

Ortopeedia aruanne eriala probleemidest 2004 lähtudes 2001 aasta arengukavast

1. Eriala areng

1.1 Eriala arengu esmaseks prioriteediks peab jääma erakorraline ortopeediline abi, mis hõlmab kogu skeleti-elundkonna trauma ortopeedilist abi. Teistest ortopeedia suundadest peab areng jätkuma võrdselt nii artroplastika kui ka artroskoopilise kirurgia osas. Suurenema peab päevakirurgiliste ravijuhtude osakaal.

1.2 Euroopa Liidu maades on prioriteedid jagatud enam vähem samaväärselt, eraldi võiks mainida käekirurgia kui eriala rõhutamist. Rohkelt pööratakse tähelepanu miniinvasiivsetele ja tehnoloogilist aparatuuri nõudvatele ortopeedilistele ravimenetlustele kõikides eelpool mainitud suundades.

2. Tervishoiuteenuste prognoos

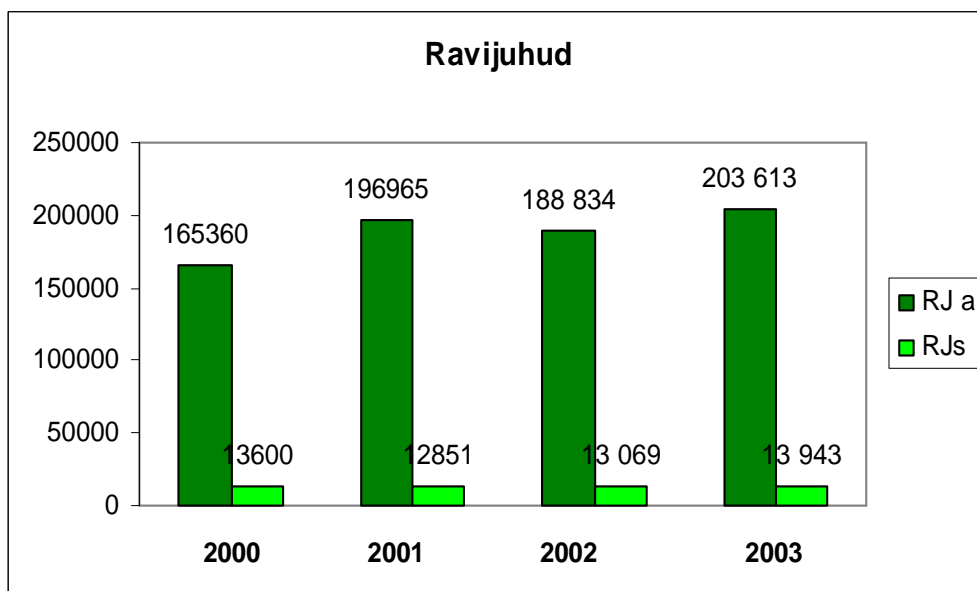
2.1 Toetudes Sotsiaalministeeriumi ja Haigekassa statistilistele andmetele on M ja S koodide esmaseid ravijuhte 2002 aastal ca 30% rohkem kui 1998 a.

100 000 kohta	1998	1999	2000	2001	2002
M kood	7435	8383	9229	9669	11343
S kood	10208	10501	10898	11090	13697

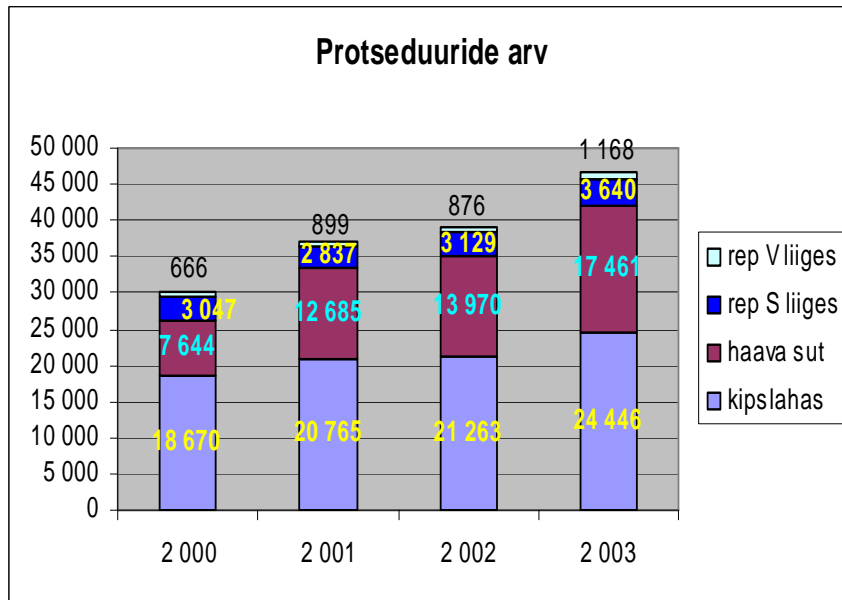
Samas haiglas ravitud juhtude arv on jäänud samaks või isegi langenud, mis tähendab ambulatoorse ravi osas olulist tõusu, mis on tõstnud nii ortopeedia ambulatoorse osa ravikoormust kui ka perearstide töö intensiivsust.

Haiglast lahkunud	1998	1999	2000	2001	2002
M00-09		19073	17824	17068	17624
S00-T98		15681	14534	14325	14508

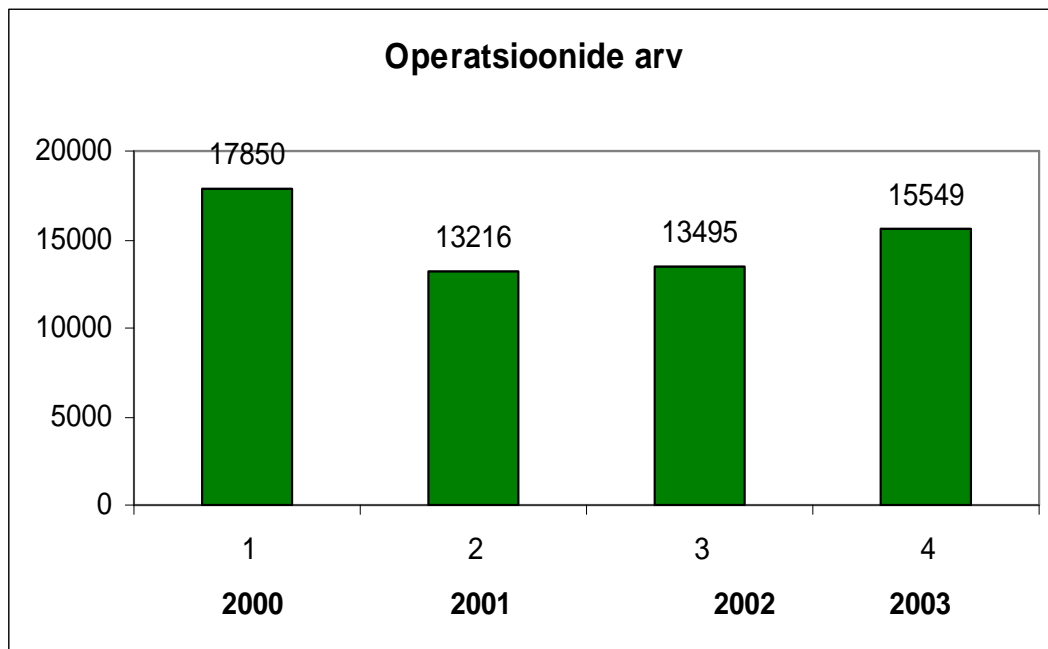
Haigekassa andmed peegeldavad sama tendentsi, kus ambulatoorsete ravijuhtude arv tõuseb oluliselt kiiremini kui statsionaaris.



Sama tendentsi näitab haigekassa andmetel protseduuride oluline kasv viimase 3 aasta jooksul, mis on enamuses ambulatoorsed menetlused.

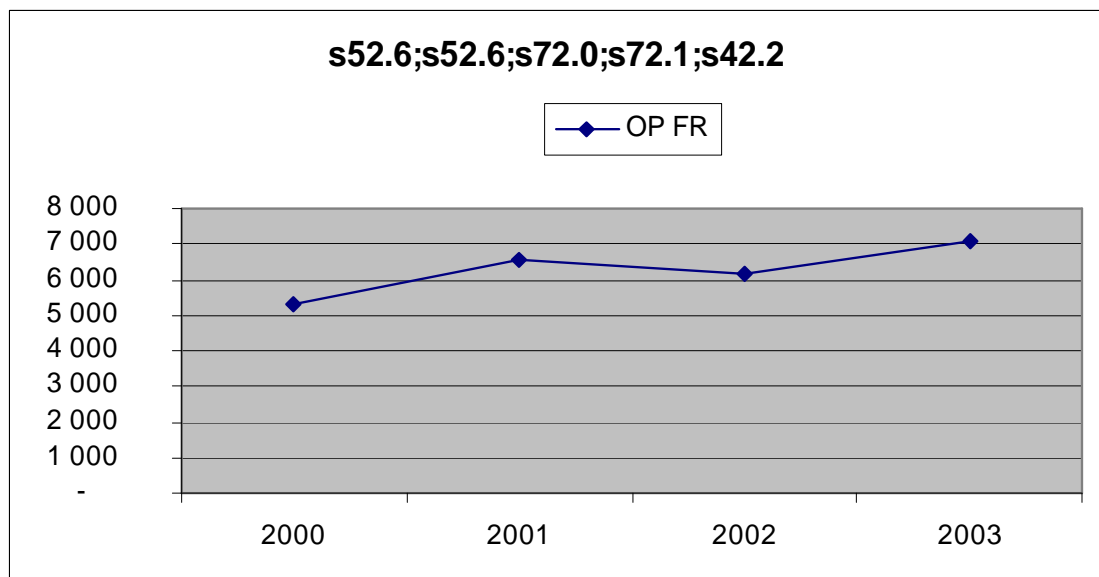
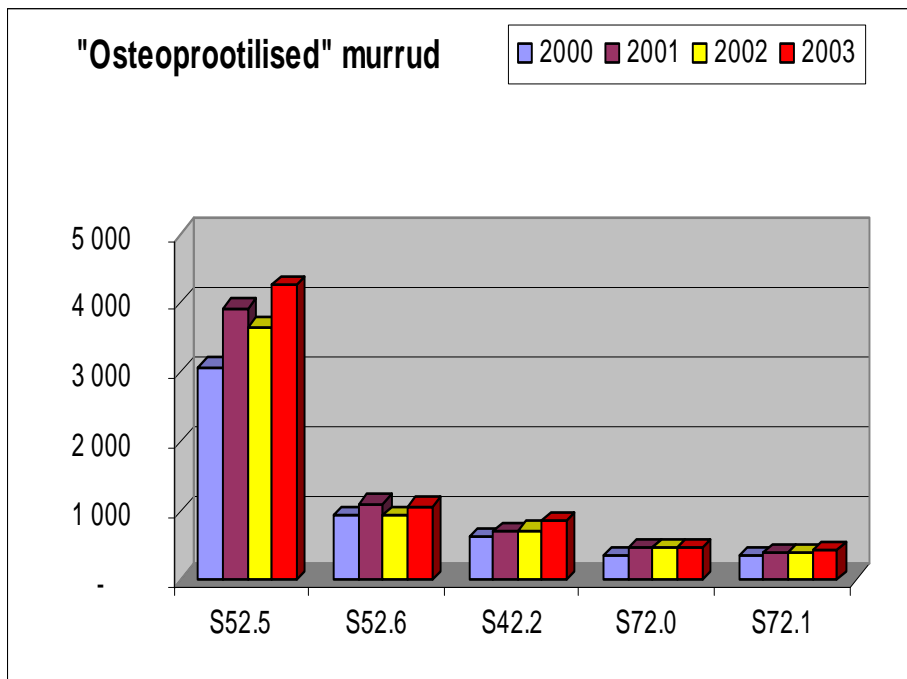


Haigekassa andmetel oli 2003aastal võrreldes 2001 aastaga ortopeediliste operatsioonide arv tõusnud 15%, 2003 aastal 15549. Neist ca 80 % operatsioonidest oli teostatud kesk- ja regionaalhaiglates. 2000 aasta numbril tõesus on seatud kahtluse alla tolle aja HK statistika killustatuse tõttu.

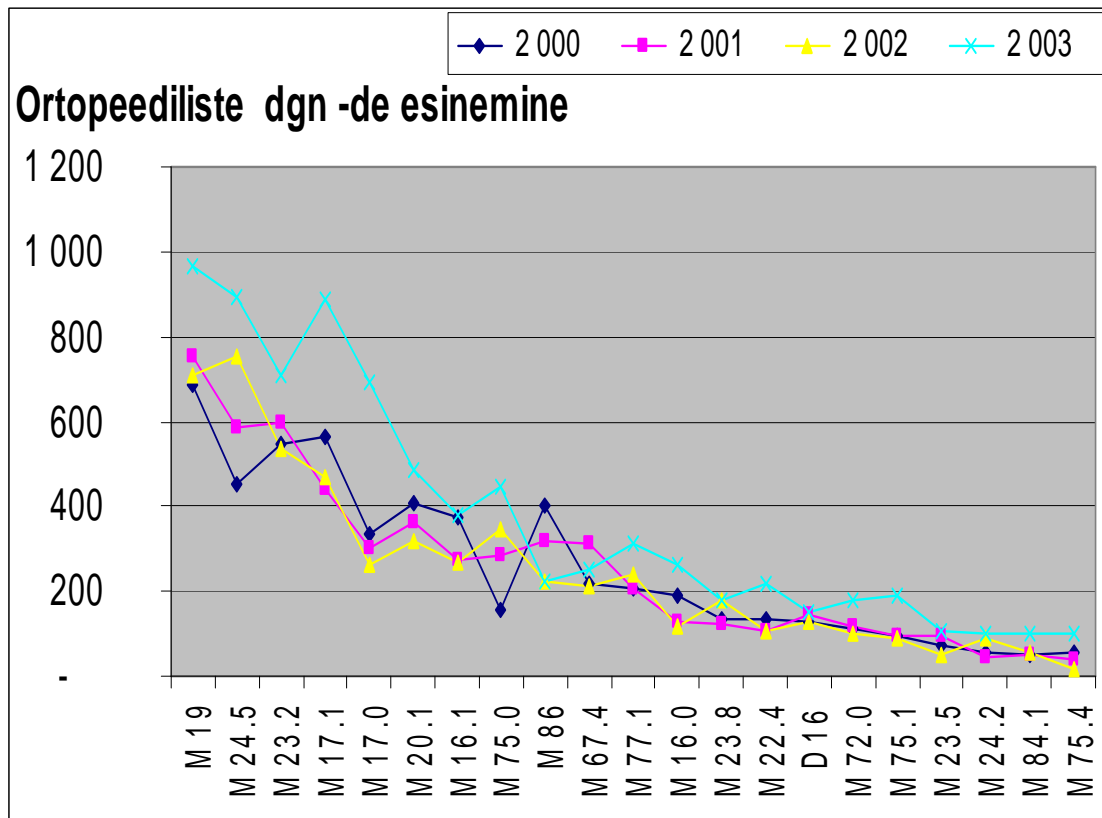


Proгноос traumade osas :

1. Üldine trauma ravijuhtude arv haiglates on jäänud samaks või isegi langenud, ühiskonnas traumade preventiooni, liikluskorralduse, tehnoloogia ja töökultuuri paranemise tõttu. Siiski on lähikümnele traumade arvu tõusu oodata, mis on seotud vastavalt teistes arenenud maades (Soomes, Inglismaal) tehtud osteoporoosiliste murdude prognoosiliste uuringutega, mis eeldab aastas 10% nende murdude progresseeruvat tõusu, mis teeb 30 aasta jooksul juhtude arvu neljakordistamise, polütrauma osakaal tõuseb, mis omakorda nõuab suuremaid ressursse (nii voodipäevade kui ka instrumentaariumi osas). Ka Eestis on elanikkonna vananemise tõttu nn. osteoporoosiliste murdude esinemissagedus aastalt aastasse järjepidevalt tõusnud. Samuti on eriala arengus muutunud aktiivsemaks eakamate murdudega haigete operatiivne arvi, mis tõstab oluliselt ravikulusid. Lähiajal võetakse kasutusele laialdasemalt lülisamba murdude miniinvasiivsed ravimeetodid (vertebroplastika, endoskoopilised lülisamba operatsioonid), mis on efektiivsed paranemisvõimaluste osas ja seetõttu ühiskonnale odavamad, kuid omakorda tõstavad ravikulusid kuna on kallid ravimeetodid.

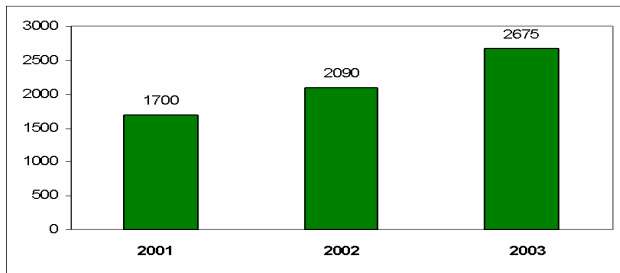


2. Ortopeediliste haigusjuhtude osas prevaleeruvad liigesehaiguste diagnoosid, mis on iseloomulikud kohalikule kliimavööndile, mis soodustab liigesehaiguste teket. Nendeks on liigesete mitmesugused põletikulised haigestumised, labajala deformatsioonid, liigete jäikusseisundid ,põlveliigese mensikite kahjustused .(vt.tabel) Neist viimased on noorema populatsiooni haigestumus, mille põhjuseks võivad olla minitraumad, ülekoormusseisundid jne, mis jäävad tihti õigeaegselt diagnoosimata ning ravitakse hilisperioodis (sellepärast on M koodiga).



Oma osa ortopeediliste haiguste diagnoosimise ja ravimise paranemisel on perearstide parem informeeritus haigustest ja nende ravivõimalustest. Kasutusele on võetud uued vähem invasiivsemad kirurgilised meetodid nii endoproteesimisel kui ka erakorralises ortopeedias , laienenud on artroskoopilised ravivõimalused (rekonstruktiivsed operatsioonid põlve- ja õlaliigeses ja see suund on jätkumas, andes võimaluse haige kiiremale paranemisele ja töövõime taastamisele.

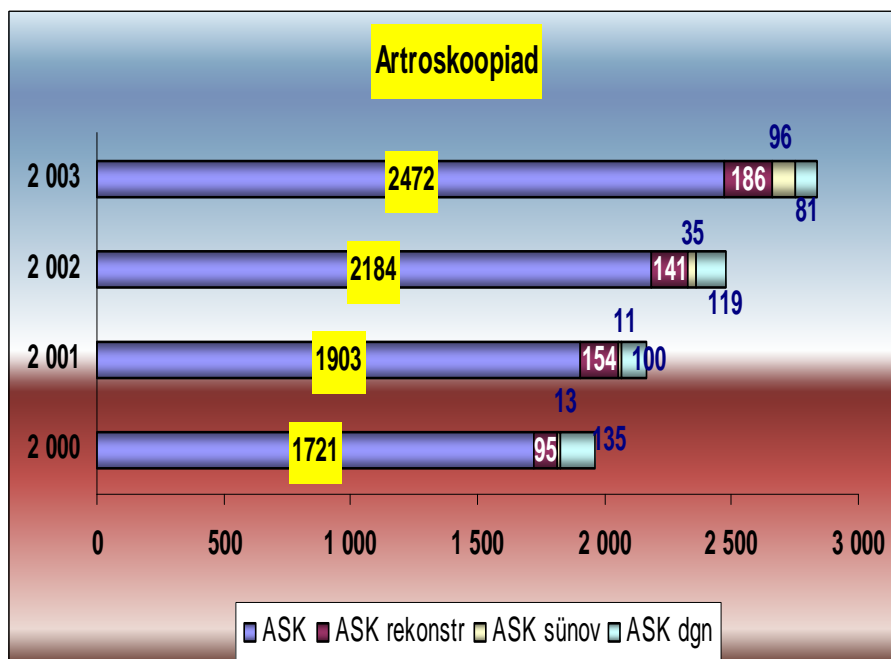
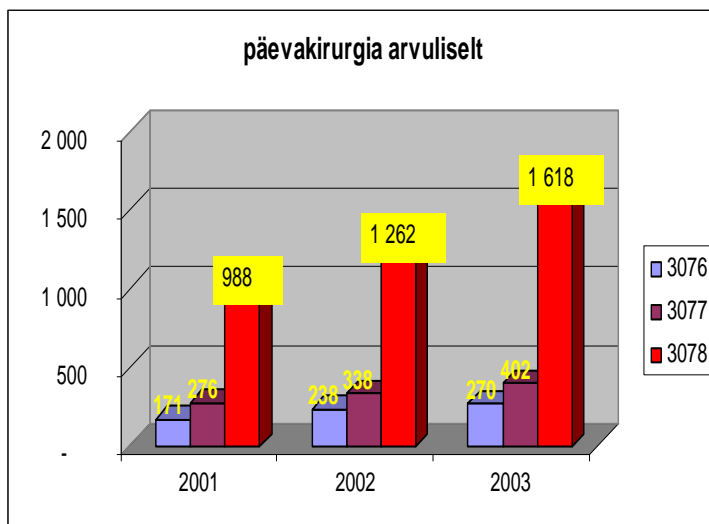
Endoproteesimise operatsioonide arv on jõudnud 200/ 100 000 elaniku kohta tasemele (Soomes 260) ja arvestades elanikkonna vananemist ja teiste arenenud riikide andmeid , on prognoositav liigese endoproteesimist vajavate haigete arv 2015 aastaks ca 50-100% suurem.



Endoproteesimise arvud HK andmetel

Samas on endoskoopilise liigesekirurgia areng olnud aeglasem, 2003 Eestis ca 210 operatsiooni / 100 000 elaniku kohta (Soomes ca 600). Selle põhjuseks on päevakirurgia tagasihoidlik osa ortopeedilises ravimahus – 2003 a. 14 % (2290 operatsiooni 15 547-st.).

Endoskoopilise liigesekirurgiaga on võimalik õigeaegse raviga ennetada ja aeglustada liigeseprotsesside haigusliku arengut ning sellega edasi lükata hilisemaid suuremate operatsioonide kasutamist (endoproteesimine, osteotoomia jne). Seega näeksime 2015 aastal artroskoopiliste operatsioonide arvu ca 400/100 000 elaniku kohta. See aga eeldaks päevakirurgiliste voodikohtade arvu olulist tõusust.



2.2 Voodikohtade arvu prognoos

Võrreldes 1999 aastaga on oluliselt vähendatud statsionaarsete voodikohtade arvu, mille põhjuseks on ilmselt keskmise voodipäeva oluline lühenemine.

	ortopeedilised voodikohad		päevakirurgia	
	1999	2003	1999	2003
TÜK	77	62	0	6
SAPERH	170	110		
ITKH	45	45		
LTKH	0	26	8	8
PärnuH	35	35		
VKH	35	30		
Narva	50	30		
Elva	23	14		
TallH	50	18		
ArtrospKliinik	0	0	2	4
Medex		0	2	4
Kokku	485	370	12	22

2010-15 aastatel peaks voodikohtade arv jääma konstantseks või isegi suureneka, vajalik on luua ulatuslik taastusravi voodikohtade fond kuhu ooperatsioonijärgsed haiged postoperatiivselt saata .

Päevakirurgiliste voodikohtade arv on vähene ambulatoorsete juhtude osakaalu tõusu foonil. Suurtes haiglates nagu SAPERH ja ITKH toimub päevakirurgiliste haigete teenindamine statsionaari baasil, sama toimub ka ilmselt teistes haiglates. Päevakirurgilisi keskusi peaks loodama kas haiglate juurde, siis aga tekib tööjõu puudus (töö – ja puhkeaja seadus) või siis täiesti iseseisvate üksustena. 2015 aastal võiks olla 50-70 päevaravi voodit.

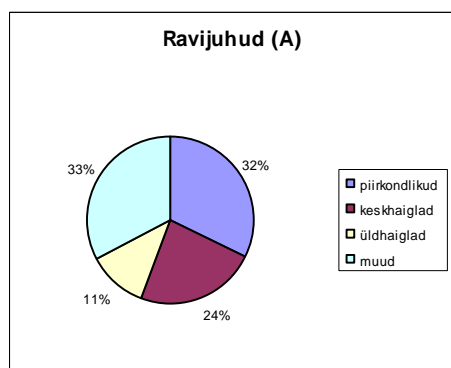
Intensiivravipalati olemasolu peaks olema kohustuslik igas erakorralise ortopeediaga tegelevas ravisutuses ja endoproteesimise osakondades arvestusega 1 IRvoodi 6-8 voodikohale.

3. Teenuse jaotamine.

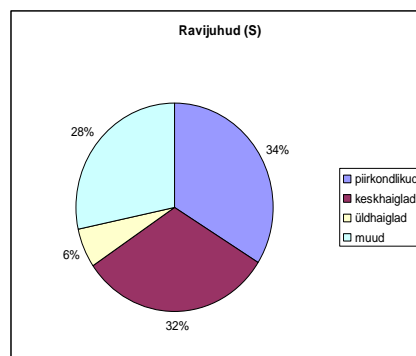
3.1. Ambulatoorsete ravijuhtude arv on 3 aastaga tõusnud 20 % , ilmselt on oodata teatud tõusu pidurdumist kuid missuguse ulatuses on raske prognoosida. Normaalne oleks 4-5 % aastas juurdekasv. Statsionaarsete juhtude arv peaks järjekindlalt tõusma aastase juurdekasvuga 2-3% aastas.

3.2. Patsientide jaotuvus aktiivravi haiglate vahel. Skeem 2003

Ambulatoorne



Statsionaarne



Pikemas perspektiivis jääb olemasolev vahekord püsima ning toimub vastavalt haiglavõrgu arengukava printsiipidele.

3.3 Päevaravi vajalikkus (vt. eespool). Ideaaliks peaks olema kuni 50% haigusjuhtude lahendamine päevaravina 2015 aastal.

Päevaravi protseduuride loetelu: Kõik I,II , III ortopeedilised operatsiooni grupid.

IV grupp: 040203, 040202,040205,040206,0402015,040208 (teatud juhtudel)

V grupp : 050213,050204,050206,

VI grupp: 060211,060202

4.Valveteenistuse vajalikkus ja korraldus haiglaliikide kaupa

Valvetöö korraldus üldhaiglas vastavalt määrusele „Haigal Liikide nõuded”

Eriarstide ööpäevaringne valve peab olema tagatud Tallinnas SAPERH´s ja ITKH , kes omavad momendil koolitatud personali ja väljakujunenud süsteem ja vahendid vastava teenuse osutamiseks. Samuti Tallinna Lastehaiglas kuna laste traumatoloogia on välja kujunenud eraldiseiseva erialana ja olemas vastava koolitusega kaader ja statsionaar. TÜ –kis samuti vajalik 24 h –ne ortopeedi valve.

Keskhaiglates (PärnuH ja VKH) peab olema tagatud samuti ööpäevaringne eriala kättesaadavus.Samuti on praegu otstarbekas jätkata Narva Haigla ortopeedia valveringi pidamist seoses Ida Virumaa tööstuspiirkonnas esineav kõrgeenenud traumatismi ja kriminogeense situatsiooniga. 2015. aastaks peaks küll olema Ida-Virumaa erakorraline ortopeediline teenistus koondunud ühte hästifunktsioneerivasse keskhaiglasse.

5. Arstide optimaalne töökoormus.

Momendil on Eesti Traumatoloogide-Ortopeedia Seltsis välja töötamisel ortopeedi optimaalne töökoormusstandard. Hetkel jätame vastuse võlgu. 22 10 2004 toimub juhatuse koosolek ja 26 11 2004 ETOS üldkogu , mille järgselt anname vastuse.

6.Eriarstide vajadus.

Hetkeseisuga statsionaarides tööl ca 55 ortopeedi ja ca 17 ortopeedia ambulatoorsetel ametikohtadel, lisaks 30-35 ortopeedi tegelevad ambulatoorse ortopeediaga teistes raviasutustes.

2010 aastal peaks olema opereerivate ortopeedide arv 80 ja 2015 110 vastavalt Ortopeedia Eriala Arenguplaani vajadustele. Tõenäoliselt on ambulatoorse ja päevakirurgilise töö kasvuga seoses vaja 40-50 ortopeedi.

7.Olemasolev eriala regulatsioon ning ettepanekud

7.1 Meditsiinitöötajate kindlustussüsteemi seadustamine (vastutuskindlustus)

7.2 Momendil on välja töötamisel (tegemisel)traumatoloogiaalased ravijuhised ETOS ja EHK kaastöös.Samuti oleks loomulik ka teiste eriala osasid katvate juhiste väljatöötamine. Tegelikult oleks need õigem teha koostöös SM -ga.

7.3 On vajalik koheselt alustada artroplastika, trauma ja artroskoopia registrite loomist. Lisaks meditsiinilistele vajadustele tingib seda kuulumine EU-sse

8. Arstide pädevuse hindamise süsteem.

On käivitunud nn. sertifitseerimise süsteem, kuid mis on muutunud ortopeedia võõraks kuna sellega tegeleb Eesti Kirurgide Assotsiatsioon. ETOS'i vaatevinklist oleks adekvaatsem anda eriala sertifitseerimine erialaselt kompetentsi tagasi, mis hoiaks ära sertifitseerimise „pro forma” toimumise.

9. Muid probleeme.

EHK NÕUKOGU OTSUS 30. september 2004.a. nr. 19 Tervishoiuteenuste tegevuspõhiste piirhindade rakendamisest

Eelpool mainitud piirhindade rakendamisel, mis ETOS'is arvates on koostatud meditsiinist kaugel olevate inimeste poolt ja "kubiseb" vigadest. Antud dokumendi puhul on tegemist kuiva arvutusega, mida meditsiin iseenesest aga kaugelti ei ole - mida keerulisem operatsioon seda rohkem teadmisi ja vilumusi see teostaja poolt nõuab. Seda pole aga HK arvestause oelams! See on tulnud teostajate poolse intsiatiivi (higi ja vaevaga) ja mitte kõik tegijad ei ole neid suutelised tegema, seda aga kulupõhisus ei arvesta. Seega kaob tegijal tahtmine teha keerulist suurt vilumust vajavat tööd mida hinnatakse mõõdupuuga nagu kõige lihtsamaid protseduure ja ka tööandjal kaob huvi edendada projekte, mis on eos finantsiliselt ebaõnnestuma.

See viib ortopeedia kui eriala mandumisele - uute operatsiooni meetodite kasutuselevõtt ja olemasolevate teostamine muutub mõttetuks. Hakatakse rohkem tegema hinnakirjas I-III grupi operatsioone, millede kulupõhisus on suurem vanadest hindadest. Ortopeedia uute suundadega tegelema soovivatel arstidel tuleb suunduda tööle välisriikidesse jne., et rahuldada oma ambitsioone ja erialalisi huve (see toimub küll juba praegu teatud ulatuses).

Mõningaid näiteid:

1. Artroskoopilisi operatsioone tehakse edaspidi ilma artroskoopilise aparatuuri ja instrumentariumita, kasutades ainult shaverit
2. Reieluukaela osteosüntees toimub artroskoopial kasutatava shaveriga
3. Enamikel ortopeedia operatsioonidel ei ole sidemematerajal kasutusel, üksikutel aga on - millega seda seletada? On pandud juurde vaid opidele - nahaplastika ja selg ning artroskoopiline rekonstruktsiooni op, teistel puudub.
4. Selja opid. Skolioosi suhtes eriti probleem - on hinnatud haiglates kus neid operatsioone ei tehta siis tulebki hinnaks 13700 asemel 3500. Ei ole arvestatud hemostaatilisi vahendeid ega erivahendeid mida kasutatakse (surgiceel s.o. hemostaatiline kangas ca 2000 eek Op; drenid, mis samuti kallid 500 EEKi ca).
5. On püütud 4 haigla (ITKH, LTKH, PH ja TÜK) finantsistide abiga luua kogu Eesti mudelit, mis on aga ebaadekvaatne kuna kõiki operatsioone neis asutustes ei teostata piisavalt ning teistel asutustel, kes tegelevad sama profiiliga, on ülevaade mõnede operatsioonide kuluartriiklite osas parem (näiteks selja deformatsioonide ravi, nahatransplantatsioonid põletuste puhul, endoskoopilised rekonstruktsioonid).
6. Pole selge mille alusel kasutatakse koefitsenti „x” (materjali kulu, palk + x koefitsent).

Antud hinnakirja alusel töötama hakkamisel tuleb ETOS´el kaaluda võimalust loobuda teatud ortopeediliste operatsioonide teostamisest Eesti elanikkonna teenendamisel. Kuna suure tõenäosusega hakatakse operatsioonide kulusid tööandja poolt kärpima personali kulude arvelt.

Eespool mainitud hinnakirja muutus muudab seni kasutuselolnud meditsiini rahastamise skeemi. Täna toimiv aktiivne statsionaarne ravi minimaalsete voodipäevade arvuga on välja kujunenud viimase kümne aasta jooksul. Uue süsteemi rakendumisel ei ole ortopeedid tõenäoliselt suutelised säilitama prognoositud töömahte, kuna operatiivne ravi on alahinnatud.

Selline meditsiinipoliitika järsk muutmine ei ole õigustatud.

Koostanud ETOS nõunikud

Armin Heiman

Aare Märtsen

14 10 2004