

ERAKORRALISE MEDITSIIINI ERIALA ARENGUKAVA.

1. Eriala kirjeldus.

1.1. Eriala ja võimalike alaerialade definitsioon.

Erakorraline meditsiin (EM) on eriala, mis tegeleb erakorraliste terviseseisundite (ägedad haigused, traumad, mürgistused jne) esmase diagnoosimise ja raviga patsientide surma või töövõimetuse vältimiseks.

Eriala tegevus põhineb erakorralise meditsiini süsteemil, mis baseerub haiglaväliselt kiirabil ning haiglas erakorralise meditsiini osakonnal (EMO), mis on tihedalt seotud siduserialadega (radioloogia, laborimeditsiin, traumatoloogia, kirurgia, kardioloogia jne). Erakorralise meditsiini tervishoiuteenuse iseseisvad osutajad on EM arstid ja spetsialiseerunud EM õed (praegu intensiivõenduse, varasemalt erakorralise meditsiini õenduse eriala), teenuse osutamisel abistavad ka kiirabitehnikud. Erakorralise meditsiini abi osutaja alustab ägedate haiguste, traumade ja mürgistuste esmase diagnoosimise ja raviga. EM eriala spetsialistid kasutavad kaasaegseid EM, intensiivravi, anestesioloogia ja teiste erialade erakorralise abi osutamise meetodeid ning võimalusi.

Erakorraline meditsiin lähtub otseselt elanikkonna ja riigi huvidest ning peab miinimumvajaduste piires olema võrdsetel alustel tagatud kõigile Eesti Vabariigi territooriumil asuvatele inimestele.

Erakorralise meditsiiniabi osutamine on erinevates haiglaliikides tagatud erineval tasemel lähtuvalt kohustustest ning ravi- ja diagnostikavõimalustest. Vajadusel suunatakse haige madalama tasemega haiglast kõrgema etapi haiglasse.

Samuti on kiirabiüksused erineva tasemega (õe-, arsti- ja reanimobiilibrigaad) ning vajadusel ja võimalusel saadetakse kannatanu juurde kõrgema kvalifikatsiooniga kiirabiüksused.

Eriala on seotud katastroofimeditsiiniga. Erakorralise meditsiini alamerialaks on kliiniline toksikoloogia.

Eriala arengu prioriteedid:

Eriala arengu peamine prioriteet on kiire ja kõrgetasemeline erakorraline meditsiiniline abi patsientidele nii haiglavälisel etapil (kiirabi) kui haiglas (EMO), kasutades nii kõrgtehnoloogilisi meditsiinilisi kui sidekommunikatsioonivahendeid ja vastavate meditsiinilist teadmistega ning kõrgelt motiveeritud personali. Eriti oluline on e-tehnoloogia kasutamine, mis annab võimaluse patsientidele parima kvaliteediga erakorralise meditsiiniabi andmiseks.

EM arengu eesmärkide saavutamiseks on vajalikud:

- erakorralise meditsiini süsteemi arengut stimuleeriv seadusandlus;
- erakorralise meditsiinilise abi osutamise kooskõlastatud kajastamine erinevate meditsiiniabi etappide arengukavades (esmatasandi arstiabi, kiirabi, haiglate arengukava);

- erakorralise meditsiiniabi osutamise detailsed 10-15 aasta arengukavad erinevatel abi osutamise etappidel;
- e-kiirabi infosüsteemi käimarakendamine;
- diferentseeritud tasemega kaasaegsed EMOD piirkondlikes, kesk-, ja üldhaiglates, kus on tagatud haigla liigile vastavalt kehtestatud konkreetsete personali, ruumide ja tegevuse standardid;
- erakorralise meditsiiniabi tasustamine vastavalt HK hinnakirjale lähtudes EMO tasemest;
- piisaval hulgal erakorralise meditsiini arstide ettevalmistamine erialaresidentuuris, mis vastab Euroopa Erakorralise meditsiini Seltsi (EuSEM) poolt kehtestatud õppeprogrammidele;
- erakorralise meditsiini õdede spetsialiseerumine tervishoiukõrgkoolide juures. Kuni piisava arvu diplomeeritud õdede tekkimiseni peab jätkuma koolitus piirkondlike haiglate koolituskeskustes ning kohtadel;
- erakorralise meditsiini osakondades ja kiirabisüsteemis töötavate arstide ja õdede ning kiirabitehnikute pädevuse hindamine ja sertifitseerimine eriala seltside tasemel;
- jätkuv erakorralise meditsiini eriala ja erakorralise meditsiini akadeemilise süsteemi arendamine;
- erakorralise meditsiini alaste ravistandardite ning käitumisjuhiste jätkuv väljatöötamine ning täiendamine;
- erakorralise meditsiini osakondade ja kiirabisüsteemi iga-aastane aruandlus, töö analüüs ja tegevuse kvaliteedi kontroll Sotsiaalministeeriumi ja erialaseltside tasemel;
- koostöö teiste erialade spetsialistidega;
- koostöö teiste riigistruktuuridega (kaitseväge, päästeteenistus, politsei).
- riiklike meditsiiniliste turvanõuete väljatöötamine ja kehtestamine spordi- ja massiürituste ohutuks korraldamiseks.

1.2. Erialast tervishoiuteenust vajava sihtgrupi kirjeldus põhidiagnoosi, vanuselise ja soolise struktuuri alusel.

Erakorralise meditsiini sihtgrupiks on erakorraline haige ägeda haigestumise, trauma või mürgistusega sõltumata soost, vanusest, kahjustatud anatoomilisest piirkonnast ja seisundi raskusest.

2. Erialaste tervishoiuteenuste planeerimine.

2.1. Olukorra analüüs.

2.1.1.-2.1.2. Eriala tervishoiuteenuste osutamise kirjeldus maakonniti demograafiliste ja elanikkonna haigestumise näitajate alusel. Tervishoiuteenuste jaotus etappide kaupa, ambulatoorse ja statsionaarse eriarstiabi vahel.

Kiirabiteenistus

Eesti kiirabiteenistusse kuulub 90 kiirabibrigaadi, mis paiknevad 46 geograafilises punktis. Kiirabibrigaadide hulgas on 6 reanimobiilibrigaadi, mille koosseisu kuulub nii kiirabis kui EMOs töötav ning intensiivravikogemust omav erakorralise meditsiini arst või anestezioloog. 29 kiirabibrigaadi juhivad arstid ning 61 erakorralise meditsiini

õde, kellest osad on läbinud spetsialiseerumiskoolituse intensiivõenduse erialal (Tartu Tervishoiu Kõrgkoolis senini lõpetanud kaks lendu).

2007. aastal täideti Eestis 245 123 kiirabivisiiti. Kiirabivisiitide jaotumine maakonniti on toodud tabelis 1. Hospitaliseeriti 88 730 patsienti, mis teeb hospitaliseerimisprotsendiks 36%. Ka eelnevate aastate statistika näitab, et täidetud kiirabikutsete üldarvust hospitaliseeritakse keskmiselt 30–40% haigetest.

Tabel 1. Kiirabivisiitide jaotumine ning hospitaliseerimine maakonniti aastal 2007.

| Maakond | Täidetud kiirabivisiite | Hospitaliseeriti | Hospitaliseeriti (%) |
|---------------|-------------------------|------------------|----------------------|
| Harjumaa | 19 512 | 6 308 | 32 |
| Tallinn | 77 131 | 30 561 | 40 |
| Hiiumaa | 3 216 | 339 | 11 |
| Ida-Virumaa | 36 130 | 11 209 | 31 |
| Jõgevamaa | 6 783 | 2 612 | 39 |
| Järvamaa | 4 964 | 2 134 | 43 |
| Läänemaa | 5 369 | 1 804 | 34 |
| Lääne-Virumaa | 12 246 | 4 014 | 33 |
| Põlvamaa | 5 568 | 2 402 | 43 |
| Pärnumaa | 17 231 | 6 720 | 39 |
| Raplamaa | 5 128 | 1 397 | 27 |
| Saaremaa | 4 858 | 2 155 | 44 |
| Tartumaa | 25 943 | 9 464 | 36 |
| Valgamaa | 6 555 | 2 404 | 37 |
| Viljandimaa | 7 828 | 2 999 | 38 |
| Võrumaa | 6 661 | 2 208 | 33 |

Reanimobiilibrigaadid täitsid 2007. aastal kokku 4986 väljakutset, neist 3138 Tartu ning 1848 Tallinna reanimobiilibrigaadide poolt.

Erakorralise meditsiini osakonnad

Osutamaks erakorralist meditsiiniabi, peab haiglas olema ööpäevaringne erakorralise meditsiini osakonna personali valve (arvuliselt vastavale EMO tasemele kehtestatud standardile), ööpäevaringne radioloogiliste ning laboratoorsete uuringute teostamise võimalus. Samuti peab olema vähemalt üldkirurgi ning anestezioloogi valve. Vastavalt haigla tasemele, mis on kirjeldatud haigla liikide nõuetes, jaguneb ka erakorralise meditsiini abi osutamise tase.

Eestis on praegu kolm regionaalhaiglat, neist üks, Tallinna Lastehaigla, osutab erakorralist meditsiiniabi ainult lastele. Keskhaiglate (Pärnu, IVKH, ITKH, LTKH) EMO töös ei ole võrreldes piirkondliku haigla EMOga suuri erisusi osutatava abi tasemes välja arvatud haigla liikide nõuetest tulenevalt teatud erialaspetsialistide (kardiokirurg, neurokirurg) konsultatsiooni ning ravivõimaluste puudumine. Kesk- ja piirkondliku haigla EMO erinevad oluliselt ka hädaolukorra ning kriisipuhuse käitumise nõuete poolest.

Küll on üldhaiglate (Eestis praegu 11) EMOs osutatavate teenuste hulk piiratum lähtuvalt haigla valmisolekust ning oskuste tasemest ning see taseme vahe peab olema kindlalt piiritletud ning määratletud erinevate haigla liikide erakorralise meditsiini osakondadele esitatavates ruumilistes, aparatuurilistes ning personalinõuetes ning kajastatud ka haigekassa hinnakirjas.

Kohalikus haiglas ei ole võimalik osutada erakorralise meditsiini osakonna standarditele vastavat erakorralise meditsiini abi. Seetõttu ei ole kohalikus haiglas võimalik pidada erakorralise meditsiini osakonda, vaid vastuvõtutuba, kus saab osutada esmatasandi arstiabi teenuseid vastavalt kohalikele võimalustele (osutatakse erakorralist abi perearstlikul tasemel) ning tõsise erakorralise haige saabumisel suunatakse patsient lähimasse EM osutavasse haiglasse.

II-III astme erakorralise meditsiini osakonnas võtab patsiendi vastu triaaziõde (täiendkoolituse saanud erakorralise meditsiini õde), kelle ülesandeks on määratleda patsiendi käsitlemiskiiruse vajadus vastavalt patsiendi seisundile ning võimalikule ohule elule ning tervisele. Vastavalt patsiendi raskuskategooriale (vt. tabel 2) on määratud ka aeg arstini ehk siis aeg, mis on ohutu patsiendi antud tervisliku seisundi juures oodata arstlikku ülevaatus. I kategooria haigete puhul on see aeg 0 minutit, ehk eluohtlikus seisundis haige juurde peab arst kohe saabuma ning alustama kohe ravi ja diagnostikaga, IV kategooria haige puhul aga võib aeg arstini olla kuni 3 tundi. Mitmete sündroomide käsitlel on vajalik ning otstarbekas kutsuda EMOsse kohe teise eriala konsultant või konsultantide meeskond (nt. traumameeskond).

Tabel 2. EMO patsientide triaazikategooriad.

| Kategooria | Kategooria värv | Seletus | Patsiendi paigutus | Aeg arstini |
|------------|-----------------|--|--------------------|------------------|
| I | Punane | eluohtlik seisund, vältimatu, kohene abi, "ülikiire abi" | EM saal | KOHE |
| II | Oranž | potentsiaalselt eluohtlik seisund, "kiiret abi vajav", | Intensiivravi saal | 0-15 minutit |
| III | Kollane | mitteeluohtlik, kuid edasilükkamatut abi vajav seisund | Jälgimisruum | Kuni 30 minutit |
| IV | roheline | mitteeluohtlik seisund | Ootesaal | Kuni 180 minutit |

Olemasolevate andmete järgi on Eestis 2007. aastal teenindatud erinevates haiglates 407 437 erakorralist patsienti, kellest 27% hospitaliseeriti. Suurim hospitaliseerimisprotsent (30%) on üldhaiglates, väiksem (23%) piirkondlikes haiglates. Haigla liikide kaupa on toodud EMODE tegevusnäitajad tabelis 3.

Tabel 3. EMOsse pöördumine ning hospitaliseerimine haigla liikide kaupa aastal 2007.

| Haigla liik | EMOsse/vastuvõtutuppa pöördumisi | Neist kiirabiga (%) | Suunati teistest raviasutustest (%) | Hospitaliseerimisi (%) |
|--------------------|----------------------------------|---------------------|-------------------------------------|------------------------|
| Piirkondlik haigla | 140 012 | 26 688 (19%) | 21 861 (16%) | 31 661 (23%) |
| Keskhaigla | 142 866 | 39 924 (28%) | 19 110 (13%) | 36 725 (26%) |
| Üldhaigla | 118 591 | 23 624 (20%) | 39 926 (34%) | 35 979 (30%) |
| Kohalik haigla | 5 968 | 1 654 (28%) | 120 (2%) | 1 524 (26%) |

Senini puudub statistika EMODE ülekoormatuse ehk siis aeg arstini, lahkunud arsti nägemata ning osakonnas viibimise aeg kohta.

2.1.3. Eriarstide arv maakonniti 10 000 elaniku kohta.

Käesoleval ajal töötab kiirabisüsteemis ligi 200 arsti, kuid kõik neist ei tööta täiskohaga. Mitte ühtegi arstibrigaadi ei ole Läänemaal, Lääne-Virumaal, Hiiumaal, Saaremaal, Võrumaal.

Erakorralise meditsiini residentuuri on 2009. aasta alguseks lõpetanud 34 arsti, kes valdavalt töötavad piirkondlike ning keskhaiglate EMODEs. Teiste haiglate EMODEs täidavad erakorralise meditsiini arsti rolli residendid, üldarstid ning teiste erialade arstid.

2.2 Tervishoiuteenuste prognoos.

2.2.1. Eriala teenuse vajaduse muutuse põhjendatud prognoos aastani 2015 lähtuvalt haigestumise struktuuri ja ravivõimaluste muutusest.

Kiirabi

Spetsialistide prognoosi ja väljatöötatud, kuid senini kinnitamata uue kiirabi arengukava kohaselt säilib Eestis tulevikus meditsiiniline kiirabi, küll on juba praegu vähenenud arstibrigaadide osatähtsus.

Kuna haigete ja kannatanute diferentseerimise ning esmase raviga alustatakse haiglavälisel etapil, abivajaja seisundi raskusele vastavasse EMOsse võib transport olla pikk, siis on jätkuvalt väga oluline kiirabipersonali koolitamine ning järjepidev pädevuse hindamine.

EM arengukava peab normaalseks, et igas maakonnas oleks vähemalt 1 arstibrigaad ning Tallinnas, Tartus, Pärnus, Narvas, Kohtla-Järvel 2 täiendavat arstibrigaadi. Lisaks 6 reanimobiilibrigaadi.

Kui maakonna territooriumil muudetakse üldhaigla kohalikuks haiglaks, lisatakse maakonda vähemalt üks kiirabibrigaad, et katta piirkonna elanikkonna erakorralise

meditsiiniabi vajadust seoses pikenenud kiirabikutse täitmise aja tõttu (transport EMOsse naabermaakonda).

Eesti kiirabiteenistus on teinud algust e-kiirabile üleminekuga. E-kiirabi on mobiilne kaasaegsete kommunikatsioonivahenditega ja interneti püsiühendusega varustatud erakorralise meditsiiniabi osutamise vahend, mis võimaldab tagada patsiendile kvaliteetsema abi kasutades kõrgtehnoloogilisi lahendusi konsultatsioonideks, andmepäringuks nii patsiendi terviseloost kui ravijuhiste andmebaasist. E-kiirabi näol on põhimõtteliselt tegemist paberivaba integreeritud meditsiiniteenusega, mis annab ka logistilise poole kiirabiressursi otstarbekamaks kasutamiseks.

EMO

Elanikkonna vananemise ning elanike teadlikkuse kasvuga, samuti seoses esmatasandi arstiabi koordineerimatuse ning optimeeritud tegevuskava puudumise tõttu suureneb järjest erakorralise meditsiini osakondade külastatavus. Kogu Euroopa riikides on täheldatud järjest süvenevat erakorralise meditsiini osakondade ülekoormust ning samal ajal haiglates voodikohtade vähesust ja meditsiinipersonali puudust. Seega on oluline tagada EMOdesse piisav hulk personali (nii arste, õdesid kui hooldajaid ja klienditeenindajaid) ning pinda, et suuta tagada kõikidele abivajajatele kvaliteetne arstiabi. Tõsiselt tuleb ringi vaadata EMO personalivajadust määravad normatiivid, viies õdede vajaduse II-III astme EMOdes samale tasemele intensiivravi osakondade vajadusega.

Kui senini oli enamus EMOdest reorganiseeritud vanadest mittesihotstarbekohastest ruumidest, siis nüüdseks on Tartu Ülikooli Kliinikumi erakorralise meditsiini osakond astunud täiesti uude dimensiooni ning kohe on seda tegemas ka Põhja-Eesti Regionaalhaigla EMO. Kapitaalsed ümberkorraldused on tehtud kõikides keskhaiglates. Seoses sellega on laienenud ning laienevad jätkuvalt erakorralise meditsiiniabi andmise võimalused, kuna EMOst saab üks ja ainus erakorralise haige sisenemise ja vastuvõtmise koht haiglas, mis võimaldab tõsta erakorralise haige käsitlemise kvaliteeti, süstematiseerida tegevust ning optimeerida haiglasviibimist. Pidevast haigla kohtade puudusest lähtuvalt tuleb EMOdes avada 24-48 tunni jälgimispaalatid, mille eesmärgiks on haigla voodifondi efektiivsem kasutamine.

2.2.2 Voodikohtade prognoos haigla liikide ja haiglate kaupa (eraldi välja tuua päevaravi ja intensiivravi voodikohtade arv).

Ameerika Ühendriikides tehtud arvestuste kohaselt planeeritakse üks aktiivravi voodikoht 2 000 visiidi kohta aastas, juhul kui hospitaliseerimise aeg on alla ühe tunni. Meie senine praktika näitab, et enamus patsiente ootab EMOs hospitaliseerimist 2-4 tundi. Vastavalt ametlikule statistikale EMOdesse pöördumise kohta on Eestis piirkondlikesse haiglatesse vaja 70 voodikohta, keskhaiglatesse samuti 70 ning üldhaiglatesse 60 voodikohta. Tundes Eesti kohalike haiglate tingimusi ning arvestades kvalifitseeritud personali puudust, ei ole võimalik nende haiglate vastuvõtutubasid klassifitseerida erakorralise meditsiini osakondadeks ning erakorralise meditsiini teenust vajavaid patsiente tuleb käsitleda teiste haiglate EMOdes. Kohalik haigla võib osutada oma pädevuse piires esmatasandi arstiabi teenust, mis oleks sisuliselt ööpäevaringne perearsti valve.

Erineva tasemega haiglate erakorralise meditsiini osakonnad tuleb jagada vastavalt abi osutamise tasemele:

III astme EMO on piirkondlikus haiglas.

III astme EMOs peab olema vähemalt 25 voodikohta, lisaks 24-48 tunni erakorralise meditsiini osakonna statsionaari voodid. Osakonnas osutatakse III astme intensiivravi teenust vähemalt 7 voodikohal, millest üks on isolaatoris. Ülejäänud voodikohtadel peab olema võimalik osutada II astme intensiivravi teenust. Osakonnas peab olema vähemalt 3 isolaatorit, millest ühes on dekontaminatsioonivõimalus ning vähemalt 3 protseduuride ruumi. Osakonnas peab olema vähemalt 2 EM saali 2-3 III-IIIa astme intensiivravi vajavale haigele.

III astme EMOs peavad olema kaasaegsed sidekommunikatsioonivahendid operatiivside pidamiseks ning hädaolukorra puhul staabi moodustamiseks.

II astme EMO on keskhaiglas.

II astme EMOs peab olema vähemalt 12 voodikohta. Osakonnas peab olema valmisolek osutada III astme intensiivravi teenust vähemalt kahel voodikohal ning II astme intensiivravi teenust 10 voodikohal. Osakonnas peab olema 2 isolaatorit ning 3 protseduuride ruumi. Osakonnas peab olema vähemalt 1 EM saal 1-2 III-IIIa astme intensiivravi vajavale haigele.

II astme EMOs peavad olema kaasaegsed sidekommunikatsioonivahendid operatiivside pidamiseks.

I astme EMOs peab olema vähemalt 5 voodikohta. EMO peab olema võimeline osutama lühiajaliselt III astme intensiivravi teenust. Osakonnas peab olema üks isolaator ning 2 protseduuride ruumi.

I astme EMOs peavad olema kaasaegsed sidekommunikatsioonivahendid operatiivside pidamiseks.

2.3. Teenuse jaotumine.

2.3.1. Patsientide ja teenuste optimaalne jaotus (põhidiagnooside ja protseduuride alusel) haiglas ja haiglavälise eriarstabi vahel.

Haiglavälisest erakorralisest meditsiiniabi osutab kiirabiteenistus. Praegu keskmiselt 240 000 kiirabikutsest hospitaliseeritakse 30-40% haigetest erakorralise meditsiini osakonda. Edaspidi võib kiirabi poolt hospitaliseeritud haigete arv suurened (elanikkond soovib saada kõrgema kvaliteediga kvalifitseeritud abi erakorralise meditsiini osakonnas; meditsiinilis-juriidiliste probleemide vältimiseks otsustatakse sagedamini hospitaliseerimise kasuks).

Erakorralise meditsiini osakonda saavad erakorralised haiged, kes on hospitaliseeritud kiirabi poolt, samuti need, kes saadetakse teistest haiglatest või sama haigla teistest osakondadest diferentsiaaldiagnostiliste probleemidega, tulevad perearsti ja muude eriarstide saatekirjadega või omal algatusel. Just viimaste patsientide hulk on hüppeliselt suurenenud ja on jätkuvalt tõusutendentsiga.

Patsiendid, kes vajavad hospitaliseerimist spetsialiseeritud osakondadesse moodustavad alla kolmandiku EMOSse saabunutest. Limiteeritud haigla voodikohtade arvu juures on EMO kuni 48 t statsionaari voodikohtade kasutamine majanduslikus mõttes kuluefektiivne.

Erakorralist meditsiinilist abi osutatakse piiritletud aja jooksul ööpäevaringselt. EMOs viibimise optimaalne kestvus on kuni 4 tundi, mis tagab piisava hulga vaba voodifondi EMOs. Vajadusel võib EMOs viibimise aeg pikeneda.

Erakorralise meditsiini osakonnas osutatakse 24-48 tunni erakorralise meditsiini osakonna statsionaari teenust. Siia hospitaliseeritakse patsiendid, kelle tervisehädä suure tõenäosusega laheneb nimetatud aja jooksul ning seetõttu pole vajalik spetsialiseeritud osakonnas kinni panna voodit, mis võib olla vajalik pikemaajalist ravi vajavale erakorralisele haigele.

2.3.2. Patsientide arvu ja teenuse osutamise jaotus aktiivravihaiglate vahel vastavalt haiglavõrgu arengukava printsiipidele (piirkondlikes, kesk-, üld- ja erihaiglates).

Erakorralise meditsiini osakonnad kavandatakse ainult piirkondlikesse, kesk- ning üldhaiglatesse ning osakonnad erinevad oma diferentseerituse poolest sõltuvalt abi osutamise standardist. Oluline erisus on suutlikkusel võtta vastu uusi haigeid, aga ka osutatavate meditsiiniteenuste osas. Seetõttu peavad erinevad olema ka rahastamis põhimõtted.

Erakorralise haige hospitaliseerimise koha valik toimub mitmel põhimõttel, millest olulisemad on:

1. lähima EMO printsiip – patsient hospitaliseeritakse lähimasse EMOSse (kui puudub vajadus hospitaliseerimiseks kõrgema astme EMOSse)

2. juhtiva patoloogia printsiip/ravi- ning tegevusjuhistest lähtuv printsiip – patsient hospitaliseeritakse EMOSse, kus on võimalik antud patoloogiaga patsiendi kiire diagnostika ning ravi (nt. ajukoljutrauma, äge müokardi infarkt jne.)

3. patsiendi üldseisundi raskusastme järgi hospitaliseerimise printsiip – patsient hospitaliseeritakse kõrgema astme EMOSse, kui lähim EMO ei ole piisavalt kvalifitseeritud antud seisundis patsiendi käsitlemiseks

5. kannatanute arvust lähtuv printsiip – hulgikannatanutega ning suurõnnetuste korral võib osutada vajalikuks patsientide laialijaotamine erinevate EMODE vahel sõltuvalt EMODE vastuvõtvõimest.

Kuna teatud patoloogiaga ning seisundis patsiente tuleb hospitaliseerida otse kõrgemasse etappi (ajukoljutrauma, südameinfarkt, elustamisjärgne seisund, ägedad mürgistused, kus on näidustatud spetsiaalsed ravivõtted), võib tulevikus

haiglatevahelise transpordi osatähtsus mõnevõrra suurened (spetsialiseeritud ravi vajadus meditsiini keskustes).

2.3.3 Järeldravi vajavate patsientide arvu ja järeldravi kestuse prognoos.

Järeldravi erakorralise meditsiini erialal ei planeerita.

2.3.4. Päevaravi vajalikkus teie erialal. Protseduuride loetelu, mille puhul on näidustatud päevaravi kasutamine.

Päevaravist traditsioonilises mõttes ei saa erakorralises meditsiinis rääkida.

2.3.5. Valveteenistuse vajalikkus ja korraldus haigla liikide kaupa.

Kõikides kiirabiüksustes ja erakorralise meditsiini osakondades peab olema tagatud ööpäevaringne valveteenistus.

Erineva tasemega haiglate erakorralise meditsiini osakonnad tuleb jagada vastavalt abi osutamise tasemele:

III astme EMO on piirkondlikus haiglas. Iseloomulikuks on suur teeninduspiirkond, kuna terve Eesti on jaotatud Tartu ja Tallinna regionaalhaiglate vahel. Seetõttu on ka haigete kontingent tõsisem kui ülejäänud taseme EMODEs, kuna sisaldab madalama astme EMODEst edasi saadetud haigeid või otse kiirabi poolt vastavalt tegevusjuhisele kõrgemasse etappi transporditud haigeid. III astme EMOST ei puudu ka tavapärased erakorralised haigestumiste/traumadega patsiendid.

III astme EMOS peab ööpäevaringselt olema valves vähemalt 4 arsti, kellest vähemalt kaks on EM arstid. Ööpäevaringselt peab olema tagatud radioloogi valve ning laboriteenistus. Limiteeritud aja jooksul peab olema tagatud kõikide arstlike erialade konsultatsioon EMO patsiendile.

Haiged võtab osakonda vastu ning haigete jaotust erinevate tsoonide vahel reguleerib ööpäevaringses triaaživalves olev eriväljaõppe saanud EM õde.

III astme EMO peab olema valmis reageerima ning juhtima haigla meditsiinkorraldust kogu teeninduspiirkonna hädaolukorra- ning kriisisituatsioonis.

III astme EMOD on baas- ja täiendõppebaasiks teiste eriala spetsialistidele erakorralise meditsiini alase täiendhariduse saamiseks.

II astme EMO on keskhaiglas.

Eelduseks II astme EMO pidamisele on ööpäevane vähemalt ühe EM arsti ning ühe üld- või EM erialale lähedase arsti ööpäevaringne valve EMOS. Vajalik on ööpäevaringne radioloogi valve ning laborianalüüside võimalus.

Haiged võtab osakonda vastu ning haigete jaotust erinevate ruumide vahel reguleerib ööpäevaringses valves olev eriväljaõppe saanud triaažiõde.

II astme EMO peab olema valmis reageerima hädaolukorra- ning kriisisituatsioonis.

I astme EMO saab eksisteerida haiglas, kus on ööpäevaringne laborianalüüside teostamise võimalus ning radioloogiliste uuringute võimalus. Ööpäevaringses valves peab olema erakorralise meditsiini arst või erakorralise meditsiini alal täiendõppe saanud arst.

I astme EMOs peavad olema kaasaegsed sidekommunikatsioonivahendid operatiivside pidamiseks.

I astme EMO peab olema valmis reageerima hädaolukorra- ning kriisisituatsioonis.

Kohalikus haiglas ei ole võimalik osutada standarditele vastavat erakorralise meditsiini abi ning pidada nõuetekohast EMO.

Tabel 4. Personali minimaalne vajadus erineva tasemega EMODEs:

| EMO tase | Arste | Õdesid | Hooldajaid | Muu personal | Märkused |
|---------------|--|---|--------------|--|---|
| III astme EMO | 2 EM arsti + 2 siduseriala arsti või üldarsti või resident | 10 õde, kellest 2 on triaaziõded ning ülejäänud 8-st võivad kaks olla üldõded | 10 hooldajat | Sotsiaaltöötaja Suhtekorraldaja Turvatöötaja Sekretärid- operaatorid 2-3 | Limiteeritud aja jooksul peab olema võimaldatud kõikide arstlike erialade konsultatsioon. |
| II astme EMO | 1 EM arst + 1 siduseriala arst või üldarst või resident | 4 õde, kellest üks on triaaziõde ning 1 võib olla üldõde | 4 hooldajat | Sotsiaaltöötaja Turvatöötaja Sekretärid- operaatorid 1-2 | |
| I astme EMO | 1 EM arst või EM-alase eriväljaõppe saanud teise eriala arst | 2 õde, kellest vähemalt 1 on EM õde | 1 hooldaja | | |

2.3.6. Arstide optimaalse töökoormuse planeerimine.

Arstide optimaalne töökoormus erakorralise meditsiini osakonnas sõltub patsiendi triaazikategoriast, olles keskmiselt 16-20 haiget ööpäevas.

Optimaalne koormus paralleelseks käsitlemiseks ühele arstile on 1 punane või 2-3 oranži või 5 kollast või 8 rohelist haiget.

Kiirabibrigaadide paiknevus peaks olema arvestusega 1 kiirabibrigaad 20 000 elaniku kohta tihedalt asustatud piirkonnas ning 1 kiirabibrigaad 10-15 000 elaniku kohta hõredalt asustatud piirkonnas. Igas maakonnas peaks olema vähemalt üks arstibrigaad.

2.4. Eriarstide vajadus.

2.4.1-2.4.2. Arstide vajadus 10 000 elaniku kohta ja optimaalne absoluutne arv aastani 2015.

Eestis on praegu 18 piirkondlikku, kesk- ning üldhaiglat. Nõuetele vastavate EMODE ning seal töötava personali kohta üldhaiglates adekvaatne informatsioon puudub.

Vastavalt eelpoolkirjeldatud EM arstide optimaalsele koormusele ning vajadusele erineva astme EMODEs on nii haiglate kui kiirabiteenistuse vajadus 140 EM arsti, kokku 280 EM arsti (2,1 arsti/10 000 elaniku kohta).

Erakorralise meditsiini õdede vajadus erakorralise meditsiini osakondades on 300 ning kiirabiteenistuses 680 EM õde.

Erakorralise meditsiini spetsialistide vajadus on ka kaitseväge meditsiiniteenistuses.

2.4.3. Ettepanek koolitustellimuseks.

Kuna erakorralise meditsiini residentuuri riigi poolt finantseeritavate kohtade arv on piiratud (6 residentit aastas), võtab vajaliku arvu erakorralise meditsiini arstide koolitus aega ligi 25-30 aastat. Eelnevast lähtuvalt tuleks suurendada erakorralise meditsiini residentuuri vastuvõttu vähemalt 9-le residendile aastas.

Erakorralise meditsiini eriala arengu huvides on vajalik oluliselt suurendada õdede erialasele spetsialiseerumisele vastuvõttu.

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

3.1. Seadusandlus.

Käesoleval ajal reguleerivad erakorralist meditsiinilist tegevust:

- Tervishoiuteenuste korraldamise seadus.
- Haigla liikide nõuded
- Hädaolukorra seadus
- Eesti kiirabi arengukava 2007-2013
- Kiirabi rahastamise kord
- Kiirabibrigaadi koosseisu ja varustuse nõuded ning tööjuhend
- Kiirabi, haiglate ning pääste- ja politseiasutuste kiirabialase koostöö kord
- Kiirabi osutajate valimiseks avaliku konkursi läbiviimise kord
- Kiirabi ja perearstide koostöö ning tasaarveldamise kord

- Kiirabi osutamise lepingu tingimused ja sõlmimise kord
- Riigieelarvest rahastatavate kiirabibrigaadide arvud
- Kiirabi osutajate valimiseks avaliku konkursi läbiviimise kord
- Tervishoiukorraldus hädaolukorras
- Hädaolukorrast teavitamise kord ja nõuded edastatavale teabele

Seadusandlus tuleb kaasajastada ning viia vastavusse EM arengukavaga. Eelkõige tuleb muuta nõudeid ja tegevuse kirjeldusi erineva astme EMODEs, muuta haiglaeelse ja haigla EM arstliku eriala tegevuse kirjeldust, kaasajastada hädaolukorra seadus ning vastu võtta kiirabi arengukava.

Praeguses situatsioonis on haigekassa poolt rahastamata EMOs tehtav töö. Vajalik on haigekassa hinnakirja lisada erakorralise meditsiini osakonna teenus vastavalt patsiendi triaazikategooriale. Samuti on vaja lisada haigekassa hinnakirja dekontaminatsiooni ja desinseksiooni protseduur ning EMO statsionaari ravipäev.

3.2. Ravijuhised.

Vajalik on välja töötada üle-eestilised tegevus- ja ravijuhised patsiendi käsitlemiseks erakorralise meditsiini osakonnas ja neid regulaarselt kaasajastada.

2007. a on välja töötatud ning haigekassa poolt heaks kiidetud kiirabi ravi- ja tegevusjuhised.

3.3. Teised standardid.

Tagamaks elanikkonnale arvestataval tasemel erakorralise meditsiiniabi teenus, tuleb käivitada meditsiinilise häirekeskuse tegevus numbri all 113.

4. Ettepanekud eriarstide kvalifikatsiooni parendamiseks.

4.1. Koolitus

Erakorralise meditsiini residentuur tuleb viia vastavusse Euroopa Erakorralise meditsiini Seltsi (EuSEM) poolt kehtestatud õppeprogrammidele.

4.2. Täiendkoolitus.

Erakorralise meditsiini arstid ja õed saavad täiendkoolitust Eesti Vabariigis kehtivas korras litsentseeritud erakorralise meditsiini koolituskeskustes ja TÜ -s (Arstiteaduskonna Täienduskeskus) kinnitatud õppekavade alusel.

4.3. Resertifitseerimise vajalikkus ja optimaalne sagedus.

Erakorralise meditsiini arstide pädevust tuleb hinnata iga 5 aasta tagant erialaseltsi poolt, samuti on EM õdedel vajalik resertifitseerimine 5-aastase intervalliga.

4.4 Arstide pädevuse hindamise süsteem ja kriteeriumid erialal.

EM arstide pädevuse hindamise kriteeriumid on Eesti Erakorralise Meditsiini Arstide Seltsi poolt väljatöötamisel.

Erakorralise meditsiini eriala arengukava täiendamisel osalesid ning kiitsid arengukava muudatused ühehäälselt heaks Eesti Erakorralise Meditsiini Arstide Seltsi juhatuse liikmed Ago Kõrgvee, Aleksander Sipria, Vassili Novak, Kuido Nõmm, Arnold Persidski, Helena Roon, Veronika Reinhard.

Lugupidamisega,

Ago Kõrgvee
Sotsiaalministeeriumi erakorralise meditsiini eriala nõunik

07.02.2009.a.