

## **OTORINOLARÜNGOLOOGIA ERIALAL ARENGUKAVA.**

Otorinolarüngoloogia eriala arengukava eesmärk on olemasolevate teenuste osutamise mahu, ressursside ja asukoha hindamine ning tulevikuvajaduste prognoosimine.

Arengukava koostamisel on lähtutud:

1. Eesti Vabariigi Sotsiaalministeeriumi poolt määratud printsiipidest ja märksõnadest:
2. Euroopa Otorinolarüngoloogide Seltsi (Societas Otorhinolaryngologica Europaeae) ja Rahvusvahelise Otorinolarüngoloogia Seltside Föderatsiooni (IFOS) arengusuundadest.
3. Prognoositavast Eesti demograafilisest olukorrast.

Arengukava koostamisel on tuginetud Vabariigi Valitsuse poolt heaks kiidetud "Eesti Haiglate Arengukava aastani 2015" põhisuundadele:

- Ambulatoorse esmatasandi eriarstiabi detsentraliseerimine abi parema kättesaadavuse tagamiseks.
- Kõrgeltkvalifitseeritud eriarstiabi tsentraliseerimine, mis tagab haigusjuhtude ja kõrgtehnoloogia kontsentratsiooni ja ökonoomsema kasutuse.
- Statsionaarse abi osakaalu ja seega ka voodifondi vähenemine.
- Ambulatoorse/päevakirurgia osakaalu suurenemine.
- Säästvad kõrgtehnoloogilised ravimeetodid – võimaldab patsiendid kiiremini terveks ravida, töövõimetuse aeg on lühike, mittefüüsilise töö tegijatel vaid mõni päev.
- Vanemaealiste inimeste elukvaliteedi paranemine

### **1. Eriala kirjeldus.**

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

**Otorinolarüngoloogia** on eriala, mis hõlmab kõrva-nina-kurguhaiguste diagnostikat ja ravi nii täiskasvanutel kui ka lastel. Üldettevalmistusega otorinolarüngoloog on pädev läbi viima baastasemel kirurgilist ravi (kuni III operatsiooni grupini):

**Alaerialad:**

- Rinoloogia - on eriala, mis hõlmab nina, ninakõrvalkoobaste ja haistmisorgani haiguste, traumade ja anomaaliade diagnostika, konservatiivse ja kirurgilise ravi.
- Audioloogia - on eriala, mis hõlmab kuulmis- ja tasakaaluorgani haiguste, traumade ja anomaaliade diagnostika, konservatiivse ja kirurgilise ravi ning rehabilitatsiooni.
- Foniaatria on meditsiiniline distsipliin, mis tegeleb hääle-, kõne- ja keelehäiretega ning kuulmishäiretega, kui viimased on seotud eelmainitud probleemidega.
- Pea- ja kaelakirurgia – on eriala, mis hõlmab kõigi ekstrakraniaalsete ja ekstraspinaalsete hea- ja pahaloomuliste kasvajaalsete haiguste, sealhulgas huule, suuõõne, ninaneelu, suuneelu, alaneelu, kõri, ninaõõne, ninakõrvalkoobaste, süljäärmete, kilpnäärme, üla- ja alalõualuu, orbita ning pea- ja kaela piirkonna naha ja pehmete kudede diagnostika, kirurgilise ravi ning rehabilitatsiooniga.

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

Kõrva-nina-kurguhaiguste ja pea-ja kaelakirurgia alast tervishoiuteenust vajavad patsiendid alates vastsündinutest (enneaegsusest ja geneetilistelt põhjustatud kuulmislanguse ning kõrva-nina-kurguorganite väärendite varane diagnostika, ravi ja rehabilitatsioon) ja lõpetades pensioniealiste presbüakuusi ja sagenenud onkoloogilise haigestumisega.

### **2 Erialaste tervishoiuteenuste planeerimine.**

#### **2.1. Olukorra analüüs.**

##### **Kõrva-nina-kurguhaigused ja pea-kaelakirurgia.**

- Esmatasandi ravi -diagnostikateenus liigub perearstide kätte.
- Spetsialistide liig võrreldes naabermaadega, on suhteline, sest perearstid ei ole veel võimelised esmatasandi tööd täies matus üle võtma. Olukord laheneb aja jooksul ja

reguleeritakse koolituse abil. Täiendatakse perearstide erialaoskusi ja kontrollitakse spetsialistide juurdekoolitamist.

- Statsionaarne abi asendub osaliselt ambulatoorse päevakirurgilisega.
- Teine ravietapp vabastab kolmanda ravietapi rutiinseks muutunud endoskoopiliste ja mikrokirurgiliste operatsioonide mahust võimaldades keskendumist uute ravivõtete juurutamisele ja keerulisemate haigusjuhtude lahendamisele.
- Saavutatud on silmapaistvalt lühike voodipäeva kestvus ja operatiivne aktiivsus, mis jätab mõnede teiste erialade foonil mulje ravi - diagnostika teenuste väärast hinnakujundusest.

#### **Audioloogia**

- Ligi 20%-l elanikkonnast esineb kuulmiskahjustus. 2005 aastaks hinnatakse kuulmiskahjustusega isikute määraks juba 24% elanikkonnast. Seda põhjustavad ühelt poolt elanikkonna vananemine ja teiselt poolt olmemüra (vt demograafiline analüüs WDR-i poolt vanuseastmete ja raskusastmete lõikes).
- Kuulmispuue on Eesti Vabariigis teiste puudeliikide suhtes Euroopaga võrreldes oluliselt diskrimineeritud seisundis. Vajalik on vahendite ümberjaotamine puudeliikide vahel ja lisafinantseerimine.
- Tinnitushaigete retreeninguga pole Eestis üldse tegeletud. Ligi 24% elanikkonnast esineb tinnitus, neist 3% kannatavad selle all sügavalt ja vajavad spetsiaalset retreeningut ning elektroakustilist abi.
- Tööealiste kuulmispuudega kodanike puhul ei rakendu võrdsete võimaluste printsiip. Seadusandlusest lähtuvalt puudub selle kontingendi kuulmiskahjustuse korrigeerimisel kompensatoorne mehhanism. Võrreldes arenenud Euroopa riikidega on Eestis sügav mahajäämus kuulmise korrigeerimise valdkonnas. Sotsiaalkindlustussüsteem jääb niivõrd meditsiiniküllase valdkonna nagu seda on kuulmisrehabiliteerimine, juhtimisel raskustesse. Raskused on seotud komplitseeritud kuulmiskahjustusega patsientidega. Kompenseerimismehhanismide puudulikkuse tõttu on sobivad abivahendid neile patsientidele kättesaamatud.
- Peame vajalikuks kuulmistaju taastavate kuuldeaparaatide (erinevad programmeeritavad, sh implanteeritavad kuuldeaparaadid) finantseerimist ravikindlustussüsteemi kaudu. Selline praktika toimib juba keskkõrva proteeside suhtes.
- Ravi-diagnostikateenuste hinnad audioloogia alal ei arvesta kaasaegsete nõuetega ega võimalda eriala arendada.
- Kuulmisnärvide neurinoomide diagnostika on väga puudulik, haigus avastatakse reeglina kaugelearenenud faasis ning operatsioon toob endaga kaasa raskeid tüsistusi.

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

Otorinolarüngoloogia alast haigestumist on raske hinnata: Statistika ei ole küllalt detailne.

Demograafilised ja elanikkonna haigestumise näitajad ei oma planeerimisel sellist kaalu nagu esmatasandi tervishoiureformist tekkinud tööjaotuse ja ravitaktika muutused.

Umbes 43% esmapöördumistest (üldine statistika) seotub otseselt kõrva-nina-kurguhaiguste erialaga. Kõrva-nina-kurguhaiguste eriala esmatasandi tervishoiuteenuse pakkumine maakondades liigub perearstide kvalifikatsiooni tõusu ja hetkel seal töötavate kõrva-nina-kurguarstide ümberprofileerimise ja vanaduspensionile siirdumise käigus perearstide kätte. Esmatasandi ambulatoorse abi osutamine kõrva-nina-kurguhaiguste erialal maakondades toimub lisaks perearstisüsteemile enamasti eraõiguslikes erialakabinettides.

**Teise ravietapi** teenust kõrva-nina-kurguhaiguste erialal hakkavad osutama otorinolarüngoloogid – füüsilistest isikutest ettevõtjatena, kas keskhaiglate või ambulatoorsete raviasutuste juurde loodavates päevaosakondades ja nendega seotud erialakabinettides või otorinolarüngoloogia erihaiglates.

**Kolmanda ravietapi** raviagnostikateenus keskendub erialakliinikute näol Tallinna ja Tartu piirkondlikesse haiglatesse.

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

Reformides kõrva-nina-kurgu erialal tuleks arvestada spetsiifilisi tendentse:

- Üldarstiabi restruktureerimine viib ematasandi kõrva-nina-kurguhaiguste ravi- ja diagnostikateenuse perearsti kompetentsi.

- Kasutusele on tulnud säästvad ravivõtted, mis võimaldavad laiendada ambulatoorselt ravitavate haigusjuhtude amplituud.
- Päevakirurgia ei arvesta oma 12-tunnise voodisviibimisega eriala vajadusi. Samas ei vaja kõrva-nina-kurguhaiguste ja pea ja kaelakirurgia eriala patsientuur II ravietaapi tasemel intensiivravi ega aktiivravi statsionaari. Tulevikus näeme II ravietaapi tasemel eriarstiabi osutamisel keskhaiglate erialastruktuuride ja päevaosakondade kõrval monoprofiilseid kõrva-nina-kurguhaiguste ja pea ja kaelakirurgia erihagilaid, mis ambulatoorselt ja statsionaarselt/päevakirurgilist eriarstiabi sidudes täidaksid tühiku perearsti ja piirkondliku haigla erialakliiniku vahel.

#### **Esmatasand.**

Tulevikus tegelevad kõrva-nina-kurguhaiguste ja pea-kaelakirurgiaalase ravi - diagnostikateenuse osutamisega esmatasandil põhiliselt perearstid. Esiolgu töötab maakondades ja linnades palju esmatasandi kõrva-nina-kurguarste. Nende hulk väheneb ümberõppe, pensionile mineku ja teise ravietaapi ületulekuga järkjärgult. Esiolgu toetab "esmatasandi kõrva-nina-kurguarst" oma tegevusega kõrva-nina-kurguhaiguste alal veel kohanevat perearstisüsteemi.

Audioloogia alal tuleb esmatasandil käivitada vastsündinute kuulmise testuuringud kõikides sünnitusosakondades ja NICU (Newborn Intensive Care Unit) palatites.

#### **Teine ravietaapp.**

Moodustab valdava osa erialasest tegevusest. Ravimetoodika täiustumine laiendab päev-päevalt II-etaapi tasemel teostatavate ravi-diagnostikateenuste nimistut, mille täpsem piiritlemine haakub tegevusloa kriteeriumite väljatöötamisega. Ambulatoorne vastuvõtt, päevaravi osakond ja keskhaiglate juurde rajatavad erialastruktuurid ning otorinolarüngoloogia-erihagila moodustavad teise ravietaapi struktuurelemendid. Kõrva-nina-kurguhaiguste ja pea-kaelakirurgia erialal kuulub keskhaigla erialasest mõttes II-ravietaapi asutuste hulka. Keskhaigla tasandil ei ole otstarbekas ega ka võimalik moodustada erialaosakonda, seega osutada III- etapi erialateenust:

Põhjuseks on regiooni vähene elanike arv ja lühikesed vahemaad. Puudub tööjõud selleks, et lisaks ambulatoorsele ja statsionaarsele ravi-diagnostikateenuse osutamisele organiseerida keskhaiglates erialaosakonna vajadustest lähtuvalt ööpäevaringset valvet spetsialisti viibimisega kohapeal. Ei jätku raha muretseda kriitilises koguses instrumentariumi kuue dubleeriva erialaosakonna jaoks Eestis ega võimalust seda koormata. Ka väikeste statsionaaride avamine kõigisse keskhaiglatesse paisutab voodifondi senisest suuremaks. "Haiglate arengukava aastaks 2015" eeldab III ravietaapi tsentraliseerimist.

**Audioloogia** osas toimub II etapis kuulmiskahjustuse diagnostika, kuulmise korrigeerimine ja rehabilitatsioon vastavalt piirkondlike haiglate erialakliinikute juures asuvate kuulmiskeskuste juhenditele ja otorinolarüngoloogide sertifitseerimistingimustele.

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

IFOS-e (International Federation of Otorhinolaryngological Societies) soovitudele tuginedes peaks Eestis olema vähemalt:

- Üks otorinolarüngoloog 30 000 elaniku kohta.
- Üks foniaater ja üks audioloog 10-ne erialaspetsialisti kohta.
- Üks pea-kaelakirurg poole miljoni elaniku kohta.

Loomulikud nihked tööjõuturul ja reformid üldarstias viivad spetsialistide arvu sujuvalt vajalikule tasemele.

## **2.2. Tervishoiuteenuste prognoos.**

#### **Pea- ja kaelakirurgia.**

Eesti Vabariigis on edukalt toiminud onkoloogiliste haigete ravi spetsiaalsetes onkoloogiakeskustes – Eesti Onkoloogiakeskuses Tallinnas ja SA Tartu Ülikooli Kliinikumi Hematoloogia-Onkoloogia Kliinikus. Tulenevalt varasemast erialade jaotusest ning pahaloomuliste kasvajatega patsientide ravi töökorraldusest on pea-kaela piirkonna kasvajate kirurgilise raviga ja kombineeritud ravi koordineerimisega tegelema pea-kaela kirurgid Eesti Onkoloogiakeskuses.

1999.a. teostati Eesti Onkoloogiakeskuses 188 operatsiooni pea-kaela piirkonna kasvajate tõttu (v.a. nahk).

Sõltuvalt haigestumusest ja haigusprotsessidest on pea-kaela kirurgias enam praktiseeritavad järgmised operatsioonid:

#### 1.Kael.

- Kaela selektiivne dissektsioon, supraomohüoidaalne dissektsioon.
- Kaela modifitseeritud dissektsioon.
- Kaela radikaalne dissektsioon Crile järgi.

#### 2.Huul, suuõõs, suuneel.

- Huule resektsioon või eemaldamine ja rekonstruktsioon plastilise operatsiooni abil.
- Radikaaloperatsioon *en bloc* (suupõhja, keele, neeluseina, suulae, mandibula resektsioon või eemaldamine koos samaaegse kaela dissektsiooniga). Defekti samaaegne sulgemine rekonstruktiivse operatsiooni abil (müokutaanne aksiaalne või mikrokirurgiline plastikalapp, mandibula metallosteosüntees).
- Keele resektsioon, hemiglossektoomia.

#### 3.Kõri ja alaneel.

- Trahheotoomia
- Hemilarüngektomia
- Subtotaalne supraglottiline larüngektomia
- Totaalne larüngektomia
- Farüngotoomia
- Partsiaalne farüngo-larüngektomia
- Totaalne farüngo-larüngo-ösofagektomia, neelu ja söögitoru kaelaosas rekonstruktsioon müokutaanse aksiaalse või mikrokirurgilise plastikalapi abil
- Häälproteesi paigaldamine trahheo-ösofageaalsel punktsioonil

#### 4.Süljenäär.

- Submandibulaarse süljenäärme eemaldamine
- Kõrvasüljenäärme resektsioon või eemaldamine n. facialise välja prepareerimisega

#### 5.Ninaõõs ja ninakõrvalkoopad.

- Rhinotomia
- Highmorotomia, ka Denkeri järgi
- Ülalõualuu resektsioon või eemaldamine orbita evistseratsiooniga või ilma, defekti proteesimine või katmine rekonstruktiivse plastilise operatsiooni abil.

#### 6.Kilpnäär.

- Hemithyreoidectomy
- Kilpnäärme subtotaalne resektsioon
- Kilpnäärme eemaldamine n. recurrensi ja gl. parathyreoideate säilitamisega

Pea-kaela piirkonna kasvajatega haiged pöörduvad kõige sagedamini kõrva-nina-kurguarsti, näo-lõualuu kirurgi, harvem stomatoloogi jt. eriala arstide poole.

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

#### Kõrva-, nina-, kurguhaigused:

- Ravi-diagnostikateenuse ümberjaotus üld- ja eriarstiabi vahel riivab erialast tegevust I-II raviastme tasemel.
- Säästvate ja efektiivsete kirurgiliste ravimeetodite kasutuselevõtuga laienevad operatiivse ravi näidustused ja operatsioonide arv võiks aastaks 2015 tõusta 20 000-le operatsioonile aastas. Piirkondlikes haiglates paiknevates statsionaarides teostatakse sellest alla poole. Ülejäänud koormuse võtavad endale keskhaiglate jt raviasutuste päevaraviosakonnad ja K-N-K erihaiglad.
- III-raviastme tasemel on töö intensiivsus saavutanud maailma taseme ning teostatud operatsioonide arv vastab haigestumise struktuurilt enam-vähem Soome Vabariigile. Piirkondlikes haiglates peaks suurenema keerulisemate operatsioonide osatähtsus.

#### Pea – ja kaelakirurgia:

- Eestis registreeritakse aastas keskmiselt 300 pea- ja kaelapiirkonna vähi esmasjuhtu. Viimase 30 aasta jooksul on pea- ja kaela piirkonna vähi haigestumus suurenenud 1,5 korda, seejuures on see trend enam väljendunud meestel (vt. onkoloogia arengukava). Kõige enam on suurenenud haigestumus nii meestel kui naistel suuõõne- ja neeluvähki (umbes 6 korda).
- Kõige sagedamini aga haigestuvad mehed kõrivähki, seejuures on täheldatav mõõdukas kasvutendents.
- Suuõõne ja neeluvähi sagenemise põhjuseks nii meestel kui naistel on tõenäoliselt rohke suitsetamine, alkoholi ülemäärane tarvitamine ja ebapiisav suuõõne hügieen.

Haigete tegelik elulemus sõltub vähipaikmest, protsessi levikust ja raviviisist.

Alates 1990.aastast toimub pea- ja kaela piirkonna vähihaigete ravi põhimõtteliselt uue meetodika järgi. Endiselt teostatakse kombineeritud ravi, kuid alustatakse radikaalse kirurgilise raviga, kas rekonstruktiivse operatsiooniga või ilma, vajadusel ka mikrokirurgilise operatsiooniga ja sellele järgneb näidustusel postoperatiivne radioteraapia.

### **Audioloogia**

2001.a. tegelevad kuulmise korrigeerimisega 2 meditsiinasutust (Tallinna Keskaigla Kõrvahaiguste Keskus ja SA TÜ Kliinikumi Kõrvakliiniku Kuulmise ja kõnestamise osakond), kes teostavad ca 1000 kuulmise korrektsiooni aastas. Mittemeditsiiniline Tallinna Kuulmisrehabilitatsiooni keskus teostab ca 1000 kuulmise korrektsiooni aastas.

Prognosis:

1. Kuulmise elektroakustiline korrektsioon (tugineme Põhjamaade statistikal, sest Eesti statistika ei kajasta tegelikku olukorda. Hädavajalik on luua Eesti vaegkuuljate register).

2005.a. prognoosime 5000 kuulmise elektroakustilist korrektsiooni aastas (60% II etapi kuulmiskabinettides; 40% III etapi piirkondlikes kuulmiskeskustes). Tallinna Kuulmisrehabilitatsioonikeskuse kompetentsi planeerime mittemeditsiiniliste rehabilitatsioonivahendite ja –teenuste osutamise.

2010.a. prognoosime 8000 kuulmise elektroakustilist korrektsiooni aastas (70% II etapi tasemel, 30% III etapi tasemel).

2015.a. prognoosime 10000-12000 kuulmise elektroakustilist korrektsiooni aastas (80% II etapi tasemel, 20% III etapi tasemel).

2. Sisekõrva kahjustusest tingitud kurtuse ravi kohlea implantatsiooni abil.

- 2005.a. 5 implantatsiooni aastas
- 2010.a. 8 implantatsiooni aastas
- 2015.a. 10 implantatsiooni aastas

Põhjendus: Kaasasündinud kurtust esineb 0,1-0,15% vastsündinute hulgas. Neist 25% on sotsiaalselt habiliteeritavad kohlea implantaadi abil. Teise kontingendi moodustavad postlingvaalselt kurdunud isikud.

3. Sisekõrva kahjustusest tingitud kuulmiskahjustuse ravi keskkõrva implantatsiooni abil:

- 2005.a. 4-6 implantatsiooni aastas
- 2010.a. 10-12 implantatsiooni aastas
- 2015.a. >20 implantatsiooni aastas

Põhjendus: Kaasaegne meditsiin pakub sensoneuraalse kuulmislangu raviks senisest efektiivsema meetodi kuuldeaparaadi implanteerimise keskkõrva. Eesti ei jää sellest arengusuunast kõrvale. Esialgne prognoos on tagasihoidlik ning arvestab meie piiratud ressursidega.

4. Kuulmisnärvi neurinoomide translabürintaalne eemaldamine:

- 2005.a. 6-10 operatsiooni aastas
- 2010.a. 10-20 operatsiooni aastas
- 2015.a. 20-30 operatsiooni aastas (eeldades varast avastamist ja toetudes Soome kogemusele)

5. Tinnitushaigete retreeningukeskuse väljaarendamine aastaks 2005.

Tinnitushaigete retreeninguga pole Eestis üldse tegeletud. Ligi 24% elanikkonnast esineb tinnitus, neist 3% kannatavad selle all sügavalt ja vajavad spetsiaalset retreeningut ning elektroakustilist abi.

### **2.2.2. Prognoosi põhjendus.**

#### **Audioloogia**

Elanikkonnast 20%-l esineb korrigeerimist vajav kuulmiskahjustus. Aastaks 2005. prognoositakse juba 24%-l elanikkonnast kuulmiskahjustust (ühelt poolt elanikkonna vananemisest tingituna, teisalt olmemürast tingitud nooremate eagrupi osakaalu suurenemisest).

Tegelikult on korrigeeritud kuulmiskahjustusega patsientide hulk väiksem:

<b>Raskusaste</b>	<b>Osakaal kõikidest kuulmiskahjustustest</b>	<b>Korrigeeritud</b>
Kerge - keskmine	75%	10%
Keskmine - raske	20%	50%
Sügav - jääkkuulmine	5%	70%

Kuulmiskahjustus eagruppide lõikes:

Vanus	Osakaal elanikkonnast
15-19 a.	6% *
20-29 a.	8% *
30-39 a.	14% *
40-49 a.	29% *
50-59 a.	36% *
60-69 a.	41% abi limiteeritud
70-79 a.	46% abi limiteeritud

Kuulmisnärvide neurootomide diagnostika on väga puudulik, haigus avastatakse reeglina kaugelarenenud faasis ning operatsioon toob endaga kaasa raskeid tüsistusi. Varasem diagnostika kaasaegsete vahendite rakendamise tõttu kõrva-nina-kurguarstide poolt suurendab operatsioonide arvu ja vähendab operatsioonijärgsete haigusseisundite hulka ja raskust.

### 2.3. Teenuste jaotumine.

#### 2.3.1. Patsientide ja teenuste optimaalne jaotus (põhidiagnooside ja protseduuride alusel) haiglas ja haiglavälise eriarstiabi vahel.

Teenuste jaotamine protseduuridest lähtudes statsionaarseteks ja ambulatoorseteks oleks tulevikku silmas pidades üle jõu käiv ülesanne:

- Haigekassad viivad varsti sisse meile veel tundmatu Saksamaa – Austraalia mudeli. Pärast seda peaks ca 1800 ühiku pikkune ravi-diagnostika protseduuride nimekiri komplekshindade rakendamise abil lühenema enam kui poole võrra.
- kõrva-nina-kurguhaiguste ja pea- kaelakirurgia alal sisaldab iga sagedamini rakendatav nosoloogiline üksus protseduure alates perearsti pädevusest ja lõpetades kõrgema raviastme kompetentsi kuuluvatega.
- Statsionaarse või ambulatoorse abi vahelise piiri tõmbab spetsialist igal konkreetse haigusjuhu analüüsimisel. Ka esmapilgul lihtsa haigusjuhu käsitlemine võib lõppeda piirkondlikus haiglas.
- Erialasse kanaliseeritavaid vahendeid oleks mõislik jagada protsentuaalselt. Senini jaguneb erialasüsteemis ringlev raha kaudsete arvutuste järgi ca 60% ulatuses ambulatoorsele süsteemile ja 40% statsionaarse arstiabi tagamiseks.
- Otorinolarüngoloogia erialal on II – III raviastme tasemel 80-90% ulatuses plaaniline-kirurgiline.

Päevakirurgia aktiveerimisel ja esmatasandi K-N-K hääbumisel jaguneks raha:

- 15 - 20% ambulatoorsed visiidid ja protseduurid;
- 40 - 50% III raviastme statsionaaride lepingumahtudeks;
- 30 - 50% II raviastme operatsioonid/protseduurid.

#### 2.3.2. Patsientide arvu ja teenuse osutamise jaotus aktiivravihaiglate vahel vastavalt haiglavõrgu arengukava printsiipidele (piirkondlikes, kesk-, üld- ja erihaiglates).

Otorinolarüngoloogia eriala töögrupp leiab, et on otstarbekas välja arendada kaks piirkondlikku keskust.

##### Erihaigla.

Otorinolarüngoloogia eriala töögrupp peab vajalikuks erihaigla lülitamist erialateenistuse struktuuri:

Eriala plaanilisus ja iseseisvus.

- Otorinolarüngoloogia eriala eraldus üldkirurgiast enne teisi, sest on spetsiifiline ja ei seostu oma tegevuses ei instrumentaalselt ega tehnoloogiliselt teiste kirurgiliste erialadega. Mujal maailmas toimib eriala lisaks suurte haiglate erialakliinikutele ka eraldiseisvate erialahaiglatena. Otorinolarüngoloogia eriala on plaaniline kirurgiline eriala. Siin on hulgaliselt madala riskiastmega operatsioonid ja protseduurid, spetsialistid saavad teostada vähese personali ambulatoorselt ja päevakirurgiliselt.
- Päevaraviosakond ei rahulda eriala vajadusi - otorinolarüngoloogia erialal on palju mikro- ja endoskoopilisi ravi-diagnostikavõtteid ja pisioperatsioone, mis eeldavad lühiaegset voodisviibimist. Etteprognoosimatu vajadus osade patsientide jälgimiseks (eriti III grupi operatsioonide puhul) kestmalt kui 12 tundi eeldab öövalvega statsionaari. Ülalmainitud

ravi-diagnostikateenus väljub päevaraviosakonna raamidest, kuid ei küüni ka aktiivravihaigla tasemele.

- Kvaliteedi tõus ambulatoorse ja statsionaarse ravi-diagnostikateenuse sidumisest - ravisutus sisaldab palju kallihinnalist ja keerukat aparatuuri, mida paralleelselt kasutatakse nii ambulatoorse kui ka statsionaarse patsientuuri teenindamiseks. Erihaigla oleks kompaktnen struktuuriüksus, kus statsionaarsete ravi-diagnostikavõimaluste käepärased tagaks tehnika ökonoomse kasutuse ja võimaldaks kvaliteetset ambulatoorset vastuvõttu.
- Otorinolarüngoloogia eriala sisaldab endas olemuslikult samu sotsiaalseid ja meditsiinilisi aspekte, mis tingisid plastikakirurgia lülitamise koos ftisiaatria, taastusravi ja psühhiaatriaga monokliinikut moodustavate erialade hulka. Vaieldamatult kuulub kõrva-nina-kurguarstide tegevusvaldkonda ka ninaplastika ja kõrvade rekonstruktiivne kirurgia. Nende organite edukas plastiline kirurgia nõuab vormi ja funktsiooni lahutamatu printsiipi silmas pidades süvendatud kõrva-nina-kurguhaiguste erialast ettevalmistust. Pea ja kaelakirurgia tegeleb piirkonnaga, mille esteetiline tähtsus ja sellest sugenevad sotsiaalsed probleemid kattuvad plastikakirurgia erialas esinevatega.
- Erihaigla laiendab võimalust eriarsti valikul ning loob elutervet konkurentsi, mis kiirendab üldist arengut ja kvaliteedi tõusu.
- Erihaigla aitab siluda tsentraliseeritud planeerimisel tehtavaid vigu, olles nõtkelt turusituatsioonile alluv, reeglina eraõiguslik, meditsiinasutus. Eestis on nappus kaasaegset meditsiintehnoloogiat valdavast erialakaadrist. Seda tõsiasja kinnitavad pikad operatsioonijärjekorrad kõrgele tööintensiivsusele vaatamata. Tervishoiureformi teostajatel puudub piisav informatsioon erialase ravi-diagnostikateenuse pakkumisest, nõudlusest ja selle muutustest lähiaastatel. Planeeritavad päevakirurgiavoodid keskhaiglates ei vabasta regionaalhaiglate statsionaare olukorrast, kus ligi 75% osutatavast ravi-diagnostikateenusest moodustavad lihtsad, III- ravierapi statsionaarile ebakohased, operatsioonid/protseduurid. Otorinolarüngoloogia erihaigla, looks võimaluse rahuldamata nõudlusele kiiresti ja spetsiifiliselt reageerida. Langeb ära vastuoluline olukord, kus järjekordade lühendamiseks tuleks avada regionaalhaigla (kui ainuke võimalus erialastatsionaari loomiseks) või püüda ravida päevastatsionaarides üle 12 tunni kestvat jälgimist/põetust vajavaid patsiente.
- Kõrva-nina-kurguhaiguste erihaigla on igapäevapraktika poolt tunnustatud - erialaste monokliinikute levik üle maailma tõestab sellise struktuuri sobivust ja elujõulisust. SA TÜK-i Maarjamõisa Haigla Kõrvakliinik ja samas majas asuv Silmakliinik osutavad kaasaegsel tasemel III ravierapi eriarstiteenust kilomeetrite kaugusel haigla peakorpusest.

#### **Pea- ja kaela piirkonna pahaloomuliste kasvajatega patsientide ravikeskus.**

- Arvestades kõrva-nina-kurgu ja pea- kaela **kasvajatega patsientide** esinemissagedust ei ole Eestis otstarbekas arendada seda tegevust kahes keskuses.
- Vastav keskus on välja arendatud Eesti Onkoloogiakeskuses.
- Haigusjuhtude suurem kontsentratsioon on võimaldanud tööjõu ja -vahendite ökonoomsemat kasutamist ja teenuse hinna alandamist.
- Lääne-Euroopas peetakse otstarbekaks ühte kõrva-nina-kurgu ja pea- kaela kasvajatega patsientide onkoloogia ravikeskus 1 – 1,5 milj. elaniku kohta.
- Tulenevalt pea - ja kaela piirkonna pahaloomuliste kasvajatega patsientide multimodaalse ravi kogemustest on tähtis säilitada olemasolevad kogemused Põhja-Eesti Regionaalhaiglas.

#### **2.3.3. Järeldravi vajavate patsientide arvu ja järeldravi kestuse prognoos.**

- Pikemat ravi vajavad tinnitushaiged. Retreeningsükli pikkus on keskmiselt 21 päeva, patsiendid võivad aga selliseid tsükleid vajada korduvalt. Tinnitushaigete ravi ja järeldravi probleemi lahendamaks loodav keskus, SA TÜ Kliinikumi Kõrvakliiniku võimkonnas.
- Pea- kaela kirurgias vajavad järeldravi larüngektomeeritud haiged ja suukoopa- neelu kasvajatete tõttu opereeritud haiged (logopeediline ravi ja sotsiaalne rehabilitatsioon).
- Haigete arv aastas orienteeruvalt 50 ning järeldravi kestus sõltuvalt puude raskusastmest 1 nädal kuni 4 kuud.

#### **2.3.4. Paevaravi osakonna vajalikkus teie erialal. Protseduuride loetelu, mille puhul on näidustatud päevakirurgia kasutamine.**

Eriala plaanilisus ja uute ravivõtete säästlikkus suurendavad pidevalt päevakirurgia osa kõrva-nina-kurguhaigete ravil. Päevakirurgiliseks võib lugeda praktiliselt kõiki kõrva-nina-kurguhaiguste ja pea-ning kaelakirurgilisi operatsioone, mida saab teostada lokaalanesteesias.

Lisaks rinoloogilistele operatsioonidele ja lihtsamatele kõrva mikrokirurgilistele operatsioonidele saab päevakirurgiliselt opereerida ka ninaneelumandleid, võtta biopsiaid ja eemaldada pindmisi kasvaja. Täpsema piiri tõmbamine haakub ravijuhiste kehtestamisega ja kuuluks vastava erialakomisjoni kompetentsi.

### **2.3.5.Valveteenistuse vajalikkus ja korraldus haigla liikide kaupa.**

- Kõrva-nina-kurguhaiguste eriala on plaaniline. Vähe on sellist pea- ja kaelaorganitest lähtuvat eluohtlikku patoloogiat, kus aidata võib vaid eriarst. Verejooksude sulgemine ja vabade hingamisteede tagamisega peavad hakkama saama kõik arstid.
- Üldhaiglas ja nendes keskhaiglates, kus puudub erialastatsionaar tegelevad pea-ja-kaelapatoloogiast tingitud vältimatu abiga üldvalvearstid ja anesthesioloogid, kes komplitseeritud juhtudel toetuvad piirkondliku haigla K-N-K valveteenistusele.
- Teistes statsionaarsetes raviasutustes tagatakse eriarstlik vältimatu abi väljakutsutava K-N-K-arsti vormis, juhul kui antud haiglas on K-N-K ravivoodid.
- Regionaalhaiglas peab ööpäevaringselt kohapeal valvama K-N-K-arst, kes täiendab oma tegevusega neuroloogilist, rindkerekirurgilist ja muud kolmanda etapi vältimatut abi, käsutades erialastatsionaariga kaasaskäivaid ravi-diagnostikavõimalusi. Põhja-Eesti ja Lõuna-Eesti valvekeskused optimeerivad distantsid ja sellega seotud transpordivajadused.

### **2.3.6.Arstide optimaalse töökoormuse planeerimine.**

Arstide töökoormuse planeerimisel ei tohiks lähtuda hetkestatistika tippudest.

Mikrokirurgiline ja endoskoopilis-kirurgiline ravimetoodika K-N-K erialal erineb oluliselt teiste kirurgiliste erialade puhul kasutatavast. Senine hinnakujundus ei väärtusta spetsialisti füüsilis-vaimset energiakulu ja mõõdab vaid kulunud aega ning materjale. Väidame, et endoskoopilise ja mikrokirurgilise ravimetoodikaga tegelevad arstid K-N-K- erialal ei tohiks opereerida rohkem kui 10 –15 % tööajast. Ülejäänud tööaeg kulub ambulatoorseks vastuvõtuks postoperatiivseks põetuseks, enesetäiendamiseks ja dokumentatsiooniga tegelemiseks.

Kirurgiliste erialade töökoormust mõõdetakse enamasti teostatud operatsioonide arvuga. K-N-K alamerialasid ja statsionaari tööjaotust silmas pidades eiraks selline töökoormuste mõõtmine siiski meeskonnatöö printsiipi. Mitte kõik K-N-K-arstid ei pea olema opereerijad.

Ümbervaatomist vajab ambulatoorse vastuvõtu tunnikoormus:

Kõrva-nina-kurguhaiguste ja pea-ning kaelakirurgia eriarsti visiidi kestvus peaks olema vähemalt 30-45 min. Kaasaegsel tasemel vastuvõtt sisaldab mitmesuguseid ajakulukaid protseduure ( mikroskoopiad, endoskoopiad , kuulmise-, kõne- ja tasakaalutestid, biopsiad jpm.)

**Audioloogi** töökoormus tuleb euroopalike normidega vastavusse viia.

Ühe audioloogilise patsiendi uuringute, nõustamise ja elektroakustilise korrektsiooni peale kulub:

III - ravietaapi kuulmiskeskuses keskmiselt 6 tundi (jaotatuna 3 visiidi peale).

II- ravietaapi kuulmiskabinetis keskmiselt 4 tundi (jaotatuna 2 visiidi peale).

Senise hinnakujunduse vead likvideeritakse uute komplekshindade väljatöötamisel.

## **2.4. Voodikohtade arvu prognoos.**

Eestis on üle 1,0-ne erialavoodi 10 000 elaniku kohta.

“Eesti haiglate arengukava aastani 2015” alusel peaks nende arv vähenema 38%-ni esialgsest. Selline vähenemine ei ole erialase tegevuse spetsiifikat silmas pidades õige, sest lähiminevikus on erialaste voodite arvu ja voodipäeva pikkust juba oluliselt lühendatud. Päevakirurgia areng ja ambulatoorse abi kaasajastamine võimaldaks voodite arvu vähendamist 2015-ks aastaks mitte alla 0,5 statsionaarivoodi 10 000 elaniku kohta.

Hetkel on Eestis avatud ca 150 statsionaarset otorinolarüngoloogia voodit.

Neist **Tallinnas:**

SA PERH	45
AS Ida-Tallinna Haiglas	25
SA Tallinna Lastehaiglas	30
AS Lääne-Tallinna Haiglas	5
AS Lääne-Tallinna Haiglas	10 päevakirurgilist

**Tartus:**

Kõrvakliinik	25
Kuulmise ja kõnestamise os.	10



Mujal Eestis on erialavoodeid Keilas, Pärnus, Narvas, Kohtla-Järvel; Paides jm. - need voodid asuvad kirurgia osakondades.

Tulevikus paiknevad statsionaarsed erialavoodid kahes piirkondlikus haiglas ja peab kohustuslikult sisaldama järgmiseid struktuurüksusi:

- Konsultatiivne polikliinik
- Statsionaar
- Operatsiooniplokk
- Päevakirurgiaosakond
- Kuulmise-kõne- ja tasakaalukeskus

#### **Tulevikus:**

Vastavalt tervishoiusüsteemi võimalustele näeme kahte võimalikku arengut:

a.) Juhul, kui Põhja-Eesti Regionaalhaigla uude hoonetekompleksi projekteeritakse nõuetekohane ruumiprogramm III-etapi erialakliiniku jaoks koonduks kõrgeltkvalifitseeritud eriarstiabi otorinolarüngoloogia erialal nii Eesti Onkoloogiakeskusest, Tallinna Keskhaiglast kui ka mujalt Tallinnast ja Põhja-Eestist SA PERH-i Kõrva-nina-kurguhaiguste ja Pea- ja Kaelakirurgia Kliinikusse.

Kõrgeltkvalifitseeritud eriarstiabi tsentraliseerimine Tallinnas nõuaks vältimatu eeltingimusena otorinolarüngoloogia erialakliiniku projekteerimist ehitatava piirkondliku haigla hoonekompleksi. Otorinolarüngoloogia erialakliinik peaks analoogiliselt SA TÜK Kõrvakliiniku ja maailma kogemusele tuginedes koosnema vähemalt järgnevatest struktuurelementidest:

1.) Kuulmise-kõne ja tasakaalukeskus (vastab SA TÜK Kõrvakliiniku kuulmise ja kõnestamisosakonnale):

- Vähemalt kaks heliisolatsioonikambrit, milledest vähemalt üks peab olema elektromagnetvälja isolatsiooniga, kogupindalaga mitte alla viiekümne ruutmeetri
- Elektronüstagramograafia kabinet
- Juhataja kabinet
- Arst audioloogi kabinet ambulatoorseks vastuvõtuks
- Sotsiaaltöötaja tööruum.
- Logopeedi kabinet
- Individuaalotsakute laboratoorium
- Insener- tehniku tööruum
- Personali puhkeruum
- Ladu
- Registratuur (arvestades töö spetsiifikat, vajab see eraldi töötajat ja tööruumi ning võiks seostuda K-N-K konsultatiivse polikliiniku registratuuriga.

Kuulmiskeskuse üldpind peaks senistele kogemustele tuginedes olema vähemalt 300 ruutmeetrit.

2.) Konsultatiivne polikliinik

- Vähemalt kolm ambulatoorset eriarsti kabinetti koos lisaruumidega

3.) Statsionaar

- Mitte alla 50-ne voodi.
  - Vältimatu abi jaoks ca 15
  - kõrva-nina-kurgu ja pea- kaela kasvajatega patsientide onkoloogia ravikeskuse vajadustest lähtuvalt vähemalt 15 voodit
  - III – ravietaapi plaaniline kirurgia vajaks vähemalt 20 voodit

4.) Operatsiooniplokk

- Vähemalt 3 operatsioonituba koos lisaruumidega

5.) Päevastatsionaar

- Päevastatsionaarseks tegevuseks ei ole vaja eraldi ruume, sest regionaalhaiglas luuakse kindlasti päevastatsionaar, mida ka kõrva-nina-kurguhaiguste ja pea- kaelakirurgia eriala kasutada võib. Põhilise osa päevakirurgilisest tegevusest võtab enda kanda II- ravietaapi.

Loodav kliinik koondaks, juhindudes "Eesti haiglate arengukavast aastani 2015", endasse voodifondi ja tööjõu seni eraldiasuvatest Ida-Tallinna Keskhaiglast ja Eesti Onkoloogiakeskusest ja Tallinna Lastehaiglast  
Loodav erialakliinik pakuks III – etapi erialast ravi -diagnostika ja rehabilitatsiooniteenust Põhja-Eestis (piirkond vähemalt 800 000 elanikku). Tallinn vajab regiooni teenindamiseks vähemalt 50 III- ravietaapi voodit.

### **Lääne-Tallinna Keskhaigla**

Erialateenistuse struktuuriüksuseks on ambulatoorne erialakabinet ja protseduurituba. Võimalus kasutada kirurgiikliinikus päevakirurgilisi voodeid II-etapi tasemel ravi - diagnostikaprotseduurideks. Vajadus ei ületa 5-te voodit. Ambulatoorne erialakabinet ja protseduurituba võimaldavad erialast ambulatoorset ja statsionaarset abi ööpäevaringselt vastavalt "Eesti haiglate arengukava aastani 2015". Keerulisem patoloogia ja täpsem diagnostika viiakse läbi regionaalhaigla III ravietaapi võimalusi kasutades.

### **Ida-Tallinna Keskhaigla**

Tuleks sulgeda statsionaarsed voodid Ida-Tallinna Keskhaiglas ja jätkata erialast teenindamist analoogiliselt Lääne-Tallinna Keskhaiglagala.

Kui SA PERH ei planeerita nõuetekohast erialakliinikut, tuleb eelistada kahe kuni kolme spetsialiseerunud III-etapi erialastatsionaari koostööd Tallinnas. Nii on võimalik hajutada investeringuid ja suurendada baashaiglate eriarstliku tegevuse kvaliteeti.

### **SA PERH**

Vältimatu abi kallakuga erialane III- etapi ravi-diagnostika teenust pakkuv statsionaarne üksus kus on avatud ca 20 voodit.

Eristavaks tunnuseks:

- Kogu Põhja Eesti erialane ööpäevaringne regionaalhaigla valveteenistus.
- Pea- ja kaela piirkonna pahaloomuliste kasvajatega patsientide ravikeskus

### **Tallinna Keskhaigla (Ida Keskhaigla)**

Avatud 15 statsionaarset voodit. Töötab nõuetekohane kuulmise kõne ja tasakaalukeskus ja pakutakse ainsatena Põhja-Eestis III ravietaapi tasemel kuulmisrehabilitatsiooniteenust. Valveteenistus oma maja tarbeks kodunt väljakutsutavas vormis.

Eristavaks tunnuseks:

- plaaniline kolmandale ravietapile vastav kirurgiline ravi
- kuulmis- ja tasakaaluorgani diagnostika - ravi ja rehabilitatsioon.
- Foniaatria

Voodifondi paiknemine mujal Eestis

SA TÜK Kõrvakliinikus 25 voodi (tegutsemine ülikooli õppebaasina eeldab rohkem statsionaarseid ravivoodeid kui Lõuna-Eesti teeninduspiirkonna proportsioon seda võimaldaks).

Keskhaiglad maakondades (Pärnus, Kirde-Eestis)

Kuni viie päevakirurgilise voodi kasutusvõimalus kirurgiikliiniku koosseisus loob aluse vajalikul tasemel ambulatoorseks ja statsionaarseks ööpäevaringseks erialase ravi -diagnostikateenuse osutamiseks. Mõõdapäasmatu on erialase ambulatoorse kabineti ja protseduuriruumide sisustamine. Valveteenistus jaotub valvekirurgi, valveanestesioloogi ja kodunt väljakutsutava K-N-K-arsti vahel.

### **2.5.Eriarstide vajadus.**

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

Mitte alla 50-ne eriarsti 2015.a-ks.

### **2.5.3. Ettepanek koolitustellimuseks.**

Hetkel esineb spetsialistide liig. Juurdekoolitamise planeerimisel peaks sellega arvestama. Audioloogidest on hetkel puudus ja nende tasemel väljaõppeks Eestis puuduvad tingimused. Eesti vajab 6-te töötavat audioloogi ja 16-t audiometristi. Koolitus peaks tagama töajõu taastootmise ja toimuma väljaspool Eestit, soovitatavalt Rootsis või UK-s. Foniaatrite eriettevalmistus peaks toimuma kas Rootsi Kuningriigis või Tsehhi Vabariigis.

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

### **3.1. Seadusandlus.**

- Otorinolarüngoloogia alane tegevus juhindub olemasolevatest Eesti Vabariigi Riigikogu ja Valitsuse poolt vastu võetud seadustest ning määrustest mis reguleerivad meditsiinalast tegevust Eesti Vabariigis.
- Otorinolarüngoloogia eriarstiks loetak arsti kes on läbinud erialalise residentuuri ning on sooritanud residentuuri lõpueksami (see nõue kehtib TÜ Arstiteaduskonna lõpetanute kohta peale residentuuri-õppe käivitumist 1993 aastast). Varem lõpetanute kohta kehtib Sotsiaalministeeriumi atestatsioonikomisjoni otsus.
- Atesteerimise ja sertifitseerimise tingimused ja ravijuhised töötab välja ja kontrollib nendest kinnipidamist erialaselt juurde moodustatud komisjon.
- Otorinolarüngoloogia alase ravi-diagnostikateenuse osutamisel tuleks kehtestada eraõiguslikes tervishoiu asutustes riiklike raviasutustega võrdsed nõuded nii töajõu kui ka töövahendite ja ruumide osas.  
Otorinolarüngoloogia töögrupp on seisukohal, et erialane kutsetunnistus on kvaliteedisertifikaat, mis lubab spetsialistil Eesti Vabariigis osutada erialast ravi-diagnostikateenust nii eraõiguslikes kui ka riiklikes raviasutustes. Me ei pea õigeks praktikat, kus erameditsiinile riiklikult kehtestatud nõudeid mitterahuldav spetsialist sobib samas töötama riiklikes raviasutustes. Täiendavate kvaliteedinõuete kehtestamine eraõiguslike raviasutuste jaoks peaks meie arvates kuuluma vastava raviasutuse omanike kompetentsi.
- Sotsiaalministeeriumi poolt väljastatava Litsentsi aluseks peaks olema arstidiplomi ja otorinolarüngoloogia eriarsti kehtiva kutsetunnistuse olemasolu.
- Senisest suuremat vastutust töajõu kvaliteedi kontrollimisel peaksid kandma meditsiinasutuste juhtkonnad - tööandjad. Tööandja peab kontrollima töajõu kvaliteeti kaasates selleks erialaselt komisjone ja ministeeriumi vastavaid ametkondi.
- Eriala arengutrendide ja ressursside vajaduse prognoosimiseks näeme hädavajalikuna, kas Sotsiaalministeeriumi õigusaktiga või määrusega reguleeritud, "Eesti vaegkuuljate registri" loomist. Registri vajalikkus muutub aasta-aastalt suuremaks seoses Eesti integreerumisega Euroopasse.
- Parandused ja täiendused tuleb sisse viia:
  - "Sotsiaalhoolekande seaduse",
  - "Puuetega inimeste sotsiaaltoetuste seaduse",
  - "Riikliku pensionikindlustuse seaduse" ja
  - "Töötervishoiu seaduse" rakendussätetesse

Need muudatused peavad üheselt ja selgelt määratlema kuulmiskahjustuse suurusel tuleneva puude ja/või töövõime languse ning selle kompenseerimise viisid.

Teeme ettepaneku finantseerida programmeeritavad kuuldeaparaadid ja sise- ning keskkõrva implantaadid ravikindlustussüsteemi kaudu. Keskkõrva- ja liigeseproteeside osas selline rahastamisskeem juba kehtib. Muud tehnilised abivahendid, nõustamisteenused jääksid sotsiaalkindlustussüsteemi finantseerida.

### **3.2 Ravijuhised.**

Otorinolarüngoloogia erialakomisjon peab vajalikuks moodustada kiiresti Eesti Kõrva-Nina-Kurguarstide Seltsi baasil töögrupp ja leida võimalus selle finantseerimiseks, et välja töötada Euroopa standarditele vastavad ühtsed eriala diagnostika- ja ravijuhised ning kvaliteedinõuded.

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

#### **4.1. Koolitus.**

Programmide ja baaside tase viia vastavusse UEMS/EUFOS (European Union of Medical Specialists/European Federation of Otorhinolaryngological Societies) standardite ja kvaliteedinõuetega.

#### **4.2. Täiendkoolitus.**

Pideva arstide jätkukoolituse ja enesetäienduse tagamine (Continuous medical education) vastavalt EUFOS-e kvaliteedistandarditele nii, et Eesti otorinolarüingoloogia eriarstide professionaalne kvalifikatsioon oleks konkurentsivõimeline Euroopa Ühenduse maades ning Eesti kõrva-nina-kurguarstid ja pea-kaelakirurgid oleksid tulevikus võimelised läbima EUFOS-e poolt korraldatud testi Euroopa otorinolarüingoloogia eriarsti diplomi saamiseks.

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

Seni kehtivad kategooriaid ei pea otorinolarüingoloogia erialakomisjon vajalikeks.

Arstide kvalifikatsiooni vastavus kehtestatud nõuetele määratakse registreerimisel ja meditsiinasutustele tegevuslubade väljaandmisel.

Tegevuslubade süsteem peaks kontrollima mitte diplomit ja kutsetunnistust omavate arstide kvalifikatsiooni, vaid eelkõige meditsiinasutuste struktuuri nõuetelevastavust ja arstide – füüsilistest isikutest ettevõtjate tööruume ja vahendeid.

Tegevuslubade väljaandmise üldnõuded kuuluvad Sotsiaalministeeriumi võimkonda.

Erialaspetsiifilised nõuded töötab välja vastav erialaseltsi komisjon. Komisjoni pädevuses on eriala kvaliteedinõuetele mittevastavast, varem sertifitseeritud arstitegevusest informeerida tööandjat ja SM litsentsikomisjoni ning teha ettepanekuid puuduste kõrvaldamiseks või meditsiinasutuselt või arstilt füüsilisest isikust ettevõtjalt tegevusloa äravõtmiseks.

Erialakomisjon soovitab kinnitada tööandjatele ja töövõtjatele senisest suuremat vastutust tööjõu kvaliteedi kontrollimisel. Tööandja peaks nõudma töölepingu sõlmimisel või kahtluste ilmnmisel erialaseltsi komisjoni otsust pädevuse kohta. Töövõtja vastutust reguleerib tsiviil-ja kriminaalseadus ning võlaõigusseadus.

Erialakomisjon leiab, et kutsetunnistus ja arstidiplom ei kuulu aeguvate dokumentide hulka. Meie arvates kuulub õpitud ametialal töötamise vabaduse piiramine või kutseõiguste äravõtmine õigusorganite kompetentsi ja on reguleeritav Tsiviil-ja Kriminaalkoodeksi sätetega. Erialakomisjon leiab, et mõnede erialakomisjonide püüd sertifitseerida spetsialiste üksikute ravi-diagnostikameetodite kaupa tuleneb hirmust konkurentsi ees või usaldamatusest Tartu Ülikooli õpetamissüsteemi vastu. Juhu, kui Eesti Vabariik ei tunnista mingil ajavahemikul väljaantud Taru Riikliku Ülikooli arstidiplomeid, kui kvaliteedi sertifikaati, peame vajalikuks kogu arstkonna allutamist ühtsele kvaliteedikontrollile ja selle läbimisel uute, "aegumatute" diplomite ja kutsetunnistuste väljaandmist.

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

Riiklik meditsiinisüsteem peaks välja töötama ametkoha töönormid, mis lisaks muule sätestaksid arsti poolt teostatavate ravi- ja diagnostikaprotseduuride hulga ülempiiri. Tööandjatele tuleks kehtestada kohustus senisest palju suuremas mahus katta töötajate koolituskulusid.

Arengukava on koostanud otorinolarüingoloogia erialakomisjon koosseisus:

Dr. Ulvi Lettermo

Mustamäe Haigla K-N-K-osakonna juhataja

Dr. Margus Luht

Tallinna Keskaigla kõrva-nina-kurguhaiguste keskuse juhataja

Dr. Mart Kull