

Uroloogia eriala arengukava aastani 2020

Eesti Uroloogide Selts

2012

Töögrupp:

Toomas Tamm

Peep Baum

Martin Kivi

Mihhail Zarkovski

Ülo Zirel

Margus Punab

Leonhard Kukk

Tanel Muul

Jaanus Kahu

Aleksander Lõhmus

Sisukord

1. Eriala kirjeldus	4
1.1. Eriala definitsioon	4
1.2 Alamerialad	4
1.3 Sihtgrupp	4
2. Eriala areng	4
2.1. Eriala arengu prioriteetid	4
2.2. Sotsiaal-poliitiline taust.....	5
2.3. Inimressurss uroloogias	5
2.4. Võrdlus eriala arengu ning prioriteetidega Euroopa Liidu liikmesriikides ja mujal maailmas	7
3. Teenuste jaotumine	8
3.1. Patsientide ja teenuse osutamise jagunemine haiglas osutatava ja haiglavälise eriarstiabi ning esmatasandi arstiabi vahel.....	8
3.1.1. Esmatasand	8
3.1.2. I tasandi haigla (Võru, Põlva, Valga, Jõgeva, Rapla, Paide, Haapsalu, Hiiumaa) ..	8
3.1.3. II tasandi haigla (Viljandi, Rakvere, Narva, Kuressaare)	8
3.1.4. III tasandi haigla (ITKH, LTKH, IVKH, Pärnu Haigla).....	9
3.1.5. IV tasandi haigla (piirkondlik haigla)	10
3.1.6. Androloogia	10
3.1.7. Neerusiirdamine.....	10
3.1.8. Päevakirurgia	10
3.2. Haruldased haigused.....	11
4. Valveteenistus (hetkeseis ja perspektiiv)	11
5. Koormusstandardid	11
6. Prognoosid	13
6.1. Teenusevajaduse prognoos	13
6.2. Voodikohtade arvu prognoos.....	13
6.3. Eriarstide vajadus	14
6.4. Meditsiinitehnoloogia roll eriala arengus	14
7. Regulaatiivne keskkond ja vajalikud muudatused	15
7.1. Seadusandlus.....	15
7.2. Ravijuhised	15
7.2.1. Olemasolevad ravijuhised.....	15
7.2.2. Tulevikus vajalikud ravijuhised.....	15
7.3. Teised standardid ja regulatsioonid (nt vajadusel kommenteerida hetkel strateegilistes dokumentides jne leiduvaid plaane ja tegevusi)	15
8. Professiiooni vastutuse tõstmine eriarstide pädevuse jälgijana	15
9. E-tervis	16
10. Muid eriala probleeme, ettepanekuid	16

1. Eriala kirjeldus

1.1. Eriala definitsioon

Uroloogia on kirurgiline eriala, mis tegeleb kuse-suguelundite kaasasündinud väärarengute, omandatud haiguste, s.h. kasvajate ja vigastuste diagnostika ning medikamentoosse ja kirurgilise raviga.

1.2 Alamerialad

1. **Androloogia** on meditsiini eriala, mis tegeleb mehe reproduktiiv- ja seksuaaltervisega.
2. **Neerusiirdamine** – meditsiineriala, mis tegeleb kirurgilisel meetodil neeru siirdamisega doonorilt retsiptendile.

1.3 Sihtgrupp

- Uroloogilist kirurgilist ja onko-uroloogilist abi vajavad elu jooksul 25-30% elanikkonnast.
- Ühel mehel kuuest diagnoositakse elu jooksul eesnäärmevähk
- Seoses kiire keskmise eluea tõusuga Eestis suureneb lähiajal onko-uroloogiliste haiguste levimus.
- Eesnäärmehaigustega pöördub elu jooksul arsti (perearst, androloog, uroloog) poole enam kui 80% meestest.
- Kroonilise neerupuudulikkusega haigete esmaavastamise sagedus on 60–200 haiget miljoni elaniku kohta aastas, seega Eestis 84–280 haiget aastas.
- Lastetusega on probleeme 12-15 % peredel. Umbes 30% juhtudest on põhjuseks mehe haigus ja veel 30% üheaegselt mehe ja naise haigused.
- Enam kui 50% üle 40 aastastest meestel esineb erektsioonihäireid.
- Lasteuuroloogia on seni Eestis kuulunud traditsiooniliselt lastekirurgia eriala juurde.

2. Eriala areng

2.1. Eriala arengu prioriteedid

- 1) Uroloogilise abi organisatoorse struktuuri kaasajastamine vastavalt viimasel dekaadil alanud arengutele Eesti uroloogias.
 - a. Uroloogilise teenuse kättesaadavuse hoidmine üle Eesti
 - b. Kaasaegsete ja hästivarustatud kõrgema taseme operatiivset ja multimodaalset onko-uroloogilist abi osutavate keskuste loomine Tallinnas ja Tartus

- c. Ambulatoorse ja päevakirurgilise uroloogia tagamine I ja II etapi raviastutustes
- 2) Uroloogide töökoormuse normaliseerimine ja sellega seonduvalt uroloogia residentuuri mahu kahekordistamine ja androloogia residentuuri loomine lähiaastatel (a.s.a.p.).
 - 3) Tegevusstandardite kaasajastamine erineva tasandi uroloogilise abi osutamiseks
 - 4) Uroloogia õppemahu suurendamine TÜ Arstiteaduskonna programmis ning täiendõppe kaasajastamine ja kohandamine
 - 5) Uroloogiaalase teadus- ja arendustegevuse stimuleerimine eriala jätkusuutlikkuse tagamiseks Eestis

2.2. Sotsiaal-poliitiline taust Eestis

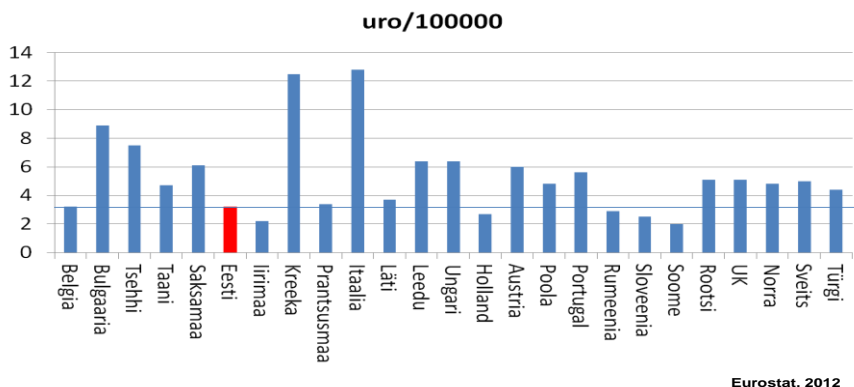
- Elanikkonna vananemine
- Meditsiini riikliku juhtimise puudused (VV tegevusprogramm 2011-2015). Puudub pikemaajaline riiklik tervishoiu strateegia. Täitmata on ka 10 aastat tagasi koostatud haiglate „masterplan“, SoM määrus haiglaliikide nõuetest ja pole arvestatud tol ajal koostatud erialade arengukavu.
 - Kõik see on viinud piiratud ressursside mitteoptimaalse kasutamiseni, mille iseloomulikemateks näideteks Tallinna 3 haigla omavaheline terav konkurents, mida ei omanikud ega ka SoM ei suuda kontrollida.
 - Samaväärne mõõdutundetu haiglate tehnoloogiline võidurelvastumine toimub üle Eesti, kusjuures väiksemates haiglates tehtud suured investeeringud uroloogilisse aparatuuri jäävad pahatihti rakendusetu.
- Ebaefektiivne juhtimine põhjustab:
 - Piiratud materiaalse ja inimressursi killustatust Eestis.
 - Arstide lahkumist välismaale
 - Uroloogilise abi kättesaadavuse halvenemist

2.3. Inimressurss uroloogias

- Hetkel töötab Eestis täis- või osalise tööajaga 38 uroloogi + 3 neerusiirdajat + 3 androloogi. Seega töötab Eestis 3,4 uroloogi 100 000 elaniku kohta, mis on Eurostati järgi Euroopas üks väiksemaid (vt. Joonis).

Kui arvestada vaid põhikoha ja täistööajaga mittepensionäre, töötab Eestis 1,8 uroloogi 100 000 elaniku kohta (vt selgitus allpool: töö iseloom ja vanuseline struktuur).

Uroloogide arv 100 000 el. kohta Euroopas (2009.a. andmed)



- Vanuseline struktuur:
 - Neist 11 (25%) on pensionärid ning
 - >50 aasta vanuseid on koos pensionäridega 30. (68%)
- Töö iseloomu alusel:
 - 3 uroloogi teevad põhikohaga administratiivset tööd
 - 6 uroloogi osutab vaid ambulatoorset teenust
 - 3 androloogi osutavad ambulatoorset teenust
 - Seega töötab klassikalise opereeriva uroloogina 32 arsti, neist vaid 24 täistööajaga <63 a. vana
 - Optimaalse töökorralduse tagamiseks vajab Eesti minimaalselt 40 opereerivat uroloogi (vt. koormusstandardid)
- Alates 1991 aastast on välismaale lahkunud 9 uroloogi, neist 4 on lõpetanud residentuuri pärast 2000.a.
- 1996-2011. a. on uroloogia residentuuri lõpetanud 16 arsti, s.h. 3 androloogi ja 1 transplantoloog. 12-st nn “puhtast urologist” on välismaale tööle siirdunud kolmandik (4). Uroloogia eriala ei ole ülikoolis populaarne, mida näitab igaaastane puuduv konkurents residentuuri sisseastumisel. Residentuuri lõpetajate tabel:

	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	9	9	9	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	9	9	9	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1
Lõpetanud	1	0	0	1	0	1	2	3	3	0	0	0	2	0	1	2

- Tartu Ülikooli uroloogia residentuuri õppekava on sertifitseeritud Euroopa Uroloogia Nõukogu Õppekomitee poolt, millega seoses on see automaatselt viidud vastavusse Euroopas kehtestatud nõuetele. Kuna residentuur valmistab ette kaasaegse tipp tehnoloogilise ettevalmistusega spetsialiste, on kõrvalnähuks see, et mitte üksi 1996-2011. aastal. uroloogia residentuuri lõpetanutest pole asunud tööle väljapoole Tartu ja Tallinna suurhaiglaid.
- Kõik praegu maakondades töötavad uroloogid on asunud sinna tööle enne 1990. aastat.

Kokkuvõtte.

- Uroloogide keskmine vanus kasvab kiiresti.
- Olemasolevad arstid on tänase seisuga jätkusuutmatult ülekoormatud.
- Maakondadest kaob aastaks 2020. tasapisi seegi uroloogia, mis seal praegu veel on.
- Uroloogia kontsentreerub Tallinnasse ja Tartusse ja muutub samasuguseks erialaks nagu neurokirurgia, kardio-vaskulaarkirurgia, lastekirurgia, onkoloogia jt.
- Tallinna ja Tartu haiglad pole praegu valmis osutama uroloogilist abi kogu riigile, sest puudub nii inimressurss kui ka vajalik infrastruktuur eelkõige ruumiprogrammi osas.

Lahendused

- Taastada TÜ Arstiteaduskonnas uroloogia õppetool.
- Vajalik on koheselt tõsta uroloogia residentuuri vastuvõttu 2 inimeseni aastas.
- Androloogia koolitus vajab eriprogrammi, mis kehtis ka 1992-1996. Põhjuseks kirurgia väike erikaal androloogias (ca 5%). Vajadus 2 residentuuri kohta lähema 2 aasta jooksul, edasi 1 koht igal kolmandal aastal.
- 2020. aastaks on vajalik lisaks 2 transplantoloogia suunaga uroloogia residentuuri lõpetajat.
- TÜ Arstiteaduskond peab astuma samme uroloogia õpetuse kvaliteedi parandamiseks ja seeläbi eriala populaarsuse tõstmiseks üliõpilaste seas. Praegused probleemid: uroloogia õpet on tugevalt kärbitud (4 loengut ja 5 päeva praktikumi+ vabatahtlikud 5 loengut) ja õpe toimub IV kursusel. VI kursuse kirurgitsükli ajal satuvad uroloogia osakonda üksikud üliõpilased.

2.4. Võrdlus eriala arengu ning prioriteetidega Euroopa Liidu liikmesriikides ja mujal maailmas

Eesti on nii väike riik (1,3 miljonit elanikku, s.o. suurriigi 1 haigla piirkond) ja peab väga mõtestatult ja kriitiliselt suhtuma muu maailma organisatsioonikultuuri importi

meile (onkoloogia detsentraliseerimine, robotkirurgia jne.). Uroloogia on kiiresti muutunud üheks kõige enam (tipp)tehnoloogiat kasutavaks ja seeläbi ressursikulukaks erialaks. Seetõttu on hädavajalik senisest oluliselt suuremal määral keskenduda ja välja arendada jätkusuutlik tippkeskuste struktuur.

3. Teenuste jaotumine

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

3.1.1. Esmatasand

- Ambulatoorne, osutatakse **perearsti** poolt.
- Urooloogiliste patsientide esmane diagnostika ja ravi (neerukooliku konservatiivne ravi, uriinipeetuse lahendamine pehmel kateteriseerimisel, põie punktsioon ületäitunud põie korral või juba rajatud epitsüstostoomi vahetus, tüsistumata urotrakti infektsioonide ravi, kusemishäirete konservatiivne ravi). Hetkel Eestis olemas Urotrakti ja meeste suguteede infektsioonide ravijuhis (2003) ja Meeste kusemishäirete ravijuhis perearstidele (2011).
- makro- või mikrohematuuria esinemise selgitamine ja patsiendi kohene suunamine uroloogile).
- Eelnevalt uroloogi poolt konsulteeritud ja ravitud krooniliste urooloogiliste haigustega patsientide järelravi ja jälgimine vastavalt soovitudele. Hõlmab peamiselt onko-urooloogilisi haigeid, kuid jälgimisjuhised perearstidele veel puuduvad.

3.1.2. I tasandi haigla (Võru, Põlva, Valga, Jõgeva, Rapla, Paide, Haapsalu, Hiiumaa)

- Ambulatoorne urooloogiline abi piirkondliku vastutuse põhiselt Tallinnast või Tartust vastavalt vajadusele.
- Urooloogilised protseduurid ka tsüstoskoopia.
- Päevakirurgia (varikotseele, hüdrotseele, orhiektomia, meeste kontratseptsioon, fimooos, parafimooos, peenise freenulumi plastika ja genitaalide healoomuliste kasvajate eemaldamine) haiglates, kus säilib päevakirurgia üldkirurgia raames.
- Vajalikud tugiteenused: labor, radioloogia, anestesioloogia päevasel ajal, histoloogiliste uuringute väljast tellimise võimalus. Intensiivravi ei vaja.

3.1.3. II tasandi haigla (Viljandi, Rakvere, Narva, Kuressaare)

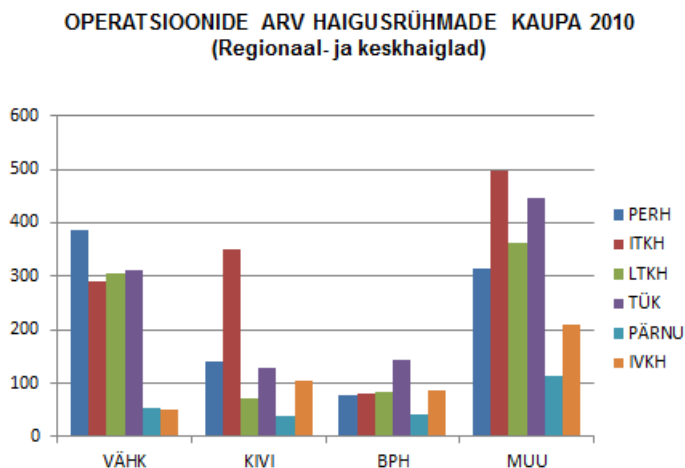
- Ambulatoorne ja statsionaarne urooloogiline abi osutatakse 1 opereeriva uroloogi poolt üldkirurgia osakonna sees

- Uroloogilised protseduurid (tsüstoskoopia, ureeteri stentimine, punktsioon-nefrostoomi rajamine jne.).
- Päevakirurgia (varikotseele, hüdrotseele, orhiektomia, meeste kontratseptsioon, fimoos, parafimoos, peenise freenulumi plastika ja genitaalide healoomuliste kasvajate eemaldamine).
- Teostatakse uroloogilisi operatsioone piiratud mahus vastavalt tegevusloale.
- Vajalikud tugiteenused: labor, radioloogia, anestesioloogia päevasel ajal, histoloogiliste uuringute väljast tellimise võimalus. III astme intensiivravi ei vaja.

3.1.4. III tasandi haigla (ITKH, LTKH, IVKH, Pärnu Haigla)

Pärnu Haigla ja IVKH on uroloogilises mõttes võrdsed II tasandi haiglatega nii mehitatuse kui ka töökoormuse osas, mistõttu tipptehnikat ja meeskonnatööd nõudev uroloogiline abi ei ole seal otstarbekas.

Tallinnas oleks vajalik ITKH ja LTKH baasil luua üks tugev uroloogiline keskus, mis sisuliselt võrdsustaks oma tegevuse standarditega regionaalhaiglatega.



EUS, 2011.

Operatsioonide diapason ja arv piirkondlikes ja keskhaiglates 2010.a. (EUS, 2011)

	PERH	ITKH	LTKH	TÜK	IVKH	Pärnu
Radikaalsed onko-urol. op. –d	224	175	111	174	6	11
Ureeteroskoopiad	102	326	57	109	103	38
Nefroskoopiad	38	23	16	20	2	0
TURP, TUIP, adenomektoomia	79	80	85	143	86	41
Uro-laparoskoopia	67	25	16	35	0	0

3.1.5. IV tasandi haigla (piirkondlik haigla)

- Ambulatoorne ja statsionaarne uroloogiline abi spetsialiseeritud uroloogiaosakonnas.
- Kogu uroloogiline abi täies mahus, s.h. endouroloogia, onkouroloogia ja ftisiuroloogia.
- Päevakirurgia
- Urooloogilised protseduurid
- Vajalikud tugiteenused: labor, radioloogia, anestesioloogia, intensiivravi ööpäevaringselt, patoloogia labor kohapeal
- On suutelised analüüsima oma tegevust teadusartiklite, seminaride jne-ga, läbi viima täiendõpet.
- Juurutatakse uusi ravimeetodeid ja tehnoloogiaid uroloogias.

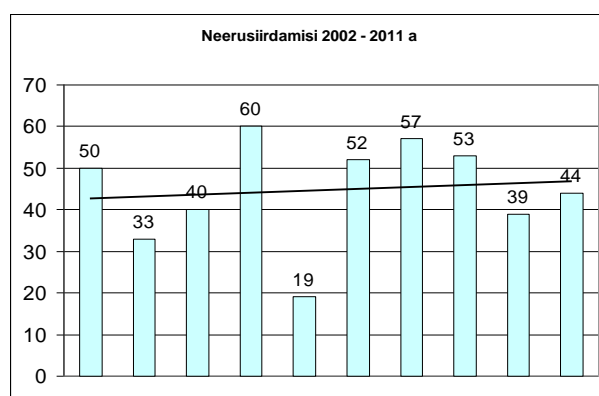
3.1.6. Androloogia

Põhiolemuselt on androloogia ambulatoorne eriala. Statsionaarne ja päevakirurgiline teenuse pakkumine toimub haiglate juures. Oluline osa androoloogilise teenuse osutamisel on spetsiifiline laboratoorne teenus. Laborite kvaliteedistandardite ja mahtude tagamiseks on otstarbekas 3 androloogiakeskuse olemasolu (Tallinnas kaks ja Tartus üks keskus) ja spetsialisti olemasolul ka Ida-Virumaal ja Pärnus.

3.1.7. Neerusiirdamine

Peab olema rakendatud 1 piirkondlikus haiglas.

Keskmiselt on viimase kümnendi jooksul tehtud 45 neerusiirdamist aastas. Arvestades kroonilise neerupuudulikkuse esinemissageduse kasvu võib prognoosida vajaduseks 50-60 neerusiirdamist aastas. Kasvu piirab samas suhteliselt püsiv elundidoonorite arv mille märkimisväärne tõus ei ole tõenäoline.



3.1.8. Päevakirurgia

Tänase seisuga teostatakse päevakirurgia raames urooloogilised invasiivsed protseduurid, kehaväline kivipurustus ja androoloogilised operatsioonid. Urooloogilistest operatsioonidest ca 10% moodustavad androoloogilised operatsioonid.

Hinnanguliselt 20% neist ei sobi päevakirurgiasse patsientide ea, kaasuvate haiguste ja muude kehaliste ja vaimsete iseärasuste tõttu.

Arengukava perioodi jooksul peaks realiseeruma järgmise grupi uroloogiliste endoskoopiliste operatsioonide viimine päevakirurgia tasandile:

- Ureeteroskoopilised operatsioonid
- Alumiste kuseteede endoskoopilised operatsioonid (TURP, TUIP, TURB, optiline uretrotoomia).

3.2. Haruldased haigused

Uroloogias haruldasi haigusi ei ole.

4. Valveteenistus (hetkeseis ja perspektiiv)

- Piirkondlikes ja keskhaiglates uroloogi ööpäevaringne valve, telefoniga kättesaadavus 30 minuti jooksul.
- I ja II tasandi haigla – vältimatu uroloogiline abi korraldatakse üldkirurgilise valve sees.

5. Koormusstandardid

Uroloog on eriarst, kellel on nii statsionaarse kui ambulatoorse töö kogemus ning kes on läbinud uroloogia-alase residentuuri või omandanud uroloogi kvalifikatsiooni enne 1993. aastat.

Uroloogi töökoormuse arvutused põhinevad järgmistel eeldustel:

1. uroloog teeb nii ambulatoorset, päevakirurgilist kui ka statsionaarset tööd (kureerib haigeid, opereerib, assisteerib).
2. uroloog teeb ise kõik uro-endoskoopilised diagnostika ja ravi protseduurid (enamikel teistel erialadel teevad uuringuid traditsiooniliselt eraldi endoskopsid või funktsionaal-diagnostikud).
3. konsulteerib haigla teiste erialade arste uroloogiliste probleemidega patsientide suhtes.

Maailmas kasutatakse kirurgide töökoormuse hindamiseks operatsioonidel (operatööri + assistendina) kulutatud aja mõõtmist. USA-s viibib kirurg 15% oma tööajast operatsioonitoas, Skandinaavia riikides 8 – 10%.

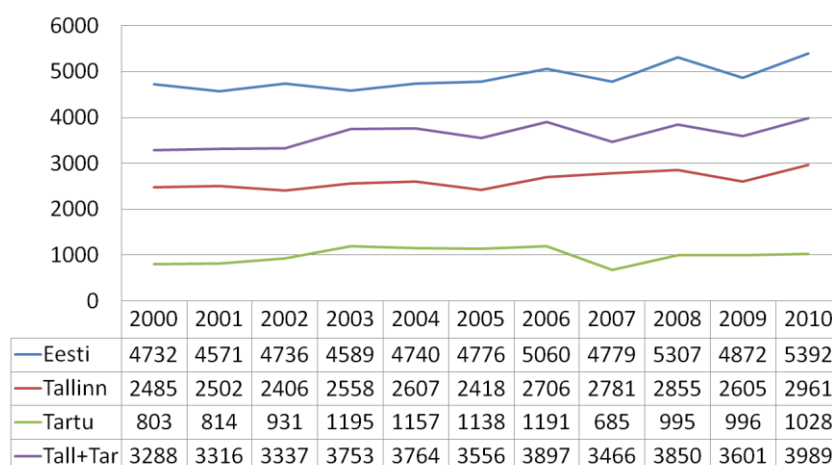
Seega tööaeg jaguneb üldjoontes:

Operatsioonid, assisteerimised	15%
amb. vastuvõtt	20%

urol.protseduurid	20%
visiidid, dokumentatsioon	25%
enesetäiendus	20%

Kirurgilistel erialadel on kõige lihtsam arsti töökoormust mõõta operatsioonitoas viibitud aja (op+assisteerimised) järgi. Aastas on 47 täistöönaädalat à 40 tundi. Sellest peab maha arvama sertifitseerimiseks vajaliku 60 täiendustundi aastas. Seega aastane töötundide arv on ~1800. keskmine uroloogilise operatsiooni puhasaeg on 73-92 min (PERH 73, ITKH 74 ja TÜK 92 min). Sellele tuleb juurde liita operatsiooniks ettevalmistuse ja lõpetamise aeg ~20 min. Seega kulub uroloogil ühele operatsioonile keskmiselt 1 t 35 min. Siit järeldub, et uroloog peaks töötama operatsioonitoas keskmiselt 270 tundi aastas ehk osalema 170 operatsioonil.

Uroloogilised operatsioonid Eestis (täiskasvanud)



EUS, SoM, 2011

Praegu töötab kõigis Eesti haiglates kokku 32 opereerivat uroloogi. Eestis tehakse aastas ca 5400 uroloogilist operatsiooni. Seega keskmine lõikuskoormus 1 uroloogi kohta on 170 operatsiooni aastas, lisaks 50-60 assisteerimist (kokku 220-230 operatsiooni aastas), mis ületab ülalnimetatud 15% tööajamahu piiri. Prognoosime uroloogiliste operatsioonide arvu kasvu 2020. aastaks 6000–ni, mistõttu optimaalne uroloogide arv 2020. a. oleks 40 (tingimusel, et kõik uroloogid oleks ka opereerivad uroloogid ja töötaks täiskoormusega).

6. Prognoosid

6.1. Teenusevajaduse prognoos

Uroloogia tegeleb peamiselt nelja suurema grupi haigustega. Nendeks on: eesnäärme healoomuline hüperplaasia, kivitõbi, androloogiline kirurgia ja uroloogilised kasvajad. Prognoosi aluseks on Eesti Uroloogide Seltsi igaaastane statistiline analüüs (www.euselts.ee) ja Eesti Vähiregistri andmed (www.tai.ee).

Prognostiliselt suureneb kasvajaliste haiguste arv uroloogias, seda just eesnäärmevähi osas. Kivitõve ja androloogiliste haigete arv püsib viimase 10 aasta vältel stabiilne. Eesnäärme healoomulise hüperplaasiaga opereeritute arv on 10 aasta vältel pidevalt vähenenud tänu efektiivsele medikamentoosle ravile, kuid tõenäoliselt vajab ca 500-600 patsienti operatsiooni ka 2020. a.

Lisaks tuleb silmas pidada, et Eesti elanikkond vananeb ja uroloogia on paljuski geriaatriline kirurgia. Teiseks – tehnoloogia ja kirurgilise tehnika areng võimaldab rohkem pühenduda elukvaliteeti säilitavatele operatsioonidele, mille tõttu haiged elavad oluliselt kauem, kuid vajavad sageli korduvaid lõikusi.

Lähtuvalt ülalöeldust prognoosime 2020. aastaks ca 6000 – 6200 uroloogilist operatsiooni, neist ca 15% päevakirurgilist.

Ravijuhtude arv kirurgilisel erialal pole tähtis, sest ilma tegevuseta (operatsioonita) võetakse haigeid haiglasse harva. Plaanilisele kirurgilisele tegevusele tuleb küll lisada erakorraliselt hospitaliseeritud +30%.

6.2. Voodikohtade arvu prognoos

Voodikohtade arv on uroloogias viimase kümnendi jooksul vähenenud väga olulisel määral. 1999. a. – 185, 2001. a. - 154 ja 2010.a. - 84 uroloogilist voodit kogu Eesti kohta (vähenemine 45% viimase 10 aasta jooksul), voodihõivega 89%, mis on suurim kirurgiliste erialade seas (Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas, tabelid RV30 ja RV40). Uroloogilised voodid on uroloogiaosakondades (TÜK, PERH, ITKH, LTKH). Ülejäänud haiglates ravitakse uroloogilisi haigeid kirurgiaosakondades. Kuna neis on töömaht oluliselt väiksem, kui eelnimetatud suurhaiglates ja töötab vaid 1 uroloog, pole seal spetsialiseeritud uroloogiliste voodite avamine põhjendatud.

Seoses pensioneerumisega pole aastaks 2020. enamikes maakondades enam kohapealset uroloogi. Suure tõenäosusega on aastaks 2020. väljaspool Tallinnat ja Tartut uroloogid veel olemas vaid mõnes II tasandi haiglas (Kuressaare, Viljandi?) ja Pärnus.

Päevakirurgias oleks hinnanguliselt juba 2015. a. võimalik opereerida ca 15% e. 800-900 patsienti, milleks oleks vaja maksimaalselt 3,8 päevaravi kohta Eestis kokku. Päevakirurgilise kontingendi edasist suurenemist aastani 2020. ei prognoosi.

	2015	2020
- Piirkondlikud haiglad kokku		
Voodikohad	60	80
s.h. intensiivravi	12	16
päevaravi	1,2	1,2
- ITKH, LTKH (keskhaiglad) kokku		
Voodikohad	40	40
s.h. intensiiv	10	10
päevaravi	1,2	1,2
- IVKH, Pärnu Haigla (keskhaiglad) kokku *	12	8
Päevaravi	0,2	0,2
- Üldhaiglad kokku *	16	8
Päevaravi	0,4	0,4
- Kohalikud haiglad kokku *	0	0
Päevaravi	0,8	0,8
Kokku uroloogilisi voodeid	100	120
Kokku päevaravi	3,8	3,8

* voodid kirurgiaosakondade sees + päevaravi voodid

6.3. Eriarstide vajadus

	2015	2020
Uroloogide absoluutarv*	35	40
Androloogia	3	5

* täistööajaga, opereerivad uroloogid, s.h. neerusiirdajad

6.4. Meditsiinitehnoloogia roll eriala arengus

Uroloogia on kõrgtehnoloogiline eriala, kus 45% operatsioonidest on endoskoopilised, s.h. laparoskoopilised. Operatsioonidel kasutatakse kalleid fiiberoptilisi süsteeme, lasereid, ultraheli, röntgenseadmeid jne, mistõttu uroloogia koondumine piiratud arvuga keskustesse on tulevikus paratamatu. Uroloogide Selts peab aastaks 2020 optimaalseks 3 uroloogilist keskust, millest üks paikneb Tartus ja kaks Tallinnas.

Kolme keskuse loomine tagaks kõigis neis ka kaasaegse multimodaalse vähiravi printsiibi rakendumise koostöös keemia- ja kiiritusravi spetsialistidega.

7. Regulatiivne keskkond ja vajalikud muudatused

7.1. Seadusandlus

7.2. Ravijuhised

7.2.1. Olemasolevad ravijuhised

- Urotrakti ja meeste suguteede infektsioonide ravijuhis, 2003
- Onko-uroloogiliste haiguste ravijuhis, 2006, (vajab kaasajastamist)
- Meeste kusemishäirete käsitusjuhend perearstidele, 2011

Igapäevases töös juhindume ka Euroopa Uroloogia Assotsiatsiooni ravijuhistest (www.uroweb.org/guidelines), mis võiksid Uroloogide Seltsi arvates hiljemalt aastal 2020 olla automaatselt käsitletud kui kohalikud ravijuhendid.

7.2.2. Tulevikus vajalikud ravijuhised

Kohalikud ravijuhised on vajalikud eelkõige eriala piirialadel koostööpõhimõtete ja vastutusridade täpsustamiseks. Lähiajal on hädavajalik koostada

- Onko-uroloogiliste haigete jälgimise juhised perearstidele

7.3. Teised standardid ja regulatsioonid (nt vajadusel kommenteerida hetkel strateegilistes dokumentides jne leiduvaid plaane ja tegevusi)

8. Professiiooni vastutuse tõstmise eriarstide pädevuse jälgijana

Uroloogia eriala koordineerib kaks struktuuri: Tartu Ülikool (TÜ) ja Eesti Uroloogide Selts (EUS).

Koolituse eest vastutab Tartu Ülikool. Uroloogia residentuuri õppekava on sertifitseeritud Euroopa Uroloogia Nõukogu Õppekomitee poolt, millega seoses on see automaatselt viidud vastavusse Euroopas kehtestatud nõuetele. Residentuuri lõpueksam toimub 2 osas- kirjalik ja suuline, mis on ühildatud Euroopa Uroloogia Nõukogu poolt korraldatud eksamitega ja annab selle sooritajale FEBU (Fellow of the European Board of Urology – Euroopa Uroloogia Nõukogu liige) staatuse, mida tunnustatakse kõikjal Euroopas. Eksami edukas sooritamise annab automaatselt õiguse kandideerida uroloogi ametikohale ja töötada kõigis Euroopa Liidu liikmesriikides.

Uroloogide täiendkoolituse osas on TÜ ja EUSi kõrval olulisel kohal ka üleeuroopaliste uroloogia katusorganisatsioonide roll. Uroloogid kasutavad oma teadmiste täiendamisel CME (Continue Medical Education) Euroopas kasutusel olevat punktisüsteemi, mis näeb ette 5 aasta jooksul läbida täiendustel teatud hulk tunde (kongress, konverents, seminar, täiendused kohapeal, teaduslike posterite,

teeside ja artiklite avaldamised, osalemine kursandina või lektorina European School of Urology (ESU) koolitustel, Euroopa uroloogia koolitusprogrammide läbiviimine jne.

Eesti Uroloogide Selts vastutab uroloogilise teenuse osutamise organisatoorse struktuuri eest. Samuti koordineerib EUS uroloogia alast täiendõpet ja teadustööd ning uroloogide omavahelist suhtlemist ja koostööd.

Uroloogide kvalifikatsiooni jälgib Eesti Kirurgide Assotsiatsiooni sertifitseerimiskomisjon, mis kontrollib ja pikendab nõuete täitmisel uroloogi tegevuslitsentsi iga 5 aasta tagant.

9. E-tervis

PERH-is piloteeritakse alates 2011. a. e-visiidi (-konsultatsiooni) projekti perearstidega, mis toimib koostöös e-Tervisega. E-konsultatsiooni eesmärgiks on parandada koostööd haigla(te) ja perearstide vahel ning parandada ambulatoorse eriarstiabi kvaliteeti. Projektis osalevad ka PERH-i uroloogid. Kui pilootprojekt osutub edukaks ja e-konsultatsioon haigekassa poolt rahastatavaks, on võimalik seda laiendada kõigile haiglatele ja seal töötavatele uroloogidele.

10. Muid eriala probleeme, ettepanekuid

Uroloogia üheks olulisemaks probleemiks on nõrk teadustegevus. Taasiseseisvunud Eestis on doktorikraadi kaitsnud üks transplantoloog ja üks androloog. Eriala jätkusuutliku arengu tagamiseks on vaja senisest oluliselt enam tähelepanu ja ka ressursse suunata akadeemilise ettevalmistuse tõhustamisele ja selle kandepinna laiendamisele. Vajalik on taastada uroloogia õppetool Tartu Ülikoolis.