarbekas lähtuda haiguse iseloomust ja ravi võimalustest. Peamiselt lapseeas esinevate haigustega patsientide ravi (näiteks lülisamba kongeniaalsed, idiopaatilised ja neuromuskulaarsed deformatsioonid) on õigem kontsentreerida ühte keskusesse olenemata patsiendi vanusest. Samuti on teatud haigustega, eriti kaasasündinud väärenditega patsientide grupe (näiteks neuraalitoru defektiga patsiendid), kelle raviks

täiskasvanute võrgus puuduvad seni kogemused. Põhjuseks on selliste patsientide märgatav elulemuse tõus alles viimasel kümnendil ja probleemide uudsus nii esmatasandi kui ka täiskasvanutega tegelevate eriarstide jaoks (vt ka lisa 1a).

Hoolimata eriala keerukast integreeritusest on lapseas patsientide kirurgiline ravi Eestis hästi tagatud. Tänu lähedasele koostööle täiskasvanute erialade esindajatega ei ole esinenud märkimisväärseid probleeme ka vanuseliselt ja erialaliselt piiripealsete juhtumite lahendamisel. Lapseas haruldaste ja harvaesinevate kirurgiliste haiguste korral ning muudel põhjustel ebatüüpilistes olukordades hangivad vajalikku oskusteavet nii kodu- kui ka välismaalt ning korraldavad vajadusel kirurgilise ravi reeglina lastekirurgid.

1.2. Eriala arengu prioriteedid

Eriala arengu peamiseks eesmärgiks on tagada töökorraldus, mille puhul kõik Eesti lapsed saavad parima võimaliku ravi igas eas ja iga kirurgilist ravi nõudva probleemi korral. Üldiselt on Eestis laste kirurgiline abi heal tasemel ja hästi kättesaadav. Markantsete probleemide puudumisega seoses ei ole vajadust formuleerida üldisest arengust reljeefsel eristuvaid prioriteete. Eriala ühtlane ja jätkusuutlik areng oleks parim. Püüame siiski alljärgnevalt juhtida tähelepanu mõningatele arengu aspektidele, mida toetades võib lastekirurgilist abi veelgi parandada ja vältida võimalikke esilekerkivaid tõsisemaid probleeme.

1.2.1. Ainult tõendus põhiste ja parimat elukvaliteeti tagavate ravimeetodite kasutamine lastekirurgia erialal ning nendest arusaamade juurutamine kogu arstkonnas.

Arvestades meie patsientide vanust peab ravimeetodite valik põhinema kaugtulemuste analüüsil. Mõnikord võivad pealtnäha kõige lihtsamad ja säästlikumad lahendused lükata probleeme edasi, sh täiskasvanuikka ja seoses sellega suurendada oluliselt koormust hiljem ka maksumaksja rahakotile. Näitena võib siin tuua kirurgiliste võimaluste laiema kasutamise (seotult rehabilitatsiooni ja abivahenditega) neuroloogiliste haigustega laste ravis, mis tõstavad võimekust iseseisvalt elus toime tulla, vähendaks kõrvalise abi vajadust ja lõppkokkuvõttes tagaksid nende parema integreerumise ühiskonda.

Viimastel aastakümnetel on parem arusaam lapse arengunormidest vähendanud oluliselt mittetõendus põhise ravi mahtu (näiteks paljud imikute naba probleemid, arenguline eesnaha kitsus, füsioloogiline lampjalgsus jne) ja säästnud märkimisväärselt maksumaksja raha. Veelgi parem arusaam lapse arengunormidest ka esmatasandil võiks vähendada asjatuid visiite, säästa kulusid ja parandada eriarstiabi kättesaadavust teatud (näiteks lasteortopeedia) erialadel.

1.2.2. Kompleksne, asjatundlik ja ratsionaalne lähenemine patsiendi probleemidele.

Sarnaselt paljudele erialadele on ka lastekirurgias tendents spetsialiseerumisele järjest kitsamatele alerialadele. Üldiselt on selline põhjalikum pühendumine teatud problemaatikale ametialaselt edasiviiv ja tagab parema oskusteabe ning kirurgilise tehnika valdamise. Seda arengut peab toetama ka täienduskoolituse, teadustöö ja kraadiõppe soosimine ning resertifitseerimise kohustuslikuks muutmine (vt alapunktid 6, 7). Siiski

suurema osa lastekirurgiliste ja ortopeediliste probleemide käsitlemisel peaksid olema ühised seisukohad nii lastekirurgidel omavahel kui ka perearstidel ning erakorralise meditsiini arstidel. Patsient ja tema vanemad ei tohiks saada vastukäivat informatsiooni ega ravisoovitusi olenevalt arsti persoonist või erialast. Suur abi oleks siin enamlevinud lastekirurgiliste haiguste ravijuhiste väljatöötamisel. Erinevates tervishoiuasutustes teostatud uuringute tulemused ja erinevate arstide põhjendatud arvamused peavad olema kättesaadavad ning mõistetavad nii patsiendi vanematele kui ka raviprotsessis osalevatele arstidele. IT lahenduste ühtlustamine ja elektrooniliste saatekirjade juurutamine aitab sellele kaasa (vt punkt 8).

1.2.3. Võimalikult vähem valu, ebameeldivusi ja kannatusi põhjustavate ravimeetodite kasutamine ja töö korraldamine.

Igasugune ravimine ja eriti kirurgiline tegevus on seotud ebameeldivustega meie patsientidele. Lisaks eetilistele aspektidele on see prioriteet seotud ka ökonoomikaga. Väidetakse, et lapseeas kogetud stress seoses meditsiiniliste protseduuridega avaldab mõju kogu edasise elu vältel ja väljendub täiskasvanueas hilisemates pöördumistes arstiabi saamiseks ning suurendab sellega hiljem tervishoiukulutusi.

Seda prioriteeti toetab üha laiemalt ka lastekirurgias kasutatavate vähem invasiivsete ravimeetodite rakendamine. Peame oluliseks endoskoopilise kirurgia arendamist. Samuti kaasaegsete kirurgiliste instrumentide, haavaravitoodete ja õmblusmaterjalide kasutamise võimaluste laienemist.

Arusaadavalt kasutatakse imikutel ja väikelastel täiesti erinevaid kirurgilisi instrumente ja tarvikuid võrreldes suurematel lastel ja täiskasvanutel kasutatavatega. Seega peab lisaks tavalistele instrumentidele lastekirurgilistes operatsioonitubades olema erinevas mõõtmetes analooge. Väiksemad instrumendid ja ka õmblusmaterjalid on alati kallimad. Seda ei toeta arengud haigekassa piirhindade koostamisel. 2012. aastal kasutusele võetud uues piirhindade nimekirjas on just vastsündinute väärarengutele puhul teostavate protseduuride piirhinnad täiesti arusaamatutel põhjustel vähenenud (vt tabel 1).

Tabel 1. Haigekassa piirhindade muutused

Kuni 2011			Alates 2012		
Operatsiooni nimetus	Kood	Piirhind (EUR)	Operatsiooni nimetus	Kood	Piirhind (EUR)
Operatsioon söögitoru, seedetrakti väärarengu puhul vastsündinutel	60113	572,01	Operatsioon seedetrakti või kõhuseinte väärarengute puhul vastsündinul	0J2103	354,05
Operatsioon kõhu eesseina anomaaliate puhul vastsündinutel	50111	400,02			
Proktoplastika anuse atreesia korral	40113	317,77			
Radikaalne operatsioon Hirschprungi tõve puhul	70113	703,35	Jäme- ja/või pärasoole resektsioon ilma anastomoosita	0J2120	480,98

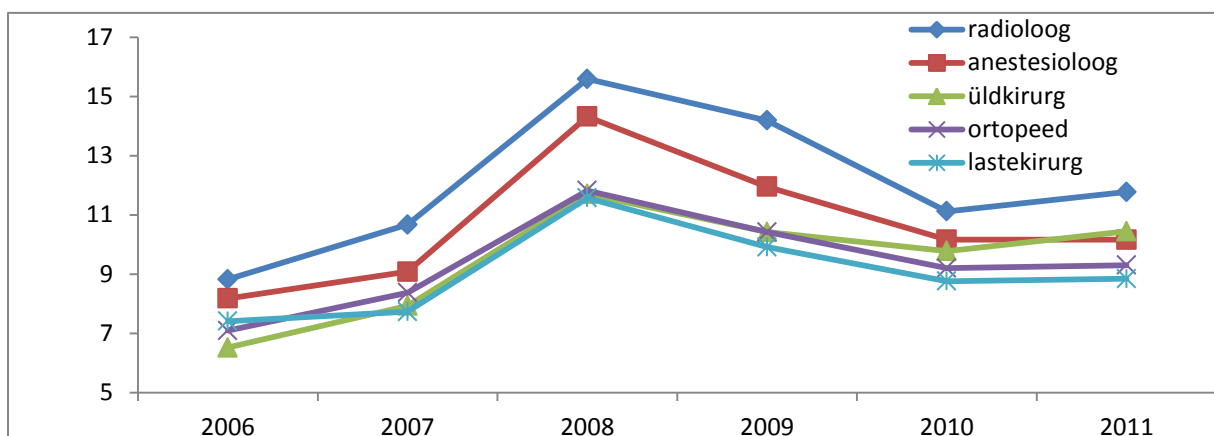
Arvestades näiteks 2011. aastal Tallinna Lastehaiglas teostatud eelnimetatud operatsioonide arvu, väheneks nende samas mahus teostamise eest teenitud tulu 25%.

Diagnostilistest meetoditest on eelistatavad võimalikult madalat ioniseerivat kiirgust emiteerivad meetodid. Lisaks laialdaselt praegu kasutavale ultrahelile suureneb tõenäoliselt oluliselt MRT roll. Viimane peab olema vajadusel kättesaadav ka erakorraliselt ja väikelaste puhul sedatatsiooni kasutades.

Sama prioriteediga haakub ka perest eemalolekuga seotud stress. Seda on võimalik vähendada, suurendades võimalusel päevakirurgia või koduse ravi osakaalu. Sellise ravi korraldamine nõuab võimalike probleemide ette nägemist ja patsiendi vanemate või hooldaja igakülgset informeerimist. Päevaravi ja koduse ravi korraldamine on võrreldes statsionaarse raviga tunduvalt töömahukam ja vastutusrikkam. Samas on päevaravi hinnad võrreldes statsionaarse raviga madalamad. Haigekassa lepingumahu täitmist, mida võib seostada päevastatsionaari osa suurenemisega viimastel aastatel ühes lastekirurgiaga tegelevas haiglas, on toodud tööandaja poolt ettekäändeks töötasu kärbeteks. Selline olukord ei ole motiveeriv.

1.2.4. Tagada eriala jätkusuutlikus kompetentsete ja motiveeritud töötajate kaudu.

Praegune lastekirurgide töötasu ja võimalused enesetäiendamiseks ei ole piisavad. Lastekirurgide keskmine kogutunnipalk on Tervise Arengu Instituudi andmetele toetudes langenud alates 2008. aastast (joonis 1).



Joonis 1. Eriarstide tunnipalga võrdlus

Langus on olnud suurem ja kogutunnipalk on ka absoluutarvudes madalam võrreldes üldkirurgide ja ortopeedidega. Radioloogide ja anestezioloogidega on palgavahe olnud suisa piinlikkust tekitav. Seda olukorras, kus meie erialal praktiliselt ei olnud päris algajaid või ainult ambulatooriumis töötavaid kolleege.

Nagu me hiljem tõdeme, on lastekirurgia erialal palju harvaesinevaid haigusi, mille puhul ei saa sageli rakendada standardset lähenemist. Seepärast on erialase taseme ja tööjõuturul konkurentsivõime säilitamiseks äärmiselt oluline enesetäiendamise võimaluste avardamine. Lisaks kodumaistele ja rahvusvahelistele konverentsidele peab igal lastekirurgil olema

võimalus vähemalt iga 5 aasta järel pikemaks (vähemalt 1 kuu) stažeerimiseks suuremates keskustes välismaal või ka Eestis mõnel teisel kirurgilisel erialal.

Tööandja sõnul ei luba lastekirurgilise tegevuse eest saadav tulu palka korrigeerida ega suuremaid summasid enesetäienduseks kasutada. On vihjatud suisa lastekirurgilise tegevuse kahjumlikkusele. Arengukava koostanud mittetulundusühingu esindajatel ei ole võimalusi selliste väidete õigsuse kontrollimiseks ega kommenteerimiseks. Igal juhul ei ole selline olukord normaalne ning ei toeta eriala jätkusuutlikku arengut. Piisavate volituste ja informeeritusega haigekassa töötajad ja haiglate juhid peaksid majanduslikule analüüsile toetudes selle olukorra normaliseerima.

1.3. Võrdlus eriala arengu ning prioriteetidega Euroopa Liidu liikmesriikides ja mujal maailmas

Nagu tõdetud tulenevad prioriteetidid konkreetsetest kitsaskohtadest ja need on riigiti erinevad. Enamikus arenenud riikides ei ole põhjust eraldi diskuteerida lastekirurgide madala palga või puudulike täienduskoolituse võimaluste osas. Teisalt võib nendes samades riikides esineda probleeme eriarstiabi halva kättesaadavusega, mida Eestis meie erialal kindlasti ei ole. Sageli nähakse probleemina hospitaalinfektsiooni, aga ka mittenosokomiaalsete kirurgiliste infektsioonide ravimresistentsuse levikut. Eestis ei ole see olukord praegu eriti murettekitav. Hospitaalinfektsioonide vähesus arvatakse olevat tingitud osalt meie statsionaarsete osakondade ja operatsioonitubade heast seisukorrast ning tõsiasi, et nad ei ole viimase piirini koormatud.

2. Teenuste jaotumine

2.1. Patsientide ja teenuse osutamise jagunemine haiglas osutatava ja haiglavälise eriarstiabi ning esmatasandi arstiabi vahel

Kuna enamik kirurgilisi protseduure lastel teostatakse üldnarkoosis, mille järgselt on vajalik patsiendi jälgimine, ei näe me ambulatoorsel kirurgial oma erialal suurt rolli. Tehniliselt on märkimisväärne osa lastekirurgilistest operatsioonidest (näiteks erinevad songad, healoomuliste kasvajate eemaldamised) teostatavad päevakirurgilistena. Lisaks eespool nimetatud eelistele (vt punkt 1.2.3) vähendab päevakirurgia kasutamine ka haiglainfektsioonide riski. Siiski on olenemata protseduuri lihtsusest või keerukusest olukordi, kus statsionaarne ravi on näidustatud sotsiaalsetel põhjustel või anesteesiaga seotud riskide tõttu. Näiteks kõik alla 6 kuu vanused (eriti enneaegselt sündinud) lapsed peavad viibima narkoosi järgselt 24 tundi jälgimisel.

Esmatasandi arstiabil on roll ka lastekirurgia arengus. Sõltub see väga palju konkreetsest arstist. Paljudel juhtudel võib parem perearsti teoreetiline ettevalmistus või/ja motiveeritus oluliselt vähendada asjatuid visiite ja parandada eriarstiabi kättesaadavust. Markantsem on see probleem lasteortopeedias. Seoses lapse arengunormi mittetundmisega ja profülaktiliste läbivaatustega moodustuvad lasteortopeedi vastuvõtule järjekorrad tervetest lastest. Lisaks

tõeliselt ortopeedilist ravi vajavate laste pikemale ooteajale loob selline olukord soodsa pinnase erialal ebapädevatele spetsialistidele. Haigekassal peaks olema lepingut sõlmides võimalus sisuliselt hinnata lepingu täitja pädevust, vähemasti nõuda lepingu täitjalt sertifitseeritud eriarstide olemasolu. Erialaselt või sotsiaalministeeriumi eriala nõunike arvamusega arvestamine aitab samuti kaasa selliste otsuste pädevuse tõstmisel.

Krooniliste haigustega patsiendid moodustavad meie eriala suhteliselt väikese osa ja üldjuhul ei kujuta nende jälgimine olulist probleemi. Erandiks on neuraalitoru defektidega patsiendid, kes on alles viimastel aastakümnetel jõudnud täiskasvanuikka. Sellistel patsientidel esinevad suhteliselt spetsiifilised probleemid ja nendega toimetulekuks on kulutused märgatavalt suuremad võrreldes tavaliste perearsti nimekirjades olevate inimestega. Mitmes riigis on sellised patsiendid dispanseeritud müelodüsplaasia keskuste juurde, mis annavad sellistele patsientidele tavamõistes ka esmatasandi arstiabi ja tegelevad nende sotsiaalsete probleemidega. Oleme ka oma eelmistes arengukavades sellele probleemile tähelepanu juhtinud, kuid head lahendust ei ole senini leitud (vt ka lisa 1a).

2.2. Patsientide ja teenuse osutamise jagunemine aktiivravihaiglate vahel

Lastekirurgia eriala on esindatud eraldi osakondadena Tallinna Lastehaiglas ja Tartu Ülikooli kliinikumis. Laste- ja kirurgiosakondade baasil teostatakse lastekirurgiat Ida-Viru ning Pärnu keskhaiglates. Seal töötavatel kolleegidel on lisaks lastekirurgilisele tööle muid töökohustusi piisava töökoormuse saamiseks. Samuti on kõigis neljas loetletud haiglas korraldatud lastekirurgi konsultatiivne vastuvõtt.

Kogu plaaniline lastekirurgiline tegevus peaks tulevikus koonduma kahte piirkondlikku haiglasse. Eriala jätkusuutlikkus Ida-Viru ning Pärnu keskhaiglates on pikemas perspektiivis küsitav. Sel teemal on neis haiglates töötavad kolleegid põhjendanud oma eriarvamuse (vt lisa 1b).

Neis keskhaiglates töötavad praegu pädevad lastekirurgid ja lähiaastatel prognoositakse ka üldist laste arvu kasvu Eestis, seega võib käesolevas arengukavas käsitletaval perioodil senise töökorraldusega jätkata, see tähendab säilitada konsultatiivne lastekirurgiliste haigete vastuvõtt ning ka lihtsamad plaanilised operatsioonid. Viimane eeldab lisaks lastekirurgilisele ka lasteanestesioloogilist ning vajadusel lasteintensiivravi ning -põetuse alast pädevust. Arvestades prognoositavat sündide arvu langust pärast 2015. aastat ning laste arvu püsivat langust alates 2024. aastast on tulevikus lastekirurgi piisav koormamine seal ikkagi problemaatiline. Rahvastiku prognoosimudeli täpsustumisel (üldine sündide arv, lastega perede koondumine suurematesse linnadesse jne) ja haiglavõrgu arengukava selgumisel teeme vajadusel oma eriala arengukavas parandused ja täpsustused.

I ja II tasandi haiglates lastekirurgilist teenust ei planeeri. Kaugemates piirkondades võib kasutada konsultatsioone telefoni ja interneti teel. Head kogemused sellisest koostööst on seni näiteks Saaremaa patsientide ravimisel. Lastekirurgilistele probleemidele enam pühendunud üldkirurg või lastearst teeb patsiendi läbivaatuse, vajadusel uuringud ning

konulteerib edasise ravitaktika osas lastekirurgiga. Sellised konsultatsioonid tuleks aga elektrooniliselt dokumenteerida ja sellisele teenusele peaks olema kehtestatud hind.

Erakorraliste kirurgiliste haiguste ja traumade raviga (eriti suurematel lastel) tegelevad maakonna keskhaiglates ka üldkirurgid ja ortopeedid. Sellise tegevuse eelduseks on kirurgi ja anestezioloogi pädevus ning ja intensiivravi võimaluste vastavus. Pädevuse ja võimaluste puudumisel saadetakse sealt erakorralist kirurgilist ravi vajavad lapsed peale esmaabi osutamist Tallinna või Tartusse.

Seosest ja heast koostööst teiste erialadega on kõneldud juba eriala defineerides. Tugiteenustest näeksime meeleldi radioloogia arengut, eriti võimalikult madalat ioniseerivat kiirgust emiteerivate meetodite kättesaadavuse parandamist. Erakorraline ultraheli ja magnet resonants tomograafia (ka narkoosis) peavad olema kättesaadavad nii Tallinnas kui ka Tartus.

2.3. Haruldased haigused

Tulenevalt eriala multidistsiplinaarsusest ja earühmade vahelistest erinevustest on lastekirurgia erialal haruldaste haiguste osakaal suhteliselt suur. Hinnanguliselt iga viies (ca 20%) operatsioon Tallinna Lastehaigla kirurgia osakonnas aastal 2011 oli seotud haigusega, mis loetakse Euroopa Liidu ühisele määratlusele vastavalt haruldaseks (esineb kuni 5 inimesel 10 000-st) ja on kantud järgnevasse nimekirja <http://www.orpha.net/consor/cgi-bin/index.php>.

Arusaadavalt on selliste haiguste ravi kordades töömahukam igapäevastest. See nõuab pidevat enesetäiendamist, tavalisest põhjalikumalt oskusteabe hankimist ja operatsiooni planeerimist, aga sageli ka konsulteerimist suuremate kogemustega kolleegidega kodu- ning välismaal. Seda tööd ei saa mõõta operatsioonitoas viibitud ajaga, mis meile teadaolevalt on võetud aluseks operatsioonide piirhindade kujundamisel haigekassa spetsialistide poolt.

2.4. Harvaesinevad haigusseisundid

Harvaesinevate haigusseisundite ravi korraldamise osas eelistame võimalusel külaliskirurgi Eestisse kutsumist patsiendi välismaale ravile saatmisele. Selline töökorraldus säästab ressursse ja aitab kaasa kohaliku meditsiinipersonali (arstid, operatsiooniõed jne) erialase pädevuse tõstmisele. Head ja pikaajalised sidemed on kujunenud Soome, Saksa ja Austria kolleegidega.

3. Valveteenistus

Lastekirurgi ööpäevaringne valve on korraldatud Tallinna Lastehaiglas ja Tartu Ülikooli kliinikumis.

Tallinnas valvavad nii kirurg kui ka traumatoloog haiglas. Kaalutud on vaid ühe erakorralise kirurgia eriala esindaja ööpäevaringsesse valvesse jätmist. Selline otsus vajab lisaks majanduslikele põhjendusele ka panustamist töötajate täiendõppesse. Oluline on see

ravikvaliteedi seisukohalt ja selle edukuse eelduseks on töötajate motiveeritus. Kindlasti tekitab see pahameelt ka meie patsientide silmis, kes on harjunud ööpäevaringse võimalusega kokku saada nii kirurgi kui ka ortopeediga.

Tartus on öhtu- ja öötundidel lastekirurg koduses valves. Lapse esmase läbivaatuse ja otsuse lastekirurgi väljakutsumise vajaduse osas peab tegema haigla valvearst (EMO arst, traumatoloog, pediaater, üldkirurg või intensiivravi arst).

4. Koormusstandardid

Koormusstandardid optimaalse töökoormuse planeerimiseks seni puuduvad. Selliste standardite väljatöötamine on arvestades lastekirurgide erinevat valvekoormust, haigete ja operatsioonide spetsiifikat väga keerukas. Praegune töökoormus sõltub oluliselt tööandjast ja tema kokkuleppest iga konkreetse töötajaga.

Eesti Arstide Liit on koostöös erialaseltsidega koostanud ettepaneku koormuse ülempiiride seadmiseks. Täiskoormusega töötava lastekirurgi koormuseks võiks vastavalt sellele arvestusele aastas olla maksimaalselt 280 statsionaarset haiget või 4000 ambulatoorset visiiti. Võrreldes lähedaste erialadega (üldkirurgia, ortopeedia ja pediatría) peavad need vahekorrad paika.

Oleme seisukohal, et igal põhikohaga töötaval lastekirurgil peaks erialase pädevuse säilitamiseks olema lisaks valvetööle ja muudele kohustustele tööna dalas vähemalt 1 päev ambulatoorseteks vastuvõttudeks ja 2 päeva plaanilisteks operatsioonideks. Viimane ei tähenda 2x8 tundi ise opereerimist. Selle aja sisse peab mahtuma ka haigete operatsioonieelne ja -järgne läbivaatus ning ravi korraldamine, assisteerimine kolleegide lõikustel aga ka eelloetletud tegevuste dokumenteerimine.

5. Prognoosid

5.1. Teenusevajaduse prognoos

	2015	2020
Ravijuhtude arvu muutus lisaks demograafilistest arengutest tulenevale muutusele (%)	0%	0%

Demograafilisest arengust tingitud ravijuhtude vähenemine peaks olema peatunud ja tõenäoliselt laste arv aastatel 2015-2020 pigem suureneb. Aastatel 1997-1998 (kõige väiksema elussündide arvuga aastakäigud) sündinud saavad täiskasvanuteks, edaspidi on sündivus suurenenud.

Erinevatest algallikatest pärinevad andmed ravijuhtude arvu muutuste kohta erinevad: osutatud lastekirurgiline abi ja kogu kirurgiline abi alla 14 aastastele erinevad märkimisväärselt. Hüppelised muutused aastate lõikes on tingitud tõenäoliselt erinevast kodeerimise viisist. Püüame tuua välja trendid muutustes.

Statsionaarsete ravijuhtude arv on viimastel aastatel vähenenud ja päevaravi juhtude arv tõusnud. Selline trend võib jätkuda, eriti kui haigekassa hinnapoliitika seda soosiks.

Kokku on statsionaarsete ravijuhtude arv viimastel aastatel arv mõnevõrra vähenenud. Enamasti laste arvu vähenemisest tingituna, aga ka seoses teatud haiguste (näiteks arenguline eesnahakitsus, väikelaste naba- ja vesisongad jne) kirurgilise ravi näidustuste ümbervaatomisega. Praeguste arusaamade kohaselt ei ole ette näha suuremaid muutusi kirurgilise ravi näidustustes ja nimetatud trend on peatunud.

Ambulatoorsete vastuvõttude arv on langenud. Suurim langus oli üle 14 aastaste väljaspool Tallinna ja Tartut elavate patsientide osas. Arvestades väiksemate ja linnas elavate laste osakaalu prognoositavat tõusu, peaks see langus lähiaastatel asenduma tõusuga.

Kokkuvõtteks on ravijuhtude arv on viimastel aastatel vähenenud johtuvalt nii demograafilistest situatsioonist kui ka mõningate ravi põhimõtete ümbervaatomisest. Edasist olulist vähenemist ravipõhimõtetest johtuvalt ei ole ette näha. Võib eeldada demograafilisest situatsioonist tingitud vähest ravijuhtude kasvu.

5.2. Voodikohtade arvu prognoos

	2015	2020
Voodikohtade arv		
Piirkondlikud haiglad	39	39
- sellest intensiivravi kirurgilistes osakondades	5-10	5-10
- sellest päevaravi	?	?

Lastekirurgilised voodikohad juba vähenenud viimaste 10 aastate jooksul üle 2 korra. Põhjuseks on ravijuhtude ja voodipäevade arvu tunduv vähenemine. Edasist olulist kirurgiliste voodite arvu vähenemist ette näha ei ole.

Eraldi päevastatsionaariks kohandatud voodeid ega osakondi füüsiliselt Eestis ei ole ja teenust osutatakse statsionaari kohtade arvelt.

5.3. Eriarstide vajadus

	2015	2020
Eriarstide optimaalne arv	18	18

Eriarstide optimaalne arv on praegu kehtivas arengukavas (22) ja koolituse prognoosi mudelis (21) üle hinnatud ning vajab korrigeerimist. Lisaks prognoosimudeli põhjal 65-aastaselt pensionile jäämine ei vasta reaalsusele. Viimastel aastatel valmistatud ette 3 spetsialisti, kes pole täiskohaga erialast tööd Eestis leidnud.

Arstide vajadus väheneb tõenäoliselt veelgi. Eurostati andmetel oleme oma 1,3 lastekirurgiga 100 000 elaniku kohta Kreeka, Leedu ja Poola järel Euroopa Liidus 4. kohal.

Meie probleemiks on väike riik ja ajalooliselt välja kujunenud kahe lastekirurgilise keskuse olemasolu. Teisalt suur lastekirurgide arv ei taga erialaseks pädevuseks vajalikku haigusjuhtude arvu.

Edaspidi ei näe me põhjust valmistada ette spetsialiste keskhaiglatesse ning polikliinikutesse. Mitte opereerivate ja ainult ambulatoorseid vastuvõtte tegevate lastekirurgide ja – ortopeedide koolitamine kirurgia residentuuris ei ole õigustatud. Tõenäoliselt väheneb ka Tallinnas valvetööga hõivatud arstide hulk.

Lähiaastatel ei peaks lastekirurgia residentuuri avama. Lastekirurgide optimaalset arvu ning koolitusprognnoosi peab edaspidi korrigeerima vastavalt otsustele, mis puudutavad haiglate arengukava aga ka valvetöö korraldust Tallinnas.

5.4. Uute tehnoloogiate ja meditsiiniseadmete vajadus

Eelmises arengukavas nimetatud lootekirurgia arendamine ei ole tänapäevaste arusaamade põhjal otstarbekas. Tegemist on väga elitaarse ja kalli meditsiiniharuga, kus häid tulemusi saadakse vaid suuremates keskustes (vt ka lisa 1a).

MRT uuring on lastel kujunenud paljudel juhtudel diagnostiliseks valikmeetodiks ja näidustused laienevad pidevalt. Selle uurimismeetodi kättesaadavust peab parandama (ka erakorraliselt, narkoosis ja majaväliste uuringute korral ei peaks uuringu tellija DRG alusel kahju kannatama).

Tunneme vajadust lastehaigustele spetsialiseerunud patoloogi järele.

Kraniofatsiaalkirurgia arendamine Tallinna Lastehaigla baasil (vt ka lisa 1a).

6. Regulaatiivne keskkond ja vajalikud muudatused

6.1. Seadusandlus

Seadusandlusega ei ole reglementeeritud lastekirurgi kutsestandard. Sarnane probleem on kõikidel kirurgilistel erialadel.

Enamik praegu haiglates töötavatest lastekirurgidest ja lasteortopeedidest on läbinud erialase koolituse (ordinatuuri või residentuuri) ja paljud omavad ka kehtivat sertifikaati. Kuna resertifitseerimine ei ole Eesti Vabariigi seadustega nõutav erialase töö tegemiseks, on võimalus, et sellest tülkast ettevõtmisest üha rohkem spetsialiste loobuvad. Selline olukord võib avada võimaluse erialal töötada ebapädevatelt inimestel. Osalt võib seda näha juba praegu. Ambulatoorses võrgus teevad lasteortopeedilisi ja –kirurgilisi vastuvõtte erialal selgelt ebapädevad arstid.

6.2. Ravijuhised

Nagu eelpool korduvalt rõhutatud, on lastekirurgia multidistsiplinaarne eriala. Enamik laste kirurgilist ravi puudutavatest juhistest on üldkirurgide, ortopeedide või lastearstide koostatud teatud kindlale haigustele ja probleemile keskendunud juhendi osa.

Vajalik oleks lisaks ka spetsiifilistele lastekirurgilistele ja -ortopeedilistele probleemidele suunatud ravijuhiseid (näiteks kubemekanali, testise ja skrootumiga seotud haigused,

eesnahaga seotud seisundid ja haigused, puusaliigese arenguline düsplaasia, tallavõlvi ja alajäseme telgede areng ning sellest kõrvalekalded jne).

Kindlasti oleks väga abiks ka sündroomidel põhinevate (oksendav imik, lonkav väikelaps jne) diagnostiliste ja ravijuhiste koostamine koostöös erinevate pediaatriliste erialade esindajatega.

7. Professiiooni vastutuse tõstmine eriarstide pädevuse jälgijana

Arstide pädevuse hindamine on toimunud EKA poolt läbiviidud sertifitseerimise alusel iga 5 aasta järel. Sertifitseerimine on vabatahtlik ega sea tööandjale kohustust seda nõuda. Komisjon ja eksperdid on seni teinud tööd sisuliselt ühiskondlikus korras. (Laste)kirurgide sertifitseerimine ja resertifitseerimine on vajalik patsiendi turvalisuse huvides. See peab olema kohustuslik. Objektiivsuse, erapooletuse ning jätkusuutlikkuse huvides peab see toimuma riiklike vahendite arvelt. Ekspert hinnang sertifitseeritava tööle peab olema talle kättesaadav (seni on see olnud avalik vaid komisjoni liikmetele), et vajadusel teha järeldusi oma töö paremaks korraldamiseks.

Arvatakse, et kõrgema etapi haiga (eriti ülikooli kliinik) on jätkusuutlik, kui 1/3 töötajatest omab teaduskraadi. Meie erialal on see osakaal tunduvalt väiksem. Igasuguseks teaduslikuks uurimistööks puuduvad lastekirurgidel nii motivatsioon kui ka ressursid. Teaduslikku uurimistööd ja kraadiõpet tuleks soosida.

Seoses viimastel aastatel töö intensiivistumisega ja töökoormuse tõusuga ei ole sageli võimalik isegi ettenähtud koolituspäevi kasutada. Lisaks on tööandja poolt täienduskoolituseks ettenähtud rahalised vahendid olematud. Soovitust töötajal endal ravimesindajate kaudu lisarahastust muretseda, võib pahatahtlikkuse korral vaadelda vägagi korruptiivseks. Hoiatav näide on 2011. aasta alguses Äripäeva poolt „arstide huvikonfliktide uurimise“ järel kujunenud selgelt negatiivne hoiak ühiskonnas.

Haigekassa teenuste hind peab sisaldama täienduskoolituseks vajalikke vahendeid.

8. E-tervis

Tallinna Lastehaigla on olnud e-tervise rakendamise esirinnas. Hoolimata teatud vastuseisust algusfaasis, on haiglasiseselt süsteem väga hästi tööle läinud. Juba mõned aastad oleme saatnud ka epikriise nii ambulatoorsetele kui ka statsionaarsetele patsientidele.

Probleeme on erinevate haiglate vaheliste majaväliste uuringute tellimisega ja nende vastuste saamisega. See süsteem vajaks ühtlustamist.

Eraldi temaatika on elektroonilised saatekirjad. Näeme sellel väga suurt tulevikku. Perearst või teine eriarst kirjeldaks saatekirjas probleemi ja lisaks sinna andmed juba teostatud uuringute kohta. Saatekirjas oleva informatsiooni alusel otsustatakse suunatavas asutuses kui kiiresti ja täpselt millise spetsialisti juurde patsient kutsuda. Sellega paraneb võimalus

kiiremate probleemidega (kasvajad, põletikud jne) eelisjärjekorras arstile pääseda ja väheneb võimalus patsienti asjata jooksutada. Eeldatavasti paraneb ka suunava arsti osa patsiendi probleemidesse pühendumisel.

9. Muid eriala probleeme ja ettepanekuid

Täiendavalt on käsitletud lisades järgmised teemad:

- **Lisa 1.a.** Eesti Lastekirurgide Seltsi juhatuse liikme dr. Ann Paali neurodüsplaasiaga patsientide raviga seotud seisukohad
- **Lisa 1.b.** Keskhaiglates töötavate lastekirurgide dr. Ave Aava ja dr. Ruti Soometsa seisukoht seoses eriala jätkusuutlikkusega neis keskustes

Lisa 1a. Neuraalorü defektidega patsientide probleemidest

Käesolevad mõtted ja muudatusettepanekud on esitatud Eesti Lastekirurgide Seltsi juhatuse liikme dr. Ann Paali poolt lisamiseks lastekirurgia arengukavva. Kuna ettepanekud on esitatud peale põhiteksti arutelu lõppu, dr. Paalil on antud küsimuses parim päedvus ja lahendamist vajavad probleemid väljuvad suures osas lapseea piiridest, otsustasime käesoleva dokumendi esitada arengukava lisana.

Neuraalorü defektidega patsiendid on alles viimasel aastakümnel jõudnud noore täiskasvanuea piiri ületada. Varem piirdus antud multiprofiilset samaaegset väga erispetsiifilist meeskonnatööd nõudva kontingendi elulemus varase lapseeaga. Selliste patsientide spetsiifilistele probleemidele ja toimetulekuks vajalikele kallihinnalistele abivahenditele minevad kulutused on keskmisest eakaaslasest või haigusgrupist märgatavalt suuremad. Tänu ravivõimaluste ja –võtete muutusele on suudetud antud harvaesineva raske kesknärvisüsteemi väärenguga haigete elulemus tõsta nn keskmise eluea piirideni. Nii maailmas kui ka Eestis on kujunenud uuelaadne noorte täiskasvanute kontingent, kes vajavad elukestvalt vastündinueast alustatud erispetsiifilist multiprofiilset ravi, kus juhtiv roll on teatud eluetappidel järjekindlalt kirurgilisel profiilil, aga kellede probleemid on tavameditsiinistruktuuridele võõrad.

Kui lastekirurgide süsteemis on kompleksravi ja haigete dispanseerne järelvalve korraldatud, siis täisealiste jaoks alles süsteemid kujunevad. *“The future is now”* II *Spina bifida* maailmakongressil teadusarengu ja ravi alal Las Vegases 11.-14. 03.2012 tõdeti ja võeti vastu suunised arendada antud komplitseeritud haigete grupile spetsialiseeritud keskused, kus oleks kvalifitseeritud erispetsiifiline meeskonnaravi saamise võimalus ja järelvalve ning uuringu ja arendustegevus haigete elujärje toetuseks. Enamus juhtivaid riike nagu Kanada, Belgia, USA, Saksamaa, Hispaania, Inglismaa on lapsearavisüsteemi suutnud üle kanda spetsialiseeritud keskustesse. Lasteravi meeskonda on täiendatud järkjärgult psühhiaatri, täiskasvanute uroloogi, günekoloogi, seksuoloogi jt varal. (Täiendavat infot saab: www.ifglobal.org)

Algselt olude ja vajaduste järgi kujunenud ebatraditsionaalsest erispetsiifilisest ravistruktuurist on ülekasvamas tunnustatud uuelaadne ravisüsteem. Eesti tingimustes on MTÜ põhimõttel lastekirurgide juhtimisel toimiv seljaajusonga ja vesipeahaigete ravi- ning jätkuhooldusravi süsteem sunnitud “üle kasvama” piiriületavaks riiklikult rahastavaks süsteemiks, kuhu koondusid vastündinueast alates kõik NTD patoloogia haiged. Perearsti süsteem ja killustatud eriarstide süsteem ei taga ligi 300-le praegu Eestis elavale haigele vajalikku ravi ning jälgimist. Antud kontingendi juurdekasv on ca 15 inimest aastas.

Muret tekitab, et Eesti ei ole ühinenud EUROCAT registriga ametlikult väärengute ja harvaesinevate haiguste registreerimiseks, mis takistab tõendus põhised teatud haigete kontingendi suuruse määratlemist. See oleks tuleviku suhtes väga oluline teave riiklikult lasteravi ökonoomika, profülaktika ja vajalike struktuurimuutuste planeerimisel.

Eestis on perspektiivis korraldada *Spina bifida* ja *Hydrocephaluse* haigete keskuseks Tallinna Lastehaigla ja Põhja-Eesti Regionaalhaigla baasil praegune MTÜ Eesti Seljaajusonga ja Vesipeahaigete Selts. Tõenäoselt saab uue ühenduse ambulatoorne osa funktsioneerima pearaha süsteemil, mis praegu on end õigustanud Inglismaal, Kanadas, Saksamaal ja erispetsiifiline statsionaarne ravi vastavalt vajaduse profiilile ning vanusele antud haiglas. Eeltöö uuelaadse struktuuriüksuse moodustamiseks on arengus.

Uuelaadselt on perspektiivis arendada müelodüsplaasiahaigete ravi- ja jälgimissüsteemi, et üleminekul lapseast täisealiseks ei katkeks haigetele eluliselt vajalik samaaegne paljuprofiilne meeskonnatöö süsteem meditsiinikorralduslikel põhjustel (praegu on rahastuse kui töökorraldusliku poole pealt eraldatud lastespetsialistide ja täiskasvanute süsteem).

Ravijuhtude arv on viimastel aastatel küll vähenenud, aga edasist vähenemist ei ole ette näha. NTD patoloogia haigetegrupil on vanusest tingitud operatsioonide vajadus sünnimomendilt võetuna arvestuslikult eelolevateks aastateks keskmiselt 6. Arvestades laste sündivuse prognoosi tõusu, võib eeldada demograafilisest situatsioonist tingitud ravijuhtude kasvu lähiaastatel tänase olukorraga võrreldes.

Viimase kümnendi tormiline arendus lootekirurgia alal on peetunud arvatust vähema efektiivsuse ja kõrge tüsistusprotsendi tõttu. Las Vegases II *Spina bifida* maailmakongressil 11.03.–14.03.2012. oli üheks otsuseks, et lootekirurgia on perspektiivne väga kindlate kriteeriumite järgi väljavalitud kontingendil 19.–25. rasedusnädalal ja ainult lootekirurgiaks spetsialiseerunud keskustes. Keskuse moodustamine tuleks kõne alla piirkonnas, kus sündivus oleks minimaalselt 100 000 last aastas. Keskuse spetsialistid peaksid olema eriettevalmistusega lastekirurgid ja aparatuurile on väga kõrged nõuded. Eesti oludes ei ole tõenäoselt selleks perspektiivi. Tuleb keskenduda arengudefektide ennetustööle riikliku programmina, mida Eestis veel ei ole. Teiseks on õigustatud lootediagnostika arendamine õigeaegse sünnituse planeerimise ja haige lapse optimaalse kirurgilise eriravi korraldamise seisukohalt.

Kraniofatsiaalkirurgia arendamine lastekirurgia baasil. Kraniofatsiaalsed malformatsioonid on NTD patoloogia üks väljendus. Õigeaegse ravimetoodika ja ajastatud taktika abil on võimalik seda haigeterühma kaasajale vastaval tasemel edukalt aidata. Võimalik potentsiaalne haige peaks nagu teisedki NTD patoloogiad sattuma lastekirurgide vaatevälja sünnist alates nagu täna on teave *Spina bifida* patoloogiaga lastest. Ravi on paljuprofiilne meeskonnatöö, kuhu peaks kuuluma lastekirurgi, neonatoloogi, lasteanestesioloogi, logopeedi ja füsioterapeudi kõrval tingimata lasteneurokirurgilise erispetsiifilise ettevalmistusega arst ja näo-lõualuu ning stomatoloogilise kirurgia lastespetsiifikat tundev arst. Antud ravimeeskond peaks olema üks ja ainutegev ning eriti keeruliste raskete patoloogiate korrigeerimise võimetuse korral otsustama, kus saaks haigele olema parim ravikoht, kasutades selleks pädevaid konsultante kraniofatsiaalkirurgia keskusest.

Lisa 1b. Kesksaiglate lastekirurgide arvamus eriala jätkusuutlikkuse osas neis keskustes

Jääme eriarvamusele punktis 2.2 toodud plaanile Ida-Virumaal ja Pärnus alates 2020. aastast lõpetada plaaniline lastekirurgiline töö ja edaspidi mitte arvestada nendesse piirkondadesse vastava eriala spetsialisti.

See halvendaks oluliselt nende küllaltki suurte piirkondade laste lastekirurgilise teenuse kättesaadavust. Arvestada tuleb meie hajuasetsust, transpordi probleeme, elukallidust ja vastava sotsiaalteenuse puudumist. Seepärast on ka päevakirurgia Eesti tingimustes ja eriti lastel küsitav.

Lähtuda tuleks võrdse kohtlemise printsiibist lastele kirurgilise abi osutamisel.

Momendil on mõlema piirkonna lastekirurgil piisav LASTEKIRURGILINE koormus.

Piirkonna lastekirurgi otseste kohustuste hulka kuulub:

- 1) Lastekirurgiliste patsientide vastuvõtt polikliinikus (Pärnus: dr. Aava – 12 tundi nädalas ja dr. Lättekivi - 35 tundi nädalas ning Ida-Virumaal: dr. Soomets - 8 tundi nädalas). Siia alla käib nii laste ortopeediline kontroll kui ka korduvate traumapatsientide vastuvõtt, lisaks üldlastekirurgilistele probleemide lahendamine.
- 2) Konsultatsioonid sünnitusosakonnas.
- 3) Plaanilised lastekirurgilise operatsioonid 3-4 tundi (operatsiooni) nädalas.
- 4) Kõikide erakorraliste lastekirurgiliste patsientide konsulteerimine ja vajadusel opereerimine töö ajal.
- 5) Lastekirurgiliste (k.a ortopeedia) kureerimine lasteosakonnas. Siia kuuluvad ka põletustega patsiendid.

Peame õigeks, et lapsed saavad esmast kodulähedast konsultatsiooni ikka eriarstilt, kes ei ole mitte ainult nn polikliinikukirurg, vaid opereeriv arst. Kesksaigla pädevusse plaanilistest operatsioonidest peaks jääma põhiliselt nn kubemekirurgia. Ägedad kirurgilised seisundid lastel nagu pitsunud song, äge skrootum, parafimoos ja äge apenditsiit tuleb lapse tervise huvides lahendada kohapeal, et vältida viivitusest tekkida võivaid tüsistusi.

Mis puutub anesteesia kogemusse, siis Pärnu Haiglas anti eelmisel aastal narkoosi 764 lapsele ja Ida-Virumaal eelmisel aastal 326 lapsele. See peaks tagama meie arvates piisava anesthesioloogilise kogemuse. Lastekirurgilisi operatsioone oli möödunud aastal Pärnus 219 ja Ida-Virumaal 208.

Ka laste diagnostikaks on mõlemal kesksaiglal olemas suurepärased võimalused, omades tasemel CT ja ultraheli aparatuuri. Pärnusse on tellitud magnetresonants tomograaf. Momendil teenindab meid MRI-buss. SA Ida-Viru Kesksaiglas töötab statsionaarne MRI.

SA ida-Viru Kesksaigla baasil on lastekirurgia alase residentuuri mõningaid tsükleid läbimas III aasta resident Natalia Dmitrieva, kes on pärit Ida- Virumaalt ja on end ette valmistanud

tööks SA Ida-Viru Keskhaiglas. Ennatlike otsuste tegemisel võib Eestimaa kaotada järjekordse noore eriharidusega spetsialisti.

Püüd tsentraliseerida iga songaoperatsiooni keskustesse, suurendab sealsete tipp-lastekirurgide koormust veelgi. (vt alapunkt 7) Meie arvates on lastekirurgia keskustel kui kõrgema etapi haiglatel olulisim roll tegelda imikute kaasasündinud patoloogiaga ja lastel harva esinevate haiguste diagnostika ja raviga ning koolitada välja tulevasi kolleege.

Mis puutub aga noortele ettevalmistatud kolleegidele töö mitteleidmist vabariigis ja nende lahkumist Soome, siis soovitame korrastada Tallinna linna lastekirurgilise (ortopeedilise) ambulatoorse teenuseosutamise võrk (probleem toodud alapunktis 6.1), et täita kohad pädevate noorte kolleegidega.

Samuti arvame, et noored lähevad välismaale ikka pigem sealse hea stabiilse töökorralduse, normaalse töökoormuse, hea psühhokliima ja parema palga tõttu.

Teeme ettepaneku säilitada alapunkt 2.2 esialgsel kujul, kus plaaniline lastekirurgia oleks koondunud nelja haiglasse Eestis – Tallinna Lastehaigla, Tartu Ülikooli Kliinikum ja 2 keskhaiglat: Pärnu ning Ida-Virumaa.

Arvame, et oluline on **säilitada siamaani hästi toimiv etapiviisiline lastekirurgiline teenindus vabariigis.**

Ave Aava

Lastekirurg

SA Pärnu Haigla

Rutti Soomets

Lastekirurg

SA Ida-Viru Keskhaigla