

Väikekirurgia hetkeseis ja tulevikuperspektiivid Eestis

Eero Merilind¹, Heidi-Ingrid Maaroo² – ¹Nõmme Perekarstikeskus OÜ Meditiim, ²TÜ polikliiniku ja peremeditsiini õppetool

väikekirurgilised protseduurid, väikekirurgia perearsti praksises, erihuvidega perearstid, väikekirurgia vältimatus abis ning eriarstide plaanilises tegevuses, perearstide tulemustasu, väikekirurgiakoolitus

Alates 2007. aastast arvestatakse perearsti tulemustasu ühe komponendina ka perearsti väikekirurgilist tegevust. Väikekirurgiline tegevus on Eestis defineeritud ning kodeeritud peremeditsiini algaastatel ning selle eest tasutakse perearstile eraldi nn uuringute fondist. Artiklis käsitletud uuringus vaadeldi perearsti tegevusena defineeritud väikekirurgilist tegevust Eesti Haigekassa andmete alusel 2004. ja 2005. a. Ambulatoorsetest pisioperatsioonidest tegid perearstid kõige rohkem põletushaige sidumisi ja nahahaava suturatsioone ning nende tegevuste maht suurenes 2005. aastal. Perearstipraksises tehtud väikekirurgilised protseduurid olid kulutõhusad. Tulevikus võiks eriarstide koormuse vähendamiseks kaaluda väikekirurgilise erihuviga perearstidele selleks tegevuseks motivatsioonisüsteemi loomist, näiteks lisalepingute kaudu.

Perearsti laiahaardelise töö üheks komponendiks on väikekirurgilise abi osutamine. Väikekirurgia on ambulatoorne kirurgiline tegevus, mille osutamiseks perearstil ei ole vaja eraldi litsentsi ja mis kuulub perearsti tööjuhendi alusel perearsti igapäevasesse tegevusse (1). Alates 2007. aastast reguleerib perearstide tulemustasu määrus ka väikekirurgilisi protseduure (2).

Euroopa perearstide töö profiili uuringust selgus, et väikekirurgia kuulub pigem perearstide töö hulka Lääne-Euroopa maades ja vähem riikides, kus perearstisüsteem on hiljem arenenud (3). Suurbritannia perearstide väikekirurgilise töö uuringuga on tõestatud, et perearstide tehtavad väikekirurgia-protseduurid on patsientidele meeltemööda, sest abi saab kiiresti ka perearsti praksises. Samuti on kulutused nendele protseduuridele väiksemad haiglates tehtavatest kulutustest (4). Samas on muidugi vaja soetada vastavad vahendid, tagada protseduuride kvaliteet ja vältida tüsistusi (5, 6).

Nende nõuete tagamiseks on vajalikud eelkõige oskused ja kogemused, mida saadakse koolituse teel ning ka oma praksises pidevalt väikekirurgia-protseduuridega tegeledes. Ainukesena Eestis on oma tegevust väikekirurgia valdkonnas analüüsi-

nud dr Madis Veskimägi (7). Töötades maal, on 15–20%-le tema patsientidest konsultatsioonide tulemusel vaja osutada mingit väikekirurgilist abi. Seejuures on sagedasemad tegevused haava korrastus, mitmesugused muud väikekirurgilised protseduurid, võõrkehade eemaldamine, traumad jms (7). Senini pole andmeid, kui palju üldse tehakse Eestis perearsti tööjuhendis loetletud väikekirurgilisi protseduure ja kui palju nendest teevad perearstid ise. Täielikku ülevaadet on raske saada ka põhjusel, et osa protseduure ei kuulu kodeerimisele ja infot saab koguda vaid eraldi kodeeritud protseduuride kohta.

Uuringu eesmärk. Teha kindlaks väikekirurgia tegevuse mahud Eestis ja perearstide osa selles. Selleks analüüsisime 2004. ja 2005. aastal tehtud väikekirurgiliste protseduuride profiili ning tegijaid tol ajal kehtinud haigekassa koodide ja hinnakirja alusel.

Metoodika

Uurimustöös kasutati Eesti Haigekassa raviteenuste andmebaasi, kust tehti päring vastavalt esitatud koodidele 2004. ja 2005. aasta kohta. Uuringu eesmärgiks oli välja selgitada, millised on sagedasemad väikekirurgilised tegevused perearstil ja eriarstil

Tabel 1. Väikekirurgiliste protseduuride loetelu ja hinnakirja koodid

Tervishoiuteenus	Tervishoiuteenuse kood
Ninaverejooksu peatamine kaustika või eesmise tamponaadiga	7308
Ambulatoorne pisioperatsioon (pindmise mädakolde avamine, panariitsiumi avamine, pindmiste naha- ja aluskoe tuumorite eemaldamine jmt)	7100
Epitsüstostoomi vahetus	7162
Kateteriseerimine	7159
Kusepõie loputus ja ravimi viimine põide	7163
Bioptaadi võtmine (välja arvatud operatsiooni ajal)	7004
Diagnostilisel või ravi eesmärgil organi/õone punktsioon	7005
Nahahaava suturatsioon	7101
Põletushaige sidumine (ambulatoorne)	7111

ning kas need teenused osutati vältimatu abina või plaanilise tööna; saada infot väikekirurgilise teenuse osutaja kohta (eriarst või perearst) ning vaadelda 2004. ja 2005. aastal toimunud nihkeid teenuste osutamises eriarstide ning perearstide praktikas. Arvutati ka erinevate teenuse osutajate ühe protseduuri keskmine maksumus Eesti kroonides. Uurimistöös kasutati tabelis 1 nimetatud teenuseid, mida on perearstil lubatud osutada, ning väikekirurgia hinnakirja koode.

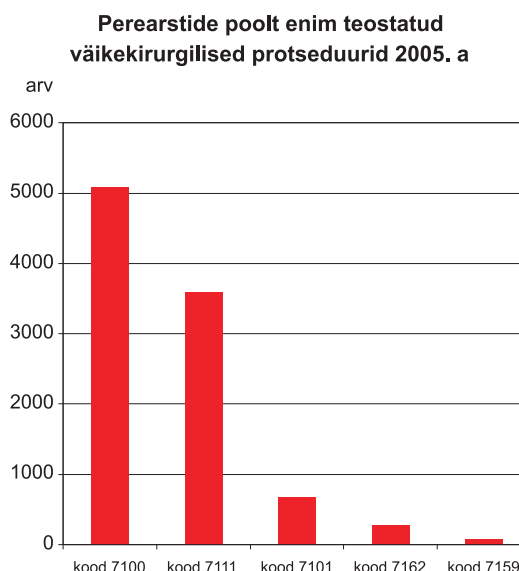
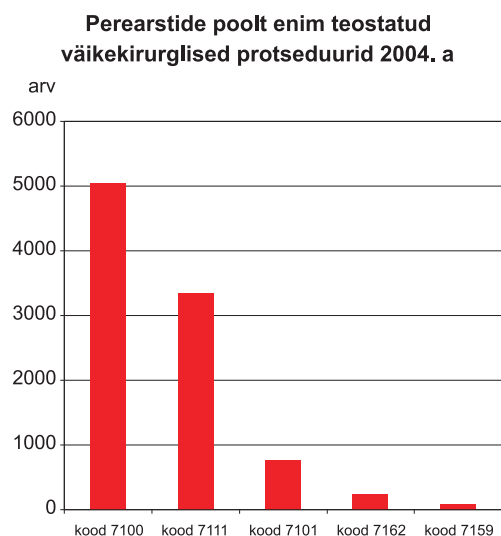
Tulemused

Perearsti tööjuhendis loetletud väikekirurgilised tegevused Eestis jaotuvad peamiselt kolme eriala vahel: vältimatu abi, kirurgia ja peremeditsiin. Seejuures tehakse väikekirurgilisi protseduure valdavalt

rohkem kirurgiakliinikutes ja vältimatut abi osutades kui perearstikeskustes.

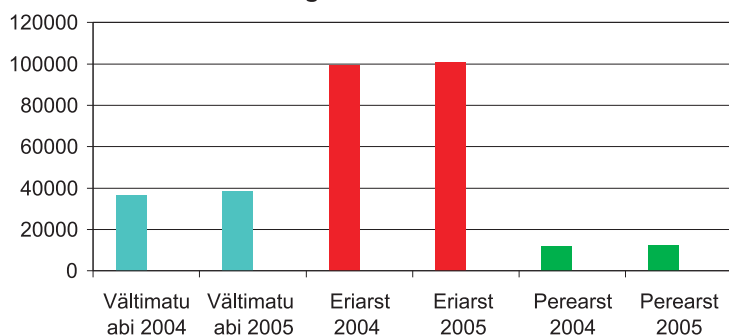
Tulemused väikekirurgiliste teenuste osutamise kohta 2004. ja 2005. a on esitatud joonistel 1 - 12.

Uuringust selgus, et perearstide töö iseloom ei ole 2004. ja 2005. aastal väikekirurgiliste protseduuride osas oluliselt muutunud. Kõige rohkem tegid perearstid ambulatoorseid pisioperatsioone (kood 7100), põletushaigete sidumisi (kood 7111) ning nahahaava suturatsioone (kood 7101) (vt jn 1). Väikekirurgiliste teenuste osutamine on enamasti olnud eriarstlik tegevus. Praegu osutavad Eestis vältimatut arstiabi enamasti eriarstid ning seetõttu perearsti juurde paljud patsiendid ei tule. Vältimatu arstiabi osutamine on mõlemal aastal olnud stabiilne ning vältimatut arstiabi on saanud



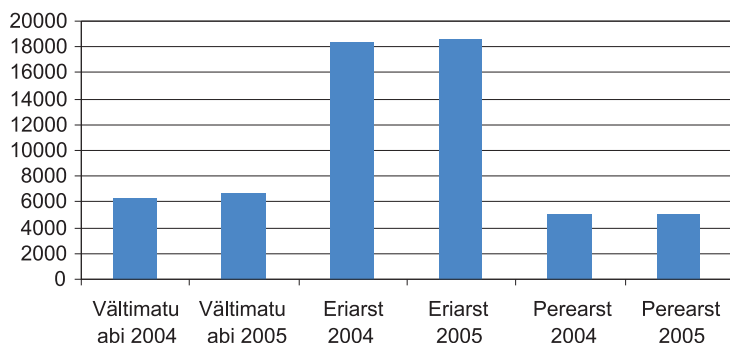
Joonis 1. Perearstide poolt osutatud väikekirurgilised teenused (protseduuride arv) 2004. ja 2005. a.

Väikekirurgiliste teenuste maht



Joonis 2. Väikekirurgiliste teenuste osutamise maht (protseduuride arv).

Ambulatoorne pisioperatsioon 7100



Joonis 3. Ambulatoorsete pisioperatsioonide arv (kood 7100) 2004. ja 2005. aastal.

alla 40 000 inimese. Ka eriarsti ja perearsti osutatavad teenused on olnud mõlemal aastal samas mahu (vt jn 2). Ambulatoorse pisioperatsiooni alla saab klassifitseerida kõiki tegevusi, kus on vajalik väikekirurgilise instrumentaariumi kasutamine: lipoomide, fibroomide, keratooside jm eemaldamine, samuti sissekasvanud küüne resektsioon, mädakollete avamine ja dreenimine jne. Sellised protseduurid jagunevad erakorraliseks ja plaaniliseks tegevuseks. Selgus, et 33% on erakorraline ning suurem osa on siiski plaaniline tegevus. Eriarstid ning perearstid tegid protseduure mõlemal aastal proportsionaalselt samas mahu (vt jn 3).

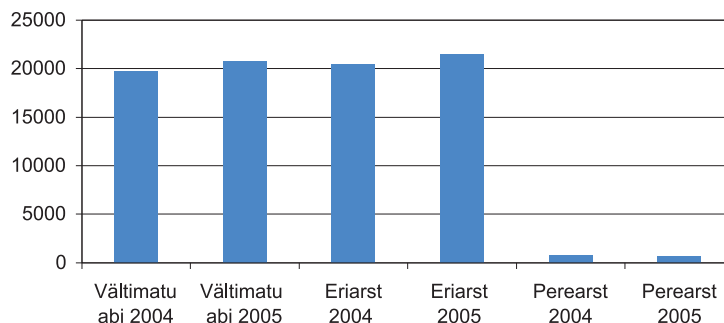
Enamik vigastustest tekib erakorralisena ning patsient pöörduv enamasti traumapunkti või erakorralise meditsiini osakonda. Seal osutab erakorralist arstiabi enamasti eriarst (eriarstid õmblesid

ligi 20 000 haava ja perearstid 700 haava ehk 3,5% kõikidest seda tüüpi protseduuridest) (vt jn 4).

Proovitükide võtmine (biopsia), eriti melanoomide ning muude nahakasvajate tõttu, on koondunud praktiliselt ainult eriarstide kätte, sest perearstid võtsid 2004. aastal ühe ja 2005. aastal neli proovitükki. Seejuures olid eriarstid võtnud 2005. a rohkem proovitükke nii vältimatu kui ka plaanilise arstiabi korral (vt jn 5).

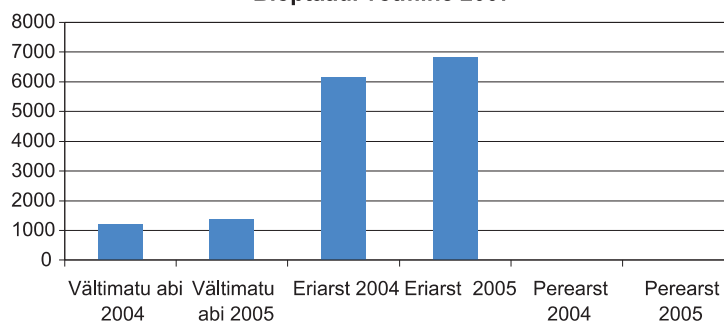
Põletused tekivad enamasti erakorraliselt ning seda näitab ka vältimatut arstiabi vajavate inimeste konstantne arv. Samas on selle protseduuri mahu näha muutusi ja eriarstide töömaht on hakanud 2005. aastal vähenema ning perearstide töömaht suurenema. Võib oletada, et tegemist oli kergemat laadi põletustega ning haiged pöördusid kergete põletushaavade raviks meelsamini ka perearsti poole (vt jn 6).

Nahahaava suturatsioon 7101



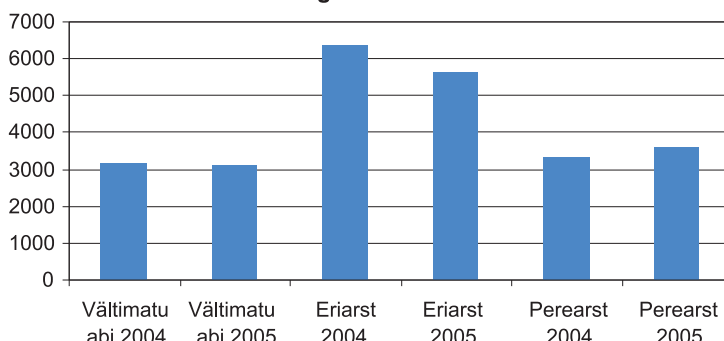
Joonis 4. Nahahaava õmblemine (protseduuride arv, kood 7101) 2004. ja 2005. aastal.

Bioptaadi võtmine 2007



Joonis 5. Proovitükkide võtmine väikekirurgiliste protseduuride korral (protseduuride arv, kood 7004) 2004. ja 2005. aastal.

Põletushaige sidumine 7111



Joonis 6. Põletushaige sidumine (protseduuride arv, kood 7111) 2004. ja 2005. aastal.

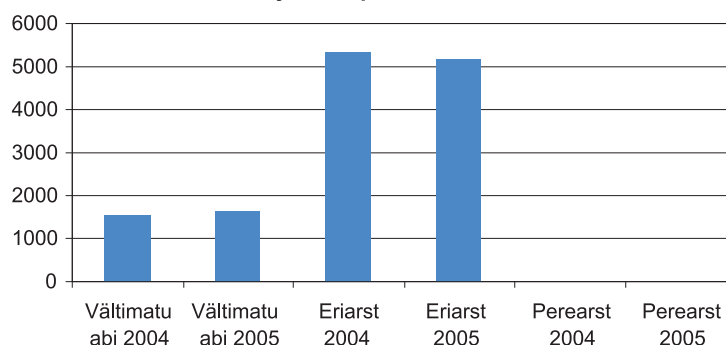
Enamik ninaverejooksudest tekib erakorraliselt ning patsient pöördub traumapunkti, erakorralise meditsiini osakonda või kutsub kiirabi. 2004. ja 2005. aastal ükski patsient ninaverejooksu peatamiseks perearsti juurde ei sattunud (vt jn 7).

Epistüstostoomi vahetus eriarstide juures on 2005. aastal võrreldes 2004. aastaga suurenenud

ligi 40%. Samas on perearstid neid protseduure teinud 2004. a suhteliselt palju, ja kuna 2005. aastal seda protseduuri perearstid eraldi ei kodeerinud, polnud selle tegevuse dünaamika jälgimine perearstipraksistes võimalik (vt jn 8).

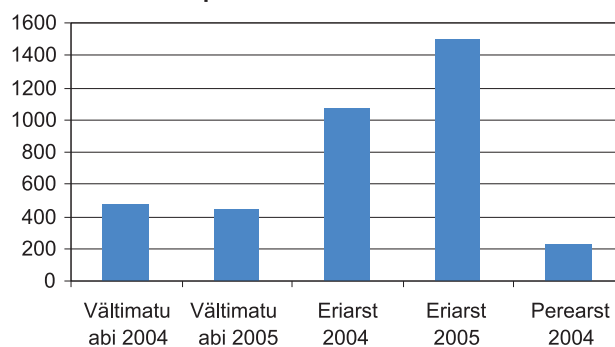
Andmed kateteriseerimise kui ajalooliselt perearstide kohustuseks peetud protseduuri kohta on

Ninaverejooksu peatamine 7308



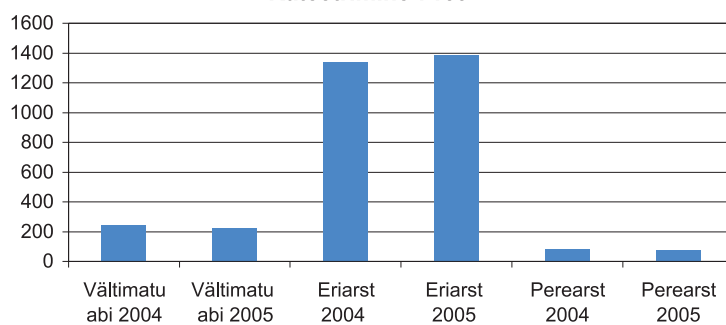
Joonis 7. Ninaverejooksu peatamine (protseduuride arv, kood 7308) 2004. ja 2005. aastal.

Epitsüstostoomi vahetus 7162



Joonis 8. Epitsüstostoomi vahetus (protseduuride arv, kood 7162) 2004. ja 2005. aastal.

Kateetrimine 7159

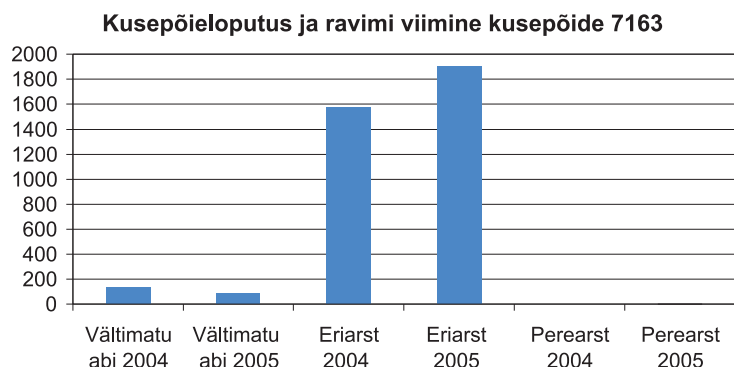


Joonis 9. Kateetrimine (protseduuride arv, kood 7159) 2004. ja 2005. aastal.

esitatud joonisel 9. Perearstid tegid 2004. ja 2005. aastal 70 kateteriseerimist aastas.

Kusepõieloputus ja ravimi viimine kusepõide on harva perearsti ülesanne. Kuigi eriarstide sellelaadne tegevus on kasvanud aastaga ligi 21%, on perearstid teinud vaid kaks protseduuri 2005. aastal (vt jn 10).

Kuigi väikekirurgiliste teenuste maht on 2004. ja 2005. aastal olnud võrdne, on eriarstile kulunud lepingumaht olnud 2005. aastal 854 905 krooni suurem kui 2004. aastal. Perearste tasustatakse väikekirurgiliste teenuste eest eraldi, nn uuringute fondist, siiski ei olnud 2005. aastal perearstide



Joonis 10. Kusepöieloputus ja ravimi viimine kusepõide (protseduuride arv, kood 7163) 2004. ja 2005. aastal.

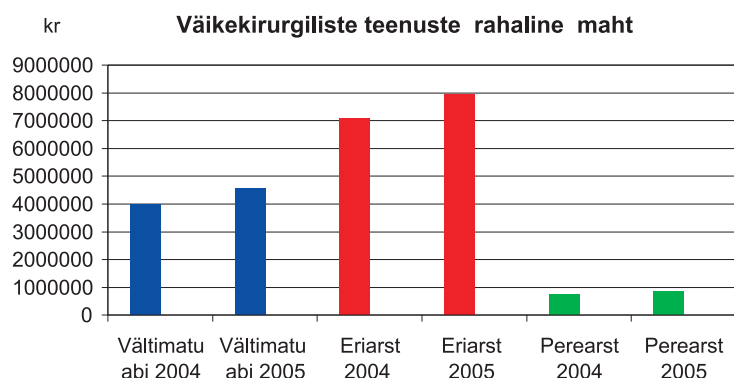
seas väikekirurgilise tegevuse osas erilist aktiivsust märgata. Kui eriarstide lepingu mahud ulatuvad ligi 7 miljoni kroonini 2004. aastal ja ligi 8 miljoni kroonini 2005. aastal, siis perearstid tegid protseduure ning manipulatsioone kokku 2004. aastal 743 339 krooni (10,4% üldmahust) ja 2005. aastal 843 427 krooni eest (10,6% üldmahust) (vt jn 11).

Kui võrreldi kõiki väikekirurgilisi teenuseid sõltuvalt teenuse osutamise kohast, ilmnes, et kõige kallim oli väikekirurgilist teenust osutada vältimatu abi korras. Väikekirurgiliste teenuste ostmine perearsti käest maksaks haigekassale 19% vähem kui samasuguste teenuste ostmine eriarsti käest. Vahe teenuseosutajate võrdlemisel tekib ka sellest, et kuigi teenuse hind perearstile ja eriarstile on võrdne, tasub haigekassa eriarstile täiendavalt lisaks eriarsti konsultatsiooni eest. Perearstide

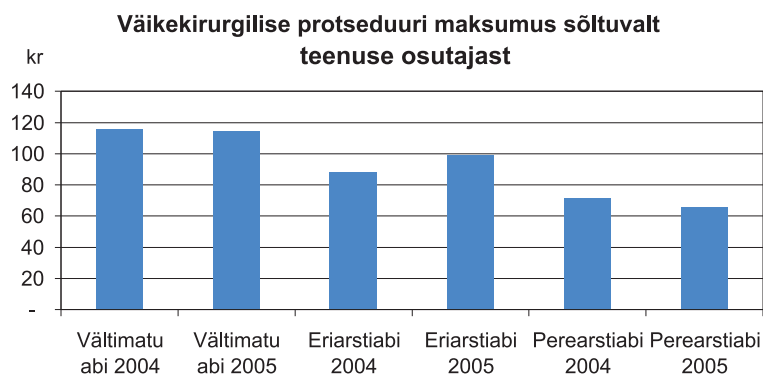
tasustamine aga käib pearaha alusel. 2005. aastal perearsti poolt osa uuringute kohta andmed puudusid, mistõttu arvestus on tehtud vaid 2004. a andmeid kasutades (vt jn 12).

Arutelu

Perearsti tööjuhendis loetletud väikekirurgilised tegevused Eestis jaotuvad peamiselt kolme eriala vahel: vältimatu abi, kirurgia ja peremeditsiin. Seejuures tehakse väikekirurgilisi protseduure valdavalt rohkem kirurgiakliinikutes ja vältimatu abi korras kui perearstikeskustes. Seega on Eestis veel jätkumas enne perearstisüsteemi tekkimist selles valdkonnas olnud tööjaotus ning sellele on juhtinud tähelepanu ka erinevaid perearstisüsteeme uurinud autorid (3). Erandiks on üksikud Eesti maa- ja linnapiirkonnas tegutsevad mitmekülgsed erihuvidega perearstid (7). Meie uuring ei võimalda teada



Joonis 11. Väikekirurgiliste teenuste rahaline maht 2005. aastal.



Joonis 12. Väikekirurgiliste protseduuride keskmine maksumus Eesti kroonides sõltuvalt teenuse osutajast.

saada põhjuseid, miks perearstikeskustes tehakse küllaltki harva väikekirurgilisi protseduure. Võime vaid oletada, et tähelepanu pööramine väikekirurgilistele protseduuridele perearsti praksistes ning vastava erikoolituse korraldamine võiks olukorda parandada, nii nagu osutavad teised uurijad (8). Arvame, et kui lisaks koolitusele muuta väikekirurgia rahastamist perearstide lepingutes, võib see tegevus muutuda esmatasandis atraktiivsemaks ning seega väheneks eriarstide koormus väikekirurgiliste protseduuride tegemisel. Kuigi väikekirurgiline tegevus on kvaliteetselt teostatav kirurgide poolt haiglas ambulatoorsetes tingimustes, peetakse seda siiski liialt ressursi kulutavaks tegevuseks, mida saaks teha edukalt ka perearstikeskustes (4). Meie andmetel on perearstikeskuses tehtavad protseduurid 1/5 võrra odavamad kui eriarsti poolt tehtavad protseduurid, kuid praegu on perearstidel limiteerivaks teguriks haigekassa leping, kus väikekirurgilised protseduurid arvestatakse uuringute fondi hulka (2). Perearsti laiahaardelisemast tööst tekkivat ülekulu ei kata praegu täielikult haigekassaga sõlmitav leping. Uuringule tuginedes võiks Eesti Perearstide Selts teha Eesti Haigekassale ettepaneku nn individuaalsete lepingute sõlmimiseks ning soodustada väikekirurgilise töö kandumist peremeditsiini ja erihuvidega perearstide teket nagu näiteks Suurbritannia ja Põhja-Iiri Ühendkuningriigis (9).

Uuringu tulemused võimaldavad teha ettepanekuid ka praegusesse väikekirurgiliste protseduuride loetelusse. Meie andmetel on perearstidel

praegu vajadus teha oma perearstikeskustes ambulatoorseid väikeoperatsioone ja põletushaige sidumist. Harvem tehakse perearstide poolt epitsüstostoomi vahetust, kateteriseerimist, kusepõie loputamist ja ravimi viimist kusepõie. Ilmselt oleks aeg leida selle protseduuri suhtes konsensus ning üle vaadata perearsti roll. Samuti tuleks teha ettepanek tegevused koodiga 7159, 7160, 7162 ja 7163 nende väga väikese mahu tõttu perearsti tulemus-tasu programmist eemaldada. Ilmselt vähendab tulevikus arenev koduõendus nii eriarstide kui ka perearstide koormust selles valdkonnas.

Ninaverejooksu peatamist oleksid perearstid ilmselt suutelised tegema, kuid kuna probleem tekib enamasti erakorralisena, siis pöörduvad inimesed kiirabi või erakorralise meditsiini osakonna poole. Biotaadi võtmist nahakasvajate diferentsiaal-diagnoosimiseks Eestis praegu perearstid ei tee, kuid see võiks olla ka edaspidi erihuvidega perearstide töövaldkonnas, nagu on teistes riikides (9).

Uuringust selgus, et tänu fikseeritud kodeerimise süsteemile jäävad praegu registreerimata mitmed perearstide poolt kasutusele võetud protseduurid nagu karpaalkanali blokaad, muud blokaadid jms. Seepärast võib perearstide tegevus väikekirurgiliste protseduuride tegemisel olla laiahaardelisem, kui uuring võimaldas registreerida.

Järeldus

Perearstide tegevus väikekirurgia valdkonnas on jäänud seni tagasihoidlikuks ning on ilmne,

et perearstiabi laiahaardelisemaks muutmiseks oleks vaja sellele valdkonnale pöörata suuremat tähelepanu. 2006. aasta sügisel käivitus koostöös Tartu Ülikooli täiendusteaduskonna, Tartu Ülikooli peremeditsiini õppetooli ja Ida-Tallinna Keskhaigla kirurgia osakonnaga perearstide väikekirurgia täienduskoolituse programm, kus perearstid saavad

teoreetilist ning praktilist koolitust Eesti juhtivatelt kirurgidelt. Koolituse läbinud perearstid peaksid omandama oskused ja kindluse väikekirurgiliste protseduuride tegemiseks ning väikekirurgia võiks hakata suunduma ambulatoorsest eriarstiabist perearstide töövaldkonda. Samuti on see esimene samm nn erihuvidega perearstide koolitamisel.

Tänuavaldus. Täname Eesti Haigekassat koostöö eest.

Kirjandus

1. Sotsiaalministeerium. Perearsti tööjuhend. RTL 2001;130:1887. <https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=27388&replstring=33>
2. Sotsiaalministeerium. Kindlustatud isikult tasu maksmise kohustuse Eesti Haigekassa poolt ülevõtmise kord ja tervishoiuteenuse osutajatele makstava tasu arvutamise meetodika. Sotsiaalministri 19. jaanuari 2007. a määrus nr 9. RTL 26.01.2007;8:135.
3. Boerma WG, van der Zee J, Fleming DM. Service profiles of general practitioners in Europe. European GP Task Profile Study. Br J Gen Pract 1997;47(421):481-6.
4. Brown JS, Smith RR, Cantor T, et al. General practitioners as providers of minor surgery – a success story? Br J Gen Pract 1997;47(417):205-10.
5. Lowy A, Brazier J, Fall M, et al. Quality of minor surgery by general practitioners in 1990 and 1991. Br J Gen Pract 1994;44(385):364-5.
6. Finn L, Crook S. Minor surgery in general practice – setting the standards. J Public Health Med 1998;20(2):169-74.
7. Veskimägi M. Väikekirurgilised protseduurid perearsti praktikas. Moodne Meditsiin 2004;4:8-12.
8. Thompson AM, Park KG, Kelly DR, et al. Training for minor surgery in general practice: is it adequate? J R Coll Surg Edinb 1997;42(2):89-91.
9. Shanks J, Hossain M, Brown E, et al. Primary care provision of specialist services. Br J Gen Pract 1997;47(417):199-200.

Summary

Minor surgery in Estonia: the present and the future

Objective. Minor surgery in family practice in Estonia is defined in the job description of family doctors. The procedures of minor surgery, listed in the job description of family doctors, are performed by family doctors as well as by surgeons and by specialists of the emergency service. The aim of the current study was to collect data about the number of the procedures of minor surgery performed, as well as about the medical units where they are performed.

Methods. The data of nine procedures of minor surgery in 2004 and 2005 were drawn from the database of the Estonian Health Insurance Fund.

Results. Urgent problems of minor surgery are usually solved in emergency departments, non-urgent

medical cases are usually managed by clinical surgeons and by family doctors. Altogether 90% of non-urgent minor surgery cases are treated by the specialists of the emergency service and by surgeons and only 10% are treated by family doctors. The study also showed that the performance of minor surgery in family practices is cost-effective and hence deserves more attention.

Conclusion. Minor surgery is part of the family doctors' work in Estonia. The future development of activity and quality of this field will be supported by a new programme for family doctors with a special focus on minor surgery.

eero.merilind@arst.ee