Reumatoloogia eriala arengukava aastani 2020

2012

Sisukord

1. Eriala areng ... 3
1.1. Eriala definitsioon ja olemus ... 3
1.2. Eriala arengu prioriteedid ... 3
1.2.1. Reumaatiliste haiguste ja nende ravi riiklikuks prioriteediks kuulutamine ... 3
1.2.2. Arstkonna kvaliteetse reumatoloogiaalase väljaõppe kindlustamine ... 4
1.2.3. Erialase teadustöö areng ning selle finantseerimine reumatoloogia alal ... 4
1.2.4. Ravi- ja rehabilitatsioonieenuste kvaliteedi tõstmine, töökorralduse parandamine ... 4
1.3. Võrdlus eriala arenguga ja prioriteetidega Euroopa Liidu maades ... 6
2. Tervishoiuteenuste jaotumine ... 7
2.1. Patsientide ja teenuse osutamise jagunemine haiglas osutatava ja haiglavälise eriarstiabi ning esmatasandi arstiabi vahel ... 7
2.2. Patsientide ja teenuse osutamise jagunemine aktiivravihaiglate vahel ... 13
2.2.1. Ambulatoorne arstiabi reumatoloogias ... 13
2.2.2. Statsionaarne arstiabi reumatoloogias ... 15
2.2.4. Tendentsid seoses uute ravimite kasutusele võtmisega ja ambulatoorse ravi parema kättesaadavusega ... 17
2.3. Haruldased haigused ja harvaesinevad haigusseisundid ... 17
3. Valveteenistus ... 17
4. Koormusstandardid ... 17
5. Prognoosid ... 18
5.1. Teenusevajaduse prognoos ... 18
5.2. Voodikohtade arvu prognoos ... 19
5.3. Eriarstide vajadus ... 19
6. Regulatiivne keskkond ja vajalikud muudatused ... 20
6.1. Seadusandlus ... 20
6.2. Ravijuhised ... 21
6.3. Teised standardid ja regulatsioonid ... 21
7. Professiooni vastutuse tõstmine eriarstide pädevuse jälgijana ... 21

1. Eriala areng

1.1. Eriala definitsioon ja olemus

Reumatoloogia on eriala, mis tegeleb luu- ja liigessüsteemi valulike ning funktsionaalsete häiretega kulgevate haiguste diagnoosimise ja raviga, st. sidekoe ja tugielundkonna kui ka ümbritsevate pehmete kudede probleemidega:

1. luu-liigessüsteemi põletikulised haigused;
2. veresoonte ja sidekoehaigused;
3. selja ja liigeste degeneratiivsed haigused;
4. metaboolsed haigused, mis avalduvad tugielundkonna kahjustuses.

Seega on reumatoloogia eriala, millel on ühisosa sisemeditsiiniga, ortopeediaga, neuroloogia ja neurokirurgiaga, taastusravi jmt erialadega.

Reumatoloog peab tundma loetletud haiguste etioloogiat, patogeneesi ja ravi. Reumatoloog peab valdama kliinilisi, diagnostilisi ning medikamentoosse ja füüsikalise ravi meetodeid, ortopeedilisi meetmeid, ergonoomilist, kutse- ja psühhosotsiaalset nõustamist. Reumatoloog peab olema tuttav reumaatiliste haiguste prognoosi, profülaktika ja sotsiaal-majanduslike probleemidega.

Lastereumatoloogia on eriala, mis tegeleb antud probleemidaga lastel. Eestis on olnud tavaks käsitleda lastereumatoloogiat kui pediaatria osa.

1.2. Eriala arengu prioriteedid

1.2.1. Reumaatiliste haiguste ja nende ravi riiklikuks prioriteediks kuulutamine

Euroopa reumaatilisi haigeid ja arste koondava EULAR (The European League Against Rheumatism; www.eular.org) üks tähtsamaid eesmärke on saavutada muskuloskelataalsete haiguste prioretiseerimine poliitilisel tasandil kogu Euroopas., mille toetuseks esitati deklaratsioon 406 liikme poolt. (http://www.europarl.eu.int/activities/expert/writtenDecl.)

Liigespõletike haiguse ja majanduslike kulude analüüs Eestis (V. Veldre, Praxis 2011) näitas, et üksnes autoimmuunsete artriitide (reumatoidartriit, spondüliit, lasteartriit, psoriaatiline artriit) otsesed ja kaudsed kulud olid üle 27 miljoni euro, millest meditsiinilised kulud moodustasid vaid 46%. Samas rahalised hüvitised (haigushüvitis, töövõimetuspension jne) olid 41%. Taastusravi sai vaid 19% seda vajanud haigetest (Riigikontrolli audit, 2006) ja formaalset hooldust 2009.a. 5.6% (A. Aaviksoo, Praxis 2011). Niisiis suur osa reumaatilisi

haigeid on alaravitud, mis põhjustab haigetele elukvaliteedi ja toimetuleku vähenemist ning riigile suuri kaudseid kulutusi.

1.2.2. Arstkonna kvaliteetse reumatoloogiaalase väljaõppe kindlustamine

- Diplomieelse koolituse jätkumine endises mahus.
- Pidev järelkasv reumatoloogia residentuuri kaudu.
- Perearstide residentuuris reumatoloogia ja tema siduserialade koolituse mahu tõstmine. Perearsti visiitidest moodustavad lihas-luukonna haiguse diagnoosiga (peatükk M) haiged ühe kolmandiku kõikide visiitide arvust (R. Kallikorm, M. Tender 2004). Haigete spetsialistile suunamise kiirus ja otstarbekus võib olla määrav haiguse edasises kulus.
- Pere- ja eriarstide täiendõppe pidev areng. Arstide jätkuõppe riikliku toetuse sisseseadmine.

1.2.3. Erialase teadustöö areng ning selle finantseerimine reumatoloogia alal

1.2.4. Ravi- ja rehabilitatsioonieenuste kvaliteedi tõstmine, töökorralduse parandamine

1.2.4.1. Organisatoorsed meetmed:

- Reumatoloogiakeskuste jätkuv väljaarendamine, reumatoloogilise meeskonnatöö juurutamine ja arendamine (reumatoloogi, reumakirurgi/ortopeedi, taastusraviarsti, sotsiaaltöötaja, psühholoogi, füsioterapeudi, tegevusterapeudi, podiaatri, seksuaalnõustaja koostöös).
- Reumaatilistele haigetele kiire ligipääsu tagamine diagnoosipõhisele taastusravile, tegevusterapeudi nõustamisele, milleks eelisrahastada nende teenuste arengut. Reumaõdede-spetsialistide laialdasem kasutamine.
- Haigete elukvaliteedi parandamiseks ja tööturult väljalangemise vältimiseks luua võimalused psühholoogi ja tööturu spetsialisti nõustamiseks kroonilise liigeshaigusega haigetele. Vajalike täiendavate teenuste rahastamiseks kaaluda patsiendiosalust.
- (Esmatasandi) tervisekeskuste väljakujundamisel arvestada taastusravi, sh tegevus-teraapia üksuse vajadust, et parandada ravi kättesaadavust ja tagada selle regulaarsus.

1.2.4.2. Ravi kvaliteedi parandamine

- EULARi (üle-Euroopaliste) diagnostikakriteeriumite ja ravijuhendite juurutamine, ravistandardite ühtlustamine.

- Kaasaegse tõenduspõhise (sh bioloogilise) ravi kättesaadavuse parandamine patsientide sihtrühmale vastavalt üle-Euroopalisele ravistandardile.

- Autoimmuunsete artriitide bioloogilise ravi ressursi reservideks on järgmised võimalused:

    - kaudsete kulutuste oluline vähenemine seoses töövõimekaotuse ja puude ennetamisega,

    - ravi varane alustamine (enne strukturaalse liigesekahjustuse teket),

    - (odavamate) biosimilaride kasutuselevõtt,

    - varase artriidi tõhus ravi sünteetiliste DMARDidega,

    - varase ebasoodsa prognoosi markeritega haigete varajane bioloogiline ravi kestva remissiooni indutseerimiseks (uuringud toimuvad).

  Bioloogiliste DMARDide sihtrühma täpsustamiseks ootab ERS põhjalikku analüüsi Sotsiaalministeeriumi poolt muskuloskeletaalsete haiguste otsestest ja kaudsetest kuludest Eestis, mis annab ülevaate tegelikust olukorrast ja saab olla aluseks reumatoloogilise abi võrgustiku korraldamisel. Aluseks võiks olla Praxise pilootuuring reumatoidartriidi korral (2011).

- Patsientidele paindliku tervishoiuteenuse kättesaadavuse tagamine, arendades ambulatoorset sh päevaravi. Päevaravi jätkub ITKi ja PERHi baasil, SA TÜK avab päevaravi valmivas uues hoones (2014-15).

- Ambulatoorse reumatoloogilise eriarstiabi kättesaadavuse parandamine regiooniti. Soovitame kaaluda SMi ja kohaliku omavalitsuse rahaliste allikate ning piirkondlike ja keskhaiglate kasutamist (nt sõidukulude katmist patsiendile, spetsialistide täiendavat motiveerimist, ravi rahastamise lepingute võimalusi).

- Ambulatoorse esmase/korduva vastuvõtu kestvuse diferentseerimine (vastavalt 30 ja 20 minutit) koos eriarsti esmase vastuvõtu tervishoiuteenuse hinna korrigeerimisega töö mahu suurenemise tõttu (põhjusteks esmase haige aeganõudev käsitlus, töömahukas andmesisestus elektroonsesse haiguslukku).

- Perearsti ja reumatoloogi koostöö parandamine saavutamaks autoimmuunsete artriitide ja süsteemsete sidekoehaiguste varajast diagnoosimist ja ravi alustamist.

ERS töötab välja välja juhise esmase reumatoloogilise haige käsitlemiseks esmatasandil ja suunamiseks reumatoloogile. Haigete käsitlemise ühtlustamiseks vajalik üleriikliku digiloo aktiivne kasutuselevõtt perearstide poolt.

- Varase artriidi ja ägedate süsteemsete sidekoehaiguste avastamise tõhustamiseks varase artriidi kabinettide ja/või reumatoloogilise reumatoloogilise vältimatu abi vastuvõttude avamine reumatoloogi ambulatoorse vastuvõtu raames.

- Tihe koostöö Eesti Reumatoloogia Seltsi ja patsientide ühenduste vahel, sh koostöö grupikoolituste, nõustamise alal (kroonilise haiguse olemuse ja selle ravi vajaduse ning ravimite ohutu kasutuse selgitamiseks jm).

- Raviasutustes toimuvate patsientide grupikoolituste finantseerimine tervishoiuteenusena (teemadeks kroonilise haiguse olemuse ja selle ravi vajaduse ning ravimite ohutu kasutuse selgitamine).

- Statsionaarse ravi säilimine vähemalt praeguses, nüüdseks juba oluliselt redutseeritud mahus.

1.3. Võrdlus eriala arenguga ja prioriteetidega Euroopa Liidu maades

Eesti Reumatoloogia Selts on EULARi liige. EULAR (European League Against Rheumatism, www.eular.org) on 43 riikliku teadusliku reumatoloogia seltsi ja 30 patsientide ühingu partnerlusorganisatsioon. EULAR edendab arstide ja patsientide koolitust ning teadusuuringuid, saavutamaks taset, mis tagab reumaatiliste haigustega patsientide tänapäevase ravi, ennetuse ja rehabilitatsiooni erinevates liikmesriikides võimalikult ühtlasel ja kõrgel tasemel.

Üks EULARi peamisi eesmärke on parandada Euroopas teadlikkust reumaatilistest haigustest fookusega poliitilisel tasemel. Mõningast edu saavutati 2005. aastal, mil 406 Europarlamendi liiget kirjutas alla deklaratsioonile, mis kutsub Euroopa komisjoni ja Nõukogu tagama, et Euroopa Liidu teadusuuringute 7. raamprojektis käsitletakse reumaatilisi haigusi selgesõnaliste prioroteetidena; et Euroopa Liidu uus tervisestrateegia käsitleb toesehaigusi ühena prioroteetidest; et seadusandlust tõhustades välistatakse vaegurite diskrimineerimine eriotstarbelise Vaegurluse Direktiiviga; et ergutakse liikmesriike võtma meetmeid tagamaks ravimeetodite kättesaadavust täies ulatuses kõikides Euroopa Liidu maades.

Üle-Euroopalise Meditsiinierialade liidu (UEMSi) reumatoloogia sektsioonis peetakse oluliseks diplomieelse ja -järgse reumatoloogide väljaõppe ning reumatoloogilise arstiabi standardiseerimist ja kvaliteedi kontrolli.

2. Tervishoiuteenuste jaotumine

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

Reumatoloogiliste tervishoiuteenuste kasutuse dünaamikat Eestis perioodil 2006-2010 kirjeldavad tabelid 1-4.

Tabel 1. Reumatoloogia statsionaarse tervishoiuteenuse kasutus 2006-2010.

Maakond	2006	2007	2008	2009	2010
Eesti kokku	1979	2013	2074	1863	2019
Harju maakond	1468	1464	1506	1279	1411
Tartu maakond	511	549	568	584	608

Allikas: Sotsiaalministeerium

Tabel 2. Reumatoloogia päevastatsionaari teenuste kasutus 2006-2010.

Maakond	2006	2007	2008	2009	2010
Eesti kokku	3	141	257	243	268
Harju maakond		140	257	243	268
Tartu maakond	3	1			

Allikas: Sotsiaalministeerium

Tabel 3. Reumatoloogia ambulatoorse tervishoiuteenuse kasutus 2006-2010.

Maakond	2006	2007	2008	2009	2010
Eesti kokku	45 245	47 772	52 512	53 071	57 834
Harju maakond	25 425	26 366	30 501	30 225	33 941
Hiiu maakond					
Ida-Viru maakond	1361	1523	1180	1091	1232
Jõgeva maakond	177	332	486	895	847
Järva maakond	567	565	600	620	581
Lääne maakond	454	398	410	453	478
Lääne-Viru maakond	1885	1927	1916	1820	1751
Põlva maakond	365	422	385	387	307
Pärnu maakond	2492	2497	3487	3730	3913
Rapla maakond	1187	1322	1212	1360	1332
Saare maakond	676	1002	852	990	1235
Tartu maakond	7541	8186	8215	8357	9117
Valga maakond	999	1023	1069	1052	1105
Viljandi maakond	1430	1543	1558	1499	1779
Võru maakond	686	666	641	592	158

Allikas: Sotsiaalministeerium

Eesti Haigekassa andmed raviteenuste kasutuse kohta (Eesti Reumatoloogia Seltsi ja Eesti Haigekassa vaheline kokkulepe reumatoloogia eriala ravivajaduse kohta aastateks 2012-

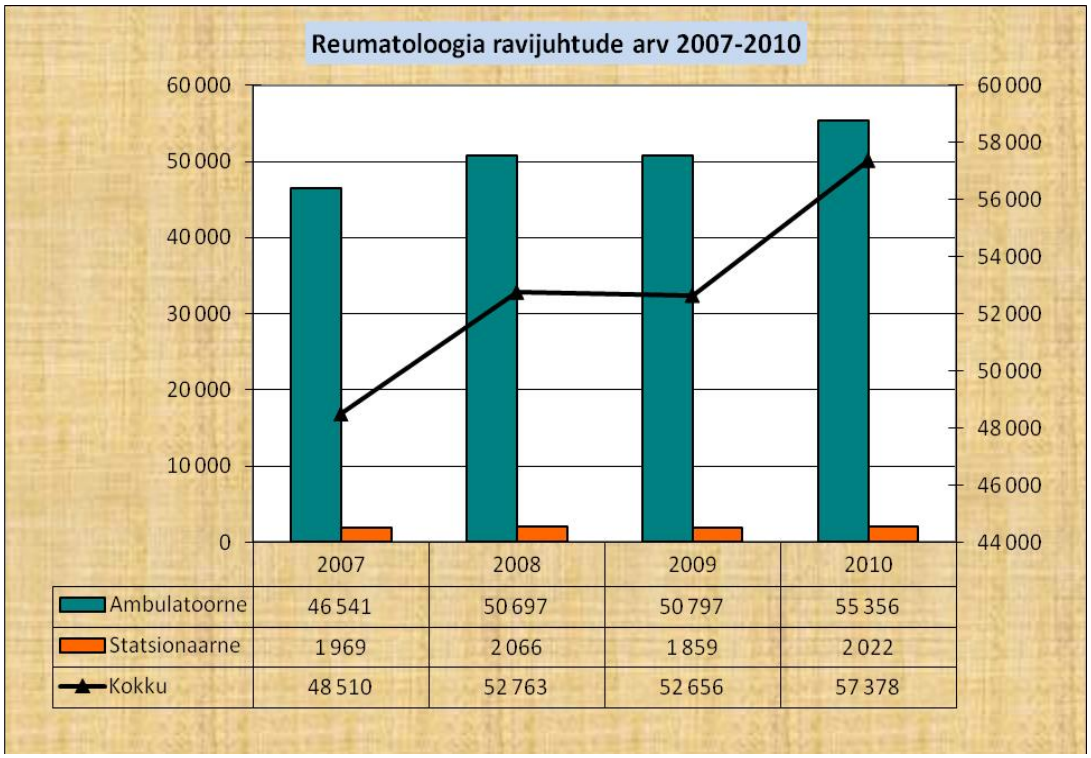
2015, 28.12.11.) erinevad Sotsiaalministeeriumi andmetest. Toetudes Haigekassa andmetele suurenes aastatel 2007-2010 eriala ravijuhtude üldarv ca 9 000 ravijuhu võrra (vt tabel 4) ehk 18% (vt joonis 2), seda just ambulatoorsete ravijuhtude arvelt. Statsionaarsete ravijuhtude arv on püsinud läbi nelja aasta 2000 juhu piires, päevaravi osakaal on vähese kasvutendentsiga, mis uue teenuse juurutamise puhul on enesestmõistetav.

Tabel 4. Reumatoloogilised ravijuhud 2007-2010 Eesti Haigekassa andmetel

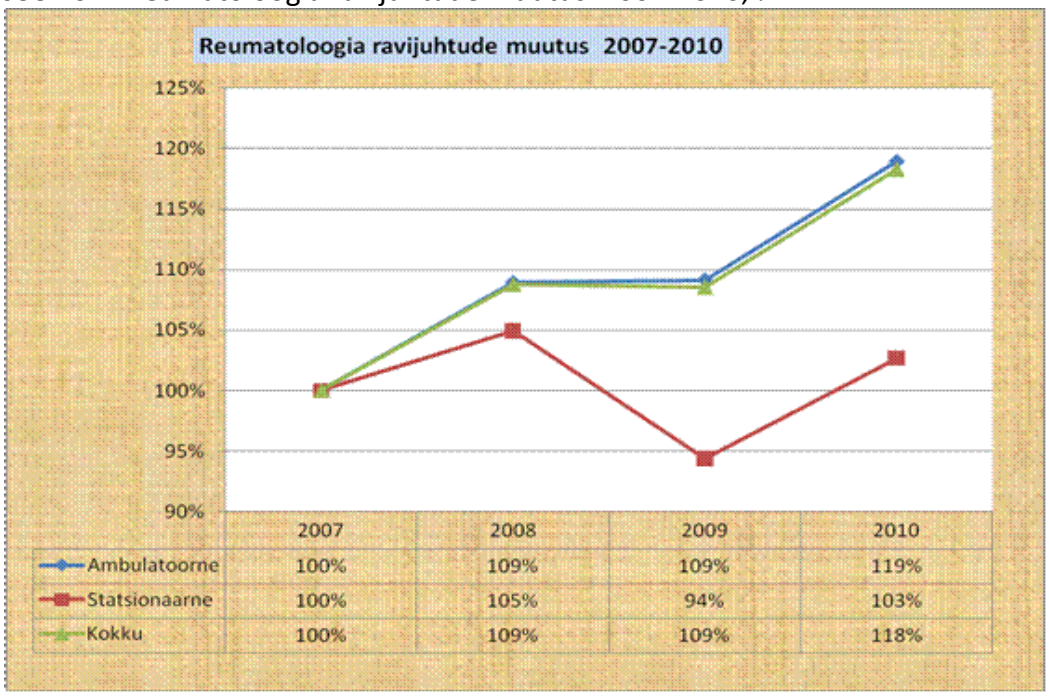
Ravi liik	2007		2008		2009		2010	
	Arv	%	Arv	%	Arv	%	Arv	%
Ambulatoorne	46 400	95,7	50 440	95,6	50 554	96,2	55 088	96,0
Päevaravi	141	0,3	257	0,5	243	0,5	268	0,5
Statsionaarne	1 969	4,1	2 066	3,9	1 859	3,5	2 022	3,5
Kokku	48 510	100,0	52 763	100,0	52 565	100,0	57 378	100,0

Allikas: Haigekassa

Joonis 1. Reumatoloogia ravijuhud 2007-2010

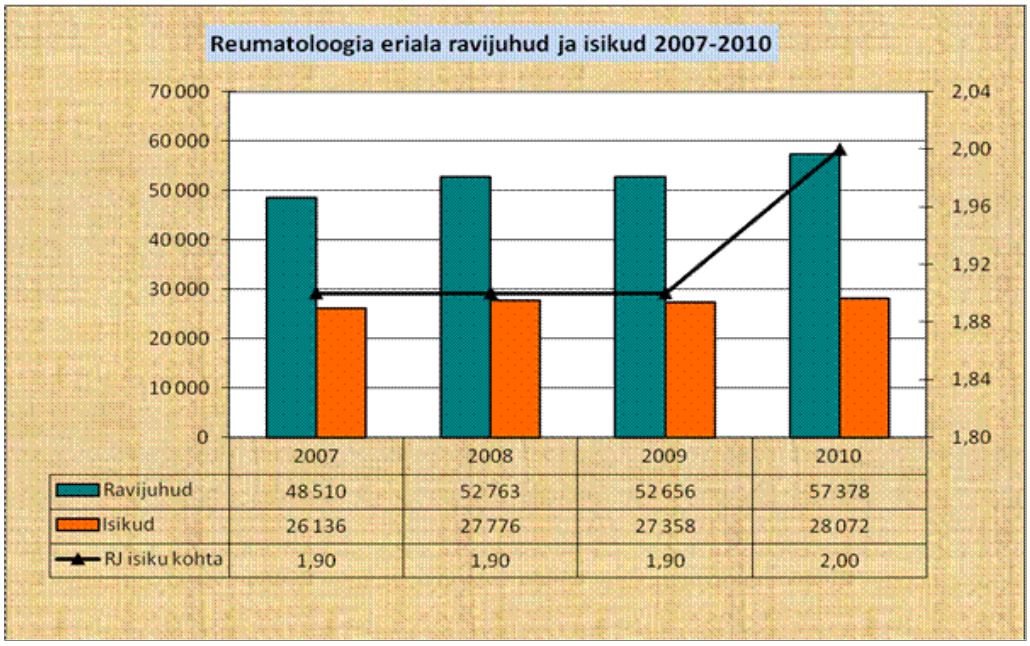


Joonis 2. Reumatoloogia ravijuhtude muutus 2007-2010, %



Allikas: Haigekassa

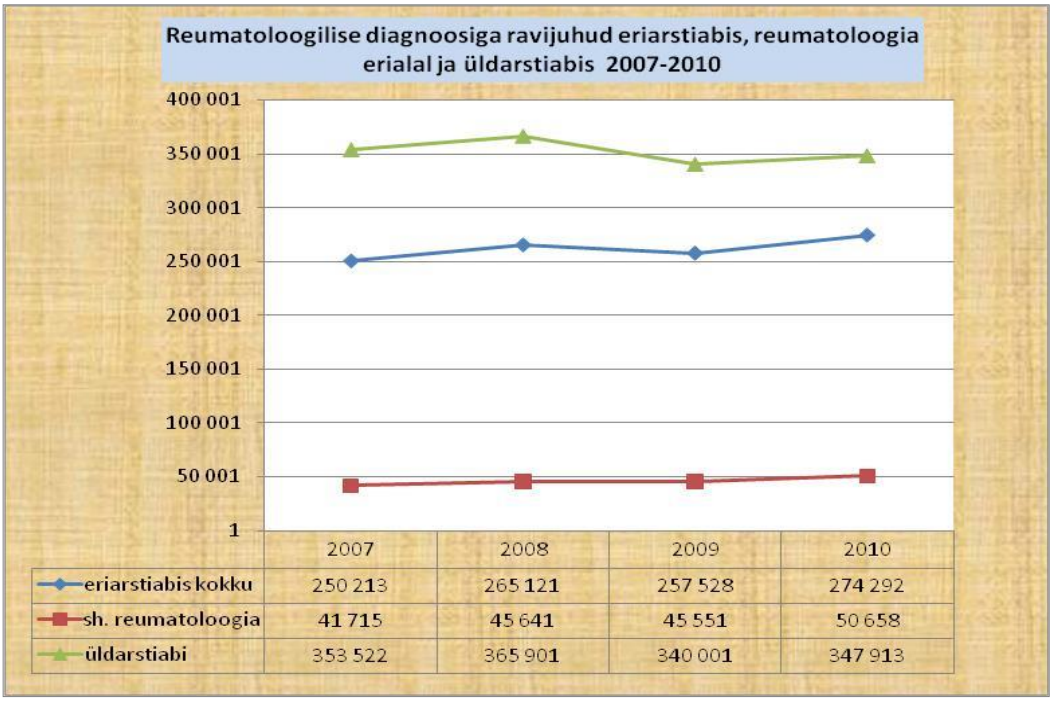
Joonis 3. Reumatoloogia ravijuhud ja ravi saanud isikud 2007-2010



Allikas: Haigekassa

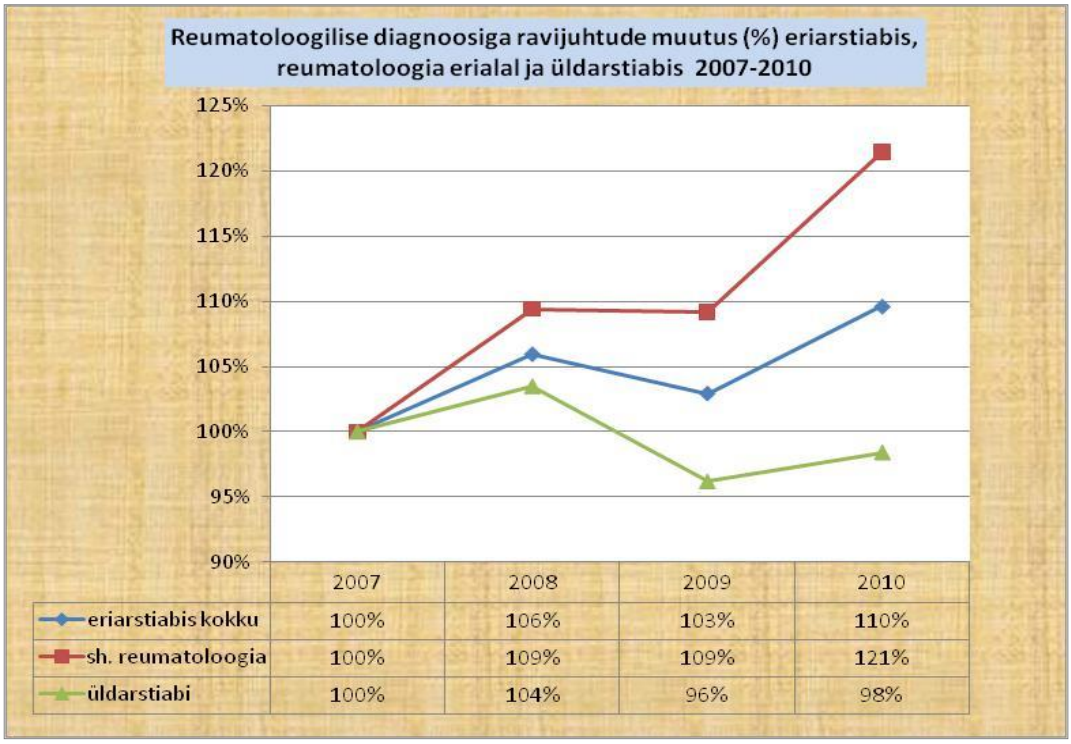
Ravijuhtude arv on kasvanud kiiremini kui isikute arv (vt joonis 3), mis tuleneb paremast (regulaarsemast) dünaamilisest kontrollist, mõnevõrra võibolla ka esmatasandilt suunatud haigete vähesest ettevalmistatusest perearstide poolt.

Joonis 4. Lihasluukonna ja sidekoehaiguse diagnoosiga ravijuhud eriarstiabis, sh reumatoloogia erialal ja üldarstiabis 2007-2010



Allikas: Haigekassa

Joonis 5. Lihasluukonna ja sidekoehaiguse diagnoosiga ravijuhtude muutus eriarstiabis, sh reumatoloogia erialal ja üldarstiabis 2007-2010



Allikas: Haigekassa

Niisiis on reumatoloogia eriala ravijuhtude koguarv ajavahemikul 2007-2010 olnud aastate lõikes vähese kasvutendentsiga ja seda just ambulatoorsete (sh ka päevaravi) ravijuhtude arvelt. Statsionaarsete ravijuhtude arv on püsinud läbi nelja aasta stabiilsena ca 2000 juhu piires. Üldiselt on kasvutendents olnud maakonniti ühtlane, ravijuhtude arv on oluliselt vähenenud Hiiumaal. Teadaolevalt on maakondades tervishoiuteenuse kasutus sõltuv seal avatud või suletud reumatoloogi vastuvõttudest.

Lihasluukonna haigustega patsientide jaotumus eriarstiabis, reumatoloogia erialal ja üldarstiabis (esmatasandil) on 2007—2010 olnud võrdlemisi stabiilne. Üldarstiabis on käsitletud umbes 350 000 ravijuhtu, eriarstiabis 275 000, reumatoloogia erialal 50 000 (vt joonis 4).

Vaadeldaval perioodil on lihasluukonna diagnoosidega haigusjuhtude osakaal suurenenud enim reumatoloogias (vt joonis 5)., mis viitab eriarstide osakaalu tõusule nende haiguste ravis ja ka elanikkonna vananemisele Statsionaarsete ravijuhtude osakaal on püsinud 0,8%-l kõikidest eriarstiabi ravijuhtudest (tabel 5).

Tabel 5. Reumatoloogia eriala ravijuhtude osakaal eriarstiabi ravijuhtudest (%) 2007-2010

Raviteenuse tüüp	2007	2008	2009	2010
Ambulatoorne	1,7%	1,8%	1,9%	2,0%
Päevaravi	0,3%	0,5%	0,4%	0,5%
Statsionaarne	0,8%	0,8%	0,8%	0,8%
Kokku	1,6%	1,7%	1,7%	1,8%

Allikas: Haigekassa, autorite arvutused

Reumatoloogia ravijuhtude osakaal sisehaiguste erialade ravijuhtudest on viimastel aastatel samuti suurenemise tendentsiga (tabel 6).

Tabel 6. Reumatoloogia eriala ravijuhtude osakaal sisehaiguste erialade ravijuhtudest (%) 2007-2010

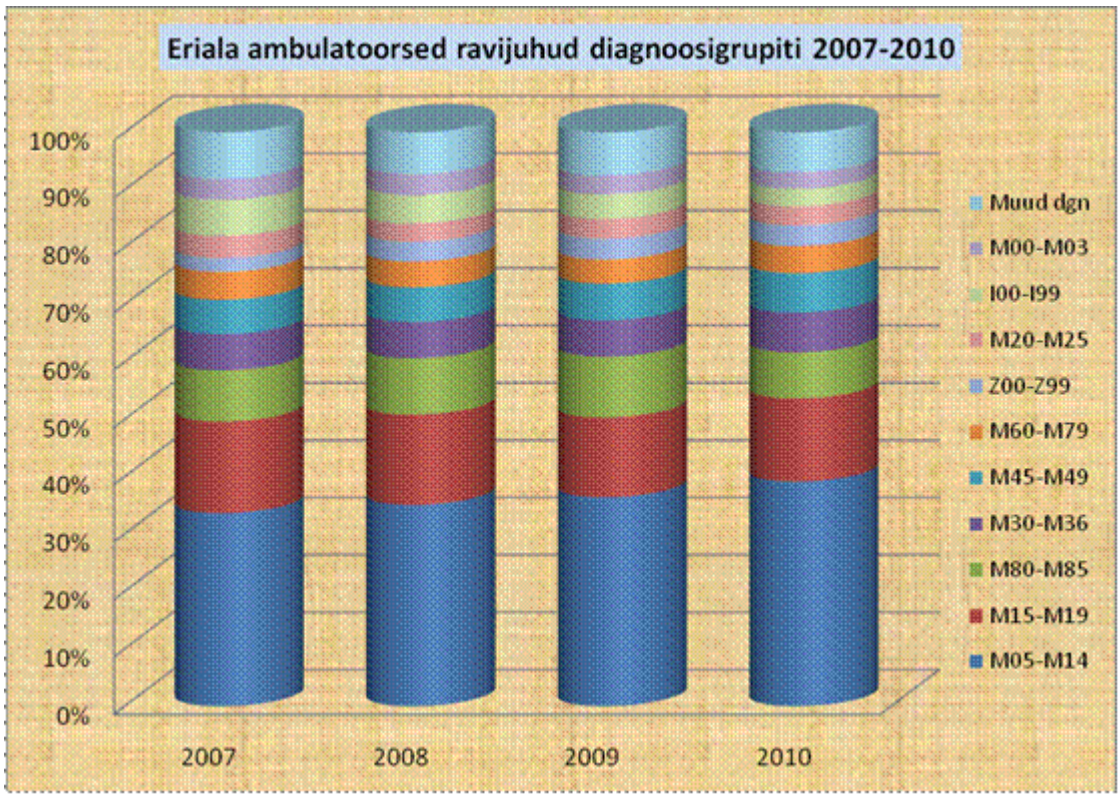
Raviteenuse tüüp	2007	2008	2009	2010
Ambulatoorne	13,7%	14,1%	14,0%	14,9%
Statsionaarne	3,5%	3,6%	3,5%	3,8%
Kokku	12,3%	12,7%	12,7%	13,5%

Allikas: Haigekassa, autorite arvutused

Olemasolev teenuste jaotus tundub otstarbekas ja põhjendatud haigusjuhtumite profiilse jaotusega.

Ambulatoorses reumatoloogias on sagedasemateks diagnoosirühmadeks põhihaiguse järgi liigesepõletikud, artroosid, osteoporoos jt luuhaigused, süsteemsed sidekoehaigused ja vaskuliidid.

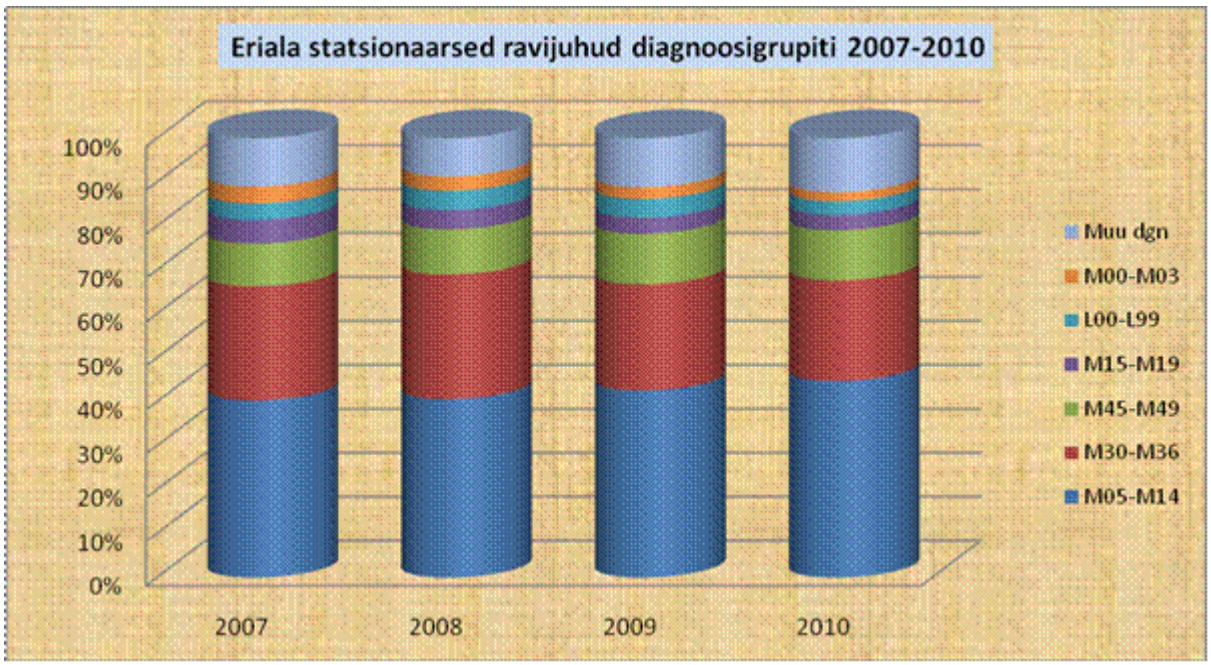
***Joonis 6**. Ambulatoorsete raviarvete jagunemine diagnoosigruppidesse reumatoloogia erialal 2007-2010*



Allikas: Haigekassa

Statsionaarses reumatoloogias on peamisteks diagnoosirühmadeks põhihaiguse järgi liigesepõletikud, süsteemsed sidekoehaigused ja vaskuliidid, spondülartropaatiad.

***Joonis 7.** Statsionaarsete raviarvete jagunemine diagnoosigruppidesse reumatoloogia erialal 2007-2010*



Allikas: Haigekassa

Ootuspärane haigusjuhtumite profiilne jaotus meditsiinitasandite vahel on järgmine.

- Esmatasandil tegeldakse peamiselt tüsistumata degeneratiivsete liigesesehaigustega ja paiksete valudega. Esmased liigesepõletikud, (sh spondülartriidid), süsteemsed sidekoehaigused ja vaskuliidid suunatakse edasi reumatoloogile, kus jätkub nende haigete ravi ja dünaamiline kontroll. Esmatasandil jälgitakse ja ravitakse ka podagra ja osteoporoosi haigeid, vajadusel suunates densitomeetriale ja vajadusel reumatoloogi konsultatsioonile.

- Teiste erialade arstid (ortopeedid, neuroloogid, nefroloogid, taastusarstid, sisearstid) tegelevad lihasluukonna haigustega vastavalt oma profiilile. Kroonilised autoimmuunsed artriidid (sh spondülartriidid). süsteemsed sidekoehaigused ja vaskuliidid suunatakse edasi reumatoloogile.

- Reumatoloogid tegelevad põhiliselt autoimmuunsete liigesepõletike (sh spondül-artriitidega), põletikuliste süsteemsete sidekoehaiguste ja vaskuliitidega, samuti tüsistunud degeneratiivsete liigesehaiguste ja tüsistunud toesevalusündroomidega, samuti osteoporoosi ja teiste metaboolsete, mittekirurgiliste luuhaigustega. Üldiselt jälgivad reumatoloogid kõiki haigeid, kellele on määratud haigustmodifitseeriv ravi.

Reumatoloogia raviliikide kasutusprofiil on järgmine.

- Ambulatoorne vastuvõtt (esmaste haigete konsulteerimine, krooniliste haigete jälgimine, liigesesüstete, ultraheliuuringute ja densitomeetria läbiviimine). Reumatoloogide ambulatoorsel vastuvõtul on varase artriidi, süsteemsete sidekoehaiguste ja vaskulitiide avastamiseks ja õigeaegseks raviks vajalik sisse seada igapäevased või iganädalased vältimatu abi visiidid ja suuremates keskustes varase artriidi ja vältimatu abi kabinetid.

- Statsionaarne tervishoiuteenus spetsialiseeritud reumatoloogilistel vooditel (hospitaliseerimise näidustusteks haiguse kõrge aktiivsus, elundipuudulikkus, kompleksne ravi ja meeskonnatöö, diferentsiaaldiagnostika).

    - Päevaravi (vt ptk 2.2.3).

2.2. Patsientide ja teenuse osutamise jagunemine aktiivravihaiglate vahel

2.2.1. Ambulatoorne arstiabi reumatoloogias

Reumatoloogia eriala ravijuhtudest on ambulatoorsed ravijuhud aastatel 2007-2010 moodustanud stabiilselt 96%.

Reumatoloogi ambulatoorne vastuvõtt toimub nendes raviasutustes, kus on spetsialiseeritud reumatoloogilised voodid, ja teistes ambulatoorsetes raviasutustes, kus töötab reumatoloog. Ambulatoorses reumatoloogias oli 2010. aastal haigekassa lepingupartnereid 21. Neist kaheksa raviasutuse ambulatoorse töö maht moodustas 2010. a. aastal vähemalt 3% reumatoloogia eriala ambulatoorsetest ravijuhtudest (vt tabel 7).

Tabel 7. Ambulatoorsete ravijuhtude osakaalud teenuseosutajati reumatoloogia erialal 2007-2010

Teenuse osutajad	2007	2008	2009	2010
Ida-Tallinna Keskhaigla AS	37%	38%	36%	38%
Lääne-Tallinna Keskhaigla AS	11%	14%	14%	13%
TÜ Kliinikum SA	12%	11%	11%	11%
Põhja-Eesti Regionaalhaigla SA	7%	6%	7%	7%
Pärnu Haigla SA	5%	6%	7%	7%
Tartu Linna Polikliinik OÜ	5%	4%	5%	4%
Ruuta Tiimus	4%	4%	4%	3%
Maramaa Kliinik OÜ	3%	2%	2%	3%
Nende raviasutuste ravijuhtude osakaal kokku	**84%**	**86%**	**85%**	**86%**

Ambulatoorseid ravijuhte on osutanud kõige enam Ida-Tallinna Keskhaigla (38%), kes 2011. aastani ainukesena osutas reumatoloogia erialal teenuseid ka päevaravis (päevaravi ravijuhud on peatükis olevais tabeleis hõlmatud ambulatoorsete ravijuhtude alla.

Järgmiste suuremate ambulatoorsete ravijuhtude osakaaluga on Lääne-Tallinna Keskhaigla ja TÜ Kliinikum. Ravijuhtude ja -kulude osakaalud ei ole aastatel 2007-2010 oluliselt muutunud.

Arvestades Eesti maakondade rahvaarvu, oleks optimaalne vähemalt ühe reumatoloogi paiknemine igas maakonnas, sh Hiiumaa ja Läänemaa kohta üks reumatoloog. Reumatoloogi praksisega peaks kaasnema abiteenistuste, sh taastusravikeskuse, radioloogiaosakonna, laboriteenistuse olemasolu. Harvaesinevate reumaatiliste haiguste ja diagnoosipõhise taastusravi kontsentreerimiseks ning tänapäevaste diagnostika- ja ravivõimaluste rakendamiseks on otstarbekas arendada välja reumatoloogiakeskused esmajoones piirkondlike ja keskhaiglate juures, kus paiknevad ka taastusravikeskused ja tänapäevased diagnostikavõimalused. Maakonnahaiglate varustatus reumatoloogidega sõltub suurel määral spetsialistide motiveerimisest.

Arvestades Eesti maakondade rahvaarvu, oleks optimaalne vähemalt ühe reumatoloogi paiknemine igas maakonnas, sh Hiiumaa ja Läänemaa kohta üks reumatoloog. Reumatoloogi praksisega peaks kaasnema abiteenistuste, sh taastusravikeskuse, radioloogiaosakonna, laboriteenistuse olemasolu. Harvaesinevate reumaatiliste haiguste ja diagnoosipõhise taastusravi kontsentreerimiseks ning tänapäevaste diagnostika- ja ravivõimaluste

rakendamiseks on otstarbekas arendada välja reumatoloogiakeskused esmajoones piirkondlike ja keskhaiglate juures, kus paiknevad ka taastusravikeskused ja tänapäevased diagnostikavõimalused. Maakonnahaiglate varustatus reumatoloogidega sõltub suurel määral spetsialistide motiveerimisest ja raviasutuste suutlikkusest tagada siduserialade kättesaadavus.

Ambulatoorse reumatoloogilise eriarstiabi piirkondliku kättesaadavuse parandamiseks tuleks kasutada meetmeid nagu arstikülastuste transpordikulude kompenseerimine või spetsialistide motiveerimine.

2.2.2. Statsionaarne arstiabi reumatoloogias

Statsionaarset reumatoloogilist abi (täiskasvanutele) osutavad Eestis regionaalhaiglad (Põhja-Eesti Regionaalhaigla, Tartu Ülikooli Kliinikum), kus profileeritud reumatoloogiavoodid paiknevad liitosakondades, ja Ida-Tallinna keskhaigla (vt tabel 8). Viimases asub Eesti praegu ainuke profileeritud reumatoloogiaosakond (regionaalse funktsiooniga)

Tabel 8. Statsionaarse teenuse osutamine haigusjuhtude järgi 2007—2010

Teenuse osutajad	2007	2008	2009	2010
Ida-Tallinna Keskhaigla AS	62%	58%	55%	56%
TÜ Kliinikum SA	26%	27%	31%	30%
Põhja-Eesti Regionaalhaigla SA	12%	15%	14%	14%

Allikas: Eesti Haigekassa

Sarnaselt ambulatoorsete teenustega on ka statsionaarse teenuste osutajate puhul suurima ravikulu ja ravijuhtude mahuga Ida-Tallinna Keskhaigla (tabelid 8 ja 9). 2010. aastal osutati üle poole reumatoloogia eriala statsionaarsetest ravijuhtudest Ida-Tallinna Keskhaiglas ning 1/3 TÜ Kliinikumis. Sarnase osakaalu reumatoloogia eriala kogukuludest moodustasid ka nende kolme raviasutuse statsionaarsete ravijuhtude kulud.

Tabel 9. Statsionaarsete ravikulude osakaalud raviasutuseti reumatoloogia erialal 2007-2010

Teenuse osutajad	2007	2008	2009	2010
Ida-Tallinna Keskhaigla AS	61%	60%	56%	55%
TÜ Kliinikum SA	25%	25%	29%	28%
Põhja-Eesti Regionaalhaigla SA	14%	15%	15%	16%

Allikas: Eesti Haigekassa

Prognoosi kohaselt paiknevad statsionaarsed reumatoloogia voodikohad regionaalsetes haiglates ja mõnes keskhaiglas (regionaalse funktsiooniga Ida-Tallinna keskhaigla, tulevikus võibolla ka Pärnu haigla). Et võimaldada konsiliaalseid raviotsustusi, peaks litsentseeritud

reumatoloogilise voodi olemasoluks töötama raviasutuses vähemalt kolm reumatoloogi. Regionaalse funktsiooniga keskustes on otstarbekas moodustada reumatoloogiaosakonnad või -keskused, mis võimaldab lõimida meeskondlikku ravitööd.

Reumatoloogiliste ravikohtade dünaamikat aastatel 2003-2010 kirjeldab tabel 10.

Tabel 10. Reumatoloogilised ravivoodid Eestis 2003-2010

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Reumatoloogilised ravivoodid	40	40	38	39	39	39	30	31
Reumatoloogiliste ravivoodite arv Eestis 100 000 elaniku kohta	3	3	3	3	3	3	2	2

Allikas: TAI

2.2.3 Päevaravi reumatoloogias

2011. aastani osutas ainsana reumatoloogia erialal teenuseid ka päevaravis Ida-Tallinna Keskhaigla (tabel 11). Päevaravi ravijuhtude osakaal on alates 2007 veidi kasvanud, kuid eriala kogujuhtudest ei moodustanud 2010. aastal siiski rohkem kui 0,5% (vt tabel 5).

Tabel 11. Päevaravi ravijuhud reumatoloogia erialal 2007-2010

Teenuse osutajad	2007	2008	2009	2010
Ida-Tallinna Keskhaigla AS	140	257	243	268

Päevaravis teostatakse järgmisi protseduure:

- liigespunktsioonid diagnostilisel ja ravieesmärgil,
- pulssravi glükokortikosteroidi- või tsütostaatiliste preparaatidega,
- intravenoosne ravi bioloogiliste jt ravimitega,
- ekstrakorporaalsed ravimeetodid (plasmaferees, hemosorptsioon),
- liigeste ultrahelidiagnostika,
- kapillaaroskoopia,
- luutiheduse densitomeetriline määramine,
- naha- ja nahaaluskoe biopsia,
- diferentsiaaldiagnostika.

2.2.4. Tendentsid seoses uute ravimite kasutusele võtmisega ja ambulatoorse ravi parema kättesaadavusega

Seoses intravenoossete bioloogiliste ravimite kasutuselevõtuga siirdub väike osa patsiente ambulatoorselt vastuvõtult päevaravisse. Subkutaansete bioloogiliste ravimite kasutamine saab toimuda ambulatoorsel vastuvõtul, milleks keskustes on eritingimused (eriväljaõppega õde, ravimi nõuetekohased säilitustingimused jm). Ka mõnede intravenoossete osteoporoosiravimite manustamine saab toimuda päevaravis. Tulevikus võib bioloogilise ravi iseloom mõnevõrra muutuda seoses uute, suukaudsete bioloogiliste ravimite kasutuselevõtuga, kuid vaadeldava prognoosi perioodil on parenteraalsel bioloogilisel ravil kindel koht ja suurenev maht. Ambulatoorses töös tuleb arvestada vastuvõtu ajal tehtavate ultraheliuuringute arvu suurenemisega, mis vastab tänapäeva reumatoloogia arengutendentsile. Järjekordi reumatoloogide vastuvõtule on võimalik lühendada, kui perearstid lahendavad esmatasandil lõplikult need haigusjuhud, mis kuuluvad esmatasandi pädevusse. Suunamisel eriarstile peaks olema nõutav esmatasandi epikriis digiloos vajalike andmetega.

2.3. Haruldased haigused ja harvaesinevad haigusseisundid

Reumatoloogias on sellisteks haigusteks dermatomüosiit, vaskuliidid, mõned sidekoepõletike vormid. Eestis tuleks selliste haiguste raviks luua regulatsioon nagu paljudes teistes riikides. Haigete väikse arvu ja väga hajutatud paiknemise tõttu on raskendatud randomiseeritud kontrolluuringute läbiviimine nendel haigetel ja ravimeid kasutatakse sageli empiirilise kogemuse põhjal, tihti ametliku näidustuse väliselt. Selliste erijuhtude tarbeks on vajalik eraldada eri eelarve ning raviotsuseid teha erialaseltsi ja ravikindlustusettevõtte osalusel konsiliaalsel põhimõttel. Sellise regulatsiooni juurutamine Eestis on vältimatu.

3. Valveteenistus

Reumatoloogia erialal puudub vajadus ööpäevaseks reumatoloogi valveks, vajalik on sisearsti ööpäevaringne valve. Reumatoloog peaks olema vajadusel telefoni teel väljakutsutav.

Vajalikud on vältimatud vastuvõtuajad reumatoloogi ambulatoorsel vastuvõtul (registreerimine perearsti või eriarsti suunamisel vastuvõtuks 1—2 nädala jooksul). Reumatoloogid saavad osaleda sisemeditsiini valveteenistuses.

4. Koormusstandardid

Ambulatoorne vastuvõtt:

esmane haige –- 30 minutit
korduv haige – 20 minutit

ultraheliuuringuga vastuvõtt – 30 min

Päevastatsionaar:

kuni 6 haiget ühe arstikoha kohta (päevaravi arst võib osalise koormusega teha ka profiilsete, näiteks subkutaansel bioloogilisel ravil haigete ambulatoorset vastuvõttu).

Statsionaar:

6 haiget ühe arstikoha kohta. See on küllaldane, arvestades tänapäevast intensiivset voodikäivet (igapäevaselt 2-3 sissekirjutust ja 2-3 väljakirjutust, lisaks konsultatsioonid statsionaaris ja väiksemahuline ambulatoorne töö).

Vajalik on ambulatoorse esmase/korduva vastuvõtu kestvuse diferentseerimine (vastavalt 30 ja 20 minutit) koos eriarsti esmase vastuvõtu tervishoiuteenuse hinna korrigeerimisega töö mahu suurenemise tõttu (põhjusteks esmase haige aeganõudev käsitlus, töömahukas andmesisestus elektroonsesse haiguslukku).

5. Prognoosid

5.1. Teenusevajaduse prognoos

Sotsiaalministeeriumi koostatud M00-M99 diagnoosidega lihasluukonna ja sidekoehaiguste ravijuhtude prognoos aastani 2020 on toodud tabelis 12. Ravijuhtude arv on prognoositaval perioodil stabiilne, summaarselt kuni 275 000 juhtu aastas.

Tabel 12. M00-M99 diagnoosidega lihasluukonna ja sidekoehaiguste ravijuhtude prognoos aastani 2020

2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
271 852	271 941	271 872	271 843	271 902	271 899	271 820	271 766	271 908	272 099

Allikas: Sotsiaalministeerium

Reumatoloogias on prognoositav raviliigiti järgmine ravijuhtude proportsioon:

- ambulatoorse ravijuhtude arv võib järgnevatel aastatel mõnevõrra kasvada u 60 000 juhuni aastas,
- statsionaarsete ravijuhtude arvus olulist muutust lähiaastatel toimuma ei peaks, see püsib 2000 piires;
- päevaravi juhtude arv kasvab eelduslikult u 1000 ravijuhu piiresse:
    - bioloogilise ravi saajate arvelt;

- ambulatoorsete ja statsionaarsete haigete arvelt, kellele osutatakse tervishoiuteenuseid päevaravis diferentsiaaldiagnostilisel või ravi eesmärgil.

Lihasluukonna haiguste osakaal võib jätkuvalt suureneda ka teistel erialadel, näiteks ortopeedias, elanikkonna vananemise ja degeneratiivsete lihasluukonna haiguste levimuse tõusu tõttu. Põhjuseks võib olla ka reumatoloogilise eriarstiabi ebaühtlane kättesaadavus.

5.2. Voodikohtade arvu prognoos

Võttes arvesse, et prognoosi kohaselt jääb ravijuhtude arv erialal ning haiguste levimus üldiselt stabiilseks ning ambulatoorse ja päevaravi osakaal mõnevõrra suurenevad, on prognoositav ja vajalik reumatoloogia statsionaari voodikohtade stabiilne hulk senisel, juba redutseeritud tasemel (tabelid 13 ja 14).

Tabel 13. Statsionaari voodikohtade arvu perspektiivplaan

	2011	2015	2020
Põhja-Eesti Regionaalhaigla	4	4	4
Tartu Ülikooli Kliinikum	8	8	8
Ida-Tallinna Keskhaigla	20	18	18

Tabel 14. Päevaravi voodikohtade arvu perspektiivplaan

	2011	2015	2020
Põhja-Eesti Regionaalhaigla	0	3	4
Tartu Ülikooli Kliinikum	0	3	6
Ida-Tallinna Keskhaigla	3	6	10

Reumatoloogiliste spetsialiseeritud intensiivravivoodite vajadus puudub. Intensiivravi vajavad reumatoloogilised haiged ravitakse siseosakondade intensiivravipalatites ja -osakondades või intensiivravi osakondades.

Üld- ja kohalikes haiglates ei ole spetsialiseeritud reumatoloogilisi voodikohti, reumatoloogilisi haigeid ravitakse siseosakondades, vajadusel konsulteerib seal kohalik või piirkondliku või keskhaigla reumatoloog. Kesk- ja piirkondlikele haiglatele laieneb vastutus eriarstiabi kättesaadavuse tagamisel oma piirkonnas.

5.3. Eriarstide vajadus

Eurostati ametlikul koduleheküljel Eesti andmete hulgas ei ole reumatoloogide suhtarvu populatsiooni kohta ja selle arvutamiseks puudub meil metoodika, sest siin on kõne all

täiskasvanute reumatoloogia, Eestis aga ei ole kindlat piiri, mis vanuses läheb pediaatrite vaateväljas olnud patsient üle täiskasvanud reumatoloogi vaatevälja. Kui pidada tinglikuks piiriks täiskasvanuiga, 18. eluaastat, ei ole meile praegu täpselt teada üle-18-aastase elanikkonna suurus viimase rahvaloenduse põhjal. Tundub mõistlik võtta reumatoloogidena arvesse nii laste- kui täiskasvanute reumatoloogid, keda on vastavalt 4 ja 42. Võttes Eesti elanikkonna suuruseks viimase rahvaloenduse põhjal 1 294 236 isikut, saame tulemuseks 1 reumatoloog 28 135 elaniku kohta. Euroopa kohta ei ole olemas optimaalset või normatiivset vastavat väärtust. See on riigiti erinev, võimalik, et ka erinevuste tõttu tervishoiukorralduses ja vastava arvestuse metoodikas. Kui oletamisi pidada optimaalselähedaseks 1 reumatoloog 30 000...35 000 elaniku kohta, on Eesti vastav varustatus väga hea. Suhte 1:35 000 korral vajaks Eesti 37 reumatoloogi. Meie probleemiks ei ole reumatoloogide nappus, vaid reumatoloogide ülisuur kontsentratsioon Tallinnasse ja Tartusse. See on kooskõlas asustustiheduse ja regionaalsete keskuste asukohaga. Tõsiseks probleemiks on Eestis (re)sertifitseeritud täiskohaga reumatoloogide puudumine Ida-Virumaal, Kagu-Eesti maakondades, Viljandi- ja Valgamaal, Hiiumaal ja Läänemaal.

Arvestades, et haigusjuhtude arv Sotsiaalministeeriumi prognoosis oluliselt ei muutu, võiks prognoosis pidada ka tegevreumatoloogide vajadust stabiilseks, s.t orienteeeruvalt 45 tegevreumatoloogi. Regioonidesse, kus praegu täiskohaga reumatoloogi pole, võiks lisanduda reumatoloog töökohtade ümberpaiknemise või uute reumatoloogide lisandumise arvel.

Praegu töötavatest arstidest on 2015. aastal alla pensioniea 29 ja 2020. aastal 27 reumatoloogi. Aga ei ole teada ja meil puudub metoodika selgitamaks välja, mitu pensionieas arsti siis jätkab töötamist reumatoloogina. Kui eeldada, et kõik pensioneeruvad esimesel võimalusel, vajame 2015. aastaks 16 ja 2020. aastaks juurde 18 reumatoloogi. See tähendaks vajadust valmistada eeoleval perioodil residentuuri kaudu ette keskmiselt 2,6 reumatoloogi aastas. Samuti pole meil veenvat metoodikat emigratsiooni prognoosimiseks, see sõltub suurel määral EV Valitsuse, Sotsiaalministeeriumi ja Eesti Haigekassa tööjõupoliitikast tervishoius. Üldjoontes arvame pidavat küllaldaseks, kui kuni aastani 2020 lõpegab igal aastal residentuuri 2 reumatoloogi, sealhulgas mõnel aastal lastereumatoloog, mis on pediaatria lisaeriala ja vastava vajaduse täpsustab Eesti Pediaatrite Selts.

6. Regulatiivne keskkond ja vajalikud muudatused

6.1. Seadusandlus

Käesolev arengukava seda teemat ei käsitle.

6.2. Ravijuhised

Eesti Haigekassa poolt tunnustatud ravijuhendid:

Eesti Reumatoloogide Seltsi ravijuhend „Reumatoidartriidi ravijuhend Eestis“ http://veeb.haigekassa.ee/files/est_raviasutusele_ravijuhendid_andmebaas_tunnustatud/RA.PDF

Erialaseltside poolt koostatud ravijuhendid:

Eesti Reumatoloogide Seltsi ravijuhend „Osteoartroosi ravijuhend“ http://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/OA_Ravijuhend_Eestis.doc

Eesti Osteoporoosi Seltsi ravijuhis „Osteoporoosi ravijuhised Eestis“ https://www.arst.ee/UserFiles/Osteoporoosi%20ravijuhend,%202007.pdf

ERS valmistub võtma kasutusele järgmised EULARi ravijuhendid eestikeelses tõlkes: spondülartriidid, reumatoidartriit, vaskuliidid, luupusnefriit, neuroluupus, DMARD- ja BDMARD-ravil haigete vaktsineerimised, podagra. ERS valmistub rakendama kõiki EULARi kehtivaid üle-Euroopalisi ravijuhendeid. ERS kavandab perearstidele suunitletud reumaatiliste haigete esmatasandil käsitlemise juhendi koostamist.

6.3. Teised standardid ja regulatsioonid

Peame vajalikuks artriitide ja süsteemsete sidekoehaiguste puhul juurutada järkjärgult igapäevapraktikasse olemasolevaid kliiniliselt otstarbekaid klassifikatsioonikriteeriume, haiguse aktiivsuse indekseid ja käsitluse algoritme. Võimalusel tuleks juurutada elektroonseid haiguste registreid. ERS on käivitamas Eesti reumaatiliste haigete bioloogilise ravi registrit. Üldiselt peame Eestile siduvaks UEMSI reumatoloogia sektsiooni soovitusi ja standardeid.

7. Professiooni vastutuse tõstmine eriarstide pädevuse jälgijana

Resertifitseerimine vastavalt kehtestatud korrale; tegevuslitsentsi sidumine resertifikaadiga (perioodiga 10 aastat).