

ÜLDKIRURGIA ARENGUKAVA KAASAJASTAMINE JA TÄIENDAMINE 2004. AASTAL

1. Eriala areng

1.1. ja 1.2. Eriala arengu prioriteetidid ja võrdlus eriala arengu prioriteetidega Euroopa Liidu maades.

Üldkirurgia eriala arengus nähakse üha laiemat väheinvasiivsete ravimeetodite kasutuselevõttu nn. endoskoopilise kirurgia arendamist. Teisalt on tendents spetsialiseerumisele järjest kitsamatele alamerialadele. Viimane suundumus prevaleerib eelkõige Euroopa Liidu n.ö. suurtes maades, kus on suund kitsamate kirurgiliste erialade tekkeks (UEMS järgi koloproktoloogia, endokriinkirurgia, hepatobiliaarkirurgia, kirurgiline onkoloogia, jne.). Meie ei pea jätkuvalt sellist spetsialiseerumist otstarbekaks arvestades Eesti Vabariigi väikeset ja kahanevat populatsiooni. Eesti Vabariigis peaks harvem esinev üldkirurgiline patoloogia koondatama regionaalhaiglatesse, kus 2-3 üldkirurgi spetsialiseerub vastavate harvaesinevate patoloogiate ravile. Meie eelistus peaks olema laialdaste oskustega üldkirurg, kes on võimeline töötama ka üldhaiglas ja keskhaiglas ning kitsam subspetsialiteet (pädevus) tekib läbi täienduskoolituste ja praktika regionaalhaiglates.

2. Tervishoiuteenus prognoos

2.1. Eriala teenuse vajaduse muutuse põhjendatud prognoos aastateks 2010 ja 2015.

Haigestumise struktuuris olulisi muutusi ei ole ette näha. Kuid meie ei näe vajadust jätkata üldhaiglana Läänemaa Haiglal 2010. aastal, mil maakonna elanikkond jääb prognooside kohaselt 26 000 piiridesse ning oleme veendunud, et Läänemaa Haigla peaks jätkama kohaliku haiglana nagu ka Rapla, Jõgeva ja Põlva Haigla.

Eelmises (2001. a.) arengukavas hindasime üle päevakirurgia arenguvõimaluse. Põhjuseks oli liigne optimism, et haigekassa muudab oma hinnapoliitikaga päevakirurgia atraktiivsemaks, mida ei ole aga toimunud; teisalt ei ole ka veel sotsiaalsfäär piisavalt tugev, et toetada päevakirurgia tormilist arengut (igal leibkonnal telefon, isiklik või haigekassa poolt tasutud transpordivõimalus, jne.).

Aastal 2010 prognoosime, et ~10% üldkirurgia plaanilistest operatsioonidest teostatakse päevakirurgias (varasem prognoos 30%), s.t. 2000-2500 operatsiooni aastas, mis tähendab, et statsionaari jääb 18000 – 18500 operatsiooni aastas.

Aastal 2015 prognoosime, et 30% plaanilistest üldkirurgia operatsioonidest teostatakse päevakirurgias, s.t. 6000-7000 operatsiooni aastas ning statsionaari jääb ~14000 üldkirurgilist operatsiooni aastas.

2.2. Voodikohtade prognoos.

Arvestades väheinvasiivsete ravimeetodite arenguga ning järeldravi süsteemi väljaarendamisega 2010 aastaks saame teha mõningase voodikohtade

prognoosi korrigeerimiseks, mis tähendab ~10% voodikohtade vähenemist (2001. a. arengukavas 528 üldkirurgia voodit).

Piirkondlikud haiglad

Põhja-Eesti Regionaalhaigla (PERH) 100 voodit (4 osakonda, 1a 25 voodit)
Tartu Ülikooli Kliinikum (TÜK) 75 voodit (3 osakonda, 1a 25 voodit)

Keskhaiglad

Ida-Tallinna Keskhaigla (ITKH) 50 voodit (2 osakonda, 1a 25 voodit)
Lääne-Tallinna Keskhaigla (LTKH) 50 voodit (2 osakonda, 1a 25 voodit)
Pärnu Haigla 30 voodit (1 osakond)
Ida-Virumaa Keskhaigla 30 voodit (1 osakond)

Üldhaiglad

Narva Haigla 24 üldkirurgilist voodit
Rakvere Haigla 24 üldkirurgilist voodit
Viljandi Haigla 20 üldkirurgilist voodit
Võru Haigla 16 üldkirurgilist voodit
Valga Haigla 16 üldkirurgilist voodit
Kuressaare Haigla 16 üldkirurgilist voodit
Järvamaa Haigla 16 üldkirurgilist voodit
Hiiumaa Haigla 6 üldkirurgilist voodit

KOKKU 473 üldkirurgilist statsionaarset voodit

2015. aastaks võib arvestada ~10% voodifondi vähenemisega üldkirurgia erialal. Prognoosime 430 statsionaarse voodi vajadust, mis tuleneb eelkõige päevakirurgia mahu suurenemisest.

Intensiivravi voodeid üldkirurgia erialal peaks olema
üldhaiglas 10-15% üldkirurgia voodifondist
keskhaiglas 15-20% üldkirurgia voodifondist
regionaalhaiglas 20-25% üldkirurgia voodifondist

Päevakirurgia voodite vajadus 2010. aastal vastab 2005. aastaks planeeritud päevaravi voodite arvule. 2015. aastal prognoosime üldkirurgia erialal päevaravi voodite vajadust järgnevalt:

Piirkondlikud haiglad

PERH 7 päevakirurgia voodit üldkirurgia erialal
TÜK 6 päevakirurgia voodit üldkirurgia erialal

Keskhaiglad

ITKH 4 päevakirurgia voodit üldkirurgia erialal
LTKH 4 päevakirurgia voodit üldkirurgia erialal
Pärnu Haigla 4 päevakirurgia voodit üldkirurgia erialal
Ida-Virumaa Keskhaigla 4 päevakirurgia voodit üldkirurgia erialal

Üldhaiglates on arvestuslikult üldkirurgia erialal vajalik 2-3 päevakirurgia voodit

Narva Haigla	3 voodit
Rakvere Haigla	3 voodit
Viljandi Haigla	2-3 voodit
Võru Haigla	2 voodit
Valga Haigla	2 voodit
Kuressaare Haigla	2 voodit
Järvamaa Haigla	2 voodit

3. Teenuste jaotumine

Teenuste jaotumise osas jääme varasema arengukava juurde.

3.3. Päevakirurgias saab tänase arusaama järgi teostada maksimaalselt 30% üldkirurgia plaanilistest operatsioonidest. Operatsioonide loetelu, mis on teostatavad päevakirurgias:

- Naha- ja nahaaluskoe kasvajate operatsioonid (95% juhtudest)
- Kubeme- ja nabasonga operatsioonid (80% juhtudest)
- Jala veenilaiendite operatsioonid (80% juhtudest)
- Pärasoole healoomuliste haiguste operatsioonid (60% juhtudest)
- Laparoksoopiline koletsüstektomia (30% juhtudest)
- Kilpnäärme operatsioonidest lobektomiad (70% juhtudest)
- Rinnanäärme operatsioonid (50% juhtudest)

4. Valveteenistuse vajalikkus ja korraldus haigla liikide kaupa.

Erakorralise kirurgiateenistuse, s.t. ööpäevaringne kirurgiateenistuse ja anestesioloogiateenistuse valve peaks toimuma järgmistes haiglates:

PERH

TÜK

ITKH

LTKH

Pärnu Haigla

Ida-Virumaa Keskhaigla

Narva Haigla (suur teeninduspiirkond – 75 000 elanikku)

Rakvere Haigla (suur teeninduspiirkond – 75 000 elanikku)

Viljandi Haigla (suur teeninduspiirkond – 62 000 elanikku)

Kuressaare Haigla (isoleeritus)

Järvamaa Haigla (kaugus regionaalhaiglatest, Tallinna-Tartu liiklustrass)

Võrumaa Haigla (teenindaks ka osaliselt Põlva maakonda)

Valgamaa Haigla (juhul, kui laiendatakse teeninduspiirkonda)

Hiumaa Haiglas on väljakutsutav kirurg ja anestesioloog.

5. Arstide optimaalse töökoormuse planeerimine

Üldkirurgi optimaalne töökoormus (1,0) ~1800 tundi aastas võiks olla jaotunud järgnevalt:

- operatsioonitoas 15% tööajast (6 t. nädalas, 270 t. aastas)
- ambulatoorsed vastuvõttud (kuni 6 t. nädalas, kuni 270 t. aastas)
- palatitöö (kuni 8 t. nädalas, arvestuslikult 0,5 t. patsiendi ravipäeva kohta, kuni 360 t. aastas)
- valvetöö (16-24 t. nädalas, 720-1080 t. aastas)
- enesetäiendus (2 t. nädalas, 90 t. aastas)

6. Eriarstide vajadus

Planeeritud vajadus 1,25 üldkirurgi 10 000 elaniku kohta vastab ka tänastele Euroopa standarditele. Üldkirurgide absoluutarvu tendents 168 üldkirurgi 2010. aastal ja 160 üldkirurgi 2015. aastal vastab planeeritule. Samas tuleb tõdeda, et Tervishoiuametis on registreeritud üldkirurgide arv suurem kui kirurgide sertifitseerimiskomisjonis sertifitseeritud üldkirurgide arv, mis tuleneb sellest, et Tervishoiuameti registris püsivad ka need kirurgid, kes on pensioneerunud või läinud manalateele.

Planeeritud 4 residentide asemel tuleb edaspidi vastu võtta 5 residentide aastas, mis on tingitud residentuurijärgselt suhteliselt sagedasest tööleasumisest Euroopa Liidu riikides. Üldkirurgia residentuuri viimase kolme aasta 17st lõpetanust on 7 lahkunud tööle Euroopa Liidu riikidesse.

7. Olemasolev eriala regulatsioon ning ettepanekud vajalikeks muudatusteks ja täiendusteks.

7.1. Seadusandluses ettepanekud samad, mis eelmises arengukavas.

7.2. Ravijuhised

Üldkirurgia erialal on olemas sapikivitõve ravijuhend (2003. a.), ägeda pankreatiidi ravijuhend (2004. a.). 2004. a. lõpuks on planeeritud songade ravijuhise valmimine. 2005. a. on Haigekassa poolt plaanis rahastada seedetrakti pahaloomuliste kasvujate diagnostika ja ravijuhiste koostamine ning võimalik, et ka soolesulguse ravijuhise koostamine.

Loeme heaks, kui igal aastal valmib vähemalt üks ravijuhis üldkirurgia erialal.

8. Professiiooni vastutuse tõstmine eriarsti pädevuse järgijana.

Sertifitseerimine ja resertifitseerimine viiakse läbi Eesti Kirurgide Assotsiatsiooni egiidi all ja selleks moodustatud komisjoni poolt. Komisjon käib koos mitte vähem kui 2 korda aastas. See on ühine kõigile EKAgaga ühinenud erialadele. Resertifitseerimine toimub iga 5 aasta järel ja on aluseks Tervishoiuameti Arstide registri pidamisel. Seadustada tuleks olukord, kus mitteresertifitseeritud spetsialist kustutatakse registrist. Vastasel korral võivad jääda sellesse ja inimesed, kes on oma ametist ammugi loobunud ja ei tööta erialal ning on minetanud oma pädevuse. 5 aastat erialal mittetöötanud spetsialist kaotab oma kvalifikatsiooni. Kvalifikatsiooni taastamise protseduuri otsustab sertifitseerimiskomisjon igal juhtumil individuaalselt, lähtudes arsti eelnevast kvalifikatsioonist ja töökogemusest. Sama võiks kehtida ka väljaspool Eestit kirurgiks saanud spetsialistide registrisse kandmise kohta.

Resertifitseerimisel pädevuse säilitamiseks on soovitatavad 5 aastase perioodi kohta 300 teostatud operatsiooni (tuleneb residentuuri ajal tehtud operatsioonide miinimumnõudest) ja 300 tunni ulatuses enesetäiendamist (täiskasvanute koolituseadusest tulenev 2 nädalat täiendust aasta kohta). Komisjon võib teha nimetatud nõudmiste osas mööndusi aga ka täiendavaid nõudmisi.

9. Muid eriala probleeme, ettepanekuid.

- tugevdada kontrollimehhanisme (eelkõige läbi haigekassa) haigla liikidest tulenevate kirurgilise tegevuse vastavusest haigla liigile (näide: pahaloomuliste kasvujate plaaniline kirurgiline ravi üld- ja keskhaiglas);
- rakendada meetmeid, mis soodustaksid päevakirurgia arengut (haigekassa hinnapoliitika);
- eriala sertifitseerimiskomisjonil peaks olema otsustav sõna eriarsti Tervishoiuameti registrisse kandmisel ja seal püsimisel;
- tagada üldkirurgidele (aga ka teiste erialade esindajatele) konkurentsivõimeline palk, mis välistaks spetsialistide lahkumise välisriikidesse.

10. nov. 2004. a.

Urmas Lepner	SA TÜ Kliinikumi kirurgiakliinik, üldkirurgia ja plastilise kirurgia osakonna juhataja
Andrus Arak	SA TÜ Kliinikumi hematoloogia ja onkoloogia kliinik, kirurgilise onkoloogia osakonna juhataja
Jaan Tepp	SA PERH üldkirurgia keskuse juhataja