

**Sünnitusabi ja günekoloogia arengukava
kaasajastamine ja täiendamine 2004. aastal**

Tallinn 2004

1 Sissejuhatus

Käesolev aruanne on koostatud lähtudes 2001. aastal valminud "Sünnitusabi ja günekoloogia arengukavast aastatel 2001-2015", täiendamaks seal toodud andmeid lähtuvalt 2004 a. seisukohtadest.

2 Eriala areng

2.1 eriala arengu prioriteedid

Sünnitusabi ja günekoloogia prioriteetideks on käesoleval ajal:

1. efektiivse kontratseptsiooni pakkumine soovimata raseduste vältimiseks
2. ennetustöö sugulisel teel levivate infektsioonide leviku piiramiseks (mõlemad suunad on eriti aktuaalsed noortega tegelemisel), efektiivsete diagnostikameetodite kasutamine
3. vähiennetus – toimivate skriiningmeetodite rakendamine emakakaela vähi ja rinnavähi varaseks avastamiseks
4. endoskoopilise kirurgia (laparoskoopia, hüsteroskoopia) arendamine
5. uute uriini-inkontinentsi ravimeetodite juurutamine
6. ämmaemandate rolli suurendamine rasedate jälgimisel ja noorte tervisekasvatuse valdkonnas
7. antenataalsete uuringute osatähtsuse suurendamine perinataalse suremuse ja haigestumise edasiseks vähendamiseks
8. Enneaegsete ja muude tüsistunud sünnituste tsentraliseerimine
9. Reesuskonflikti profülaktika järjekindel rakendamine üle vabariigi
10. HIV positiivsete rasedate jälgimine ja ravi, vastsündinute ravi
11. Viljatuse ravi

2.2 Võrdlus eriala arenguga ja prioriteetidega Euroopa Liidu maades

Maailma Seksoloogia Assotsiatsioon (WAS), Rahvusvaheline Pereplaneerimise Assotsiatsioon (IPPF) ja Rahvusvaheline Naiste Tervise Koalitsioon (IWHC) on teadvustanud seksuaalseid ja reproduktiivseid õigusi inimõiguste ühe osana. Need õigused tuleb aluseks võtta ka sünnitusabi ja günekoloogia eriala arengu prioriteetidena. 1999.a. toimus ÜRO algatusel rahvusvaheline kohtumine, kus täpsustati reproduktiivtervise hindamise indikaatoreid. Hetkel on rahvusvaheliselt kasutusel 17 reproduktiivtervise indikaatorit, mida kasutatakse kogu maailmas selle valdkonna olukorra ja muutuste hindamiseks.

Nendest indikaatoritest sobivad meie eriala hindamiseks ja adekvaatseks võrdlemiseks teiste EL maadega :

1. summaarne sündimuskordaja
2. rasestumisvastaste vahendite kasutamine
3. emasuremuskordaja
4. rasedate hõlmatus sünnieelse jälgimisega
5. kvalifitseeritud tervishoiutöötaja juuresolekul toimuvate sünnituste osakaal
6. elementaarse sünnitusabi kättesaadavus
7. perinataalne suremus
8. madala sünnikaaluga(<2500g) vastsündinute osakaal
9. Süüfilise(positiivne seroloogiline test) esinemissagedus rasedatel
10. aboriginaalsete seotud pöördumiste osakaal statsionaarses günekoloogilises abis

11. viljatuse esinemissagedus naistel

12. HIV esinemissagedus rasedatel

Võrreldes 1992.a. on perinataalne suremus vähenenud ~2,5 korda (2002.a. 8,1‰; Soomes 2001.a. 4,7‰).

Abortiivsuskordaja oli 1992.a. 70 ja 2002.a. 32, jäädes siiski oluliselt kõrgemaks Põhjamaade (13), eriti Soome (9) omast.

Rasestumisvastaste vahendite kasutamise kohta kahjuks on andmed ainult naistearsti külastavate naiste kohta, sellepärast ei ole see kõikehõlmav. SM tervishoiustatistika kohaselt kasutas fertiilses eas naistest 2002.a. 19% hormonaalset kontratseptsiooni ja 13% emakasisest vahendit (1992.a. vastavalt 4% ja 21%). 1994.a. Eestis läbiviidud 20-24 ja 25-29 aastaste seksuaalselt aktiivsetest naistest kasutas vastavalt 58% ja 67% mingit rasestusvastast vahendit. Võrdluseks 1996.a. Soomes tehtud samalaadse uuringu andmetel vastavalt 73% ja 77%.

Parimaks sündimuse näitajaks peetakse summaarset sündimuskordajat, mis näitab naise poolt sünnitatud laste arvu fertiilses eas lõpuks, juhul, kui sündimuskäitumine jääb samaks kui vaadeldaval aastal. Eriti madal oli ta Eestis 1998.a., kui langes alla 1,3. 2002.a. oli vastav näitaja 1,37. Kuigi sündimus on madal, on Eesti EL-s suhteliselt keskmisel positsioonil.

3 Tervishoiuteenuste prognoos

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

Möödunud 3 aasta jooksul ei ole naistehaiguste struktuur ja esinemissagedus oluliselt muutunud.

Sünnituste arv ilmutab eeskätt käesoleval aastal tõusutendentsi, kuid seda eeskätt Tallinna piirkonnas. Kas ja millal kirjeldatud muutus levib kogu Eestile, on täpselt raske ennustada. Demograafide andmeil on oodata sünnituste arvu tõusu kogu riigis seoses suuremate kohortide (1980ndail sündinud) jõudmisega sünnitamisikka. Prognoositakse sünnituste arvu tõusu ca 15 000-ni aastas, selline platoo püsib ehk aastakümne ja asendub siis kiire langusega.

1. tabel. Sünnituste arvu prognoos haiglate lõikes

	2005	2010-2015
AS LTKH	3000	3300
AS ITKH	3000	3300
SA Rapla Maakonna Haigla	220	
AS Järvamaa Haigla	330	400
Hiiumaa Haigla	90	90
Elite erakliinik	70	100
AS Ida-Virumaa KH	550	600
AS Narva Haigla	900	1000
MTÜ Rakvere Haigla	730	800
AS Pärnu Haigla	850	950
Kuressaare Haigla SA	300	330
SA Tartu Ülikooli Kliinikum	2200	2500
AS Viljandi Haigla	550	600

AS Lõuna-Eesti Haigla	350	400
AS Põlva Haigla	250	
AS Valga Haigla	300	350
AS Fertilitas	350	350
kokku	14040	15070

Muret teeb viimastel aastatel aset leidnud HIV-positiivsete rasedate arvu jätkuv tõus, mis ennustab lähitulevikus üldist ravikulutuste suurenemist nimetatud kontingendi osas, muuhulgas ka meie erialal.

Günekoloogilise teenuse vajaduse märkimisväärset tõusu võib aga ette näha seoses vabariigi valitsuse hiljutise otsusega tõsta patsientide vanusepiiri haigekassa poolt tasustatavate kehavälise viljastamise protseduuridel.

Teine lõik, kus on ette näha raviteenuse vajaduse jätkuvat tõusu, on sünnieelne diagnostika. Kui Eestis oli ema vanuse järgi loote kromosoomihaiguse riskirühma kuuluvate (35-aastaste ja vanemate) sünnitajate osakaal 2003. aastal ca 10%, siis näiteks Soomes oli vastav määr peaaegu 20%. Oleme veendunud, et meie sünnitajate vanuseline struktuur läheneb jätkuvalt samasugusele määrale, aastaks 2015 ennustame vastava näitaja väärtuseks 15%. Sünnitajate vanuselise struktuuri muutumine ning teisalt uute sünnieelse diagnostika sõeluuringute kasutuselevõtt toovad endaga lühiajalises perspektiivis kaasa kulutuste tõusu, mida kompenseerib haigete laste sündide ennetamisest tingitud pikaajalisemate kulute ärahoidmine.

Günekoloogilist operatsiooni vajavate patsientide arv aastaks 2015 oluliselt ei muutu. Endoskoopilise kirurgia areng võimaldab olulist osa mitteonkoloogilistest haigustest ravida päevastatsionaari tingimustes. Uued kusepidamatuse ravivõtted vähendavad haiglaravi vajadust.

Abordid: aastaks 2015 vähenevad vähemalt poole võrra.

Abrasioonid: Vähenevad teiste ravimeetodite arvel.

Günekoloogilised haigused: haiguste arv väheneb tänu paremale ennetavale tööle ja tõhusamale ravile.

3.2 Voodikohtade arvu prognoos haigla liikide ja haiglate kaupa

Voodikohtade (k.a. päevastatsionaari) arvu prognoos haiglaliikide kaupa on toodud tabelis 2.

Keskmine haiglas viibimine günekoloogias langeb, aastaks 2010 on võimalik saavutada 2,5 voodipäeva. Hospitaliseeritud patsientide õige valiku ning päevakirurgia laiemal kasutamisel puhul oleks see ka piir (voodite vajaduse arvutamisel lähtusime 2,5-päevasest keskmisest viibimisest aastal 2015, ja 70% voodihõivest. Suhteliselt madal voodihõive on tingitud haigete lühikesest keskmisest voodisviibimisest. Kuna günekoloogiaosakonnas ravitakse põhiliselt plaanilisi haigeid, langeb ravil viibijate arv nädalalõpu päevadel kuni 50%).

Günekoloogilise päevastatsionaari voodite arvutamisel on arvestatud, et tegemist on plaanilise tööga ja voodid puhkepäevadel ei tööta. Voodihõiveks on arvestatud 65%.

Raseduspatoloogia ja sünnitus: sünnituste arv on viimastel aastatel tõusnud. Arvestades sünnitajate keskmise vanuse kasvu, suureneb mõningal määral ka rasedusest indutseeritud üldhaiguste ägenemise ja rasedushaiguste osakaal.

Arvestades sünnitajate vanusestruktuuri ja sündivust möödunud sajandi viimastel aastakümnetel, vahetub tõus uue mõõnaga alates aastast 2015. Sünnitusvoodite vajaduse arvutamisel on arvestatud keskmise voodisviibimisega aastal 2010-2015 3,9 päeva ja voodihõivega 70% (raseduspatoloogia ja sünnitusosakonna töö on 100% erakorraline).

Intensiivravi vajadus piirdub põhiliselt operatsioonijärgse jälgimisega. Statsionaari patsientidest vajab teise või kolmanda astme intensiivravi alla 0,1%.

Günekoloogilistest vooditest 27 peaks olema I astme intensiivvoodid (6000 patsienti, keskmine voodis viibimine 1,0 päeva, töötab põhiliselt tööpäevadel, voodihõive 61%). Sünnitusabis I astme intensiivravi voodite arv tuleneb keisrilõike sagedusest. Kui keisrilõigete sagedus on 20%, keskmine intensiivravi voodis viibimine 1,0 päeva ning voodihõive 70%, on intensiivravi voodite vajadus 13 voodit kogu sünnitusvoodite arvust.

2. tabel. Voodikohtade ja arstide arvu prognoos 2010

	2010															
	Voodid*				Arstid											
Haigla	Sünnitus	Ras. patoloogia	Günekoloogia	Päevastatsioon	Valve	Sünnitus	Ras. patoloogia	Günekoloogia	Onkoloogia	Päevastatsioon	Kokku haiglas	haiglas töö	Ambul.	Kokku		
SA PERH			20						5		5					
Lääne-T.KH	50	22	26	30	9	4	3	5		1	22					
Ida-T.KH	50	22	26	25	9	4	3	5		1	22	49	23	72	Harju Rapla	
Rapla				4						1	1	1	2	3		
Haapsalu				3						1	1	1	1	2	Lääne maa	
Paide	8	4	3	4	5						5	5	2	7	Järva	
Kärdla	1	0		1						1	1	1	0	1	Hiiu	
Ida-Viru	9	4	5	8	5			1		1	7				Ida-Virumaa	
Narva	15	7	9	15	5	1	1	1		1	9	16	8	24		
Rakvere	12	5	8	5	5			1		1	7	7	3	10	Lääne-Viru	
Pärnu	12	5	9	6	5	1	1	1		1	9	9	4	13	Pärnu	
Kuressaare	5	2	2	2	5						5	5	2	7	Saare	
Tartu	42	14	24	14	9	3	2	3	3	1	21	21	6	27	Tartu	
Viljandi	10	5	3	3	5						5	5	3	8	Viljandi	
Võru	6	3	3	2	5						5	5	2	7	Võru	

Põlva				1						1	1	1	1	2	Põlva
Valga	6	2	2	2	5						5	5	0	5	Valga
Jõgeva				1						1	1	1	2	3	Jõgeva
Kokku	229	97	120	126	63	15	9	19	3	18	127	131	60	191	Kokku

- koos I astme intensiivravi vooditega

Märkus: regionaal- ja keskhaiglas on nõutav vastsündinute intensiivravi (6 voodit 3000 sünnituse kohta) ja neonatoloogilise väljaõppega pediaatrite olemasolu.

3. Teenuste jaotumine

3.1 Haigla ja haiglavälise eriarstiabi vahel

Günekoloogia osakondade operatiivne aktiivsus tõuseb 80%-ni. Ülejäänud 20% patsientidest hospitaliseeritakse diferentsiaaldiagnostilisel või väikse vaagna põletike ravi eesmärgil. Medikamentoosse abordi kasutuselevõtmine vähendab instrumentaalse abordi osatähtsust aastaks 2015 50% võrra. 30% rasedaist vajab vähemalt ühte hospitaliseerimist raseduspatoloogia osakonda või päevastatsionaari.

3.2 Patsientide jaotus aktiivravi haiglate vahel

Aborte, emakaabrasioone ja väiksemaid operatsioone teostatakse kõikides haiglates päevastatsionaari tingimustes. Päevastatsionaari voodid on jaotatud proportsionaalselt elanikkonna arvuga. Eraldi päevakirurgia osakond on otstarbekas avada vaid regionaal- ja keskhaiglates.

Statsionaarset antenataalset abi, sünnitusabi ning statsionaarset günekoloogilist abi osutatakse aktiivravihaiglates. Ööpäevaringne kirurgiateenistuse ja anestezioloogiateenistuse valve jääb pärast 2015. a järgmistesse aktiivravihaiglatesse:

Üldhaiglad

- Narva Haigla
- Rakvere Haigla
- Viljandi Haigla
- Kuressaare Haigla
- Järvamaa Haigla
- Lõuna-Eesti Haigla
- Valga Haigla

Keskhaiglad

- Ida-Tallinna Keskhaigla
- Lääne-Tallinna Keskhaigla
- Pärnu Haigla
- Ida-Virumaa Keskhaigla

Seejuures on mõlemad Tallinna Keskhaiglad sünnitusabi ja günekoloogia erialal III tasandi e regionaalhaigla funktsioonides

Regionaalhaiglad

SA Tartu Ülikooli Kliinikum

SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla (günekoloogilise onkoloogia alal)

Oleme jätkuvalt seisukohal, et Tallinna keskhaiglad suudavad katta oma piirkonna sünnitusabi vajadused ja kolmanda sünnitushaigla rajamine Tallinnasse ei ole põhjendatud.

3.3 Päevaravi vajalikkus

Päevastatsionaar on vajalik peamiselt günekoloogias, vähemal määral raseduspatoloogias. Sünnitusabis ei ole see otstarbekas.

Kasutusala

Diagnostiline laparoskoopia;

Laparoskoopiline sterilisatsioon;

Laparoskoopiline munasarja ja munajuha kirurgia;

Diagnostiline hüsteroskoopia;

Hüsteroskoopilised operatsioonid (limaskesta ablatsioon, polüübi eemaldamine jne);

Kusepidamatust korrigeerivad operatsioonid;

Väiksemad operatsioonid välissuguelunditel;

Emakaõõne abrasioonid;

Abordid.

Uuringud loote seisundi hindamiseks;

Teatud raviprotseduurid rasedatele.

4. Valveteenistuse vajalikkus ja korraldus haigla liikide kaupa

Kui haiglas tegeletakse vaid päevakirurgiaga, ei ole valvepersonali vaja.

Günekoloogia ja sünnitusosakonna puhul on vajalik statsionaarne günekoloogi, ämmaemanda, anestesioloogi, anestesiisti, operatsiooniõe ja laborandi ööpäevane valve. Konkreetsem personali vajadus – vt. Tabel 2.

5. Eriarstide koormusstandardid

Eeldused töötundide arvutamisel on järgmised:

- valvetundidena on arvestatud haiglas olevaid valvebrigaade;
- ravitööks osakonnas on 0,5 tundi ühele haigele päevas (voodipäevade alusel);
- ühele operatsioonile on arvestatud keskmiselt 1,5 tundi;
- ühe arstlikule protseduurile 0,5 tundi, erinevate protseduuride osas on aeg erinev, kuid arvutuseks võetakse keskmine aeg;
- ambulatoorseteks vastuvõttudeks 4 patsienti tunnis;
- ühe päevastatsionaarse haige raviks 1,5 tundi;
- osakonna juhataja töö aluseks on 0,25 ametikohta 30 voodikoha kohta, 0,5 ametikohta 30 000 ambulatoorse visiidi kohta

6. eriarstide vajadus

vt tabel 2. Naistearstide vajadus võib väheneda 10-15% piires, kui ämmaemandad võtavad üle normaalsete rasedate jälgimise. Eeldasime varem, et osa rasedatest jääb perearstide jälgimisele, kuid need prognoosid ei kinnitu (2002 perearsti juures vaid 1% rasedaist, muutust ei ole märgata). Seega jääb 2015. a. püsima vajadus 1.55-1.6 naistearsti järele 10 000 elaniku kohta (220-230 günekoloogi), mis tähendab 6-7 spetsialisti koolitamise tarvet aastas. Naistearstide vajadus füüsiliste isikutena on

suuremgi, sest kõik ei osale ravitöös täiskoormusega ja arvestama peab ka mujale tööle siirdumisega.

7. Olemasolev eriala regulatsioon ning ettepanekud vajalikeks muudatusteks ja täiendusteks

7.1 Seadusandlus

Vajalik seadusandlus, mis reguleerib raseduse katkestamist, steriliseerimist ja kunstlikku viljastamist, on olemas. Emaduse sotsiaalne ja meditsiiniline kaitse väärriks eraldi seadust.

7.2 Ravijuhised

Hetkel on Eesti Naistearstide Seltsi poolt kehtestatud järgnevad ravijuhised:

- Gestatsioonidiabeedi diagnoosimise metoodiline juhend
- Hormoonasendusravi üleminekueas
- Juhtnõõrid sünnituse juhtimiseks
- Kontratsepsioonimeetodite meditsiinilised näidustused ja vastunäidustused
- Raseduse jälgimise juhend
- Sünnituse epiduraalanalgeesias valutustamise tööjuhend

Valmimisjärgus on medikamentoosse abordi, sünnieelse diagnostika ja emakakaela vähieelsete seisundite diagnoosimise ja ravi juhised.

7.3 Teised standardid

Eriala kvaliteedi kindlustamise süsteem peaks garanteerima abi ühtlase hea taseme kõikides raviastutustes. Praegune Naistearstide Seltsi poolt välja töötatud indikaatorite süsteem on esimeseks sammuks sellel teel. Süsteem vajab edasiarendamist ning tagasisidet ja finantseerimist Sotsiaalministeeriumi ja Haigekassa poolt.

Erialase abi kättesaadavus peaks olema reguleeritud Sotsiaalministeeriumi poolt määratud haigekassa poolt finantseeritud kvootidega nii ravivoodite kui ka spetsialistide (sh eraarstide) arvu osas.

Allpool kirjeldatud nõudmised kindlustavad ühtlase tasemega abi kõikidele patsientidele sõltumata haigla tüübist. Ühtlase taseme orientiirideks on sünnitusabis:

erakorralist keisrilõiget on võimalik alustada 7-15 minuti jooksul näidustuse püstitamisest;

loote/vastsündinu hüpopksia korral on seisundit võimalik objektiviseerida laboratoorsete uuringute abil;

raskes seisundis vastsündinut on võimalik jälgida (EKG, pulss-oksümeetria, hingamissagedus, vererõhk, ultraheli- ja röntgenuuringud) ning vajadusel intubeerida ning kindlustada stabiilne seisund kuni eritranspordi saabumiseni;

sünnitusaegse verejooksu puhul on võimalik rakendada kõiki meetmeid verejooksu peatamiseks ja sünnitanu seisundi stabiliseerimiseks;

tüsistuste puhul rakendada intensiivravi teise astme mahus.

Günekoloogias:

Operatsioonihaigete osakaal osakonnas vähemalt 50%;

Endoskoopilise kirurgia maksimaalne rakendamine, kaasa arvatud erakorralise endoskoopia kasutamise võimalus;

8. eriarstide pädevuse jälgimine

ENS on toetanud 1999. aastal koostatud projekti arstide täiendkoolituse tagamiseks, mis oma põhiolemuselt on vabatahtlik. Arvestuse aluseks jääb punktide süsteem, mida kogutakse eeskätt täienduskoolitustelt.

Resertifitseerimine on vajalik ning selle optimaalne sagedus on kord viie aasta tagant. Sünnitusabi ja günekoloogia kuulub kirurgiliste erialade hulka ja seetõttu on eeskätt haiglas töötava (valvava) arsti kvalifikatsiooni säilitamiseks vajalik regulaarne operatiivne tegevus. Siinkohal on keeruline määratleda konkreetseid arvulisi nõudeid aastas tehtavate operatsioonide või protseduuride suhtes, sest raviasutuse spetsiifika ei pruugi võimaldada nende täitmist. Leiame, et naistearstide pädevuse tagamine on eeskätt nende tööandjate huvides ja otsustada. ENS on valmis abistama praktilise koolituse korraldamisel

Ainult ambulatoorses võrgus töötav naistearst peaks soovitatavalt kord aastas ennast täiendama statsionaaris vähemalt 1 nädala jooksul.

9. Muid eriala probleeme, ettepanekuid

- Tajume järjest enam ämmaemandate puudust. Leiame, et ämmaemandaks koolitavate arvu on vaja tõsta, et likvideerida olemasolev tööjõu puudus ja vabastada naistearstid osadest funktsioonidest, mis kuuluvad ämmaemanda pädevusse.
- Toetame ämmaemandate püüdlust nende iseseisvusastme suurendamiseks, muuseas kodusünnituste vastuvõtmisel. Samas leiame, et meie kultuuriruumis jääb sünnitusabi endiselt haiglaraviks ja oleme vastu aktiivsele ja suunavale kodusünnituse propageerimisele.
- Rasedate jälgimise kõrge kvaliteedi eelduseks on nende varane arvelevõtmine. Oleme seisukohal, et rasedus- ja sünnituspuhkuse tasustamise määr võiks olla sõltuvuses sellest, kas naine on teinud esimese raseduseaegse arsti- või ämmaemanda külastuse õigeaegselt (12 esimese rasedusnädala jooksul)
 - Leiame, et nõue väljastada retsepte toimeainepõhiselt tuleks tühistada. Arvame teadvat põhjusi, miks selline nõue kehtestati ja leiame, et need ei ole meie erialaga kuidagi seotud.

Eriala nõunikud

Aivar Ehrenberg

Lee Tammemäe

Eva-Kaisa Zupping