

PEDIAATRIA ARENGUKAVA

1. Eriala kirjeldus**1.1 Eriala ja võimalike alaerialade definitsioon.**

Pediaatria on meditsiinieriala, mis tegeleb laste ja noorukite kasvamise ning arengu jälgimise, haiguste ennetamise, diagnoosimise, ravi, arendusravi ja rehabilitatsiooniga.

Pediaatria on eriarstiabi liik, millega tegelevad eriarstid-pediaatrid, kes on lõpetanud pediaatria üldresidentuuri ja/või kes on atesteeritud pediaatria atestatsioonikomisjonis.

Pediaatrias on alaerialad, mis omandatakse eriresidentuuris (6 aastat) ja/või erialase pädevuse hindamise järgselt pediaatria atestatsioonikomisjonis.

Pediaatria alaerialad on:

- lasteneuroloogia
- neonatoloogia
- laste infektsioonhaigused
- lastenefroloogia
- lastegastroenteroloogia
- lastekardioloogia
- laste reumatoloogia
- laste endokrinoloogia
- laste onko-hematoloogia
- laste allergoloogia
- laste pulmonoloogia
- lastedermatoloogia
- (lastepsühhiaatria)
- (lastekirurgia – ortopeedia)
- (laste intensiivravi-anestesioloogia)

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

Pediaatria sihtgrupp on määratletud vanusega. Eesti seaduste kohaselt on laps alla 18 aastane isik (Lapse Õiguste Konventsioon, 20.11.1991; Eesti Vabariigi Lastekaitse Seadus, punkt 2, 01.01.1993). Pediaatria tegeleb nii terve lapse arengu, haiguste ennetamise ja kõikide seda eagrupperi (0-18-aastased) puudutavate haigustega.

Eestis on lapsi 333 618 (*seisuga 1. jaanuar 1999, Eesti Statistikaamet*)

→ poeglapsi 170 291

→ tütarlapsi 163 327

Eesti elanikkonnast moodustavad lapsed ainult ligi veerandi - 23%.

Kõige haavatavamad vanusgrupid on 0-4-aastased ja teismelised (10-15 a.), mil haigestumus ealistest iseärasustest tingituna on suur.

Imikuid (0-1a. lapsi) on Eestis 12 449 (1999). Esimese eluaasta laste kiire kasvutempo, suur vastuvõtlikkus infektsioonhaigustele immuunsüsteemi ebaküpsuse tõttu ja eest tingitud mittespetsiifiliste sümptomitega või monosümptomne haiguste kulg tingib selle vanusgrupi kõrge haigestumuse ja sagedase profülaktilise jälgimise vajaduse.

Alates 1992. aastast hakati Eestis registreerima laste sündide, kes sündisid 23. rasedusnädalast alates (varem 28. rasedusnädalast) ja vähemalt 500-grammise (1992. aastani 1000-grammise) sünnikaaluga.

Eesti rahvastiku loomulik iive on negatiivne alates 1991. aastast. Sündide arvu ~12 000 sünnitust aastas ja selle aeglane kasvutendents - 1999 a. 12 470 ja 2000 a. 13 046 sünnitust aastas, ei suurenda olulisest vanusgrupi 0-1 a. arvulist suurust.

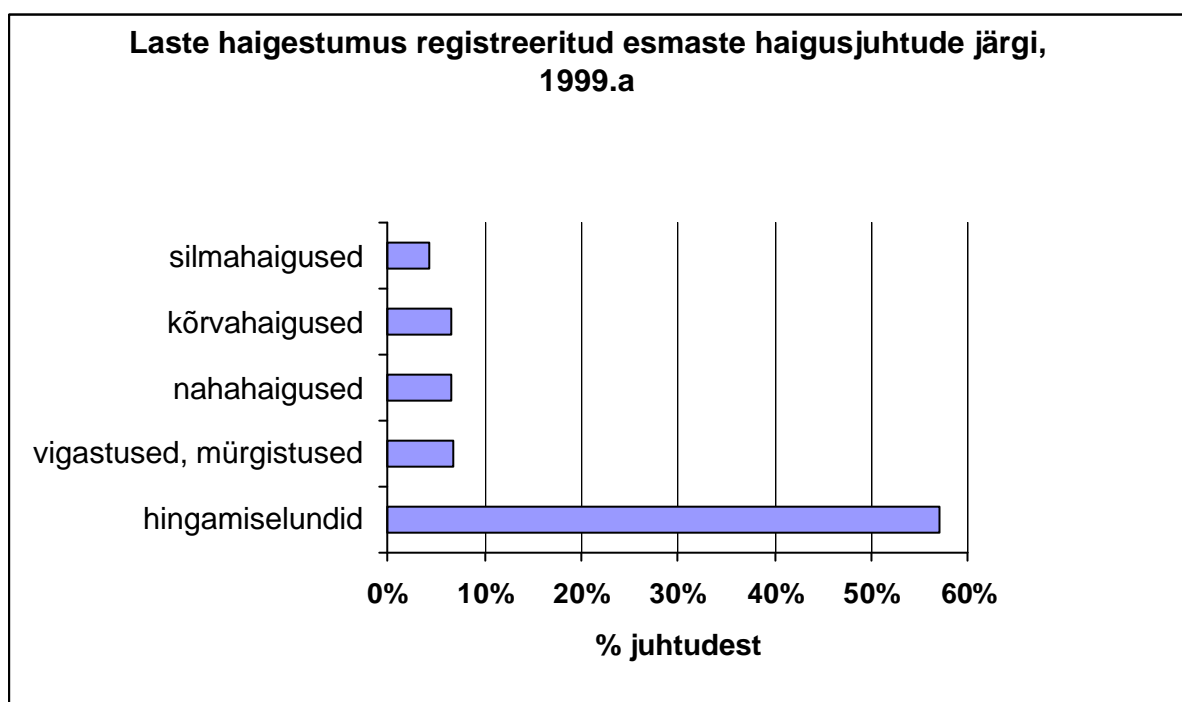
Tabel 1. Sündimus aastatel 1990-2000

Aasta	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Sünnid	22 308	13 560	13 291	12 626	12 269	12 545	13 046

Laste haigestumus

Registreeritud esmaste haigusjuhtude arvu järgi (tabel 2,7) on lastel esikohal hingamiselundite haigused (123 695:100 000), mis moodustavad üle poole kõigist haigusjuhtudest. Sageduselt järgmisel kohal on naha ja nahaaluskoe haigused, nakkus- ja parasitaarhaigused, seedeelundite haigused, luu- ja lihaskonna haigused, psüühikahäired, kuse- ja suguelundite haigused ning närvisüsteemi haigused. Ülejäänud haigusgruppidele kuulub väiksem osa.

Tabel 2 Laste esmahaigestumus



Aastas hospitaliseeritakse **43 000-44 000** last, See on 13-15% lastest, kusjuures hospitaliseeritud laste haigestumise struktuuris on esikohal samuti hingamiselundite haigused (35-36% juhtudest), ägedad infektsioonid moodustavad 8% juhtudest, seedeelundite haigused 7,8% ning traumad ja vigastused 6,5-7%. Kõige sagedamini hospitaliseeritakse lapsi vanuses 0-4 aastat.

Laste suremus

Imikusuremus (0-1 a.) on Eestis vähenenud 12 promillilt 1990. aastal 9,5 promillini 1999.a. Imikute suremus on kõrgem kui Põhjamaades, kus see on 5-6 promilli. Suremuse (15,8/14,5 promilli) suurenemise üks põhjusi 1992.-1995. aastal on seotud just sügavalt enneaegsete sünnimääratluse muutustega, mille tõttu suurenes varajaste neonataalsurmade arv. Alates 1996. aastast on suremus püsunud 10,4-9,3 promilli piires ja viimasel kahel aastal pole märkimisväärselt vähenenud.

Tabel 3. Imikusuremus (surmajuhete 1000 elusalt sündinud imiku kohta)

Aasta	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
-------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------

Suremus	12,4	13,4	15,8	15,8	14,5	14,8	10,4	10,1	9,3	9,5
---------	------	------	------	------	------	------	------	------	-----	-----

Allikas: Eesti Statistikaamet

Kuni 18-aastastel on kõige sagedasemaks surma põhjuseks

- õnnetusjuhtumid, mürgitused ja traumad
 - koolieelikutel uppumine ja mürgistused
 - kooliealistel liiklustraumad
- kasvajad
- kaasasündinud väärarendid (vt. tabel 4)

Poiste suremus on kõrgem kui tüdrukutel. Poeglaste suremus ja haigestumus on suuremad juba perinataalperioodis. Ligi 60% 1-14 aastaste poeglaste ja 38% tütarlaste surmajuhtude põhjuseks on **vigastused ja mürgistused**. Sagenenud on kooliealiste laste enesetapud **4,8 -8,0/100 000 lapse kohta**.

Selle vanusgrupi surmapõhjuste struktuuri (tabel 4) analüüsid tuleb tõdeda, et välispõhjustest tingitud surm ei ole pelgalt meditsiiniline probleem, vaid on suurel määral seotud sotsiaalsete põhjustega ja ühiskonnas ilmneva ühe suurema agressiivsuse ning vägivallaga (sõidukiõnnetused, mürgistused, uppumine jne).

Tabel. 4 0-18 – aastaste surma põhjused 1996-1999 (100 000 lapse kohta)

Surma põhjus	1996	1997	1998	1999
Nakkus - ja parasiithaigused	1,2	2,6	2,9	2,7
Kasvajad	9,2	5,1	5,8	4,2
Vereringeelundite haigused	1,2	1,8	0,8	1,8
Hingamiseldundite haigused	4,3	5,1	4,5	3,3
Kaasasündinud väärarendid	10,8	9,8	12,4	14
Perinataalperioodi patoloogia	17,3	15,7	11,9	17
Surma välispõhjuste	32,6	40,9	31,9	43,5
sõidukiõnnetused	9,5	14,7	7,9	12,3
kukkumised	1,0	1,0	1,5	1,8
juhuslik uppumine	3,5	9,8	4,7	8,4
mürgistused	1,9	1,2	1,3	
enesetapud	4,8	5,1	5,2	8,0
tapmised	3,8	2,6	2,6	2,7
Kokku	83,2	88,9	77,8	

Allikas: Eesti Statistikaamet

2. Erialase tervishoiuteenuse planeerimine

2.1 Olukorra analüüs

2.1.1 Eriala tervishoiuteenuste osutamise kirjeldus maakonniti demograafilise ja haigestumise näitajate alusel

Tabel 5 Laste arv Eestis 1999. aasta statistika alusel on 333 618

(0-18-aastased)

Maakond	Laste arv
Harijuma (v.a.Tallinn)	29 730
Tallinn	84 644
Hiiumaa	3 278
Ida-Virumaa	42 686
Jõgeva	10 652
Järvamaa	11 034
Läänemaa	7 936
Lääne-Virumaa	18 723

Põlvamaa	8 883
Pärnumaa	23 982
Rapla	10 464
Saaremaa	10 055
Tartumaa	35 794
Valgamaa	9 459
Viljandimaa	15 649
Võrumaa	10 649
Kokku	333 618

Seega moodustavad lapsed Eesti elanikkonnast ainult ligi veerandi - 23%. Laste üldarv on vähenemistendentsiga (18-aastaseks saab ligi 2 korda rohkem lapsi kui sünnib)

Laste haigestumus

Laste haigestumise analüüsi aluseks on laste esmaste registreeritud haigusjuhtude arv aastatel 1997-1999 (Sotsiaalministeeriumi aastaaruannete koondtabelite järgi).

Tabel 6 Lastel registreeritud esmased haigusjuhud

Haigus- Klassid	1997 0-14	1997 0-1	1998 0-14	1998 0-1	1999 0-14	1999 0-1
KOKKU	560284	55180	616957	54504	575379	53029
Nakkush. A00-B99	29818	2173	29632	1958	29766	2170
Psüühika F00-F99	9095	168	10856	258	10131	168
Närvisüst G00-G99	5834	3301	5954	3433	5789	3334
Hingamis J00-J99	326731	27157	373615	26741	326248	23886
Seedeel. K00-K99	17161	2766	16776	2494	16994	2841
Nahk L00-L99	34987	5874	37461	5971	37453	6247
Lihask. M00-M99	13198	645	14345	1062	14514	1229
Kuseel. N00-N99	6885	463	6830	397	6987	328
Vigastused, traumad S00-T98	40668	971	37983	705	39128	714

Laste haigestumine on püsinud stabiilsena aastate lõikes, vaid 1998. aastal suurenes haigestumine hingamiseldite haigustesse ägedate viirusinfektsioonide arvelt.

Laste haigestumises on põhiosa **hingamiseldite haigustel**, mis moodustavad erinevatel aastatel kõigis maakondades 56-61% laste haigestumisest. Samuti on nende osakaal suurim alla üheaastaste laste hulgas. Kõiki teisi haigusgruppe on tunduvalt harvem - vigastused, mürgistused, traumad moodustavad 6-7% haigusjuhtudest, nahahaigused 6%, kõrvahaigused 5,7%, silmahaigused 4%.

Haigusi ennetava töö ja ühtlasi ka esmatasandi töö ühe näitajana käsitletakse pediatrias plaaniliste kaitsepookimistega hõlmatust, haigestumist profülaktikaga välditavatesse haigustesse esimestel eluaastatel (rauapuudusaneemia, rahhiit) ning rinnapiimaga toitmist.

Tabel 7 Laste (0-14a.) esmased haigusjuhud maakonniti 100 000 lapse kohta, 1999

	Hingamiseld.	Nahahaig.	Vigastused,	Vitam.	D-	Rauapuudus -
--	--------------	-----------	-------------	--------	----	--------------

	100-199	L00-L99	mürgistused S00-T98	vaegus rahhiit E55	aneemia D 50
Eesti	123 695	14 243	14 791	199	712
Harjumaa	152 022	17 841	14 680	183	535
sh. Tallinn	166 755	20 486	16 224	142	602
Hiiumaa	73 257	9 752	19 276	334	520
Ida Virumaa	120 283	12 051	16 094	99	762
Jõgeva	105 480	12 733	14 923	364	817
Järvamaa	95 879	13 049	12 774	247	752
Läänemaa	78 769	9 599	9 599	62	1214
Lääne	142 894	14 797	8 473	480	737
Virumaa					
Põlva	98 800	10 955	12 516	291	1347
Pärnu	101 813	11 330	15 777	72	330
Rapla	99 259	13 506	11 729	326	1469
Saaremaa	82 241	11 724	6 588	302	580
Tartumaa	111 525	11 189	24 102	236	465
Valgamaa	124 537	14 782	10 660	425	593
Viljandimaa	103 470	15 203	16 168	109	1550
Võrumaa	104 468	12 210	6 876	229	770

Rahhiidi ja rauapuudusaneemia esmasjuhtude arv 0-14-aastastel 100 000 lapse kohta on maakonniti väga erinev. Suured erinevused võivad olla tingitud diagnostiliste kriteeriumide ja/või haigusjuhtude registreerimise erinevustest.

Tabel 8 Imikute rinnapiimaga toitmine 1999

	Rinnapiimatoidul olevate imikute osakaal %-des	
	kuni 3 kuud	kuni 6 kuud
Eesti	60	36
Harjumaa	60,7	35
sh Tallinn	59,4	35,5
Hiiumaa	71,4	37,1
Ida-Virumaa	60,1	33,3
Jõgevamaa	54,3	33,4
Järvamaa	55,1	32,5
Läänemaa	51,6	31,6
Lääne-Virumaa	52,2	30,7
Põlvamaa	66,2	41,1
Pärnumaa	59,6	29,2
Raplamaa	51,0	34,3
Saaremaa	57,3	39,9
Tartumaa	69,8	45,2
sh. Tartu	74,0	50,4
Valgamaa	38,4	28,2
Viljandimaa	51,3	33,1
Võrumaa	77,1	49,7

6. elukuuks on ainult rinnapiimatoidul olevaid imikuid vähe Valga maakonnas ja Tallinnas. Erinevus võib olla tingitud ka andmete registreerimise ebatäpsusest.

1998-1999.a. Eestis tehtud K. Miti uurimustöö näitas, et hea nõustamise korral on 3-kuustest imikutest rinnapiimatoidul 64% ja 6-kuustest 46%.

Võrdluseks: Rootsis on 6-kuustest imikutest 76% ainult rinnapiimatoidul (Ivarsson A, Persson LA, Nyström *et al* Epidemic of coeliac disease in Swedish children. Acta Paediatr 2000; 89:165-171).

Tabel 9 1-14 –aastaste hõlmatus kaitsepookimisega (%), poliümüeliit, 1998
(*Nakkus- ja parasitaarhaigused Eestis. 5.osa. Tervisekaitseinspeksioon, 1999*)

Piirkond	2-aastased	1-14-aastased
----------	------------	---------------

Tallinn	94	98
Harjumaa	93	98
Hiiumaa	88	96
Ida Virumaa	96	99
Jõgevamaa	97	98
Järvamaa	94	98
Läänemaa	96	98
Lääne Virumaa	92	96
Pölvamaa	97	97
Pärnumaa	92	98
Raplamaa	95	98
Saaremaa	98	99
Tartumaa	95	98
Valgamaa	95	99
Viljandimaa	90	90
Võrumaa	95	99

Erinevusi maakonniti kaitsepookimisega hõlmatuse osas ei ole. Kaheaastasi väikelapsi on hõlmatud poliomüeliidivastase vaksineerimisega vähem Hiiumaal. Eestis ei registreerita kaitsepookimisega hilinemist (kuni 2-aastastel üle ühekuune hilinemine plaanilisest kalendrijärgsest vaksineerimisest).

Tabel 10 Laste haiglaravi. Hospitaliseerimine aastatel 1988-1999

	1988	1990	1993	1994	1995	1997	1998	1999
Hospitaliseeritud lapsi	51899	44411	47663	44382	46545	45847	45836	43779
% esmasregistreeritud haigetest	8,2	9,3	9,5	9,4	8,2	8,2	5,2	
% laste arvust	15,0	12,7	14,2	14,0	14,9	15,5	11,5	11
Hospitaliseeritud <1a.	10 692	10 218	9 603	8 543		8 790		
Keskmine ravikestvus	14,3	13,6	10,5	9,8	8,7	7,4		6,9

Tabelist nähtub, et hospitaliseeritud laste arv on olnud stabiilne alates 1990. aastast, küll aga on kaks korda vähenenud keskmine ravilviibimise kestvus: olles 14,3 päeva 1988. aastal ja 6,9 päeva 1999. aastal.

Tabel 11 Voodikoormused Eestis 1995. ja 1997. aastal

Voodikoormused	1995	1997
Valga	354,9	224,9
Lääne-Virumaa	323,5	212,5
Raplamaa	318,6	156,3
Läänemaa	318,1	139,3
Võrumaa	243,3	172,9
Viljandi	184,3	197,4
TÜ Lastekliinik	293,7	282,0
Tallinna Lastehaigla	266,7	254,2
Kuressaare	246,6	250,0

Voodikoormuste osas on toimunud tunduv vähenemine enamikus maakondades. Viljandis ja Kuressaares on voodikoormus jäänud enam-vähem samaks. Voodikoormuse vähenemine peegeldab hospitaliseeritud laste arvu vähenemist, keskmise ravilviibimise lühenemist ja suhteliselt suurt lastevoodite arvu.

Tabel 12 Terapeutiliste laste haigusvoodite (V 59) kasutamine, 1999.a.

Maakond	Voodeid 1999	2000*	Voodi- päevi	Voodi- koormus	Voodi- Hõive	Voodi- käive	Keskmine
Harjumaa	377	362	43 997	221,1	60,6	28,3	7,4
sh. Tallinnas	322	<i>Tallinn</i> 322	31560	219,2	60,1	26,6	7,6
	<i>Keila</i> 55	<i>Keila</i> 40					
Hiiumaa	1	5	908	90,8	24,9	16,7	5,4
Ida Virumaa	99	90	3928	263,1	72,1	34,0	7,8
		<i>Narva</i> 25 <i>Jõhvi</i> 65					
Jõgevamaa	17	17	4368	245,0	67,1	31,5	7,7
Järvamaa	20	20	4683	234,2	64,2	34,6	6,8
Läänemaa	25	15	4353	139,3	38,2	19,8	7,0
Lääne Virumaa	30	15	6820	212,5	58,2	34,3	6,2
Põlvamaa	20	20	4902	246,1	67,4	34,4	7,1
Pärnumaa	58	45	12 259	211,4	57,9	30,1	6,9
Raplamaa	15	15	2345	156,3	42,8	42,1	
Saaremaa	7	15	3143	250,0	68,5	45,2	5,5
Tartumaa	63	68	17626	280,9	77,0	37,9	7,2
		<i>Tartu</i> 53 <i>Elva</i> 15					
Valgamaa	15	15	3379	224,9	61,6	31,9	7,0
Viljandimaa	25	25	4852	197,4	54,1	30,1	6,5
Võrumaa	15	15	2594	172,9	47,4	36,0	4,8
Eesti	787	742	146 610	229,0	62,8	31,6	7,0

* 2000. a. laste somaatiliste voodite arv (V 59) Eesti Lastearstide Seltsi andmetel
Voodikoormus, voodihõive, voodikäive - 1999.a Sotsiaalministeeriumi statistikabüroo
andmed. Laste somaatiliste ravivoodite arv on vähenenud 787-lt 1999. aastal 742-le 2000.
aastal. 742-st somaatilisest voodist on II tasandi üldhaiglates 367.

Maakondades on kokku 225 974 (0-18a.) last, seega on 10 000 lapse kohta 16 haiglavoodit.

Kirjanduse andmetel vajab haiglaravi 10-15% lastest. Analüüsidest Eesti andmeid näeme, et see protsent on vähenenud 15-lt 11-le.

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

Pediaatrilist abi antakse lastele ja noorukitele etapilisuse printsiibil.

1. Ambulatoorne abi

A Esmatasand

Lapsi ja noorukeid teenindab esmatasandil perearst ja aastal 2001 veel ka lastearst. Esmatasandil töötavad lastearstid põhiliselt Tallinnas, kus perearstisüsteemile üleminek toimus hiljem kui ülejäänud vabariigis. Osa lastearste töötab esmatasandil perearsti praktilise juures abiarstidena.

Perearst ja esmatasandil töötav lastearst tegelevad peamiselt sagedamini esinevate lastehaiguste diagnostika ja raviga ning haiguste profülaktikaga.

Laste profülaktilisel jälgimisel on aluseks SM 16.01.95 a. ajutine määrus "Kuni 7-aastaste laste arstlikud profülaktilised läbivaatused", mis vajab ümbervaatumist ja ajakohastamist (valmib määruse muutmiseks 2002. aasta alguses)

- B II tasandi üldpediaatriline abi annavad:
- maakonna üldhaiglate pediatrid
 - keskhaiglate (Jõhvi/Pärnu) pediatrid
 - Tallinna lastehaiglate (Tallinna Lastehaigla, Tallinna Nõmme Haigla lastehaigla ja Merimetsa Haigla) pediatrid
 - SA Tartu Ülikooli Kliinikumi lastekliiniku pediatrid

Konsultatiivset abi osutatakse maakondades keskmiselt 4 tundi nädalas või vastavalt vajadusele kogu tööpäeva vältel (Võru).

II tasandi konsultatiivse abi sisuks on:

- perearstide poolt saadetud laste konsulteerimine ägeda haigestumise korral krooniliste haiguste ägenemise ja ebaselge diagnoosiga haigusjuhtude korral. Lisaks profülaktiline töö teatud mahus.

C III tasand ambulatoorset pediatrilist abi annavad pediatrid ja alaerialade spetsialistid:

- SA Tartu Ülikooli Kliinikumi lastekliinikus
- Tallinna Lastehaiglas ja Nõmme Lastehaiglas
- Tallinna Kesklinna Lastepolikliinikus

Haiged suunatakse III tasandi konsultatsioonidele perearstide, Tallinnas esmatasandi jaoskonna pediatrite ja II tasandi pediatrite poolt.

Järjekorrad pediatria subspetsialistide juurde ei ületa 1-2 kuud.

2. Statsionaarne arstiabi

Lasteosakonnad on maakonna üldhaiglates, kus antakse II tasandi üldpediatrilist abi. Jõgeval ja Põlvas on laste haiglavoodid siseosakonnas.

Maakonnahaiglates kokku on lastevoodeid avatud 367.

III tasandi lastevoodid on SA Tartu Ülikooli Kliinikumi lastekliinikus, Tallinna Lastehaiglas, Tallinna Nõmme Lastehaiglas ja Tallinna Merimetsa Haiglas. Nendes haiglates antakse nii II tasandi arstiabi Tallinna ja Tartu lastele kui ka III tasandi pediatrilist abi.

Avatud lastevoodeid nendes haiglates on kokku 419: SA Tartu Ülikooli Kliinikumi lastekliinikus 97, Tallinna Lastehaiglas 168, Merimetsa Haiglas 82, Nõmme Lastehaiglas 72.

2.1.3. Eriarstide arv maakonniti 10 000 elaniku kohta

1999. aastal oli Eestis pediatreid 446, 2001. aasta alguseks 338 (Eesti Lastearstide Seltsi andmed, detsember 2000). Siia hulka kuuluvad ka esmatasandi pediatrilist abi andvad pediatrid Tallinnas. Pediatrite arv seoses perearstisüsteemile üleminekuga on vähenenud.

Tabel 13 Pediatrite arv maakonniti

Maakond/linn	Elanike arv	Laste arv (0-18a.)	Pediatrite arv 2001	Pediatreid 10 000 elaniku kohta
Tallinn	408 329	84 644	200	4,9
Harjumaa (va. Tallinn)	124 554	24 997	16	1,3
Hiumaa	11 862	2621	0	0
Ida Virumaa	197 530	35058	11	0,5
Jõgeva	41 622	8710	4	1,0
Järvamaa	43 368	8875	2	0,5

Läänemaa	31 949	6333	8	2,5
Lääne Virumaa	76 144	15 129	5	0,7
Põlvamaa	35 956	7462	3	0,8
Pärnumaa	100 457	19629	16	1,6
Raplamaa	40 153	8126	4	1,0
Saaremaa	40 202	8103	10	2,5
Tartumaa	151 301	31 000	47	2,8
Valgamaa	38 985	7706	7	1,8
Viljandimaa	62 782	13 439	3	0,5
Võrumaa	43 384	8793	2	0,5
<i>Eesti</i>	<i>1 439 197</i>	<i>333 618</i>	<i>338</i>	<i>2,3</i>

- **pediaatrite arv** - lähtunud on Eesti Lastearstide Seltsi andmetest ja arvestatud on ainult tegelikult pediatrina töötavaid lastearste. Arvestatud ei ole pediatreid, kes töötavad terviskaitsetalitlustes, sotsiaalabi või tervishoiuametis ja mujal, kooliarstid ja samuti need pediatrid, kes lõpetasid 2000. a. detsembris perearstikursused

- **kooliarste 64**

Tallinnas	25,7 ametikohta, 37 arsti	Lääne Virumaa	2 arsti
Narva	7 ametikohta, 7 arsti	Pärnumaa	5 arsti
Tartu	6,3 ametikohta, 6 arsti	Saaremaa	1 arst
Võru	1 ametikoht, 1 arst	Läänemaa	1 arst
Valgamaa	1 arst	Harjumaa	2 arsti
Raplamaa	1 arst		

- **mõningaid võrdlusandmeid**

Pediaatrite arv 10 000 elaniku kohta:

Norras 0,83 ja Rootsis 1,4 (*Hospital Master Plan Estonia. Active physicians by speciality*), Soomes 1,0 (*Physicians in Finland, Finnish Medical Association, 1996*)

2.2. Tervishoiuteenuste prognoos

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

Eriala teenuse vajaduse muutumises on olulise tähtsusega järgmised momendid

1. esmatasand läheb kogu vabariigis täielikult üle perearstisüsteemile aastaks 2002
2. on alanud haiglate reform Eestis
3. kogu vabariigis, sh Tallinnas funktsioneerib ambulatoorne üldpediatriline konsultatiivne abi perearstidele
4. pediatria subspetsialistid on koondunud piirkondlikesse haiglatesse

2005

- on läbi viidud esmatasandi reform kogu Eestis, pediatrilist teenistust esmatasandil ei ole.

Perearstid osutavad lastele järgmisi teenuseid:

- profülaktiline töö teatud mahus 0-7-aastastele lastele
- kõikide laste nõustamine terviseprobleemides ja profülaktiline nõustamine ning terviseedendus
- diagnostiline ja ravitöö sagedamini esinevate lastehaiguste korral
- krooniliste haigustega laste dispans eerimine koostöös pediatrite ja subspetsialistidega

Lastearstid annavad eriarstlikku abi maakonna üldhaiglates, keskhaiglates (Pärnu Haigla, Kohtla-Järve/Jõhvi Keskhaigla), piirkondlikes haiglates (SA Tartu Ülikooli Kliinikumi lastekliinik, Sihtasutus Tallinna Lastehaigla)

- suureneb ambulatoorsete uuringute ja ravi osakaal
- hospitaliseeritakse 2-3% lapsi vähem kui aastal 2000. a., kuna suureneb päevastatsionaari osakaal

Haigestumuse struktuuri muutused

Haigestumise struktuuris on endiselt juhtivaks hingamiseldite haigused ja vigastused ning traumad.

Lastehaiguste struktuuris toimuvad analoogsed muutused nagu kogu maailmaski.

Suureneb

- depressiooni, söömishäirete ja psühhosomaatiliste kaebustega, õpiraskustega ning käitumishäiretega laste ja noorukite hulk;
- alkoholi ja uimastite kasutamine laste ja noorukite hulgas;
- vaimselt, füüsiliselt või seksuaalselt väärkoheldud laste hulk
- ilmnevad laste AIDS-i haigestumise juhud

Tehniliste võimaluste paranemine ja personali kvalifikatsiooni tõus ning molekulaargeneetiliste diagnoosimismeetodite laienemine

- teeb võimalikuks paljude haiguste põhjuste diagnoosimise ja põhjusliku ravi, mis on aga kallid ja võib oluliselt suurendada ravi maksumust. Samuti suurendab vajadust geneetiliseks nõustamiseks
- suurendab sügavalt enneaegsete elulemust, selle tulemusena suureneb krooniliste haigustega (krooniline kopsuhaigus, nägemishäired, arenguhäired) ja erivajadustega laste hulk, kes vajavad jälgimist kitsa eriala spetsialistide: neonatoloogide, neuroloogide, psühholoogide, silma- ja kõrvaarsti poolt.
- Viimase aja teadusuuringud on põhjendanud esimesel eluaastal läbiviidava arendusravi edukust ja olulist mõju elukvaliteedi parandamisele.
- suurendab väärarendite/arenguanomaaliatega laste elulemust (kaasasündinud neeru patoloogia- peritoneaaldialüüs, transplantatsioon jne)
- suureneb raske trauma läbiteinud laste ja noorukite elulemus

Need muutused toovad kaasa ühe haigusjuhu maksumuse tõusu ja suuremad nõudmised ning kulutused taastus- ja arendusravile ja pikeneb keskmine ravilviibimise kestus.

Laste ja noorukite surmajuhtude struktuuris on jätkuvalt põhiosa õnnetusjuhtumitel, traumadel ja mürgistustel, mis kujutavad endast rohkem sotsiaalset kui meditsiinilist probleemi.

• 2010 eriala teenuse vajadus

Jätkuvad aastal 2005 alanud suundumused:

- suureneb organ-transplantatsioonide arv (kas Eestis või kokkuleppeliselt mõne naaberriigiga)
- suureneb narkomaaniast tingitud tervise probleemide osakaal
- tuleb päevakorraks AIDS lapse- ja noorukieas/ kaasasündinud AIDS
- ravimatute ja elulühendavate haiguste korral on võimalik sünnieelne diagnoosimine ja pere nõustamine

2015

Jätkuvad aastatel 2005, 2010 alanud suundumused. Lisaks suureneb krooniliste haigete ambulatoorse ravi osakaal spetsiaalse keskmeditsiinilise teenuse tekkimisega: näiteks ambulatoorne tsüstilise fibroosi ravi.

2.2.2 Prognoosi põhjendus

Prognoosi aluseks oleme võtnud:

- statistiliste andmete analüüsi
- III tasandi haiglate töö analüüsi
- suundumused pediatrias arenenud maades ja muutused haiguste struktuuris
Leslie I Changes in Patterns of Child Health Needs Pediatrics, Vol 101(4), Supplement to Pediatrics, 2000

2.3 Teenuste jaotumine

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

A Üldpediaatriline ambulatoorne eriarstlik abi (II tasand)

- krooniliste haigustega laste arengu jälgimine ja ravi juhtimine
- profülaktiline töö kriitilistel eaperioodidel vastavalt "Kuni 7-aastaste laste profülaktilise läbivaatuse juhiste", mille uus muudetud juhise valmib 2002. aasta alguses.
- konsultatiivne töö erinevate somaatiliste kaebuste ja sümptomide korral (kasvuhäired, söömishäired, artralgiad, süstoolne kahin, pikaajaline köha, kõhuvalu)
- ägedate infektsioonhaigustega laste nõustamine ja ravi
- kõigi mitteinvasiivsete uurimismeetodite ambulatoorne teostamine

B Pediatría subspetsialistid töötavad Sihtasutuses Tallinna Lastehaigla ja SA Tartu Ülikooli Kliinikumi lastekliinikus (piirkondlikud haiglad), kus konsulteeritakse ja ravitakse lapsi ning noorukeid vastavalt kitsama eriala patoloogiale. Kahe keskuse juurde on koondatud ka kõrgtehnoloogiline diagnostikaaparatuur ja kõik spetsiifilised uurimismeetodid.

Piirkondlike haiglate juures töötavad krooniliste lastehaiguste arendus- ja ravimeeskonnad (diabeet, astma, krooniline juveniilne artriit, epilepsia, tsüstiline fibroos, lihahaigused jt.). Kroonilise haigusega lapsed ja nende vanemad saavad ambulatoorselt igakülget toimetulekuõpetust. Mitmekülgse ambulatoorse teenuse väljaarendamisega väheneb haiglaravi vajavate laste arv.

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

Haiglaravi vajab 10-12 % lastest.

Maakonna üldhaiglate lasteosakonnas (või lastevoodid siseosakonna koosseisus)

- ravitakse ägedate hingamiselundite haigustega ja viirushaigustega või nende tüsistustega lapsi
- kasvatatakse terveid enneaegseid (> 1500 g sünnikaaluga)

Üldhaiglate lasteosakonnas ja keskhaiglate lasteosakonnas töö sisu ja aparatuur oluliselt ei erine.

Keskhaiglate lasteosakondades ravitakse sagedamini esinevaid lastehaigusi, kui lapse seisund nõuab hospitaliseerimist või hospitaliseerimine on vajalik sotsiaalsetel näidustustel (hüpotroofia imikul jne).

A Keskhaiglate lasteosakondade tegevus:

1. enamlevinud mittekomplitseeritud ja teatud riskiastmega lastehaiguste diagnostika ja ravi, sealhulgas tervete enneaegsete (alates 1500 g) kasvatamine
2. kõrge riskiastmega patsientide identifitseerimine ja edastamine kõrgema etapi raviasutustesse

3. I astme intensiivravi
4. arendus- ja taastusravi
5. regiooni pediatrilise töö analüüs

B Vajalik aparatuur

infusioonsüsteemid, perfuusorid, EKG-aparaat, monitor intensiivravi vajava lapse seisundi jälgimiseks, otooftalmoskoop, kuvöös, vererõhu mõõtmise aparaat koos mansettidega imikute ja vastsündinute vererõhu mõõtmiseks, fototeraapia lamp, hapnikravi aparatuur, glükomeeter, aparatuur inhaleeritavate ravimite manustamiseks

C Vajalikud oskused osakonnas, nõuded abiteenistustele

1. Osakonnas töötav personal peab valdama järgmisi ravi/diagnostilisi võtteid:

- infusioonravi
- hapnikravi
- sonditoitmine
- kuvöösravi
- fototeraapia
- enneaegsete hooldusravi
- punktsioonid (veeni-, pleura- ja lumbaalpunktsioonid)
- oto-, rhino- ja oftalmoskoopia
- EKG tegemine ja vajalikul tasemel dešifreerimine

2. Labor:

- veregaaside määramine
- kasutama mikromeetodeid vajalike biokeemiliste uuringute teostamiseks
- fraktsioneeritud bilirubiini määramine
- punktaadi vedelike uurimine, kaasa arvatud nende mikrobioloogiline uurimine
- hemoglobiini määramine
- põhivereanalüüs
- elektrolüütide määramine seerumis
- maksa funktsiooni proovid
- neeru funktsiooni proovid

3. Radioloogia:

- rindkere organite röntgeni diagnostika
- kolju röntgeni diagnostika
- skeletiluude röntgeni diagnostika
- röntgeni kontrastuuringud
- ultraheli uuringud kõigist organeist skriiningu tasemel

4. Kliiniline füsioloogia

- EKG koos koormustestiga
- hingamisfunktsiooni määramine

5. Köök:

- väljastab toite kõigile laste dieetlaudadele kaasaarvatud sonditoidud, Personalile vastavus eriala pädevusnõuetele.

Lasteosakonnas ravilolnute arv 400-500 last/aastas

Piirkondlikes lastehaiglates

A Piirkondlike lastehaiglate tegevus:

- harvaesinevate lastehaiguste diagnostika ja ravi
- tüsistunud ja/või ebaselge etioloogia ja kuluga haiguste ravi
- organpuudulikkusega kulgevate haiguste ravi
- haiguste ja seisundite diagnostika, mis vajavad piirkondlikesse haiglatesse koondunud spetsiifilisi uuringuid ja diagnostikaaparatuur
- diferentsialdiagnostiliselt keerulised haigusjuhud
- laste ja noorukite hospitaliseerimine juhtudel, kus haige seisundi raskus ei vasta püstitatud diagnoosile
- III astme intensiivravi ja reanimatsiooni vajavad kõikides eagruppides lapsed

- **SA Tartu Ülikooli Kliinikumi lastekliinikusse** hospitaliseeritakse lisaks eelnimetatule
 1. harvaesinevaid pärilikke haigusi põdevad lapsed ja nende pered, kus on spetsiifiliste analüüside tegemise võimalus, ravi ja habiliteerimise meeskond
 2. haigusjuhud, mis on vajalikud üliõpilaste õpetamise aspektist

B Piirkondliku haigla varustus

Vajalik aparatuur:

Minimaalsele vajalikule II etapi aparatuurile lisaks: infusioonipumbad, plussoksümeetrid, multiparameetrised monitorid, kõrgtehnoloogiline aparatuur (pildidiagnostika-MRT, CT) EEG, doppleranduriga sonograafid, ENMG/EP, intensiivravi kuvöösid, erinevas vanuses laste respiraator, endoskoobid, aparatuur ööpäevase vererõhu ja südamerütmi määramiseks, peensoolest biopsia võtmise kapsel. Värvidoppler sonograaf, fraktsioneeritud fototeraapia lamp, parenteraalse toitumise infusioonsüsteemid, fraktsioneeritud enteraalse toitumise süsteemid, lõpppositiivse rõhuga hapnikravi aparatuur, positiivse rõhuga inhalatsiooni aparatuur.

C Vajalikud oskused, nõuded abiteenistustele

1. Vajalikud oskused
 - kõikide haigusseisundite intensiivravi
 - punktsioonide ja biopsiate tegemine vastavalt erialale
 - vajalike uuringute tegemise oskus kõikidel erialadel
 - teostatud uuringute hindamise oskus
 - kõikvõimalike endoskoopiate tegemine koos biopsia võtmisega
 - biopsia ja proovitükkide võtmine kõikidest kudedest ja õõnetest
 - allergoloogilised uuringud ja provokatsiooni testid
 - fraktsioneeritud enteraalne ja parenteraalne toitmine
2. Labor:
 - täismahus kliiniline labor
 - täismahus biokeemia labor
3. Transport:
 - kõigi intensiivravi vajavate laste sh enneaegsete maksimaalselt ohutu ja kiire transpordi tagamine kõrgemasse ravietappi
4. Apteek:
 - tagada infusioonilahuste, vereasendajate ja vere preparaatide, kõigi vajalike ravimite, diagnostikumide ja vaktsiinide olemasolu
5. Köök:
 - kõigi vajalike eridieetide valmistamine ja perede konsulteerimine ning nõustamine lapsele vajalike eridieetide osas

2.3.3 Järeldravi vajavate patsientide arvu ja järeldravi kestuse prognoos

Pediaatrias toimub järeldravi aktiivravihaiglates, kuna järeldravi vajavate laste arv on väike ja rehabilitatsiooni ning arendusravi spetsialistid on koondunud piirkondlike haiglate juurde. Erandiks on Haapsalu Neuroloogiline Rehabilitatsioonikeskus, kus jätkuks mitmesuguste neuroloogiliste haigustega laste järeldravi:

- neurotrauma kuni aasta (mitu aastat)
- ajuinsult
- neuroinfektsioonide järelseisundid
- Guillain- Barre sündroom kuni 6 kuud
- meningoentsefaliit

2.3.4 Päevastatsionaari vajadus

III etapi lastehaiglates on vaja 10-20 kohalist päevastatsionaari (5-10% voodite arvust).

Päevastatsionaaris tehtavad uuringud ja tegevused, mis on

1. ajaliselt piiratud
 - narkoosis tehtavad protseduurid (maksabiopsia, neerubiopsia, lihasbiopsia, kompuutertomograafia ja magnetomograafia eelkooliealistel lastel, bronhoskoopia, video EEG, diabeedihaigete jälgimine ja koolitus)

2. tegevusega piiratud taastus- ja arendusravi
 - botuliinravi
 - ensüümravi spetsiifiliste haiguste korral
 - immuunravi
 - pulssravi *Sclerosis multiplex'i* korral, jne

2.3.5 Valveteenistuse vajalikkus ja korraldus haigla liikide kaupa

- keskhaiglates/ II tasandi üldarstiabi haiglates on vajalik pediaatri väljakutse 24 tunni vältel (kättesaadavus 30 minuti jooksul)
- piirkondlikes haiglates peab olema tagatud pediaatri valve kohapeal 24 tunni vältel ja järgmiste subspetsialistide kättesaadavus väljakutsutavana: neuroloog, kardioloog, radioloog

2.3.6 Arstide optimaalse töökoormuse planeerimine

II etapi üldhaiglas 12-15 haiget 1 pediaatrile või kombineeritud kodune valve + ambulatoorne vastuvõtt ja töö haiglas tsüklikena

2 tundi päevas kirjatöö

keskmiselt 4 – 5 konsultatsioonitundi nädalas

Nädalas 40- 10- 4= 26:5 = 5 tundi päevas haigetele a 20 min haigele = 12-15 haiget/1 pediaatrile

III etapi haiglas 8-10 haiget 1 pediaatrile

Arvestusega a 30 minutit haigele, 3-4 tundi nädalas töö konsultatsiivses polikliinikus

Arvestusega 2 tundi päevas kirjatööle 40t – 10t- 4t= 26 tundi nädalas
5 t päevas 30 min haigele 8-10 haiget/ 1 pediaatri kohta statsionaaris

2.4 Voodikohtade arvu prognoos

A. Piirkondlikud haiglad

SA Tartu Ülikooli Kliinikumi lastekliinik ja SA Tallinna Lastehaigla.

Orienteeruv teeninduspiirkond kummalegi 145 000 last.

Voodikohtade arvu prognoosimisel eelduseks on teostunud haiglate reform Tallinnas, kus lastevoodid on koondunud SA Tallinna Lastehaiglasse

Tabel 14

<u>Lastevoodid</u>	<u>2000. a</u>	<u>2005.a.</u>
Tallinna Lastehaigla	168	160-180
Nõmme Lastehaigla	72	0
Merimetsa Haigla	82	82
SA Tartu Ülikooli Kliinikumi lastekliinik	97	100-110

* B II tasandi üldpediaatriline statsionaarse abi:

- keskhaiglate lasteosakonnad: Pärnu Haigla lasteosakond ja Kohtla-Järve/ Jõhvi Keskhaigla
- maakonna üldhaiglate sise- ja/ või lasteosakonnas

Tabel 15 Keskhaiglates ja maakondade üldhaiglates olevad lastevoodid

Maakond	Lastevoodeid haiglas 2000	Laste haigla-voodeid 10 000 lapse kohta	Voodikoormus 1999	Laste haiglavoodeid		
				2005	2010	2015

<i>Keskhaiglale lasteosakonnad:</i>						
Pärnu haigla	45	18,7	211,4	40	30	30
Jõhvi/Kohtla-Järve	65			55	30	30
Harjumaa Keila	40	13,5	213,6	30	20	0
Hiiumaa	5	15,3	90,8	3	3	0
Ida-Virumaa	(90)	21	258,4	(70)	(40)	(40)
Narva*	25			15	10	10
Jõgeva	17	15,9	258,4	13	10	0
<i>lastevoodid siseosakonnas</i>						
Järvamaa*	20	18	234,2	15	10	10
Läänemaa*	15	19	139,3	10	10	10
Lääne Virumaa*	30	16	212,5	20	15	15
Põlvamaa	20	22,5	246,1	15	10	0
<i>lastevoodid siseosakonnas</i>						
Rapla	15	14	221,2	5	0	0
Saaremaa **	15	14,9	250,0	15	15	15
Tartumaa / Elva	15			0	0	0
Valgamaa	15	15,8	187,5	15	10	0
Viljandimaa*	25	15,9	212,9	20	15	10
Võrumaa*	15	14	168,2	15	10	10
<i>Eestis</i>	<i>382</i>	<i>16</i>	<i>228,3</i>	<i>286</i>	<i>198</i>	<i>140</i>

Jõgeva Haiglas ja AS Põlva Haiglas on lastevoodid siseosakonnas

* lastevoodite väikese arvu korral võib haigla administratsioon moodustada struktureeritud osakonna koos siseosakonnaga, kuid eraldi lasteõe postiga

** lastevoodid lasteosakonnas - Pediaatrid kindlustavad konsultatiivse abi perearstidele, lastevoodite teenindamise ja valveteenistuse. Pediaater on keskhaiglates ja maakonna üldhaiglates ööpäevaringselt väljakutsutav.

•2000

Maakondades on 225 950 lapse kohta
10 000 lapse kohta seega

367 haiglavoodit II etapis
16 voodit/10 000 lapse kohta

2005

orienteeruvalt

12 voodit/10 000 lapse kohta

• **üldhaiglates**

Laste haiglavoodid peaksid jääma “Eesti haiglate arengukava aastaks 2015” järgi planeeritavatesse seitsmesse üldhaiglasse.

Laste haigestumise struktuuris on valdavaks ägedad hingamiselundite haigused, mis sageli nõuavad imiku ja väikelapseas lühiajalist hospitaliseerimist. Nende laste transport keskhaiglasse või piirkondlikku haiglasse ei ole vajalik ja otstarbekas.

• Lähtuvalt territoriaalsest lähedusest piirkondlikele haiglatele, vajaks kaalumist Rapla Haigla lasteosakonna ja Elva Haigla lasteosakonna voodikohtade arvu vähendamise ja sulgemise aastaks 2005

2.5 Eriarstide vajadus

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

Tabel 16

maakond	2000.a.	2005.a.*	2010.a.	2015.a.
Harjumaa v.a Tallinn	16	14	10-12	10 - 12

Tallinn	200	160	140-150	90 – 120
Hiiumaa	0	2	2	2
Ida Virumaa	12	12	12	12
Narva	7	5	5	5
Jõgeva	4	4	3-4	3 - 4
Järvamaa	2	3	3-4	3 - 4
Läänemaa	8	5	3	3 - 4
Lääne Virumaa	5	5	5-6	5 - 6
Põlvamaa	3	4	3-4	3 - 4
Pärnumaa	16	14	10	10
Raplamaa	4	4	2-3	2 - 3
Saaremaa	10	10	4-5	4 - 5
Tartumaa	40	40	40-45	40 – 45
Valgamaa	7	7	3	3
Viljandi	3	3	4-5	4 – 5
Võrumaa	3	3	3	3
kokku Eestis	333	289	252-276	202 – 247
	2,3/10 000	2,0 /10 000	1,7 -1,9/10 000	1,4 – 1,7/10 000
	elaniku kohta	elaniku kohta	elaniku kohta	elaniku kohta

- pediaatrite arvu planeerimisel on lähtutud arvestusest 2000 lapse kohta 1 pediaater ja ka kohaliku eripära. Arvestades Hiiumaa isoleeritust ja halba ühendust mandriga, peaks Hiiumaal olema 2 pediaatrit.

2005

A Piirkondlikud haiglad

Tallinna Lastehaigla, SA Tartu Ülikooli Kliinikumi lastekliinik

Pediaatrite arvu planeerimisel tuleb lähtuda järgmistest asjaoludest:

- Tallinna Lastehaigla ja SA Tartu Ülikooli Kliinikumi lastekliinik on samal ajal nii piirkondlikud haiglad kui ka II etapi lastehaiglad vastavalt Tallinna linna lastele või Tartu linna ja maakonna lastele
- subspetsialistid töötavad ainult piirkondlikus haiglas ja piirkondliku haigla konsultatiivses polikliinikus.
- laste arvust ja haigestumuse struktuurist lähtuvalt töötavad planeeritavates kesonhaiglates (Pärnu Haigla ja Kohtla-Järve/Jõhvi) mõned pediaatria subspetsialistid: vastavalt vajadusele näiteks pediaater-neuroloogid, laste LOR arst)
- kõikide alaerialade spetsialiste peaks ühes piirkondlikus haiglas olema vähemalt 2-3. Lähtuda tuleks siin subspetsiaalsuse nn. kriitilisest alumisest piirist, mitte laste arvust Eestis.

B II tasandi üldhaiglate koosseisus olevad lasteosakonnad maakondades

Maakondades üldarstiabi andvates haiglates peaks olema 3-4 pediaatrit, kes kindlustavad nii konsultatiivse abi perearstile, lastevoodite teenindamise, sünnitusosakonna lastetoa töö ja valveteenistuse.

C II tasandi üldpediaatrid Tallinnas

Tallinnas on perearstide konsultantideks II tasandi üldpediaatrid. Tallinna laste arvu arvestades 25-30 (üld-)pediaatrit, kes töötavad Tallinna Lastehaigla konsultatiivses polikliinikus.

Tartus toimub üldpediaatriline konsultatiivne töö ka II tasandi mõistes SA Tartu Ülikooli Kliinikumi lastekliinikus

2.5.3 Ettepanek koolitustellimuseks

Selleks, et tagada 250-300 töötavat lastearsti Eestis, peab igal aastal ette valmistama 3-5 residentuuri. Residentuuri kestus on 4 aastat ja subspetsialiseerumine 2-3 aastat.

Praegu on residentuuris 17 inimest.

Tabel 17

	Resident	Baas	Residentuuri lõpetamise aasta				
			2001	2002	2003	2004	2005
1	Mirjam Merila	TÜK lastekliinik	X				
2	Helke Nurm	TÜK lastekliinik	X				
3	Jaanika Kuld	TÜK lastekliinik		X			
4	Karin Toomela	Tallinna Lastehaigla		X			
5	Silvi Plado	Tallinna Lastehaigla	X				
6	Marielis Hermlin	TÜK lastekliinik			X		
7	Uljana Ignatko	Tallinna Lastehaigla		X			
8	Ülvi-Astra Talkop	TÜK lastekliinik		X			
9	Annika Tiit	TÜK lastekliinik		X			
10	Ülle Uustalu	Tallinna Lastehaigla		X			
11	Alar Abram	Tallinna Lastehaigla	X				
12	Katariina Tamm	TÜK lastekliinik			X		
13	Kaire Heilman	TÜK lastekliinik			X		
14	Anne Antson	TÜK lastekliinik				X	
15	Neupokojeva	Tallinna Lastehaigla			X		
16	Imbi Eelmäe	TÜK lastekliinik					X
17	Maarja Kroon	TÜK lastekliinik		X			

Subspetsialistide vajadus –
Koolitusvajadus

Lastereumatoloogia	2003	2005	Katariina Tamm
Lastereumatoloogia	2002	2007	Chris Pruunsild
Lastenefroloogia	2001	2003	Inga Vainumäe
Lastepulmonoloogia	2005	2009	Tiia Voor
Lasteinfektsioonid	2003	2008	Sirli Meriste
Laste-endokrinoloogia	2005	2007	
Lasteneuroloogia	2004	2006	
Neonatoloogia	2004	2009	

3. Olemasolev eriala regulatsioon ning ettepanekud vajalikeks muudatusteks ja täiendusteks**3.1 Seadusandlus**

Määruse "Kuni 7-aastaste laste profülaktilise abi juhendi muutmine"

3.2 Ravijuhised

Eesti Lastearstide Selts on koostanud kliinilisi juhiseid pediatrias alates 1997. aastast. Igal aastal on uusi juhiseid juurde tehtud. Aastaks 2000 on kliinilisi juhiseid

40. 2001.aastal lisandub 5 uut juhust ja 34 juba senitehtud juhust parandatakse ja muudetakse.

3.3 Teised standardid

III etapi lastehaiglatel peaksid olema oma standardid ägedate haiguste/seisundite diagnostikaks ja raviks. Standardid peaksid valmima 2002. aastal.

2002. aastal on planeeritud eriala pädevuse standardi väljatöötamine.

Eriala arengukava korrigeerimine aastal 2005.

4. Ettepanekud eriarstide kvalifikatsiooni parendamiseks

4.1 Koolitus

Pediaatri eriala omandatakse 4 aastat kestvas residentuuris. Subspetsialiseerumine pediaatria kitsamale erialale toimub 2-3 -aastases lisaresidentuuris.

4.2 Täiendkoolitus

Pediaatrid on igal aastal 1-2 täiendustsükliks, mida korraldab Arstide Täiendusteaduskond koos piirkondlike haiglate spetsialistidega ja /või mõnes erialakliinikus välismaal.

Täienduskoolituses tuleb keskenduda käesoleva analüüsi käigus selgunud ebaühtlustele diagnoosimise kriteeriumites (rauavaegusaneemia, rahhiit, jne).

4.3 Resertifitseerimise vajalikkus ja optimaalne sagedus

Pediaatrite resertifitseerimine toimub iga 5 aasta järel Eesti Lastearstide Seltsi atestatsioonikomisjonis.

4.3.1. Eesti Lastearstide Selts toetas 1999. aastal Eesti Arstide Liidu arstide täienduskoolituse projekti. Arvestuse aluseks on punktide süsteem. Resertifitseerimist korraldab ja määrab põhimõtted Sertifitseerimise nõukogu. Sisulise resertifitseerimise (testid, punktisüsteemi jälgimine) ja residentuuri lõpetanute sertifitseerimise toimub Eesti Lastearstide Seltsi osavõtul.

4.4. Teised ettepanekud kvalifikatsiooni parendamiseks ja säilitamiseks

- Peame oluliseks pediaatria subspetsiaalsuste tunnustamist erialadena
- Pediaatria subspetsialistide koolitamine ja täiendkoolitamine peaks osaliselt toimuma Põhjamaade erialakliinikutes, sest populatsiooni väiksuse tõttu on nii haigete kui ka erinevate haigusjuhtude arv liialt väike eriala spetsialisti ettevalmistamiseks. Üldpediaatrite ja pediaatria subspetsialistide töölevõtmine peab toimuma konkursi korras.
- Erialspetsialistide vajaduse ja residentuurikohtade planeerimiseks tuleks analoogselt SA Tartu Ülikooli Kliinikumis kehtestatud kehtestada ka pensionile jäämise vanuspiir nt. vanus 65-aastat, millega töödandja peaks üldjuhul arvestama.
- Üldpediaatrite ja pediaatria subspetsialistide töölevõtmine peab toimuma konkursi korras

Arvestades muutusi meditsiini arengus vajab arengukava läbivaatamist aastatel 2005-2007.

Pediaatria arengukava koostamisel on arvestatud 1998.aastal koostatud Eesti Pediaatriaprogrammi, mille koostajad olid: Heli Grünberg, Kaljo Mitt, Endla Kõöbi, Mari Laan, Kaja Leito, Adik Levin, Anne Ormisson, Mall-Anne Riikjärv, Valentin Sander, Lagle Suurorg, Tiina Talvik, Ene Tomberg, Kai Zilmer, Oivi Uibo.

Pediaatria arengukava on läbi arutatud Eesti Lastearstide Seltsi juhatuse laiendatud koosolekul.

Arengukava on koostanud pediaatria erialakomisjon koosseisus:

Prof. Tiina Talvik
Dots. Heli Grünberg
Dr. Mari Laan