

# **Sisehaiguste eriala arengukava aastani 2020**

**Koostas:**

Eesti Sisearstide Ühendus

Margus Lember (töögrupi juht), TÜ Kliinikum

Alice Lill, Põhja-Eesti regionaalhaigla

Katrin Nõukas, Põhja-Eesti regionaalhaigla

Peeter Saadla, TÜ Kliinikum

Kai Sukles, Ida-Tallinna Keskhaigla

Merike Toomik, Lõuna-Eesti Haigla

## Sisukord

|   |    |
|---|----|
| 1.2. Eriala arengu prioriteetid .....   | 4  |
| 1.3. Võrdlus eriala arengu ning prioriteetidega Euroopa Liidu liikmesriikides ja mujal maailmas .....                               | 5  |
| 2.1. Patsientide ja teenuse osutamise jagunemine haiglas osutatava ja haiglavälise eriarstiabi ning esmatasandi arstiabi vahel..... | 6  |
| 2.2. Patsientide ja teenuse osutamise jagunemine aktiivravahaiglate vahel.....  | 6  |
| 2.3. Haruldased haigused .....  | 8  |
| 2.4. Harvaesinevad haigusseisundid .....  | 9  |
| 5. Prognoosid.....  | 10 |
| 5.1. Teenusevajaduse prognoos.....  | 10 |
| 5.2. Voodikohtade arvu prognoos.....  | 11 |
| 5.3. Eriarstide vajadus .....   | 13 |
| 5.4. Uute tehnoloogiate ja meditsiiniseadmete vajadus (sh ravimid) .....  | 16 |
| 6. Regulaatiivne keskkond ja vajalikud muudatused .....   | 17 |
| 6.1. Seadusandlus.....  | 17 |
| 6.2. Ravijuhised .....  | 17 |
| 7. Professiiooni vastutuse tõstmine eriarstide pädevuse jälgijana .....   | 18 |
| 8. E-tervis.....  | 18 |

## 1. Eriala areng

### 1.1. Eriala definitsioon ja olemus

Sisehaigused meditsiinierialana on üks peamisi arstlikke erialasid, mis tegeleb täiskasvanute erinevate sisehaiguste diagnostika, ravi ja profülaktikaga.

Sisehaiguste eriala arstid osutavad laiahaardelist arstiabi nii haiglas kui ka ambulatoorselt, tegelevad patsientidega, kel esineb samaaegselt mitmeid haigusi, on uuringute ja ravi koordinaatoriks erinevate muude erialaspetsialistide vahel.

Sisearstide konkreetsed tööülesanded võivad sõltuvalt praktiseerimiskohast olla erinevad, tööjaotus sisemeditsiini subspetsiaalsustega on suuresti kokkuleppeline ja sõltub vastavate spetsialistide olemasolust konkreetses haiglas. Üldhaiglates katavad sisehaiguste arstid kogu sisemeditsiini valdkonna. Kesk- ja regionaalhaiglates sõltuvad konkreetsed tööülesanded subspetsiaalsuste olemasolust haiglas.

Lisaks sisearsti nn. baasoskustele võivad sisearstid omandada ja töötada erinevate instrumentaalsete uurimismeetoditega, nagu näiteks seedetrakti endoskoopilised uuringud, ultraheliuuringud, ehhokardiograafia, EKG ja koormustestid, spirograafia jmt.

Sisearstid võivad omada kõrvaleriala (praegu on nendeks allergoloogia, geriaatria ja kliiniline farmakoloogia), samuti võib neil olla omandatud ka veel teine arstlik eriala. Selline kombinatsioon on eriti otstarbekas üld- ja keskhaiglates, kus ei pruugi olla piisavas mahus erialalist tööd sisehaiguste subspetsialistidele, ent kombineerides tööülesandeid sisearsti tööga, saadakse arstiabi osutamiseks optimaalseim kompetentsuste ja töökoormuste kogum.

*Sisehaiguste eriala (ingl. k. Internal medicine) tähendus võib riigiti pisut erineda: on riike, kus see mõiste hõlmab ka kõiki sisemeditsiini subspetsiaalsuste mõistet (kardioloogia, gastroenteroloogia jne), neis riikides käsitletakse ka kõiki subspetsiaalsusi sisehaiguste arstidena. Enamjaolt mõistetakse rahvusvaheliselt sisearsti all siiski nn. üldsisehaiguste arsti, kel on laiapõhjaline sisehaiguste alana väljaõpe, nendes tervishoiusüsteemides töötavad sisehaiguste eriala arstide kõrval kardioloogid, gastroenteroloogid, reumatoloogid jne. Iseisvate erialade arstidena. Eesti on viimaste aastakümnete arengus valinud just viimatikirjeldatud tee.*

### 1.2. Eriala arengu prioriteedid

1. Mehitada sisehaiguste osakonnad Eesti haiglates vajaliku arvu sisearstidega. Osakonnas peaks olema minimaalselt 3 sisehaiguste eriarsti, et kindlustada konkreetses haiglas toimiv sisehaiguste eriala kompetentsus ja tagada arstidele minimaalselt vajalik töökeskkond.

2. Tagada, et sisehaiguste osakondade juhatajad oleksid sisearsti pädevust omavad arstid.
3. Tänapäevane sisehaiguste alal arstiabi osutamine saab toimuda haiglas, kus on olemas paralleelselt kompetentne kirurgiline abi, intensiivravi ja vajalik diagnostikabaas laboratoorsete ja instrumentaalsete uuringutega.
4. Tervishoiusüsteem peab arvestama, et vajadus sisehaiguste kui eriala järgi kasvab: inimeste eluea pikenedes haigena/haigustega elatud aastate arv suureneb, samaaegselt mitut haigust põdevate inimeste osakaal suureneb, arstiabi sügavama spetsialiseerumisega kaasneb vajadus erinevate erialade enama integreerituse järele, haigla tasemel on selleks arstiks sisearst.
5. Oluline on koostöö parandamine esmatasandi arstiabiga, sotsiaaltöötajate ning hooldusravivõrguga.
6. Vajalik on töökorraldust puudutavate aspektide parandamine, s.h. soodusravimite väöjakirjutamise piirangute ülevaatamine ja harvaesinevate haigusseisundite välismaal diagnoosimise ja ravi protsessi parandamine.
7. Vajadus täpsemalt defineerida järelravi- mis on selle sisu, kus ja kelle poolt seda teostatakse.
8. Hooldusravi tarvis geriaatria kõrvaleriala omavate sisearstide parem rakendamine. Tulenevalt Eesti haiglavõrgust on hooldusravi pakkuvate osakondade tekkimine olemasolevate üld-, kohalike ja ka keskhaiglate koosseisu optimaalne lahendus. Neis haiglates on põhiliseks arstiks sisearst, osa neist kõrval- või täiendavat eriala omades ning täiendavaid uurimismeetodeid rakendades.

### **1.3. Võrdlus eriala arengu ning prioriteetidega Euroopa Liidu liikmesriikides ja mujal maailmas**

Rahvusvahelise võrdluse alusel on selge, et sisearstide tööülesanded on erinevates riikides, aga ka haiglates, üpriski erinevad, Tööjaotus tugineb sageli kohalikele traditsioonidele. Eestis on sisemeditsiini subspetsiaalsuste roll üpriski tähtis, mis on tõenäoliselt tingitud Eesti väiksusest ja paljuski väljakujunenud kahe suurema meditsiinikeskuse olemasolust. Kitsamate spetsiaalsuste olemasolu nii Tartus kui ka Tallinnas nõuab neile piisavat töömahtu, mõnikord ka niisuguste haigete arvelt, kellega suurepäraselt saaksid hakkama ka sisehaiguste arstid. Subspetsialistide hea kättesaadavus tagab toimiva süsteemi suunamistel

perearstilt otse subspetsialistile - kuigi Eestis on väljendatud ka rahulolematust abi kättesaadavusega, siis rahvusvaheliste standardite kohaselt on see hea.

Euroopa riikides võib leida erineva mudeli alusel koolitatud sisearste: on riike, kus esmalt spetsialiseerutakse sisehaigustele ja alles seejärel valitakse subspetsiaalsus; on riike, kus Eestiga sarnaselt asutakse diplomieelse õppe järel koheselt residentuuri subspetsiaalsuste erialadel. On riike, kus üldsisehaiguste arsti spetsiaalsusena ei eksisteerigi. Mõnedes riikides töötavad sisearstid ka esmatasandi arstidena kõrvuti perearstidega.

## 2. Teenuste jaotumine

### 2.1. Patsientide ja teenuse osutamise jagunemine haiglas osutatava ja haiglavälise eriarstiabi ning esmatasandi arstiabi vahel

Sisehaiguste arstid on Eestis eeskätt haiglates töötavad arstid, kes tegelevad vähesel määral ka ambulatoorse vastuvõtuga. Ambulatoorse töö peamine kontingent on keerukad diferentsiaaldiagnostilised haiged, mitmete haiguste koosesinemisega patsiendid. Väljaspool Tartut ja Tallinat sõltub ambulatoorse töö maht ja kontingent kohapealse kitsama sisemeditsiini spetsialistide olemasolust/vastuvõttudest kohapeal. Lisaks sõltub ambulatoorne töö arsti teostatavatest täiendavates uuringutest (näit. funktsionaalne diagnostika) või kõrvalerialast (näit. allergoloogia).

Eriarstiabi vajadusel suunatakse perearsti poolt patsiendid suunitletult konsultatsioonile kitsama erialaga arstile (näit. Kardioloogile, reumatoloogile, pulmonoloogile jne).

Eestis oleks vajalikud ühtlustada printsiibid, kuidas toimub krooniliste haigustega patsientide jälgimine perearstide ja teiste eriarstide koostöös. Objektivset infot selle kohta on vähe, kuid mulje alusel on eri piirkondades tööjaotused erinevad.

### 2.2. Patsientide ja teenuse osutamise jagunemine aktiivravihaiglate vahel

Patsientide ja teenuste jagunemine piirkondlike, kesk-, üld- ja kohalike ja erihaiglate vahel ning vajadusel ka konkreetsete haiglate vahel

Sisemeditsiini olemasolu, nii statsionaarne kui ambulatoorne, on vajalik igas haiglas. Kohalikes ja üldhaiglates on (üld)sisehaiguste osakond, puuduvad eriosakonnad (kardioloogia, neuroloogia jne) Nende patsientide ambulatoorse abiga kindlustamiseks kitsama erialade arstide poolt on 2 varianti: kohapeal käib konsultant või suunatakse patsient eriarsti vastuvõtule kesk- või piirkondlikusse haiglasse. Eestis võiks liikuda süsteemi poole, kus kitsama eriala teenuste osutamise vastutus on kesk- ja piirkondlikel haiglatel.

Kesk- ja piirkondlikes haiglates on lisaks üldsisehaiguste osakondadele ka spetsialiseeritud osakonnad. Nendes haiglates on otstarbekas kitsamate erialade arstidele võimaldada nende erioskusi vajav töö, tavalisemate sisemeditsiini probleemidega peaksid tegelema sisehaiguste eriala arstid. Ambulatoorselt toimuvad nii sisearsti kui ka kitsamate erialade spetsialistide vastuvõttud.

#### Seos teiste erialade ja vajalike tugiteenustega

Sisehaiguste erialal on kattuvusi paljude sisemeditsiini erialadega (nn. subspetsiaalsustega). Täielikku loendit haigustest või probleemidest, mis kuhu kuulub, ei ole võimalik koostada. Kesk- ja piirkondlikud haiglad osutavad oma asukohas tavaliselt ka nn. üldhaiglateenust.

Sisehaiguste eriala teenuse osutamiseks on vajalik haiglal tugev diagnostiline baas (radioloogia, labor), koosseksiteerimine kirurgilise teenistuse ja intensiivraviga.

Arendamist vajab järelravi süsteem, mis praegu on ebaühtlane ja selgesti määratlemata (sageli osutatakse seda sisehaiguste eriala profiilsetel vooditel, mis võib olla lahenduseks, ent voodifond ja finantseerimine peab sellega arvestama).

Taastusravile juurdepääs on väga piiratud, praegu hooldusravile saadetavast kontingendist saaks kindlasti teatud hulka patsiente aidata taastusraviga naasta parema elukvaliteedi juurde kui pelgalt hooldusega.

#### Seos õendusabi ja meditsiiniseadmetega

Õendusabi on vajalik arendada just patsiendikoolituse seisukohast lähtudes-elustiili alane nõustamine, kopsuhaigete, südamehaigete nõustamine, diabeetikute nõustamine, õdede iseseisvad ambulatoorsed vastuvõttud. Killustatuse vältimiseks võiksid need vastuvõttud olla seotud vastavat arstiabi osutavate asutustega.

Meditsiiniseadmed – sisehaiguste erialal spetsiifilisi nõudeid ei ole, nõuded on samad, mis tulenevad haiglatele esitatavatest üldnõuetest või teatud uuringute-protseduuride spetsiifikast tulenevatest nõuetest.

#### Ambulatoorsed teenused, mis peaksid olema kättesaadavad ka vähem kui 40 000 elanikuga maakondades:

Sisearsti ambulatoorne vastuvõtt koos vajalike uurimismeetoditega.

Hinnang tänasele olukorrale:

Statsionaarne abi on tagatud kõigis regionaalsetes, kesk-, üld- ja kohalikes haiglates. Piirkondlikes ja keskhaiglates sisemeditsiin toimib rahuldavalt. Probleemiks üld- ja kohalikes haiglates on eeskätt kvalifitseeritud tööjõu puudus: praegune sisearstide arv ei vasta nimetatud siseosakondade vajadustele. Arstide vanusstruktuuri ja pealekasvu residentuurist tuleb pidada ebasoodsaks ja jätkusuutmatuks. Mõningat leevendust aitaks tuua haiglate kontsentreerimine (sellel negatiivsed mõjud füüsilisele arstiabi kättesaadavusele) ja täiendavate stiimulite loomine personali värbamiseks- haiglad ise praeguse rahastamise juures ei ole suutelised seda tegema. Sisearstide ühenduse on arvamusel, et seni, kuni praegusel kujul aktiivravihaiglate võrk toimib, on kõigis neid vajalik sisearstide teenuste osutamine.

Sisehaiguste erialaga arste töötab ka väljaspool arengukavas loetletud haiglaid - neid on vähe, seotud peamiselt järel- ja hooldusravi pakkujatega. Ainult ambulatoorselt töötav sisearst on Eestis suur erand. Uue tendentsina on sisearste hakatud tööle võtma haiglate teistes osakondades eesmärgiga tagada haigete uurimisel ja ravimisel piisav sisuline kompetentsus paljude kaasuvate haiguste korral (näit. ortopeedias, psühhiaatrias).

### 2.3. Haruldased haigused

Vastavalt Euroopa Liidu ühisele määratlusele loetakse haruldaseks haiguseks haigus, mis esineb kuni 5 inimesel 10 000-st (KOM (2008)726; KOM (2008)679). Täiendav info haruldaste haiguste osas on kättesaadav aadressil <http://www.orpha.net/consor/cgi-bin/index.php>.

Haruldaste haiguste ravi peab üldjuhul toimuma regionaalhaiglates. Kui vastava haiguse ravi kompetents on olemas muudes haiglaliikides, siis toimiva süsteemi muutmine pole otstarbekas. Lähtuma peab kindlasti ka patsiendi eelistustest (Näiteks: tervislik seisund/töö ei võimalda regionaalhaiglas ravil käia). Kui ravi toimub patsiendile lähimas haiglas, kuid peamine ravikeskus asub regionaalhaiglas, siis peab patsient teatud intervalli järgi (lähtuvalt haiguse eripärast) olema uuringutel või seisundi dünaamilisel uurimisel peamises ravikeskuses.

Vaadates eelpooltoodud veebilehe aadressil olevaid haruldasi haiguseid, siis seal nimistus on hulgaliselt haigusseisundeid, mille ravi on juba organiseeritud ning sellega tegelevad isikud leitud.

Probleemid:

- Väikese rahvaarvuga riikides võib osasid haiguseid esineda sedavõrd harva või juhuslikult, et teadlikkus ning tähelepanu nendes suhtes on tagasihoidlik.



- Sagedasti puudub haruldasel haigusel spetsiifiline haiguskood RHK-10-s. Isikud ringlevad meditsiinisüsteemis seetõttu väärdiagnoosiga või üldse ilma korrektse diagnoosita. Kas RHK-11 parandab selle tühimiku?
- Puudub ELi keskne andmebaas, kes/kus ravib teatud haiguseid – diagnoosimine ise ning diagnoosimise järgselt on keeruline leida võimalusi patisendi suunamiseks diagnostikaks/ravile EL liikmesriikidesse

## 2.4. Harvaesinevad haigusseisundid

Harvaesinevate haiguste diagnoosimiseks vajalike teadmiste/uuringute tellimine/ostmine teistest liikmesriikidest on põhjendatud, seda eeskätt majanduslikel põhjustel. Arvestades aga seda, et mõne uuringu tellimise protsess välismaal asuvast keskusest on küllaltki keerukas ning ka töömahukas, võib see inimressursi puudumisel jääda tegemata või teostatakse hilinevalt, millel omakorda võivad haigele olla saatuslikud tagajärjed. Praegune Eestis kehtiv protsess lühidalt tooduna:

- Raviarst uurib võimalusi, millises laboris/keskuses vajaminevat uuringut/diagnostika teostatakse. Kutsutakse kokku konsiilium.
- Konsiilium peab otsustama, et vajalik on väliskeskuse kaasamine haigusseisundi diagnoosimiseks. Plaaniline välisravi - Konsiiliumi protokoll vorm: <http://www.haigekassa.ee/blanketid/raviasutus/valisravi>
- Haige võtab ühendust Eesti Haigekassaga (HK), täidab järgneva vormi: <http://www.haigekassa.ee/blanketid/el/valisravi> . Viimane võib osutuda osadel juhtudel sedavõrd keeruliseks, et realses elus teeb selle töö mitte patsient, vaid teda raviv arst.
- 2 korda kuus koguneb HK nõukogu, kus otsustatakse võimalik rahastamine. HK-l on aega vastuseks 1 kuu. Positiivse otsuse korral väljastab HK garantiikirja vastavalt eelpoolnimetatud taotlustele.
- Raviarst või ka raviasutuse labor (uuringu tellimise korral) aitab vormistada vajalikud paberid ning korraldada proovi/patsiendi saatmise välisriiki.

Probleemid:

- Protsess keeruline – kas kogu paberitöö peaks tegema vaid raviarst? Kas Haigekassa poolt kompetents olemas?
- Menetlusaeg pikk, sellel võimalik ebasoodne mõju patsiendi seisundile/tervisele.

## 3. Valveteenistus

Sisearstlik valve peab olema tagatud kõigis aktiivravi haiglates- see tähendab eeskätt sisearste, ent multiprofiilsetes haiglates samuti teiste sisemeditsiini erialade arste. Sisearstliku valve asendamine üldarsti valvaga ei ole lubatav. Sisearstlik valve peab tagama adekvaatse haigekäsitluse nii haiglatesse toodud haigetele kui ka hospitaliseeritud haigetele:

vajalik on meditsiini laiapõhjaline tundmine, diferentsiaaldiagnostika valdamine, uuringute koordineerimise valdamine, oskused ja teadmised erinevate raviastutuste võimalustest erinevate probleemidega patsientide käsitlemisel, et edasisuunamised oleksid adekvaatsed sisult ja õigeaegsed.

## 4. Koormusstandardid

Ambulatoorses töös on vajalik esmase haige vastuvõtuks planeerida 30 min.- haiged on muutunud komplitseeritumaks, samaaegselt mitmete haigustega patsientide suur osakaal sisearsti vastuvõtul, konsultatsioonile tulevate haigete eelnevate uuringute maht on tavaliselt suur- see vajab läbivaatamist, hinnangu andmist ja selle foonil otstarbekalt uute uuringute planeerimist. Elektroonilistes süsteemides on vajalik ka kohene dokumenteerimine ning patsiendile vajalik info andmine. Selle kõigega toimetulekuks on vajalik planeerida 30 min., korduvvastuvõtuks 15 min.

Haiglatöö planeerimiseks tuleks patsiendi esimese voodipäeva tarvis planeerida 45 min. arsti tööaega, edasi kõigi voodipäevade kohta 30 min. Selliste normidega on võimalik töötada kui arstil on üheaegselt haiglas vähemalt 4 haiget. Haigete arv, keda arst üheaegselt tegelikult ravib, sõltub selle arsti kõigist summaarsetest tööülesannetest. Haiglahaige ravimiseks planeeritav aeg päevas eri tüüpi haiglates (regionaal-, kesk- ja üld ning kohalik haigla) ei peaks suuresti erinema: erinevates haiglatüüpides on arstide tööll küll omad iseärasused, ent kui siseosakonnas on aktiivravi vajavad haiged, mitte pikaravil ega hooldusel viibivad krooniliste haigustega patsiendid, siis ajakulus vahet pole. Kvalifikatsiooni säilitamiseks oleks soovitatav, et sisehaiguste arst teeks igas kuus vähemalt 2 valvet.

Koormuste planeerimisel tuleb planeerida aeg enesetäiendamiseks, haiglates oma eriala arendustööks, soovitatavalt teadustöös osalemiseks, administratiivülesannete täitmiseks, erinevates komisjonides (nii haiglasiseses kui piirkondlikes või üleriigilistes osalemist). Enamikes haiglates on lahendamata sisearsti haiglasisesed konsultatsioonid, mis võtavad rohkelt aega, ent ei kajastu haigete ravimise statistikas.

## 5. Prognoosid

### 5.1. Teenusevajaduse prognoos

Ravijuhtude arvu mõjutavad: elanikkonna vähenemine (ravijuhte vähem), elanikkonna vananemine ja paljude haiguste koosesinemine (ravijuhte rohkem), erakorralisus/plaanilisus (enamik sisuliselt erakorralised, selle arvelt muutust ei tule).

Statsionaaris tõenäoliselt osutatakse abi viimaste aastate 27 000 haigusjuhust pisut enam: üha enam nn klassikaliselt kirurgilisi haigeid diagnoositakse ja ravitakse siseosakondades, samuti suureneb krooniliste haigete hulk, kes nende põhihaiguse paranenud ravitulemuste tõttu elavad kauem, ent vajavad enam abi (näiteks mitmed onkoloogilised haiged).

Haigekassa info kohaselt on 1000 kindlustatu kohta stabiilselt olnud 42-44 statsionaarset ravijuhtu aastas, päevaravi 3 juhtu 1000 kindlustatu kohta, ambulatoorseid 290 juhtu 1000 kindlustatu kohta.

Päevaravi kasutamine Eestis on tagasihoidlik, rahastamisskeemi muutuse mõjul on toimunud vähenemine, erilist muutust ei prognoosi (300-500 juhtu).

Ambulatoorne arstiabi sisehaiguste erialal on suuresti mõjutatud kodeerimisest ja sellest tulenevast statistikast. Sisuliselt on praegu sisearstidel minimaalne ambulatoorne töö, töömahu annavad sisehaiguste alla kodeeritavad piirkonniti kokkuleppelised tegevused, samuti EMOs käinud ja sealt tagasi koju saadetud haiged. (65-70000 juhtu)

## 5.2. Voodikohtade arvu prognoos

Sisehaiguste voodikohtade jaotus arengukava lisaks olnud materjalides oli järgmine: 774 sisehaiguste voodit 2010. aastal, s.o 58/100000 elaniku kohta (879 oli 2005. aastal). 761 voodikohta oli 30.09.2011: Harjumaa 174 (s.h. Tallinn 144); Hiiumaa 12; Ida-Virumaa 74; Jõgevamaa 60; Järvamaa 20; Läänemaa 28; Lääne-Virumaa 52; Põlvamaa 38; Pärnu 40; Rapla 32; Saaremaa 43; Tartumaa 59 (s.h. Tartu 14); Valga 45; Viljandi 44; Võru 40.

Nende arvude võrreldavus tekitab küsimusi. On haiglaid, kus see number sisaldab ka neuroloogiat, samuti pediaatriat. Küsimusi tekitas samuti Tartumaa 45 sisehaiguste voodit. Peale põhjalikku uurimist tuli vastus TAI spetsialistilt: selgus, et Elva Haiglas on 45 sisehaiguste voodit. Aktiivravis need voodid teadaolevalt ei ole kasutuses, sinna suunatakse patsiente tavaliselt järel- ja hooldusravile (kas just nendele voodikohtadele, ei ole teada).

Statistika on moonutatud, sest tõenäoliselt osutatakse sisehaiguste vooditel ka mujal järelravi (see on Haigekassa mõistes omaette koodiga teenus). Kui palju seda on, ei ole arengukava materjalides selge. TAI spetsialistidelt saadud info kohaselt jagunevad sisehaiguste voodid alljärgnevalt: Kliinikum ja PERH: 16+36=52, keskhaiglad 179, üld- ja kohalikud haiglad 470 voodit. Kokku seega 701 voodit.

2009. aastal püüdis Eesti Sisearstide Ühendus saada ülevaadet sisehaiguste voodikohtadest Eesti haiglates otse haiglatelt küsitud info alusel, tulemused on alljärgnevas tabelis, summaarselt suurusjärgus 675-700 kohta. Oleks tänuväärne, kui haiglates tegelikult olevad sisehaiguste voodid kokku loetaks.

**Tabel 1.** Sisehaiguste voodikohad piirkondlikes haiglates (2009)

| Haigla          | Osakond                            | Kohti | sh intensiiv | Täpsustused          |
|-----------------|------------------------------------|-------|--------------|----------------------|
| TÜ<br>Kliinikum | Reumatoloogia-sisehaiguste osakond | 16    | 2            |                      |
| PERH            | I sisehaiguste üksus               | 23    |              | 5 reuma,<br>2 gastro |
|                 | II sisehaiguste üksus              | 25    |              | 5 endokrin           |

**Tabel 2.** Sisehaiguste voodikohad keskhaiglates (2009)

| Haigla                       | Osakond                  | Kohti    | sh intensiiv | Täpsustused                 |
|------------------------------|--------------------------|----------|--------------|-----------------------------|
| Pärnu Haigla                 | Siseosakond              | 30       | 3            |                             |
|                              | Sisehaiguste-neuroloogia | 10 ja 17 | 3            |                             |
|                              | Järeldravi               | 3 siseh. |              |                             |
| Ida-Tallinna<br>Keskhaigla   | I siseosakond            | 21       | 5            | sh 7<br>pulmonoloogia       |
|                              | II siseosakond           | 20       | 5            | lisaks 10 päevaravi         |
| Lääne-Tallinna<br>Keskhaigla | Pelgulinna siseosakond   | 45       | 3            |                             |
|                              | Merimetsa siseosakond    | 25       | 2            | sh 10<br>gastroenteroloogia |
| Ida-Viru<br>Keskhaigla       | Siseosakond              | 25       |              |                             |

**Tabel 3.** Sisehaiguste voodikohad üld- ja kohalikes haiglates (2009)

| Haigla                | Osakond                   | Kohti   | sh intensiiv | Täpsustused                           |
|-----------------------|---------------------------|---------|--------------|---------------------------------------|
| Rakvere Haigla        | Siseosakond               | 60      | 4            | sh neurol 10                          |
| Lõuna-Eesti<br>Haigla | Siseosakond               | 50      | IROs         |                                       |
| Kuressaare<br>Haigla  | Siseosakond               | 50      | IROs         | sh neurol 10                          |
| Järvamaa Haigla       | Siseosakond               | 23      | 4            | sh neurol                             |
| Viljandi Haigla       | Siseosakond               | 62      | 5            | lisaks taastus 10<br>ja pediaatria 14 |
| Narva Haigla          | Siseosakond               | 75      | 4            | sh kardil 15,<br>neurol 10            |
| Valga Haigla          | Siseosakond               | 60      | IROs         | sh neurol 15                          |
| Hiiumaa Haigla        | Siseosakond               | 18      | 2            |                                       |
| Läänemaa<br>Haigla    | I osak (sise ja<br>laste) | 28 sise |              |                                       |
|                       | II osak (kir, gün)        |         |              |                                       |

|               |              |    |   |             |
|---------------|--------------|----|---|-------------|
|               | ja sise) IRO |    |   |             |
| Rapla Haigla  | Siseosakond  | 30 | 3 |             |
| Põlva Haigla  | Siseosakond  | 38 | 6 | sh neurol 7 |
| Jõgeva Haigla | Siseosakond  | 50 | 4 |             |

Voodikohtade arvu võiks prognoosida alljärgnevalt:

|   | 2015    | 2020    |
|---|---------|---------|
| Voodikohtade arv (sh eraldi välja tuua päevaravi ja intensiivravi voodikohtade arv) | 660-750 | 660-750 |
| - Piirkondlikud haiglad   | 60-70   | 60-70   |
| - Keskhaiglad   | 150-180 | 150-180 |
| - Üldhaiglad  | 350-380 | 350-380 |
| - Kohalikud haiglad   | 70-80   | 70-80   |
| - Erihaiglad  | 30-40   | 30-40   |

Voodikohtade prognoosimiseks vajalikud algandmed on puudulikud, samuti tulevikuvisionid haiglate arengukava suhtes:

Ei ole täpselt teada, kui palju praegustes sisehaiguste osakondade voodifondis sisaldub arvutuslikult teiste erialade voodeid (peamiselt neuroloogia, pulmonoloogia, pediaatria, kardioloogia, gastroenteroloogia jt.) Tabelis toodu kajastab sisehaiguste eriala voodeid.

Ei ole teada maakonnatasandi haiglate (eeskätt kohalike, aga ka üldhaiglate) jätkamise perspektiivi praegusel kujul. Tõenäoliselt aastaks 2015 muutusi ei toimu, ent 2020.aastaks on need võimalikud.

Intensiivravi voodikohtade arv sisehaiguste eriala tarvis on orienteeruvalt 10-20% voodikohtadest. Kuigi intensiivravi jaotamine 3 astmeks on seni kasutusel, ei ole rahastamises kõige lihtsam intensiivravi tavaravi päevast kallim, paiguti on suisa odavam (!), põhjustab see tõenäoliselt moonutusi intensiivravi defineerimises ja ametlikus statistikas.

### 5.3. Eriarstide vajadus

Arstid:

Taustaandmetes esitatud tabeli alusel oli 2010. aastal Eestis **130 sisearsti**, prognoos 2015. aastaks on 99 ja 2020. aastaks 87 arsti. Sotsiaalministeeriumi määratletud vajadus

aastaks 2015 on 171 arsti. Eelnevast tulenevalt on kätte jõudnud ja süvenemas oluline sisearstide defitsiit.

Prognoositud sisearstide migratsioon on 6 arsti/aastas (tõenäoliselt noored arstid). Pensionile siirdujaid prognoositud 5-10 arsti aastas. See tähendab, et praeguse taseme säilitamiseks on vajalik, et süsteemi tuleb juurde 11-16 arsti aastas. Residentuuriprognosides (SoM) loodetakse, et noori sisearste tuleb aastas juurde 11. Tegelikkus on kaugel sellest, residentuuri lõpetavad viimastel aastatel 2-4 arsti aastas: õppes olevatest residentidest viimastel aastatel tegelikkuses on ligi pooled lapsepuhkusel, s.t. nende residentuuri lõpetamine lükkub edasi. Sisehaiguste eriala kohtade täitmine on olnud piiripealne. Et pooled sisearstide residentuuri astujad on teinud seda teise valikuna, siis suur osa üritab järgnevatel aastatel astuda residentuuri oma esmavaliku erialale ja enamikul see ka õnnestub.

Sisehaiguste eriala residentuuri lõpetanutest on suur osa asunud tööle välismaale (Soome), kus nende arstide järele on suur nõudlus ning kordades atraktiivsem palgatase. Eesti probleemiks on ka üldhaiglate (samuti kohalike haiglate) kahtlane jätkusuutlikkus ning sellest tulenev ebakindel perspektiiv sisearstidele - enamik töökohti on ju neis nn. maakonnahaiglais. Maakonnakeskused ei ole piisavalt atraktiivsed vastlõpetanud sisearstidele, viimase 10 aasta jooksul on vaid 2 sisearsti asunud tööle väljapoole Tallinna, Tartut või Pärnut (1 Võrus ja 1 Rakveres). Uueks tendentsiks on sisearstide töölevõtmine suurte haiglate teistesse osakondadesse (näit. ortopeedia), kus sisearsti rakendatakse sealsete patsientide krooniliste haiguste diagnostikas, ravis, operatsiooni-eelses ja -järgses jälgimises ja ravis. Selline vajadus on olnud seni hindamata, sisearstidele võib see olla atraktiivne eeskätt Tallinnas ja Tartus paiknemise ning lihtsama, reeglina öövalveteta töötamise tõttu.

Eesti Sisearstide Ühendus püüdis 2009. aastal kokku lugeda haiglate kaupa seal töötavad sisearstid. Tulemusena selgus, et arengukava haiglates töötas kokku 76 sisearsti: 11 Kliinikumis ja PERHis, 15 keskhaiglates, üld- ja kohalikes haiglates 42 siseosakondades ja 8 lisaks muudes osakondades (kokku 50).

Tervishoiuameti andmeil (2009) töötab 18 arengukava haiglas 135 sisearsti, väljaspool arengukava haiglaid töötab 116 sisearsti:

- 53 puudub märke töökoha kohta (pensionil, välismaal, muul töö),

- 18 on perearstid, töötavad oma nimistuga,

- 5 töötavad nimistuga perearsti juures,

- 16 töötavad sanatooriumis (taastus- või sisearstina),

- 5 muudes haiglates,

- 8 eravastuvõttud,

- 4 sisearstina eraldiseisvates polikliinikutes,

5 tervishoiuarstid,  
2 vangla-arstid.

Tervishoiuametis oli arvel kokku 251 sisearsti.

Ülalesitatust nähtub, et andmed sisearstide arvu kohta, kes Eesti tervishoiusüsteemis töötavad, on üpris mitmekesised, ei ole võimalik teada saada ka koormusi, millega arstid töötavad.

Kui palju sisearste on tegelikkuses vajalik?

Sisearsti tööd koosnevad järgmistest valdkondadest: 1) palatitöö, 2) valvetöö, 3) ambulatoorne töö, 4). uuringud ja protseduurid, 5). konsultatsioonid teistele osakondadele, 6) administratiivtöö.

1. Palatitöö. Võttes arvestuse aluseks Eestis ca 700 sisehaiguste profiili voodit ning eeldusel, et sisearst katab sellest 80% (muu teevad osakondades töötavad teiste sisemeditsiini erialade spetsialistid) ehk siis sisearstide tööks on 560 voodit. Arvutuseks 1,0 koormusega arstile 10 voodit, siis läheb palatitööks summaarselt vaja 56 arsti.

2. Valvetöö. 18 aktiivravi haiglas vajalik ööpäevaringne sisearsti valve, s.t. summaarseks töökoormuseks 18 haiglat x 4,5=81 arsti.

Tegelikkuses osalevad valvetöös mitmetes haiglates teiste sisemeditsiini erialade arstid, IRO/EMO anestesioloogid, üld- ja juhuarstid (need 2 viimast peaksid olema välistatud). Parima arvamuse kohaselt on vajalik arvestada valvetöö vajadusteks summaarselt 40 sisearsti kohta.

3. Ambulatoorne töö on väga erineva sisu ja mahuga, arvestades 10 t ambulatoorset vastuvõttu nädalas osakonna kohta e. 180 t/nädalas e. umbes 5,0 arsti töökoormust. Tegelikkuses peaks vajadus ambulatoorsete vastuvõttude järele suurenema.

4. Uuringuid, mida sisearstid teevad, ei ole võimalik statistika kaudu tuvastada, see on väga individuaalne. Hinnanguliselt võiks selle tarvis arvestada 10,0 arsti töökoormust.

5. Konsultatsioonid teistele osakondadele - see tööosa statistikas ei kajastu, ent see tööosa on kasvamas. Võttes arvutuse aluseks 5-7 t /nädalas haigla kohta, saame minimaalselt 3,0 arsti ametikohta Eestis.

6. Administratiivkohustus (osakonnajuhatajad, kliinikujuhatajad): arvestades 0,5 koormust osakonna kohta 20 osakonda= 10,0 arsti ametikohta

Ilma uuringute ja valveteta 84 arsti

Valveringid lisavad hinnanguliselt 40 arsti.

Lisaks lapsepuhkusel viibivad arstid: arvestades arsti keskmiseks töötamise perioodiks 35 aastat ning keskmiseks lapsepuhkusel olemise ajaks ühe arsti kohta 3 aastat, läheks täiendavalt vaja veel 12 arsti asendusteks. Samas võib selle osa ka arvesse võtmata jätta, sest sisehaiguste osakondades töötavad residendid katavad umbes 10 arsti töökohta.

Selle arvutuse juures ei ole arvesse võetud väljaspool aktiivravihaiglaid töötavaid sisearste (erinevates ametites õppe- ja teadustööl, administratiivametites, arstitöö väljaspool aktiivravihaiglaid jm.)- arvestuses võiks arvesse võtta 10,0 ametikohta.

Seega koguarvuks tuleb 134 sisehaiguste arsti.

Prognoosi koostamisel on suure tähtsusega ka haiglate ja neis töötavate siseosakondade arv järgnevatel aastail. Rahvastikuinfo alusel on haiglate teeninduspiirkondades oluliselt vähem elanikke võrreldes varem arvatuga. Kõigi praegu arengukavas olevate haiglate jätkamine pikemas perspektiivis ei ole võimalik: puudub objektiivselt piisav nõudlus ning puuduvad vajalikud arstid. Arvestades haiglate omandisuhteid ja protsessi poliitilist tundlikkust, siis ilmsesti püütakse vältida haiglate sulgemisi, mis tähendab praeguse seisundi säilimist ka järgneva 8 aasta jooksul.

Variante, et regionaal- ja keskhaiglatele pannakse piirkondlik vastutus ka praeguste üldhaiglate teeninduspiirkonna suhtes, on vähetõenäoline, sest selleks puudub poliitiline tahe ja valmisolek. Vaatamata mitmete üld- ja kohalike haiglate raskele seisule eeskätt arstide puuduse tõttu, praegune ebamäärasus jätkub. See ebamäärasus raskendab omakorda kaadri saamist nendesse ebakindlas seisus haiglatesse, mis ka asukoha poolest ei ole noortele arstidele atraktiivsed.

Võrdlused sisearstide arvu osas teiste Euroopa riikidega. Olemasolevatesse andmetesse tuleb suhtuda väga kriitiliselt, nimelt on sisearsti määratlus erinevates riikides erinev: on riike, kus see hõlmab ka sisemeditsiini subspetsiaalsusi, mõnedes riikides valikut sisemeditsiini subspetsiaalsustest ja on riike, kus need subspetsiaalsused eksisteerivad täiesti omaette erialaga. Samuti on arvestustes probleemiks olukord, kus arstil on mitu eriala: sisemeditsiinis võib see olla suhteliselt laialt levinud nähtus Euroopas, kus lisaks sisearsti erialale omatakse ka iseseisvat subspetsiaalsust (näit. kardioloog, reumatoloog jne).

#### **5.4. Uute tehnoloogiate ja meditsiiniseadmete vajadus (sh ravimid)**

Sisehaiguste eriala arenguks on vajalik väga erinevate uurimismeetodite, eeskätt laboratoorsete ja kujunduuringute kättesaadavus. Sisearstid võivad omandada teatud kitsamaid oskusi instrumentaalsete uuringute vallas, mis võivad kattuda erinevate erialade



kasutuses olevate uuringutega (ultraheliuuringud, gastroskoopiad, elektrokardiograafia ja koormustestid jt). See on eriti vajalik üld-, aga ka kesk- ja regionaalhaigla tasandil. Oluline on uurimismeetodi kasutamisele eelnev väljaõpe.

Sisehaiguste eriarstid kasutavad väga palju erinevaid ravimeid, mida kasutavad ka teiste erialade arstid. Spetsiifilistest ravimitest on enamasti sisearstide kasutada mitmete haruldaste haiguste ravimid (näit. Fabry tõve ensüümasendusravi, porfüüria ravi normosangiga).

Vajalik on lõpetada diskrimineerivad piirangud soodusravimite väljakirjutamisel, mis senini eksisteerivad mõnede pulmonoloogiliste ja kardioloogiliste preparaatide väljakirjutamisel. Eksisteerivad kunstlikud piirangud genereerivad ebavajalikke visiite kitsa eriala arstide juurde ja vähendavad haigetele eriarstiabi kättesaadavust. Eriti oluline on see väljaspool Tartut ja Tallinna elavate patsientide puhul.

## **6. Regulatiivne keskkond ja vajalikud muudatused**

### **6.1. Seadusandlus**

Eesti seadusandluse kohaselt reguleeritud töö- ja puhkeaeg ei arvesta meditsiini eripärasid, seadustamata on koduvalved, piiratud on ühes ja samas asutuses rohkem kui 40 nädalatunniga töötamine- samas ei ole mingeid takistusi personalil suurt koormustega töötada erinevate tööandjate juures. Mõlemapoolne vajadus (nii töövõtjate kui tööandjate) selle järele, et spetsialistid töötavad enam kui 40 nädalatunniga, on realselt olemas.

Ülereguleeritud ja ületähtsustatud on erialalised piirangud haigekassa poolt vaadatuna, paljud piirangud ravimite väljakirjutamisel näit. Sisearstide poolt on sisult mõttetud, loovad ebamugavusi ja täiendavaid kulusid patsientidele ning täiendavate, ainult retseptisaamise vajadusest visiite kitsaste erialade arstidele. Paljud sisearstide sellesisulistest ettepanekutest on jäänud tähelepanuta.

### **6.2. Ravijuhised**

Originaalsete ravijuhiste väljatöötamine on aja- ja ressursimahukas, enamiku situatsioonide tarbeks piisaks Euroopa arstlike organisatsioonide väljatöötatud ja aktsepteeritud juhendite adapteerimisest.

### 6.3. Muud ettepanekud

Täienduskoolituse finantseerimine peaks olema arvestatud haigekassa hinna mudelisse nii, et tööandja kulul saaks iga arst kord aastas osaleda väliskoolitusel, et vabaneda ravimifirmade abi otsimisest selliste koolituste finantseerimiseks.

## 7. Professiiooni vastutuse tõstmine eriarstide pädevuse jälgijana

Erialaorganisatsioon oma läbiviidavate koolituste ja seltsi üritustega osaleb oma liikmete täienduskoolitusel kõrvuti TÜ täienduskeskuse koolitusega ja koolitustega välismaal. Eesti Sisearstide Ühendus on seisukohal, et arstide pädevuse hindamise süsteem on vajalik arstide innustamiseks enesetäiendamisele. Olukorras, kus ei ole olemas ega pole näha ka kavatsusi seostada erialaline täiendus ja areng tasustamise põhimõtetega, kus tööandjatel sisuliselt puudub võimalus teha valikuid, keda tööle võtta, siis ei ole otstarbekas pädevuse regulaarse hindamise ressursimahukat süsteemi juurutada.

## 8. E-tervis

| Positiivne  | Negatiivne  |
|---|---|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1) Pildipank</li><li>2) Digiretsept</li><li>3) Digiregistratuur</li></ol> | <ol style="list-style-type: none"><li>1) Erinevates etappides olevad IT-süsteemid väga erinevad</li><li>2) Digitaalne terviselugu ei funktsioneeris soovitud – uuringud ning analüüsid korratakse mõttetult, info pole kiiresti leitav</li><li>3) Haiglasüsteemides (osades) puuduvad abistavad elektroonilised moodulid:<ul style="list-style-type: none"><li>• Ravi määramine, ravimite koostoimed</li><li>• Tromboosirisk jt. riskiskoorid</li><li>• Laboriteenuste/radioloogiliste uuringute e-tellimine</li></ul></li><li>4) E-saatekiri:<ul style="list-style-type: none"><li>• Kes peaks olema isik, kes teeb nn. triaazi e-saatekirjadele?</li><li>• Prioriteetide määramine – millisele arstile konkreetne haige suunata, kas suunamine on põhjendatud, kui kiiresti peab aja saama jne. Kes seda korraldab?</li></ul></li></ol> |

Arengukava küsimusi seoses maakonnatasandi sisehaiguste osakonnaga arutati Eesti Sisearstide kongressil 2011. aasta septembris Tallinnas toimunud ümarlaul erinevate sisemeditsiini erialade esindajate osavõtul.

Eesti Sisearstide Ühendus arutas käesoleva arengukava põhiseisukohti oma korralisel koosolekul 27. aprillil 2012. aastal Võrus.