

PLASTIKA- JA REKONSTRUKTIIVKIRURGIA ERIALADE ARENGUKAVA KAASAJASTAMINE JA TÄIENDAMINE 2004. AASTAL

1. Eriala areng

1.1. Eriala arengu prioriteedid

Arengukava analüüsimisel/korrigeerimisel on kasutatud Soome Vabariigi statistilisi andmeid, mis on saadud Soome Plastikurgia Seltsi koduleheküljelt (<http://www.chirurgplasticifenniae.fi>) ja Soome meditsiini statistika andmebaasist www.stakes.info).

Viimase kolme aasta jooksul (arengukava esimese versiooni valmimise hetkest) pole Eesti plastikakirurgias olulisi muutusi toimunud.

Kuigi plastikakirurgia kuulub arstide ja hambaarstide erialade nimekirja (sotsiaalministri 11. septembri 2000 a. määrus nr 57) puudub käesoleval ajal plastikakirurgial väljund Eesti Haigekassa Hinnakirja kaudu. Olgugi, et nii SA TÜK Kliinikumis kui ka SA PERH on lisatud kahele osakonnale plastikakirurgia nimi (Kliinikumis Üldkirurgia ja plastilise kirurgia osakond, PERH veresoontekirurgia ja plastilise kirurgia osakond) ei ole toimunud märgatavat sisulist arengut. Seda eriti PERH-is.

Tänase päevani toimub plastikakirurgiliste haigete ravimine teiste kirurgiliste erialade Haigekassa lepingute arvelt.

Seega eriala arengu seisukohal prioriteet nr 1 on: saada väljund Eesti Haigekassa Hinnakirja kaudu – **voodipäeva piirhind** ning sellest tulenevalt muud hinnakirjalised atribuudid. Tänapäevane hinnakiri sisaldab põhilisi operatsioone, mis kuuluvad plastika- ja rekonstruktiivkirurgia valdkonda. Need on hinnakirjas laiali erinevate rubriikide all. Võimalik, et sarnaselt lastekirurgiale, ei ole esialgselt eraldi kirurgiliste protseduuride ja operatsioonide loendit plastikakirurgia jaoks vaja. Kokkulepelt võiks neid kasutada kodeerimisel.

Plastika ja rekonstruktiivkirurgia on multidistsiplinaarne kirurgiline eriala, mis on suunatud kahjustatud funktsiooni või vormi taastamisele. Funktsionaalne puue võib olla nii omandatud kui ka kaasasündinud. (Suurbritannia Plastikakirurgide Assotsiatsiooni definitsioon).

Plastika- ja rekonstruktiivkirurgia (edasi plastikakirurgia) tegevusvaldkonnad on järgmised:

1. Kaasasündinud deformatsioonid ja defektid:

- Käedeformatsioonid (sündaktüülia, oligodaktüülia jne.)
- Pehme kudede deformatsioonid
- Hea ja pahaloomulised kasvaja
- Rindkere deformatsioonid
- Urogenitaaltrakti deformatsioonid (välised suguelundid)

2. Omandatud deformatsioonid ja defektid:

- Mehhaaniliste traumade järgselt tekkinud deformatsioonid ja defektid
- Termilise trauma äge faas
- Termilise traumajärgsed jääkdeformatsioonid
- Söövituse ja muude keemiliste kahjustuste järgselt tekkinud deformatsioonid
- Traumaatilised amputatsioonid
- Käe omandatud ja degeneratiivsed haigused (Dupuytren'i kontraktuur)
- Pehme kudede verevarustuse häiretest tekkinud defektid
- Pehme kudede infektsioonijärgsed defektid
- Ulatuslikud lamatised

3. Lümfoos (ala- ja ülajäse)
4. Meditsiiniliselt näidustatud keha reduktsioonplastika (rinnanäärmete hüpertroofia ning rasvumisest tingitud kehakontuuri muutus)
5. Pehme kudede kasvaja kirurgiline ravi
6. Osteomüeliidi rekonstruktiivkirurgia
7. Perifeersete närvide mikrokirurgiline rekonstruktiivkirurgia
8. Esteetiline plastikakirurgia ehk ilukirurgia

Plastikakirurgial on viis põhialaliiki

- Rekonstruktiivkirurgia (nö. kitsamas mõistes)
- Käekirurgia
- Põletuse ägeda faasi kirurgia
- Kaasasündinud defektide (funktsionaalse ja vormilised) kirurgia
- Esteetiline kirurgia ehk ilukirurgia.

Vahe plastikakirurgia nn raskema poole ja esteetilise kirurgia vahel tuleneb asjaolust, et esteetika kirurgias tehtavad kirurgilised manipulatsioonid ning protseduurid üldjuhul ei oma meditsiinilist näidustust.

Esteetilise plastikakirurgia osakaal arenenud riikides kogu sooritatud kirurgiliste operatsioonide ja protseduuride mahust on tänasel päeval 15 – 20% (Suurbritannia). See number on riigiti erinev. Kuna avalikule sektorile osutatav teenus on rangelt meditsiinilistel näidustustel põhinev siis peaks see olema ka finantseeritud avaliku sektori poolt. Oleme seisukohal, et kui inimesel on tekkinud kas funktsionaalne või vormiline puue haiguse või trauma tõttu, siis peab kindlustatud isikul ravi kulusid katma ravikindlustus. Sageli eriti traumaga seoses võib puue olla kombineeritud- läbi vormi kahjustuse talituslik puue. Juhul kui see ei ole tekkinud nn. riskikäitumise tulemusena (näit. trauma alkoholi või narkojoobes, tööohutud reeglite rääge eiramine jne.)

Tänasel päeval toimub plastikakirurgilise tervishoiu teenuse osutamine, nii nagu seda tehakse Helsingi Ülikooli Kliinikus, Karolinska Ülikooli Kliinikumis jne, SA TÜK Kirurgiakliinikus ja Taastatava Kirurgia Kliinikus (endine Keila Südamekliiniku AS). Tartus toimub see üldkirurgia ja TKK veresoontekirurgia lepingu arvelt.

TKK on Põhja-Eesti regioonis ainuke raviasutus, mis osutab teenust avalikule sektorile ja mis omab plastika- ja rekonstruktiivkirurgia tegevusluba.

Tulenevalt rahastamisest üldkirurgia Haigekassa lepingust on hetkel SA TÜK Kirurgiakliinikus kujunenud situatsioon, kus pingelise finantsolukorra tõttu ei ole võimalik enam osutada antud teenust. Prognoos järgmiseks aastaks on suhteliselt pahaendeline. TKK on senini toimunud plastikakirurgiliste haigete ravi nn. laenamise arvel veresoontekirurgia lepingust, mis aga vähendab veresoontekirurgiale minevat mahtu ning vajadust plastikakirurgiale ei kata sellises mahus kui vaja. Kokkuvõtvalt vastuseks mis jääb tegemata, siis tegelikult ei saa teha midagi s.t. kogu tegevus toimub millegi arvelt ning vastutuleku korras.

Sellist olukorda, kus ühe meditsiini eriala rahastamine toimub kaudselt kasutades teise erialade lepingulisi mahte, ei saa pidada tänasel päeval normaalseks.

Haigekassa kirurgiliste tegevuste loend, mida kasutame täna s.t. 2004 aasta sisaldab kõik põhilised operatsioonid, mida on vaja antud erialal. Seetõttu loendist tulenevalt mingeid takistusi ei ole. Milliseks kujuneb 2005 aasta hinnakiri kahjuks ei tea, kuna me ei oma andmeid selle kohta.

Voodipäeva piirhinna ja sellest tulenevalt muude hinnakirjaliste atribuutide rakendamine annab võimaluse:

- Sõlmida teenuse osutamiseks lepingu Haigekassaga.
- Haigete koondamine ühte – kahte keskusesse.
- Avaneb võimalus rakendada täies mahus olemas olevat ja ettevalmistamist lõpetavat spetsialistide kaadrit. Käesoleval aastal residentuuri lõpetanud eriarst, kes leidmata rakendust avalikku sektorit teenindavas sfääris, suundus tööle välismaale. Sama saatus võib oodata ka järgnevat residentuuri lõpetajaid. Me ei ole vist nii jõukad, et peaksime ette valmistama eriarste näiteks Soome või mõne muu riigi jaoks. SA TÜK on ideeliselt valmis eriala keskuse loomiseks. Kuid tekib kohe küsimus, millistel finantsilistel alustel see tööle peaks hakkama. Kuna Haigekassa hinnakirjas puudub vastav rubriik ei ole võimalik sõlmida lepingut antud teenuse osutamiseks. Eraldi osakonna või keskuse rahastamine teiste kirurgia erialade lepingute arvelt ei ole lahendus.
- Eriala keskustesse, kus on olemas nii vaimne kui ka füüsiline potentsiaal, on võimalik koondada haiged, kes vajavad antud teenust. Suureneb kliiniline kogemus ning läbi selle ka **ravikvaliteet**.
- Lisaks tekib täpsema statistilise analüüsi võimalus antud tervishoiu vajaduste ja mahtude üle. Prognoosides me toetume naabrite statistikale.
- Antud tervishoiu teenuse kättesaadavus elanikkonnale paraneb.
- Pikemas perspektiivis annaks spetsialiseeritud abi kokkuvõidu läbi suurema kogemuse ja ravikvaliteedi paranemise.

1.2. Võrdlus eriala arenguga ja prioriteetidega Euroopa Liidu maades

Plastikakirurgia, olles vanimaid kirurgilisi erialasid, mille vanust mõõdetakse aastatuhandetega kuulub tänasel päeval arenaud riikides nn. traditsiooniliste kirurgiliste erialade hulka, kus ravitud patsientide hulka loetakse tuhandetes. Kuna plastikakirurgia on nn. elukvaliteeti parandav kirurgiline eriala, siis arenaud riikides kuulub see eriala prioriteetselt arendatavate erialade hulka. Võrreldes Soome või Lätiga on Eestis plastikakirurgia areng algfaasis. Tänapäeval on Eesti ainuke Balti mere regiooni riik, kus puudub avaliku sektori teenindamisele ja avaliku sektori poolt rahastatav plastikakirurgiline tervishoiu teenus. Sellest tulenevalt paralleelide tõmbamine kas või lähinaabritega on võimatu (võimalik, et Eestis on areng Soome 70 – 80.a. tasemel).

Käesoleval ajal on Soomes kokku 120 plastikakirurgilist voodikohta (elanikkond ca 5 miljonit) ning tehakse 6500 operatsiooni (maht mis tehakse avaliku sektori teenindamiseks). Operatsiooni ootelehel olevate haigete arv küünib 20 000-ni aastas. Lisaks tuhandet operatsioonid, mis tehakse nn. erasektoris omafinantseerimisega (peamiselt esteetilistel kaalutlustel tehtavad operatsioonid).

Riias Läti Plastika-, Rekonstruktiiv- ja Mikrokirurgia keskuses tehakse aastas keskmiselt 1200 erinevat rekonstruktiivset operatsiooni, millest 7% moodustavad replantatsioonid jäsemete traumaatilise amputatsiooni järgselt ning 15% mikrokirurgiline vaskulariseeritud koe siire. Lähtuvalt Soome andmetest peaks Eestis olema 25 – 30 voodikohta. Ning peaks tegema 1200 – 1400 operatsiooni aastas.

Riia keskuse statistika järgi peaks Eestis tegema ca 70 – 80 replantatsiooni aastas (tehakse ca 5 – 7), ning ca 160 - 170 vaskulariseeritud koe siiret (tehakse olenevalt aastast 5 – 14).

Vaskulariseeritud koe siirdega on süstemaatiliselt tegeldud viimastel aastatel Taastatava Kirurgia Kliinikus (endina Keila Südamekliiniku AS).

Replantatsioone on tehtud nii SA TÜK-is kui ka TKK – s

Statistilised näitajad on üsna kõnekad – arengu ruumi on küll ja küll. Täna ei mahuda vajadust andud teenuse järgi. Kuna paljudel juhtudel on tegemist traumadega, siis invaliidistunud isikute arv on suur.

Töö inspeksiooni andmetel kaotas 2003 aastal käe või sõrmed Eesti Vabariigis 101 (siia ei ole lisatud muudes tingimustes toimunud amputatsioonid, see number on tegelikult suurem) inimest, Kui palju tehti kaotatud käe osade tagasi siirdamisi või tagasi siirdamise katseid kahjuks ei oska öelda, usutavasti 5 – 8.

2. Tervishoiuteenuste prognoos

2.1. Eriala teenuse vajaduse muutuse põhjendatud prognoos aastateks 2010 ja 2015 lähtuvalt haigestumise struktuuri ja ravivõimaluste muutusest. Siia hulka on arvatud ainult avalikule sektorile meditsiinilistel näidustustel osutatav teenus. Plastikakirurgilised patsiendid „peituvad“ järgmistes diagnoosi gruppides (kasutatud on 2002 aasta statistikat - registreeritud esmaste haigusjuhtude arv tervishoiuasutusse pöördumise alusel Eesti ja Soome). Esitatud on võrdlevad andmed Eesti ja Soome kohta tegemist on absoluutarvudega

		Eesti 1.2 milj.	Soome 5.2 milj.
Kasvajad	D10 – D48	21 154	20 335
Suhkrutõbi	E10 – E14**	5 373	6 349
Rasvumus	E65 – E68	844	275
Jäsemete a.skler.	I70	1747	8183
Veenilaiendid	I83	1851	7743
Naha ja naha alusk.	L00 – L99	116 934	9934
Kaassündinud def,	Q00 – Q99	3950	7538
Traumad	S00 – T98	185 421	73 181
Põletus*	T20 – T32	5 678	998
Kokku		337 280	133 538

Soome tehakse aastas meditsiinilistel näidustustel ca 6500 plastikakirurgilist operatsiooni aastas s.o. ca 4.8% eelpoole toodud haigetest. Seega Eesti vajadus tulenevalt statistilistest näitajatest peaks olema ca 13 000! Täna ei ole arvatud ca 380 – 390 põletustega haiget). Suur osa haigetest väidetavalt ravitakse kas puudulikult või ei ravita üldse.

Ilukirurgilised teenused on plastikakirurgilised teenused, millede tegemisel aga ei lähtuda enamasti meditsiinilistest kriteeriumidest.

Kuna väidetaval tehakse Eestis suhteliselt palju ilu - kirurgilisi manipulatsioone välismaalastele, kuna kohalik „turg“ on ülipiiratud nii inimeste arvu kui ka võimaluste poolest, siis täpseid arve on raske välja tuua. Orienteeruvalt võiks see olla 1000 operatsiooni piires aastas.

2.2. Voodikohtade arvu prognoos

Voodikohtade arvu prognoos haigla liikide ja haiglate kaupa

Tulenevalt Soome arvudest (120 voodi 5.2 miljoni elaniku kohta – Eesti elanike arv on 4 korda väiksem) peaks Eestis olema 25 – 30 voodikohta.

Voodikohtade vajadus Põhja-Eesti regioonis oleks 15 voodit ja Lõuna-Eesti regioonis 10 voodit. Plastikakirurgia jaoks eraldi intensiivravi voodite loomine ei ole mõttekas. Selleks on otstarbekam kasutada kas intensiivravi või postoperatiivse ravi osakondade voodifondi. Siia ei ole arvestatud juurde põletusravi vajadusi.

Samas ka eraldi päeva või ambulatoorse kirurgia osakonna moodustamine plastikakirurgia tarvis ei ole majanduslikust vaatepunktist mõttekas. See tuleks moodustada koos teiste kirurgiliste erialadega.

Päevaravi (päevakirurgia) eraldi struktuurina tuleks arvesse esteetilise plastikakirurgiaga e. ilukirurgiaga tegelevate erakapitalil põhinevate meditsiinasutuste puhul.

3. Teenuste jaotumine

3.1. Patsientide ja teenuste optimaalne jaotus haigla ja haiglavälise eriarstiabi vahel (suhe ambulatoorse ja statsionaarse abi vahel)

Kuna tegemist on kirurgilise erialaga, siis haige ravi oluline osa toimub kas põhi- või päeva statsionaaris. Ambulatoorne ravi seondub peamiselt haavaravi ja –hooldusega.

3.2. Patsientide arvu ja teenuse osutamise jaotus aktiivravihaiglate vahel vastavalt haiglavõrgu arengukava printsiipidele (piirkondlikes, kesk-, üld-, kohalikes ja erihaiglates) ja täpsemalt haiglate vahel.

Kuna tegemist on suhteliselt kuluka kirurgia valdkonnaga, siis Eesti tingimustes on optimaalne sellised haiged koondada kahte keskusesse, kus toimuks aktiivravi. Kohalike ja üldhaiglate pädevusse jääks järelevi ning taastusravi läbiviimine.

3.3. Päevaravi (päevakirurgia) vajalikkus erialal. Protseduuride loetelu, mille puhul on näidustatud päevaravi (päevakirurgia) kasutamine

Majanduslikult ei ole otstarbekas päevaravi jaoks iseseisvat üksust luua. Mõttekam on see luua teiste kirurgiliste erialadega koos.

Invasiivsed protseduurid või uuringud:

*angiograafia ja muud kontrastaine kasutamisega uuringud

*biopsia

*koeekspandri laiendamine

Ambulatoorsed operatsioonid:

*väikesemahulised naha ja pehmete kudede kasvaja

*Väikesemahuline armi revisioon-korreksioon

*väikesemahuline nahaplastika (paiksed lapid, vabaplastika jne.)

*osteosünteesi implantaatide eemaldamine (väikese ja keskmise suurusega)

*väikesemahuline käekirurgia

NB! Arenenud riikide standarditele vastavalt ei tohiks üldjuhul päevkirurgias tehtavate operatsioonide ajaline kestvus ulatuda üle 60 minuti ja peab olema läbiviidav suhtelist lihtsa anesteesia abil.

Antud loetelu käiks avaliku sektori teenindamise kohta.

Ilukirurgiliste päevaprotseduuride hulka kuuluksid väiksema mahulise operatsioonid näol, kaelal, kehal ning jäsemetel, samuti protseduurid, mida tehakse laserite jms abivahenditega.

Sii kuuluvad operatsioonid ja muud protseduurid, mis ei vaja „sügavat“ narkoosi või mida on võimalik läbi viia paikset tuimestust kasutades ja mis ei vaja pikemaajalist (üle 12 tunni) aktiivset jälgimist haiglas.

Ilukirurgias peavad päevakirurgilise protseduurid puhul kehtima samad kriteeriumid, mis kehtivad nn tavakirurgia puhul.

4. Valveteenistuse vajalikkus ja korraldus haigla liikide kaupa (piirkondlikes, kesk-, üld- ja kohalikes haiglates).

Valveteenistus toimub töövälisel aja: öhtu-, öötunnid, nädalavahetus ning riiklikud pühad väljakutse valvena.

Esmaabi osutamine ning esmased uuringud viikase läbi EMO arsti valvekirurgi või valveortopeedi poolt piirkondlikus või keskhaiglas.

Üld- ja kohalikes haiglates osutatakse esmaabi vajadusel ning haige suunatakse edasiseks raviks spetsialiseeritud raviasutusse (piirkondlik-, kesk- või erihaigla).

5. Arstide optimaalse töökoormuse planeerimine ehk eriarstide koormusstandardid.

*operatsioonid	10%	s.o. 150 - 180 operatsiooni aastas
*ambulatoorne vastuvõtt	30%	
*statsionaarne töö (visiidid, protseduurid dokumentatsioon)	35%	
*enesetäiendamine, täiendõppe läbiviimine	25%	

Arstide arvuline vajadus oleks mõttekam siduda teenindava piirkonna rahvaarvuga ning ravitavate haigete/sooritatavate operatsioonide hulgaga.(vaata eelmine ja järgmine punkt).

6. Eriarstide vajadus

Eriarstide optimaalne absoluutne arv aastatel 2010 ja 2015

Tuginedes väljakujunenud arenenud plastikakirurgilise teenistusega riikide (Soome, Suurbritannia)

andmetele oleks Eestis optimaalne plastikakirurgide arv 10 000 elaniku kohta 0.08 kuni 0.1 (Suurbritannia 0.09 – tänasel päeval ei vasta enam vajadusele! ja Soomes 0.1). Sellest tulenevalt oleks Eestis vaja avaliku sektori teenindamiseks 8 – 10 arsti. (4 – 5 Põhja-Eesti regioonis ja 3 – 4 Lõuna-Eesti regioonis).

Vanus	Eriarste 2004 aastal	Vanus	Eriarste 2004 aastal
24		48	1
25		49	
26		50	
27		51	
28		52	
29		53	
30	1	54	
31		55	
32		56	
33		57	
34		58	
35		59	
36		60	
37		61	
38		62	
39		63	
40		64	
41		65	
42		66	
43		67	
44		68	
45	1	69	
46		70 ja üle	3
47			

Tabel: Arstide jaotus töökoha järgi.

	2004
Tallinnas	
Sealhulgas: PERH- S**	
TKK*	1
Sh: LTKH-s	
Sh: Lastehaiglas	
Harjumaal	
Hiiumaal	
Ida-Virumaal,	
Sh: IVKH-s	
Sh: Narva H-s	
Jõgevamaal	
Järvamaal	
Läänemaal	
Lääne-Virumaal	
Põlvamaal	
Pärnumaal	
Sh Pärnu H-s	
Raplamaal	
Saaremaal	
Tartus	
Sh: TÜK-s	1
Tartumaal	
Valgamaal	
Viljandimaal	
Võrumaal	
Välismaal*	1
KOKKU	3

*TKK - Taastava Kirurgia Kliinik (endine Keila Südamekliiniku AS)

Siia ei ole arvatud kahte põletusega tegelevat eriarsti, kes tänapäeval on sertifitseeritud ning registreeritud Tervishoiu Ametis kui **ortopeedid. Põletuse ägeda faasi ravi toimub SA PERH-s.

Arstide vajadus piirkondlikus haiglas sõltub teenindatava piirkonna rahvaarvust.

7. Olemasolev eriala regulatsioon ning ettepanekud vajalikeks muudatusteks ja täiendusteks koos põhjendustega

7.1. Seadusandluses

7.2. Ravijuhised (olemasolevad ja hetkel tegemisel olevad ravijuhised, hinnang vajadusele)

Ravijuhised on koostamisel. Oleme seisukohal, et on vajalik teatud protseduurid ning toimingud standardiseerida, et parandada ravi kvaliteeti. (ulatuslik pehmekoe trauma, ulatuslikud pehmekoe defektid jne.)

Koostöös on Veresoontekirurgide Seltsiga haavandiravi juhis ja ühtlasi Ortopeedide ning Veresoontekirurgide Seltsidega pehmekoe ulatusliku trauma käsitus juhend. Peaksid valmima 2005 aasta esimesel poolel.

7.3. Teised standardid

8. Professioni vastutuse tõstmine eriarstide pädevuse jälgijana. Arstide **pädevuse hindamise süsteem ja kriteeriumid** (või nägemus sellest).

Pädevuse jälgimisega tegeleb Eesti Plastika- ja Rekonstruktiivkirurgia Selts ning Eesti Kirurgide Assotsiatsiooni pädevuse hindamise komisjon.

Kategooriad ehk astmestiku ei rakendata. Astmestikud on nn ametkondlikud ehk töökohast tulenevad vastavalt haigla töökorraldusele: ülemarst, vanemarst, arst-kirurg, nooremart (resident) või vanemarst-õppejõud, arst-õppejõud.

EKA väljastab pädevus tunnistusi. Momendil on väljastatud 4 pädevustunnistust : dr. T. Raie, dr. K. Krüünvald, dr. M. Sellend, dr. J. Kullamaa. Kõik eelpool nimetatud kolleegid töötavad ilukirurgia sfääris.

9. Muid eriala probleeme, ettepanekuid.

*Kõige suurem probleem antud hetkel on plastikakirurgia voodipäeva piirhinna puudumine Eesti Haigekassa hinnakirjas. Vaatamata korduvatele pöördumisele alates 1999 aastast (siis veel SM hinnakomisjoni poole) ning viimasel kahel aastal (2003 ja 2004) Eesti Haigekassa vastavate instantside poole, ei ole antud küsimuses edasi liikumist võimalik täheldada. Voodipäeva piirhinna kehtestamine on määrava tähtsusega, kuna sellest algab eriala finantseerimine.

Antud hetkel toimub avalikule sektorile osutatava plastika- ja rekonstruktiivkirurgia teenuse rahastamine teiste kirurgiliste erialade (üldkirurgia, veresoontekirurgia, ortopeedia, lastekirurgia, uroloogia) Haigekassa lepingute arvelt, mis piirab oluliselt eriala arengut.

Sellest tulenevalt on tekkinud olukord, kus eriala jätkusuutlikus ning areng on küsimärgi all.

*Viimastel ajal on päevakorda kerkinud käekirurgia keskuse loomisega seonduvad küsimused. Arvestades meie piiratud olusid ja võimalusi oleks majanduslikult ning kliinilise kogemuse seisukohalt mõttekas moodustada Plastika- ja Käekirurgia keskus koos, mitte eraldi (siin on mõeldud SA TÜK toimuvaid võimalikke arenguid).

Eesti kontekstis on mõttekam käekirurgiat vaadelda mitte iseseisava erialana vaid koos plastikakirurgiaga. Samas sõltub plastikakirurgia ning ka käekirurgia edasine areng ka haiglate omanike soovist antud erialal tervishoiu teenuse osutamiseks.

Olavi Vasar
Ilmar Amjärv
Peep Pree

Plastika- ja rekonstruktiivkirurgia erialakomisjon

Plastika- ja Rekonstruktiivkirurgia Selts
Pärnu mnt. 104, Tallinn 11312
Tel. 6790138, 6790130
e-post: olavi@kcc.ee