

PULMONOLOOGIA TÄIENDATUD ARENGUKAVA 2004. A SEISUGA

1. Eriala kirjeldus.

1.1 Eriala ja võimalike alaerialade definitsioon.

Eriala nimetus on pulmonoloogia. Eriala definitsioon:

Pulmonoloogia e. kopsuhaiguste eriala on õpetus kõikidest kopsu- ja hingamisteede haigustest (kaasa arvatud tuberkuloos, pleura- ja keskseinandi haigused ja hingamisteede allergilised seisundid) ning kopsumanifestatsioonidest teiste organsüsteemide haiguste või viimaste komplikatsioonide korral. Tervishoiu osana käsitleb pulmonoloogia nimetatud haiguste ja seisundite diagnostikat, ravi ja profülaktikat (kaasa arvatud terviseedendust).

Pulmonoloogia on iseseisev sisehaiguste alaeriala, mis on tihedalt seotud allergiliste haiguste, kliinilise füsioloogia, endoskoopia, radioloogia ja torakaalkirurgiaga, sisemeditsiini erialadest kardioloogiaga ning nakkushaiguste ja mikrobioloogiaga.

Pulmonoloog e. kopsuarst on erialase residentuuri lõpetanud eriarst. Pulmonoloog eriarstina ei vaja edasist atesteerimist kategooriate kaupa.

1.2 Eriala areng.

1.2.1 Eriala arengu prioriteedid.

Pulmonoloogia arengu prioriteete määravad erinevad asjaolude grupid. 1) teatud kindlate haiguste esinemissageduse tõus Eestis ja globaalselt, selle mõjutamise võimalused Eestis; 2) rea haiguste ja haigusgruppide senine vähenemine teadvustamine ja sellest tulenev ebapiisav käsitlus või koguni selle puudumine (teadlik avastamine, diagnoosimine, ravi koos kõikide liikide ja tasemetega ning profülaktika; 3) mõnede erialaste tegevuste ja raviliikide kättesaadavaks muutmine. Teise ja kolmanda grupi põhjused, aga ka tuberkuloosi ümber säilinud probleemid seonduvad Eesti kopsumeditsiini mahajäämuse vähendamisega Euroopa Liidu arenenud riikidega võrreldes. Neljandaks – organisatsioonilised ülesanded.

Esimese grupi põhjustest tingitud prioriteedid:

1) Suitsetamise profülaktika kõikide selleks kasutatavate meetoditega. Suitsetamise alustamise profülaktika on tõusva haigestumisega haiguste (vt. allpool) profülaktika seisukohalt tulemuslikum kui järgnevas punktis käsitletud suitsetamisest loobumine. Peamiseks sihtgrupiks on noored – kooliõpilased, teismelised ja noored täiskasvanud. Olulised on kõiki Eesti piirkondi kaasavad meetodid sihtgrupi tasandil, administratiivsed võtted, poliitiline heakskiit ja toetus, toimuma peaks see pulmonoloogide ja kardioloogide initsiatiivil. Maailmas tõuseb haigestumus, levimus, haiguspäevade arv ja haigusjuhtudega seotud kulud suitsetamisega seotud haiguste osas. Suitsetamise keelu sisseviimine avalikes kohtades, toitlustus- ja ajaviiteasutustes ning töökohtadel analoogiliselt Iirimaaga. Niisuguste haiguste hulka kuuluvad pulmonoloogia erialalt krooniline obstruktiivne kopsuhaigus (KOK) ja kopsuvähk.

2) Suitsetamisest loobumine koos kõikide selleks vajalike meetmete rakendamisega. Vastava, laiapõhjalise ning toimiva süsteemi väljakujundamine ja tõhustamine.

3) Bronhiaalastma haigestumuse ja levimuse globaalne tõus. Arvestades Eesti senist suhteliselt madalat levimust, võib uskuda elustandardite ja eluviisi euroopalikustumisega

astma levimuse suhtelisel kiiremat tõusu võrreldes momendil arenenud tööstusriikidega. Kindel on see, et astmale kulutatav tervishoiuressursside osakaal peab tõusma, see on arenenud maades 1-2% (Global Initiative for Asthma, 2002)

4) Tuberkuloosikontrolli alane tegevus endises mahus ja tähelepanuga. Erilise prioriteediga küsimus on –võitlus multiresistentse tuberkuloosi kõrge esinemissageduse vastu

Teise grupi põhjustest tingitud prioriteedid: vajalik on intensiivsemalt tegeleda kõikides aspektides ning vastavatele haigustele tähelepanu juhtida. Seda seoses maailma kopsuarstiteaduse saavutuste ja nende rakendamise vajadustega Eestis ja tõsiasjaga, et mitmete nimetatud haiguste levimus ületab oluliselt seni arvatu.

- 1) Uneaegsed hingamishäired
- 2) Pulmonaalne arteriaalne hüpertensioon
- 3) Difuussed parenhümatooossed kopsuhaigused (idiopaatilised interstitsiaalsed pneumooniad jt. haigused, k.a. harvaesinevad haigused)

Kolmanda rühma põhjused:

- 1) Pulmonoloogilise taastusravi süsteemi väljaarendamine ja võimaluste leidmine selle laialdaseks rakendamiseks.
- 2) Erialakeskse töötervishoiu ja kutse-kopsuhaiguste laialdasem teadvustamine: diagnostika, tuvastamine, töövõimekaotuse ja/või ümberõppe kompenseerimine (sealh. rakenduslikud ja organisatsioonilised aspektid).
- 3) Võimaluste laiendamine aktiivravivooditelt patsientide sujuvaks järel- ja hooldusravile suunamiseks. Selles valdkonnas esinevate regionaalsete vastuolude lahendamine ja tingimuste ühtlustamine.
- 4) Bronhoskoopilises diagnostikas kasutatavate abiuuringute repertuaari laiendamine ning kaasajastamine.
- 5) Pulmonoloogilise funktsionaalse diagnostika rutiinmeetodite valiku kaasajastamine.

Organisatoorsed jt. ülesanded:

- 1) Pulmonoloogilise eriarstiabi kättesaadavuse, kvaliteedi ja sisulise erialase taseme, samuti formaalse erialase töökultuuri ühtlustamine piirkonniti. Pulmonoloogi töölerakendamine iga ühe pulmonoloogi poolt teenindamiseks piisavalt suure rahvastikurühma (35 000-40 000 elanikku) kohta paiknemisega selliselt, et see arvestaks konkreetse rahvastikurühma regionaalset paiknemist.
- 2) Pulmonoloogia kui eriala reputatsiooni parandamine
- 3) Koostöö laiendamine siduserialadega
- 4) Koostöö erinevate instantsidega pulmoogilise arstiabi kättesaadavuse ja efektiivsuse tõstmisel, sealhulgas finantsiliste meetoditega: soodusravimid, terviseuuringute ja raviteenuste hindade korrigeerimine. Ülesanded töörahulolu tagamisel nimel Eestis: eriala arstide töötingimuste korrigeerimine, erialase eneseteostuse võimaluste parandamine ja materiaalne motiveerimine
- 5) Erialase täienduse taseme tõstmine ja erialase pädevuse järgimine ning eriala jätkusuutlikkuse tagamine.
- 6) Erialase teadusliku tegevuse prioritseerimine ja võimaluste leidmine arenguks ja inimeste motiveerimiseks.
- 7) Pulmonoloogia eriala keskse õienduse kui meditsiiniharu väljaarendamine.

1.2.2 Võrdlus eriala arengu ja prioriteetidega

Euroopa Liidu maades. Arengukava kui dokumendi suunitlust ja ülesandeid arvestades on võrdlus Euroopa Liidu arenenud riikidega põhjendatud ja mõttekas. Tase ja probleemid on 2004. aastal EL-ga liitunud maadel sarnased. Vaatamata sellele, et tuleb arvestada Eesti geograafilist positsiooni, rahvastiku demograafilisi iseärasusi, paiknemist, varalist seisundit ja riigi majanduslikku ressursi ning kultuuritausta, on üldistatuna käesoleval hetkel tegemist mitmekülgse mahajäämusega arenenud riikidest. Detailsemalt haakub võrdlus peatükis “Eriala areng” käsitletud prioriteetidega:

- 1) Suitsetamise levikult oleme arengumaade tasemel. Suitsetamise profülaktika teeb esimesi samme, rakendatavate esimeste meetmete efektiivsust on aga veel väga raske hinnata. Siinkohal on Eestis vaja tegutseda oluliselt jõulisemalt ja efektiivsemalt. Mitmed arenenud riikides jõustunud administratiiv-organisatsioonilised ja poliitilised meetmed on rakendamata. Hetkeseisu tagamaade seas on olulisel kohal probleemi teadvustamise ebapiisav kandepind. Ka suitsetamisest loobumise nõustamissüsteem ei ole vajalikul määral välja arendatud.
- 2) Tuberkuloosi levik on EL liikmesriikide seas suhteliselt kõrge. Suuremaks probleemiks on multiresistentse tuberkuloosi kõrge haigestumus ja levimus, missuguse näitaja osas ületame ka enamikku 21. sajandil EL-ga liitunud riikide taset. Samuti on Eestis EL riikide seas suhteliselt pikem keskmine tuberkuloosihaigete haiglaravi kestus. Eesti on EL liikmesmaade hulgas HIV suhtarvult esikohal ning lähiaastatel on tuberkuloosi ja HIV koosesinemise muutumas üha tõsisemaks probleemiks.
- 3) Tervishoiule eraldatav ja seega pulmonoloogiale eralduv proportsionaalne osa rahvuslikust koguproduktist on arenenud EL riikide omast väiksem.
- 4) Erinevused krooniliste haiguste (näiteks bronhiaalastma) puhul tarvitavate ravimite kompenseerimise valdkonnas. Meie konkreetsete ravimite loetelusse kuulumisel põhineva süsteemi asemel kasutatakse laialdaselt toimeainerühma põhist soodustust; meie diagnoosipõhise soodustuse asemel kasutatakse isikustatud soodustust (s.t. konkreetne isik + vastav diagnoos = soodustingimuste rahuldamine); mujal kasutatakse erinevaid mehhanisme jälgimaks, et konkreetne patsient talle määratud soodustingimustel väljastatavat ravimit ka tegelikkuses tarvitab ja see talle sobib (soodustingimuste konkreetsele isikule avanemise ajaline tsensus).
- 5) Mahajäämus pulmonoloogilise taastusravi vallas.
- 6) Sotsiaaltöö ja –abi osas oluline mahajäämus, eeskätt probleemi teadvustamise laiapõhise puudumise läbi.
- 7) Puudujäägid erialakeskse töötervishoiu alal, kutse-kopsuhaiguste käitlemise valdkonnas. Kutsehaiguste korral haiguskompensatsiooni maksmiseks kindlustussüsteemi puudumine/mittekaasamine Eestis.
- 8) Võrreldes arenenud EL riikidega, puudulikult läbitöötatud süsteem patsientide liikumiseks aktiivravivooditelt järel- ja hooldusravile (käesoleval ajahetkel tingimused selleks praktiliselt puuduvad)
- 9) Mahajäämus erialakeskse diagnostika (endoskoopia ja pulmonoloogilise funktsionaalse diagnostika meetodite) kättesaadavuse osas.
- 10) Mahajäämus rea peatükis “Eriala areng” käsitletud haigusrühmade käsitlemise osas (difuussed parenhümatoossed kopsuhaigused, pulmonaalne arteriaalne hüpertensioon jne.) kaasaegse käsitlemisel.
- 11) Erinevused mõnede kopsuhaiguste käsitlemisel pulmonoloogide poolt: kopsuvähi kemoterapia on näit. Põhjamaades pulmonoloogi pädevuses, Eestis aga mitte.

12) Eestis pulmonoloogilise eriarstiabi kvaliteedi ja sisulise erialase tase regionaalselt ebahühtlasem

13) Erialase arstiabi finantseerimise põhimõtetes olevad erinevused: soodusravimid, terviseuuringute ja raviteenuste hinnad. Pulmonoloogiale osaks langev proportsioon rahvuslikust koguproduktist on oluliselt väiksem arenenud EL riikide omast .Põhjuseks muidugi ka kogu tervishoiule eraldatava raha vähesus võrreldes arenenud riikidega.

14) Ambulatoorse arstiabi suhteliselt väiksem maht võrreldes EL arenenud riikidega

16) Erialase teadusliku tegevuse oluliselt väiksem eelistatus Eestis.

17) Pulmonoloogiaõenduse nõrk areng .

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

See ei erine aastaks 2001 valminud arengukava versioonis toodust

Lisame ainult võrdluse viimase 6 aasta tuberkuloosi haigestumise kohta, millest nähtub et haigestumine on alates 2001 aastast langenud keskmiselt 9% aastas.

Tuberkuloosi haigestumine jaotumus erinevate maakondade lõikes (Eesti Tuberkuloosiregister, 2004)

MAAKOND	1998		1999		2000		2001		2002		2003	
	No	haig. kord.	No	haig. kord.	No	haig. kord.	No	haig. kord.	No	haig. kord.	No	haig. kord.
HARJUMAA	300	56,8	305	57,8	288	54,7	288	54,9	244	46,6	218	41,7
HIUMAA	1	9,5	2	19,1	4	38,2	1	9,6	3	28,9	1	9,6
IDA-VIRUMAA	105	57,5	64	35,3	117	64,9	101	56,5	101	56,9	97	54,9
JÕGEVAMAA	18	46,5	16	41,5	21	54,7	17	44,5	13	34,2	17	44,8
JÄRVAMAA	12	30,6	21	53,8	25	64,3	9	23,3	23	59,7	17	44,2
LÄÄNE-VIRUMAA	55	80,3	49	71,8	57	83,9	38	56,2	39	57,9	45	67,0
LÄÄNEMAA	13	44,8	5	17,3	11	38,3	10	35,0	10	35,2	5	17,7
PÖLVAMAA	18	54,3	13	39,4	22	67,2	14	43,0	14	43,3	10	31,0
PÄRNUMAA	49	53,2	35	38,2	26	28,5	29	31,9	23	25,4	25	27,7
RAPLAMAA	14	36,8	12	31,7	19	50,4	20	53,3	12	32,2	7	18,8
SAAREMAA	22	60,6	8	22,1	21	58,3	15	41,8	13	36,4	9	13,4
TARTUMAA	98	65,2	103	68,7	86	57,4	68	45,5	70	46,9	60	40,2
VALGAMAA	15	41,4	18	49,9	13	36,3	23	64,5	9	25,4	15	42,4
VILJANDIMAA	45	76,7	29	49,7	27	46,5	12	20,8	24	41,8	13	28,9
VÖRUMAA	13	32,1	26	64,6	18	45,0	29	73,0	29	73,5	12	20,9
Vanglate Haigla	42	959,1	48	1018,7	36	750,6	34	712,3	22	460,9	28	622,2
Kokku	820	56,6	754	52,3	791	55,0	708	51,9	649	47,5	579	42,6
TB haigestumine suuremates linnades 1997 - 2002												
LINN	1998		1999		2000		2001		2002		2003	
	No	haigestu miskorda ja	No	haigestu miskorda ja	No	haigestu miskorda ja	No	haigestu miskorda ja	No	haigestu miskorda ja	No	haigestu miskorda ja
TALLINN	230	57,1	264	65,7	230	57,4	228	57,0	189	47,4	175	44,0
TARTU	82	80,9	77	76,0	64	63,2	44	43,5	45	44,5	38	37,6
NARVA	40	57,6	24	34,7	42	61,0	37	54,0	42	61,7	51	75,1
KOHTLA-JÄRVE	31	64,0	16	33,2	33	69,0	25	52,7	17	36,1	24	51,1
PÄRNU	34	73,6	17	37,0	16	35,1	16	35,3	11	24,4	14	31,2
KOKKU	417	62,4	398	59,7	385	58,0	350	52,9	304	46,1	302	45,8

2. Erialaste tervishoiuteenuste planeerimine.

2.1 Olukorra analüüs .

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

Hingamiselundite haiguste (J00-J99) osa esmaste haigusjuhtude hulgas (pöördumise alusel tervishoiuasutustesse vastavalt 1998 –2002 aastal.

Esmaste haigusjuhtude arv kõigi haiguste osas v.a. pahaloomused kasvajakad:

1998 - 1.657813 - nendest hingamiselundite haigused	42,8%
1999 - 1.667448 -	38,7%
2000 - 1.740006- -	39,5%
2001 - 1.783495 -	37,6%
2002 – 1.855072 -	32,8%

Alajaotus erinevate diagnooside alusel

1999 – 646 024 esmaspöördumist		2002- 608 238 esmaspöördumist
pneumoonia J12-J18	15154 - 2,3%	9920 – 1,6%
äge bronhiit J20-J21	69920-10,8%	68424-11,2%
pollinoos J30-J31	1322-0,2%	1949 – 0,32%
alumiste hingamisteede kroonilised haigused J40-J47	7718-1,2%	10230 – 1,7%
s.h. bronhiaalastma J45-J46	3571-0,55%	4426 – 0,72%

Ravivoodite kasutamine 1999 aastal (voodeid haiglates kokku 10358)

	voodeid (abs. arv - %)	hospitali- seeritute arv	voodipäevi	voodikoo- rmus	voodi hõive	keskmine voodikasutus
Tuberkuloos	346-3,3%	1386	107741	305	83,6	74,8 päeva
Pulmonoloogia	140-1,35%	3283	39230	273	75	11,8 päeva

Ravivoodite kasutamine 2002 aastal (voodeid haiglates kokku 8088)

	voodeid (abs. arv - %)	hospitali seeritute arv	voodipäevi	voodikoo rmus	voodi hõive	keskmine voodikasutus
Tuberkuloos	229-2,8%	1281	79460	299	82	58,1 päeva
Pulmonoloogia	120-1,48%	2484	23268	197	54	9,8 päeva

Haiglaravi põhjused ja kestus (täiskasvanud), 1999

Kokku haiglast väljakirjutatud 226.871	kasutatud voodipäevi 2.344.430
Nendest: Tuberkuloos A15-A19 1319 - 0,58%	95587 - 4%
Hingamisteede haigused J00-J99 15498 - 6,8%	147267 - 6,3%

Haiglaravi põhjused ja kestus (täiskasvanud), 2002

Kokku haiglast väljakirjutatud 208727	kasutatud voodipäevi 1782456
Nendest: Tuberkuloos A15-A19 1183 - 0,57%	59855 – 3,4%
Hingamisteede haigused J00-J99 13441 – 6,4%	102600 – 5,6%

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

Hetkeseis. Pulmonoloogiliste haigete teenindamine (ambulatoorne tegevus, statsionaarne ravi).

Esmatasand

Tüsistumata ägedate üldlevinud hingamisteede haiguste diagnostika ja raviga tegelevad reeglina perearstid. Esmatasandi kompetentsi kuulub ka krooniliste mittespetsiifiliste kopsuhaiguste ravi ning tuberkuloosihaigete ravi korraldamine ja jälgimine vastavalt eriarsti ettekirjutustele, pulmonoloogi pädevuses on nimetatud haiguste esmane diagnoosimine ja raviplaani koostamine.

Perearsti tegevuste loetelus on kindlaks määratud esmatasandil tehtavate diagnostiliste uuringute maht.

Ambulatoorne eriarstiabi on korraldatud maakondades ja suuremates linnades töötavate pulmonoloogide baasil. Olenevalt maakonna suuruselt ja tervishoiuasutuste struktuurist toimuvad kopsuarsti vastuvõtud kas maakonnahaiglate juures asuvates kopsukabinetides või siis kõrgema etapi haiglates, samuti ka eraomanduses olevates ambulatoorset eriarstiabi pakkuvates ettevõtetes.

SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla, SA TÜK Kopsukliiniku, SA Ida-Viru Keskhaigla koosseisus olev kopsuhaiguste osakond (end. Puru Haigla) ja SA Narva Haigla spetsialiseeritud osakonnad on samal ajal ka konsultatiivse teenuse pakkujad kogu teenenduspiirkonnale. Pulmonoloogi vastuvõtt on korraldatud lisaks Ida-Tallinna Keskhaiglas, Lääne-Tallinna Keskhaiglas, Lasnamäe Tervisekeskuses .

Viimastel aastatel toimunud integratsioon ftisiaatria ja pulmonoloogia vallas on positiivselt mõjunud kogu eriala arengule. Kopsuhaiguste eriala residentuuri lõpetanud on kõik atesteeritud pulmonoloogidena. Erialasiseselt tuleb jälgida, et diplomijärgses täiendõppes säiliks normaalne proportsioon mittespetsiifiliste kopsuhaiguste ja tuberkuloosi vahel.

Statsionaarne arstiabi

Perearsti poolt suunatuna või kiirabi korras hospitaliseeritakse kopsuhaiged tavaliselt kas maakonna- või keskhaiglate sisehaiguste osakondadesse. Tartus, Tallinnas ning Ida Virumaal sageli ka otse pulmonoloogiaosakondadesse. Edasise saatmise kõrgemale tasandile otsustab maakonnas töötava kopsuarst koos raviarstiga. Tuberkuloosi kahtlusel hospitaliseeritakse haige koheselt spetsialiseeritud osakondadesse, või tulenevalt haigusprotsessi iseloomust ja ulatusest allutatakse otseselt kontrollitava ravi süsteemi (OKR).

Olemasolevad võimalused seisuga oktoober 2004: kopsuhaigete statsionaarseks raviks spetsialiseeritud osakondades vastavalt litsentseeritud voodikohtadele.

SA Põhja Eesti Regionaalhaigla baasil:

- 10 pulmonoloogilist voodit Mustamäe korpuses ja 20 Keila korpuses
- SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla Tuberkuloosikeskus (Kose Haigla) 102 tuberkuloosiravi voodit, neist 50% multiresistentse tuberkuloosi raviks

SA TÜK Kopsukliinik:

- 22 pulmonoloogilist voodit
- 30 tuberkuloosi voodit, neist 9 multiresistentse tuberkuloosi raviks

SA Ida-Viru Keskhaigla sisekliiniku koosseisus olev Kohtla Järve Tuberkuloosiosakond:

- 40 tuberkuloosiravi voodit

SA Ida-Viru Keskhaigla sisekliiniku koosseisus olev kopsuhaiguste osakond (end. Puru Haigla)

25 pulmonoloogilist voodit

SA Narva Haigla tuberkuloosiosakond

- 20 tuberkuloosiravi + 5 pulmonoloogilist voodit

AS Rakvere Haigla tuberkuloosiosakond

- 16 tuberkuloosiravi voodit

AS Viljandi Haigla, Jämejala Psühhiaatriaosakond:

- 25 tuberkuloosiravi voodit psüühilisi haigusi ja tuberkuloosi korraga põdevatele patsientidele

2005 aasta jooksul on plaanis osakond renoveerida, mille järgselt jääb :

- 12-15 tuberkuloosiravi voodit psüühilisi haigusi ja tuberkuloosi korraga põdevatele patsientidele
- 20 tuberkuloosiravi voodit tahtest olenematu ravi läbiviimiseks

Justiitsministeeriumi alluvusse kuuluvas Keskvanglahaigla tuberkuloosiosakonnas on 40 voodit. Mittetuberkuloosete kopsuhaiguste ravi toimub sama haigla sisehaiguste osakonnas. Prognoos: lähiajal on plaanis leida Keskvanglahaiglale uus asukoht, kuna tingimused olemasolevas asukohas ei vasta raviasutusele esitatavatele nõuetele.

Tulenevalt arenenud riikide kogemustest näeme olevat otstarbekas kaaluda Kinnipidamisasutuste meditsiiniteenistuse allutamist Sotsiaalministeeriumile.

2.1.3 Eriarstide arv maakonniti 10 000 elaniku kohta.

Eesti Kopsuarstide Seltsi andmetel on käesoleval ajal 68-72 praktiseerivat pulmonoloogi. Neli neist ei oma pulmonoloogi kvalifikatsiooni. Peamiselt ambulatoorset eriarstiabi osutab 25-30 arsti. Alati ei ole võimalik täpselt piiritleda ambulatoorset ja statsionaarset tegevust. Samas peab arvestama, et kõik ei tööta erialal põhikohaga. Optimaalne täiskoormusega pulmonoloogia erialal töötavate spetsialistide arv võiks olla 1/35000 elaniku kohta. Maakondades, kus asuvad spetsialiseeritud osakonnad, on pulmonoloogide suhtarv 10 000 elaniku kohta suurem.

Kopsuarstide jaotus maakonniti (statsionaar + ambulatoorne süsteem)

	Arstide arv		Ei oma pulmonoloogi kategooriat	Perspektiivne vajadus lähema 5 a. jooksul
	Abs. arv	Täiskoormusega arsti 10 000 el. kohta		
Tallinn ja Harjumaa	29	0,53	2	3
Tervise Arengu Instituut	5			
Tartumaa	15	1,0		1
Ida-Virumaa	8	0,51		2
Lääne-Virumaa	2	0,4		
Pärnumaa	3	0,3		
Viljandimaa	2	0,32	1	
Valgamaa				1
Saaremaa	1	0,12	1	
Järvamaa	1	0,23		
Läänemaa	1	0,31		1
Jõgevamaa	1	0,24		
Põlvamaa	1	0,08	1	1
Võrumaa	1	0,11	1	
Hiiumaa				

Töötavate kopsuarstide vanuseline koosseis ja keskmine vanus on muutunud nooremaks võrreldes arengukava eelmise (2001. a.) versiooniga.

2.2. Tervishoiuteenuste prognoos.

2.2.1 Eriala teenuse vajaduse muutuse prognoos aastateks 2010 ja 2015 lähtuvalt haigestumise struktuuri ja ravivõimaluste muutusest. (Tabelis on näidatud haigestumuse prognoositav juurdekasv käesoleva seisuga võrreldes)

	2010	2015
Pneumoonia	20%	25%
Äge bronhiit	-2%	-4%
Bronhiaalastma	50%	90%
Pahaloomulised kopsukasvajad	20%	30%
Krooniline obstruktiivne kopsuhaigus*	30%	45%
Krooniline bronhiit	35%	55%
Interstiaalsed kopsuhaigused	10%	15%
Pleura haigused	-5%	-10%
Tuberkuloos	-20%	-35%

*reaalne, mitte statistiline levimus

2.2.2 Prognoosi põhjendus.

Haigestumine bronhiaalastmasse, hingamisteede allergilistesse ja obstruktiivsetesse kopsuhaigustesse on viimase paarikümne aasta vältel tõusnud ja jätkab tõusu kogu maailmas. Haigestumise tõusu bronhiaalastmasse ja allergilistesse haigustesse seostatakse nn. "lääneliku elulaadiga": muutustega elu- ja töökeskkonnas, sellega mida hingatakse ja mida süüakse.

Eesti elanikkond on dispooneeritud mitmetele erinevatele faktoritele, mille tagajärjeks on nii hingamisteede haiguste tegelik kasv kui varem diagnoosimata jäänud kroonilise haiguste diagnoosimine. Esiteks suitsetamise kõrge levimus, suitsetamise alustamise varasus, teiseks kiired sotsiaal-majanduslikud muudatused, mis kõikjal maailmas on kaasa toonud allergiliste haiguste sagenemise ning kolmandaks, ja lähiaastatel ilmselt peamiseks teguriks, muutuv haigusteadvus, mis sunnib inimesi rohkem hingamisprobleemidega arsti poole pöörduma ning teisalt arstide valmisolek haigusi nende varasemas arengufaasis diagnoosida ja ravida. Teiselt poolt, kvaliteetsete ravimite kättesaadavuse (ravimite turulolek + kompenseerimise laienemine) paranemine tõstab obstruktiivsete kopsuhaigustega patsientide ravi efektiivsust, mille kaudu väheneb nii ambulatoorsete pöördumiste kui hospitaliseerimiste arv. Samas, ravimite tarvitamise andmete alusel võib väita, et näiteks bronhiaalastma on meil endiselt alaravitud. Kroonilise obstruktiivse kopsuhaiguse reaalne levimus üle 45-aastase elanikkonna seas on arenenud Euroopa riikides 5-6%, ei ole alust eeldada, et see Eestis oleks madalam, kuna KOK levimus peegeldab otseselt suitsetamisharjumuse levimust 25 aasta tagusel ajal. Eestis on ametliku statistika järgi KOK levimus vaid 0,8-2%.

Üheksa aastat tagasi Tartus alustatud hingamisteede haiguste epidemioloogilise uuringu esimese faasi tulemused näitasid, et nii diagnoositud astma levimus kui astma ravimite tarvitamine noorte täiskasvanute seas Eestis oli 50 uuringus osalenud keskuse seas kõige madalam. Sarnasele tulemusele on jõudnud ka Tervise Arengu Instituudi (TAI) pulmonoloogiaosakonna FinEsS (Finlandia-Estonia Rootsi) uuringugrupp. Postiküsimustiku andmetel on astmat 15 kuni 64 aasta vanuste hulgas diagnoositud Eestis 2-l, Soomes 6-l ja Rootsis 6,8%-l elanikkonnast. Võrreldes Rootsiaga, kus astma levimus on kolm korda kõrgem, esines Eestis rohkem nii mittespetsiifilisi hingamisteede haigusnähte kui bronhide hüperreaktiivsust metakoliinile, mis viitab, et Eestis on ilmselt bronhiaalastma aladiagnoositud. Erinevused kliinilise allergia väljenduste levimuses Rootsi ja Eesti vahel olid

suuremad kui atoopilise sensibiliseerituse levimuses. Nii näiteks esines heinapalavikku Rootsis 6 korda rohkem samal ajal kui IgE antikehasid õietolmu vastu ainult kaks korda rohkem kui Eestis. Selle üheks oluliseks põhjuseks näis olevat inimeste suurem teadlikkus allergiast ja sellega seonduvatest probleemidest Rootsis võrreldes Eestiga, mis tõestab, et allergilised haigused on Eestis probleemiks palju suuremale hulgale inimestest kui seda seni on arvatud. Samas ei osata Eestis enamikul juhtudest seostada haigusnähte neid põhjustavate teguritega.

Haigestumus kopsu parenhümatoomidesse kopsuhaigustesse võib paranenud diagnostika ning haigestunute avastamise läbi mõningal määral (10-15% võrra) tõusta. Võimaliku AIDS epideemia korral võib järgneda raskete hingamisteede infektsioonide sagenemine.

Arvestades suitsetamise kõrget levimust ning seda ka naiste hulgas on tõenäoline, et haigestumine kopsuvähki suureneb jätkuvalt ja seda eriti naiste seas. Onkoloogid-pulmonoloogid prognoosivad kopsuvähijuhtude sagenemist 10% võrra iga viie aasta kohta.

Tuberkuloosi haigestumise sagedus tõusis aastatel 1993-1998 kaks korda. 1992 aastal diagnoositi Eestis 403 esmasjuhtu ja retsidiivi ning 1998 aastal 820, haigestumiskordaja vastavalt 25,6 ja 56,6 100 000 el kohta.

Viimase nelja aasta jooksul on olukord stabiliseerunud. Alates 2001 aastast on haigestumine vähenenud keskmiselt 9% aastas. Arvele võetud esmasjuhtude ja retsidiivide arv oli 2003a. 579, haigestumiskordaja 42,6. Võrreldes Põhjamaadega on Eesti haigestumine siiski 6-8 korda kõrgem. Esmaavastatud haigetest 14-17%-l diagnoositakse multiravimresistentset tuberkuloosi (s.o. samaaegselt esineb resistentsus vähemalt kahele peamisele ravimile isoniazidile ja rifampitsiinile), millise näitaja poolest oleme endiselt maailmas juhtpositsioonil. Nende juhtude absoluutarv näitas 2003 a. esimest korda mõningast vähenemist.

1997 a. kinnitatud Riikliku Tuberkuloositõrje programmi tulemuslikkuse indikaatoriks seati tuberkuloosahaigestumise vähendamine 2005 aastaks 30 uue haigusjuhu 100 000 el kohta. 2003 a. jõudis see 36,2-ni. Samal aastal kinnitati ka jätkuprogramm aastani 2007, mis näeb ette esmahaigestumise languse 23 juhuni 100 000 el kohta. See on saavutatav juhul kui: tuberkuloosikontrollile pööratakse jätkuvalt suurt tähelepanu, on tagatud tuberkuloositõrje piisav finantseerimine, ei halvene riigi majanduslik olukord, HIV/AIDS suudetakse hoida kontrolli all.

Programmi tegevuse tulemusena ja Sotsiaalministeeriumi aktiivsel toetusel reorganiseeriti aastatel 1998-2000 kogu tuberkuloosi ravi- ja laborisüsteem. Tänapäevaks on tuberkuloosi mikrobioloogiline diagnostika Eestis nii ressursside kui oskusteabe osas rahvusvaheliselt tunnustatud kõrgel tasemel. Alates 2000 a. on kogu Eestis kasutusele võetud tuberkuloosi otseselt kontrollitava ravi (OKR) põhimõtted. OKR kasutab riikliku ravimiostuga hangitud ravimeid, mida jagatakse vastavalt ettenähtud raviskeemidele kõigile tuberkuloosihaigetele tasuta. Programmi tegevuse käigus loodud kaasaegne tuberkuloosiandmekogu lubab jälgida haigestumise dünaamikat, raviefektiivsust ning loob aluse edukaks teadustegevuseks.

Ambulatoorse ravi laiem kasutamine on vähendanud märgatavalt ravim tundlike tuberkuloosijuhtude statsionaarse ravi vajadust. Tuberkuloosihaigete keskmine ravilviibimise kestvus 1999. aastal oli 74 päeva ja 2003 a. 58,1 päeva. Raviperioodi pikkust mõjutab endiselt kõige enam patsientide sotsiaalne seisund ja ravimresistentsuse esinemine. Sellega on tihedalt seotud ka ravikatkestamised, mis mõjutavad negatiivselt raviefektiivsust ning suurendavad nakkusohu. Ravikatkestajate arv tavatuberkuloosi põdevate haigete hulgas on 7-9%, tõsise ravimresistents korral katkestab oma ravi kuni 20% ravi alustajatest.

Eesti riigi praeguse sotsiaal-majandusliku taseme juures tuberkuloosihaigete statsionaarse arstiabi mahu edasist kiiret vähenemist ette näha ei ole kuna see mõjutaks märgatavalt ravikvaliteeti ja suurendaks nakkuse riski ühiskonnas.

Infektsioonhaiguste ühiskonnaohtlikkusest lähtudes on haigete tuberkuloosiraviasutusse vastuvõtmisel plaanilise ja erakorralise tegevuse mõisted sageli eristamatud.

Seni kuni pole võimalusi tuberkuloosihaigete statsionaarseks järelraviks sotsiaalsetel näidustustel, tuleb aktsepteerida nende haigete hoidmist kogu ravikuuri jooksul aktiivravihaiglates. Alternatiivsed odavamad järelravivoodid, eritiüpi hooldeasutus patsientidele kellel puudub elukoht või nad ei tule lihtsalt endaga ise toime vajavad aga samuti lisainvesteeringuid, seega enne otsuste tegemist teha majanduslikud arvestused. Seni tuleb leida ka rahalised vahendid, et tagada haigekassa lisalepingumahud juhtudel kus raviasutuse põhilepingud ei ole selleks piisavad .

Eelmise arengukava valmimisest alates on täielikult renoveeritud SA PERH-I koosseisus olev Kose tuberkuloosiravi korpus , SA TÜK tuberkuloosiosakond, suures osas ka Kohtla-Järve tuberkuloosiosakond. 2004 a. lõpus algab SA Viljandi Haigla Psühhiaatriaosakonna ümberehitus, et luua tingimused tuberkuloosihaigete tahtest olenematuks raviks.

2.3. Teenuste jaotumine.

2.3.1 Patsientide ja teenuste optimaalne jaotus haigla ja haiglavälise eriarstiabi vahel.

Kõige suurem koormus haigestumise tõusust langeb ambulatoorsele eriarstiabile ja esmatasandi arstiabile, kus tunduvalt kättesaadavamaks peavad muutuma funktsionaalse diagnostika võimalused. Kokku võttes eeldab ambulatoorse töö mahu kasv statsionaarse tegevuse vähenemise arvel aga tihedat koostööd statsionaarsete osakondade ja ambulatoorset vastuvõttu tegevate keskuste vahel, head infoliikumist, varustatust ning regionaalset ühtsust erialase töö kvaliteedi ja sisulise erialase taseme, samuti formaalse erialase töökultuuri osas. Nende eelduste mittetäitumisel võib ette näha pulmonoloogilise ambulatoorse eriarstiabi mahtude stabiliseerumist olemasolevale tasemele, välja arvatud kohtades, kus see on hetkel halvasti toimiv. Seoses statsionaarsete ravivoodide arvu vähenemisega tõuseb surve patsientide varaseks haiglast väljakirjutamiseks, lõpptulemusena jäävad patsiendid ambulatoorsele ravile varem ja kauemaks, sealhulgas esmatasandi arstiabi vaatevälja. Tegemist on põhiolemuselt positiivse trendiga, ent häireteta meditsiinilise kommunikatsiooni tähtsus eri raviasutuste ja tasandite vahel muutub järjest olulisemaks vältimaks patsientide hilist pöördumist, komplikatsioonide riski, ravi jälgimise ja juhtimise puudujääke ja patsientide kadumist jälgimise, diagnostilise või ravi protsessist. Järgmine, ambulatoorse eriarstiabi kvaliteetsel laienemist oluliselt mõjutav küsimus on patsientide erinev, sageli suhteliselt madal haigusteadvus ja haigusdistsipliin, inimeste erinev motiveeritus oma tervisest, arstiabi pakutavatest võimalustest jne. Ambulatoorse eriarstiabi kasvu ettenägemisel tuleb veel arvestada patsientide varalist seisundit ja riigi soodusravipoliitikat. Soodusravimite lisamine parandab ravisoostumust ja ravitöö kvaliteeti. Käesolevad andmed lubavad teemat käsitleda üksnes kvalitatiivselt.

Statsionaarset ravi vajavate haigete profiili muutus seisneb peamiselt kroonilist obstruktiivset kopsuhaigust põdevate patsientide sagedasemas hospitaliseerimises, mis on tingitud nii KOK esinemissageduse üldisest tõusust, ühiskonna vananemisest kui KOK haigete tõusnud elulemusest. Taastusravi süsteemi käivitumine kogu Eestis aitab oluliselt vähendada KOK haigete hospitaliseerimist. Hospitaliseerimist vajavate patsientide teise suurema osa moodustavad pahaloomuliste kopsukasvajate juhud. Bronhiaalastma esinemissageduse tõus ei

tarvitse tuua kaasa hospitaliseerimist vajavate juhtude sageduse tõusu tänu arengutele ravimite ja ravistrateegiate osas. Tänu ravivõimaluste paranemisele, haigusteadvuse tõusule ja ravi paremale kättesaadavusele peaks hospitaliseerimise vajadus astma tõttu edaspidigi vähenema.

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

Eesti meditsiiniregioonid ja jaotus pulmonoloogia seisukohalt: 1,35 milj:

- 1.Põhja-Eesti: Harjumaa, Läänemaa, Raplamaa, Hiiumaa, Järvamaa: 600 000 elanikku.
- 2.Lõuna-Eesti, Tartu: Tartu ja Tartumaa, Viljandimaa, Jõgevamaa, Põlvamaa, Võrumaa, Valgamaa. 350 000 elanikku
- 3.Kirde-Eesti: Lääne-Virumaa, Ida-Virumaa, Narva. 250 000 elanikku
- 4.Lääne-Eesti: Pärnumaa, Saaremaa. 140 000 elanikku

Pulmonoloogiline eriarstiabi

Statsionaarse pulmonoloogilise eriarstiabi korraldus.

Eestis on spetsialiseeritud osakonnad pulmonoloogilise eriarstiabi osutamiseks kahes regionaalhaiglas: Põhja-Eesti Regionaalhaiglas, SA Tartu Ülikooli Kliinikum.

Spetsialiseeritud pulmonoloogilised voodid (tuberkuloosiosakond, pulmonoloogiaosakond) on lisaks veel SA Ida-Viru Keskhaigla sisekliiniku koosseisus, vastav litsents kehtib kuni 2007 aastani.

Arvestades pulmonoloogilist eriarstiabi vajavate haigete arvu, peame võimalikuks spetsialiseeritud pulmonoloogiliste voodite avamist Tallinna keskhaiglates (Ida-Tallinna Keskhaiglas ja Lääne-Tallinna Keskhaiglas) summaarse voodifondini 20.

Patsiendid Eesti teistest regioonist suunatakse statsionaarse pulmonoloogilise eriarstiabi vajamise korral ühte eelnimetatud haiglatest.

Pulmonoloogiline eriarstiabi piirkondlikes haiglates eeldab järgmiste tegevuste või rakenduste võimalust:

1. Ööpäevaringne haigete vastuvõtt
2. II ja III astme intensiivravi olemasolu
3. Radioloogilise teenistuse ööpäevaringne kasutamisevõimalus (kaasa arvatud nii röntgenograafia kui kompuutertomograafia, HRCT, sonograafia, magnetresonantsomograafia (MRI) jm. radioloogilised uuringud, mis nõuavad eriaparatuuri- ning tingimusi ja eelkõige eriväljaõppe saanud spetsialiste). Igapäevaselt peavad olema kättesaadavad nukleaarmeditsiinilised meetodid (kopsude ventilatsiooni- ja perfusioonistsintigraafia, skeletisüsteemi ja pehmete kudede erinevad radionukliididagnostika meetodid). Punktatsioonid röntgenoskoopilise, sonograafilise või kompuutertomograafilise kontrolli all diagnostilise materjali saamiseks.
4. Laboratoorse teenistuse ööpäevaringne kasutamisevõimalus (kaasa arvatud hematoloogia, kliiniline biokeemia, meditsiiniline mikrobioloogia ja veregaasianalüüs). Kolmanda tasandi raviasutuste juures paiknevad mükobakterioloogia laboratooriumid, milles toimuvad bakterioloogilised uuringud täies mahus (bakterioskoopia, külvid, mükobakterite tüpiseerimine ja ravim tundlikkuse määramine). SA TÜK Ühendlabori koosseisus on Tuberkuloosi ja Mükobakteriooside Referentslaboratoorium, mille ülesandeks on lisaks eeltoodule täiendus- ja koolitustegevus, teiste laborite töö metoodiline juhendamine ning uute meetodite juurutamine.

5. Tasemel patolmorfoloogialaboratoorium koos kaasaegsete mitmekülgsete tsütoloogilise ja histotehnilise analüüsi meetodite ja kogemusega.
6. Funktsionaalne diagnostika, mis võimaldab spirograafia, bronhodilatatsioon- ja provokatsioonitestide, samuti kopsude difusioonivõime määramise ja kliiniliste koormustestide igapäevast läbiviimist. Võimalused peavad olema pulssoksimeetria ning ergospiromeetria läbiviimiseks.
7. Laboratoorium uniapnoede diagnostikaks ja diferentsiaaldiagnostikaks. Võimalused ja aparatuur uniapnoepatsientide ambulatoorseks raviks CPAP-meetodiga (pidev positiivne hingamisteede rõhk).
8. EKG ülesvõtmise võimalus ööpäevaringselt.
9. Endoskoopia (bronhoskoopia) kabinet igapäevaselt (erakorraliseks vajaduseks väljakutsel) kus bronhoskoopiks on kasutatav nii fiiber kui ka rigiidne aparatuur koos bronhi-, kopsukoe ja intratorakaalsete lümfisõlmede biopsia ning bronhoalveolaarse lavaaži teostamise võimalustega. Aparatuur tuleb hoida pidevalt antud ajale vastaval parimal tasemel. Ette tuleb näha vajalik eriaparatuur endobronhiaalseks autofluorestsents- ja ultrahelidiagnostikaks, samuti elektrokoagulatsiooni, laserteraapia brahhüteraapia, krüoterapia ja hingamisteede stentimise jaoks.
10. Allergoloogiline diagnostika kasutamise võimalus igapäevaselt koos seroimmunoloogiliste uuringutega. Hüposensibiliseeriva ravi rakendamine rutiinselt.
11. Torakaalkirurgiline teenistus – see nõue on reeglina rahuldatud regionaalhaigla profiilist tulenevalt. Kuid kui kolmanda tasandi haigla eri osakonnad paiknevad eri hoonetes, tuleb luua võimalus pulmonoloogilise osakonna füüsiliseks paiknemiseks samasse hoonesse torakaalkirurgia, kardioloogia ja intensiivravi osakondade naabrusesse.
12. Kroonilisi kopsuhaigusi põdevate haigete rehabilitatsiooniprogrammi rakendamine koos vastava seadmestikuga, mis võimaldaks koduse hapnikravi, tegevus- ja tööteraapia ja haigete koolituse.

SA TÜK Kopsukliinik ja Põhja-Eesti Regionaalhaigla on arstide ja õdede õppe- ja täienduskeskuseks ning residentide väljaõppe kohtadeks pulmonoloogia alal. Samuti on nimetatud raviasutused kliiniliste ravimuringute läbiviimise baasasutusteks. SA TÜK Kopsukliinik on lisaks Tartu Ülikooli arstiteaduskonna üliõpilaste ja internide õppebaasiks ning teadusuuringute baasiks pulmonoloogia erialal.

Regionaalhaiglad loovad ja hooldavad krooniliste mittespetsiifiliste kopsuhaiguste registreid, mis oleksid kasutatavad pidevaks üleriigiliseks statistikaks, teadusuuringuteks ja haiglate töö planeerimiseks ja aruandluseks pulmonoloogia erialal Tuberkuloosi riiklik andmekogu asub PERH-is, vastutav töötaja on Sotsiaalministeerium. Perspektiivis on kõigi andmekogude koondumine Tervise Arengu Instituuti.

Piirkondlikel haiglatel koostöös Tartu Ülikooli Arstiteaduskonnaga lasub kohustus korraldada pulmonoloogia eriala puudutavaid täiendõppe kursusi ja seminare.

Ambulatoorne arstiabi korraldus piirkondlike- ja keskhaiglate baasil:

Peamiselt konsultatiivne eriarstiabi vastavalt piirkonna elanikele.

Pulmonoloogiline eriarstiabi keskhaiglate ja üldhaiglate baasil

Statsionaarne abi. Statsionaarne töö pulmonoloogia erialal keskhaiglates ja üldhaiglates on siiani piirdunud siseosakondades olevate pulmonoloogiliste haigete konsulteerimises ja ravis. Reeglina on ravinud hingamiseldite haigustega patsiente nii üldhaiglates kui keskhaiglates

sisearst oma pädevuse piires (pulmonoloogi pädevus vt. 3.3.). Seoses Tallinna ja Ida - Virumaal keskhaiglates juba paiknevate ja lähiajal avatavate pulmonoloogiliste vooditega, muutub aktuaalseks pulmonoloogide töötamine kõigis suuremates keskhaiglates.

Ambulatoorse pulmonoloogilise eriarstiabi korraldus keskhaiglates, üldhaiglates.

Pulmonoloogiline eriarstiabi on valdavalt ambulatoorne ja seisneb pulmonoloogiliste patsientide ambulatoorses uurimises ja ravis nimetatud raviasutuste juures töötavad pulmonoloogide poolt. Siin töötavad pulmonoloogid omavad kõikide kopsuhaiguste diagnoosimise õigust vastavalt vastavalt teise tasandi raviasutuste puhul nõutavatele diagnostilistele võimalustele. Ambulatoorse eriarstiabi osutamine pulmonoloogia erialal on võimalik ka suuremate tervisekeskuste baasil eeldusel, et konkreetse keskuse tase rahuldab kõiki teise tasandi pulmonoloogilise eriarstiabi osutamiseks vajalikke tehnilisi ja töökorralduslikke tingimusi (vt. alljärgnev). Pulmonoloogide arv on viidud vastavusse teeninduspiirkonna elanike arvuga (vt. 2.5.). Pulmonoloogiline eriarstiabi keskhaiglates nõuab järgnevaid tingimusi:

1. Ööpäevaringne sisehaigete vastuvõtt
2. II või III astme intensiivravi sisehaiguste profiiliga patsientidele
3. Radioloogiline teenistus, rindkere röntgenograafia, lineaartomograafia ja sonograafia võimalustega (kompuutertomograafia, HRCT jm. radioloogilised uuringud, sealhulgas nukleaarmeditsiinilised uurimismeetodid, mis nõuavad eriaparatuuri- ning tingimusi ja eelkõige eriväljaõppe saanud spetsialiste, tulevad Eesti tingimustes teostamisele kolmanda taseme raviasutuses).
4. Hingamiseldude funktsionaalne diagnostika spirograafia ja bronhodilatatsioonitesti tegemise võimalustega igapäevaselt.
5. Võimalused ja aparaat uniapnoepatsientide ambulatoorseks raviks CPAP-meetodiga (pidev positiivne hingamisteede rõhk).
6. EKG ülesvõtmise võimalus ööpäevaringselt.
7. Võimalusel endoskoopiasteenistuse olemasolu diagnostilise ja erakorralise bronhoskoopia näol. Kopsukoe ja intratorakaalsete lümfisõlmede biopsia ning endoskoopilised raviprotseduurid (laserravi, brahhüteraapia, krüoterapia, hingamisteede stentimine) kuulub kolmanda taseme pulmonoloogilise eriarstiabi pädevusse.
8. Laboratoorseteuringute sooritamise võimalus tulenevalt raviasutute võimalustest.
9. Bakterioskoopia ja bakterioloogiliste uuringute läbiviimine mükobakterite osas põhineb transportimise süsteemil kas PERH-i mükobakterioloogia laboratooriumi, SA TÜK Ühendlabori Tuberkuloosi ja Mükobakterioosi Referentlaboratooriumi või SA Ida-Viru Keskhaigla mükobakterioloogia laboratooriumi (asukohaga Kohtla-Järvel) Patolmorfoloogialaboratoorium koos kaasagsete tsütoloogilise ja histotehnilise analüüsi meetodite ja kogemusega.
10. Allergoloogilise diagnostika võimalusi ja kogemust.
11. Vahendeid ja kogemust pleuraõõne punktsiooni ja dreneerimise sooritamiseks ravi- ja diagnostilisel eesmärgil (k.a. vältimatu abina).

Pulmonoloog kinnitab konkreetsetel juhtudel pulmonoloogilised diagnoosid (punkt 3.3), otsustab reeglina oma teeninduspiirkonna (maakonna) patsiendi suunamise kõrgema etapi raviasutusse ning kontrollib ja konsulteerib perearsti juures jälgimisel olevate haigete ravikorraldust. Vältimatut või erakorralist eriarstiabi vajavate patsientide korral võib patsiendi suunata kõrgema etapi raviasutusse üldhaiglas, keskhaiglas töötav muu eriala arst (näiteks sisearst).

Üks piirkonnas töötavatest kopsuarstidest peab krooniliste mittetuberkuloosete kopsuhaiguste registrit ja maakonna tuberkuloosiandmekogu. Koos maakonnaarsti ja tervisekaitse spetsialistiga otsustab pulmonoloog erakorraliste meetmete kasutamise nakkushaiguste seaduses ettenähtud korras. Pulmonoloogid otsustavad ka tuberkuloosihaigete nende tahtest olenematule ravile suunamise ning täidavad vormikohase dokumentatsiooni et esitada see halduskohtutele. Pulmonoloogid organiseerivad tuberkuloosihaigetele otseselt kontrollitava ravi läbiviimist kaasates selleks esmatasandi ja sotsiaalsüsteemi.

Esmatasandi arstiabi (perearsti, perearstikeskuse või tervisekeskuse) suhe pulmonoloogilise eriarstiabiga

Valdavalt kuulub pulmonoloogiliste haiguste diagnoosimine nii ambulatoorselt kui statsionaaris pulmonoloogide kompetentsi. Hingamiselundite haiguste jälgimise ja raviga on õigus esmatasandi arstidel tegelda ettemääratud mahus (pulmonoloogide pädevus vt. 3.3.). Reeglina suunab perearst patsiendid konsultatsioonile pulmonoloogi juurde, olles esmalt sooritanud konsultatsioonile saatmiseks vajalikud uuringud. Erakorralist hospitaliseerimise spetsialiseeritud osakonda otsustab pulmonoloog. Tallinnas ja Tartus on perearstil võimalus suunata kopsuhaiged otse pulmonoloogia osakondadesse või ka erakorralise meditsiini osakonda, nii konsultatsiooniks kui statsionaarsele ravile. Viimaseks on erakorralist või vältimatut eriarstiabi vajavate patsientide korral õigus ja võimalus ka kiirabil. Tuberkuloosi passiivse avastamise seisukohast on oluline, et kaebuste korral võivad patsiendid ka ise pöörduda pulmonoloogi poole.

2.3.3. Järeldravi vajavate patsientide arvu ja järeldravi kestuse prognoos.

Kroonilise obstruktiivse kopsuhaigusega patsientide rehabilitatsiooni programm võimaldab vältida haiguse arenemist ja progresseerumist riskifaktorite kõrvaldamisega, ravikorralduste järgimisega ja hingamis- ning koormustreeninguga. Lisaks on vajalik aastate vältel jälgida haigete funktsionaalseid näitajaid ja viimaste languse korral otsustada õigel hetkel koduse hapnikravi ja kirurgiliste ravivõimaluste rakendamise üle. KOK haige järeldravi ja jälgimise vajadus on eluaegne.

Statsionaarse ravi puhul on järeldravivoodite olemasolu põhieelduseks keskmise ravilviibimise lühendamiseks aktiivraviga tegelevates osakondades. Samas tervishoiuregioonis peab järeldravi teenust pakkuvate haiglate voodikohtade arv kokku olema ligikaudu 3-4 regionaalhaigla või ülikoolihaigla pulmonoloogiaosakonna ühe aktiivravi voodikoha kohta.

2.3.3.1. Eriala teenuse muutuse prognoos aastateks 2010 ja 2015 lähtuvalt haigestumise struktuuri ja ravivõimaluste muutusest.

Rehabilitatsiooni vajavate KOK haigete hulk suureneb märkimisväärselt, arvestades, et hetkel alles töötatakse välja rehabilitatsiooni programmi ja vaid üksikutes haiglates on käivitunud pulmonaalne rehabilitatsioon kroonilistele kopsuhaigetele. Pulmonaalse rehabilitatsiooni programm on osaliselt käivitunud piirkondlikes kopsuhaiglates (kodune hapnikravi, osaliselt koormustreening, patsiendikoolitus), täieliku programmi rakendamine on välja töötamisel. Kaasajastada tuleb ka hinnakirjakoodid, mis tagaksid teenuste osutamise vastavalt lääne maades aktsepteeritud meetoditele. SA TÜK Spordimeditsiini ja Taastusravi kliiniku baasil on kavas alustada krooniliste kopsuhaiguste taastusraviga alates 2005 aastast.

2.3.3.2. Prognoosi põhjendus.

Üldine tendents kogu maailmas on KOK'i kui ühe suurema rehabilitatsiooni vajava kopsuhaiguste rühma haigestumus-, levimus- ja suremusnäitajate suurenemine. KOK levimus kasvab koos eaga, esinedes üle 45-aastastel 2-3% ning üle 70-aastastel rohkem kui ühel viiendikul rahvastikust. Arvestades suitsetamise kui antud haiguse olulise riskifaktori levimuse suurenemist Eestis 1990. a.-st 1994. a.-ni (üle 16 a. meeste hulgas 45%- 52%) ja jätkuvalt kõrget esinemist (42%) muu maailmaga võrreldes, võib oodata lähima 5-10 aasta jooksul KOK haiguse olulist sagenemist. Statistika alusel haigestuvad suitsetajatest 10% KOK haigusesse, haigete arvu prognoosides on arvestatud 15-20 aastast latentsiperioodi, mis kulub suitsetamise alustamisest kuni haigustunnuste tekkimiseni. Lisandub ka prognoositav eluea pikenemine ning eakate nõudmised kaasagsetele ravimeetoditele (koormustreening, kodune hapnikravi, kaasakantav hapnik, invatehnilised vahendid, abistavad hingamisaparaadid).

2.3.3.3. Taastusraviteenuste jaotumine akuutravihaiglate vahel vastavalt haiglavõrgu arengukava printsiipidele (regionaal-, kesk-, üld- ja erihaiglates).

- Kõikide tasandite haiglates: ägedate kopsuhaiguste korral (kopsupõletike, obstruktiivsete, mädaste kopsuhaiguste k.a. bronhiektasiatõbi, fibroseeruvate jt. mittetuberkuloossete kopsuhaiguste korral ning kopsukirurgia pre- ja postoperatiivses perioodis) vajalik liikumisravi nii hingamisharjutuste, hingamislihaste treeningu, posturaaldrenaaži, ventilatsiooni parandamise ja komplikatsioonide vältimise eesmärgil
- Regionaal- ja keskhaiglate otsese juhtimisega kroonilise hingamispuudulikkusega patsientidele koormustreeningu, koduse hapnikravi ja järgnevalt arendatavate rehabilitatsioonimeetodite rakendamine

2.3.3.4. Järeldravi vajavate patsientide arvu ja järeldravi kestuse prognoos

- Ägedate kopsuhaiguste või krooniliste ägenemiste järgne järeldravi vajadus (% patsientidest, kes vastavat järeldravi vajab):
 - keskmise ja raske raskusastmega tüsistumata kopsupõletikest 30%-1 nädalat
 - keskmise ja raske raskusastmega tüsistunud kopsupõletikest 80%-2 nädalat
 - KOK ägenemistest 50%-3 nädalat
 - bronhiaalastma ägenemistest 40%-1 nädal
 - bronhiektasiatõve ägenemistest 60%-2 nädalat
 - ägedatest intersitsiaalsetest kopsuhaigustest 20%-1 nädal
 - kopsuabstsessidest 100%-3 nädalat
 - püotooraksist 40%-1 nädal
 - muude mittetuberkuloossete ägedate kopsuhaiguste järgselt 20%-1näd.
 - kroonilise hingamispuudulikkuse korral 100% -3 nädalat kuni 3 kuud
 - kroonilise kaugelearenenud hingamispuudulikkuse korral 100% pidevalt, põhiliselt ambulatoorne järeldravi

(teostub ambulatoorselt lühiajalise plaanilise hospitaliseerimisvajadusega füsioteraapia, koormustreeningu, koduse hapnikravi ja järgnevalt arendatavate rehabilitatsioonimeetodite rakendamise eesmärgil)

Ette on näha koduse pikaajalise hapnikravi kui raviviisi oluliselt ekstensiivsem arendamine, mis on põhjendatud kui krooniliste, hingamispuudulikkusega kulgevate kopsuhaigustega (suurelt osalt kroonilise obstruktiivse kopsuhaigusega) patsientide elukvaliteedi parandamise

ja järelejäädud eluea pikendamise meetod. Arengukavas tuleks ette näha ravi kõikidel juhtudel elektritoitel olevate hapnikukontsentraatoritega ja ravitavate patsientide arv peaks ulatuma Eestis 300-ni (20-21 patsiendini 100 000 elaniku kohta). See vastab koduse hapnikravi näidustused täitnud isikute proportsioonile meie populatsioonis.

Plaanis on juurutada ka kodune pikaajaline respiraatorravi kroonilise hingamispuudulikkusega patsientidele.

2.3.4. Päevastatsionaari vajalikkus pulmonoloogia erialal. Protseduuride loetelu, mille puhul on näidustatud päevastatsionaari kasutamine.

Päevastatsionaari (PS) kasutamist pulmonoloogia erialal ette ei nähta.

2.3.5. Valveteenistuse vajalikkus ja korraldus haigla liikide kaupa.

Pulmonoloogi kui eriarsti valve on vajalik 7 päeva nädalas kõrgema etapi haiglates, kus on olemas pulmonoloogiline statsionaar (Põhja-Eesti Regionaalhaigla ja SA TÜ Kliinikum, SA Ida-Viru Keskhaigla). Nimetatud kohtades võib valvearsti kohustusi täita ka pulmonoloogia eriarstiõppes olev resident. Juhtudel, kui raviastutuse statsionaarne tegevus on paigutatud üksikeisest eemalasetsevatesse osakondadesse (erinevad pulmonoloogilise profiiliga osakonnad) nii, et ühel valvearstil ei ole võimalik tagada ühealgelt arstiabi kõikides osakondades, on vajalik organiseerida pulmonoloogi valve igasse osakonda või osakondade gruppi, mida üks arst suudab kontrollida. Samuti tuleb piirkondlikes haiglates ette näha kogunud pulmonoloogide poolt tagatav nn. kodune tagavalve.

Haiglates kus ei ole pulmonoloogilist statsionaari, ei ole valvepulmonoloogi vaja.

Keskhaiglas ja teise tasandi haiglas sisehaiguste osakondades on ka intensiivravipalatid, kus ravitakse kõiki intensiivravi vajavaid sisehaigusi põdevaid, sealhulgas ka pulmonoloogilisi haigeid, valvet teostab niisugustes osakondades intensivist.

2.3.6. Arstide optimaalse töökoormuse planeerimine.

Ambulatoorse tegevuse korral on pulmonoloogi kui eriarsti optimaalne töökoormus 2 patsienti tunnis esmase visiidi korral ja 3 patsienti tunnis korduva visiidi korral.

Statsionaarse tegevuse korral on optimaalne koormus 7-8 patsienti ühe kopsuarsti kohta pulmonoloogilises osakonnas ja 13-15 patsienti tuberkuloosiravi osakonnas.

2.4. Voodikohtade arvu prognoos.

Voodikohtade arvu prognoos haigla liikide kaupa.

Võimalused ning tingimused statsionaarse pulmonoloogilise eriarstiabi osutamiseks on alates eelmise arengukava ilmumisest muutunud. Eestis on praegu 7 spetsialiseeritud osakonda, millest 4 paiknevad regionaalhaiglates, 2 SA Ida-Viru Keskhaiglas ning 1 SA Narva Haiglas.

Statsionaari voodikohtade vähendamine on toimunud 2003. ja 2004. aastal kuna on renoveeritud SA PER Kose korpus ja SA TÜK Kopsukliiniku tuberkuloosiosakond ja suletud endise Kivimäe Haigla tuberkuloosiosakond.

Arvestades praegust tuberkuloosi haigestumise taset ja piirkondlikke erinevusi (sotsiaalsed, majanduslikud, erinev keeleruum) näeme ette tuberkuloosihaigetele ravivoodid säilitada vähemalt aastani 2010 SA Ida-Viru Keskhaiglas (Kohtla-Järve tuberkuloosiosakond 30 voodikohta), SA Narva Haigla tuberkuloosiosakonnas (20 voodit). Alates 2007 aastast kaaluda SA Rakvere Haigla tuberkuloosiosakonnas (16 voodit) sulgemist.

Nakkusohtlike tuberkuloosihaigete tahtevastase ravi läbiviimine hakkab toimuma SA Viljandi Haigla Psühhiaatriaosakonna baasil kuhu on ettenähtud kuni 20 voodikohta (2005 a.)

Eestis viimase aasta jooksul toimunud HIV-infektsiooni plahvatuslik levik soodustab kindlasti tuberkuloosi haigestumist. Inimesed, kes on samaaegselt nakatunud HIV ja *M. tuberculosis* ega haigestuvad tuberkuloosi oluliselt kiiremini. Voodikohtade planeerimisel tuleb arvestada nende kahe infektsiooni võimaliku koosesinemisega. Vajalikud voodid tuleb prognoosida kolmanda tasandi statsionaari koosseisu kuuluvaiks. Nende haigete ravi eeldab eriarstide täiendkoolitust ja vastavat litsentseerimist ning kopsuarstide ja infektsioonhaiguste eriarstide koostööd.

Põhja-Eesti Regionaalhaigla, Pulmonoloogiline statsionaar koos torakaalkirurgia statsionaariga koondub Mustamäe korpuse renoveerimise järgselt Mustamäe korpusesse.

Teeninduspiirkond: Tallinn, Harjumaa, Läänemaa, Raplamaa, Hiiumaa, Järvamaa (600 000 elanikku) ja Lääne-Eesti: Pärnumaa, Saaremaa (130 000 elanikku).

Pulmonoloogilise profiiliga voodifondi jaotus Põhja-Eesti Regionaalhaigla koosseisus oleks järgmine:

- 40 voodikohta mittespetsiifiliste kopsuhaiguste raviks, ja diferentsiaaldiagnostikaks (printsibil 1 koht 21000-22000 elaniku kohta). Perspektiivis taastusravi võimaluste loomine.
- 102 voodikohta tuberkuloosi statsionaarseks raviks, mis on jaotunud järgnevalt:
60 multiresistentse tuberkuloosi aktiivravivoodit Kose osakonnas kogu vabariigi vajadusi arvestades, 42 tuberkuloosivoodit piirkonna tavatuberkuloosi raviks

Lisaks regionaalhaiglas paiknevatele vooditele kaaluda spetsialiseeritud pulmonoloogiliste voodite avamist Tallinna keskhaiglates summaarse voodifondini 20

Sihtasutuse Tartu Ülikooli Kliinikumi Kopsukliinik

Teeninduspiirkond: Tartu ja Tartumaa, Viljandimaa, Jõgevamaa, Põlvamaa, Võrumaa, Valgamaa. (350 000 elanikku) ja Kirde-Eesti: Lääne-Virumaa, Ida-Virumaa, Narva (250 000 elanikku).

- 25 pulmonoloogilist voodikohta
- 30 tuberkuloosiravi voodikohta. Diagnostilised ja aktiivravivoodid ka multiresistentsete tuberkuloosihaigete raviks kogu teeninduspiirkonnast.

SA Ida-Viru Keskhaigla sisekliiniku koosseisus:

- pulmonoloogia osakond 20 voodit (aastani 2010)
- tuberkuloosiosakond 30 voodit (aastani 2010)

SA Viljandi Haigla Psühhiaatrikliinikus:

- 12 –15 kohta tuberkuloosi ja psüühilisi haigusi koos põdevatele haigetele
- 15-20 kohta tuberkuloosihaigete tahtest olenematu ravi läbiviimiseks

Sa Narva Haiglas.

- Tuberkuloosiravivoodid 20 kohta (aastani 2010)

Ajavahemikul 2006-2015 on kavas mittetuberkuloosete patoloogiate osas järk-järgult üle minna keskmisele ravilviibimiseni 5,5 päeva.

2.4.1. Vajadus järelravi ja pikaravi voodikohtade järgi. Statsionaarse ravi puhul on järelravivoodite olemasolu põhieelduseks keskmise ravilviibimise lühendamiseks aktiivraviosakondades. Samas tervishoiuregioonis peab järelravi teenust pakkuvate haiglate voodikohtade koguarv olema ligikaudu 3-4 ühe regionaalhaigla või ülikoolihaigla pulmonoloogiaosakonna aktiivravi voodikoha kohta.

Krooniliste nakkusohlike tuberkuloosihaigete jaoks on vajalik 30 pikaravi voodikohta.

2.5. Eriarstide vajadus.

Käesoleval hetkel on Eestis keskmiselt 1 atesteeritud ja ravitööga tegev pulmonoloog 25 000 elaniku kohta. Seda suhet on kavas järk-järgult vähendada optimaalse väärtuseni 1 pulmonoloog 35 000 elaniku kohta.

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

Aastal 2010 keskmiselt 0,32 täiskoormusega kliinilise tööga tegelevat pulmonoloogi 10 000 elaniku kohta.

Aastal 2015 keskmiselt 0,29 täiskoormusega kliinilise tööga tegelevat pulmonoloogi 10 000 elaniku kohta.

2.5.2 Eriarstide optimaalne absoluutne arv Eestis aastatel 2010 ja 2015.

Paralleelselt pulmonoloogiliste statsionaaride aktiivvoodikohtade vähenemisega kuni aastani 2010-2015 suureneb ambulatoorse töö osakaal. Elanikkonna arvulise suuruse olulist kasvu ette näha ei ole. Seega ei ole ette näha olulist kõrvalekallet kopsuarstide tegeliku arvu järgnevalt esitatud dünaamikast. Ettevalmistatud ja atesteeritud pulmonolooge on võimalik rakendada erialases teaduslikus uurimistöös, lahendada tuleb vaid teadustöö finantseerimise küsimused.

Aastal 2010 ligikaudu 45 täiskoormusega kliinilise tööga tegelevat pulmonoloogi.

Aastal 2015 ligikaudu 40 täiskoormusega kliinilise tööga tegelevat pulmonoloogi.

2.5.3. Ettepanek koolitustellimuseks.

Arvestades praeguse seisuga Eestis töötavate pulmonoloogide vanuselist koosseisu, on ette näha koolitusvajaduse teatavat tõusu lähemal 5-10 aastal. Piirkonniti on vajadus pulmonoloogide järgi erinev. Teiselt poolt on aga ette nähtud pulmonoloogide arvu vähenemine käesolevast seisust (55 pulmonoloogi) aastani 2015 viieteistkümne eriarsti võrra (punkt 2.5.2.). Kuni aastani 2005 oli pulmonoloogide koolitustellimus oluliselt redutseeritud, edasi aga on ette näha koolitusvajaduse aeglast kasvu. Edaspidigi mõjutavad eriarstikoolitustellimust suurenemise suunas mitmed tegurid:

- potentsiaalne väljaränne Eestist (vaba tööjõuturu kujunemine Euroopas)
- kadu muudel põhjustel (lahkumine meditsiinifäärast muule tööle)
- pikema- või lühemaajalised eemalviibimised kutsetööst, mis vajavad asendusi
- tööle siirdumine lähedastele või siduserialadele (lastehaigused, allergoloogia, endoskoopia jt.). Sellest tulenevalt tuleb prognoosida koolitustellimust järgnevalt:

2005-2010: 2-3 residentit aastas vastu võtta riigieelarvest finantseeritavatele õppekohtadele

2010-2015: 3-4 residentit aastas vastu võtta riigieelarvest finantseeritavatele õppekohtadele

3. Olemasolev eriala regulatsioon ning ettepanekud vajalikeks muudatusteks ja täiendusteks koos põhjendusega.

3.1. Seadusandlus.

Pulmonoloogia (kopsuhaiguste diagnoosimine ja ravi) peab praktikas tuginema mitmetele seadustele, seadusandlikele aktidele ja määrustele, mis toetavad, juhivad ja sanktsioneerivad selle eriala tegevust: Nakkushaiguste tõrje seadus, Tubakaseadus, Tervishoiukorralduse seadus, ravikindlustusseadus. Tulevikus oleks vaja mitmeid seadusandlike akte, mis senisest paremini reguleeriksid arstide pädevust, esmatasandi arstide kohustusi jm.

Lähiaastatel on kavas laiendada võitlust suitsetamisharjumuse leviku vastu. Selle tegevuse ühe põhilise osana on kavas laiendada meditsiinilist nõustamist suitsetamisest loobumisel ja patsiendikoolitust selliselt, et igas maakonnas oleks vähemalt üks erialane nõustamiskeskus. Tubakaseadusel ja selle rakendusseadustel on suur osa suitsetamise vastu suunatud meditsiinilise tegevuse toetamisel.

Kopsuhaiguste hulgas on mitmeid kroonilisi haigusi, mida põdevatele isikutele on antud haiguse raviks kasutatavate ravimite kasutamiseks loodud võimalus nende väljakirjutamiseks erisoodustingimustel (nn. erikorvatavad ravimid). Lähitulevikus kavandatakse niisuguste ravimite nimekirja motiveeritud täiendamist uute ravimitega. Samas peab erikorvatavus olema diagnoosipõhine mingi ravimrühma suhtes ning samaaegselt olema seotud antud konkreetse isikuga nii, et erikompenseerimine hakkaks kehtima alles vastava eritunnistuse väljastamist eriarsti poolt elukohajärgsele haigekassale. See vähendaks sellise diagnoosi väärkasutamist ravimite soodustingimustel väljakirjutamise eesmärgil ja väärtustades diagnoosi parandab meditsiinistatistiliste andmete kvaliteeti.

3.2. Ravijuhised.

Pulmonoloogia eriala jätkab sarnaselt kõikidele teistele erialadele tõenduspõhise meditsiini põhimõtetele baseerumist, s.t. põhineb teabele, mis on saadud hästidisainitud, randomiseeritud sihtuuringutest, mis põhinevad piisava suurusega patsientide hulgal. Planeeritud on laialdaselt kasutada mujal maailmas tehtud ja avaldatud uuringute tulemusi. Samas näeme ette ka võimaluse rahvusvaheliselt tunnustatud ravijuhtnööride (Euroopa, Ameerika, Briti, Euroopa-Ameerika ühendatud konsensused jne.) põhimõtete järgimiseks Eesti kopsumeditsiinis, kuna üldtunnustatud seisukohad ei erine ega saagi erineda meil ja mujal. Selle materjali põhjal kirjutatakse kokku diagnostika- ja ravijuhtnöörid enamiku hingamiseldite haiguste osas, kohandades neid mõnevõrra vastavalt Eestis tehtud uuringute või vaatluste tulemustele, viimaste puudumisel tugineda piisavalt motiveeritud nn. ekspertarvamusele. Samuti tuleb arvestada Eesti rahvastiku demograafilisi iseärasusi, paiknemist, varalist seisundit ja riigi majanduslikku ressursi, kultuuritausta ning mõningal määral ka ravitraditsioone

- Äge ja krooniline bronhiit
- Kopsupõletikud
- Bronhiaalastma
- Krooniline obstruktiivne kopsuhaigus
- Kopsuvähk
- Kopsuembooliad
- Krooniline köha
- Tuberkuloos
- Sarkoidoos
- Idiopaatiline kopsufibroos

- Pneumokonioosid
- Pleura haigused (pleuriidid ja pleuraempüem)

3.3. Teised standardid.

Konkretiseeritud on lubatud erialaspetsiifiliste tegevuste jaotumus sõltuvalt erialast ja arstiabi tasemest, samuti tegevused, milliste rakendamine on lubatud hädaolukorras kõikidele arstidele.

Eriarsti pädevusse kuuluvate tegevuste määramisel tuleb ette näha suuremat paindlikkust, et tegevuste kontsentreerumine eriarstidele ei demotiveeriks volituste piiramise läbi esmatasandi arste ja teise tasandi arstiabis töötavaid pulmonolooge kui tähtsaid koostööpartnereid. Samas, volituste loovutamisel esmatasandi arstiabile tuleks enne rakendada mehhanismid, mis tagaksid piisava kvaliteedi ja meditsiinilise pädevuse haiguskäsitluses, vastavate tegevuste sooritamisel, tulemuste interpreteerimisel ja kohustuste kandmisel (näiteks spirograafia koos bronhodilataatortestiga, astmaravimite esmase väljakirjutamise õigus jne.).

Konkreetsed tegevused, mille läbiviimise õigus ja kohustus kuulub ainult eriarstiõppe läbinud pulmonoloogidele:

- Bronhoskoopia koos juurdekuuluvate uuringutega
- Voolu-mahu spirograafia tulemuste ja bronhodilataatortesti läbiviimine, kvaliteedikontroll ning tulemuste interpreteerimine
- Kopsude difusioonivõime määramine, tulemuste interpreteerimine
- Hingamiselundkonna funktsionaalsed koormustestid (spiroergomeetria)
- Hingamisteede provokatsioonitesti (koormus-, allergeen-, metakoliin, histamiin-)
- Pleura biopsia (ka torakaalkirurgid)
- Pulmonoloogiliste haigete tööeksperitiis

Kopsuhaiguste loetelu, mille diagnoosi kinnitamine kuulub pulmonoloogi ainupädevusse

- Kopsuabstsess (ka torakaalkirurgid)
- Tuberkuloos ja teised mükobakterioosid
- Kopsu mükoosid
- Algloomadest põhjustatud kopsuinfektsioonid
- Kopsuinfektsioonid immuunpuudulikkusega isikutel
- Bronhieктаasid
- Kopsude muutused sarkoidoosi korral (koostöös teiste eriarstlike erialadega)
- Pneumokonioosid
- Eosinofiilsed pneumooniad
- Hüpersensitiivsuspneumoniidid
- Ravimitest ja teistest põhjustest tingitud kopsufibroosid (kiirituskahjustus)
- Idiopaatilise kopsufibroos
- Teised idiopaatilised interstitsiaalsed pneumooniad
- Teised difuussed parenhümatoossed kopsuhaigused (Kopsude alveolaarne proteinoos, eosinofiilne granuloom, tuberoosne skleroos, lümfangioleiomiomatoos jne.)
- Pulmonaalne arteriaalne hüpertensioon (ka kardioloogid)
- Bronhiaalastma
- Krooniline obstruktiivne kopsuhaigus (kopsuemfüseem, krooniline obstruktiivne bronhiit)
- Oblitereeriv bronhioliit

- Uniapnoed
- Hüperventilatsioonisündroom
- Alveolaarne hemorraagia ja kopsude hemosideroos
- Kopsude healoomulised kasvajakud (koos torakaalkirurgide ja onkoloogidega)
- Pahaloomulised kopsukasvajakud (koos torakaalkirurgide ja onkoloogidega)
- Keskseinandi kasvajakud ja tsüstid (koos torakaalkirurgide ja onkoloogidega)
- Pleuramesoteliom (koos torakaalkirurgide ja onkoloogidega)
- Kutsega seotud kopsuhaigused
- Kopsuhaiguste spetsiifiline taastusravi

Kopsuhaigused, mille ravi juhtimine kuulub pulmonoloogi pädevusse:

- Pneumoonia rasked vormid
- Kopsuabstsess (ka torakaalkirurg)
- Aspiratsioonipneumoonia (ka intensiivravi arstid)
- Tuberkuloos ja teised mükobakterioosid
- Kopsu mükoosid (ka infektsionistid)
- Algloomadest põhjustatud kopsuinfektsioonid (ka infektsionistid)
- Kopsuinfektsioonid immuunpuudulikkusega isikutel (ka infektsionistid)
- Bronhieктаasiad
- Kopsude muutused sarkoidoosi korral (koostöös teiste eriarstlike erialadega)
- Pneumokonioosid
- Eosinofiilsed pneumooniad
- Hüpersensitiivsuspneumoniit
- Ravimitest ja teistest põhjustest tingitud kopsufibroosid (kiirituskahjustus)
- Idiopaatilise kopsufibroos
- Teised idiopaatilised interstitsiaalsed pneumooniad
- Teised difuussed parenhümatoossed kopsuhaigused (Kopsude alveolaarne proteinoos, eosinofiilne granuloom, tuberoosne skleroos, lümfangioliomüomatoos jne.)
- Pulmonaalne arteriaalne hüpertensioon (ka kardioloogid)
- Bronhiaalastma (keskmise raskusega persistentne ja raske persistentne)
- Krooniline obstruktiivne kopsuhaigus (keskmise raskusega ja raske)
- Oblitereeriv bronhioliit
- Uniapnoed
- Hüperventilatsioonisündroom
- Alveolaarne hemorraagia ja kopsude hemosideroos
- Kopsude healoomulised kasvajakud (koos torakaalkirurgide ja onkoloogidega)
- Pahaloomulised kopsukasvajakud (koos torakaalkirurgide ja onkoloogidega)
- Keskseinandi kasvajakud ja tsüstid (koos torakaalkirurgide ja onkoloogidega)
- Pleuramesoteliom (koos torakaalkirurgide ja onkoloogidega)
- Kutsega seotud kopsuhaigused

3.4. Patsiendikoolitus. Tagamaks krooniliste hingamiselundite haiguste (bronhiaalastma, krooniline obstruktiivne kopsuhaigus, krooniline hingamispuudulikkus muudel põhjustel, aeglase või kroonilise kuluga infektsioonid nagu tuberkuloos jt.) ravi tegelikku efektiivsust ja hoidmaks ära reaalselt vältitavaid ägenemisi ja tüsistusi, on nimetatud haiguste ravi lahutamatuks osaks patsiendikoolitus. Mida kroonilisem on haigus, seda enam on vaja seda põdevaid patsiente koolitada mõistma oma haigust, selle olemust ja tunnuseid, kulgu, samuti

ravi põhimõtteid, ägenemise ja progresseerumise tundemärke ning ravi. Pidevalt muutuvad ja täienevad diagnostikavõimalused, lisanduvad uued ravimid ja muutuvad raviskeemid. Ilma vastava koolitusega ei oska patsiendid oma haigusega toime tulla. Ravi põhiküsimuste lahendamine on pulmonoloogi ülesanne, patsiendi koolitamine oma haigusega toimetulekuks ja ravimite tarvitamise tehnilise poole õpetamine aga kuulub erialaselt koolitatud meditsiiniõde, nn. koolitusõde ülesannetesse.

Viimasega seoses on plaanis kopsuhaigustega tegelevate õdede, kaasa arvatud koolitusõdede spetsialiseeritud täiendõppe laiendamine. On vajalik, et õiendusala töötajate kutse- ja erialanimistu saaks täiendatud lisaerialaga “kopsuhaiguste koolitusõde”. Praegustel hinnangutel on tarvis igasse maakonda vähemalt üks kopsuhaiguste koolitusõde, kelle koostöö samas tegutseva pulmonoloogiga moodustaks funktsionaalse terviku krooniliste kopsuhaigustega haigete raviküsimuste lahendamiseks.

4. Ettepanekud eriarstide kvalifikatsiooni parendamiseks.

4.1. Koolitus.

Pulmonoloog on erialase residentuuri läbinud kopsuarst. Residentuuri pulmonoloogia erialal on 4-aastane, residentuuri uus programm omandab kehtivuse alates 2001. aastast, seejärel on kavas seda täiendada järk-järgult, vastavalt koolituse sisulistele vajadustele. Residentuuri õppebaasideks saavad olla regionaalhaiglate pulmonoloogia- ja tuberkuloosiraviosakonnad; residentuuri ambulatoorse vastuvõtu tsükleid on lubatud läbida ka raviasutustes ja keskhaiglates, kus toimub pulmonoloogi vastuvõtt.

4.2. Täiendkoolitus.

Täiendkoolitus baseerub kolmanda tasandi raviasutustes, eeskätt Tartu Ülikooli baasiks olevas SA TÜK Kliinikumi Kopsukliinikus, kasutades Ülikooli õpetava kaadri potentsiaali. Üheselt on kavas kehtestada kõikidele pulmonoloogidele nõue täiendada ennast vähemalt ühe ainepunkti ulatuses aastas. Iga pulmonoloog peab pidama vähemalt ühe erialase temaatilise (teoreetilise) ettekande aastas oma teadusüritusel, seminaril, Eesti Kopsuarstide Seltsi või muu organisatsiooni koosolekul või töökohaks oleva raviasutuse konverentsil.

4.3. Resertifitseerimise vajalikkus ja optimaalne sagedus. Optimaalseks sageduseks on kord viie aasta järel. Pulmonoloog eriarstina ei vaja edasist atesteerimist kategooriate kaupa.

4.4. Teised ettepanekud kvalifikatsiooni parendamiseks ja säilitamiseks.

Pulmonoloogia erialal näeme ette tähtajalised töölepingud ja loodud ametkohtade täitmise avalikult väljakuulutatud konkursside korras, mis peaks looma võimaluse spetsialistide motiveerimiseks enesetäiendamise suunas ning andma võimaluse rakendada kõrgelt kvalifitseeritud tööle parimad, kaasaegsete teadmistega asjatundlikumad eriarstid. Sellega omakorda tõuseb elanikkonnale antava eriarstiabi kvaliteet pulmonoloogia erialal.

4.5. Muid eriala probleeme, ettepanekuid.

Peamised eriala probleemid ja ettepanekud on fikseeritud käesoleva dokumendi erinevates peatükkides: “Eriala areng”, “Olemasolev eriala regulatsioon ning ettepanekud vajalikeks muudatusteks ja täiendusteks” jne. Tõsisena näeme vajadust seadusandluse muutmiseks selliseks, et see ei takistaks teaduslikku lähenemist meditsiinis ning andmete kättesaadavust, mis on vajalik planeerimiseks (registrid, linkimised ja andmekaitse seadus)