

# **Sünnitusabi ja günekoloogia eriala arengukava aastani 2020**

**Dokumendi koostamisel osales ENS töörühm:**

Aivar Ehrenberg

Helle Karro

Ivo Saarma

Piret Veerus

Lee Tammemäe

Made Laanpere

Eva-Kaisa Zupping

Kadri-Liina Vahula

Tiiu Hermlin

Katrin Täär

Küllli Frolova

Varje Haavel

Maike Parve

Ferenc Szirko

Reet Lindström

Täname koostöö eest: Eesti Meditsiiniline Sünniregister, Eesti Haigekassa

## Sisukord

1. Sissejuhatus.....	4
2. Eriala areng.....	4
2.1. Eriala definitsioon ja olemus .....	4
2.2. Eriala arengu prioriteetid.....	4
2.3. Võrdlus eriala arengu ning prioriteetidega Euroopa Liidu liikmesriikides ja mujal maailmas .....	7
3. Teenuste jaotumine .....	10
3.1. Patsientide ja teenuse osutamise jagunemine haiglas osutatava ja haiglavälise eriarstiabi ning esmatasandi arstiabi vahel.....	10
3.1.1. Haiglavälise teenuste jaotumine .....	10
3.1.2. Haiglas osutatav eriarstiabi .....	10
3.2. Patsientide ja teenuse osutamise jagunemine aktiivravihaiglate vahel .....	11
3.3. Haruldased haigused .....	14
3.4. Harvaesinevad haigusseisundid .....	14
4. Valveteenistus .....	14
5. Koormusstandardid .....	16
6. Teenuse-, ravivoodite, eriarstide, uute tehnoloogiate ja meditsiiniseadmete vajaduse prognoosid aastaks 2020.....	16
6.1. Teenusevajaduse prognoos .....	16
6.2. Voodikohtade arvu prognoos .....	25
6.3. Eriarstide vajadus .....	27
6.4. Uute tehnoloogiate ja meditsiiniseadmete vajadus (sh ravimid) .....	30
7. Regulatiivne keskkond ja vajalikud muudatused .....	31
7.1 Seadusandlus.....	31
7.2. Ravijuhendid.....	32
7.3. Teised standardid ja regulatsioonid .....	32
8. Professiiooni vastutuse tõstmine eriarstide pädevuse jälgijana .....	33
9. E-tervis.....	33

## 1. Sissejuhatus

Naise tervis ei mõjuta mitte ainult teda ennast, vaid olulisel määral ka järeltuleva põlvkonna tervist ja arengut. Sealhulgas on palju terviseprobleeme, mis esinevad vaid naistel. Näiteks rasedus ja sünnitus, mis on bioloogilised ja sotsiaalsed protsessid, kuid kätkevad endas terviseriske, mis vajavad meditsiinilist abi. Raseduse ja sünnitusega seotud komplikatsioonid ja ebaturvalise seksi tagajärjed (sh HIV/AIDS), on jätkuvalt üheks juhtivaks surmapõhjuseks noorte naiste seas madala sissetulekuga maades. Soovimatute raseduste, abortide, raseduse ja sünnitusega seotud tüsistuste ning seksuaalsel teel levivate infektsioonide ja reproduktiivsüsteemi kasvajate kõrval mõjutab oluliselt naise seksuaal- ja reproduktiivtervist vägivald (sh lähisuhtevägivald) ning seksuaalne ärakasutamine. Eesti Naistearstide Selts on seisukohal, et sünnitusabi ja günekoloogia eriala prioriteediks on seksuaalsete ja reproduktiivsete õiguste kui inimõiguste tagamine, mis on jätkuvalt eriala prioriteediks kogu maailmas. Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) raport naiste tervise kohta „*Women and Health: today's evidence, tomorrow's agenda 2009*“ rõhutab, et reproduktiiv- ja seksuaaltervis on naiste tervise olulisemaid valdkondi.

Oluline on kvaliteetse arstiabi kättesaadavus iga kodaniku jaoks, sõltumata tema rahvusest, elukohast ja sotsiaalsest klassist. Meditsiiniteenuse osutamisel peab ENS oluliseks patsiendikeskset lähenemist ja arsti kõrget kutse-eetikat.

## 2. Eriala areng

### 2.1. Eriala definitsioon ja olemus

Sünnitusabi ja günekoloogia on ühtne meditsiinidistsipliin, mis tegeleb naise suguelundite haiguste ennetamise, diagnostika ja raviga ning günekoloogilise endokrinoloogia, reproduktiivse meditsiini ja emadushooldusega. Sünnitusabi ja günekoloogia alerialad on perinatoloogia, urogünekoloogia, reproduktiivmeditsiin, günekoloogiline onkoloogia.

### 2.2. Eriala arengu prioriteedid

Eriala arengu üldised prioriteedid on sätestatud WHO, EBCOGi (*European Board and College of the Obstetrics and Gynaecology*) ja FIGO (*International Federation of Obstetrics and Gynaecology*) väljatöötatud dokumentides.

Põhirõhk langeb seejuures pakutava tervishoiuteenuse parema ja ühtlasema kvaliteedi tagamisele, milleks tuleks lähtuda järgnevast:

- Patsiendikeskse meditsiiniteenuse pakkumine;
- Tõenduspõhisus;
- Erialase jätkukoolituse tagamine ja pädevushindamine;

- Ravijuhendite uuendamine/kaasajastamine ning uute ravijuhiste väljatöötamine;
- Korrektne dokumenteerimine, mis võimaldab ravikvaliteedi kontrolli, sealhulgas regulaarset kvaliteediindikaatorite kogumist ja analüüsi;
- Igas sünnitusabi ja günekoloogia teenust pakkuvas haiglas peab olema eriala eest vastutav vanemarst, kes koordineerib kohapealset arengut;
- Sünnitusabi teenuse pakkumisel peab haiglas olema tagatud lastearsti valveteenus;
- Teenuse võrgustiku optimeerimine, arvestades abi kättesaadavust, järjepidevust ja ühtlast kvaliteeti, sh:
  - Päevaravi osakaalu suurenemine;
  - Ämmaemandate iseseisva rolli tõus muuhulgas jagatud emadushoolduses normaalse raseduse jälgimisel, sünnitusjärgse hoolduse ja pereplaneerimise alasel nõustamisel;
  - Ambulatoorse sünnitusabi ja günekoloogia teenuse (esmatasandi abi, rasedusaegne jälgimine) osutamine elukoha lähedal;
  - Ambulatoorselt teostatavate protseduuride osakaalu suurendamine – günekoloogiline kirurgia on muutumas vähem invasiivseks ja rohkem protseduure on võimalik teostada ambulatoorselt või päevaravi tingimustes;
- Eriala subspetsialiteetide (urogünekoloogia, günekoloogiline onkoloogia, perinatoloogia) jätkuv areng ja koondumine keskustesse;
- Tõhustada ennetustööd soovimatu raseduse, seksuaalsel teel levivate infektsioonide ja naissuguelundite vähkkasvajate osas;
- Tagada ühtsed profülaktilise günekoloogilise kontrolli põhimõtted, lähtuvalt naise vanusest.

### **Arenguvajadused ja lahendamist vajavad probleemid**

- 1) Kvaliteetse **ambulatoorse teenuse** tagamiseks kõikjal Eestis tuleb:
  - a) rakendada haiglavälises abis (eeskätt maapiirkondades) rohkem **perearstide ja ämmaemandate potentsiaali** (emadushooldus sh sünnitusjärgne jälgimine, haiguste ennetus, kontratseptsioon);
  - b) tagada **resideerivate günekoloogide olemasolu kõigis haiglavõrgu haiglates**. Mitmes haiglas (nt Valga Haigla, Ida-Viru Keskhaigla) ei ole piisavalt resideerivaid günekolooge. Narva Haiglat ootab arstide vanuselise struktuuri tõttu lähitulevikus ees järsk arstide nappus;
  - c) kohalikes haiglates eelistatult arendada ambulatoorset abi, mitte haiglaravi nagu seni kohati tehtud on;
  - d) tegeleda teenuste kvaliteedi jälgimisega.

- 2) **Sünnitusabi optimeerimine.** Sünnitused jagunevad liiga paljude haiglate vahel, mistõttu kannatavad nii ravi kvaliteet kui ka ravisutuste toimetulek. **Enneaegsete ja muude tüsistunud sünnituste tsentraliseerimine** ei ole lõplikult lahendatud.
- 3) **Mitmikraseduste osakaalu tõus seoses kunstliku viljastamisega.** Tegemist on viljatusravimite ja -tehnoogiatega rakendamise tuleneva globaalse probleemiga, mis on tingitud ovulatsiooni stimuleerivate ravimite kasutamisest ning enam kui ühe embrüo siirdamisest kehavälise viljastamise korral.
- 4) Vaatamata märkimisväärsele indutseeritud abortide arvu langusele on **abortiivsuskordajad umbes kaks korda suuremad kui Põhjamaades.** Eriti teeb muret kordusabortide suur osakaal.
- 5) **Meditsiiniliste registrite arendamine**
  - a) Raseduskatkestusandmekogus puuduvad isikukoodid. See takistab teiste registritega linkimist ja andmete analüüsi.
  - b) Eesti Meditsiiniline Sünniregister (EMSR) - puudulikuks on osutunud emade haiguste kodeerimine ning emade surmapõhjuste klassifitseerimine (otseselt ja kaudselt raseduse/sünnitusega seotud) ning korrektne dokumenteerimine. Oluline on ema surmani viinud sündmuste ahela võimalikult selge läbitöötamine, sest võrreldes Põhjamaade näitajatega on emasuremus suhteliselt kõrge.
  - c) Vajalik on luua IVF register, mis võimaldaks hinnata kunstliku viljastamise tulemuslikkust, jälgida sel viisil eostatud laste tervist.
  - d) Vajalik on luua emakakaela vähi sõeluuringute register. Emakakaela vähki haigestumine ei näita langustendentsi. Haiguse skriining on oportunistlik, elanikkonnapõhises skriiningus osalemise protsent mitterahuldav.
- 6) **Seksuaaltervise probleemid**
  - a) HIV-infektsiooni levik rasedate seas eeskätt Tallinnas ja Ida-Virumaal, vastsündinute kaasasündinud HIV-nakkus. Probleemiga haakub rasedate narkomaania. Ambulatoorses eriarstias tuleks enam pakkuda HIV diagnostikat. Suurenev HIV-positiivsete rasedate arv tingib vajaduse heaks ja toimivaks koostöövõrgustikuks erinevate spetsialistide vahel.
  - b) Esmatasandi abi oluliseks osaks on noorte nõustamiskeskuste võrgustik, mis on juba 15 aastat pakkunud tasuta seksuaaltervise alast ennetavat teenust alla 25- aastastele noortele. Noortekeskuste teenuse jätkumine on vajalik, sest sel on olnud võtmeroll noorte seksuaalse riskikäitumise vähenemises. Noorte (seksuaal-)tervisekäitumise alase nõustamise projektipõhine rahastamine ei ole jätkusuutlik.
- 7) Naistearstide **residentuuri programm** vastab EL miinimumnõuetele, kuid on liiga lühike, et võimaldada piisavat ettevalmistust sidus- ja alaerialadel.

- 8) Haigekassa raviteenuste hinnakujundus ning teenuste eest DRG-põhine tasumine ei võimalda kaasaegsete ravivõtete juurutamist. Näitena olgu toodud laparoskoopiliste või urogünekoloogiliste operatsioonide tarvikute maksumuse katmine, loote EKG-monitooring. Uute raviteenuste hinnataotluste koostamine on seatud erialaseltside kohustuseks. Meedikute ettevalmistus ja erialaseltsi ressursid ei võimalda seda ülesannet täita.
- 9) Vajadus teatud teenuste järele kasvab nii vanusest tingitud tervisehädade osakaalu tõusu (genitaalide allavaje, vähkkasvajad) kui ka suurenenud ootuste tõttu elukvaliteedile vanemas eas. Reproduktiivkäitumise jätkuv muutus (sünnitamise edasilükkamine hilisemasse ikka) suurendab sünnieelse diagnostika ja viljatusravi vajadust.
- 10) Vägivald, eriti lähisuhtevägivald, on seatud nii seksuaalse riskikäitumise kui erinevate tervisehäiretega, sh rasedusriskide ja vastsündinute tervisega. Vägivalla äratundmiseks on vaja tegevusjuhiseid koos sellealase koolitusega kõigile naistearstidele.

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

Ülemaailmselt kasutatakse endiselt reproduktiivtervise valdkonna olukorra ja muutuste hindamiseks WHO reproduktiivtervise indikaatoreid (WHO 2006), millest meie riigi olukorra hindamiseks sobivad:

- Summaarne sündimuskordaja
- Kontratseptiivsete vahendite kasutamine
- Emasuremuskordaja
- Rasedate hõlmatus antenataalse jälgimisega
- Kvalifitseeritud tervishoiutöötaja juuresolekul toimunud sünnitused
- Elementaarse sünnitusabi kättesaadavus
- Perinataalne suremuskordaja
- Madala sünnikaaluga (<2500 g) vastsündinute osakaal
- Süüfilise esinemissagedus rasedatel (positiivne seroloogia)
- Aneemia esinemissagedus rasedatel
- Abordiga seotud pöördumiste osakaal (statsionaarne abi)
- Viljatuse esinemissagedus naiste hulgas
- HIV infektsiooni esinemissagedus rasedate hulgas
- HIV ennetus

EURO-PERISTAT projekti raames 2008.a. koostatud Euroopa Perinataaltervise Raport toob välja, kuivõrd suured on erinevused mitmetes reproduktiivtervise näitajates ja indikaatorites Euroopa Liidu (EL) piires. Märkimisväärne ebavõrdsus tervishoiuteenuste kättesaadavuse ja kvaliteedi osas EL-i maades tingis vajaduse ühtsete standardite, juhtnööride ning

indikaatorite väljatöötamiseks, et tagada võimalikult ühtlane ja hea kvaliteet sünnitusabi ja günekoloogia erialal EL-i maades. Ühtsete standardite järgimine on eriti oluline olukorras, kus patsientidel on nüüd õigus saada plaanilist tervishoiuteenust kõikides ELi liikmesriikides. Järgnevate aastate kõige suurem väljakutse ELi liikmesriikide, s.h. Eesti, jaoks tervishoiu valdkonnas on Euroopa Parlamendi ja nõukogu direktiivi, 2011/24/EL, 09.03.2011, patsiendiõiguse kohaldamise kohta piiriüleles tervishoius, rakendamine.

*European Board and College of Obstetrics and Gynaecology (EBCOG)* on 2011.a. koostanud naiste tervise jälgimise standardid Euroopas (*Standards of care for Women's Health in Europe*). EBCOGi juhtnõuade ja standardite väljatöötamisel on arvestatud WHO, *The Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG)* ja *National Institute of Clinical Excellence (NICE)* poolt avaldatud sünnitusabi ja günekoloogia standardeid puudutavaid dokumente. Nende baasil töötati välja 16 standardit, mis puudutavad raseduseelset ja -aegset naiste nõustamist ja jälgimist, sünnitusabi korraldust ja selle kvaliteedi tagamist, vastsündinu jälgimist, sünnitusjärgset perioodi, samuti erialast väljaõpet ning residentide koolitamise nõudeid, mida tuleks järgida ning arvestada ka Eestis.

Arvestades Euroopa Liidu patsientide vaba liikumise direktiivi, tuleb kõikidel EL riikidel püüelda võimalikult ühtlase kvaliteedi ja tasemega sünnitusabi ja günekoloogia teenuste osutamise poole. Tõusnud migratsioon arengumaadest ja poliitiliselt ebastabiilsetest riikidest EL-i omab samuti olulist mõju EL riikide tervishoiustatistikale, mistõttu on oluline, et eriala indikaatoreid kogutaks ühesuguste standardite alusel.

Oluline on tähelepanu pöörata teismelistele rasedatele ja rasedatele, kellel vanust >35.a, kuna nende gruppide puhul on tõusnud risk enneaegseks sünnituseks, loote üsasiseseks kasvupeetuseks ning perinataalseks suremuseks. Teismelistel on siin sagedasemateks põhjusteks raseduse soovimatus, madal sotsiaalne staatus, vaesus, vähene perekondlik toetus. Vanemaealistel rasedatel on rohkem kaasuvaid haiguseid ning suurem risk väärarendiga lapse sünniks. Üha tõusev esmassünnitajate vanus EL-is mõjutab kindlasti perinataalset tervisetulemit. Eelnevast lähtuvalt tuleb erilist tähelepanu pöörata teismeliste rasedate osakaalu vähendamisele, püüelda selle poole, et võimalikult suur hulk (>90%) rasedatest pöörduks naistearstile juba raseduse 1. trimestril ning parentada antenataalse jälgimise taktikat/meetodeid, mis aitaksid vanemaealistel rasedatel jõuda oodatud sünnitulemini (ehk sünnitada ise võimalikult terve olles ka terve laps).

EL piires tuleb selgelt defineerida, mida peetakse sünnituse induktsiooni ja stimulatsiooni meetoditeks, kuna mitmed riigid ei loe amniotoomiat induktsiooni meetodite hulka ning pööravad tähelepanu vaid ravim-indutseeritud sünnitustele. Tuleb välja tuua kõikvõimalikud meetodid ja erinevad kasutatavad ravimid.

Võrreldes teiste Euroopa Liidu liikmesriikidega on Eesti oma näitajatelt keskmiste hulgas, Põhjamaade tasemele jõudmiseks tuleb teha jõupingutusi.



Sündimust iseloomustab kõige paremini **summaarne sündimuskordaja** (naise poolt sünnitatud laste arv fertiilse eluea lõpuks, kui sündimuskäitumine jääb vaadeldaval aastal samaks). Võrreldes 2000.a. on see isegi tõusnud. 2000.a. oli vastav näitaja 1,38, seevastu 2010.a. 1,65, Soomes eelmisel aastal 1,87, Lätis aga 1,32. Kuigi sündimus on meil madal (taastetase 2,1), on meil sündimus ELi maadega võrreldes keskmisel tasemel.

Võrreldes 2000.a. on **abortiivsuskordaja** vähenenud ligi 2 korda - 2000.a. oli legaalselt indutseeritud abortide arv 1000 fertiilses eas naise kohta 37,2, 2010.a. aga 21,6. Soome vastav näitaja oli 2010.a. seevastu meie näitajast veel üle 2 korra madalam – 8 legaalselt indutseeritud aborti 1000 fertiilses eas naise kohta. Endiselt on murettekitav kordusabortide suur osakaal.

**Rasestumisvastaseid vahendeid** kasutas 2007.a. avaldatud „Eesti Naise Tervise Uuringu“ alusel 83% naistest (uuringus küsiti rasestumisvastase meetodi kasutamist viimase suguühete ajal). Populaarseim rasestumisvastane vahend oli kondoom (33,6%), järgnesid kombineeritud hormonaalne kontratseptsioon (28%) ja emakasisene vahend (16% naistest). Murettekitavalt palju fertiilses eas naisi (24,3%) kasutab endiselt rasestumisvastase meetodina katkestatud suguühet.

**Emasuremuskordaja** oli Eestis 2008.a. 12 juhtu 100 000 elussünni kohta, Soomes aga 7 ja Rootsis 5 juhtu. EL-is vastav näitaja 2-10 /100 000 elussünni kohta.

**Rasedate hõlmatus sünnieelse jälgimisega** on >90%, mis on ka ELi riikide jaoks taotluslik piir. Esimene rasedusaegne külastus toimus 2010.a. 84% rasedatest enne 12. rasedusnädalat (taotluslik >90%). Ultraheliuuring teostati enne 21. rasedusnädalat 95% rasedatest.

**Perinataalne suremus** (2010) on võrreldes 2000.a. langenud 8,1 juhult 5,8-le 1000 sünni kohta. (EL vastav näitaja on 4,8-11).

**Alla 2500 g sünnikaaluga vastsündinute osakaal** oli 2010.a. 4,3%. Võrreldes 2000.a. (4,6%) on see jäänud suhteliselt samaks. EL-is on vastav näitaja 4,2-8,5 % elussündidest.

**Emakakaelavähki haigestumus** ei ole vaatamata organiseeritud emakakaelavähi skriiningule (PAP test) märkimisväärselt vähenenud. Emakakaelavähi esmajuhtude arv aastas püsib endiselt 150-160 piires; suremus emakakaelavähki on pisut langenud, olles 50-60 surmajuhtu aastas. Organiseeritud skriiningus osales 2010.a. ligi 67% kutse saanud ravikindlustatud naistest, mis moodustab siiski vaid 1/10 kõikidest skriinitud naistest; 9/10 skriinitakse oportunistlikult. Vajalik oleks läbi viia hoopis populatsioonipõhist skriiningut ning kaasata skriiningusse ka ravikindlustamata naised.

### 3. Teenuste jaotumine

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

Tervishoiuteenuse osutamine sünnitusabis ja günekoloogias jaguneb haiglavälise ja haiglas osutatava eriarstiabi vahel, sellest võtavad lisaks naistearstidele osa ämmaemandad. Samuti toetavad sünnitusabi- ja günekoloogiateenuse osutamist perearstid vastavalt oma kutsestandardile.

##### 3.1.1. Haiglaväline teenuste jaotumine

###### Esmatasandi töö.

Esmatasandi tegevuste hulka kuuluvad: normaalse kuluga raseduse jälgimine, sünnitusjärgne jälgimine ja imetamise nõustamine, kontratseptsiooni ja hormoonravi jätkamine, patsientide üldine tervise-nõustamine, samuti teatud ennetustegevus. Need ülesanded on jõukohased lahendada perearstile või ämmaemandale.

Raseduse vältel leiab reeglina aset kümme-kümmekond külastust. Jagatud emadushoolduse korral oleksid neist kaks soovituslikult naistearsti juurde. Käesoleval ajal viibib kõigest paar protsenti rasedaist perearsti jälgimisel. Lähitulevikus tuleb luua tingimused, kus lisaks jagatud emadushooldusele koos naistearstidega, oleksid ämmaemandad motiveeritud osutama tervishoiu-teenust iseseisvalt või perearsti praksise osana, seda peamiselt maapiirkondades. On oluline, et sagedamini kasutatavad teenused, sh naistearsti ambulatoorne abi, emadushooldus (antenataalne jälgimine), sünnitusjärgne nõustamine ja patronaaž ning haiguste ennetus, oleks tagatud võimalikult elukoha lähedal.

###### Haiglaväline eriarstiabi.

Naistearst tegutseb kõrge riskiga rasedate jälgimise ja naistehaiguste ennetuse ja ravitööga. Oluline on, et säiliks naise õigus pöörduda naistearsti vastuvõtule ilma saatekirjata.

##### 3.1.2. Haiglas osutatav eriarstiabi

Päevaravi tingimustes viiakse läbi antenataalse diagnostika protseduurid, teostatakse abordid (emakaõõne abrasiooniga ja ilma), emakaõõne abrasioonid menstruaaltsüklihäirete korral, hüsteroskoopiad, emakakaela konisatsioonid, väiksemamahulised välissuguelundite operatsioonid, kehavälise viljastamise protseduurid. Päevaravi saab rakendada operatsioonide ja protseduuride korral, mis ei vaja hospitaliseerimist ning mille korral patsient ei vaja intensiivravi ja vajadus jälgimiseks pärast protseduuri pole suurem kui 4 h.

Päevaravi ulatuslikumat kasutuselevõttu peab toetama raviteenuste hinnakiri. Päevaravi teenus tuleb muuta raviasutusele majanduslikult atraktiivseks, kompenseerimaks haiglaravi juhtude vähenemisest tekkivat sissetulekute langust.

Statsionaaris osutatakse sünnitusabiteenust, teostatakse emaka ja emakamanuste operatsioone, suuremaid operatsioone välissuguelunditel, laparoskoopilisi operatsioone (nii diagnostilisi kui ravieesmärgiga), ravitakse emakavälist rasedust ja naissuguelundite põletikulisi haigusi (ning menstruaaltsüklihäireid), ravitakse ähvardavat raseduse katkemist ning rasedusega seotud patoloogiat.

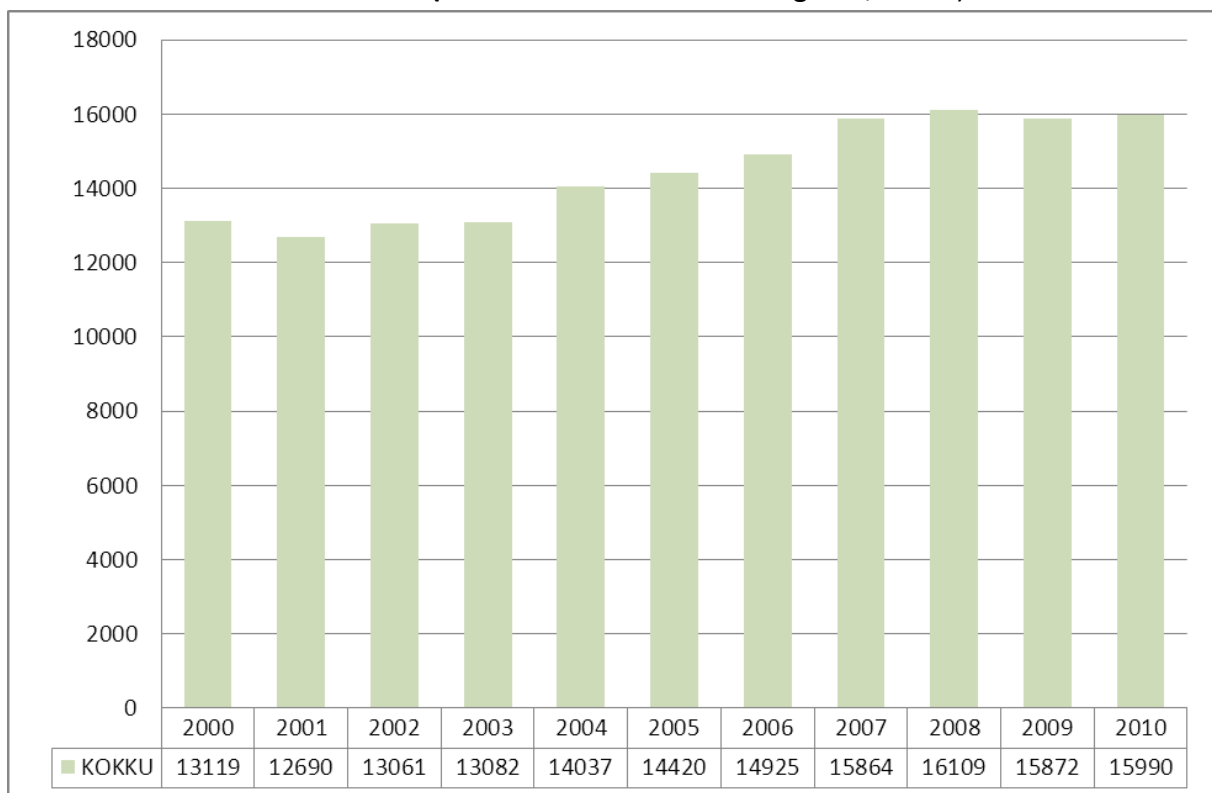
Statsionaarset onkogünekoloogilist teenust osutatakse kesk- ja piirkondlikes haiglates.

### 3.2. Patsientide ja teenuse osutamise jagunemine aktiivravihaiglate vahel

NB Sünnitusabis ja günekoloogias täidavad Tallinna kesonhaiglad piirkondlike haiglate rolli!

#### Sünnitusabi

Joonis 1 Sündide arv 2000-2010 (Eesti Meditsiiniline Sünniregister, EMSR)

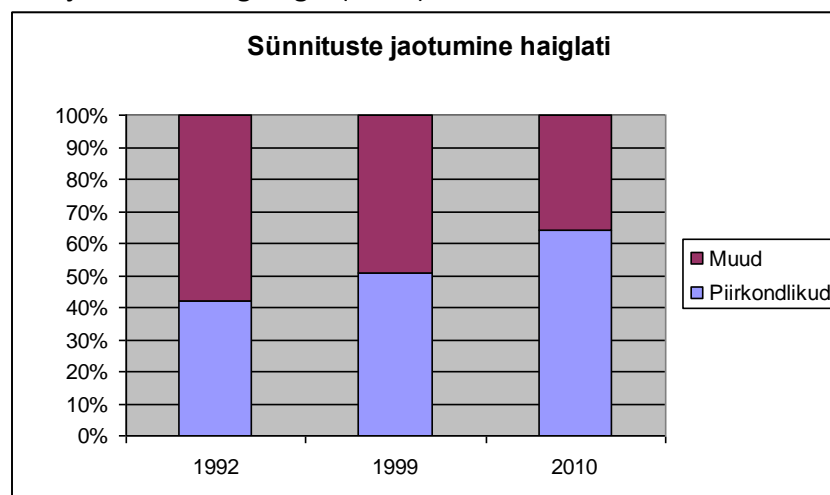


Tabel 1 Sünnituste jaotumine (EMSR)

	2008	2009	2010
Eesti	16 109	15 872	15 918
Sh Tallinn ja Harjumaa	8329	8063	8205
Tartu	2482	2703	2769
Pärnu	1059	1047	967
<b>Kokku</b>	<b>11 870 (74%)</b>	<b>11 813 (74%)</b>	<b>11 941 (75%)</b>
Ida-Virumaa	1124 (7,5%)	1202 (7,5%)	1046 (6,4%)
Ülejäänud piirkonnad	3015 (19%)	2857 (18%)	2931 (18%)

2010 aastal sündis Eestis 15 918 sünnitusest 15 990 last, 64,3% sünnitustest toimusid kolmes suuremas haiglas (Ida–Tallinna Keskhaigla, Lääne–Tallinna Keskhaigla ja TÜ Kliinikum). Nimetatud haiglad on kõrgemaks etapiks, kuhu suunatakse sünnitama kõrge riskiga sünnitajad s.h enneaegsed sünnitused. Jättes kõrvale 379 saartel toimunud sünnitust, jagunesid ülejäänud 4705 sünnitust 13 haigla vahel. Neist neljas sünnitusosakonnas (SA Pärnu Haigla, SA Narva Haigla, AS Rakvere Haigla ja AS Fertilitas) oli sünnitusi aastas üle 500. Ülejäänud 1897 (11,9%) sünnitust toimusid üheksas haiglas, neist igaühes oli alla 500 sünnituse aastas.

Joonis 2 Sünnituste jaotumine haiglaliigiti (EMSR)\*



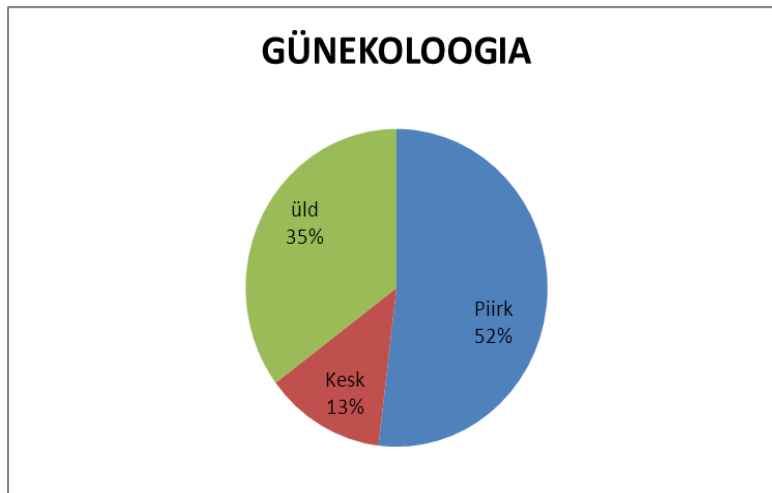
\*Piirkondlike haiglate all mõistetakse SA TÜ Kliinikum ning Tallinna Keskhaiglate naistekliinikuid.

### Raseduspatoloogia

Eesti Haigekassale (EHK) 2010 esitatud raviarvete põhjal selgus, et piirkondlikes haiglates toimus 60% raseduspatoloogia voodipäevadest. Sünnituste osakaalu silmas pidades võinuks see näitaja olla kõrgem. Silma torkab raseduspatoloogia voodipäevade suur arv Virumaa Haiglates: Rakvere Haiglas – 3,37 päeva iga selles haiglas toimunud sünnituse kohta, Narva Haiglas vastavalt 2,41, IVKHs 1,78 voodipäeva. Võrdluseks – Ida-Tallinna Keskhaiglas oli vastav näitaja 0,97. Kujuneb arvamus, et voodifondi kasutati neis haiglates ebaotstarbekalt.

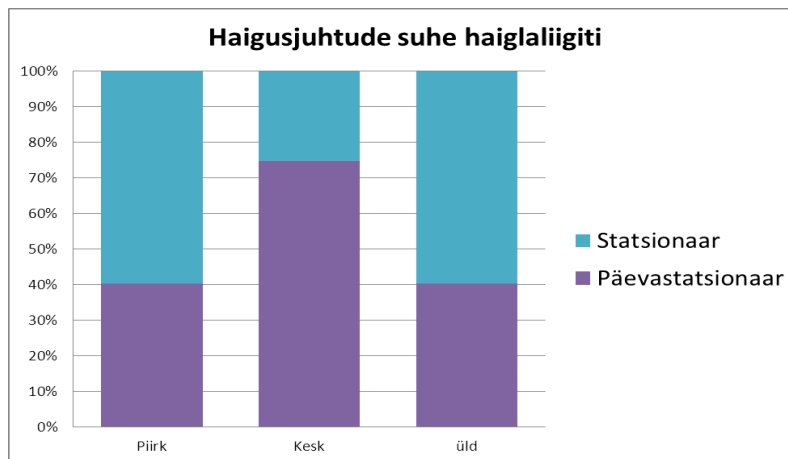
### Günekoloogia

Joonis 3 Günekoloogia voodipäevade jaotumine haiglaliigiti aastal 2010 (EHK)\*.



\*Piirkondlike haiglate all mõistetakse SA TÜ Kliinikumi, PERH ja Tallinna keskhaiglaid.

Joonis 4 **Günekoloogiliste haigusjuhtude jaotumine statsionaari ja päevastatsionaari vahel aastal 2010 (EHK)**



Torkab silma, et üldhaiglates raviti 2010.a. enamus haigeid statsionaari tingimustes. Vajadus statsionaarse abi järgi ei saa üldhaiglates olla kõrgem kui keskhaiglates ja piirkondlikes haiglates. Selline haiglaravi osakaal üldhaiglates ei ole põhjendatud.

**Ambulatoorsed teenused, mis peaksid olema kindlasti kättesaadavad ka vähem kui 40 000 elanikuga maakondades.**

Kättesaadav peab olema emadushooldus ja kogu ambulatoorne günekoloogiline teenus, v.a spetsialiseeritud vastuvõtud (onkoloogia, viljatusravi). Päevastatsionaaris peab olema võimalik raseduse katkestamise teenus, günekoloogiliste pisioperatsioonide teostamine välisgenitaalidel, emakaõõne abrasioon.

### 3.3. Haruldased haigused

Haruldaste haiguste ravi korraldatakse Eestis või selle võimaluse puudumisel välismaal. Üldisi ettepanekuid ei ole siinkohal võimalik teha, ravi korraldatakse vastavalt konkreetsele olukorrale.

### 3.4. Harvaesinevad haigusseisundid

Vt p 2.3

## 4. Valveteenistus

### Sünnitusabi ja günekoloogia valveteenus üldhaiglates tähendab:

- ööpäevaringset ämmaemanda valvet kohapeal;
- ööpäevaringset naistearsti väljakutse valmidust (kodune valveteenistus haiglasse jõudmisega 30 min jooksul) või valvet kohapeal;

Kõrval- ja tugierialadelt peab olema tagatud

- ööpäevaringne pediatriline konsultatsiooni võimalus (kodune valveteenistus haiglasse jõudmisega 30 min jooksul);
- ööpäevaringne anestezioloogilise, operatiivse ravi võimalus (kodune valveteenistus haiglasse jõudmisega 30 min jooksul);
- vereteenistus või on tagatud verepreparaatide kättesaadavus kohapeal.

Alates 700 sünnitusest on vajalik tagada naistearsti ööpäevaringne valve kohapeal.

**Sünnitusabi ja günekoloogia valveteenus kesk- ja piirkondlikes haiglates** - lisaks üldhaigla nõuetele on vajalik tagada naistearsti ööpäevaringne valve kohapeal.

### Pediaatriline teenistus

**ENS on seisukohal, et kõigis sünnitusosakondades peab olema tagatud ööpäevane pediaatrilise konsultatsiooni võimalus.**

Pediaatri kohalolek või väljakutse on vajalik:

- keisrilõike puhul;
- kui on kahtlus loote asfüksiale (või muule patoloogiale) enne sündi või kui vastsündinu sünnib asfüksias või mõne muu terviserikkega;
- kui vastsündinu seisundis tekivad olulised kõrvalekalded;

- normaalse sünnituse puhul ja terve vastsündinu korral on kohustuslik pediaatriline konsultatsioon enne lahkumist haiglast.

**Ida-Tallinna ja Lääne-Tallinna keskhaiglates ning SA TÜ Kliinikumis**, kuhu suunatakse kõrge riskiga sünnitajad, peavad vastavad spetsialistid olema kohapeal ööpäevaringselt; lisaks on nõutav ööpäevaringne **laste intensiivravi** võimalus.

Valveteenuse optimeerimiseks tuleks see koondada vähemalt aastas 500 sünnitusega haiglatesse.

Valveteenistuse osutamisel on määrav, kas vastavas haiglas nähakse ette sünnitusosakonna tegevuse jätkamist.

**Tabel 2 Valveteenistuse võimalikud arengustsenaariumid Eesti eri piirkondade haiglates aastani 2020**

Valveteenuse osutajad 01.01.2011	PROGNOOS AASTAKS 2020 Stsenaarium A (mõõdukas optimeerimine)	PROGNOOS AASTAKS 2020 Stsenaarium B (radikaalne optimeerimine)
<b>Põhja-Eesti</b>	<b>Põhja-Eesti</b>	<b>Põhja-Eesti</b>
AS Ida-Tallinna Keskhaigla Naistekliinik	AS Ida-Tallinna Keskhaigla Naistekliinik	AS Ida-Tallinna Keskhaigla Naistekliinik
AS Lääne-Tallinna Keskhaigla Naistekliinik	AS Lääne-Tallinna Keskhaigla Naistekliinik	AS Lääne-Tallinna Keskhaigla Naistekliinik
<b>Virumaa</b>	<b>Virumaa</b>	<b>Virumaa</b>
SA Ida-Viru Keskhaigla	SA Ida-Viru Keskhaigla	
AS Rakvere Haigla	AS Rakvere Haigla	AS Rakvere Haigla
SA Narva Haigla	SA Narva Haigla	SA Narva Haigla
<b>Lääne-Eesti</b>	<b>Lääne-Eesti</b>	<b>Lääne-Eesti</b>
SA Pärnu Haigla	SA Pärnu Haigla	SA Pärnu Haigla
Kuressaare Haigla SA	Kuressaare Haigla SA	Kuressaare Haigla SA
SA Hiiumaa Haigla	SA Hiiumaa Haigla	SA Hiiumaa Haigla
<b>Kesk-Eesti</b>	<b>Kesk-Eesti</b>	<b>Kesk-Eesti</b>
AS Järvamaa Haigla	AS Järvamaa Haigla	
AS Viljandi Haigla	AS Viljandi Haigla	AS Viljandi Haigla
<b>Lõuna-Eesti</b>	<b>Lõuna-Eesti</b>	<b>Lõuna-Eesti</b>
AS Lõuna-Eesti Haigla	AS Lõuna-Eesti Haigla	
AS Põlva Haigla		
SA Tartu Ülikooli Kliinikum Naistekliinik	SA Tartu Ülikooli Kliinikum Naistekliinik	SA Tartu Ülikooli Kliinikum Naistekliinik
AS Valga Haigla	AS Valga Haigla	AS Valga Haigla või AS Lõuna-Eesti Haigla

ENS arvamuse kohaselt on soovitatav optimeerida haiglavõrku nii, et sünnitusosakondadele oleks aastas tagatud 500 sünnitust. Esimese sammuna võiks viia sisse muudatuse, et riik ostab valveteenust ainult haiglatelt, kus toimub vähemalt 400 sünnitust aastas. Samal ajal on vajalik tagada sünnitusabi teenus Saaremaal ja Hiiumaal olenemata sünnituste arvust.

## 5. Koormusstandardid

### Ambulatoorses abis:

Arstil koormuseks ambulatoorses töös: 6,5 tundi vastuvõttu, normaalselt 2 patsienti tunnis, 5 päeva nädalas, 45 nädalat aastas e. **2925** (6,5x2x5x45) patsienti.

### Raseduspatoloogias

350 patsienti aastas.

### Günekoloogias

320 patsienti aastas.

### Päevaravi

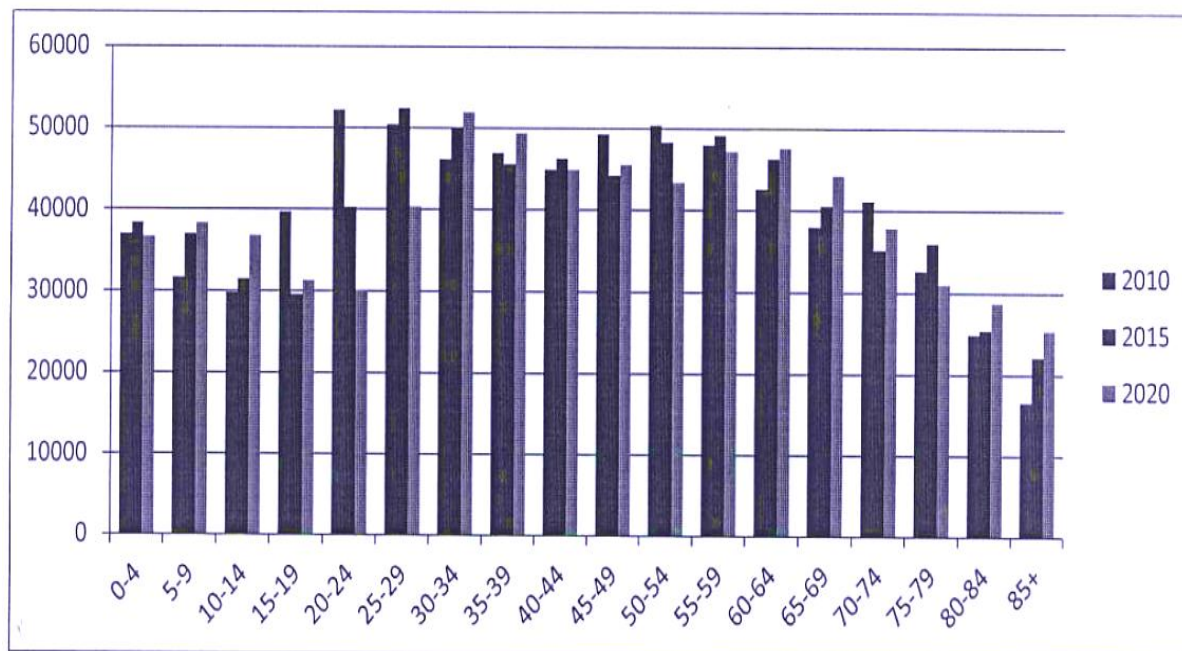
6,5 patsienti päevas (6,5\*5\*45), 1462 patsienti aastas.

## 6. Teenuse-, ravivoodite, eriarstide, uute tehnoloogiate ja meditsiiniseadmete vajaduse prognoosid aastaks 2020

### 6.1. Teenusevajaduse prognoos

#### Joonis 5. Naiste arv vanuserühmade lõikes

Naiste arv vanuserühmade lõikes aastatel 2010, 2015 ja 2020



Allikas: Eurostat 2010

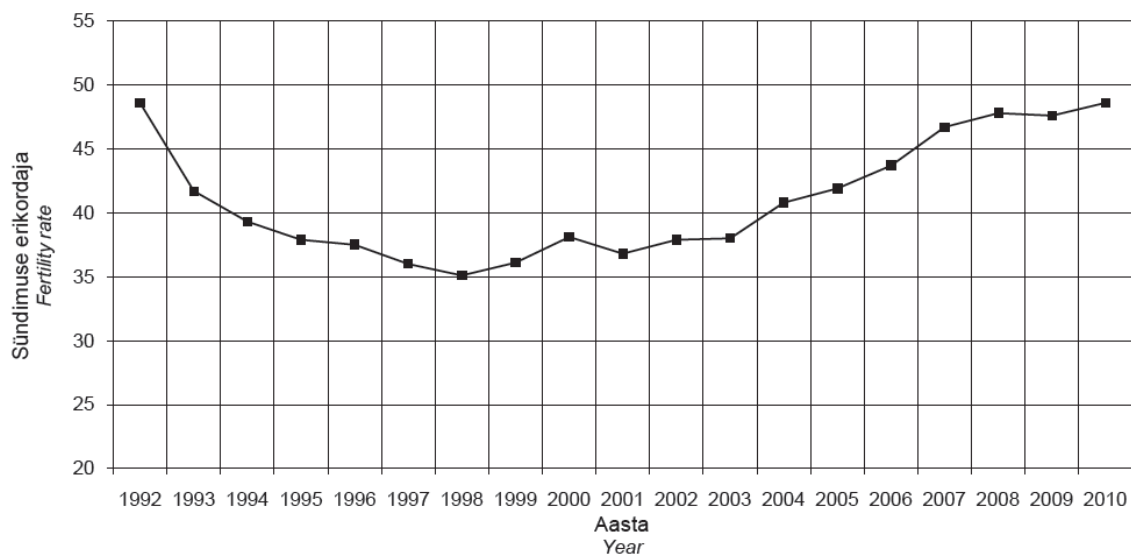


Tabel 3. Sündimuse üldkordaja 1000 fertiilses eas naise kohta elukoha järgi, 1992-2010 (EMSR)

Elukoht	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
<b>EESTI</b>	48,6	41,7	39,3	37,9	37,5	36,0	35,1	36,1	38,1	36,8	37,9	38,0	40,8	41,9	43,7	46,7	47,8	47,6	48,6
<b>Maakond</b>																			
Harjumaa	38,5	32,3	31,2	30,3	29,2	28,5	29,2	31,5	34,6	34,8	36,6	39,6	44,8	47,3	51,8	55,8	58,1	57,4	59,3
sh Tallinn	37,8	31,4	30,8	28,9	27,8	27,1	28,0	30,8	34,2	34,6	36,0	39,5	44,9	47,6	52,0	54,3	55,6	53,7	54,6
Hiiumaa	70,5	69,4	57,9	62,3	53,7	48,8	40,7	35,4	39,1	40,8	34,0	33,5	26,2	32,6	27,9	28,1	32,7	25,2	35,0
Ida-Virumaa	37,9	31,5	30,9	31,8	32,8	30,3	31,3	32,7	35,2	33,7	35,7	32,9	35,5	36,0	33,2	35,5	34,2	33,9	31,5
Jõgevamaa	65,5	55,5	56,0	51,6	50,6	51,0	45,0	45,6	46,7	41,5	37,3	32,3	35,0	35,6	34,3	32,3	34,1	36,7	34,3
Järvamaa	62,5	52,3	46,2	45,4	49,0	45,6	42,3	39,9	40,0	37,0	38,0	36,0	37,1	37,5	36,6	37,3	39,1	37,8	39,8
Läänemaa	58,2	54,1	52,6	42,5	50,4	46,4	45,1	38,2	37,4	37,3	34,9	32,0	32,7	32,8	34,2	33,9	38,5	34,3	33,7
Lääne-Virumaa	55,2	52,3	49,8	48,1	45,9	46,5	43,2	43,4	46,1	41,7	40,2	39,1	37,7	37,2	40,3	41,6	40,4	39,2	40,0
Põlvamaa	62,6	52,9	53,7	53,6	53,4	44,6	39,8	44,6	38,3	36,3	39,7	37,9	37,0	37,1	35,3	35,1	38,5	39,5	38,6
Pärnumaa	56,8	48,4	46,8	41,2	42,1	42,4	40,1	40,2	40,8	39,7	40,8	38,7	38,2	39,2	41,6	45,8	48,5	48,4	45,0
Raplamaa	62,2	58,5	48,1	51,1	49,0	45,4	40,6	40,8	41,6	36,4	39,8	31,4	40,7	37,7	40,0	44,4	44,1	43,0	46,9
Saaremaa	65,5	59,4	53,6	51,5	41,2	45,0	39,3	42,1	40,5	37,0	34,5	31,8	35,7	34,5	37,6	35,7	36,6	37,2	38,2
Tartumaa	55,8	45,5	42,4	40,7	40,6	38,2	38,4	38,2	40,2	38,7	42,2	42,5	44,5	44,3	44,6	50,3	50,8	53,4	55,0
Valgamaa	61,7	52,7	54,7	46,2	51,9	45,3	47,4	42,1	49,7	46,9	43,0	38,9	39,1	39,4	40,5	37,0	41,2	39,2	36,1
Viljandimaa	57,1	57,3	49,2	49,5	50,0	49,0	42,5	44,4	40,8	39,1	37,4	38,2	36,8	34,9	34,1	38,4	36,7	35,1	37,8
Võrumaa	66,8	58,0	51,3	53,0	52,7	48,1	44,5	41,5	43,4	40,8	38,9	36,9	34,0	39,0	37,3	38,4	34,8	35,3	39,0

Joonis 6. Sündimuse erikordaja 1000 fertiilses eas naise kohta 1992-2010 (EMSR)

Sündimuse erikordaja 1000 fertiilses eas naise kohta, 1992–2010  
Fertility rate per 1000 women of childbearing age, 1992–2010

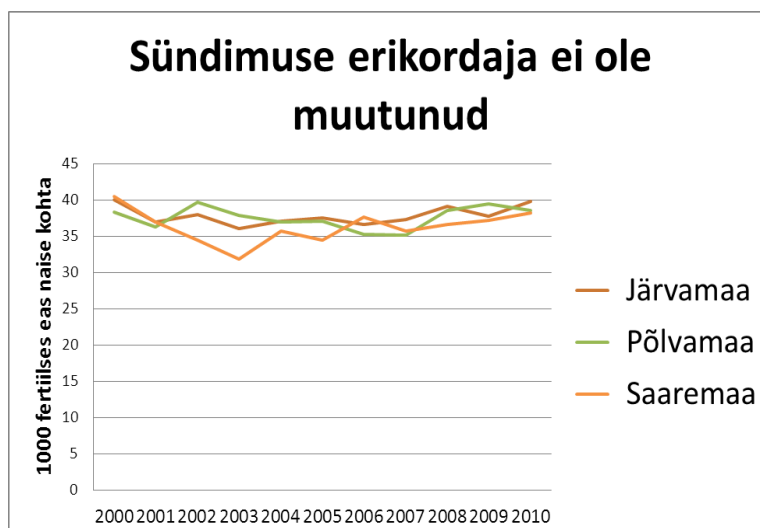
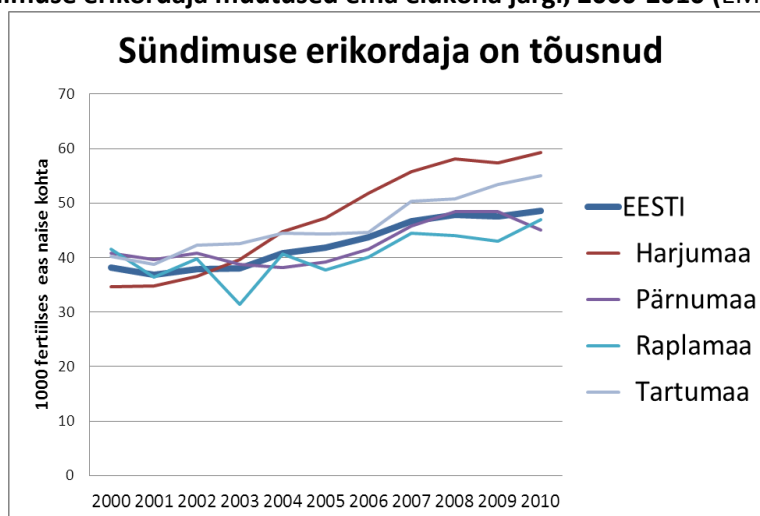


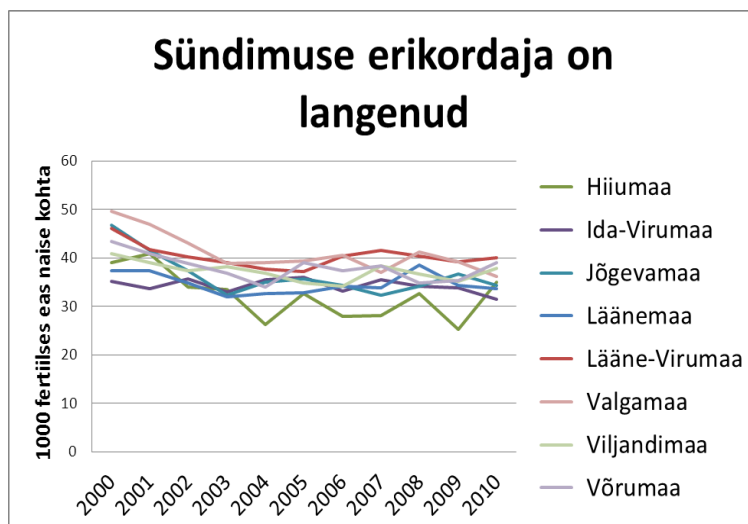
Hinnates sündimuse erikordaja muutumist ema elukoha järgi, torkab silma, et viimase kümnendil on see suurenenud peamiselt suuremaid keskusi ümbritsevates piirkondades.

Tabel 4. Sündimuse erikordaja muutus Eesti eri maakondades, 2000-2011

Erikordaja muutus	Maakond
Suurenenud	Harju, Tartu, Pärnu, Rapla
Ei ole muutunud	Järva, Põlva, Saare
Langenud	Hiiu, Ida-Viru, Lääne-Viru, Jõgeva, Lääne, Võru, Valga, Viljandi

Joonised 7-9 Sündimuse erikordaja muutused ema elukoha järgi, 2000-2010 (EMSR)





Tabel 5. Fertiilses eas naiste ja sündimuste arv 2010 ja prognoos aastaks 2020 (Statistikaamet, Tervise Arengu Instituut)

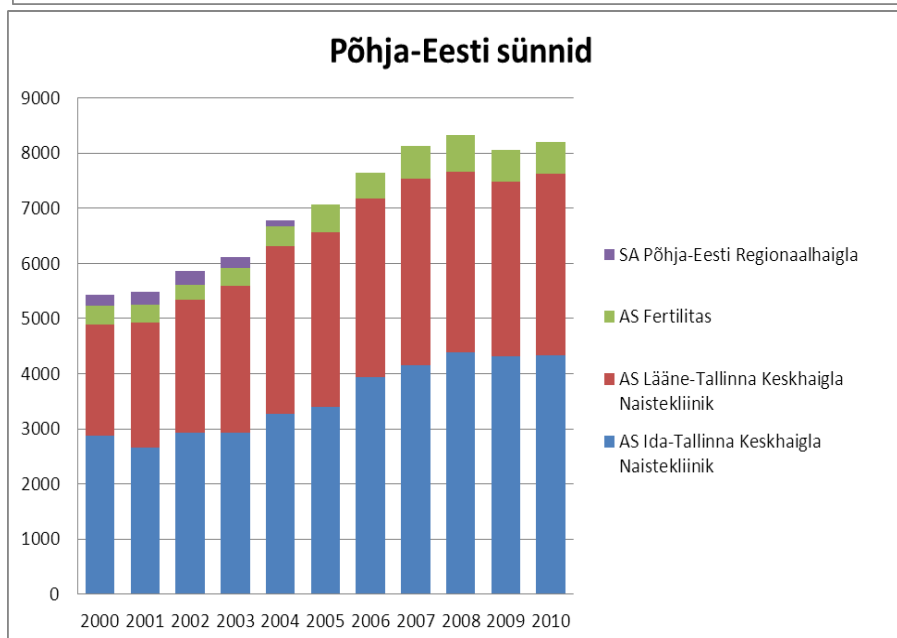
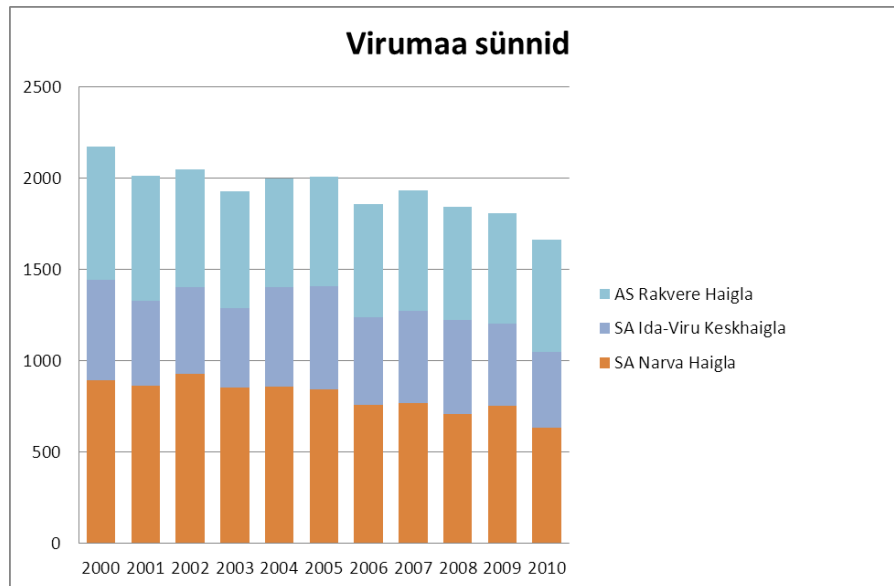
Maakond/naiste arv vanusrühmas	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	kokku
Harju maakond	13055	20660	23554	25918	23120	18841	125148
Hiiu maakond	328	416	261	101	185	316	1607
Ida-Viru maakond	3595	5493	5093	4097	4846	5033	28157
Jõgeva maakond	1178	1410	976	469	729	1109	5871
Järva maakond	1042	1345	1148	493	664	997	5689
Lääne maakond	766	1032	754	358	583	921	4414
Lääne-Viru maakond	2024	2476	1981	1206	1689	2001	11377
Põlva maakond	947	1233	818	469	681	939	5087
Pärnu maakond	2610	3407	2963	2183	2450	2947	16560
Rapla maakond	1209	1411	1163	763	985	1157	6688
Saare maakond	1106	1487	1091	538	774	1140	6136
Tartu maakond	3964	5622	6420	6070	5282	4895	32253
Valga maakond	1041	1293	860	591	887	1010	5682
Viljandi maakond	1657	2070	1547	1024	1200	1570	9068
Võru maakond	1184	1470	1017	559	847	1210	6287
Eesti kokku, 2010	35706	50825	49646	44839	44922	44086	270024
sündimuse vanuskordaja/1000 naist	17,3	61,8	103,8	89,2	46,3	10,5	
Sündimuste arv aastal 2010	618	3141	5153	4000	2080	463	15454
Naiste arvu prognoos 2020	31587	29691	39561	51962	50138	45716	248655
Sündimuste arvu prognoos 2020	546	1835	4106	4635	2321	480	13924

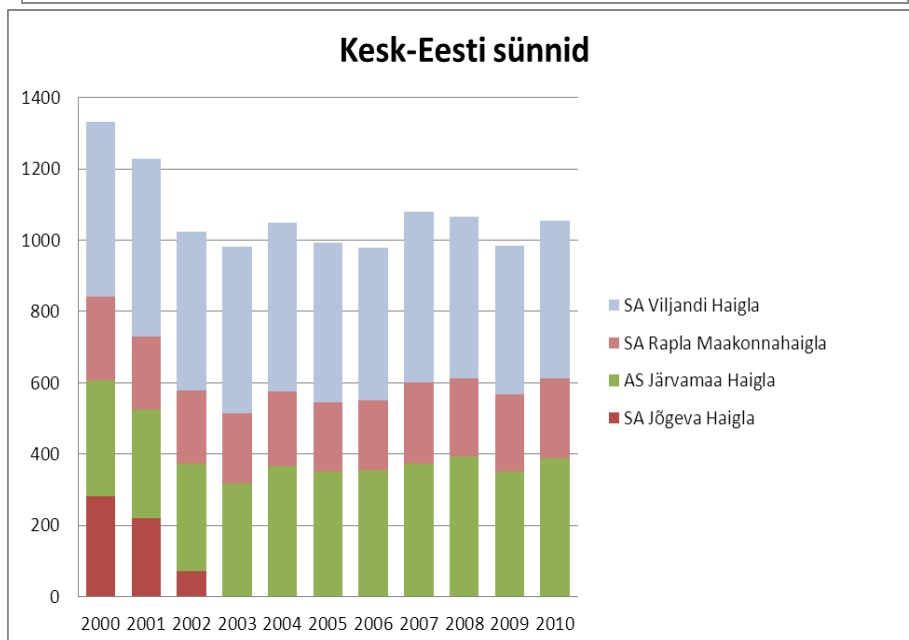
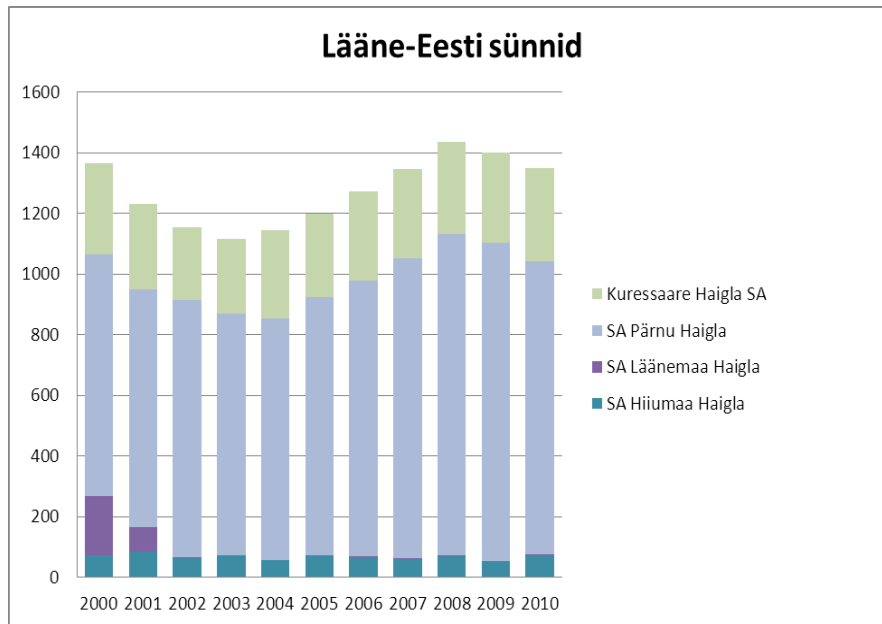
Vastavalt statistikaameti prognoosile väheneb fertiilses eas (15-45a) naiste arv Eestis aastaks 2020 kaheksa protsendi võrra.

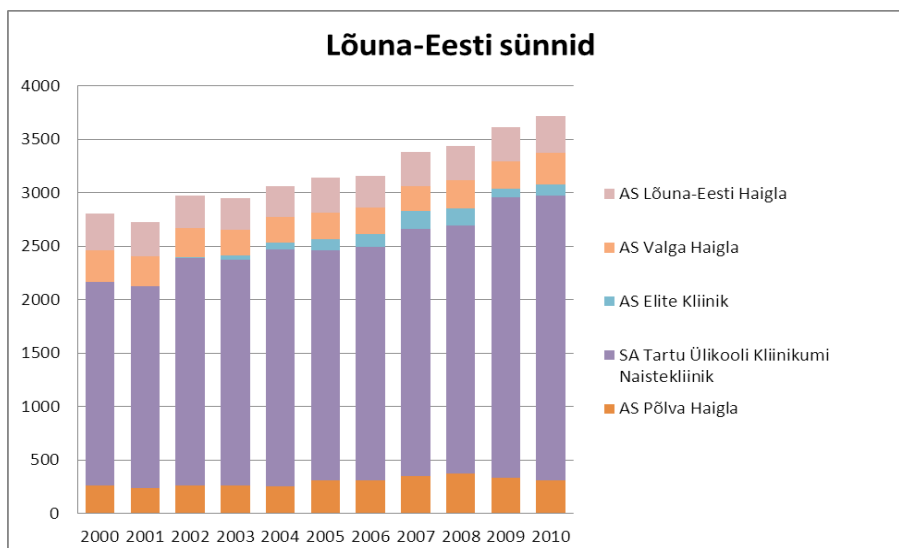
Eeldusel, et sündimuse vanuskordaja 1000 naise kohta ei muutu, langeb sündimuste arv samal perioodil 10 %.

Sünnituste arvu langus tuleb paikkonniti erinev. Nagu näha, on sündimuse erikordaja 1000 fertiilses eas naise kohta kõige kõrgem Tallinnas/Harjumaal ja Tartus. Oleme seisukohal, et see kajastab naiste/perede paremat toimetulekut (tööhõive, palgatase) riigi kahes suuremas tõmbekeskuses. Äärealadel toimub võimendusefekt – üldisele fertiilsete naiste arvu langusele kogu riigis lisandub noorema elanikkonna migreerumine suurematesse linnadesse või koguni välismaale. Seetõttu on alust arvata, et tegelik sünnituste arvu langus mõnes Eesti piirkonnas võib aastal 2020 olla tänasega võrreldes isegi kuni 20%.

Joonised 10-14 Sünnituste arvu muutused Eesti eri piirkondades, 2000-2010 (EMSR)







- Sündide arvu oluline suurenemine lähiaastatel võrreldes praegusega ei ole tõenäoline
- Suurem vähenemine jääb tõenäoliselt perioodi 2020 – 2030, sel ajal sündide arv võib väheneda kuni 12 -13 000 sünnini.
- Ema vanus esimese lapse sünnil oli Eestis 2010 aastal 26,3 ja 10 -15 aasta perspektiivis jõuab see 29 aastani (lähemalt võib vaadata <http://esa.un.org/unpd/Panel profiles.htm>)
- Muutub haiguste struktuur, seoses sünnituste arvu vähenemisega ja elanikkonna vananemisega
- Naistearsti teenuse vajadus võib kasvada seoses sellega, et inimeste ootused tervishoiuteenuste kättesaadavuse ja kvaliteedi suhtes suurenevad ja õigustatult kasvavad ka inimeste nõudmised elukvaliteedile

## Elanike ja arstiabi koondumine suurtesse linnadesse

Tabel 6 **Rahvaarv maakondades 2011 aasta alguse seisuga** (Eesti Statistikaamet)

Maakond	Elanike arv 2011a. seisuga	Elanike arv 2001.a seisuga	muutus %
Harju	528 468	524 972	+0,7
Hiiu	10 000	10 438	-4,2
Ida- Viru	167 542	178 896	-6,3
Jõgeva	36 550	38 223	-4,4
Järva	35 963	38 682	-7,0
Lääne	27 283	28 548	-4,4
Lääne-Viru	66 861	67 610	-1,1
Põlva	30 778	32 527	-5,4
Pärnu	88 327	90 998	-2,9
Rapla	36 652	37 505	-2,3
Saare	34 577	35 887	-3,7
Tartu	150 535	149 488	+0,7
Valga	33 889	35 683	-5,0
Viljandi	55 275	57 798	-4,4
Võru	37 494	39 714	-5,6

Tabel 7 **Muutused naiste arvus maakondade lõikes 2001-2011** (Eesti Statistikaamet)

Maakond	Naiste arv 2011a. seisuga	Naiste arv 2001.a seisuga	muutus %
Harju	284217	284252	0%
Hiiu	5233	5418	-4%
Ida- Viru	93480	97981	-5%
Jõgeva	19447	20161	-4%
Järva	19298	20612	-5%
Lääne	14666	15251	-4%
Lääne-Viru	36039	36259	-1%
Põlva	16212	16984	-5%
Pärnu	47449	48712	-2%
Rapla	19174	19615	-2%
Saare	18405	19081	-4%
Tartu	81380	81331	+1%
Valga	18224	19103	+5%
Viljandi	29572	30759	-4%
Võru	20008	20991	-5%

Naiste arv on maapiirkondades vähenenud. Samas Tartu ja Valga naiste arv kasvanud. Tallinnas on naissoost elanike arv jäänud samaks.

Tabel 8 Ravijuhtude arvu muutuse prognoos aastaks 2020

	2020
Ravijuhtude arvu muutus lisaks demograafilistest arengutest tulenevale muutusele (%)	
Ambulatoorsed visiidid	- 5%
Päevaravi	- 5%
Haiglaravi	+ 5%

Ambulatoorsete visiitide arv langeb seoses fertiilses eas naiste arvu vähenemise ning rasedate ulatuslikuma teenindamisega esmatasandil.

Päevaravi juhtude vähenemist prognoosime seoses fertiilses eas naiste arvu vähenemise ning abortide arvu kahanemisega.

Haiglaravi juhtude suurenemist prognoosime seoses elanikkonna vananemisega ja elukvaliteeti parandavate teenuste osakaalu tõusuga – selle all peetakse peamiselt silmas suguelundite allavajede ja kusepidamatuse lõikuste osakaalu suurenemist.



## 6.2. Voodikohtade arvu prognoos

Tabel 9 Haiglaravivoodite arv aasta lõpu seisuga, haiglaravivoodid 100 000 elaniku kohta ja voodihõive, 2003-2010 (Tervise Arengu Instituut)

	Ravivoodite arv							
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Sünnitusabi ja günekoloogia ravivoodid	616	596	542	525	503	509	497	451
..Sünnitusabi	242	230	231	231	233	236	236	215
..Raseduspatoloogia	90	88	88	78	73	70	65	61
..Günekoloogia	284	278	223	216	197	203	196	175

	Ravivoodid 100 000 elaniku kohta							
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Sünnitusabi ja günekoloogia ravivoodid	46	44	40	39	38	38	37	34
..Sünnitusabi	18	17	17	17	17	18	18	16
..Raseduspatoloogia	7	7	7	6	5	5	5	5
..Günekoloogia	21	21	17	16	15	15	15	13

	Voodihõive*							
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Sünnitusabi ja günekoloogia ravivoodid	53	54	54	57	59	57	53	55
..Sünnitusabi	54	56	56	56	57	56	52	56
..Raseduspatoloogia	62	65	63	64	69	67	57	62
..Günekoloogia	50	50	49	55	57	53	52	53

Sünnitusosakonna optimaalne voodihõive üle 1000 sünnitusega haiglates võiks olla 70%, 500-1000 sünnitusega haiglates 65%, alla 500 sünnitusega haiglates 60%.

Keskmine haiglasviibimise aeg üle 1000 sünnitusega haiglas võiks olla 3,3 päeva; muudes haiglates 3,5 päeva.

Tabel 10 Sünnituste ja sünnitusvoodite arv Eesti eri piirkondades 2011.a. ja prognoos aastaks 2020\* (2011 andmed – ENS küsitlus)

Sünnitusvoodid	2011		2020	
	Sünnitusi	voodeid	Sünnitusi	voodeid
Põhja-Eesti	7555	79	6930	91
Kesk-Eesti	964	23	740	12
Lõuna-Eesti	3445	59	3101	43
Virumaa	1494	24	1345	21
Lääne-Eesti	1232	26	1109	17
	14690	211	13225	184

\* voodid, mis on ette nähtud vahetult sünnitusega seotud haiglasviibimiseks

**Raseduspatoloogia** – raseduseaegseks haiglaraviks ette nähtud voodid. Suuremates haiglates avatud raseduspatoloogia voodina, väiksemates sünnitusosakonna voodina. Arvutuste aluseks on võetud SA TU Kliinikum voodite suhtearv: 8 raseduspatoloogia voodit 2434 sünnituse kohta.

Raseduspatoloogiaga patsiendid pärast 21. rasedusnädalat hospitaliseeritakse sünnitusosakonda. Eraldi voodite (või osakonna) vajadus on üksnes keskhaiglatel (piirkondlik haigla), kuhu koondatakse enam operatiivset tegevust ja suunatakse ravile kõrge riskiga rasedaid.

Tabel 11 Raseduspatoloogia voodite arvu prognoos Eesti eri piirkondades aastaks 2020

<b>Raseduspatoloogia</b>	<b>2020</b>	
	Sünnitusi	voodeid
<b>Põhja-Eesti</b>	6930	<b>23</b>
<b>Kesk-Eesti</b>	740	<b>3</b>
<b>Lõuna-Eesti</b>	3101	<b>10</b>
<b>Virumaa</b>	1345	<b>5</b>
<b>Lääne-Eesti</b>	1109	<b>4</b>
	<b>13225</b>	<b>45</b>

Tabel 12 Raseduspatoloogia ja sünnituse voodite arvu prognoos aastaks 2020.

	<b>Sünnitus</b>	<b>Raseduspatoloogia</b>	<b>KOKKU</b>
<b>2010</b>	215	61	<b>276</b>
<b>2020</b>	<b>184</b>	<b>45</b>	<b>229</b>

**Günekoloogilist haiglaravi, päevakirurgiat** on maakondades otstarbekas teostada üldkirurgia osakondade juures, kus on ühiselt tagatud anestesioloogiline ja operatiivne teenistus ja muud tööks vajalikud teenistused (laboratoorsete analüüside kättesaadavus, vereteenus, radioloogiline diagnostika s.h ultraheli) **(2011 andmed – ENS küsitlus)**

Tabel 13 Günekoloogiliste voodite arvu prognoos Eesti eri piirkondades aastaks 2020

<b>Günekoloogilised voodid (sh intensiivravi)</b>	<b>2011</b>	<b>2020</b>
<b>Põhja-Eesti</b>	60	<b>60</b>
<b>Kesk-Eesti</b>	9	<b>5</b>
<b>Lõuna-Eesti</b>	39	<b>23</b>
<b>Virumaa</b>	25	<b>21</b>
<b>Lääne-Eesti</b>	16	<b>14</b>
<b>KOKKU</b>	<b>149</b>	<b>123</b>

Tabel 14 Günekoloogiliste voodite arvu prognoos haigla tüübi järgi aastaks 2020

<b>Günekoloogilised voodid (sh intensiivravi)</b>	<b>2011</b>	<b>2020</b>
<b>Piirkondlikud haiglad</b>	77	<b>75</b>
<b>Muud haiglad</b>	72	<b>48</b>
<b>KOKKU</b>	<b>149</b>	<b>123</b>

Tabel 15 Päevaravi voodite arvu prognoos Eesti eri piirkondades aastaks 2020

<b>Päevaravi voodid</b>	<b>2011</b>	<b>2020</b>
Põhja-Eesti	34	34
Kesk-Eesti	0	7
Lõuna-Eesti	7	15
Virumaa	10	12
Lääne-Eesti	6	12
<b>KOKKU</b>	<b>57</b>	<b>80</b>

Tabel 16 Päevaravi voodite arvu prognoos haigla tüübi järgi aastaks 2020

<b>Päevaravi voodid</b>	<b>2011</b>	<b>2020</b>
Piirkondlikud	34	34
<b>Muud</b>	<b>23</b>	<b>46</b>
<b>KOKKU</b>	<b>57</b>	<b>80</b>

### 6.3. Eriarstide vajadus

#### Töõjõuga varustatus sünnitusosakondades

Tabel 17 Naistearstide arv Eestis 2011. aastal (ENS küsitlus, 2011)

Töötajate arv	Ambulatoorselt töötab	Pensioniealised aastal 2015
267	120,1 (45%)	65 (24,3%)

- Eestis on registreeritud naistearste 334, paljud neist enam ei tööta või töötavad väljaspool Eestit
- Residente lõpetab 5 aasta jooksul 35. Samal ajal kui pensioniealiseks on saanud aastaks 2015 -65 e. 25% naistearstidest. Kõige teravam on seis Narva Haiglas – seal jõuab aastaks 2015 pensioniikka 56% naistearstidest!
- Perioodil 2005–2010 on maakonna üldhaiglatesse suundunud tööle pärast residentuuri lõpetamist üksnes 3 naistearsti
- Torkab silma ambulatoorse töö madal osakaal, mis on oluliselt väiksem vajadusest
- Mitme maakonna üldhaiglad on naistearstidega alamehitatud: Rakvere, Valga, Rapla, Järvamaa, Põlva

**Lastearste** töötab arengukava haiglates 186 (Eestis registreeritud pediatreid 546), neist 57 väljaspool Harju- ja Tartu maakonda.

Lastearstide ametikohti on sünnitusosakondades 41, neist üksnes 4 väljaspool Harju- ja Tartu maakonda. Enamus maakonna haiglates on valmisolek tagatud pediatría osakonna baasil ja väljakutse toimub üksnes vajadusel või võimalusel.

Samal ajal peavad olemasolevad lastearstid tagama kogu pediatrilise abi (vastuvõtud, statsionaar), mistõttu sünnitusosakondades pediatrilise ööpäevaringse konsultatsiooni

võimalus paljudes maakonna haiglates piiratud või puudub kohati üldse. Torkab samuti silma pediaatrite vähesus maakondades.

Tabel 18 **Ämmaemandate arv Eestis, 2011 (ENS küsitlus, 2011)**

Töötajate arv	Iseseisev töö	Pensioniealised kuni 2015
351	107 (30%)	52 (14,8%)

Ämmaemandatega komplekteeritus on enamuses piirkondades rahuldav, samas maakondades ämmaemandate iseseisva töö osakaal tagasihoidlik.

**Ambulatoorses abis:** 2010 aastal oli **477916 naistearsti** ambulatoorset arvet, vastuvõtte naistearstil **628740** ja ämmaemandatel **103533** (16%), lisaks tehti **181648** ultraheliuuringut (EHK statistika kindlustatute kohta).

Arstil koormuseks ambulatoorses töös: 6,5 tundi vastuvõttu, normaalselt 2 patsienti tunnis, 5 päeva nädalas, 45 nädalat aastas e. **2925** (6,5x2x5x45) patsienti.

Naistearstide vajadus on sama töömahu säilitamiseks **215** (628740/2925).

Kui ämmaemanda vastuvõttu tõsta **25%-ni**, võiksime ambulatoorsele tööle vajada **150** naistearsti.

**Sünnitusabis:** 2010 aastal oli **15 990** sünnitust, **25%** ehk **3997** vajab arstiabi (operatiivse lõppega sünnitusi). 1 sünnitusele kulub arsti tööaega u 2 tundi e. **7 995** tundi aastas. 2020 prognoosime 13225 sünnitust – töötundide vajadus väheneks 6612 tunnini.

Arsti tööaeg 8 tundi, sellest patsiendiga seotud 6,5 tundi, kokku aastas arsti töötunde **1462** (**6,5\*5\*45**) ehk **5,4** arsti erakorraliste sünnituste jaoks. Sünnituste arvu langusega ei vähene oluliselt operatiivsete sünnituste arv, e. arstidevajadus jääb samaks.

Valveringide jaoks **37 naistearsti** (5\*2 valveringi) e. 10 valveringi e. 10\*6729 tundi (aasta valvetunnid) /1800 (arsti aasta töötunnid) valvearsti kuni keskhaigla tasandini, osutamaks sünnitusabi ka maakonnahaiglates ja erahaiglates e. lisaks 10 haiglas **37 naistearsti** valveringide jaoks

Kokku sünnitusabis senise töökorralduse jätkamiseks oleks vaja **79,4 naistearsti**.

**Raseduspatoloogias** 2010 aastal oli 15 320 voodipäeva. Keskmine haiglas viibimine 2,5 päeva, seega 7612 patsienti.

Arsti koormuseks 6 patsienti päevas (2 tundi kirjatöök ja koosolekuteks) e. aastas (6\*5\*45) 1350 patsienti

Naistearste oleks vaja **5,6**.

**Günekoloogias** 2010 aastal ravitud statsionaarselt 11153 patsienti (23480 voodipäeva, keskmine viibimine 2,1 päeva)

Operatiivne aktiivsus 70% ehk 7807 operatsiooni aastas.

Naistearsti koormus: 1 operatsiooni ajakulu 2 tundi, 1 arstile 1 OP päevas ja (lisaks 1 assisteerimine 2 tundi, visiit, uuringud, protseduurid 2,5 tundi), koosolekuteks ja kirjatööks 1,5 tundi e. 225 OP aastas.

Vaja oleks (7807/225) **34,7 naistearsti.**

**Päevaravi:** 2010 aastal oli 16 196 ravijuhtu, arsti koormus 6,5 patsienti päevas ( $6,5 \cdot 5 \cdot 45$ ), 1462 patsienti aastas.

Naistearste on vaja **11,1**

Praegu töötab põhikohaga 217 naistearsti (50 naistearsti on mitte põhikohaga töötavad naistearstid e. need arstid, kes osutavad mõnes haiglas ainult valvearstiteenust või töötavad mittetäieliku tööajaga) neist aastaks 2020 pensioniealisi 105. Residente koolitub 2020 aastaks 70. Seega naistearstide defitsiit aastaks 2020 on 86 arvestamata Eestist lahkumist. Praeguse olukorra säilitamiseks oleks vaja koolitada igal aastal 15 residentide.

Kokku oleks prognoositavalt vaja (säilivad samad abiandmise kohad, arstide töökoormus on optimeeritud): 150 (s.t minimaalne ambulatoorsete naistearstide vajadus, eeldusel, et ämmaemandad võtavad üle 30% ambulatoorse vastuvõtu mahust) + 79,4 (erakorraline sünnitusabi koos valveringidega, arvestamata koduvalvet) + 5,6 (raseduspatoloogia minimaalne arstide arv) + 22 (operatiivse günekoloogia osutamiseks minimaalne naistearstide arv) + 11 (päevaravi patsientide, nii rasedate kui päevakirurgia osutamiseks vajalik minimaalne naistearstide arv) = 268 naistearsti.

Prognoositav naistearstide arv 2020: Praegu füüsilisi isikuid (ei arvesta mitmes haiglas töötavaid ühtesid ja samu arste) töötab 217 – 105 (pensioniealised aastaks 2020) + 70 (residentuuri lõpetajaid aastaks 2020)=182 naistearsti jääb tööle aastaks 2020.

Defitsiit on  $268 - 182 = 86$ , arvestamata Eestist lahkumist ja ajutist töölt eemalolekut.

Kui pooled pensionärid jätkaksid 2020 töötamist, oleks TÄISKOHAGA naistearste ( $217 - 105/2 + 70$ )= 235.

Puudu jääks 33 e igal aastal tuleks koolitada 10-11 residentide.

Naistearstide vajadus aastal 2020 sõltub arengukavas plaanitu teostumisest – sünnitusosakondade võrgustiku võimalikust koondamisest, ambulatoorse abi liikumisest esmatasandile, arstide tunnikoormuse muutusest jne. Hinnanguliselt jääb naistearstide vajadus 260-300 piiresse.

## 6.4. Uute tehnoloogiate ja meditsiiniseadmete vajadus (sh ravimid)

### End juba tõestanud uued tehnoloogiad.

Mitmete viimase kümnendi tehnoloogiliste uuenduste üleriigiline juurutamine on takerdunud asjatundjate puuduse, patsientide geograafilise eraldatuse või korralduslike puuduste taha. Selles lõigus ära toodud tehnoloogiate puhul ei ole esmatähtsaks juurutamise takistuseks nende maksumus – teenused on kantud Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetellu. Patsientide võrdne juurdepääs uuringutele/ravivõtetele on lähitulevikus reaalset tagatav. Selleks tuleb: korraldada arstide/ämmaemandate teavitamist; seista hea uuringute/ravimeetmete kvaliteedi eest; teavitada tervishoiuteenuse osutajaid uute tehnoloogiate eelistest ning tegutseda nende teenuste piisava rahastamise nimel Eesti Haigekassa poolt.

### Prioriteetsed tegevussuunad:

Sünnieelse diagnostika integreeritud sõeltest: mainitud test on kõige tõhusam loote Downi sündroomi skriiningu meetod. 2010 aastal läbis mingisuguse sünnieelse sõeltesti 91,4% rasedaist. Samas tehti I trimestri sõeltest kõigest 38% rasedaist ja I ja II trimestri integreeritud sõeltest vaid 14% rasedaist. Takistuseks I ja II trimestri integreeritud sõeltesti rakendamisele on *Fetal Medicine Foundation* (FMF) poolt akrediteeritud sonograafistide vähesus. 2011 aasta kevadel oli Eestis 19 akrediteeritud I trimestri ultraheli teostajat, enamasti Tallinnas ja Tartus.

Medikamentoosne abort: tagada kogu riigis naistele võrdväärne võimalus valida raseduse katkestamise meetod (medikamentoosne v kirurgiline) vastavalt nende eelistusele

Vaagnapõhja rekonstruktiivne kirurgia: juurutada implantaatide kasutamist vaagnapõhja toetamiseks.

Hüsteroskoopia teostamise võimalus peab olema tagatud igas günekoloogia osakonnas. Hüsteroskoopiat tuleb eelistada emakaõõne abrasioonile, kui kõne all on plaaniline kirurgiline tegevus (nt endomeetriumi polüüpide eemaldamine).

### Võimalikud arengud tulevikus

Alltoodud tehnoloogiad on kas alles arengujärgus või on oma kalli hinna tõttu lähitulevikus kättesaadavad vaid üksikutele tervishoiuasutustele:

- EKG-analüsaatoriga lootemonitorid (STAN-metoodika)

- Komputeriseeritud lootemonitorid (tsentraalne monitooring)
- 3D sonograafia
- Robotkirurgia
- Preimplantatsioonidiagnostika (embrüodiagnostika)
- Munarakkude/munasarja koe krüokonserveerimine
- Lote reesuskuuluvuse määramine ema verest.

## 7. Regulaatiivne keskkond ja vajalikud muudatused

### 7.1 Seadusandlus

#### Ettepanekud muudatusteks seadusandluses.

„Raseduse katkestamise ja steriliseerimise seadus (RKSS)“. Alates 01.01.2009.a on RKSS-s sisse viidud muudatus §5 lg2 osas, mis on vastuolus laste õigustega ja võib halvendada riskirühmade tervishoiuteenuse kättesaadavust. Muudatusi ei kooskõlastatud eelnevalt Eesti Naistearstide Seltsiga. Sotsiaalministeerium algatas 2010. a „Raseduse katkestamise ja steriliseerimise seaduse muutmise seaduse eelnõu“, mida siiani ei ole menetletud. Tingimusteta on vajalik eelnõus tehtud ettepanekute viimine järgmistesse seadustesse: Raseduse katkestamise ja steriliseerimise seadus, Haiguste ja tervisega seotud probleemid, mille esinemisel katkestatakse rasedus kolmanda etapi haiglas, Raseduse katkestamisega seotud uuringud ja toimingud, Raseduse katkestamise eelse nõustamise akti vorminõuded. ENS peab vajalikuks muuta RKSS sõnastust § 6 lg 1 osas (ettepanek ei kajastu hetkel eelnõus) järgnevalt: lause „Rasedust võib katkestada, kui see ei ole kestnud kauem kui 11 nädalat“ asendada “Rasedust võib katkestada, kui see on kestnud vähem kui 12 nädalat“. Senine sõnastus on põhjendanud erinevat tõlgendust ja patsientide erinevat kohtlemist, sest raseduse suurust hinnatakse nädalate ja päevadega.

Seadusandlus peab reguleerima järgmiseid probleeme, mille kohta ENS on andnud oma seisukoha: **surrogaatemadus, kodusünnitus.**

Lisaks seadusandlusega seotud probleemid: ENS on seisukohal, et **seksuaalelu alustamise legaalne vanus** peaks olema 16 eluaastat ja seksuaal- ja reproduktiivtervisele suurte ohtudega seotud **lähisuhtevägivald** peaks Eestis olema käsitletav eraldi kuriteo liigina, kuna see hõlbustaks abi pakkumist ohvritele ka tervishoiusüsteemis.

Hiljem kui 22. rasedusnädalal ja üle 500 g sünnikaaluga surnult sündinud vastsündinute lähedastele tuleb luua **võimalus surnultsündinu matmise läbiviimiseks.**

**Kunstliku viljastamise ja embrüo kaitse seadus (KVEKS).** Terves Euroopas tõuseb tänu kunstliku viljastamise tehnoloogiate (ART) abile mitmiksünnituste arv (2008.a. 11-25/1000

naise kohta). ART tulemusena sündinud laste arv ulatub kuni 5% kõikidest sündidest. Emade ja imikute suremus on suurem mitmiksünnituste puhul, samuti on mitmikrasedusi rohkem vanemaealistel naistel, nagu ka infertiilsuseprobleeme. ART tulemusena rasestunutel on suurem risk rasedusaegsete probleemide tekkeks (enneaegne sünnitus, kaasasündinud väärarenditega ja madala sünnikaaluga lapse sünd), perinataalseks suremuseks ja ebasoovitavaks sünnitulemiks. Statistiliselt on oluline koguda ka informatsiooni, millist ART tehnikat on kasutatud (ovulatsiooni induktsioon, IUI, IVF, ICSI, külmutatud embrüo siirdamine jt). KVEKS-s tuleks sisse viia muudatusi, mis vähendaks mitmikraseduste tekke võimalust ning optimeeriks rahaliste ressursside kulutamist (selle all mõistame ainult ühe embrüo siirdamist hea rasestumisprognosisega naistele ning hüvitatavate IVF katsete arvu piiramist).

## 7.2. Ravijuhendid

Ravijuhendite koostamisel tuleb võimalusel arvestada WHO, Tartu Ülikooli ja Eesti Haigekassa poolt välja töötatud ravijuhendite koostamise juhiseid ja samas piiratud inimressurssi selle elluviimiseks. Ravijuhendite uuendamine peaks toimuma iga 3 aasta järel. Ravijuhendite koostamisel on oluline koostöö siduserialadega.

Plaanis on välja töötada järgnevad juhendid:

- 1) Viljatusravi
- 2) Vägivald ja günekoloogiline patsient

## 7.3. Teised standardid ja regulatsioonid

### Registrid ja andmekogud.

ENS näeb vajadust asutada sõeluuringute ja IVF register. Eesti meditsiinilise sünniregistri abil peab olema võimalik teada saada emade suremusega seotud andmed.

Raseduskatkestusandmekogu tuleb muuta rasedusregistriks, kus andmed oleksid isikustatud ja mis koguks andmeid ka raseduste katkemiste ja emakaväliste raseduste kohta.

### Haigekassa teenused ja nende hinnad.

DRG-põhised hinnad ei võimalda teatud kaasaegsete günekoloogiliste operatsioonide kulupõhist arveldamist. Näiteks nõuavad vaagnapõhjakirurgia ja emakaarterite embolisatsioon kallite ühekordsete tarvikute kasutamist, seetõttu on kehtiv hind ebaadekvaatne ja teenuse osutamine haiglale oluliselt kahjumlik.

Sünnituse hind vajab ülevaatamist peale seda, kui on otsustatud, millised haiglad jäävad edaspidi sünnitusabi teenust osutama.



## **Tegevusprogrammid ja arengukavad**

### **RAHVASTIKU TERVISE ARENGUKAVA 2009-2020.**

ENS on üldiselt nõus seksuaal- ja reproduktiivtervist puudutavate tegevustega arengukavas. Arengukava peab senisest palju enam tähelepanu pöörama vajaduste ja rahastatud tegevuste analüüsimisele. Vältimatu on viljatusravi vajaduste ja tulemuste analüüs. Emakakaela sõeluuringu hõlmatust saab tõsta oportunistliku skriinimise arvelt. Selleks on vaja uut taktikat, kuna olemasolev ei ole ennast täiel määral õigustanud. Vägivalla käsitlemine ja vägivallaohvri abistamine vajab üldiseid tegevusjuhiseid naistearstidele.

## **8. Professiiooni vastutuse tõstmine eriarstide pädevuse jälgijana**

Arstide pädevuse hindamise süsteemi osas ei ole kavas muudatusi sisse viia. Pädevuse taashindamine toimub vabatahtlikkuse alusel, 5-aastase perioodilisusega.

## **9. E-tervis**

E-tervise osas ei ole sünnitusabil ja günekoloogial spetsiifilisi vajadusi ette näha. Peamiseks probleemiks on patsiendi terviseandmeid puudutavate päringute teostamise keerukus (loe: võimatus) tervishoiuteenuste osutajate vahel.