

## NEUROLOOGIA ERIALA ARENGUKAVA TÄIENDAMINE JA KAASAJASTAMINE 2004. AASTAL

### 1. Neuroloogia eriala areng

#### 1.1. Arengu prioriteetidid.

- kaasaegsete diagnostikavahendite ja uute ravivõimaluste kiire ja ratsionaalne rakendamine
- neuroloogide kõrge erialase kvalifikatsiooni tagamine
- koostöö teiste erialadega – neurokirurgia, psühhiaatria, reumatoloogia jne
- elektroneurofüsioloogia kui neuroloogia eriala osa arendamine

#### 1.2. Võrdlus eriala arenguga ja prioriteetidega EL maades.

Ajuhaiguste poolt põhjustatud koormis ühiskonnale on väga kõrge. 23% kaotatud eluaastatest ja 50% invaliidsusega elatud aastatest on tingitud neuroloogilistest, neurokirurgilistest ja psühhiaatrilistest probleemidest (J. Olesen, 2003). Sellest tulenevalt rõhutatakse vajadust parandada kõikide ajuhaigustega tegelevate distsipliinide, sh neuroloogia positsiooni meditsiinis. Eriala arengusuundi nähakse kogu Euroopas põhiliselt ühte moodi –haigete kaasaegses käsitluses, mis nõuab võimalikult põhjuslikku diagnoosi, see omakorda kõigi kaasaegsete uurimismeetodite rakendamist, uute ravimite ja ravivõimaluste kasutamist ning maksimaalse neurorehabilitatsiooni korraldamist.

### 2. Tervishoiuteenuste prognoos

#### 2.1. Teenuste muutuse prognoos aastateks 2010 ja 2015 lähtudes haigestumise struktuuri ja ravivõimaluste muutustest

Põhiliste neuroloogiliste akuutsete ja krooniliste haiguste esinemine on suhteliselt stabiilne. Mõnevõrra varieerub põletikuliste haiguste esinemissagedus. Kui populatsiooni kahanemine võib veidi vähendada mõne närvihaiguse esinemist, siis elanikkonna vananemine tõstab märgatavalt neuroloogiliste häirete arvu eakatel. Kokkuvõttes on ülimalt tõenäoline, et neuroloogiliste probleemidega patsientide arv võrreldes 2002-2003 a. näitajatega ei lange, vaid pigem suureneb. Perearstisüsteem on Eesti tervishoiukorralduses juurdunud. Saab hinnata perearstide rolli neuroloogiliste kaebustega ambulatoorsete patsientide ravimisel. Võib-olla on vähenenud “triviaalsete” neuroloogiliste probleemidega patsientide suunamine neuroloogi vastuvõtule. Teisalt on muutunud neuroloogiliste haigustega patsientide käsitlus ambulatoorses võrgus. Võimalus ambulatoorselt kasutada palju enam keerukaid diagnostilisi vahendeid - kompuutertomograafiat ja magnetresonantstomograafiat, tõstab olulisel määral ambulatoorse neuroloogilise abi mahtu. See on mugavam patsiendile, hoiab kokku voodipäevi, kuid ambulatoorne teenus kallineb. Uute ravimite määramine närvihaiguste ravis on sageli komplitseeritud ja peab jääma närviarsti ülesandeks, kuna nii näidustuste, tulemuslikkuse ja ka kõrvalnähtude kohta on vajalik omada täpset ülevaadet, mis on perearstile mitte jõukohane - patsiendid on nimistutes hajutatud ja perearstil ei teki vajalikku kogemust.

Eestis on mitmetes haiglates tööle rakendatud erakorralise meditsiini osakonnad, kus lahendatakse efektiivselt üldised ägedad tervisehäire probleemid.

Tavapraktika kinnitab, et enamike teadvusehäirete, halvatusnähtude ja tõmbluste ning paljude valusündroomide esinemisel on vajalik neuroloogiline konsultatsioon.

Kokkuvõttes saab väita, et ambulatoorse neuroloogilise eriarstiabi teenuste vajadus püsib vähemalt praegusel tasemel. Statsionaarses neuroloogilises

eriarstiabis ei vähene akuutsete seisunditega patsientide arv. Plaaniliselt hospitaliseeritavad neuroloogilised patsiendid on otstarbekas koondada suurematesse haiglatesse.

## 2.2 Voodikohtade arvu prognoos.

### Statsionaarset neuroloogilist ravi vajavad haiged:

- erakorralised haiged – ägedad ajuvereringehäired (insuldid); neuroinfektsioonid; seeriakrambid ja *status epilepticus*; kiirelt progresseeruva neuroloogilise sümptomaatikaga või ülitugeva neurogeense valusündroomiga haiged;
- plaanilised haiged – haiged, kes oma seisundi tõttu ei saa läbida vajalikke neuroloogilisi uuringuid ambulatoorselt; üliharva statsionaarset kõrgetasemelist ekspertiisi vajavad haiged.

Lähtuvalt eelnevast on rõhuv enamus statsionaarset ravi vajavad neuroloogilised haiged oma iseloomult erakorralised. Plaanilised haiged hospitaliseeritakse reeglina piirkondlikesse ja keskhaiglatesse.

	Erakorralisi haigeid (%)
Piirkondlik haigla	80
Keskhaigla	90
Üld- ja kohalik haigla	100

2002.a. oli Eestis 344 neuroloogilist voodit. Sellele eelnevatel aastatel vähenes neuroloogiliste voodikohtade arv keskmiselt 50 võrra aastas. Andmed praeguse voodikohtade arvu kohta puuduvad, tõenäoliselt ei ole see enam drastiliselt langenud. Võimalik, et erinevates haiglates on kokku umbes 300 neuroloogilist voodit.

2010.aastaks võib voodikohtade arv väheneda 260-ni ja 2015.aastaks 220-ni.

### Eeldatav voodite paiknemine:

	2010.a.	2015.a.
Piirkondlikud haiglad	80	70
Keskhaiglad	80	60
Üld- ja kohalikud haiglad	100	90

III astme **intensiivravi** neuroloogilistele haigetele peaks toimuma piirkondlikes haiglates. Keskhaiglates oleks kättesaadav I ja II astme intensiivravi (*stroke unit*), üld- ja kohalikes haiglates I astme intensiivravi. I ja II astme intensiivravi voodid peaksid moodustama umbes 20% neuroloogiliste voodite koguarvust.

## 3. Teenuste jaotumine

- 3.1 Olemasolevate, 2002 a statsionaarsete ja ambulatoorsete neuroloogiliste teenuste hulka analüüsid ning olemasolevaid normatiive arvestades selgub, et statsionaarse (sealhulgas ööpäevane valve) ja ambulatoorse tööga (sealhulgas neurofüsioloogilised uuringud, millest 33% tehakse statsionaari haigetele ja 67% ambulatoorsetele) on hõivatud enam-vähem võrdselt arste, seega suhe on 1:1. Tulevikus suhe võiks ja peaks muutuma haiglavälise tegevuse kasuks. Kindlasti

väheneb mõnevõrra ka üldhaiglates töötavate neuroloogide statsionaarne koormus, kes võiksid siis ambulatoorset teenust rohkem pakkuda.

Statsionaarse abi vajadus jääb veel aastateks samale tasemele (ka aastaks 2015 220 voodikohta), sest erialasiseselt on kokku lepitud, et degeneratiivsete haiguste ja teiste progresseeruvate "klassikaliste" närvihaiguste esmane diagnoos pannakse statsionaaris ning nendesse haigestumine on stabiilne, kuigi degeneratiivsete osa võiks ka suureneeda seoses elanikkonna vananemisega, aga samal ajal ka populatsioon esialgu väheneb. Erakorralist abi vajavate haigete arv oluliselt ei muutu, kuna kardiovaskulaarne haigestumus on meil vabariigis ülikõrge ja riiklikud ennetusprogrammid ei anna koheselt tulemusi.

Ravimitega mõjustatavaid kroonilisi närvihaigusi ei ole palju (epilepsia, Parkinsoni tõbi, sclerosis multiplex, müasteenia jne), kuid seejuures on suhteliselt palju haigeid, kelle haigus on medikamentooselt ravitav. Seetõttu on oluline, et uued ravimid jõuaksid soodusravimite nimekirja, et tagada nende kättesaadavus patsientidele.

### 3.2 Neuroloogilise teenuse jaotus aktiivravi haiglate vahel.

#### Tõenäolised arengud:

- Neuroloogiliste haiguste levimus tõenäoliselt oluliselt ei muutu (võimalik on vaid mõningane insulti haigestumise vähenemine)
- Loodetavasti paraneb perearstide kvalifikatsioon ja väheneb vajadus neuroloogiliste konsultatsioonide järele (senised tendentsid seda ei kinnita)
- Neuroloogide arv väheneb
- Neuroloogiline abi tsentraliseerub (koondub suurtesse keskustesse)
- Peamine statsionaarne neuroloogiline abi osutatakse piirkondlikes haiglates
- Väheneb statsionaarse ja suureneb ambulatoorse teenuse maht

#### Eeldatav teenuse mahtude jaotus haiglaliikide vahel (%):

	Käesoleval ajal	Tulevikus
• Statsionaarne abi:		
Piirkondlikud haiglad	35	60
Keskhaiglad	45	30
Kohalikud ja üldhaiglad	20	10
• Ambulatoorne abi:		
Piirkondlikud haiglad	20	30
Keskhaiglad	40	50
Üldhaiglad	40	20.

### 3.3 Neuroloogilises eriarstiabis ei kasutata praegu päevaravi

#### 4. Valveteenistuste vajalikkus ja korraldus haiglate liikide kaupa.

Absoluutselt vajalik on statsionaarne ööpäevane neuroloogiline valve kahes piirkondlikus haiglas. Ööpäevaringne neuroloogi konsultatsiooni võimalus peaks olema Pärnu Keskhaiglas ja Ida-Viru Keskhaiglas arvestades nende regioonide suurust.

#### 5. Neuroloogide koormusstandardid

Kuna tulevikus peaks haiglaväliste konsultatsioonide hulk ning nende alusel tehtavate otsuste arv kasvama, siis on ka oluline, et neuroloogil oleks piisavalt

aega adekvaatsete ja lõplike otsuste tegemiseks. See aeg peaks andma võimaluse süveneda patsiendi probleemidesse, teha neuroloogiline hindamine, uuringute plaan, kokkuvõte, selgitus, ravikorraldus. Erialasiseselt võiks esmane konsultatsioon olla 30 min, korduv 15 min.

Töökoormuse planeerimisel statsionaaris peaks arvestama töö erakorralisust ja töö intensiivsust. On selge, et erakorralise patsiendiga on probleeme rohkem, situatsioon on muutuvam, suurem on lisauuringute, analüüside konsultatsioonide ja ravi korrektuuride vajadus. Pingelisem on suhtlemine omastega ja lõpuks ka sotsiaalsete probleemide lahendamine. Seepärast peaks arvestama erakorralisele haigele 40 min, plaanilisele 25 min iga päev. Kui arstil oleks ainult erakorralised haiged, siis 10 haiget arstile või kui näiteks ainult plaanilised, siis 16-17 haiget ühe arsti ametkoha kohta, aga kui näiteks 70% erakorralisi, siis peaks ühe ametkohaga kureerima 12 haiget. Toodud koormusanalüüsi aluseks võtsime keskmiseks haiglas viibimiseks 6.5 päeva, mis peegeldab väga intensiivset tööd.

#### 6. Neuroloogide vajadus

2002.a. osutatud teenuste arvust lähtudes (ambulatoorsed esmased, korduvad ja koduvisiidid, neuroloogia ööpäevane valve kahes regioonihaiglas ning statsionaaris ravitud haiged, tehtud elektroneurofüsioloogilised uuringud) ning arvestades kehtivaid keskmisi koormusi, on Eestis vaja minimaalselt 90 neuroloogi. Tervishoiuameti neuroloogide registris on 179 isikut, kuid paljud nendest ei tööta erialal või on pensioneerunud ning töötavad väikese koormusega. Lähema 5 a jooksul pensioneerub 25% neuroloogidest, järgneva 10 aasta jooksul veel 25%. SoM andmetel on arstide keskmine tööiga 25-29 aastat. Pikemas plaanis on vajalik neuroloogia jätkusuutlikkuse tagamiseks võtta vastu igal aastal 2-3 residentti.

#### 7. Ravijuhendid

Neuroloogide ja neurokirurgide selts toetab ravijuhendite väljatöötamist. Haigekassaga sõlmitud lepingu kohaselt on üle antud insuldi käsitusjuhend, koostamisel on dementsuste käsitusjuhend. Varem on avaldatud epilepsia ja Parkinsoni tõve käsitusjuhendid. Järgmisena tuleb koostada sclerosis multiplex'i käsitusjuhend, kuid peame vajalikuks koostada ja haigekassaga kooskõlastada kõikide peamiste neuroloogiliste ja neurokirurgiliste haiguste käsitusjuhendid.

#### 8. Arstide pädevuse hindamise süsteem ja kriteeriumid neuroloogias.

L. Puusepa nim. Eesti Neuroloogide ja Neurokirurgide Selts planeerib alustada resertifitseerimist 2005.aastast. Selleks moodustab Seltsi juhatus sertifitseerimiskomisjoni, kes hindab neuroloogide erialast pädevust ja väljastab vastava sertifikaadi. Sertifikaat kehtib 5 aastat. Resertifitseerimine on vabatahtlik.

Pädevuse hindamise aluseks on erialane täiendkoolitus, mis jaguneb passiivseks (kursustel osalemine, konverentsidest osavõtt) ja aktiivseks (ettekannetega esinemine, publikatsioonide avaldamine). Sertifitseerimist taotlev neuroloog peaks koguma 5 aasta jooksul 300 täienduspunkti. Pädevuse hindamise teise tähtsa komponendina arvestatakse töökogemust (viimase 5 aasta tööaruande põhjal).

Neuroloogia erialakomisjoni liikmed:

S. Haldre

A. Kreis  
S.-M. Lütis