

ANESTESIOLOGIA ERIALA ARENGUKAVA KAASAJASTAMINE JA TÄIENDAMINE 2004. AASTAL

1. Eriala areng

1.1. Eriala arengu prioriteetid

Eriala arengu peamine prioriteet on ohutu anesteesia teenistuse ja kõrgetasemelise intensiivravi tagamine Eesti raviasutuste patsientidele. Nende eesmärkide saavutamiseks peame esmatähelepanu pöörama alljärgnevale:

Infrastruktuur

- Kaasaegsetele nõuetele vastavate anesteesia ja intensiivravi töökoha standardite järgimine ja pidev kontroll Eesti raviasutustes.

Koolitus

- Piisava hulga erialaspetsialistide ettevalmistamine läbi erialaresidentuuri;
- Intensiivravi täpne määratlemine. Intensiivravi koolituse ühtlustamine Euroopas levinud printsiipidega, intensiivravi kui lisaeriala koolituse sisseviimine Eestis. Anestesioloogia eriala ümbernimetamine anestesioloogia ja intensiivravi erialaks;
- Anesteesia- ja intensiivraviõdede koolituse viimine uuele kvalitatiivsele tasandile;
- Akadeemilise jätkusuutlikkuse tagamine erialal;

Tegevuse analüüs

- Eesti raviasutuste poolt esitatava anestesioloogia ja intensiivravi alase aastaaruandluse jätkamine erialaseltsi tasemel. Anesteesia registri sisseviimine vabariiklikul tasandil, intensiivravi aruandluse ühtlustamine vabariigis.

1.2. Võrdlus eriala arenguga ja prioriteetidega Euroopa Liidu maades

Euroopa Liidu maade tervishoiusüsteemid ei ole käsitletavad ühtlase, homogeense tervikuna – igas riigis on nii üldiseid kui ka spetsiifilisi probleeme. Üheks ühisnimetajaks anestesioloogia valdkonnas on eriarstide puudus praktiliselt kõigis Euroopa riikides. See toob paratamatult kaasa tööjõu liikumise vähem tasustatud riikidest maadesse, kus töötasu kõrgem. Näiteks Eestist Soomesse, Soomest Norrassa, Šveitsi, jne. Anesteesia eriarsti ja õe suhted on Euroopas reguleeritud erinevalt. Ühelt poolt range regulatsioon – üks anestesioloog ühe operatsioonitoa kohta ja õdede vähene tegutsemisvabadus Saksamaal, teisalt suur vastutus ja tegutsemisõigus õdedele Skandinaaviamaades. Üldistatult on anestesioloogia alal peamiseks probleemideks tööjõu nappus nii arstide kui õdede osas, järjest kasvavad tervishoiukulutused ja sellest lähtuv kokkuhoiupoliitika. Peamiseks prioriteediks anestesioloogia arengus tundub olevat tööefektiivsuse kasv – uute, lühitoimeliste (aga ka kallite) anesteetikumide kasutuselevõtt eesmärgiga kiirendada operatsioonitubade läbilaskvust, järjest enamate protseduuride teostamine ambulatoorselt, anesteesia teenistuse kohaldamine haige lühenenud viibimisega haiglas (preoperatiivne anestesioloogi vastuvõtt, ambulatoorne valuravi), standardprotokollide

juurutamine ohutu anesteesia tegevuse tagamiseks. Märgatav on ka tendents tegevuse tsentraliseerimisele, üheks põhjenduseks on taas kõrgema tööefektiivsuse taotlemine.

Intensiivravi on Euroopas veelgi heterogeensem, kui anestesioloogia. Umbes 75...80 % intensiivravist Euroopas teostatakse anestesioloogia eriarstide poolt. Peamisteks arenguprobleemideks on ressursside optimaalne kasutamine ühiskonna huvides (keda, kui palju ja kui kaua ravida) ning intensiivravi kvaliteedi määratlemine, samuti koolituse ja informatsiooni killustatus erinevate erialade vahel. Euroopas on alustatud jõupingutusi intensiivravi-alase koolituse ühtlustamiseks. Üldise heakskiidu kohaselt peaks intensiivravi koolitus olema anestesioloogide koolituse lahutamatu osa, eriala nimetus peaks seega olema anestesioloogia ja intensiivravi. Lisaks peaks olema (paljudes riikides see nii ka on) võimalus pärast baaskoolituse läbimist mingil muul põhialal (näiteks kardioloogias, pediaatrias, vm.) omandada intensiivravi kaheaastase õppe järel lisaerialana. Intensiivravi-alast koolitust peaksid juhtima vastavate ülikoolide anestesioloogia ja intensiivravi kliinikud (vt. allpool, ettepanek intensiivravi lisaeriala koolituse sisseseadmiseks).

2. Tervishoiuteenuste prognoos

2.1. Eriala teenuse vajaduse muutuse põhjendatud prognoos aastateks 2010 ja 2015 lähtuvalt haigestumise struktuuri ja ravivõimaluste muutusest.

Anesteesia vajadus on üheselt seotud kirurgiliste erialade töömahuga. Kuna kirurgiliste erialade prognoosi kohta Anestesioloogide Seltsil koondinformatsiooni ei ole, siis ei julge me väita, et meie prognoos põhierialade eeldatavate vajadustega üheselt kattub. Viimaste aastate arenguid jälgides tundub, et 2001. aastal valminud arengukavas toodud prognoosid on küllalt reaalsed. Eesti Anestesioloogide Seltsi andmetel on kahel viimasel aastal anesteesia arv olnud ümardatult 95 000 anesteasiat aastas.

Intensiivravi vajavate haigete arvu ja vajalike intensiivravi voodite hulga prognoosimine on oluliselt keerulisem, kuna küsimust komplitseerib mõistete ja organisatsioonilise olukorra hägusus. 2003. aastal olid Haigekassa andmetel arvud järgmised: 50 276 I astme intensiivravi päeva, 48 836 II astme intensiivravi voodipäeva, 21 071 III astme intensiivravi voodipäeva ja 6367 IIIa astme voodipäeva. Eesti Anestesioloogide Seltsis esitatud aruande kohaselt teostati valdav enamus kõrgema astme intensiivravist anestesioloogide poolt (vastavalt 8 668 I astme päeva, 15 846 II astme päeva, 18 196 III astme päeva ja 5772 IIIa astme päeva). Võrreldes 2001. ja 2002. aastaga on täiskasvanute lõikes intensiivravi voodipäevade summaarne arv pisut kasvanud (3...5 % aastas).

Laste intensiivravi vajadus on viimase kolme aasta jooksul püsinud suhteliselt sarnasena. Ühelt poolt on suurenenud patsientide arv, teisalt on vähenenud keskmine ravikestvus. Järgnevate aastate prognoosi mõjutavad mitmed vastandlikud tegurid. Ühelt poolt võib näha muutusi,

mistõttu peaks haigete arv vähenema (näit. paranenud perinataalne abi, jne.), samas on ka arenguid, mille tulemusena peaks intensiivravi vajavate laste arv suurenema (näit. sünnitajate keskmise vanuse tõus; elussündide arvu suurenemine kaalugrupis 500-999 g, jne.). Erinevaid mõjureid arvestades võib arvata, et laste intensiivravi vajadus lähematel aastatel olulisel määral ei muutu.

Kokkuvõttes tuleks anestesioloogia ning intensiivravi vajaduse prognoosimisel ja planeerimisel arvestada alljärgnevate oluliste printsiipidega:

- Anesteesia teenuse vajadus sõltub kirurgiliste erialade arengust. Viimase viie aasta anesteesia arvu kasv on olnud keskmiselt 1 % aastas. Seda arvesse võttes prognoosime 2005. aastaks 100 000 anesteasiat, 2010 aastaks 110 000 ja 2015 aastaks 115 000 anesteasiat. Uute kaasaegsete ravimite ja meetodite kasutamine toob paratamatult kaasa anesteesia teenuse kallinemise. Samal ajal võimaldavad kaasaegsed meetodid tõsta olemasolevate operatsioonitubade läbilaskvust ja parandada töö efektiivsust, mis kokkuvõttes võib osutada majanduslikult kasulikuks. Vältimatuteks eeldusteks selleks on vastaval tasemel tugistruktuuride – ärkamisruumid, nende personal, jm. – olemasolu. Oluline on ka anesteesia hinna kujundamise ideoloogia: täna on tasustatud kvantiteet (anesteesia aeg), mitte töö efektiivsus;
- Anestesioloogilise teenuse maht peaks oluliselt suurenema sünnituse valutustamise valdkonnas. Täna kasutatakse epiduraalvalutustamist Eestis kuni 10 %-l sünnitajatest (1200 protseduuri aastas). Arenenud riikides ulatub see protsent 25 kuni 40-ni;
- Intensiivravi maht – voodipäevade arv – kas jääb sisuliselt samaks või suureneb maksimaalselt 10..15 % võrra 2015 aastaks. Uute meetodikate kasutuselevõtt ja võimaluste avardumine viib intensiivravi vääramatule kallinemisele;
- Seoses ravivõimaluste arenguga keskmine ravikestus intensiivravi osakonnas pigem pikeneb kui lüheneb; haiglaravis tervikuna intensiivravi osakaal järjest suureneb;
- Seoses patsiendi diagnostika- (erinevad radioloogilised protseduurid), monitooringu- ja ravivõtete (juhitav hingamine, hemodialüüs jne.) pideva arenguga muutub intensiivravil viibiva haige ravi ja põetus järjest töömahukamateks ja kallimaks, mis omakorda tingib keerulisemate intensiivravi haigete jätkuva tsentraliseerimise regionaal- ja keskhaiglatesse;
- Liigne tsentraliseerimine, intensiivravi alase kompetentsi kaotamine üld- ja kohalikest haiglatest võib aga olulisel määral vähendada ravi kättesaadavust ja halvendada kvaliteeti. Ajafaktor (õigeaegne diagnoosimine, efektiivsete ravivõtete kohene kasutamine) on üks peamisi intensiivravi edukust määravaid tegureid. Seetõttu on ülioluline tagada erakorralise meditsiini ja intensiivravi alane valmisolek ning kompetents ka madalama astme haiglates (vt. allpool, ettepanek III astme intensiivravi rahastamiseks üldhaiglates). Liigse tsentraliseerimise tagajärjel on osa meie intensiivravi keskusi juba praegu ületäitunud. Kui puudub võimalus patsienti edasi (tagasi) saata oma kodukohajärgsesse, madalama etapi haiglasse, siis ei

vabane ka kohti keskustes. Keskuste ülesanne peaks olema kõige kaasaegsema ja kallima intensiivravi teostamine. Kui haige seda enam ei vaja, siis tuleks ta viia tagasi eelmisesse etappi, mis peaks olema võimeline tagama vähemalt kopsude kunstliku ventilatsiooni, vasoaktiivse ravi ja parenteraalse toitmise.

2.2. Voodikohtade arvu prognoos. Voodikohtade arvu prognoos haigla liikide ja haiglate kaupa (eraldi välja tuua päevaravi ja intensiivravi voodikohtade arv).

Esiteks, prognoosi tegemiseks on vältimatu teada hetkeseisu. Täna sisuline ülevaade intensiivravi voodikohtadest, jagatud litsentsidest, ja mis kõige olulisem, nende vastavusest standardnõuetele, puudub. Viimati teostati litsentseerimine 1998. aastal Eesti Anestesioloogide Seltsi osavõtul.

Teiseks, Anestesioloogide Selts ei ole veendunud, et intensiivravi voodikohtade arvu täpne planeerimine riiklikul tasandil sisuliselt midagi annab. Mistahes prognoos antud küsimuses osutub paratamatult üldistavaks ja ebatäpseks, tulemusena tekivad segadused raviteenuse osutamisel. 2003. aasta aruande kohaselt oli anestesioloogia eriala kasutuses 86 III astme voodit, 83 II astme ja 24 I astme voodit täiskasvanute intensiivravi läbiviimiseks ning 21 III astme voodit laste intensiivraviks. Lisanduvad intensiivravi voodid (eelkõige I ja II aste) teiste erialade, näiteks kardioloogia, kirurgia, jt., juures. On raske öelda, kas see voodite arv on piisav või on neid liiga palju/vähe. Täna olukorda iseloomustab intensiivravi voodite kõrge hõive, ajuti ka voodikohtade nappus, piirkondlikes ja keskhaiglates. Üldhaiglates on samal ajal töö intensiivsus väiksem. Oluline on siin individuaalne lähenemine. Konkreetse raviasutuse optimaalne intensiivravi voodite arv kujuneb ikkagi lähtuvalt raviasutuste konkreetsetest vajadustest, talle pandud kohustustest ning haigekassa lepingust. Nii mõnelgi juhul võib osutada otstarbekaks osakondade hoidmine, kus voodihõive on 40...60 %. Teisalt, intensiivravi voodikohtade planeerimisel saab arvestada maksimaalselt 75 % voodihõivega – haigete hospitaliseerimisvajadus on töö erakorralisusest tingituna ebaühtlane. Läbimõeldud ja efektiivselt toimiva süsteemi üheks näiteks on intensiivravi voodikohtade kombineerimine ärkamisruumi vajaduse katmisega.

3. Teenuste jaotumine

3.1. Patsientide ja teenuste optimaalne jaotus haigla ja haiglavälise eriarstiabi vahel (suhe ambulatoorse ja statsionaarse abi vahel, tendentsid seoses uute ravimite kasutusele võtmisega ja ambulatoorse ravi parema kättesaadavusega).

Ambulatoorne vs. statsionaarne anesteesia, vt. allpool.

3.2. Patsientide arvu ja teenuse osutamise jaotus aktiivravihaiglate vahel vastavalt haiglavõrgu arengukava printsiipidele (piirkondlikes, kesk-, üld-, kohalikes ja erihaiglates) ja täpsemalt haiglate vahel.

Süvenev tendents on kirurgilise abi koondumine piirkondlikesse ja keskhaiglatesse. 2003. aastal viidi 43 % kõigist anesteesiastest läbi piirkondlikes haiglates. 31 % anesteesiastest teostati keskhaiglates. Samas on oluline silmas pidada, et anesteesia kui teenuse jaotumine raviasutuste vahel sõltub otseselt põhiteenuse jaotusest, mis ei ole aga meie eriala pädevuses.

Intensiivravi patsientide arvu ja teenuse osutamise jaotust aktiivravihaiglate vahel on raske analüüsida, kuna informatsioon intensiivravi astmete täpse jaotuse kohta raviasutuste vahel on lünklik. Siiski on aastate jooksul traditsioonilised teeninduspiirkonnad välja kujunenud. Koostöö eri tasandi aktiivravi haiglate vahel (telefonikonsultatsioonid, patsiendi saatmine kõrgemasse ravietappi) on valdavalt olnud hea ja konstruktiivne. Peamine osa III ja IIIa astme intensiivravist viiakse läbi piirkondlikes haiglates, umbes 20 % III astme intensiivravist tehakse keskhaiglates. Kuna üldhaiglatele Haigekassa III astme intensiivravi päevi ei tasu, puudub ülevaade selle tasandi haiglate III astme intensiivravi vajadusest. Eesti Anestesioloogide Selts on seisukohal, et intensiivravi alase kompetentsi hoidmiseks ning ravikvaliteedi tagamiseks võiksid ka üldhaiglad teatud tingimustel omada võimalust III astme intensiivravi teostamiseks (vt. vastav ettepanek allpool). Seoses kasvava vajadusega keerulisemate intensiivravihaigete transpordiks piirkondlikesse ja keskhaiglatesse tuleks Sotsiaalministeeriumi, Haigekassa ja erialaliitude vahelises koostöös üle vaadata haiglatevahelise reanimobiiliteenistuse rahastamise ja korraldamise põhimõtted.

3.3. Päevaravi (päevakirurgia) vajalikkus. **Protseduuride loetelu**, mille puhul on näidustatud päevaravi (päevakirurgia) kasutamine

Ambulatoorse kirurgia osakaalu suurendamine on olnud mitmete kirurgiliste erialade viimaste aastate arengu prioriteet. Kuigi erialade lõikes on saavutatud tase erinev (näiteks ambulatoorse kirurgia osakaalu järsk kasv nina-kõrva- ja kurguhaiguste ravis), võib üldhinnanguna ilmselt väita, et eesmärgid on olnud optimistlikumad, kui tegelikkus. 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 need faktorid on suhteliselt inertsed ja raskelt mõjutatavad, seetõttu ei ole tänases Eestis võimalik ambulatoorse kirurgia toimimine võrdväärselt Euroopa arenenud riikidega.

Ambulatoorsete anesteesiaste osakaalu kogu operatsioonide arvust on raske öelda, kuna vastav statistika on ebatäpne. Eesti Anestesioloogide Seltsi 2003. aasta aruande põhjal teostati 12,5 % anesteesiastest ambulatoorselt. 2000. aastal oli vastav arv 14,4%. Hüppelist ambulatoorse kirurgia osakaalu tõusu järgnevatel aastatel on eelpool toodud põhjustel raske prognoosida. Koos päevakirurgia osakondade rajamisega ja preoperatiivse hospitaliseerimisperioodi lühenemise või puudumisega on kerkinud vajadus anestesioloogi ambulatoorse vastuvõtu

korraldamisele. Preoperatiivne vastuvõtt peaks hõlmama kõiki plaanilisi kõrgema anesteesiariisikoga (ASA III ja IV) haigeid, praegu umbes 14 000–16 000 inimest aastas. Seni on anestezioloogi ambulatoorne vastuvõtt rahuldaval tasemel organiseeritud vaid üksikutes Eesti raviasutustes. Põhjuseid on mitmeid: teenuse puudumine haigekassa hinnakirjas, personali nappus, haigete logistikaprobleemid, ruumide nappus, jm. Kaaluda tasuks ambulatoorse vastuvõtu kohustuslikuks muutmist läbi seadusandluse.

Päevakirurgia osakondi saab kindlasti kasutada valukliinikus tehtavate protseduuride (blokaadide) läbiviimiseks. Protseduurid, mida teostatakse, on erinevad närviblokaadid ägeda ja kroonilise valu raviks.

Ambulatoorse kirurgia puhul on äärmiselt oluline rõhutada küllaldase hulga ärkamisruumi voodite olemasolu vajadust vastavates osakondades. Enamusel juhtudest, s.o. suhteliselt lühiaegsete protseduuride korral peaks iga anestezioloogi töökoha (= operatsioonilaua) kohta olema vähemalt 5 ärkamisruumi voodit. Erandina võib see arv olla väiksem juhtudel, kui operatsioonid on suhteliselt pikad, mitmeid tunde kestvad (näiteks plastiline kirurgia). Ärkamisruumi voodikohtade tehniline varustus peab vastama II astme intensiivravi nõuetele. Lisaks peab päevakirurgia osakonnal olema kindel võimalus tüsistuste tekkel haigete koheseks hospitaliseerimiseks, vajadusel ka intensiivraviosakonda. Läbi tuleb töötada ka probleemistik, mis on seotud patsientide anesteesiajärgse transpordiga koju.

4. Valveteenistuse vajalikkus ja korraldus haigla liikide kaupa (piirkondlikes, kesk-, üld- ja kohalikes haiglates). Välja tuua eriarstide ööpäevaringse valve vajadus erinevates haiglates koos põhjendustega.

Anestezioloogia ja intensiivravi eriala valveteenistuse korraldus haigla liikide kaupa on sätestatud Sotsiaalministri määrusega nr. 103 "Haigla liikide nõuded" (19.05.2004). Haiglaliikide kaupa:

Piirkondlikud haiglad.

Piirkondlikes haiglates on anestezioloogi ööpäevane valve kindlasti vajalik, eraldi valveringid peavad olema anestezioteenistuses ning III astme intensiivravi teostavates osakondades. Anestezioteenistuse valmisoleku tagamiseks on neis haiglates täna reeglina valves rohkem kui üks anestezioloog. Arvestuslik maksimaalne anesteziote arv ühe anestezioloogi valveringi kohta ei ole täna sätestatud. Edaspidi tuleks seda teha ning seda arvesse võtta piirkondlike ja ka keskhaiglate anesteesia valveteenistuse planeerimisel ja rahastamisel.

Kolmanda astme intensiivravi osutamiseks peab seaduse kohaselt ööpäevaringselt töötama üks anestezioloog või intensiivravi täiendusõppe läbinud arst kuni kümne haige kohta. Piirkondlikes haiglates teostatakse aga ka IIIa astme intensiivravi, mis on kõige töömahukam. Kümne IIIa astme intensiivravi haige üheaegne ravimine ühe arsti poolt ei ole reaalne. Seetõttu tuleks

edaspidi erialaselt poolt üle vaadata ja anda normatiivid personali vajadusele IIIa astme intensiivravi teostamiseks.

Keskhaiglad.

Keskhaiglates peab seaduse kohaselt samuti olema anesthesioloogi ööpäevane valve. Lisaks peab eraldi valvering olema III astme intensiivravi osakondades.

Üldhaiglad.

Haigla liikide seadus ei nõua ööpäevaringse anesthesioloogilise valve olemasolu üldhaiglates. Erialadel, kus eriarst ei viibi ööpäevaringelt haiglas, peab olema tagatud vajadusel teenuse kättesaadavus. Seadusandlus ei täpsusta mõistet "vajadusel teenuse kättesaadavus". Üldlevinud arusaama kohaselt peaks teenus olema kättesaadav vähemalt 30 minuti jooksul (nn. kodune väljakutsevalve). Tänapäevaste üldhaiglate ravitegevuse amplituud ja võimsus on küllaltki erinevad. Seetõttu on mitmel pool osutunud otstarbekaks anesthesioloogilise valve ööpäevaringne olemasolu haiglas (näiteks Võru, Viljandi, Valga, jt.). Nendes kohtades tasuks kaaluda ka III astme intensiivravi tasustamist kuni kahe päeva ulatuses ühe haigusjuhu kohta (vt. ettepanek allpool).

Kohalikud haiglad.

Kohalikes haiglates ei ole ööpäevaringne anesthesioloogi valve vajalik. Vajadusel, sõltuvalt teenuse osutamise mahust, tuleks rakendada koduse väljakutsevalve printsiipi.

5. Arstide optimaalse töökoormuse planeerimine ehk eriarstide koormusstandardid.

Me ei näe vajadust varem koostatud arengukavas esitatud koormusstandardite leidmiseks toodud arvutuste muutmiseks. Haige ohutuse tagamiseks oleme jätkuvalt seisukohal, et anesteesia on arstlik protseduur ja anesthesioloog tohib üldjuhul korraga läbi viia ainult üht anesteesiat (erandolukorras on küllaldase kogemusega residentide juhendamine, mis võib toimuda korraga kahes operatsioonitoas). Kuigi on teada, et seoses anesthesioloogide nappusega on raviasutused nii mõnigi kord olnud sunnitud toodud nõuet rikkuma, oleme seisukohal, et standardnõue - üks anesthesioloog ühe operatsioonitoa kohta - on üle vaadatav ainult pärast uue kvaliteedi saavutamist õdede koolituses. Näiteks Rootsis on anesteesiaõe kutseks vajalik kolmeaastane erialane ettevalmistus pärast õdede kooli lõpetamist ja kolmeaastast tööd üldprofiiliga medõena.

Anesthesioloogide töökoormuse arvestamisel tuleb silmas pidada ka seoses preoperatiivse ambulatoorse vastuvõtu juurutamisega lisanduvat töökoormust.

Intensiivravi arstide töökoormuse planeerimiseks aluseks on hetkel seadusandluses olev nõue üks arst kuni 10 III astme intensiivravi haige kohta. IIIa astme intensiivravi läbiviimisel peame optimaalseks üks arst kuni 6 haige kohta.

6. Eriarstide vajadus

Eriarstide optimaalne absoluutne arv aastatel 2010 ja 2015

Täna valitseb anesthesioloogia alal tööjõu puudus, mille oluliseks põhjuseks on süvenev tendents Eesti anesthesioloogide liikumiseks teistesse Euroopa Liidu maadesse, ennekõike Soome, aga ka Inglismaale ja mujale.

Praegu on Terviseameti registris registreeritud 266 anesthesioloogia eriarsti. Neist 25 töötavad välismaal, ei tööta erialal või on pensioneerunud. Aktiivselt töötab erialal seega 241 anesthesiologi. Neist 30 on "puhtad" intensiivravi arstid, ülejäänute juhtiv töökoormus on anesteesia. Lisaks töötab Eestis 22 anesthesioloogia ja intensiivravi residentide.

Täna oleks optimaalne umbes 10 % suurem aktiivselt töötavate anesthesioloogide absoluutarv. Prognoosides mõõdukat töömahu kasvu 2010 ja 2015 aastaks, võiks eeldada eriarstide arvu vajaduse kasvu veel 10 % võrra. Optimaalne eriarstide arv 2015 aastaks võiks olla seega ligi 300.

7. Olemasolev eriala regulatsioon ning ettepanekud vajalikeks muudatusteks ja täiendusteks koos põhjendustega

7.1. Seadusandluses

1) Eriala nimetuse muutmine.

Teeme ettepaneku muuta Sotsiaalministri 28. novembri 2001. a määrust nr 11, "Eriarstiabi erialade loetelu", paragrahv 3, lõige üks, kus asendada nimetus "anesthesioloogia" nimetusega "anesthesioloogia ja intensiivravi".

Põhjendus: Intensiivravi on multidistsiplinaarne eriala, mis tänases meditsiinis omab vaieldamatult olulist rolli kõrvuti klassikaliste, n.ö. "vanade" erialadega. Samas on ebaselge, kes, kuidas ja mille alusel vastutab intensiivrivalase koolituse, arengu ja ravitöö korralduse eest vabariigis. Erialanimetustes intensiivravi ei eksisteeri, seega on ka vastutus hajuv ja laialivalgud. Intensiivravi on anesthesioloogia eriala lahutamatu osa. Anesthesioloogia eriala on nii meil kui ka mujal Euroopas omanud kesket rolli intensiivravi alases ravi-, teadus- ja õppetöös. Kõik Eestis ettevalmistuse saanud ja töötavad anesthesioloogid on saanud koolituse ka intensiivravi alal. Tänapäevane residentuuriprogramm kannab nimetust "anesthesioloogia ja intensiivravi", neljast koolitusaastast kaks on pühendatud intensiivravile. Enamik Euroopa riikides käsitletakse eriala nimetusena "anesthesioloogia ja intensiivravi". Sarnane on ka Euroopa arstide liitude ühisorganisatsiooni (UEMS) ja Euroopa intensiivravi erialaorganisatsiooni (ESICM – European

Society of Intensive Care) käsitlus intensiivravist. Oleme varem pöördunud vastava taotlusega Sotsiaalministeeriumi poole (31.05.2004). Ettepaneku realiseerimist peetud võimalikuks põhjendustel, mis jäävad meile ebaselgeks ja formaalseks, probleemi sisusse mitte süüvivateks (kiri tervishoiu asekanterilt 25.08.2004, nr. 13.1 – 1/6518).

2) IIIa astme intensiivravi personalivajadus

Teeme ettepaneku täiendada Sotsiaalministri määrust nr. 103 "Haigla liikide nõuded" (19.05.2004), paragrahv 59, alljärgnevalt:

"Anestesioloogia tervishoiuteenuste osutamine peab vastama käesoleva määruse §-des 8 ja 25 kehtestatud nõuetele järgmise erisusega: piirkondlikus haiglas peab olema lisaks fiiberbronhoskoop endoskoopiliseks intubatsiooniks. IIIa astme intensiivravi osutamiseks peab ööpäevaringselt töötama anestesioloog või intensiivravi täiendusõppe läbinud arst kuni kuue haige kohta ja anesteesia-intensiivravi õde ühe haige kohta."

Põhjendus: Seaduse formuleerimise ajal IIIa astme intensiivravi mõiste kasutusel ei olnud. Tegemist on üliraskes seisundis patsientidega, keerulisima ja töömahukaima lõiguga intensiivravis. Seaduse praegu kehtiva versiooni kohaselt võiks ka IIIa astme puhul töötada üks arst kümne haige kohta. See on ühe arsti jaoks ebareaalne koormus, vastavas olukorras sisuline ravikvaliteet paratamatult kannataks. Täpselt sama ka õetöö kohta: Euroopa standardite alusel peaks ühe intensiivravi õe töökoormus olema 40 ...50 TISS punkti päevas. IIIa aste algab 40 TISS punktist.

3) III astme intensiivravi üldhaiglates.

Teeme ettepaneku täiendada Sotsiaalministri määrust nr. 103 "Haigla liikide nõuded" (19.05.2004), paragrahv 8, alljärgnevalt

- (1) Üldhaiglas osutatakse kõiki anestesioloogia tervishoiuteenuseid ning esimese ja teise astme intensiivravi.
- (2) Üldhaiglates on lubatud kolmanda astme intensiivravi osutamine kuni 2 ravipäeva ulatuses juhul, kui on tagatud kolmanda astme intensiivravi osutamiseks vajalike tingimuste, eelkõige anestesioloogi ööpäevaringne valve kohalolekuga haiglas, täitmine.

Põhjendus:

Intensiivraviteenistuse kvaliteedi ja ravijärgpidevuse tagamiseks on ülioluline vastava erialakompetentsi hoidmine üldhaiglates. Praegu tasutakse üldhaiglatele vaid teise astme intensiivravi voodipäeva hind. Real juhtudel vastab TISS punktide arv aga kolmandale astmele. Kuna üldhaiglates pole III astme intensiivravi litsentseeritud, haigekassa III astme intensiivravi päevi raviarvel välja ei maksa. Samas ravikulutused aga tehakse. Mõningatel juhtudel haige seisund laheneb 1-2 päevaga ja edasi suunamine polegi vajalik. Olukorda kogu Eesti mastaabis komplitseerib ka olukord, kus kõrgema etapi raviasutused ei ole alati oma piiratud mahu tõttu suutelised koheselt haiget üle võtma – sel juhul peab III astme intensiivravi paratamatult

üldhaiglas jätkuma. On ka näiteid, kus kõrgemast ravietapist saadetakse erinevatel põhjustel üldhaiglasse jätkuvalt kolmanda astme intensiivravi vajav haige. Selle sättega saame sujuvamaks intensiivravihaigete raviprotsessi, üldhaiglatel on stiimul intensiivravi kompetentsi hoidmiseks ja arendamiseks. Samal ajal ei tohiks kahepäevase piirangu tõttu takistuda kõrgema etapi ravi vajavate haigete liikumine kesk- ja piirkondlikesse haiglatesse.

7.2. Ravijuhised (olemasolevad ja hetkel tegemisel olevad ravijuhised, hinnang vajadusele)

Hetkel olemasolevaid või tegemisel olevaid ravijuhiseid anestesioloogia ja intensiivravi erialal ei ole. Anestesioloogide Selts on heaks kiitnud kaks naabererialade juhust, ägeda pankreatiidi (Eesti Kirurgide Assotsiatsioon) ning ägedate koronaarsündroomide (Eesti Kardioloogide Selts) ravijuhised. Kiiresti oleks vajalik koostada taaselustamise ravijuhendid koostöös erakorralise meditsiini ja kardioloogide seltsiga.

7.3. Teised standardid

vt. allpool, punkt 9.1.

8. Professioni vastutuse tõstmine eriarstide pädevuse jälgijana. Arstide pädevuse hindamise süsteem ja kriteeriumid.

Sotsiaalministri määrus nr. 144 "Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamise nõuded." (20. 12. 2001) paragrahv 4 kohaselt peavad Tervishoiutöötajate kutse- ja erialaühendused välja töötama tervishoiuteenust osutavate tervishoiutöötajate pädevuse nõuded ning perioodiliselt hindama tervishoiuteenust osutavate tervishoiutöötajate vastavust pädevuse nõuetele. Eesti Anestesioloogide Seltsi põhikirjalisteks eesmärgiks on muuhulgas

- Seltsi liikmete erialase ettevalmistuse parandamine ja kontrollimine, teadussaavutuste propageerimine ja praktikasse juurutamine anestesioloogia ja intensiivravi alal, ettepanekute tegemine tervishoiu ja arstiabikorralduse täiustamiseks ning ravikvaliteedi parandamiseks;
- osavõtt anestesioloogia ja intensiivravi alase erialase koolituse ja teadustöö koordineerimisest ja planeerimisest;
- osavõtt erialaste standardite ja ravijuhiste väljatöötamisest;
- Seltsi liikmete huvide esindamine erialaselt tekkinud vaidlusküsimustes.

Neist dokumentidest lähtuvalt on Eesti Anestesioloogide Selts välja töötanud pädevuse hindamise kriteeriumid ja korra (EAS juhatuse otsus 14. 04. 2003), mille detailne kirjeldus on leitav Seltsi kodulehel <http://www.eas.kliinikum.ee/> . Peame pädevuse hindamist üheks Seltsi olulisimaks funktsiooniks ning oleme sellesse suhtunud täie tõsidusega.

9. Muid eriala probleeme, ettepanekuid.

9.1. Töökohtade litsentseerimine.

Ühe olulise probleemina näeme anesteesia töökohtade ja intensiivravi voodikohtade sisulise litsentseerimise ja kontrolli puudumist tänases Eestis. 1997. aastal viidi Sotsiaalministeeriumi initsiatiivil Eesti Anestesioloogide Seltsi ekspertide poolt läbi kõigi operatsioonitubade anesteesiavarustuse kontroll. 1998. aastal toimus intensiivravi voodikohtade ülevaatus, millele vastavalt jagati ka litsentsid I, II või III astme intensiivravi jaoks. Tegemist oli korrekse, põhjaliku ja sisulise inspeksiooniga. Selle järgselt omas Selts kindlustunnet, et erialatöö toimub tingimustes, mis ei sea ohtu patsiendi elu. Hilisem areng on toonud haiglanõuete täpsustumise seadusandlikul tasemel, litsentseerimise kohustuse nihkumise Tervishoiuametile. On alarmeerivaid märke, et töökohtade litsentseerimine on muutumas bürokraatiaks paberil, kus otsustajateks ei ole enam erialaspetsialistid. Seetõttu rõhutame siinkohal vältimatut vajadust kaasata erialaseltsi eksperte töökohtade sisulisele inspekteerimisele ja litsentseerimisele. Ainult sel viisil saame realselt tagada, et töökohtades on sisseseade ja tehniline varustatus tasemel, mis tagab ohutu anesteesia või intensiivravi läbiviimise antud töökohal.

9.2. Intensiivravi lisaeriala sisseseadmine

Sotsiaalministri määrus nr. 103 "Haigla liikide nõuded" (15.08.2004) sätestab, et kolmanda astme intensiivravi osutamiseks peab keskhaiglas ööpäevaringselt töötama anestesioloog või intensiivravi täiendusõppe läbinud arst. Seaduses nimetatud täiendõpet Eestis täna ei eksisteeri. Euroopa arstide liitude ühisorganisatsiooni (UEMS) ja Euroopa intensiivravi erialaorganisatsiooni (ESICM – European Society of Intensive Care) konsensus-seisukohtade kohaselt on intensiivravi multidistsiplinaarne eriala, mida võib omandada lisana baaserialale (kirurgia, kardioloogia, vms) või põhieriala (anestesioloogia) sees. Oluliseks peetakse ühise õppekava ja pädevuse kontrollsüsteemi olemasolu. Täna on Eestis võimalik omandada intensiivravi alane kvalifikatsioon anestesioloogia residentuuri õppekava raames. Lisaerialana intensiivravi Eestis omandada pole võimalik. Mitmete erialade (erakorraline meditsiin, kardioloogia, jt) esindajad on pöördunud Tartu Ülikooli anestesioloogia ja intensiivravi kliiniku poole, tundes huvi intensiivravi alase ettevalmistuse saamise võimaluste kohta. Seetõttu teeme ettepaneku luua võimalus intensiivravi omandamiseks diplomijärgses õppes lisaerialana, pärast baaseriala läbimist. Sarnaselt teiste arstlike erialadega määrata vastutus õppe läbiviimise eest Tartu Ülikoolile. Intensiivravi arstide koolitamiseks avada Tartu Ülikooli juures intensiivravi lisaeriala residentuur 2005.aastal;

9.3. Anesteesia- ja intensiivraviõdede koolitus

Õdede koolitus on viimastel aastatel tänu meditsiinikoolide aktiviteedile oluliselt arenenud, millesse suhtume täie tunnustusega. Ometigi on anesteesia- ja intensiivravi õdede diplomijärgses spetsialiseerumises veel küllaldaselt arenguruumi. Jätkuv trend meditsiinis on ühe rohkemate vastutuste delegeerimine õenduspersonalile. Tänapäevased nõuded anesteesia- ja intensiivravi õdedele ületavad kaugelt keskerihariduse taseme. Nimetagem siinkohal vajalikke oskusi ja

teadmisi opereerimiseks kõrgtehnoloogilise anesteesia- ja patsiendi jälgimisaparatuuriga, arvutitehnilisi oskusi, teadmisi farmakoloogiast, jne. Mõistetavalt eeldab see ka vastavatasemelist koolitust. Näiteks Skandinaaviamaades tähendab anesteesia- ja intensiivravi õe kutse omandamine aastatepikkust sisutihedat praktilist ja teoreetilist koolitust. Arvestades Eestis üha reaalsemaks saavat arstide defitsiiti, vajaks õdede ettevalmistus ja vastutusmäär uut läbivaatamist ja diskussiooni. Küsimus vajab kompleksset lähenemist: õppekava kestus ja -sisu, teoreetiline vs. praktiline õpe, õppekoosseis, stipendiumid, jmt. Omandatud teadmisi ja oskusi tuleb ka väärihinnata – tänane õdede palk ei vasta kaugeltki neile esitatud nõuetele.

9.4. Anesteesia registri sisseseadmine

Eesti Anestesioloogide Selts on oma tegutsemise algusest alates pidanud anestesioloogilise tegevuse koondaruannet, võttes aluseks raviautuste poolt esitatud aasta-andmed. See on olnud oluliseks faktoriks ülevaate säilitamiseks eriala arengust vabariigis, ravikvaliteeti ohustavate võimalike probleemide teadvustamiseks ning vastavate vastumeetmete rakendamiseks. Leiame, et anestesioloogia ja intensiivravi alase aastaaruandluse jätkamine erialaselti tasemel on saavutatud taseme hoidmiseks ja tõstmiseks äärmiselt oluline. Eriala edasise arengu aspektist oleks oluline anesteesia registri sisseviimine vabariiklikul tasandil ning intensiivravi aruandluse ühtlustamine vabariigis.

9.5. Anestesioloogide lahkumine Eestist

Tõsiseks probleemiks, millele peame vajalikuks juhtida Sotsiaalministeeriumi tähelepanu, on anestesioloogia eriarstide lahkumine Eestist tööle Euroopa Liidu maadesse, ennekõike Soome. Üheks motivaatoriks on kindlasti palk, mis Euroopa Liidus on kordi suurem kui Eestis. Alarmeriv on ennekõike just noorte kolleegide lahkumine. Tänapäevaste arengute jätkudes on Eesti tervishoid mõne aasta pärast olukorras, kus tervishoiuteenuse osutamist piiravaks faktoriks ei ole mitte haigekassa lepingu maht vaid eriarstide puudus. Anestesioloogia on kahjuks üks esimesi erialasid, kus häireolukord tekib. Riiklikul tasandil tuleb tõsiselt tegeleda abinõude leidmisega, mis oleksid stimuleerivaks ennekõike residentidele ja noorarstidele töö jätkamiseks Eestis.

Arengukava täiendamise ja kaasajastamise on koostanud anestesioloogia-intensiivravi erialakomisjon koosseisus:

Joel Starkopf
Jüri Samarütel
Tiit Veeber

11. november 2004.a.