

# DERMATOVENEROLOOGIA ERIALA TÄIENDATUD ARENGUKAVA 2004. AASTAL

## 1. Eriala kirjeldus.

### **1.1. Eriala ja võimalike alerialade definitsioon.**

**Dermatoveneroloogia** on meditsiini eriala, mis käsitleb naha ja nahaaluse koe, naha derivaatide ning nahal avalduvate süsteemsete haiguste ja nahahaiguste süsteemsete sümptomite diagnoosimist, ravi (medikamentooset, füsiatrilist, kirurgilist), jälgimist ja ennetamist; samuti ka sugulisel teel levivate haiguste diagnoosimist, ravi, jälgimist ja ennetamist.

Dermatoveneroloogia hõlmab ka terviseedendamist, tervisekaitset, seksuaaltervishoidu, tervise väärtustamist ning tervislikele eluviisidele suunatud avaliku arvamuse kujundamist.

Eriala nimetus:

- dermatoveneroloogia

Tervishoiuteenust osutavad eriarstid:

- dermatoveneroloogid

Erialasisese spetsialiseerumisena aastani 2010 on planeeritud:

**dermatopatoloog**, kes lisaks erialasele residentuurile läbib patoloogia residentuuri.

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

Erialast tervishoiuteenust, nii ambulatoorset kui statsionaarset, osutatakse **kogu elanikkonnale** sõltumata vanusest ja soost kõigi erialaga seotud ja erialaga lähedalt seotud haiguste korral, sh. teatavate nakkus- ja parasiithaigustega haigetele, kaasa arvatud ravi ja nõustamine sugulisel teel levivate haigustega haigete kontaktsetele.

## 2. Eriala areng.

### **2.1. Eriala arengu prioriteedid.**

- ambulatoorse erialateenuse eelistamine, statsionaarse teenuse osakaalu vähenemine;
- dermatoveneroloogiliste haiguste tõendus põhise diagnostika ja ravi osakaalu jätkuv tõus;
- uute diagnostika ja ravimeetodite sh dermatokirurgilise töö juurutamine ja eelisarendamine.

### **2.2. Võrdlus eriala arenguga ja prioriteetidega EL maades.**

Kõikides EL maades on prioriteetideks:

- ambulatoorse dermatoveneroloogilise teenuse laiendamine, kusjuures voodifondi vähendamise tempo ja vajadus spetsialistide järgi sõltub konkreetse maa sotsiaalmajandusliku arengu tasemest. Dermatoveneroloogide arv näit UK on 1: 150 000, kuid Itaalias 1: 20 000; Skandinaaviamaades on see (< 67a.v.dermatoveneroloogid) 0,4 : 10 000 . Arvestades dermatoveneroloogide arvulist ja vanuselist struktuuri ning jaotuvust Eestis, on dermatoveneroloogiline arstiabi kvalifitseeritud kaadri poolt momendil tagatud, olles 0,57 : 10 000.
- dermatoloogilise kirurgia arendamine;
- teledermatoloogia juurutamine

## 3. Erialaste tervishoiuteenuste planeerimine.

### **3.1. Olukorra analüüs.**

#### **3.1.1. Eriala tervishoiuteenuse osutamise kirjeldus haigestumise näitajate alusel.**

Sageneb haigestumine dermatoveneroloogilistesse haigustesse.

Dermatoloogiliste haiguste põhigrupi haigete ( L00-L99) esmaste haigusjuhtude arv 100 000 elaniku kohta oli:

2000 a 7940,0 ( 108 721 juhtu),

2001.a. 8549,4 ( 116 623 juhtu),

2002.a. 8606,7 ( 116 934 juhtu).

Dermatoveneroloogide ambulatoorsete vastuvõttude arv oli:

2001.aastal 280 651 ( 206 vastuvõttu 1000 elaniku kohta),

2002.aastal 282 242 (208 vastuvõttu 1000 elaniku kohta).

Sagedamini põevad dermatoveneroloogilisi haigusi ülekeskealised naised.

Nahahaiguste esinemissageduses ei esine olulisi piirkondlikke erinevusi; veneroloogiliste haiguste esinemissagedus on märgatavalt suurem Põhja Eestis, sh.rohkem kui pooled haigetest (53,4 %) elavad Tallinnas.

### **3.1.2 Tervishoiuteenuste jaotus etappide kaupa, ambulatoorse ja statsionaarse eriarstiabi vahel.**

#### **I Dermatoveneroloogiline statsionaarne teenus.**

Statsionaarse teenuse osakaal on pidevalt vähenenud, abi antakse kesk- ja kõrgemal tasandil kahes regionaalhaiglas ja kesktasandil ühes keskhaiglas. Ravivoodite arv aastalõpu seisuga oli:

2000 a. 152, hospitaliseeriti 2883 haiget, keskmine ravikestvus 12,0 päeva,

2001.a. 147, hospitaliseeriti 2750 haiget, keskmine ravikestvus 11,4 päeva,

2002.a. 82, hospitaliseeriti 1962 haiget, keskmine ravikestvus 11,1 päeva.

Seisuga 01.01.2004 a. on statsionaarne arstiabi koondunud kolme haiglasse (82 ravivoodit).

#### **SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla (SA PER) dermatoveneroloogia osakond (30 ravivoodit).**

Teeninduspiirkonnaks on :

Harjumaa sh. Tallinn, Järvamaa, Raplamaa, Läänemaa, Hiiumaa, Lääne- Virumaa ja

Saaremaa+ Pärnumaa kõrgema etapi haiged.

Lisaks ravitakse vastavalt HK lepingule väheses mahus kõigi teiste maakondade haigeid.

#### **SA Tartu Ülikooli Kliinikumi (SA TÜK ) nahahaiguste kliinik (32 ravivoodit).**

Teeninduspiirkonnaks on :

Tartumaa sh. Tartu, Jõgevamaa, Viljandimaa, Põlvamaa, Valgamaa, Võrumaa, Ida- Virumaa.

Lisaks ravitakse vastavalt HK lepingutele väheses mahus kõigi teiste maakondade haigeid.

#### **AS Pärnu Haigla (20 ravivoodit)**

Teeninduspiirkonnaks Pärnumaa

#### **II Päevaosakonnad.**

Dermatoveneroloogilise päevaravi rakendamist on takistanud patsiendipoolse omaosalustasu suurus (SA PER-75 kr.päev) ja vanemaealiste haigete raskused ravile sõitmisel, sõidukulud.

Dermatoveneroloogiliste ravivoodite edasisel vähenemisel on eeldada siiski päevaravi osakaalu tõusu.

01.01.2003 .a. oli avatud 22 päevaravivoodit

SA PER 3 ravivoodit

SA TÜK 0 ravivoodit

Ida-Virumaal 19 ravivoodit (Narvas ja K-Järvel )

#### **III Haiglaväline dermatoveneroloogiline arstiabi.**

Dermatoveneroloogilist haiglavälist arstiabi antakse eriarstiabi kesk- ja kõrgemal tasandil. Piiratud etteantud mahus osutavad dermatoveneroloogilist ambulatoorset arstiabi perearstid.

Dermatoveneroloogiline ambulatoorne teenus on kättesaadav kõikides Eesti piirkondades.

Mõlema piirkondliku haigla polikliinikus toimub seksuaalsel teel levivate infektsioonide varaseks avastamiseks ja nende haiguste ennetamiseks patsientide anonüümne vastuvõtt.

Arvestades dermatoveneroloogide arvulist ja vanuselist struktuuri ning jaotuvust Eestis, on praegu dermatoveneroloogiline arstiabi kvalifitseeritud kaadri poolt tagatud.

#### **3.1.3. Eriarstide arv maakonniti 10 000 elaniku kohta.**

Dermatoveneroloogide arv maakonniti 10 000 elaniku kohta varieerub.

Andmed maakonniti ei kajasta objektiivselt töötava eriarsti koormust elanike arvu kohta teeninduspiirkonnas, sest:

- patsientidel on võimalik pöörduda dermatoveneroloogi vastuvõtule ilma perearsti saatekirjata ka väljaspool elukohta;
- seoses haigekassaga sõlmitud lepingutega, teenindavad SA PER dermatoveneroloogia osakond ja SA TÜK nahahaiguste kliinik kõrgema tasandi raviastutustena patsiente üle kogu vabariigi;
- sugulisel teel levivaid haigusi põdevad haiged ja nende kontaktid eelistavad end ravida elukohaväliselt;

- osa Tallinna, Tartu ja Pärnu arstidest töötab nii statsionaarses kui polikliinilises osakonnas kuid statistiliselt näidatakse ühe osakonna all;
- mitmed erameditsiinis töötavad arstid võtavad haigeid vastu vastavalt vajadusele, mistõttu nende tööaega ja koormusi ei ole võimalik objektiivselt näidata.

### **Dermatoveneroloogide arv Eestis 10 000 elaniku kohta on 0,57 eriarsti.**

Arvutusel on võetud aluseks elanikkonna arv 01.01.2004.a.

Seisuga 01.01.2004.a. on Eestis 77 dermatoveneroologi, 3 arsti tegeleb ainult kosmetoloogia, kui eriala kitsama lõiguga. Mitmed arstid töötavad nii statsionaarses kui polikliinilises osakonnas ja 6 dermatoveneroologi on seotud TÜ diplomieelse õppetööga.

### **3.2. Tervishoiuteenuste prognoos.**

#### **3.2.1. Eriala teenuse vajaduse muutuse prognoos aastateks 2005, 2010 ja 2015 lähtuvalt haigestumise struktuuri ja ravivõimaluste muutusest.**

Kaasaegse dermatoveneroloogilise ravi parem kättesaadavus (mitmete ravimite kinnitamisega soodusravimite nimekirja) ning muutused raviskeemides veneroloogilistel haigetel, on loonud eelduse haiglaravi vajavate haigete arvu vähenemisele. Kompleksne ja tõhus kaasaegne ravi on küll viinud praeguseks haiglaravi keskmise kestvuse mõningasele lühenemisele, kuid sarnast jätkuvat tendentsi ei ole oodata. Samas ei ole mitmed olulised dermatoveneroloogilised ravimid registreeritud Eestis ja on raskesti (Dapsoon, Griseofulviin) või üldse mitte (psoraleenid PUVA raviks) kättesaadavad.

Seoses ravivoodite vähenemisega ja raskete haigusseisunditega haigete osakaalu tõusuga, eeldame ravijuhu maksumuse tõusu.

Haiglavälise dermatoveneroloogilise teenuse osakaal tõuseb ka vastavalt piirkondlikule päevaravi nõudlusele.

#### **3.2.2. Prognoosi põhjendus.**

Kuigi viimastel aastatel on vähenenud haigestumine mõnesse sugulisel teel levivasse haigusse, on suurenenud haigestumine sugulisel teel levivatesse viirushaigusse. Narkomaania levik ning HIV-positiivsete arvu kasv suurendavad patsientide arvu, kes kontrollivad end sugulisel teel levivate infektsioonide sh. HIV osas. Tähtsal kohal saab ka tulevikus olema anonüümne haigete testimine ja ravimine sugulisel teel levivate infektsioonide osas, kuna just nende diagnoosidega haiged on olulised HIV levitajad. On eeldada ka HIV-ga kaasnevate dermatooside sagenemist. Seoses HIV infektsiooni epideemilise levikuga, on ennetustööna hädavajalik nõustajate rakendamine ja nõustamisteenuse lülitamine dermatoveneroloogiliste teenuste nimekirja piirkondlikes haiglates ja epidemioloogiliselt ohustatud piirkondades.

Lisaks:

- suureneb kogu maailmas ja ka Eestis haigestumine allergodermatoosidesse;
- suureneb eakate inimeste arv seoses keskmise eluea pikenemisega; nahahaiguste sh. nahakasvajate esinemissagedus on aga suurem just eakatel.

### **3.3. Teenuste jaotumine.**

#### **3.3.1. Patsientide ja teenuste optimaalne jaotus haiglas ja haiglavälise eriarstiabi vahel.**

Haiglavälisest dermatoveneroloogilist teenust osutavad dermatoveneroloogid ja piiratud mahu perearstid ning vähema osakaaluga piirialade eriarstid (günekoloogid, uroloogid, allergoloogid, reumatoloogid). Eriala teadmiste ja kogemuste kasvuga suureneb perearstide roll ja nende poolt osutatav dermatoveneroloogiline teenus.

Seoses keskmise eluea pikenemisega, on eeldada villilise grupi dermatooside ja nahakasvajate esinemissageduse tõusu ja sellega seoses sagedasemat naha morfoloogiliste ning immunohistokeemiliste uuringute rakendamise vajadust.

Oluline oleks päevakirurgia rakendamine erialal ( koodid D23, B07, L82;L84; D17, I87.1; ).

1999.aastal hospitaliseeriti 3311 haiget, neist 662 vajab kõrgema tasandi dermatoveneroloogilist abi Voodite arvu vähenemisega suureneb kõrgema etapi teenust vajavate haigete osakaal.

2002.aastal hospitaliseeriti 1962 haiget ning dermatoveneroologi poolt tehti 282 242 ambulatoorset vastuvõttu s.t. 143,9 vastuvõtu kohta hospitaliseeriti 1 haige.

#### **3.3.2. Patsientide arvu ja teenuse osutamise jaotus aktiivravihaiglate vahel vastavalt haiglavõrguarengukava printsiipidele.**

I Arvestades haiglaravi osatähtsuse vähenemisega tulevikus, on otstarbekas hospitaliseerida

dermatoveneroloogilist aktiivravi vajavad haiged vaid **2 piirkondlikku haiglasse**, kus antakse nii kesk- kui ka kõrgema tasandi dermatoveneroloogilist haiglaarstiabi :

- tagatakse kaasaegne haiguste diagnoosimine ja teaduspõhine ravi;
- tekib eeldus säästlikumaks majandamiseks;
- piirkondlike haiglate rekonstrueerimisel või uute osakondade ehitamisel saab planeerida dermatoveneroloogilised palatid 1-2 kohalistena, mis võimaldab tõsta voodihõivet, kuna paljud dermatoveneroloogilised haiged tuleb paigutada eraldi hügieeninõuetest tulenevalt. Voodihõives tuleks jõuda 80%-ni. Voodihõive suurenemist takistab nahahaiguste ägenemise korrelatsioon aastaaegade ja haiglaravi rakendamise sesoonse suurem või väiksem vajadus. Võttes arvesse nahapatoloogia aeglast normaliseerumist ja seda, et tulevikus on haiglaravil suhteliselt rohkem kõrgema tasandi haigeid, ei ole haiglaravi keskmist kestvust võimalik oluliselt vähendada. 2002.a. oli see 11,1 päeva.

Arvame siiski, et:

- 2005.a. võiks see olla –10,5 päeva.
- 2010.a. 10 päeva.
- 2015.a. 9,5 päeva.

**II Erandkorras** võiks olla SA Pärnu Haiglas Pärnumaa elanikkonna arvu arvestavalt 5...2 ravivoodit, kusjuures voodite arv väheneks sujuvalt ja vajadusel asenduks päevaravi vooditega.

Ka mõlemas piirkondlikus haiglas ja Ida-Virumaal on otstarbekas planeerida dermatoveneroloogiliste haigete raviks **päevaravivoodid**.

**Haiglavälist dermatoveneroloogilist abi** antakse **Harjumaal** ja **Tartumaal** piirkondlike haiglate polikliinikutes. Mõlemas haiglas osutatakse kesk- ja kõrgema tasandi dermatoveneroloogilist ambulatoorset abi oma maakonna haigetele ja kõrgema tasandi arstiabi kogu teeninduspiirkonna haigetele. Kõrgema tasandi diagnostikat ja erialast abi vajab ca 8-10% dermatoveneroloogilistest haigetest.

Tallinnas osutavad erialalist ambulatoorset tervishoiuteenust ka Ida- ja Lääne- Tallinna Keskhaiglad . Nii Tallinnas kui ka Tartus võtavad haigeid vastu ka erameditsiinis töötavad dermatoveneroloogid.

**Ida- Virumaal** ja **Pärnumaal** antakse dermatoveneroloogilist kesk- ja kõrgema tasandi haiglavälist abi vastavate keskhaiglate juures.

**Paides, Haapsalus, Narvas, Kuressaares, Viljandis, Võrus** saab haiglavälist kesk- ja kõrgema tasandi dermatoveneroloogilist abi teise tasandi haiglate juures.

**Rakveres** ja osaliselt **Narvas** on edukalt rakendatud eradermatoveneroloogilist teenust ja see jätkub tulevikus. Mujal piirkondades on eradermatoveneroloogilise abi osakaal väga väike, kuid tulevikus see arvatavasti suureneb.

Üle 30 000 elanikuga maakondades (**Jõgeva, Põlva, Valga, Rapla**) on otstarbekas säilitada dermatoveneroloogi ametkoht näit. tervisekeskuse juures.

**Hiiumaal** osutab dermatoveneroloogilist haiglavälist teenust perearst, kes vajadusel suunab haige konsultatsioonile dermatoveneroloogi juurde, või mandrilt konsulteerimas käiv dermatoveneroloog.

### **3.3.3. Järelevi vajavate patsientide arvu ja järelevi kestuse prognoos.**

Aktiivravihaiglas vajavad eriala voodiprofiilikohast voodipäevade arvu ületavat järelevi (hinnakirja kood 2047) eelkõige laialulatuslikke allergodermatoose, laialdast või tüsistunud psoriaasi põdevad haiged, villilisi dermatoose, vaskuliiti vm. raskekujulist harva esinevat nahahaigust põdevad haiged.

### **3.3.4. Päevaosakonna vajalikkus. Protseduuride loetelu, mille puhul on näidustatud päevaravi kasutamine.**

Päevaravi osakonnas ravitakse neid dermatoveneroloogilisi haigeid, kelle tervislik seisund ei vaja ööpäevaringset arstiabi, ega jälgimist, kuid kelle raviprotseduuride teostamine kodus ei ole võimalik või on raskendatud.

Päevaosakonnas ravitakse lokaliseeritud krooniliste või alaägedate löövetega haigeid, kelle raviks on vajalikud:

- erinevad lokaalprotseduurid (eri piirkondade määrimised erinevate ravimitega, dermatoloogilised kompressid, oklusioonid, mähised jm.);
- kombineeritud ravi rakendamine (süsteemne ravi, lokaalprotseduurid, sidumised, ravivannid ja raviduššid) sh. UV valgusravi, laserravi, haavandite hooldus, jalgade kompressioonravi kaasuva lümfödeemiga haavandahaigetele, roospõletikujärgsete seisundite ravi;

- dermatoloogilised pisioperatsioonid.

### 3.3.5. Valveteenistuse vajalikkus ja korraldus haigla liikide kaupa.

Dermatoveneroloogia osakonnas ei ole vajalik ööpäevaringne dermatoveneroloogi valve, kui samas korpuses on arsti valveteenistus. Vajadusel võib rakendada lisaks dermatoveneroloogi telefonivalvet. Ööpäevaringne öe valveteenistus on vajalik.

### 3.3.6 Arstide optimaalse töökoormuse planeerimine.

Seoses statsionaarse arstiabi vähenemisega lähitulevikus, võib eeldada, et aktiivravihaiglas on just komplitseeritumad dermatoveneroloogilised haiged. Arvestades arsti puhkusest ja täiendustest tingitud asendusi, peaks **1 arsti ametkoht olema 10 ravivoodi kohta.**

Ambulatoorse vastuvõtu koormus maksimaalselt:

**4 haiget tunnis ja konsultatiivsel vastuvõtul 2 haiget tunnis.**

## 3.4 Voodikohtade arvu prognoos.

### 3.4.1. Aktiivravivoodid.

#### Voodikohtade arvu planeerimine 2005.aastaks.

Planeeritakse 65 (70) **ravivoodit** **1807 (1946)** haigele; keskmine ravikestvus 10,5 päeva

SA Põhja –Eesti Regionaalhaigla	28 ravivoodit
SA Tartu Ülikooli Kliinikum	32 ravivoodit
SA Pärnu Keskhaigla	5 (10) ravivoodit

#### Voodikohtade arvu planeerimine 2010.aastaks.

Planeeritakse **52 ravivoodit 1518** haigele, keskmine ravikestvus 10 päeva

SA Põhja- Eesti Regionaalhaigla	22 ravivoodit
SA Tartu Ülikooli Kliinikum	25 ravivoodit
SA Pärnu Haigla	5 ravivoodit

#### Voodikohtade arvu planeerimine 2015.aastaks.

Planeeritakse **42 ravivoodit 1291** haigele, keskmine ravikestvus 9,5 päeva

SA Põhja-Eesti Regionaalhaiglas	20 ravivoodit
SA Tartu Ülikooli Kliinikum	20 ravivoodit
Sa Pärnu Haigla	2 ravivoodit

### 3.4.2. Päevaravivoodid.

Päevaravi voodite planeerimine tuleneb selle nõudlusest piirkonniti.

#### Päevaravivoodite planeerimine 2005.aastaks.

SA PER	1 ravivoodi
SA TÜK	0 ravivoodit
Ida Virumaal	12 ravivoodit

#### Päevaravivoodite planeerimine 2010.aastaks.

SA PER	5 ravivoodit
SA TÜK	5 ravivoodit
Ida- Virumaal	12 ravivoodit

#### Päevaravivoodite planeerimine 2015.aastaks.

Tallinnas	5 ravivoodit
Tartus	5 ravivoodit
Ida- Virumaal	12 ravivoodit
Pärnumaal	5 ravivoodi

## 3.5 Eriarstide vajadus.

### 3.5.1. Eriarstide vajadus 10 000 elaniku kohta ning eriarstide absoluutne arv aastatel 2005, 2010, 2015.

Seisuga 01.01.2003.a.on Eestis 77 dermatoveneroloogi st.0,57 arsti 10 000 elaniku kohta.

Võttes aluseks arstide vanuselise struktuuri (eeldame, et arstid töötavad kuni 65 eluaastani) ja residentuuri lõpetavate noorte dermatoveneroloogide juurdekasvu, töötab Eestis:

2005.a. 77 dermatoveneroologi -0,57 10 000 elaniku kohta;  
2010.a. 69 dermatoveneroologi -0,49 10 000 elaniku kohta;  
2015.a. 60 dermatoveneroologi -0,43 10 000 elaniku kohta.

### **3.5.2. Ettepanek koolitustellimuseks.**

Kuigi selline arstide arv tagab kvalifitseeritud eriarstiabi, on otstarbekas selle taseme säilitamiseks suunata dermatoveneroloogia eriala residentuuriõppele 1 arst üle aasta. Selle tingib:

- nn. loomuliku kao võimalus (varasem pensionile jäämine, haigus, surm jm.);
- võimalus siirduda tööle teistesse riikidesse;
- residentuuriõppe pikenemine.

Järgmise 10 aasta jooksul on vajalik erialasisene spetsialiseerumine dermatopatoloogia alal ja viia sisse päevakirurgia.

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

### **3.1. Seadusandlus.**

Erialase tervishoiuteenuse osutamisel lähtutakse Eesti Vabariigis kehtivatest seadustest ja õigusaktidest ning EV Sotsiaalministeeriumi poolt sotsiaalministri määrustega kinnitatud korrast.

### **3.2. Ravijuhised.**

Välja on antud järgmised ravijuhised:

1. Sugulisel teel nakkavate haiguste ravi ja profülaktika, 1997;
2. Akne ravijuhis, 2001;
3. Urtikaaria ravijuhis, 2002;
4. Seksuaalsel teel levivate infektsioonide ( STLI) ja sündroomide diagnostika- ja ravijuhis, 2003;
5. Seksuaalsel teel levivate infektsioonide diagnostika ja ravi algoritmid, 2004;

Hetkel on tegemisel Psoriaasi diagnostika- ja ravijuhis.

Edaspidi on planeeritud koostada ravi ja - diagnostikajuhised atoopilise dermatiidi, seenhaiguste ja villilise grupi haiguste jaoks, uuendada STLI ravijuhiseid jm.

## **4. Ettepanekud eriarstide kvalifikatsiooni parendamiseks.**

### **4.1. Koolitus.**

Dermatoveneroloogide ettevalmistus toimub läbi TÜ Arstiteaduskonna residentuuriõppe, mis praegu kehtiva programmi alusel on 4 aastat.

Residentuuri aega pikendati alates 2003.a. seoses üliõpilaste õppekavade muutmisega.

Arstiõppe uues õppekavas on lühendatud internatuuri aega, seega on eriala programmi lülitatud sellised tsüklid nagu sisehaigused ja üldkirurgia kohustuslike ainetena.

Residentuuriõppe täies mahus läbinu sooritab eksami dekaani käskkirjaga määratud komisjoni ees.

Komisjoni koosseisu kuuluvad ka EV Sotsiaalministeeriumi dermatoveneroloogia erialakomisjoni liikmed.

Eksami edukalt sooritanu tunnistatakse spetsialistinõuetele vastavaks ja sertifitseeritakse kui dermatoveneroloog.

### **4.2. Täiendkoolitus.**

Dermatoveneroloogide täiendkoolitus toimub:

1. Tartu Ülikooli Arstiteaduskonna Täienduskeskuse poolt korraldatavatel kursustel;
2. Eesti Naha-ja Suguhaiguste Arstide Seltsi ja Sugulisel Teel Levivate Infektsioonide Eesti Ühingu poolt korraldatavatel konverentsidel, teabepäevadel, seminaridel;
3. rahvusvahelistel konverentsidel, kongressidel, seminaridel;
4. erialase uurimistöö tegemisel ning töö tulemuste esitamisel suulise või posterettekandena, artiklina, teaduspublikatsioonina;
5. täiendamisel eriala pädevuse hindamise komisjoni (sertifitseerimisekomisjoni) poolt aktsepteeritud kliinikutes, osakondades;
6. osalemisel ravi- ja diagnostikajuhiste koostamisel;
7. osalemisel teaduskonverentside korraldamisel, eriala puudutavate üleriigiliste seaduste, määruste väljatöötamisel jm.

Täienduskoolitus keskendub arstiabi kvaliteedi parandamisele. Arsti moraalne kohustus on omada patsientide optimaalseks diagnoosimiseks ja raviks vajalikke uuemaid teadmisi ja oskusi. Tööandja

kohustus on soodustada erialase täienduskoolituse toimumist.

Dermatoveneroloogia erialaselti pädevuse hindamise komisjoni poolt on välja töötatud arstide sertifitseerimise alused, mis baseeruvad arsti teadmiste, oskuste, erioskuste, täienduste jm hindamisel täiendustundide ja –punktide abil ning vastav dokumentatsioon, mille täitmise põhjal hinnatakse arsti hetkepädevust.

Alates 2003.aasta sügisest sertifitseeritakse dermatovenerolooge 2 korda aastas. Oma pädevust on lasknud 2003. ja 2004. aastal hinnata 19 arsti. Sertifitseerimine on vabatahtlik. Informatsioon sertifitseerimise kohta edastatakse Tervishoiuameti Registrate ja Tegevuslubade Osakonnale.

#### **4.3. Resertifitseerimise vajalikkus ja optimaalne sagedus.**

Dermatoveneroloogid resertifitseeritakse iga 5 aasta möödudes. Arvesse võetakse nii arsti kliinilise töö tulemuslikkus kui ka täienduskoolitus.

Sertifitseerimiskomisjon teeb otsuse arstilt laekunud dokumentatsiooni põhjal.

#### **4.4. Teised ettepanekud kvalifikatsiooni parendamiseks ja säilitamiseks.**

Kui tekib kahtlus töötava spetsialisti pädevuses või kui sertifitseeritav arst ei vasta dokumentatsiooni põhjal kehtestatud eriala standardile, viia läbi eksamineerimine komisjoni poolt, kus osalevad ka erialakomisjoni liikmed. Kui arst ei ole pädev, informeerib sertifitseerimiskomisjon sellest kõrgemat sertifitseerimisorganit ja sotsiaalministeeriumi.

Arengukava koostasid ja täiendasid SM dermatoveneroloogia erialakomisjoni liikmed:

Helgi Silm	SA TÜK nahahaiguste kliinik
Aime Kangur	SA PER dermatoveneroloogia osakond
Terje Kukk	SA TÜK nahahaiguste kliinik

## LISA 1

### Eriarstide vanuseline jaotus

vanus eriarste 2004 aastal			
24		48	4
25		49	1
26		50	5
27		51	2
28		52	4
29		53	1
30		54	0
31	3	55	3
32	3	56	1
33	3	57	3
34	0	58	0
35	2	59	1
36	8	60	2
37	1	61	3
38	1	62	0
39	2	63	4
40	2	64	1
41	5*	65	2
42	2	66	6
43	0	67	1
44	0	68	2
45	3	69	2
46	0	70 ja üle	1
47	3		

\*neist 1-dr. Vahvik registreerimata



LISA 2

Tabel: Arstide jaotus töökoha järgi.

	2004
<b>Tallinnas,</b>	40
Sealhulgas: PERH-s	9
Sh: ITKH-s	4
Sh: LTKH-s	4
Sh: Lastehaiglas	3
<b>Harjumaal</b>	1
<b>Hiiumaal</b>	1
<b>Ida-Virumaal,</b>	12
Sh: IVKH-s	3
Sh: Narva H-s	1
<b>Jõgevamaal</b>	1
<b>Järvamaal</b>	1
<b>Läänemaal</b>	1
<b>Lääne-Virumaal</b>	2
<b>Põlvamaal</b>	1
<b>Pärnumaal</b>	4
Sh Pärnu H-s	4
<b>Raplamaal</b>	1
<b>Saaremaal</b>	1
<b>Tartus</b>	14
Sh: TÜK-s	14
<b>Tartumaal</b>	1?dr. Bellen ei tööta enam dermatoloogina
<b>Valgamaal</b>	1
<b>Viljandimaal</b>	3
<b>Võrumaal</b>	1
<b>Välismaal</b>	1(Prantsusmaal)
<b>KOKKU</b>	87

### LISA 3

#### Arstide vajadus haigla liikides sõltuvalt voodite arvust

Haigla liik	Voodite arv 1 arsti kohta
Kohalik haigla	-
Üldhaigla	-
Keskhaigla	10
Piirkondlik haigla	8-10