

ORTOPEEDIA ERIALA ARENGUKAVA.

1. Eriala kirjeldus.

1.1 Eriala ja võimalike alaerialade definitsioon.

Ortopeedia on kirurgiline eriala, mis hõlmab tugi-liikumisaparaadi vigastuste, kaasasündinud väärarendite ja omandatud haiguste ning nende tagajärjel tekkinud deformatsioonide diagnostikat ja ravi.

Ortopeedia alamerialadeks on:

- Sporditraumatoloogia (ortopeedia).
- Reumakirurgia.
- Lasteortopeedia (kuni 15a.).
- Ortopeediline rehabilitatsioon (välisproteesid, ortoosid jne).

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

Ortopeedia eriala tegeleb haigusgruppidega, mis rahvusvahelise haiguste klassifikatsiooni järgi on peamiselt **M** (lihaskonna ja sidekoe haigused) **S** ja **T** (vigastused, mürgistused ja teatud muud välispõhjuste toime tagajärjed) ning osalt **Q** (lihaskonna kaasasündinud väärarendid ning deformatsioonid) ja ka **E** (sisesekreetsiooni haigused) **G** (närvüsteemi haigused) gruppi kuuluvad haigused. Tugi-liikumisaparaadi hea ja pahaloomulised kasvaja ravi kuulub samuti ortopeedide kompetentsi.

Registreeritud esmaste haigusjuhtude arv tervishoiuasutusse pöördumiste alusel 1999. aastal näitab, et M grupi haigusi diagnoositi 120928 korral. Nendest oli 1652 juhul reumatoidartriit, mis on peamiselt reumatoloogide kontingent, kuid haiguse erinevates etappides vajab 30-50% patsientidest ortopeedilist operatiivset ravi. Artroosiga pöördui arsti vastuvõtule 13326 juhul. Ka need on peamiselt ortopeedilist abi vajavad patsiendid. Vigastusi registreeriti 1999. aastal 151476 juhul. Jättes kõrvale muude piirkondade vigastused ja kontsentreerudes ainult jäsemetele, on situatsioon järgnev: 47546 oli ülajäseme vigastusi ja sellest omakorda 13316 luumurdu ja 45464 oli alajäseme vigastusi ning sellest omakorda 8899 luumurdu. Põletusi, söövitusi oli 5215 juhul. Skeletisüsteemi kaasasündinud väärarengutega on pöörduetud 2096 korral.

Eesti Haigekassa andmetel sai ravi diagnoosidega M15-M19 (artroosid), M47 (spondüloos), M80-M83 (osteoporoos, osteomalaatsia), S32 (lülisamba nimmeosa ja vaagnamurrud), S52 (küünarvarre murrud), S72 (reieluu murrud) 75955 patsienti, kellele kirjutati kokku 119953 raviteenuse arvet ning kelle raviks kulus 65306214 krooni.

Eestis oli seisuga 01.01.2000 1367931 elanikku. Praegu on ~17% elanikkonnast üle 60 aasta vanad (s.o. 232548 inimest) ning demograafilistel andmetel vananemisprotsess jätkub. Järgnev tabel haiglast lahkunute jaotus soo- ja vanusrühmade järgi iseloomustab patsiente vanusegruppide järgi eeldusel, et 10-15% erinevate haigusgruppide patsiente on hospitaliseeritud.

Haiglast lahkunute jaotus soo- ja vanusrühmade järgi (täiskasvanud), 1999.

	RHK-10 kood		Kokku	Vanusrühmiti							
				15-19	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+
Lihaskonna ja sidekoe haigused	M00-M99	M	7 936	327	359	860	1 199	1 657	1 832	1 220	482
		N	11 137	258	228	715	1 279	2 211	2 416	2 675	1 355
Vigastused, mürgistused ja teatavad muud välispõhjuste toime tagajärjed	S00-T98	M	10 146	918	1 051	1 822	1 918	1 828	1 509	776	324
		N	5 535	395	270	467	682	784	816	980	1 141

M grupi haigustega pöördus 1999. aastal arsti vastuvõtule 48187 meest ja 72741 naist. S ja T diagnoosidega on pöördunud 91668 meest ja 59808 naist.

2. Erialaste tervishoiuteenuste planeerimine.

2.1 Olukorra analüüs.

2.1.1 Eriala tervishoiuteenuste osutamise kirjeldus maakonniti demograafiliste ja elanikkonna haigestumise näitajate alusel.

Analüüsid esitatakse olemasolevaid statistilisi andmeid, saame teha tabeli 1999.a.andmetel:

	Elanikke	Lihaskõhaga haigused	Ambulatoorseid külastusi	Operatsioonid
Harjumaa	122850	1593	7,35	1125
Hiiumaa	11862	740	4,27	
Ida-Virumaa	197530	758	6,01	989
Jõgevamaa	41622	1335	4,33	431
Järvamaa	43368	627	4,37	431
Läänemaa	31949	1520	4,19	343
Lääne-Virumaa	76144	565	4,37	153
Põlvamaa	35956	1021	4,4	241
Pärnumaa	100457	1292	5,18	1023
Raplamaa	40153	2042	3,96	45
Saaremaa	40202	1906	4,97	342
Tartumaa	151301	2359	6,26	1770
Valgamaa	38985	831	4,37	110
Viljandimaa	62782	1323	4,67	333
Võrumaa	43384	661	4,31	137
Tallinn	415299	1616	8,43	5741
Eesti	1410460	1389	5,96	13181

Olemas on maakonniti ning regiooniti kirurgilise töö analüüs, eraldi erialaste ja kirurgia osakondade kohta. Vastavad tabelid lisas.

Lähtudes nendest andmetest, jaotub eriala operatsioonide koormus ümber järgnevalt:

Operatsioonide maht on viimastel 2-3 aastal kasvanud keskmiselt 6,5% aastas. See kasv kindlasti pidurdub teatud tasemel, saavutades tasakaalu paremate diagnoosi ja ravivõimalustega.

	Regioonis elanikke	Operatsioonid 1999.a.
Tallinn	578302	6911
Kohtla-Järve ? Narva ?	273674	1142
Pärnu	227838	2139
Tartu	330646	3022

Kuna aastate lõikes ortopeedilist eriarstiabi on antud 75% ortopeedia osakondades ja 25% kirurgia osakondades, teeme ettepaneku üle viia enamuse luuoperatsioonid erialaosakondadesse, jättes kirurgia osakondadesse ainult need operatsioonid, mis ei nõua kallihinnalist erivarustust. (ortopeediline op laud 1.5 milj. krooni, arkoskoop 1,6 milj. krooni jne).

2.1.2 Tervishoiuteenuste jaotus etappide kaupa, ambulatoorse ja statsionaarse eriarstiabi vahel.

Lähtudes Eesti Haiglate võrgu arengukavast, mille järgi tulevikus raviasutused jagunevad: piirkondlik haigla, keskhaigla, üldhaigla, erihaigla, hooldushaigla, ning analüüsitud sellest lähtekohast olemasolevat situatsiooni ja seda kuhu me soovime jõuda, teeme järgneva ettepaneku:

- ortopeedilist eriarstiabi, mis nõuab kallihinnalist erivarustust, pakutaks ainult spetsialiseeritud osakondades - piirkondlikes ja keskhaiglates.
- Ambulatoorne eriarstiabi peab olema tagatud eriarstide poolt, kes peavad tegema ka regulaarselt ambulatoorseid vastuvõtte.
- üldhaigla tasemel statsionaarset arstiabi vajavate patsientide puhul tuleb piirduda üldkirurgilise abiga I, II, III operatsioonigrupi piires kirurgia osakondades, kas kirurgi või ortopeedi poolt. Ambulatoorset abi nendes

üldhaiglates osutavad valveringis olevad kirurgid, suunates patsiente vajadusel eriarstide konsultatsioonidele või raskemate traumade korral kõrgema etapi raviuasutusse.

2.1.3. Eriarstide arv maakonniti 10000 elaniku kohta.

Eesti Meditsiinistatistika büroo andmetel on Eestis tegutsevad ortopeedid 105.

Tabel: Tegutsevad ortopeedid (töötavate ortopeedide arv ja rahvastik 1999 a andmetel)

	Kokku	haiglas	N	elanikke/ort:10000	kategoriad			
					kõrgem	I	II	kraad
Harjumaa	8	8	2	535131/0,15	3	4	0	1
Tallinn tervikuna	51	33	22	411594/1,24	9	21	17	1
Hiiumaa	0	0	0	11798/0	0	0	0	0
Ida-Virumaa	19	12	5	195460/0,97	0	11	4	0
Jõgevamaa	0	0	0	41377/0	0	0	0	0
Järvamaa	0	0	0	43144/0	0	0	0	0
Läänemaa	1	1	1	31850/0,31	0	0	0	0
Lääne-Virumaa	2	1	0	75819/0,26	0	1	1	0
Põlvamaa	0	0	0	35610/0	0	0	0	0
Pärnumaa	3	3	0	100100/0,30	0	2	1	0
Raplamaa	0	0	0	40137/0	0	0	0	0
Saaremaa	1	1	0	40111/0,25	1	0	0	0
Tartumaa	19	17	10	151010/1,26	4	11	3	1
Valgamaa	0	0	0	38668/0	0	0	0	0
Viljandimaa	1	1	0	62336/0,16	0	0	1	0
Võrumaa	0	0	0	43029/0	0	0	0	0
Kokku	105	77	40	1445580/0,73	17	50	27	3

Eesti haiglatevõrgu arengukavas on esitatud ortopeedide arv 10000 kohta 0,9, kuid tegelikult on see 0,73, mis vastab umbes Norra tasemele (0,7), kuid jääb oluliselt maha Rootsist (1,2). Eesti probleem on nn. ambulatoorsed ortopeedid, kes ei opereeri ning töötavad ainult ambulatoorselt.

2.2 Tervishoiuteenuste prognoos.

2.2.1 Eriala teenuse vajaduse muutuse prognoos aastateks 2005.2010,2015 lähtuvalt haigestumise struktuuri ja ravivõimaluste muutusest

Peamised haigestumise ja ravi tendentsid näitavad, et:

- Kasvab alajäseme ja lülisamba liigeste osteoartriooni esinemissagedus. Kusjuures 80%-l osteoartriooni patsientidest esineb liikumisvõime langus ja 25%-l võimetus toime tulla igapäevase eluga.
- Alaseljavalu esineb 25-45% elanikkonnast, kusjuures pidev 3-7%. Töövabastuse põhjustest moodustab seljavalu 10-15%.
- Suureneb polütrauma ja jäsemete traumadega haigete arv, eriti töövõimelises eas ning kulutused nende raviks suurenevad. Alajäseme traumaga haigetest naaseb tööprotsessi 12 kuuga vaid 70%, 30 kuuga 80%.
- Puusa- ja selja osteoporoosimurdude risk tõuseb 50a. vanustel naistel 15%-ni, operatiivse ravi majanduslikud kulud kasvavad.
- skeletisüsteemi häired on üks kõige kulukamaid haiguse kategooriaid, siiski on nende kulukas ravi majanduslikult efektiivne.

Eestis endoproteesitakse viimastel aastatel ~1500 suurt liigest s.o. suhtarvuna 100 liigest 100000 elaniku kohta (100:100000). Selline oli Põhjamaade tase, kus haigestumise struktuur on sarnane Eestile, 90-ndate aastate alguses. Praegune suhe Põhjamaades on 200:100000 s.t, et Eesti suurte liigeste endoproteesimise vajadus on poole suurem. 2005–2010 aastaks peaksime hiljemalt saavutama sama taseme. See tähendab 1500 endoproteesimise operatsiooni lisandumist, mis teeb kokku 3000 endoproteesimist aastas.

Skeletisüsteemi vigastused ja haigused on tugeva pikaajalise valu ja füüsilise võimetus peamised põhjused, haarates sadu miljoneid inimesi üle maailma. Probleemi ulatusest ning koormusest patsientidele ja ühiskonnale annavad ülevaate järgmised näited:

1. Liigese haigus on pooltel kroonilist haigust põdevatel 65 aastastel ja vanematel patsientidel.

2. Seljavalu on teisel kohal töövabastuse põhjuste seas.
3. Osteoporoosimurdude sagedus on viimase kümne aastaga kahekordistunud, hinnanguliselt on teada, et 40% kõigist üle 50-aastastest naistest on saanud osteoporoosimurru.
4. Rasked vigastused liiklusõnnetuste tagajärjel põhjustavad suurema vajaduse ennetava ja taastava ravi osas. Prognoositakse, et traumaga seotud ravile kulutatakse arenevates maades 25% tervishoiu eelarvest aastaks 2010.
5. Invaliidistavad ja deformeerivad haigused häirivad laste normaalset arengut.

Skeletisüsteemi vigastuste ja haiguste ärahoidmisele ja ravile on pühendatud "Luu ja liigese dekaad 2000-2010" - ülemaailmne liikumine, mille algataja on Prof. Lars Lidgren, välja kuulutatud aprillis 1998, Lundis, Rootsis.

Dekaadi eesmärk on parandada tervisega seotud elukvaliteeti skeletisüsteemi vigastuste ja haigustega patsientidel järgnevalt:

- Tõsta teadlikkust skeletisüsteemi vigastuste ja haiguste kasvavast koormusest ühiskonnale. Loodetakse, et "Luu ja liigese dekaadis" osaleb sada maad aastaks 2002.
- Volitada patsiente osalema otsuste tegemises tema ravi üle – looma kõigis osalevates maades elanikkonna ja patsientide koolituse programme.
- Propageerida majanduslikult soodsat profülaktikat ja ravi.
- 25% vähendada eeldatavat osteoporoosimurdude hulga tõusu.
- 25% vähendada eeldatavat liigese destruktsiooni liigesehaiguste korral.
- 25% vähendada eeldatavat raskelt vigastatud inimeste arvu.
- 25% vähendada eeldatavat kaudset kulu lülisamba haiguste korral.
- Parandada skeletisüsteemi vigastuste ja haiguste teaduslikku uurimist, et paremini aru saada patoloogilistest protsessidest ja sellega parandada profülaktikat ja ravi.
- Dekaaadi jooksul suurendada teadusuuringutele suunatavat raha kolmekordselt.
- Mõjutada meditsiinihariduse süsteemi: vajalik vähemalt 6-kuuline õppekava, et parandada skeletisüsteemi vigastuste ja haiguste diagnostikat ja ravi.

Kampaaniat edendatakse kogu maailmas, eriti toetades arenevaid maid. Koostööd tehakse patsientide ja professionaalsete organisatsioonidega, uurimisasutustega ja teaduslike ajakirjadega.

Lisaks on andmed Eesti Statistikaametilt meie rahvastiku vananemise kohta. Praegu on Eestis 232548 üle 60 a. vanust inimest. Aastaks 2015 on vastav näitaja prognoositavalt: 478774 üle 60.a. vanust inimest ehk 34% elanikkonnast. Rahvusvaheliste andmebaaside ja erialakirjanduse alusel on reumatoidartriidi haigeid 1% elanikkonnast s.o. ligikaudu 13697 patsienti. Aastaks 2015 peaks neid olema 14089. Sama arv vajab ka korduvaid ambulatoorseid vastuvõtte. Osteoartriooni esinemissagedus täiskasvanud elanikkonnast on 7% s.o 16278 patsienti, millest 60% moodustab põlve- ja puusaliigese artritis s.o 9767 patsienti. Nendest kirurgilist ravi vajavad 40% s.o 3906 patsienti. Ülejäänud 40% vajavad op ravi 1/5 s.o 1302 patsienti. Seega aastaks peaks tehtama ligikaudu 9768 ortopeedilist operatsiooni. Tehti ligikaudu 3905 plaanilist operatsiooni.

Aastaks 2015 prognoos on 14807 plaanilist operatsiooni, nendest ligikaudu 3000 liigesalloplastikat.

1999.a tehti ligikaudu 1300 põlve- ja puusaliigese alloplastikat.

Eelpooltoodu näitab et ortopeedial on nii erakorraliste kui ka plaaniliste operatsioonide osas suur arenguruum.

2.2.2 Prognoosi põhjendus.

Aluseks on võetud SM Statistikabüroo andmebaas demograafiliste andmete osa.(lisatud eritabelitena). Viie viimase aasta jooksul on Eesti elanikkond vähenenud. Tabelina aastate lõikes - elanikke; mehi; naisi; lapsi:

	Tallinn	Harjumaa	Tartumaa	Pärnumaa	Eesti	
1995	431136	123972	153862	99588	1483942	
1996	423990	122592	152643	99834	1469216	
1997 Kokku	417884	122218	151674	100255	1457987	
1998	413446	123194	151156	100278	1449712	
1999	409962	124045	151461	99876	1442388	
1995	198492	61060	71398	46130	691934	
1996	194846	60285	70818	46237	684346	
1997 Mehi	191727	59981	70320	46412	678674	
1998	189476	60366	70044	46418	674656	
1999	187740	60700	70101	46242	671130	-20804

1995	232644	62912	82464	53458	792008	
1996	229144	62308	81825	53596	784870	
1997 Naisi	226158	62235	81354	53843	779312	
1998	223970	62828	81112	53860	775056	
1999	222221	63345	81360	53635	771259	-20749
1995	81069	27295	32028	21681	309114	
1996	77435	26406	31343	21115	299180	
1997 Lapsi	73798	25074	30661	20565	288828	
1998	70572	24584	29887	20056	279293	
1999	67595	23914	29222	19380	268834	-40280

2.3 Teenuste jaotumine.

2.3.1 Patsientide ja teenuste optimaalne jaotumine (põhidiagnooside ja protseduuride alusel) haiglas ja haiglavälise arstiabi vahel.

On käsitletud eelpool.

2.3.2 Patsientide arvu ja teenuse osutamise jaotus aktiivravihaiglate vahel vastavalt haiglavõrgu arengukava printsiipidele.

Üldhaigla.

- statsionaarset arstiabi vajavate patsientide puhul tuleb piirduda üldkirurgilise abiga I, II, III operatsioonigrupi piires kirurgia osakondades, kas kirurgi või ortopeedi poolt.
- Ambulatoorset abi osutavad valveringis olevad kirurgid, suunates patsiente vajadusel eriarstide konsultatsioonidele või raskemate traumade korral kõrgema etapi raviastutusse.

Piirkondlik ja keskaigla.

- ortopeedilist eriarstiabi, mis nõuab kallihinnalist erivarustust, pakutaks ainult spetsialiseeritud osakondades, mis paiknevad piirkondlikes ja keskaiglates.
- Ambulatoorne eriarstiabi peab olema tagatud eriarstide poolt, kes peavad tegema ka regulaarselt ambulatoorseid vastuvõtte.

2.3.3 Järe ravi vajavate patsientide arvu ja järelravikestuse prognoos.

Eriti tähtis on aktiivne mobiliseerimine. Voodisoleku pikenedamine viib lihasjõu alanemisele ja liigeste jäikusele.

JÄRELRAVI > TAASTUSRAVI.

Järe ravi mõjutavad sotsiaalne taust, üldine tegutsemisvõime ja saavutatud liikumisvõime. Normaalsel juhul läheb haige pikkamööda tagasi sellesse kesk- ja ümbruskonda, millisest ta tuli traumasse sattudes. Üldiselt vigastus alandab mõnevõrra tegutsemistaset ja seepärast paigutatakse haige kas lühiaegselt või püsivalt teise raviastutusse.

WHO: taastumine hõlmab kõiki neid meetodeid, mille eesmärgiks on vähendada puuet ja soodustada puudega integreerumist ühiskonda.

Traumahaige ravi algset, järe ravi ja taastusravi - eesmärk on ühtne ja nendevaheline piir liikuv; põhimõtteliselt on tegevus kattuv. Arvestades Mustamäe Haigla kogemust traumahaigete ravis ja koostöös järe- ja taastusravi asutustega (Järve, Viimsi, Keila) vajavad **87%** traumahaigetest järe ravi keskmise kestusega 3 nädalat.

Praegu on lubatud järe ravis kasutada koodi 2051 (195 EEK)-komplekshind ja kood 2047 aktiivravi haiglates, kus on hinna sisse lubatud teha ka uuringuid, RÖ jne.

2.3.4 Päevakirurgia vajalikkus teie erialal. Protseduuride loetelu, mille puhul on näidustatud päevakirurgia kasutamine.

Haigla kirurgiline töö päevastatsionaaris 1998-1999				
	Operatsioonid 1998.a.		Operatsioonid 1999.a.	
	kokku	neist lastel	kokku	neist lastel
Kokku	6 048	68	5 706	43
Luu- ja lihaskoe operatsioonid	213	1	199	1
ortopeedilised operatsioonid	31	0	48	0

osteotoomia	1	0	2	0
artrotoomia, plastika, artrodees	7	0	8	0
traumatoloogilised operatsioonid (v.a. neurotrauma)	176	1	126	1
osteosünteesid luudel	0	0	2	0
käsivarreluudel	0	0	2	0
operatsioonid liigestel	135	1	99	1
artroskoopilised operatsioonid	135	1	100	1
trauma operatsioonid pehmetel kudedel	41	0	24	0
labakäe kõõluste operatsioonid	3	0	1	0
Opereeritute arv	6 010	65	5 686	24
Operatsioonide arv, mis tehtud üldanesteesias	5 043	0	5 326	5

Haiglaravi põhjus ja kestus päevastatsionaaris (täiskasvanud), 1999

	RHK-10 kood	Väljakirjutatud		Voodipäevad	
		kokku	sh era-haiglas	kokku	sh era-haiglas
KOKKU		9 200	1 891	38 070	10 155
Närvisüsteemihaigused	G00-G99	79	11	475	125
Lihaskonna ja sidekoe haigused	M00-M99	422	26	3 074	283
Vigastused, mürgistused ja teatavad muud välispõhjuste toime tagajärjed	S00-T98	392	3	751	20
luumurrud (S02, S12, S22, S32, T08, S72, S42, S52, S62, S82, S92, T10, T12, T02)		32	0	104	0
põletused ja söövitud	T20-T32	5	0	34	0

TRAUMATOLOGIA - ORTOPEEDIA

I GRUPP

010202 Nahatransplantatsioon kuni 1%.

010203 Väikese implantaadi või võõrkeha eemaldamine.

010204 Eksartikulatsioon, amputatsioon väikestel luudel.

010206 Esharotoomia.

010207 Ravinõelte sisestamine luukanalisse.

II GRUPP

020201 Lihase, kõõluse õmblus.

020202 Väikeste luude, liigeste verine repositsioon, osteosüntees.

020203 Deformatsioonide korrigeerimine, proteseerimiseks ettevalmistamine.

020204 Dupuytreni kontraktuuri operatsioon.

020205 *Hallux valguse* operatsioon.

020206 Tenosüoviidi operatiivne ravi.

020207 Sünovektoomia, artroplastika väikestel luudel.

020208 Väikeste luude osteotoomia.

020209 Luu, liigese biopsia.

020210 Suure implantaadi eemaldamine.

020211 Labakäe kõõluste õmblus.

020212 Luu trepanatsioon, sekvestrektoomia.

020213 Põletushaava tangentsiaalne või fastsiaalne ekstsioon kuni 1%.

020214 Põletushaava sekundaarne ekstsioon 4-6%.

020218 Võõrkeha eemaldamine pehmetest kudedest.

III GRUPP

- ?030201 Tüsiliike haavade ekstsissioon, kirurgiline korrastus.
- ?030202 Suurte liigeste, luude verine repositsioon, fiksatsioon.
- 030203 Liigeskapsli ja sidemete õmblus.
- 030204 Nahatransplantatsioon dermatoomiga alla 4%.
- 030205 Artroskoopia.
- 030206 Operatsioon meniski vigastuste puhul.
- 030207 Võõrkeha eemaldamine liigesest.
- ?030208 Kõõluse, lihase transplantatsioon.
- 030209 Väikeste liigeste endoproteesimine.
- 030210 Suure implantaadi eemaldamine (tüsistunud, lüüsammas).
- 030211 Põletushaava tangentsiaalne või fastsiaalne ekstsissioon 1-3%.
- ?030212 Põletushaava sekundaarne ekstsissioon 7-9%.
- 030213 Põletushaava tangentsiaalne või fastsiaalne ekstsissioon koos nahatransplantatsiooniga kuni 1%.
- 030217 Sõrmelülide, kämbla- ja randmeluude osteosüntees.
- 030218 Subtotaalne palmaraponeuroosi eemaldamine.
- 030219 Sõrmelülide, kämbla- ja randmeluude osteoplastiline fiksatsioon.

IV GRUPP

- ?040201 Suurte toruluude (õla-, käsivarre-, reie- ja sääreluude) osteosüntees.
- 040202 Artroskoopiline operatsioon (menisk, reseksioon).
- ?040203 Kõõluse plastika.
- 040204 Nahaplastika "toitval jalal" (Itaalia plastika).
- ?040205 Luuplastika.
- ?040206 Labakäe ja labajala deformatsioonide kirurgiline ravi.
- ?040207 Suurte liigeste sünovektoomia.
- ?040208 Suure toruluu osteotoomia.
- ?040209 Reieluukaela osteosüntees.
- ?040211 Põletushaava tangentsiaalne või fastsiaalne ekstsissioon 4-6%
- ?040212 Rindkere ja kõhu põletusdeformatsioonide kirurgiline ravi.
- ?040213 Põletushaava sekundaarne ekstsissioon 10% ja enam.
- ?040214 Randme-, küünar-, hüppe-, põlve- või puusaliigese põletusdeformatsioonide kirurgiline ravi.
- ?040215 Õlaliigese pöörajahase kõõluskätise rebendi taastamine.

Päevastatsiooniar on vajalik ning selle osatähtsus peaks kasvama. 2005. aastaks võiks olla 30% ja 2015. aastaks ~50% ortopeedilisest kirurgiast päevakirurgias. Loomulikult tähendab see patsienditeeninduse parandamist ja sisuliselt patsiendi üleviimist haiglavoodilt-aktiivvoodilt nn. ravihotelli.

1998-1999 andmetel on ortopeedia erialal päevakirurgias teostatud vastavalt 742 ja 691 operatsiooni, mis moodustab 1998 a päevakirurgia operatsioonide hulgast (6048) 12,3% ja 1999 a operatsioonidest (5706) 12,1%. Arvestades kogu ortopeediliste operatsioonide arvu 1999. a. – 13195 on päevakirurgiliste operatsioonide hulk küllalt väike ja moodustab vaid 5,2%.

Operatsioonid, mis päevakirurgias teostatakse jäävad valdavalt I-III gruppi ning osad IV gruppi. Kõrgemast operatsioonigrupist saab päevakirurgiliselt operatsioonina teha harva (vähemat praegust taset arvestades).

2.3.5 Valveteenuse vajalikkus ja korraldus haigla liikide kaupa.

Valvetöö korraldus haiglates sõltub haigla liigist: üldhaigla kirurgilise valveringi moodustavad selles haiglas töötavad kirurgiliste erialade spetsialistid. Tagatakse vajadusel olemasolevate eriarstide väljakutse. Abi antakse litsentsi ulatuses. Keerukat ortopeedilist op. ravi vajavad patsiendid suunatakse kõrgemasse etappi. Piirkondlikes ja keskhaiglates peaks aktiivravi vajav patsient vastu võetama erakorralise meditsiini osakondadesse, kuhu kutsutakse vajadusel valves olev ortopeed.

2.3.6 Arstide optimaalse töökoormuse planeerimine.

Valveringe Eesti peale 5-7. Kui lasteortopeedia välja jätta ja kui Tallinnas teha kaks valveringi, siis oleks 5 valveringi. Kuigi arvan, et kui ida ja lääne keskhaiglas on ortopeediline valveteenistus, siis peaks see olema ka Tallinna keskhaiglates. Seega kokku 6 valveringi igas kaks valvearsti. Siit tuleneb ametikohtade vajadus $12 \times 4,75$ (ametikohta valveringiks) = 57 ortopeedi. Eeldusel, et pool operatsioonidest tehakse ära valve jooksul s.o. ~13000 (ortopeedilisi operatsioone 1999.a):2= 6500, jääb teine pool operatsioone teha plaanilises korras. Planeeritud operatsioonide arv ühe

ametikohta kohta 150 (10-15% tööajast). Seega ametikohtade vajadus $6500:150=43,3$. SA TÜ Kliinikumis oli vist operatsioonide arv 175 (operatsioon on koos assisteerimisega). Arvestades situatsiooni, kus ilmselt kõiki ortopeedilisi operatsioone momendil ei tee ortopeedid, kuid teisest küljest kõik ortopeedid ei ole opereerivad, on praegune ortopeedide arv aktsepteeritav. Tõenäoliselt parema töökorralduse juures on operatsioonide arvu (tegelikult parem näitaja oleks operatsioonitoas viibitud tundide hulk 300, mis moodustab ~15% tööajast) võimalik ja vajalik tõsta. Ortopeedia perspektiivid peaks olema küll, et operatsioonide arv ja vajadus tõuseb, Seega kui Eestis saavad olema kõik ortopeedid opereerivad, siis piisaks 100-110 ortopeedist. 2015 planeeritud 160 (EHMP) on palju.

2.4 Voodikohtade arvu prognoos.

Põhja-Eesti 180 voodikohta	voodikohtade arv	Arstide arv
Põhja-Eesti Regionaalhaigla	110	15 (s.h. põletuskeskus)
Ambulatoorne osak.		5
Lääne-Tallinna keskhaigla	30	5
Ambulatoorne osak.		5
Ida-Tallinna keskhaigla	40	8 (s.h. 10 reumakirurgia voodit)
Ambulatoorne osak.		5
Tallinna Lastehaigla	30	4
Ambulatoorne osak.		5
Kirde-Eesti 55 voodikohta		
Narva	25	5
Kohtla-Järve keskhaigla	30	4
Ambulatoorne osak.		5
Lõuna-Eesti 100 voodikohta		
SA TÜK	100	15 (s.h. 10 reumakirurgia voodit)
Ambulatoorne osak.		5
Lääne-Eesti 30 voodikohta		
Pärnu keskhaigla	30	5
Ambulatoorne osak.		5
KOKKU:		96

Voodikohtade arv on tõenäoselt hooldushaiglate arengu foonil vähendatav.

2.5 Eriarstide vajadus

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

Normaalse töö korraldamiseks peame arvestama Töö- ja puhkeaja seadust, mis lubab valve pikkuseks 12 tundi, nädalas 40+8 tundi tööd. Reglementeeritud on valvejärgne puhkeaeg jne. Seda aluseks võttes ja teades, et Eestis vajame tulevikus 8 valveringi, prognoosime optimaalseks ortopeedide arvuks aastaks 2015 ~110 ortopeedi, kes kõik peaksid olema ka aktiivsed opereerivad.

Praegu on Eestis 105 ortopeedi. Opereerivad üle 100 operatsiooni aastas neist ~60. Ülejäänud töötavad polikliinikus või mõnes muus ambulatoorses raviasutuses, kus ei ole suurt op. koormust.

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

Aastaks 2015 peaks meil olema ligikaudu 110 aktiivset ortopeedi

2.5.3. Ettepanek koolitustellimuseks.

Traumatoloogia-ortopeedia residendid:

1997 – 2002

1. Aime Sannamees – baas Maarjamõisa Haigla
2. Taavi Toomela – baas Mustamäe Haigla

1998 – 2003

1. Antti Kukkela – baas Maarjamõisa Haigla
2. Alo Kullerkann – baas Mustamäe Haigla
3. Fred Veber – baas Maarjamõisa Haigla (lepinguline resident, sponsor Pärnu Haigla)

1999 – 2004

1. Ain Aaviksoo – baas Tallinna Keskhaigla
 2. Andrus Kikas – lepinguline resident, baas Mustamäe Haigla (sponsor INFO-NET)
- 1999 – 2001 (3a + 2a) – lepinguline resident
1. Eero Lepasalu – baas Tallinna Keskhaigla (sponsor sama)
- 2000 – 2005
1. Leho Rips – baas TÜ Kliiniku

Aastani 2005 on meil planeeritud 2 residenti aastas. Hiljem tuleb koolitustellimust täpsustada.

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

3.1 Seadusandlus.

Kogu ravitöö peab toimuma vastavuses EV Seadustele.

Kindlasti tuleb käivitada ka arstide, meditsiinipersonali kohustuslik kindlustussüsteem võimalike ravivigade ja ravitüsistuste puhuks. See tagaks kaudselt ka patsiendi huve.

3.2 Ravijuhised.

Ravijuhised on hädavajalikud heade ravitulemuste saavutamiseks ning möödapääsmatud nii patsiendikaitse seaduse kui ka kindlustussüsteemi rakendumisel.

Erialade kaupa peaks vastavate ravijuhiste koostamisega tegelema TÜ õppetoolide baasil loodud komisjon või töögrupp, kaasa haarates erialaseltsi ja nõunikke.

3.3 Teised standardid.

Ortopeedia erialal on kasutuses suurel hulgal erivahendeid. Enamust neist kasutatakse implanteerimiseks inimese kudedesse.

Kõik need vahendid peavad omama tootjapoolselt kaasaantud vastavussertifikaate ohutuse ning kvaliteedi osas. See punkt tuleb ühtlustada EÜ nõuetega.

4. Ettepanekud eriarstide kvalifikatsiooni parandamiseks.

4.1. Koolitus.

Eriarstiks saab EV vaid vastava eriala residentuuri lõpetanud ning erialaeksami sooritanud arst. Kogu eriarstide koolitus peab toimuma TÜ residentuuri õppekavade alusel täies mahus. Mujalt Eesti Vabariiki saabunud eriarstid peavad sooritama eksamite kompleksi, kuhu kuuluksid: tervishoiu organisatsioon Eestis; farmakoloogia; erialaeksami eesti keeles. Nõuded peavad olema erialade kaupa ühtlustatud.

4.2. Täienduskoolitus.

Erialaarstide täienduskoolitus on praegu reguleeritud punktisüsteemi kaudu, atestatsioonikomisjonile esitab ta täienduskoolituse passi, kus on fikseeritud kõik täienduskoolituse tsükliid, ilma vastava punktisummata ei võeta arsti kohustuslikule atestatsioonile (5 aasta). Kui arst ei kaitse olemasolevat kategooriat, kaotab ta eriarsti õigused. Taastamine toimub erikoolituste kaudu TÜ Tervishoiu Instituudi ja eriala õppetoolide poolt koostatud õppekavade alusel.

4.3. Resertifitseerimise vajalikkus ja optimaalne sagedus.

Teeme ettepaneku asendada vana atestatsioonisüsteem uuega - Sertifitseerimisega. Arst, lõpetades residentuuri, esitab taotluse sertifitseerimiskomisjonile pädevussertifikaadi saamiseks oma õpingutulemuste põhjal. Hiljem peaks resertifitseerimine toimuma iga 5 aasta tagant sertifitseerimiskomisjonile esitatud kirjaliku tööanalüüsi alusel. Vanad kategooriad soovime asendada näiteks järgmiselt: arst, vanemarst.

Koostanud erialakomisjon koosseisus:

Dr. Karl-Andres Kants

Dr. Aare Märton

Dr. Ants Kass