

Üldkirurgia eriala arengukava aastani 2020

Üldkirurgide Selts

2012

Arengukava koostajad:

Dr. Jüri Teras – Üldkirurgide Seltsi president

Dr. Urmas Lepner – SM üldkirurgia erialakomisjoni liige

Dr. Andrus Arak - SM üldkirurgia erialakomisjoni liige

Dr. Jaan Tepp - SM üldkirurgia erialakomisjoni liige

Dr. Rein Rander - SM üldkirurgia erialakomisjoni liige

Sisukord

1. Eriala kirjeldus	4
1.1. Eriala definitsioon ja olemus	4
2. Teenuste jaotumine	5
2.1. Patsientide ja teenuse osutamise jagunemine haiglas osutatava ja haiglavälise eriarstiabi ning esmatasandi arstiabi vahel	5
2.2. Patsientide ja teenuse osutamise jagunemine aktiivravihaiglate vahel	6
3. Valveteenistuse vajalikkus ja korraldus haiglaliikide kaupa	6
4. Koormusstandardid	8
5. Prognoosid	8
5.1. Teenusevajaduse prognoos	8
5.2. Eriarstide vajadus	9
6. Regulaatiivne keskkond ja vajalikud muudatused	10
6.1. Seadusandlus	10
6.2. Ravijuhised	10
7. Professiooni vastutuse tõstmine eriarstide pädevuse jälgijana	11
7.1. Koolitus	11
7.2. Täiendkoolitus	11
7.3. Resertifitseerimise vajalikkus ja optimaalne sagedus	11

1. Eriala kirjeldus

1.1. Eriala definitsioon ja olemus

Üldkirurgia on kirurgiline eriala, mis hõlmab naha ja pehmete kudede, rinna, seedetrakti, kõhuseina, veresoontesüsteemi, endokriinsüsteemi haiguste diagnostikat ja ravi, kaasaarvatud kirurgilist onkoloogiat ja samuti üldist, teiste kirurgiliste erialade erakorraliste haigete käsitlust.

Üldkirurgia alaerialasid võib välja tuua mitmeid. Tänapäeval on kõige enam levinud organ-orienteeritud printsiibil jaotus, näiteks hepatobiliaarne kirurgia, kolorektaalkirurgia, endokriinkirurgia, jne. Harvem on kasutatud haigusel baseeruvat lähenemist (pahaloomulised kasvaja, songad) või meetodi alusel jaotust (laparoskoopiline kirurgia).

Eesti Vabariigis, kus patoloogiate hulk on sageli väike, ei ole alamerialadel residentuuri läbiviimine võimalik ega põhjendatud. Eesti Vabariigis toimub üldkirurgias subspetsialiseerumine töökohal sõltuvalt sellest, millises osakonnas üldkirurg tööle hakkab, ning läbi täienduskoolituse. Näiteks, kui üldkirurg asub tööle osakonda, kus valdavalt tegeletakse endokriinkirurgiaga, on võimalik tal saada pädevus endokriinkirurgia alal, olles seega üldkirurg, kes omab pädevust opereerida endokriinkirurgilisi haigeid.

Täpsustamist vajab ka kirurgilise onkoloogia mõiste. Kirurgiline onkoloogia, mida on püütud käsitleda eraldi erialana (isegi mitte alamerialana!) oleks haigusel baseeruv lähenemine ning peaks haarama kõiki vähi tüüpe. Tänapäeva reaalsuses eksisteerib kirurgiline onkoloogia torakaalkirurgias, neurokirurgias, uroloogias, ortopeedias, jne.

Seega ei saa rääkida kirurgilisest onkoloogiast kui iseseisvast erialast, vaid tuleks käsitleda kirurgilist onkoloogiat kui meetodit, mida rakendatakse pahaloomuliste kasvajatega haigete ravis erinevate erialade spetsialistide poolt. Tänapäeva kirurgias on valitsev organ-orienteeritud printsiip, mis eeldab, et kirurg, kes opereerib mingis kindlas anatomsilises regioonis, peab oskama käsitleda nii beniigset kui maliigset patoloogiat. Seega kirurgiline onkoloogia on üldkirurgia oluline osa, kuid ta ei ole eraldi eriala. Samas on onkoloogilise patoloogia käsitlemisel oluline piisava kogemuse olemasolu, selle vajalikust ja mõju ravitulemustele on näidatud mitmetes rahvusvahelistes uurimustöodes, aga ka tegevusauditites Eestis. Viimati Haigekassa poolt läbiviidud kliinilises auditis „Pärasoolevähi ravi kvaliteet 2009“ nenditi samuti, et parim ravitulemus saavutatakse suurte ravimahtudega haiglates.

Eesti Vabariigis, kus erinevate patoloogiate hulk ja esinemissagedus on väike, tuleb seda enam panna rõhku just raskemate ja keerukamate operatsioonide koondamisele ühte-kahte keskusesse, kus siis tekiks piisav kogemus antud patoloogiaga tegelemiseks ning operatsioonide läbiviimiseks. Ei ole mõeldav, et näiteks söögitoru vähkkasvajaga patsiente, keda hinnanguliselt kirurgilise raviga oleks Eestis võimalik aastas ravida 10-15 juhul, opereeritakse igas haiglas, kus

on olemas kirurgiline teenistus. Seega oleks Eesti tingimustes mõistlik ikkagi onko-kirurgilise organ-orienteeritud keskuste printsiibi säilitamine.

Üldkirurgia tegeleb patsientidega alates 15 eluaastast ja vanemad, kes vajavad, lähtuvalt eriala definitsioonist, kirurgilist ravi. Samas on tänapäeval laste areng kiirem, kui aastakümned tagasi ning paljud 12-13 aastased lapsed on juba välisarengult täiskasvanumad kui varem ning oma füsioloogialt rohkem sarnased täiskasvanutele kui väikelastele. Seega koostöös lastekirurgidega võib tulevikus mõelda ka tingliku 15 eluaasta piiri langetamisele.

Üldkirurgias sellist mõistet nagu põhidiagnoos välja tuua pole võimalik. Võib rääkida vaid võimalikest haiguste gruppidest nagu põletikulised haigused, kasvajalised haigused, jne.

2. Teenuste jaotumine

Üldkirurgilistest haigetest ca 30% hospitaliseeritakse täna erakorralistel näidustustel. See protsent suureneb veelgi, kui suur osa plaanilistest haigetest opereeritakse päevakirurgias.

Erakorraliste haigete protsent statsionaarsete üldkirurgiliste haigete seas võib tõusta 70% kui 50% üldkirurgilistest plaanilistest operatsioonidest tehakse päevakirurgias.

Haiglasse jääb üldkirurgiast:

- 1) erakorraline kirurgia;
- 2) suuremahulised operatsioonid;
- 3) patsiendid, kellel on vastunäidustus päevakirurgias operatsiooni läbiviimiseks.

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

Üldkirurgia olukorrast kui tervikust on tänases Eest Vabariigis suhteliselt raske ülevaadet saada. Selleks on rida põhjusi:

- 1) üldkirurgia voodites ravitakse ka ortopeedilisi, uroloogilisi jt. erialade patsiente;
- 2) nn onkoloogiline kirurgia, mis suures osas on üldkirurgia, on kuulunud tervishoiustatistikas onkoloogia alla.

Lähtudes diagnoosidest, on siiski võimalik arvestuslikult välja tuua ca 34 000 üldkirurgilise profiiliga patsiente aasta lõikes (k.a. üldkirurgilised onkoloogilised), kes vajavad statsionaarset ravi. Üldkirurgia erialal teostatakse aastas ca 22 000 operatsiooni statsionaari tingimustes, milledest ca 5000 tehakse erakorraliste näidustustel.

Tänapäevases üldkirurgias on ambulatoorne ja statsionaarne kirurgiline abi omavahel lahutatud ehk kirurgid, kes töötavad polikliinikutes ja tervisekeskustes peavad tegelema ka statsionaarsetes tingimustes patsientide raviga. Puhtalt polikliiniku kirurge ei saa Eestis olla.

2.2. Patsientide ja teenuse osutamise jagunemine aktiivravihaiglate vahel

Tänaasel päeval võib üldkirurgia erialal eristada nelja tasandit arstiabi andmisel: kohalik-, üld-, kesk- ja piirkondliku haigla tasand.

Kohalik haigla (Jõgeva-, Valga-, Põlva-, Võru-, Rapla-, Järva-, Lääne- ja Hiiumaa) – ambulatoorne üldkirurgia koos päevakirurgiaga. Kohalikus haiglas ei ole ööpäevaringset kirurgilist valveteenistust. Elanikkonnale on tagatud ööpäevaringne erakorralise meditsiini teenistus.

Üldkirurgia üldhaiglas (Viljandi, Rakvere, Narva haiglad, Kuressaare erandina saarelisest asukohast tingituna) toimub kirurgia osakondades, kus ei ole spetsiaalselt voodeid üldkirurgiale. Nendes osakondades ravitakse ka uroloogilisi ja ortopeedilisi patsiente. Seega, maakonna tasemel ravib üldkirurg sageli nii ortopeedilisi kui ka uroloogilisi patsiente, eriti väiksemates haiglates, kus erialaspetsialistid puuduvad.

Üldkirurgia erialal on maakonna üldkirurgi põhiliseks tööks tegelemine erakorraliste haigetega ning plaaniliselt sagedamate beniigsete üldkirurgiliste haigustega. Üldhaigla tasemel ei tegele üldkirurgid pahaloomuliste kasvajate plaanilise kirurgilise raviga, samuti endokriinkirurgiaga ning rinnanäärme kirurgiaga.

Üldkirurgia keskhaiglates (Pärnu; IVKH; Tallinn) tegeleb spetsialiseeritult üldkirurgiliste erakorraliste ja plaaniliste haigete raviga. Samuti võtab osa onkoloogiliste haigete ravist multidistsiplinaarse meeskonna koosseisus.

Piirkondlikud haiglad (PERH; TÜK) tegelevad nii erakorralise kui plaanilise kirurgilise tegevusega pöhirõhuga raskematel patoloogiatel ning keerukamatel operatsioonidel. Senini on 2/3 onkoloogilisest üldkirurgilisest operatsioonimahust teostatud regionaalhaiglates, tõenäoliselt sarnane trend jätkub. Harvem esinevad onkoloogilised patoloogiad on koondatud piirkondlike haiglate vähiravikeskustesse.

3. Valveteenistuse vajalikkus ja korraldus haiglaliikide kaupa

Traditsiooniliselt loetakse Euroopas valvava haigla teeninduspiirkonnaks minimaalselt 100 000 elanikku. Eesti Vabariigis täidaksid selle nõude 2 piirkondlikku haiglat ja 4 keskhaiglat. Ühegi teise tasandi, e. üldhaigla teeninduspiirkond selleni ei küündi, jäädes 24 000 (Läänemaa Haigla) ning 60 000 (Rakvere Haigla, Narva Haigla) vahele.

Ööpäevaringne kirurgiline valveteenistus tähendab 24 tunni vältel operatsioonibloki kasutamise võimalust ning ööpäevaringse anesthesioloogiateenistuse valvet, lisaks ööpäevaringne laboriteenistus ja radioloogiateenistus. Sellise teenistuse ülevõlgdamine on kulukas ning ökonoomikat silmas pidades ilmselt teeninduspiirkonnas, mis jääb alla 100 000 elaniku, ei tasu end ära. Eesti tingimuses võiks sellises piiriks olla siiski 50 000 elanikku. Lisaks on Eestis juba hetkel personalidefitsiit ning väiksemate haiglate valvekirurgidest suure osa moodustavad Tallinna ja Tartu suurhaiglate residendid. Viimaste hulk on aga samuti piiratud.

Erakorralise kirurgiateenistuse, s.t. ööpäevaringne kirurgiateenistuse ja anesthesioloogiateenistuse valve võiks jääda järgmistesse haiglatesse:

Piirkondlikud haiglad

- Põhja-Eesti Regionaalhaigla
- Tartu Ülikooli Kliinikum

Keskhaiglad

- Ida-Tallinna Keskhaigla
- Lääne-Tallinna Keskhaigla
- Pärnu Haigla
- Ida-Viru Keskhaigla

Üldhaiglad e. teise tasandi haiglad

- Narva Haigla (teeninduspiirkond 64,000 el)
- Rakvere Haigla (60 000)
- Viljandi Haigla (47 000)
- Kuressaare Haigla (35 000)

Kohalikus haiglas ei ole ööpäevaringset kirurgilist valveteenistust. Elanikkonnale on tagatud ööpäevaringne erakorralise meditsiini teenistus.

Kohalikud haiglad

- Järvamaa Haigla (30 000)
- Lõuna-Eesti Haigla (34 000)
- Valga haigla (30 000)
- Läänemaa Haigla (24 000), mis on küll jäetud aktiivhaiglaks (meile küll arusaamatutel põhjustel),
- Rapla (35 000)
- Põlva (27 000)

- Jõgeva (31 000)
- Hiiumaa (8500)

Erakorraliste haigete etapilisus võib olla teise etapi haiglast piirkondlikku või keskhaiglasse, keskhaiglast piirkondlikku haiglasse.

4. Koormusstandardid

Kirurgi töökoormuse arvestamisel tuleb lähtuda järgmistest momentidest:

- Statsionaarne ja ambulatoorne töö on lahutamatud, s.t. kirurg töötab nii statsionaaris ja/või päevakirurgias kui ka ambulatoorses vastuvõtus
- Üldkirurgidel on üldjuhul valvetöö koormus.

Kirurgidel, kel ei ole võimalik kohalikes haiglates valvetööga tegeleda, oleks soovitav osaleda erakorralises kirurgilises valveteenistuses üld-, kesk- või regionaalhaiglates.

Kirurg võiks vähemalt 10-15% oma tööajast viibida operatsioonitoas, et tagada oma kvalifikatsiooni säilimine. Üldkirurgi töökoormus võiks olla 150 operatsiooni kirurgina ning 50 assisteerimist aastas.

5. Prognoosid

5.1. Teenusevajaduse prognoos

Aasta 2012

Haigestumise struktuuris olulisi muutusi ette ei ole näha. Prognostiliselt minimaalne üldkirurgiliste pahaloomuliste kasvajatega haigete kasv (30-40 haiget aastas lisaks). Samas elab Eesti Vabariigis aastal 2012. aastal 1,3 miljonit elanikku, mis on ca 75 000 vähem kui 2004 a. See tähendab ka mõningast üldkirurgiliste haigete arvu vähenemist.

Üldkirurgiliste haigete arvuks prognoosime Haigekassa andmetele tuginedes 29 500 haiget aastas, s.t. need haiged, kes vajavad statsionaarset ravi või päevakirurgia ravi.

Valmis on ehitatud uued keskhaiglad Pärnus ja regionaalhaiglad Tallinnas ja Tartus. Käimas on IVKH ehitus. Nende haiglate juures on kaasaegsed päevakirurgia keskused. Ka kohalike ja üldhaiglate juures on päevakirurgia edasi arenenud ning hinnanguliselt võiks arvata, et ca 20% plaanilistest üldkirurgilistest operatsioonidest teostatakse päevakirurgias, s.t. ca 5000 operatsiooni aastas.

Statsionaaris on ca 24 000 üldkirurgilist patsienti ja ca 16 000 statsionaarset operatsiooni.

Aastaks 2012 on keskmine voodipäev 5,5 (Keskmine voodipäev sõltub oluliselt sellest, kui palju kirurgiat suudetakse viia päevakirurgiasse. Mida suuremaks muutub päevakirurgias ravitavate protsent, seda raskem on keskmist voodipäeva vähendada, kuna statsionaari jäävad ikkagi üha raskemad haiged.

Aasta 2015-2020

Tervishoiureform on alustatud ja lõpule viidud. Eesti Vabariigis üldkirurgia erialal haigestumise struktuur on endine. Üldkirurgilisi haigeid, kes vajavad statsionaaris või päevakirurgias ravi on ca 29 000. Päevakirurgias teostatakse 50% plaanilistest üldkirurgilistest operatsioonidest, s.o.ca 8 000 operatsiooni. Statsionaari vajadus ca 21 000 haigele, kellele teostatakse ca 13 000 operatsiooni.

Üldkirurgias on päevakirurgias läbiviidavate operatsioonide maksimaalseks arvuks 50% kõikidest plaanilistest üldkirurgilistest operatsioonidest.

Keskmine voodipäevade kestus statsionaaris on 5. Arvame, et sellest arvust on üldkirurgias raske allapoole minna, juhul kui 50% üldkirurgilistest plaanilistest operatsioonidest viiakse läbi päevakirurgias. Kui päevakirurgias viiakse läbi näiteks 30% plaanilistest üldkirurgilistest operatsioonidest, on mõeldav jõuda ka 4-päevase keskmise kestusega voodipäevale üldkirurgilise haige ravimisel.

Prognoosi koostamisel lähtume "Eesti haiglate arengukavast 2015.a."

- 1) Aktiivhaiglate arv väheneb 13-le ning tekib 3100 aktiivvoodit.
- 2) Päevakirurgia hakkab üha enam laienema

5.2. Eriarstide vajadus

Üldkirurgilistel erialadel töötab 2012 a. statsionaaris 113 kirurgi. Polikliinikutes töötavate kirurgide arv on ebaselge.

Enamus hetkel Eestist töötavatest kirurgidest on 40-60 a vanused (60%), alla 40 a vanuseid on 18 (16%) ja üle 60 a 27 kirurgi (24%), viimastest üle 70 a vanuseid on 8%. 33% kirurgidest (37) on 51-60a vanused. Seega on kirurgide juurdekasv oluliselt väiksem lähiaastatel pensionile siirdujate osakaalus ning näeme 5 aasta perspektiivis olulist kirurgide defitsiiti. Arstide siirdumine välismaale on reaalsus ning hetkel tuleb tõdeda, et selliselt ei ole kirurgiateenistus Eestis jätkusuutlik.

Kogu üldkirurgilise teenuse tagamiseks oleks optimaalne 130 üldkirurgi ehk 1,0 üldkirurgi 10 000 elaniku kohta. Hetkel töötab Eestis realselt statsionaaris ca 113 kirurgi, mis teeb suhteks 0,86

üldkirurgi 10 000 elaniku kohta. Euroopa keskmiseks näitajaks on 1,0-1,25 üldkirurgi 10 000 elaniku kohta.

Samas on Eesti kirurgide järelkasv väiksem kui eeldatav vanaduspensionile jääjate hulk ning lähiaastatel muutub kirurgide defitsiit veelgi suuremaks. Hetkel ei saa tõdeda noorte kirurgide või residentide huvi suurenemist Eestis töötamise suhtes.

Residentide koolitus peab olema järjepidev ning seetõttu on vajalik igal aastal 5-6 üldkirurgia residentide vastu võtta. Samas on viimastel aastatel olnud probleemiks üldkirurgia residentide erialavahetused, mida igal aastal on 1-2 ning mis vähendab residentide puudust üldkirurgias veelgi. Praegu tuleb tõdeda, et lähima 5 aasta jooksul, kui eeldatavalt 18 kirurgi ületab pensionikünnise lisaks 9 töötavale kirurgile, kes on üle 70a vanad ja realselt igal aastal lõpetab 3-4 üldkirurgi residentuuri, on Eestit tabamas oluline üldkirurgide puudus.

Eriti katastroofiline on olukord Hiiumaal, kus töötab 2 kirurgi, kellest üks on 74 a vana. Viimati siirdus kirurg Hiiumaale tööle 1990.a.

Tõenäoline võib olla ka stsenaarium, et personalipuudusel jäävad alles vaid keskused Tallinnas ja Tartus ning ülejäänud Eesti haiglates töötavad kirurgid teistest riikidest. Paraku on senine kogemus Venemaalt ja Ukrainast pärit kirurgidega IVKH näite varal suhteliselt kesine ning kirurgia üldisele arengule selline teistest riikidest pärit kirurgide värbamine kasuks ei tule.

Riiklikult peaks soodustama kirurgide jäämist tööle Eesti Vabariiki: pakkuda noortele kirurgidele soodustusi eluaseme leidmisel, regionaalseid palgaerinevusi, maksusoodustusi jne.

6. Regulatiivne keskkond ja vajalikud muudatused

6.1. Seadusandlus

- Tuleb reguleerida eriarstide pädevuspiiridest kinnipidamine. Seadusandluses tuleks ette näha, mis juhtub eriarstiga, kui ta neid piire rikub.
- Haigekassa seadusesse tuleks sisse viia nõue, et haigekassa ei tohi välja maksta teenust, mis ei kuulu teenust osutava eriarsti kompetentsi vaatamata sellele, et raviasutusel, kus see arst töötab, võib tegevusele litsents olla.

6.2. Ravijuhised

Oluline on teaduspõhisel meditsiinil baseeruvate rahvusvaheliste ravijuhiste järgimine üldkirurgia eriala valdkonda kuuluvate haiguste käsitlel.

7. Professiiooni vastutuse tõstmine eriarstide pädevuse jälgijana

7.1. Koolitus

Üldkirurgide residentuuri programm võiks edaspidi sisaldama günekoloogia tsükli. Samas võiks kaaluda residentuuri korraldamist skeemina, kus esimesed 2 aastat on kõigile kirurgiliste erialade residentidele üldkirurgia tsükkel, mille järgselt toimuks alles kitsam spetsialiseerumine. Selline residentuurikorraldus annaks residentidele rohkem aega mõtiskleda meeldiva kirurgilise eriala valikul, annaks erialadele parema ülevaate kirurgide järelkasvust ning lubaks ka erialaseltsidel kergemini prognoosida kirurgide vajadust.

7.2. Täiendkoolitus

- Iga üldkirurg peab end regulaarselt täiendama vähemalt 60 tundi aastas ja see on kohustuslik nii kirurgile kui ka tööandjale.

7.3. Resertifitseerimise vajalikkus ja optimaalne sagedus

Peame vajalikuks regulaarset resertifitseerimist iga 5 aasta järel. Resertifitseerimine peaks olema riiklikult seadustatud, reguleeritud ja rahastatud.

Seadusandlikult peab olema tagatud vajadus resertifitseerimiseks ning peab olema sätestatud ka kohustus sertifitseerimiseks enne tegevusloa või –litsentsi väljastamist mujalt pärit kirurgidele.