

Oftalmoloogia eriala arengukava aastani 2020

2012

Sisukord

1. Eriala areng.....	3
1.1. Eriala definitsioon ja olemus	3
1.2. Eriala arengu prioriteetid	3
1.3. Võrdlus eriala arengu ning prioriteetidega Euroopa Liidu liikmesriikides ja mujal maailmas..	4
2. Teenuste jaotumine	4
2.1. Patsientide ja teenuse osutamise jagunemine haiglas osutatava ja haiglavälise eriarstiabi ning esmatasandi arstiabi vahel.....	4
2.2. Patsientide ja teenuse osutamise jagunemine aktiivravahaiglate vahel.....	5
2.3. Haruldased haigused.....	7
2.4. Harvaesinevad haigusseisundid	8
3. Valveteenistus.....	8
4. Koormusstandardid.....	8
5. Prognoosid	9
5.1. Teenusevajaduse prognoos	9
5.2. Voodikohtade arvu prognoos	10
5.3. Eriarstide vajadus.....	10
5.4. Meditsiinitehnoloogia roll eriala arengus	11
6. Regulaatiivne keskkond ja vajalikud muudatused	12
6.1. Seadusandlus.....	12
6.2. Ravijuhised	12
6.3. Teised standardid ja regulatsioonid	12
7. Professiiooni vastutuse tõstmine eriarstide pädevuse jälgijana	12
8. E-tervis.....	13
9. Muid eriala probleeme, ettepanekuid	14

1. Eriala areng

1.1. Eriala definitsioon ja olemus

Oftalmoloogia on eriala, mis hõlmab silma- ja silmamanuste (silmalaud, orbita, pisarateed) patoloogiate ning refraktsioonihäirete diagnostikat ja ravi lastel ja täiskasvanutel.

Alaerialad:

- Üld-oftalmoloogia – on kliiniline eriala, mis hõlmab silmahaiguste ja silmavigastuste kaasaegset diagnostikat ning ravi nii lastel kui ka täiskasvanutel. Ei ole lubatud kirurgiline tegevus alates II operatsioonigrupist.
- Laste oftalmoloogia.
- Neuro-oftalmoloogia.
- Silmakirurgia – on kirurgiline eriala, mis hõlmab silma eesmise osa mikrokirurgia, vitreoretinaalse kirurgia, oftalmo-onkoloogia, silmakoopta kirurgia, silma- ja silmamanuste plastilise kirurgia, silmalihaste funktsiooni häirete kirurgia.
- Silma laserkirurgia.

1.2. Eriala arengu prioriteetidid

1. Parem koostöö perearstidega – sh laste ja krooniliste haigete (diabeet, glaukoom) suunamine skriininguks, skriiningu läbiviimine perearstikeskustes (diabeetikute fundusefotod), lihtsamate oftalmoloogiliste haiguste ravi esmatasandi arstiabi osutajate poolt. Silmaarstide poolt tõhustada perearstide ja erakorralise meditsiini arstide täiendkoolitust oftalmoloogia alal.
2. Koostöö teiste erialadega, eriti endokrinoloogidega diabeetikute skriiningu ja ravi tõhustamiseks. Koostöö protokollide-juhiste väljatöötamine.
3. Koostöö parandamine optometristidega, et tõhustada silmahaiguste preventsiiooni ja nägemise optilise korrektsiooni kiiret kättesaadavust.
4. Saatekirjade kasutamine alerialale spetsialiseerunud konsultant-silmaarstile suunamisel suuremates keskustes. Kaaluda ka saatekirja kehtestamist kogu eriala ulatuses.
5. Päevastatsionaarse ravi osakaalu suurendamine.
6. Rehabilitatsiooniteenuse kättesaadavuse parandamine, parem koostöö teenust osutavate struktuuride ja silmaarstide vahel.

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

Euroopa Liidu liikmesriikide oftalmoloogia arengukavad ei ole meile olnud kättesaadavad. Oftalmoloogia kui eriala peamine prioriteet nii Euroopas kui ka mujal maailmas on olulise nägemispuude vältimine. Arenenud ning arenguriikides erineb nägemispuuet põhjustavate haiguste profiil ning seetõttu ka nende vältimisele suunatud tegevus. Eesti oftalmoloogia prioriteetid kattuvad muude arenenud riikide prioriteetidega.

Maailmas on praegu WHO andmetel 285 miljonit nägemispuudega inimest, kellest pimedaid on 39 miljonit. Kaheksakümnel protsendil juhtudest on tegemist ennetatava nägemispuudega ning kõigist nägemispuudega inimestest elab 90% arengumaades. Korrigeerimata refraktsioonivead on peamiseks nägemispuude põhjuseks ning katarakt sagedaseimaks pimeduse põhjuseks maailmas.

Euroopas on 28,2 miljonit nägemispuudega inimest, neist pimedaid 2,7 miljonit. Levinumaks nägemispuude põhjuseks Euroopas on ealine maakuli degenratsioon (AMD). Pimedaks jäämise põhjustest on levinumad glaukoom ja diabeetiline retinopaatia.

http://www.vision2020.org/mediaFiles/downloads/25923131/bjophthalmol_2011_300539_full.pdf

Oftalmoloogia kui eriala eesmärgiks on kõigi nägemispuuet ja pimedust põhjustavate haiguste ennetus ja ravi. Selleks on hetkel Eestis olemas nii tehnoloogilised võimalused kui ka väljaõppinud personal, kuid arenguruumi on esmatasandi töö paremas korraldamises, haigete suunamises ning vajalik on parandada teenuse kättesaadavust maapiirkondades.

2. Teenuste jaotumine

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

Vastavalt Poliitikauuringute Keskuse Praxise analüüsile tõuseb silmahaiguste ravijuhtude arv iga aastaselt u 1500 ravijuhu võrra. Statsionaarsete voodikohtade arv on eelnevatel aastatel pidevalt vähenenud 39'lt 2003 aastal 24'ni 2010 aastal. Voodikohtade arv jääb lähiaastatel samaks, kuid vastava infrastruktuuri loomisel on võimalik päevastatsionaarse kirurgia osakaalu tõstmine.

Aastatel 2006-2010 on statsionaarsete ravijuhtude arv püsinud stabiilne (u. 1500-1600 juhtu), samas kui päevastatsionaari ning ambulatoorsete juhtude arv on pidevalt kasvanud. Ravijuhtude arvu suurenemist ongi eelkõige ette näha ambulatoorses ning päevaravis.

Päevaravi kasutatakse endiselt peamiselt katarakti, plastiliste ja strabismi operatsioonide korral. Päevastatsionaarse ravi osakaal võiks suurenedada ja statsionaarse ravi osakaal väheneda vitreoretinaal- ja glaukoomikirurgia arvelt.

Ambulatoorsete visiitide arvu tõusu on ette näha seoses uute ravimeetodite kasutuselevõtuga mitmete silmapõhja haiguste korral, seda eelkõige intrabulbaarsete süstide näol. Eesmärgiks on parandada ambulatoorse ravi kättesaadavust ülesannete jaotamise kaudu erinevate meditsiinitasemete vahel. Keskhaiglate ambulatoorse vastuvõtu eesmärgiks peaks jääma eelkõige konsultatiivsed vastuvõtud ning uuringute ja protseduuride teostamine.

Esmatasandi (perearstid) parem kaasamine lihtsamate ning sagedasemate oftalmoloogiliste probleemide ravisse, võimaldaks vähendada silmaarstide koormust. Samuti parandab silmaarsti kättesaadavust saatekirja kehtestamine oftalmoloogia erialal, kuna see vähendab visiitide arvu haiguste osas, mis on käsitletavad esmatasandil.

Krooniliste haigete jälgimisele kaasata senisest rohkem ka vastava väljaõppe saanud meditsiiniõed.

2.2. Patsientide ja teenuse osutamise jagunemine aktiivravihaiglate vahel

Eestis on kõrgema etapi oftalmoloogilise ravi osutamine koondunud kahte keskusesse:

- Ida-Tallinna Keskhaigla Silmakliinik
- Tartu Ülikooli Kliinikumi Silmakliinik

Lisaks osutab kirurgilist oftalmoloogilist ravi piiratud mahu:

- Ida-Viru keskhai gla Silmaosakond
- Pärnu haigla Silmaosakond

Silmakirurgilist arstiabi osutatakse Eestis registreeritud ja tegevusluba omavate silmakirurgide poolt ka mitmetes erakliinikutes.

Oftalmoloogia on seni olnud üsna eraldiseisev eriala. Koostöö oftalmoloogide ja teiste erialade vahel on sageli toimunud patsiendipõhiselt ning erinevate spetsialistide kokkulepete alusel. Koostöö parandamise nimel on juba asunud looma ühiseid ravi- ja tegevusjuhendeid ning korraldatud ühiseid koolitusi.

Põhiliselt toimub koostöö:

- Neuroloogidega
- Reumatoloogidega
- Endokrinoloogidega
- Pediaatritega

- Näo-lõualuude kirurgidega
- Radioloogidega
- Onkoloogidega
- Kõrva-nina-kurguarstidega
- Perearstidega

Tugiteenustest tuleb tulevikus koostööd tihendada optometristide ja nägemisrehabilitatsiooni spetsialistidega, sotsiaalabivõrgustikuga- patsientide haiglaravile ja operatsioonijärgsesse kontrolli toimetamise osas (siis saab suurendada päevaravi osakaalu).

Väikeses mahus on praegusel hetkel olemas oftalmoloogia õdede iseseisev vastuvõtt:

- Õde-ortoptist
- Glaukoomiõde
- Proteesiõde

Iseseisva õendusabi osakaalu suurendamine võimaldaks vähendada arstide töökoormust ning tagada Eestis efektiivsem oftalmoloogiline abi. Eriline tähelepanu on glaukoomiõdede osakaalu suurendamisel. Kuna viimaste aastatega on oluliselt kasvanud silmapõhjahaigustega seotud ambulatoorsete visiitide arv, näeme vajadust ka siin spetsialiseerunud õdede koolitamiseks.

Suur osa spetsiifilist meditsiiniaparatuuri ja kogemust nõudvaid teenuseid on koondunud kahte kõrgema etapi keskusesse Tallinnas (ITK Silmakliinik) ja Tartus (TÜ Kliinikumi Silmakliinik), mis arvestades Eesti pindala ja rahvaarvu on optimaalne tööjaotus.

Osa refraktiivkirurgilisi teenuseid on seevastu teostatavad vaid suuremates erakliinikutes Põhja- ja Lõuna-Eestis.

Oftalmoloogi kabineti varustusele seatavad miinimumnõuded on esitatud Sotsiaalministeeriumi määruse „Nõuded haiglavälise eriarstiabi osutamiseks vajalikele ruumidele, sisseseadele ja aparatuurile“ § 33-36.

§ 35. Igas oftalmoloogi vastuvõturuumis peab olema:

1. biomikroskoop;
2. prooviklaaside komplekt;
3. nägemisteravuse määramise tabel või projektor;
4. prooviprilliraamid.

§ 36. Mitme samaaegselt vastuvõttu tegeva oftalmoloogi ühiskasutuses võib olla:

1. autorefraktomeeter;
2. otsene või kaudne oftalmoskoop ;
3. gonioskoop;
4. perimeeter;
5. luup pilulambi jaoks.

Eelnevast lähtuvalt peab igas ambulatoorseid teenuseid osutavas oftalmoloogi kabinetis olema võimalik:

1. Nägemisteravuse kontroll
2. Refraktsioonianomaaliade optiline korrigeerimine
3. Silma eesmise segmendi hindamine biomikroskoobi abil
4. Oftalmoskoopia
5. Gonioskoopia
6. Perimeetria
7. Silmasiserõhu mõõtmine
8. Pindmiste sarvkesta ja konjunktivi võõrkehade eemaldamine

Lähtuvalt Ravikindlustusseadusest ei ole silmaarsti vastuvõtule pöördumiseks vajalik pere- või eriarsti saatekirja olemasolu. Kuna patsientidel on endal võimalik piiranguteta registreeruda ka kõrgema etapi oftalmoloogide vastuvõtule tekivad mõnede spetsialistide juurde suurest nõudlusest tingitud pikad järjekorrad. Seega ei toimi patsientide jaotus esmatasandi oftalmoloogilist abi osutavate praksiste ja kõrgema etapi keskuste (Tartu Ülikooli Kliinikum ja Ida-Tallinna Keskhaigla) vahel vastavalt haiguse raskusastmele. Patsientide diferentseerimine vastavalt vajatava arstiabi raskusastmele parandaks ravi kättesaadavust ja optimeeriks silmaarstide töökoormust. Kui muud vahendid silmaarsti kättesaadavust ei paranda, tuleks laiendada esmatasandi oftalmoloogilist abi osutavate praksiste võrku.

Seaduse järgi peaks tulevikus olema lubatud tegutseda arst-konsultandil, kes võtab vastu patsiente esmatasandi oftalmoloogi poolt väljastatud saatekirja alusel.

Oftalmoloogide koormust vähendaks ka optometristide kaasamine täiskasvanutele prillide kirjutamisesse suuremates keskustes. Tuleks kaaluda ka saatekirja kehtestamist ka kogu oftalmoloogia erialal.

2.3. Haruldased haigused

Ettepanekud erialaga seotud haruldaste haiguste ravi korraldamise osas. (Vastavalt Euroopa Liidu ühisele määratlusele loetakse haruldaseks haiguseks haigus, mis esineb kuni 5 inimesel 10 000-st (KOM (2008)726; KOM (2008)679). Täiendav info haruldaste haiguste osas on kättesaadav aadressil <http://www.orpha.net/consor/cgi-bin/index.php>.)

Haruldaste haiguste ravivõimalused on Eestis enamasti olemas. Haruldaste haiguste diagnoosimine ning ravi toimub kontsentreerituna Tallinna ja Tartu Silmakliinikutes.

Haruldaste haiguste diagnoosimiskulude korral on erialasiseselt väljakujunenud väliskonsultandid.

2.4. Harvaesinevad haigusseisundid

Hetkel on vähe oftalmoloogiaalaseid teenuseid mida Eestis ei osutata. On teenuseid ja operatsioone mida on võimalik teostada välismaal eeldatavalt kvaliteetsemalt tänu kallimale aparatuurile.

Igapäevastest protseduuridest on fotodünaamiline termoteraapia (PDT) hetkel ainus, mille teostamiseks on teatud regulaarsusega patsiente suunatud ravile kas Soome või Läti. Vastavat protseduuri võimaldatavat aparatuuri ei ole patsientide arvu vähesuse tõttu otstarbekas Eesti haiglatesse soetada. Patsientide suunamiseks on vajalik konsiilium ning taotluse esitamine haigekassale. Antud protseduuride arvu on võimalik prognoosida. Eraldi konsiilium ja taotluse esitamine võiks olla vajalik vaid prognoositud ravijuhtude ületamisel.

3. Valveteenistus

Eriarstide ööpäevaringse valve vajadus ja selle korraldus haigla liikide kaupa (piirkondlikes, kesk-, üld- ja kohalikes haiglates) koos põhjendustega.

Vältimatu statsionaarse oftalmoloogilise abi valmisolek on tagatud Eesti elanikele ööpäevaringselt: Tallinna Silmakliinikus, TÜ Kliinikumi Silmakliinikus ja Puru Haigla Silmaosakonnas. Silmamuna läbistavate vigastustega patsiendid vajavad väga kõrgelt kvalifitseeritud kirurgilist abi, kuna operatsiooni tulemusest sõltub otseselt silma edasine seisund ja nägemisfunktsioonide võimalik säilimine. Seega aktiivravi/operatsiooni tulemus ei sõltu mitte abi andmise kiirusest (vahemaa raviasutuse ja abivajaja vahel), vaid kirurgi kvalifikatsioonist ja kõrgtehnoloogia olemasolust. Seega on oftalmoloogiline valve teenus Eestis optimaalselt korraldatud.

4. Koormusstandardid

Ambulatoorne töökoormus: Praktikale tuginedes peab nii esmase kui ka korduv-visitide pikkus olema vähemalt 20 minutit. Igas oftalmoloogilises praksises peab arvestama ka erakorralise tööga, sest suurte keskuste valvetoad on lihtsama erakorralise tööga üle koormatud.

Statsionaarne töökoormus:

- Silma eesmise segmendi kirurgia – minimaalselt 200 operatsiooni aastas.
- Silma tagumise segmendi kirurgia (võrkkesta irdumise operatsioonid, vitreoretinaalne kirurgia) – minimaalselt 75 operatsiooni aastas.
- Kõik statsionaaris töötavad silmaarstid teevad vähemalt üks kord nädalas konsultatiivset vastuvõttu.
- Statsionaarse ja/või ambulatoorse kirurgilise ja ambulatoorse vastuvõtu ja protseduuride koormuse vahekorraldus on arsti individuaalsest kirurgilise töö koormusest.
- Kõik statsionaaris töötavad silmaarstid teevad oftalmoloogilise vältimatu abi valveid.

5. Prognoosid

5.1. Teenusevajaduse prognoos

	2015	2020
Ravijuhtude arvu muutus lisaks demograafilistest arengutest tulenevale muutusele (%)	10%	20%

Aastal 2010 teostati Eestis umbes 350000 ambulatoorset oftalmoloogi visiiti. Tegemist on 9,8% ravijuhtude arvu tõusuga võrreldes 2006. aastaga. Eelkõige on ravijuhtude arv tõusnud Harju maakonnas (15,9%) ning Tartu maakonnas (14,3%), Võru maakonnas (14,5%) ning Jõgeva maakonnas (12,6%). Samal perioodil on ambulatoorsete visiitide arv Järva ja Saare maakonnas oluliselt vähenenud, vastavalt 20,7% ja 10,4%. Päevastatsionaarsete oftalmoloogiliste operatsioonide arv oli 2010 aastal Eestis umbes 14000, mis on 32,7% operatsioonide arvu kasv võrreldes 2006 aastaga. Statsionaarsete operatsioonide arv aga vastaval perioodil oluliselt ei muutunud kasvades 2010. aastaks 1,7% 1570 operatsioonini. Analüüsitud perioodil ei ole aga oftalmoloogide arv oluliselt muutnud. Ülaltoodud andmed viitavad oftalmoloogide nii ambulatoorse kui ka päevastatsionaarse operatiivse töö koormuse olulisele kasvule viimastel aastatel. Eelkõige torkab silma Harja ja Tartu maakonna ravijuhtude arvu kasv, mis viitab oftalmoloogilise arstiabi tsentraliseerumisele.

Demograafilised uuringud prognoosivad Eesti rahvastiku vananemist, mis toob endaga kaasa nii vanemaealiste patsientide üldarvu kui ka nende osakaalu tõusu. Paljude nägemist oluliselt mõjutavate silmahaiguste esinemissagedus suureneb drastiliselt patsiendi vanuse tõustes. Näiteks ealise maakuli degeneratsiooni esinemissagedus on 2,5% 65 aastastel, 6,7% 70 aastastel ja 10,8% 75aastastel.¹ Raske (geograafilise maakuli atroofia või neovaskulaarse maakulidegeneratsiooni) esinemissagedus on 1,4% 70-aastastel, 5,6% 80-aastastel ja 20% 90-aastastel.² Prognoositakse, et elanikkonna vananemisest tulenevalt tõuseb nii ealise maakuli degeneratsiooni kui ka glaukoomi esinemissagedus 2020. aastaks 50%.^{3,4} Lisaks on oodata katarakti esinemissageduse jätkuvat tõusu.⁵

Mitmete vanemas eas esinevate silmahaiguste nagu neovaskulaarne maakulidegeneratsioon ja glaukoom diagnostikas ja ravis on viimastel aastatel toimunud oluline areng. Varem sisuliselt ravimatuid haiguseid, näiteks neovaskulaarset maakuli degeneratsiooni on võimalik intravitreaalsete anti-VEGF süstidega kontrolli all hoida, ning pidurdada haiguse progressiooni ning kohati saavutada teatav nägemisteravuse paranemine. Vähemalt praeguste teadmiste kohaselt tähendab see aga ka regulaarseid kontrollvisiite ning regulaarseid süste. Depoopreparaatide lisandumine võib korduvprotseduuride hulka küll mõnevõrra vähendada, kuid arvestades vanemaealiste patsientide hulga suurenemist on oodata ka vastavate visiitide hulga olulist kasvu.

Lähtudes eelnevatest andmetest on jätkuvalt oodata nii ambulatoorse kui ka päevastatsionaarse oftalmoloogilise abi vajaduse kasvu.

5.2. Voodikohtade arvu prognoos

	2015	2020
Voodikohtade arv (sh eraldi välja tuua päevaravi ja intensiivravi voodikohtade arv)		
- Piirkondlikud haiglad		
- Keskhaiglad		
- Üldhaiglad		
- Kohalikud haiglad		
- Erihaiglad		

Statsionaarsete voodikohtade arvu osas ei ole olulist muutust ette näha. Silmakirurgias on tendents päevakirurgiliste protseduuride hulga kasvule. Hetkel Ida-Tallinna keskhaigla silmakliinikus 12 ja Tartu Ülikooli kliinikumi Silmakliinikus 8 voodikohta. Seoses uue hoone valmimisega Tartus, suureneb 2015 aastast statsionaarsete voodikohtade arv 10-le.

5.3. Eriarstide vajadus

Oftalmoloogide optimaalne absoluutarv aastaks 2015 on 125 töötavat arsti ning aastaks 2020 vastavalt 130 arsti, kes osutavad ambulatoorset ja statsionaarset silmaarsti teenust. Antud arv on saadud kokkuvõtliku kalkulatsiooni tulemusena, mis võtab arvesse silmaarstide arvu hetkeseisu. Aastal 2010 oli Eestis Tervise Arengu Instituudi andmetel 124 töötavat oftalmooloogi. Riiklikku tervishoiutöötajate registrisse on kantud 01.01.2012 seisuga 158 oftalmoloogina töötamise õigust omavat isikut, kellest hetkel töötab Eestis 131. Osa silmaarstidest töötab optika poodides ja tegeleb ainult nägemisteravuse optilise korrektsiooniga ning suunab haiguste korral patsiendid edasi raviautustesse. Selliseid töötavaid silmaarste on hetkel ligikaudu 10. Silmahaiguste eriarsti juurde pöördumine on võimalik ilma saatekirjata ning hetkel on silmaarsti juurde pääsemise järjekord ja arstide töökoormus optimaalsed. Arvestama peab aga tulevikus elanikkonna vananemisega ning haiguste nagu diabeet ning maakuli degeneratsioon esinemissageduse tõusuga.

2005. aastal andmete järgi on Eestis 8 silmaarsti 100 000 elaniku kohta, mis on sarnane Rootsi, Soome ja Saksamaa andmetega. Kindlasti tuleb jätkata perearstide koolitust ning esmatasandi silmahaiguste ravi ühtlustamist.

Oftalmoloogina töötamise õigust omavate ja hetkel Eestis tööd omavate isikute keskmine sünniaasta on 1959 ning keskmine vanus 53 aastat. Üle 70- aastaseid isikuid on 01.01.2012 seisuga 19 ning üle 60- aastaseid 32 kogu nimistust. Peab arvestama, et inimeste keskmine

eluiga tõuseb ning pensionile minemise aeg ja töötamise lõpetamine on individuaalselt valitav. Igal järgneval aasta läheb pensionile umbes 2 silmaarsti, osa pensionieas arste aga jätkab osalise koormusega töötamist optikapoodides.

Oftalmoloogia residentuuri võetakse 4 üldresidenti ja üle aasta 3 üldresidenti ning 1 silmakirurgia resident. Residentuuri kestus on hetkel 3 aastat, kuid võib tulevikus muutuda aasta pikemaks. Peab arvestama, et kõik residentuuri lõpetajad ei pruugi tööle hakata silmaarstina ja Eestis. Lisaks asub praegu Eestis töötavaid silmaarste tööle teistesse riikidesse. Migreerujate arv on ligikaudu 1 arst aastas.

Sotsiaalministeeriumi residentuuri koolitustellimuse analüüsi alusel on silmaarstide koolitustellimuses vajaduse ja prognoositud arstide arvu vahe aastal 2020 puudu kolm arsti. Seetõttu tuleks teatud intervallide tagant võtta rohkem residente õppesse.

Eesmärk on suurendada õdede arvu ning võimaldada neile spetsialiseerumist teatud erialale näiteks glaukoomi või reetina õde. Lisaks võtta meeskonda meditsiinitehnikuid, kes teostaksid uuringuid, jälgiksid operatsioonitubades aparatuuri tehnilist tööd ja sekretäre, kes vähendaksid arstide paberitöö koormust.

5.4. Meditsiinitehnoloogia roll eriala arengus

Tehnoloogia on viimaste aastatega oftalmoloogia erialal väga kiiresti arenenud. Olulisemate distsipliinide osas on suuremad kliinikud püüdnud arenguga hoida sammu.

Diagnostika aparatuur on viimaste aastat jooksul muutunud järjest täpsemaks, see puudutab nii ultraheli kui optilise koherentse tomograafia aparate. Tänu sellele tõuseb oluliselt diagnostika tundlikkus ja spetsiifilisus. Kahjuks aeguvad seetõttu ka kasutuses olevad aparaadid väga kiiresti.

Tähtsamad muutused on ilmselt tulemas silmaravimite ja ravimiimplantaatide osas.

Viimase 8 aasta jooksul on oluliselt muutunud paljude silmahaiguste (maakuli degeneratsiooni, diabeetilise retinopaatia, neovaskulaarse glaukoomi, veenitromboosi, enneaegsuse retinopaatia, uveiidi jt. haiguste ravi) tänu kasutusele võetud anti-VEGF preparaatidele ja silmasisestele hormoonimplantaatidele. Kahjuks on paljud spetsiifilised, silmaravimitena väljatöötatud preparaadid (ranibizumab, begaptanib, triamtsinoloon, deksametasooni implantaat Ozurdex) jäänud meie patsientidele nende hinna tõttu kättesaamatuks, kuna haigekassa neid ravimeid seni ei kompenseeri. Uuringud käivad ka anti-VEGF preparaatide depooimplantaatide arendamiseks. Praegu kasutatakse Eestis originaalravimite asemel hinnakaalutlusel odavamaid off-label alternatiive.

Hetkel juba uuringutes kasutatav medikamentoosne vitreolüüsi preparaat *ocriplasmin* on potentsiaalselt mitmes valdkonnas kasutatav. Vitreolüüsi abil saab väga erinevate silmahaiguste kulgu modifitseerida või neid ravida. Olulisel hulgal epimakulaarse membraani, maakuli augu ja vitreomakulaarse traktsiooni patsientidel on võimalik selle preparaadi silmasisese süsti abil vältida vitrektoomiat. Samuti saab seda ravimit potentsiaalselt kasutada diabeetilise retinopaatia ja tromboosi järgse maakuli turse raviks või diabeetilise retinopaatia tüsistuste ennetamiseks. Kahjuks saab ka selle ravimi kasutamine esialgu olema piiratud, sest hetkel kalkuleeritav ravimi hind võrdub praegu haigekassa poolt vitrektoomia operatsiooni eest makstava hinnaga.

Refraktiivkirurgias on femtoscond laser kasutusel juba alates 2000. aastast. Viimase kahe aasta jooksul on lasertehnoloogia oluliselt arenenud. Femtosecond laserit kasutatakse LASIK protseduuri ühe osana, kasutatakse astigmatismi korrigeerimisel kornea sisselõigete tegemiseks, katarakti operatsioonide korral kornea haava ja reksise moodustamiseks ning läätse fragmenteerimiseks. Võimaldab ka teha penetreerivat keratoplastikat. Aparaaadi eelised, eriti tasuvus praeguste hindade juures vajab veel kinnitust.

6. Regulaatiivne keskkond ja vajalikud muudatused

6.1. Seadusandlus

Oftalmoloogia eriala arengukava väljatöötamisel oleme tuginenud Eestis kehtivale seadusandlusele ja tervishoiualastele õigusaktidele.

6.2. Ravijuhised

Hetkel puuduvad enamiku silmahaiguste jaoks ühtsed ravijuhised. Peame vajalikuks moodustada töögrupp ja leida võimalus selle finantseerimiseks, et välja töötada Euroopa standarditele vastavad ravijuhised.

6.3. Teised standardid ja regulatsioonid

Oftalmoloogia on kitsas eriala, mille eripäraks on suur ambulatoorse, plaanilise töö ning päevaravi maht. Hetkel on perearstid vähe kaasatud patsientide esmatasandil teenindusse. Perearsti roll peaks olema eelkõige silmade kahjustuse võimalusega süsteemsete haiguste (diabeet, reumaatilised haigused jt.) süstemaatiline silmaarsti kontrolli suunamine.

7. Professiiooni vastutuse tõstmine eriarstide pädevuse jälgijana

Hetkel Eesti Oftalmoloogide Seltsis kehtiv atesteerimise kord on rajatud CME punktidele. Ka tulevikus on plaanis jätkata atesteerimist CME punktide alusel. Kuna seni on arstide

motivatsioon CME punktide esitamiseks kesine, plaanime teha koostööd Sotsiaalministeeriumiga ja Haigekassaga motivatsiooni parandamiseks. Atesteerimist peaks tulevikus arvestama tegevuslitsentsi väljastamisel ja haigekassalepingute sõlmimisel.

Hetkel kehtiv atesteerimissüsteem on lühidalt toodud järgnevalt:

Continuing Medical Education (CME) ehk JÄTKUKOOLITUS on spetsialisti kogu karjääri vältel vajalik eetiline ja moraalne kohustus ja õigus. Näitab praktiseeriva arsti professionaalse taseme pidevust.

CME-s mitteosalemine ei võta ära spetsialisti staatust.

CME punktisüsteem

Põhimõte 1 tund = 1 krediidi punkt

Lugemuse pealt: max. 5 punkti/aasta

Välistegevuselt:

kongressid, kursused jne. 1 punkt/tund (max. 5 p/päev)

teaduslik publikatsioon 5 punkti (max. 5 punkti/aasta)

ettekannet kongressil jm. 5 punkti (max. 10 punkti/aasta)

posterpresentatsioon 5 punkti (max. 10 punkti/aasta)

kongressi vm. organiseerimine 5 punkti/päev (max. 10 p/aasta)

Sisetegevuselt:

loengute pidamine (med.personal) 1 punkt/tund (max. 5 p/päev)

loengud haiglasistel kursustel 2 punkti/tund (max. 10 p/aasta)

5 aastase perioodi vältel vajalik koguda 250 CME punkti.

Punktide arv on keskmise arsti jaoks liiga suur. Vajalik töötada välja arstide motivatsioonisüsteem punktide kogumiseks.

8. E-tervis

Oftalmoloogia kui eriala seisukohast on E-tervis keskkond tingimata oluline. Meil on kokkupuutepunkte teiste erialadega ning teiste arstide poolt tehtud uuringute, analüüside ja epikriiside kättesaadavus on meie jaoks oluline.

Näitena võib tuua diabeedi patsiendid, kelle puhul teeme koostööd nii perearstide kui endokrinoloogidega. Osaliselt on patsientide andmed E-tervise kaudu kättesaadavad.

Samas puudub Eestis diabeedi register ning meil puudub ülevaade patsientide tegeliku hulga kohta. Puuduvad andmed selle kohta kui palju diabeetikute ja millise regulaarsusega on silmaarsti poolt skriinitud. Puudub ka ülevaade selle kohta kui palju ja millise raskusastmega diabeetilist retinopaatiat Eestis esineb. Diabeedi käsitlemisele annaks palju juurde kui sarnane info oleks E-tervise kaudu arstile kättesaadav.

9. Muid eriala probleeme, ettepanekuid

Oftalmoloogia eriala seisukohast näeme tervishoiupoliitika kujundamisel järgnevateks aastateks peamiste probleemidena:

- a) rahastamine - patsientide suurenev omaosalus tervishoiuteenuste ja ravimite eest tasumisel, mis ennekõike ohustab krooniliste haigustega madalama sissetulekuga inimesi. Oluline jätkata glaukoomihaigetele 100% ravimite kompenseerimist. Seoses uute ravimeetodite lisandumisega vajalik täiendav rahastamine/kompensatsioon Haigekassa poolt.
- b) esmatasandi kaasatuse ja väljaõppe parandamine - esmatasandi suurem kaasamine oftalmoloogiliste haiguste ennetamisse, skriiningusse ja ravisse.
- c) pikad ambulatoorse vastuvõtu järjekorrad - töö parema koordineeritusega (patsientide jaotus perearstide, optometristide ning silmaarstide vahel) võimalik lühendada järjekordi ambulatoorsele vastuvõtule. Rahvastiku vananemise tõttu suureneb vajadus polikliinilise/ambulatoorse oftalmoloogilise teenuse järele.