

ANESTESIOLOOGIA ARENGUKAVA

1. Eriala kirjeldus

1.1 Eriala ja võimalike alaerialade definitsioon.

1.1.1 **Anestesioloogia** on interdistsiplinaarne siduseriala, mis tegeleb:

1.1.1.1 kirurgiliste operatsioonide, invasiivsete diagnostiliste ja raviprotseduuride ning sünnitusabi valutustamisega. Nimetatud tegevus hõlmab: anesteasiat vajava patsiendi üldseisundi preoperatiivset hindamist ja ettevalmistust, vahetut anesteesia teostamist, samaaegse patsiendi vitaalsete funktsioonide jälgimise ja tagamisega, anesteesiajärgse perioodi ohutuse kindlustamist.

1.1.1.2 kirurgiliste ja kõigi teiste kriitilises seisundis haigete intensiivravi, intensiivjälgimise ja intensiivpõetuse korraldamise, juhtimise ja läbiviimisega. Enamuse anestesioloogide töökoormuse üks osa on intensiivravi. Selle osa suurus on erinev sõltuvalt haiglate suurusest ja töökorraldusest ("puhastest" anestesioloogidest "puhaste" intensiivravi arstid III astme intensiivravi osakondades).

1.1.1.3 valukliinikute käivitamise ja nende töös osalemisega.

1.1.1.4 kriitilises seisundis haigete transpordiga (nn. reanimobiili transport spetsialiseeritud intensiivravi brigaadidega).

1.1.1.5 kliinilise surma korral taaselustamise läbiviimise ja selle õpetamisega meditsiinipersonalile jm. sihtgruppidele.

Anestesioloogia-intensiivravi kui eriala sees on kujunenud alaerialad:

- neuro-anestesioloogia ja intensiivravi
- kardio-anestesioloogia ja intensiivravi
- laste-anestesioloogia ja intensiivravi

1.2 Erialast tervishoiuteenust vajava sihtgrupi kirjeldus põhidiagnoosi, vanuselise ja soolise struktuuri alusel.

Anestesioloogia teenust vajav sihtgrupp on ealiselt ja sooliselt osa kogu populatsioonist. Aasta vältel kasutab anesteesia teenust või viibib II- ja III- astme intensiivravil ~95000 inimest – seega ~6,8% kogu elanikkonnast. Patsientide patoloogia spekter on kõikehõlmav lähtuvalt eriala rakenduslikust universaalsusest. Patsientuuri täpsem spekter kujuneb tervishoiuorganisatsiooni (haiglate ja pakutavate raviteenuste struktuur) ja ühiskonna sotsiaalmajandusliku nõudluse alusel.

2. Erialaste tervishoiuteenuste planeerimine.

2.1 Olukorra analüüs.

2.1.1 – 2.1.2 Eriala tervishoiuteenuste osutamise kirjeldus maakonniti demograafiliste ja elanikkonna haigestumise näitajate alusel. Tervishoiuteenuste jaotus etappide kaupa, ambulatoorse ja statsionaarse eriarstiabi vahel.

Ülevaateks eriala olukorrast on kasutatud Kesksaigekassa ja Eesti Anestesioloogide Seltsi poolt kogutud aastaaruandluse andmeid, mis mõningal määral lahknevad.

Festis tehti 2000. aastal kokku 89 751 anesteasiat. (Haigekassa andmeil vähemalt 96 612).

Neist: statsionaaris 76 820 ja ambulatoorselt 12 924.

Plaanilisi anesteesiaid oli 73% ja erakorralisi 27%.

Anesteesia patsientide ealine jaotus:

• Vanuses 0 - 28p vastsündinuil	206
• Vanuses 29p - 1 aasta	919
• vanuses 2 - 14 aastat	11795
• vanuses 15 - 65 aastat	61345
• vanuses 66 - 80 aastat	11144
• vanuses 81 aastat ja enam	1496

Anesteesiaste jaotus haiglate ja regioonide järgi:

Tallinn:

Mustamäe Haigla	10119
Tallinn Lastehaigla	4158
Tallinn Onkoloogia	2225
Tallinn Kivimäe	229
Tallinna Keskhaigla	10160
Tallinna Magdaleena Haigla	1584
Tallinna Pelgulinna Haigla	6737
Tallinna Meremeeste Haigla	1786
Tallinn kokku	37594
SA Tartu ÜK	17887
Pärnu	4603
Kohtla-Järve	3105
Puru	400
Narva	4379
Keila	2828
Läänemaa	893
Rapla	1449
Põlva	1292
Elva	351
Viljandi	2695
Võrumaa	1351
Valga	905
Rakvere	2445
Tapa	220
Järvamaa	1293
Jõgeva	728
Kuressaare	1523
Hiiumaa	313

NB! Haiglad ja arvud on grupeeritud arvestades võimalikke organisatsioonilisi muudatusi "Eesti haiglate arengukava aastani 2015" valguses.

Intensiivravi

Aastal 2000 raviti Eestis II- ja III-astme litsentseeritud intensiivravi vooditel 17 700 patsienti, lisaks I-astme intensiivris 19 285, seega kokku 36 985 patsienti.

Praegune aruandlus ei võimalda saada selget ülevaadet erinevate kategooriate intensiivravivoodite olukorrast ja kasutamisest. Ilmne on, et osa III astme intensiivraviosakondi (näiteks Mustamäe Haigla IRO) on ülekoormatud.

2.1.3 Eriarstide arv maakonniti 10 000 elaniku kohta.

Eestis töötab 215 anesteesioloogi ja 22 residenti.

Neist 175 juhtiv töökoormus on anesteesia, 30 on "puhtad" intensiivravi arstid.

2.2 Tervishoiuteenuse prognoos.

2.2.1 – 2.2.2 Eriala teenuse vajaduse muutuse prognoos ja selle põhjendus, aastateks 2005, 2010 ja 2015 lähtuvalt haigestumise struktuuri ja ravivõimaluste muutusest.

Anesteesiade vajadus aastani 2015.

Anesteesiade arv on 1990-ndatel aastatel pidevalt aeglaselt kasvanud, (viimase 5 aasta vältel ~15 000 võrra), seetõttu on raske prognoosida olukorda aastaks 2015.

Anesteesiade arv on otseselt seotud kirurgilise aktiivsusega. Viimasest sõltumatult peaks anesteesiade üldarv tõusma kaasaegse valutustamise juurutamisega sünnitusabis (Euroopa arenenud riikide tasemeni jõudmiseks oleks vajalik tõsta igaaastast epiduraalanesteesiade arvu 6000-7000 võrra), samuti invasiivsete radioloogiliste protseduuride sageduse ja parema valutustamise. Kasvu võib ennustada ka invasiivsete protseduuride valutustamise osas, seoses võimaluste paranemisega ja patsientide poolse nõudluse kasvuga.

Lähtuvalt senisest statistikast 1990-ndatel aastatel, kus anesteesiade üldarv vabariigis suurenes viimase 5 aasta jooksul ca 15 000 võrra, võime ligikaudselt prognoosida anesteesiade üldarvud järgnevalt:

- 2005 a. 100 000
- 2010 a. 110 000
- 2015 a. 120 000

Muutub kindlasti statsionaarsete ja ambulatoorsete (päevakirurgias teostatavate) anesteesiade vahekord.

Intensiivravi vajadus aastani 2015.

Intensiivravi vajavate haigete arvu ja vajalike intensiivravi voodite hulga prognoosimine on keeruline. Küsimust komplitseerib mõistete ja organisatsioonilise olukorra hägusus.

Samal ajal **III astme intensiivravi osakonnad** on ilmselgelt ülekoormatud. Selle kategooria haigete arvu vähenemine ei ole tõenäoline. Eestil on muidugi märkimisväärset arenguruumi traumade ja mürgistuste vähendamisel. Elanikkonna vananemine annab aga vähe lootust muu patoloogia vähenemiseks.

Kiiret ülevaatamist vajab III astme intensiivraviosakondade arv seoses suure ülekoormusega (näiteks: Mustamäe Haigla intensiivravi osakond).

Tähelepanu tuleb pöörata valukliinikute töömahtudele ja kättesaadavusele.

Kriitilises seisundis haigete transport spetsialiseeritud intensiivravi brigaadide poolt vajab tähelepanelikku ülevaatamist. Haiglavõrgu märkimisväärne vähenemine ja restruktureerimine toob kindlasti kaasa vajatavate transpordimahtude suurenemise.

2.3 Teenuste jaotumine.

2.3.1 Patsientide ja teenuste optimaalne jaotus (põhidiagnooside ja protseduuride alusel) haiglas ja haiglavälise eriarstiabi vahel.

Anesteesia kui teenus jaotub ravietaappide ja raviasutuste vahel otseses seoses põhiteenuse jaotusega. Otsustus viimase üle pole eriala pädevuses.

2.3.2 Patsientide arvu ja teenuste osutamise jaotus aktiivhaiglate vahel vastavalt haiglavõrgu arengukava printsiipidele (piirkondlikes, kesk-, üld- ja erihaiglates).

Intensiivravi jaguneb aktiivriivhaiglate vahel vastavalt haiglate staatusele ja neile planeeritavatele töömahtudele. Kavandatavates piirkondlikes haiglates tuleb ette näha vajaduste ja võimaluste kasvu vastavalt intensiivravi kadumisele aktiivriivhaigla staatuse kaotamisel reas raviasutustes haiglavõrgu reformi käigus.

Seoses ambulatoorsete anesteesiade osakaalu planeeritava märkimisväärse suurenemisega tuleb planeerida ärkamisruumi voodikohtade proportsionaalset juurdekasvu, 5-6 voodit 1 operatsioonilaua kohta. Läbi tuleb töötada ka probleemistik, mis on seotud patsientide anesteesiajärgse transpordiga koju.

2.3.3 Järeldravi vajavate patsientide arvu ja järeldravi kestuse prognoos.

Kuna anestesioloogia-intensiivravi on siduserialaks teistele eriarstlikele erialadele, siis ei ole vajalik siin eraldi antud punkti käsitleda, vaid teemat käsitletakse teiste eriarstlike erialade arengukavades.

2.3.4 Päevaraviosakonna vajalikkus teie erialal. Protseduuride loetelu, mille puhul on näidustatud päevaravi kasutamine.

Koos päevakirurgia osakondade rajamisega ja preoperatiivse hospitaliseerimisperioodi lühenemise või puudumisega tuleb organiseerida anestesioloogi ambulatoorne vastuvõtt. Esialgse arvestuse järgi peaks see hõlmama kõiki plaanilisi kõrgema anesteesiariisikoga (ASA III ja IV) haigeid, praegu ~14 000–16 000 inimest aastas. Päevakirurgia osakondi saab kasutada ka nn. valukliinikus tehtavate protseduuride (blokaadide) läbiviimiseks.

Päevastatsionaaride loomine sõltub eelkõige kirurgiliste erialade arengust. Meie erialal on vajalik nn. valukliinikute/kabinettide ja anestesioloogi ambulatoorse vastuvõtu organiseerimine, mis võiks olla ühendatud päevastatsionaari ruumidega (teostatakse erinevaid blokaade ja konsulteeritakse erialaseid küsimusi).

Päevastatsionaaris teostatakse reeglina protseduure, mille järgselt on võimalik patsiendid mõne tunni möödudes koju saata ja anesteesia risk ei ületa ASA II.

Ambulatoorsete (päevastatsionaari tingimustes teostatavate) anesteesiade arv aastal 2000 moodustas 14,4% anesteesiade kogusummast. Nende osakaal kindlasti tõuseb, kuid raske on ette näha, millises ulatuses. Päevakirurgia laiendamine üha keerulisematele ja ulatuslikumatele operatsioonidele eeldab patsientide poolt optimaalseid olmetingimusi, transpordi ja sidesüsteemi, samuti elanikkonna tervishoiualase teadlikkuse kasvu, elutaseme tõusu, koduse meditsiinilise ja sotsiaalabi väljaarendamist. Kõik eelloetletud sotsiaalsed ja kultuurilised faktorid on suhteliselt inertsed ja raskelt mõjutatavad.

Me ei loe end kompetentseks hindama vajalikku päevastatsionaari voodite arvu. Anestesioloogi seisukohast on ladusa töö ja haigete ohutuse kindlustamiseks päevastatsionaaris vajalik operatsioonieelse ambulatoorse tutvumise-vastuvõtu kõrval küllaldase hulga ärkamisruumi ("recovery", PACU) voodite olemasolu. Enamusel juhtudest, suhteliselt lühiaegsete protseduuride korral peaks iga anestesioloogi töökoha (= operatsioonilaua) kohta olema vähemalt 5 ärkamisruumi voodit (mitte segi ajada päevastatsionaari vooditega). Erandina võib see arv olla väiksem juhtudel, kui operatsioonid on suhteliselt pikad, mitmeid tunde kestvad (näiteks plastiline kirurgia). Lisaks peab päevastatsionaaril olema kindel võimalus tüsistuste tekkel haigete koheseks hospitaliseerimiseks, ka intensiivraviosakonda.

2.3.5 Valveteenistuse vajalikkus ja korraldus haigla liikide kaupa.

Valveteenistus erialal on vältimatult vajalik kõigis aktiivravi haiglates. Piirkondlikes ja keskhaiglates tähendab see spetsialistide ööpäevaringset valvet majas. Valveringide arv sõltub haigla suuruselt ja töömahtudest. Maakonnahaiglates tuleb kõne alla valveteenistuse korraldamine väljakutsetena, mille puhul on fikseeritud maksimaalne lubatud aeg kutse saamisest spetsialisti töökohale jõudmiseni (näiteks 15-30 minutit).

2.3.6 Arstide optimaalse töökoormuse planeerimine.

Aasta normtöötundide arvu saame korrutades 45 töönädalat 40 tunniga=1800 tundi. Anesteesiad teostavad kolleegid (ca.180) tegelevad enamuses ka intensiivraviga ja tagavad valveteenistuse, seega puhtalt anesteesiaale ei saa arvestada üle poole sellest ajast.

Sõltuvalt intensiivravi koormusest on arvestatav ka väiksem anesteesiade arv. Jagades 2000-nda aasta 90000 anesteesiad 180 tegija vahel saame ühe anestesioloogi keskmiseks koormuseks 500 anesteesiad aastas. Arvestades ühele anesteesiaale operatsioonitoas keskmiselt vastavalt praegusele statistikale kuluvaks ajaks 2 tundi saame möödunud aasta keskmiseks anestesioloogi

puhtaks anesteesiakoormuseks 1000 tundi. Ilmselt ei tule oluline koormuse tõus reaalset arvesse. Soovides enam anesteesiaid vajame enam anesthesiolooge.

Haige ohutuse tagamiseks oleme seisukohal, et anesteesia on arstlik protseduur ja anesthesioloog tohib korraga läbi viia ainult üht anesteasiat (erandolukorras on küllaldase kogemusega residentide juhendamise, mis võib toimuda korraga kahes operatsioonitoas). Anesthesioloogide töökoormuse tõus tuleb kindlasti preoperatiivse ambulatoorse vastuvõtu juurutamise vältimatusest seoses päevakirurgia intensiivse arendamisega.

2.4 Voodikohtade arvu prognoos.

Seoses ambulatoorsete anesteesiade osakaalu planeeritava märkimisväärse suurenemisega tuleb planeerida ärkamisruumi kohtade suhtarvu operatsioonilaudadega, mis optimaalselt oleks 1:2 statsionaaris ja 1:5-6 päevakirurgias.

Läbi tuleb töötada ka probleemistik, mis on seotud patsientide anesteesiajärgse transpordiga koju.

Intensiivravi osakonnad - peaksid olema kõikides piirkondlikes ja keskhaiglates. Antud mõiste all on siin arvestatud ainult III-astme intensiivraviga seotud struktuurüksusi. (Arusaamatuste vältimiseks tuleb arvestada, et rahvusvahelises terminoloogias kasutatakse väljendit "intensiivravi" (Intensive Care) ainult ligikaudu Eesti III astmele vastavate intensiivravivoodite ja -osakondade kohta.)

Meie II ja I astme voodite ja - palatite kohta kasutatakse terminit High Dependency Unit (HDU), vähem "Advanced Care". Samal ajal võimaldab meil väljaarendatud süsteem, kus osakondade raskemad haiged on koondatud intensiivravipalattidesse, nende ravi läbi viia võrreldamatult efektiivsemalt võrreldes olukorraga, kus nad paiknevad mööda osakonna palatid laiali pillatuna (selline situatsioon oli Eestis 1950-ndatel ja osaliselt 60-ndatel aastatel).

Lisaks täiskasvanute intensiivravi osakondadele on vajalik säilitada ka kaks praegu eksisteerivat lasteintensiivravi osakonda, üks Tallinnas (10 III astme voodit) ja teine Tartus (9 III astme voodit).

Momendil on Tartu täiskasvanute III astme intensiivravi jaotunud mitme osakonna (intensiivravi -, neurointensiivravi -, kopsuhaiguste intensiivravi -, kardiokirurgiliste ja kardioloogiliste haigete intensiivravi) vahel (kokku 32 III astme täiskasvanute voodit). Nende osakondade baasil peaks tulevikus moodustatama ka uus/uued intensiivravi osakond/osakonnad. Kokku on selleks vajalik ca 30 täiskasvanute III astme intensiivravivoodit (+ lasteintensiivravi osakond).

Põhja-Eesti piirkondlikus haiglas (praegune Mustamäe Haigla jt. liituvad haiglad) oleks vajalik samuti ca 30 III astme intensiivravivoodit (intensiivravi -, postoperatiivne intensiivravi osakond, põletuskeskus). Momendil on Mustamäe haiglas ka kardioloogilise intensiivravi osakond (12 voodikohta), mille suuruse ja vajaduse tuleviku arengukavas peaks esitama vastava eriala spetsialistid (kardioloogid).

Keskhaiglates (Tallinnas 2, Pärnu, Ida-Virumaa) teostatava intensiivravi planeerimisel tuleb arvestada asjaoluga, et neurokirurgilist, kardiovaskulaarkirurgilist, laste intensiivravi, osalt kardioloogilist ja nefroloogilist intensiivravi vajavad haiged tuleb koondada Tallinna ja Tartu osakondadesse.

Keskhaiglate intensiivravi osakondade suurust saab planeerida ainult kooskõlas antud haiglate muude osakondade moodustamisega. Tõenäoliselt on otstarbekad 6-10 kohalised III-astme intensiivravi osakonnad (momendil Keskhaigla ja Magdaleena Haigla 10 III-astme voodit, Meremeeste ja Pelgulinna Haigla 4 III-astme voodit, Narva, Kohtla-Järve, Rakvere ja Puru haiglad 6 III-astme voodit, Pärnus 1 III-astme voodi).

Piirkondlikes ja keskhaiglates peaks eksisteerima nn. step-down intensiivravi printsiip, kus III-astme intensiivravi osakonnast on võimalik patsiente üle viia madalama intensiivravi tasemega struktuurüksustesse - intensiivravipalattidesse osakondade (kirurgilised, sisemeditsiin) juures.

Maakonnahaiglates peaks säiluma vähemalt II-astme intensiivravi võimalus. Selleks ei ole tõenäoliselt otstarbekas omada eraldi intensiivravi osakondi, vaid antud voodikohad peaksid kuuluma anestesioloogia (operatsioonituba + postoperatiivne intensiivravi), osakondade juurde (kokku keskmiselt 6 II-astme intensiivravivoodit igas maakonnahaiglas).

Vabariigis on momendil litsentseeritud ca 600 intensiivravivoodit, millest III-astet on ~116, II-astet ~220 ja I-astet ~270. Anestesioloogia ja intensiivravi teenistus on haaratud ~90 III-astme ja ~120 II-astme intensiivravivoodil teostatava raviga.

Oleme seisukohal, et III astme intensiivravivoodite üldarvu ei saa oluliselt vähendada.

Haigekassa andmetest 2000. aastal nähtub, et ka II ja I astme voodite kasutamine läheneb optimaalsele (intensiivravivoodi voodihõiveks plaanitakse keskmiselt 80% aasta päevadest, et kompenseerida haigete arvu kõikumisi). Haiglavoodite üldarvu vähendamine tähendab intensiivravivoodite suhtarvu kasvu – näiteks operatiivse aktiivsuse korral 100% keskmise voodipäevaga 3,0 on kolmandikul haigetest operatsioonipäev, 1/3-I esimene postoperatiivne päev, mille nad peaks veetma II- või I-astme intensiivravivooditel. Sellise loogikaga peaks viimased moodustama 2/3 kirurgilise osakonna voodifondist. Eeltoodu on kehtiv üldjoontes ka kardioloogia jm. erialade kohta.

Kuna anestesioloogia ja intensiivraviteenus ei ole otseselt seotud ligikaudu pooltel I ja II-astme vooditel läbiviidava raviga, tuleks lõplikuks intensiivravi voodikohtade planeerimiseks aastateks 2005, 2010 ja 2015 korraldada erinevate erialade ümarlaud ja kokku leppida, millise astme intensiivraviga erinevad erialad üldse tegelda võivad.

2.5 Eriarstide vajadus.

2.5.1 Eriarstide vajadus 10 000 elaniku kohta aastatel 2005, 2010 ja 2015.

Erialal peetakse optimaalseks 10-12 anestesioloogi 100 000 elaniku kohta (1-1,2:10 000), kui anestesioloog tegeleb ka intensiivraviga. Kui töökorraldus hõlmab ka erakorralises meditsiinis osalemist (erakorralise meditsiini osakonnad ja spetsialiseeritud transport) planeeritakse vajaduseks 14 eriarsti 100 000 elaniku kohta (1,4:10 000).

2.5.2 Eriarstide optimaalne absoluutne arv aastatel 2005, 2010 ja 2015.

Eestis vajatakse seega esimesel juhul ca. 170 anestesioloogi-intensiivriarsti, teisel juhul ca. 200 spetsialisti. Tuleb nentida, et hetkel on Eestis olukord optimaalsele lähedane. Mõneti ebaühtlane on anestesioloogidega kindlustatus regiooniti. Prognoosides töömahtude stabiilsust või vähest kasvu kavandataval perioodil on vajalik anestesioloogide-intensiivriarstide arvu säilitamine vähemalt praegusel tasemel.

2.5.3 Ettepanek koolitustellimuseks.

Säilitamiseks anestesioloogide-intensiivriarstide arvu 200 juures on lihtsustatult vaja koolitada igal aastal minimaalselt 5 spetsialisti. Arvestatud on keskmise tööajaga 40 aastat, mis tegelikult ei ole reaalne. Täpsustatud tellimuseks on vaja analüüsida täna Eestis töötavate kolleegide ealist-soolist jaotuvust. Võibolla tuleb arvestama hakata ka spetsialistide rändega.

3. Olemasolev eriala regulatsioon ning ettepanekud vajalikeks muudatusteks ja täiendusteks.

3.1 Seadusandlus.

Tuleb täpselt fikseerida kellel on Eesti Vabariigis õigus töötada Anestesioloogia- Intensiivravi erialal (k.a. väljaspool Eesti Vabariiki omandatud erialaoskuste korral).

Kehtestada eriarstide miinimumpalga piirid sõltumata tulevikus kasutusele võetavatest arstide kvalifikatsiooni määramise printsiipidest (nooremarst, vanemarst või kategooriate kasutamine).

3.2 Ravijuhised.

Kindlasti vajaks tõhustamist ravijuhiste väljatöötamine mõnede harva esinevate haigusseisundite ja komplikatsioonide raviks (näiteks: maliigne hüpertermia) ja juhtimiseks.

3.3 Teised standardid.

Oluline on kinnitada, täiendada ja kohustada raviasutusi täitma anesteesia ja intensiivravi töökoha standardeid.

Vabariigis peaks kehtima ka ühtne elustamise ABC standard.

Soovitav nii kliinilises kui ka majanduslikus mõttes on standardite kinnitamine ka ühe asutuse piires: infektsiooni kontroll, anesteesia standardid teatud samatüübilistele protseduuridele, operatsioonidele jne.

4. Ettepanekud eriarstide kvalifikatsiooni parandamiseks.

4.1 Koolitus.

Peame vajalikuks pikendada anesthesioloogia-intensiivravi eriala residentuuri kestvust 5 aastani. Praeguses süsteemis takistab seda residentide töö tasustamatus ja me ei pea õigeks pikendada residentuuriprogrammi nendes tingimustes. Koolitus tuleks jaotada erinevate haiglate vahel kus on selleks piisav kliiniline ja materiaalne baas. Koordineeriv koolituskeskus peaks sealjuures jääma Tartu Ülikooli Kliinikumi.

Residentide tasustamiseks tuleks luua nende haiglate juures nn. residentide ametkohad, mis oleksid tasustatavad vastavalt kehtestatud printsiipidele (madalamalt kui eriarstidel).

Residentuur toimub TÜ poolt koostatud ja kinnitatud programmi alusel, mis on kooskõlastatud erialaseltsiga.

Erialasises kitsama koolituse (kardio-, neuro- ja lasteanesteesia) tarbeks esialgu programmid puuduvad kuna nende spetsialistide vajadus on küllalt väike ja praegu on kasutusel täiendav koolitus juba konkreetses osakonnas või võimalusel ka välismaal.

4.2 Täienduskoolitus.

Oleme seisukohal, et erialane täienduskoolitus peaks olema pidev ja regulaarne.

Koos resertifitseerimisega või kategooria uuendamisega iga 5 aasta järgi tuleks esitada ka täienduskoolituste ülevaade.

Et objektiviseerida koolituse kvantiteeti tuleks kehtestada täienduspunktide süsteem, mis oleks kõikidel erialadel universaalne ja mida vajadusel korrigeeritakse.

Eesti Anesthesioloogide Selts kasutab täienduskoolituses osalemist ka ühe kriteeriumina eriala kategooriate (pädevuse) määramisel ja on seisukohal, et kategooriad peaksid seonduma töötasuga (vähemalt nn. minimaalpalga määratlusel).

4.3 Resertifitseerimise vajalikkus ja optimaalne sagedus.

Resertifitseerimine või kategooria uuendamine on vajalik ja peaks toimuma iga 5 aasta järgi. Tuleks täpsemalt ära määrata resertifitseerimise nõuded ja tingimused nendele eriarstidele, kes teatud põhjustel ei ole oma erialal pidevalt töötanud.

4.4 Teised ettepanekud kvalifikatsiooni parandamiseks ja säilitamiseks.

Tuleks otsustada kategooriate, kui seni ainsana kehtiva kvalifikatsiooni kontrolli saatus.

Arengukava on koostanud anesthesioloogia-intensiivravi erialakomisjon koosseisus:

Dr. Jüri Samarütel

Dr. Valdo Toome

Dr. Tiit Veeber