

EESTI HAIGEKASSA TERVISHOIUTEENUSTE LOETELU MUUTMISE TAOTLUS KOOS TÄITMISJUHISTEGA

Juhime tähelepanu, et haigekassa avalikustab taotlused kodulehel. Konfidentsiaalne informatsioon, mis avalikustamisele ei kuulu, palume tähistada taotluse tekstis märkega „konfidentsiaalne“.

| 1. Taotluse algataja | |
|--|--|
| 1.1 Organisatsiooni nimi (taotleja) <i>Tervishoiuteenuste loetelu muutmise ettepaneku (edaspidi taotlus) esitava organisatsiooni (edaspidi taotleja) nimi¹. Kui taotlus esitatakse mitme erialaühenduse poolt, märgitakse taotluse punktis 1.1 taotluse algatanud erialaühenduse nimi ning seejärel kaasatud erialaühenduse ehk kaastaotleja nimi punktis 1.6.</i> | L. Puusepa nimeline Neuroloogide ja Neurokirurgide Selts |
| 1.2 Taotleja postiaadress | L. Puusepa 8, 50406 Tartu |
| 1.3 Taotleja telefoninumber | ██████████ |
| 1.4 Taotleja e-posti aadress | Pille.Taba@kliinikum.ee |
| 1.5 Kaastaotleja | |
| 1.6 Kaastaotleja e-posti aadress | |
| 1.7 Kontaktisiku ees- ja perekonnanimi | Janika Kõrv; Pille Taba |
| 1.8 Kontaktisiku telefoninumber | ██████████ |
| 1.9 Kontaktisiku e-posti aadress | janika.korv@ut.ee; pille.taba@ut.ee |

| 2. Taotletav tervishoiuteenus | |
|--|------------------------------|
| 2.1. Tervishoiuteenuse kood tervishoiuteenuste loetelus olemasoleva tervishoiuteenuse korral <i>Kui muudatus ei ole seotud loetelus kehtestatud konkreetse teenusega või on tegemist uue teenuse lisamise ettepanekuga, siis teenuse koodi ei esitata.</i> | |
| 2.2 Tervishoiuteenuse nimetus | <i>Insuldiravi voodipäev</i> |
| 2.3. Taotluse eesmärk <i>Märkida rist ühe, kõige kohasema taotluse eesmärgi juurde. Risti lisamiseks vajutada sobilikul ruudul parempoolsele hiireklahvile ning avanenud menüüst valida „Properties“ – „Default value“ – „Checked“</i> | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Uue tervishoiuteenuse lisamine loetellu <input type="checkbox"/> Uue ravimiteenuse lisamine loetellu <input type="checkbox"/> Uue ravimikomponendi lisamine olemasolevasse ravimiteenusesse <input type="checkbox"/> Uue tehnoloogia lisamine loetelus olemasolevasse teenusesse <input type="checkbox"/> Olemasolevas tervishoiuteenuses sihtgrupi muutmine (sh. laiendamine või piiramine) <input type="checkbox"/> Eriala kaasajastamine (terve ühe eriala teenuste ülevaatamine) <input type="checkbox"/> Loetelus olemasoleva tervishoiuteenuse piirhinna muutmine, mis ei tulene uue ravimikomponendi või tehnoloogia lisamisest olemasolevasse teenusesse (nt. teenuses olemasoleva kulukomponendi muutmine) ² | |

¹ Vastavalt Ravikindlustuse seaduse § 31 lõikele 5 võib taotluse esitada tervishoiuteenuste osutajate ühendus, erialaühendus või haigekassa.

² Vajalik on täita taotluse punktid 1-2 ja 6

- Loetelus olemasoleva tervishoiuteenuse kohaldamise tingimuste muutmine, mis ei tulene uue ravimikomponendi või uue tehnoloogia lisamisest olemasolevasse teenusesse ega teenuse sihtgrupi muutmisest (nt. teenuse osutajate ringi laiendamine, teenuse kirjelduse muutmine)³
- Loetelus olemasoleva tervishoiuteenuse kindlustatud isiku omaosaluse määra, haigekassa poolt kindlustatud isikult ülevõetava tasu maksmise kohustuse piirmäära muutmine⁴
- Loetelus olemasoleva tervishoiuteenuse nimetuse muutmine⁵
- Tervishoiuteenuse väljaarvamine loetelust⁶
- Üldkulude ühikuhindade muutmine vastavalt määruse „Kindlustatud isikult tasu maksmise kohustuse Eesti Haigekassa poolt ülevõtmise kord ja tervishoiuteenuse osutajatele makstava tasu arvutamise meetodika“ § 36 lõikele 2⁷

2.4 Taotluse eesmärgi kokkuvõtlik selgitus

Esitada lühidalt taotluse eesmärgi kokkuvõtlik selgitus, mida taotletakse ja millistel põhjustel.

³ Vajalik on täita taotluse punktid 1, 2 ja 12 ning kui on kohaldatav, siis ka 7 ja 8

⁴ Vajalik on täita taotluse punktid 1, 2, 5.1, 11.4 ja 12.

⁵ Vajalik on täita taotluse punktid 1-2

⁶ Vajalik on täita taotluse punktid 1-2 ja 5.1

⁷ Vajalik on täita taotluse punktid 1 ja 2 ning seejärel esitada kuluandmed meetodika määruse lisades 12 ja 13 toodud vormidel: „Tervishoiuteenuse osutaja kulud ressursside kaupa“ ja „Tervishoiuteenuse osutaja osutatud teenuste hulgad“

Insult on äge haigus, mis on oluline surmade ja puude põhjustaja kogu maailmas (Lozano *et al.*, 2012; Murray *et al.*, 2012) ning on suureks koormuseks nii ühiskonnale kui ka patsientidele ja nende peredele. Rahvastiku vananemise tõttu on eakate inimeste osakaal suurenemas, seeläbi on prognoositud ka insuldijuhtude arvu suurenemist Euroopas aastaks 2035 keskmiselt 34% (<http://strokeeurope.eu/>). Insult on ennetatav ja ravitav haigus. Euroopa Insuldiorganisatsioon (ingl k *European Stroke Organisation*, ESO) on koos Euroopa patsientide ühingute katusorganisatsiooniga (ingl k *Stroke Alliance for Europe*, SAFE) ette valmistanud insuldi tegevuskava (ingl k *Stroke Action Plan*) Euroopas aastateks 2018 kuni 2030. Ühena seitsmest tegevusvaldkonnast käsitletakse selles insuldi ravi organisatoorseid küsimusi (Norrving *et al.*, 2018) ning üheks neljast üldeesmärgist on osutada vähemalt 90%-le kõigist insuldiga patsientidest esmaravi spetsialiseeritud insuldiüksustes. Eestis on ühisdeklaratsioon tegevuskava elluviimiseks allkirjastatud Sotsiaalministeeriumi, Haigekassa ja mitmete teiste organisatsioonide ja erialaseltside poolt.

Ravi tsentraliseeritud insuldiüksustes suurendab intravenoosse (iv) trombolüüsravi teostamise tõenäosust ning on otseselt seotud hilistulemuste paranemisega (Lahr *et al.*, 2012). Teine revaskulariseeriva ravi meetod - mehhaaniline trombektoomia - parandab oluliselt funktsionaalset võimekust pärast isheemilist insulti võrreldes parima medikamentoosse raviga (Turc *et al.*, 2019). Sotsiaalministeeriumi poolt kinnitatud Eesti insuldi käsitusjuhendi kohaselt toimetab kiirabi akuutse insuldi kliiniliste sümptomitega patsiendi lähimasse haiglasse, kus on insuldikeskus (ingl k *Stroke Centre*) või insuldiüksus (ingl k *Stroke Unit*). Üldhaiglasse akuutse insuldi tunnustega patsienti ei toimetata. Eestis on ööpäevaringne valmisolek ägeda insuldi raviks kuues haiglas: Tartu Ülikooli Kliinikum (TÜK), Põhja-Eesti Regionaalhaigla (PERH), Lääne-Tallinna Keskhaigla (LTKH), Ida-Tallinna Keskhaigla (ITK), Ida-Viru Keskhaigla (IVKH) ja Pärnu Haigla. Nendes haiglates on insuldiüksused ja -keskused ning nendes haiglates ravib patsienti multidistsiplinaarne (ehk multiprofessionaalne) meeskond.

Cochrane'i randomiseeritud kliiniliste uuringute võrgustik metaanalüüs kinnitab organiseeritud statsionaarse (insuldiüksuse) ravi ilmseid eeliseid. Ravi insuldiüksustes vähendab halva hilistulemuse, puude, hooldusasutusse paigutamise ja surmade riski sõltumata patsiendi vanusest ja insuldi raskusest. Patsiendid, keda on ravitud insuldiüksustes, on aasta pärast insulti suurema tõenäosusega elus, sõltumatud ja elavad oma kodus (Langhorne and Ramachandra, 2020a).

Insuldiüksuse tuumikuks on patsiendi kompleksne käsitus multidistsiplinaarse meeskonna poolt (Langhorne and Ramachandra, 2020a, 2020b). Insuldipatsient vajab lisaks diagnostilistele ja raviprotseduuridele pidevat jälgimist ja korduvat seisundi hindamist, hooldust ja põetust kombinatsioonis varase mobilisatsiooni ja taastusravi alustamisega. Lisaks füüsilisele puudele (halvatused ja tasakaaluhäired ning sellest tulenev liikumispuue, neelamishäire, jne.) esinevad ka muud neuroloogilised häired (teadvushäire, kõnelemise ja kõnest arusaamise häire, kognitiivne häire ja/või segasusseisund, jne.), mistõttu vajab patsient käsitlust multidistsiplinaarse meeskonna poolt, milles on olulisel kohal neuroloog, õed ja hooldajad. Seega, insuldiga patsiendi käsitus nõuab märkimisväärselt rohkem personaliressursse võrreldes tavapärase sisehaiguste osakonna patsiendiga või mitteneuroloogilise patsiendiga, keda käsitletakse väljaspool insuldiüksust, siseosakonnas või üldhaiglas.

Praegu statsionaaris rakendatav sisehaiguste voodipäeva (tervishoiuteenuste loetelu kood 2065) hind ei kata piisavalt kulutusi, mis on vajalikud tagamaks mitmeid multidistsiplinaarse meeskonna tegevusi insuldipatsiendi käsitlemisel: patsiendi korduv arstlik läbivaatus koos neuroloogiliste hindamisskaalade kasutamisega, suhtlemine patsiendi lähedastega; õenduslike jälgimisprotokollide järgimine koos eluliste näitajate regulaarse hindamisega (sh neelamise hindamine, patsiendi kaalumine), kognitiivse häire ja/või kõnehäire ja/või liikumispuudega patsiendi jälgimine (k.a rahutute ja segasusseisundiga haigete turvalisuse tagamine, jälgimine ja ennetustegevused), toitmisravi, muud täiendavad tegevused ja protseduurid (süvaveenitromboosi profülaktika, sh intermiteeruva pneumaatilise kompressioonivahendi kasutamine, jne); patsiendi hooldus ja põetus, sh lamava patsiendi hügieenitoimingute sooritamine ja üldpesu (sh patsientidel, kes vajavad toetust lisahapnikuga); patsiendi varane mobiliseerimine ja asendravi; meeskonnakoosolekud ja igapäevased õenduse- ja tugipersonali meeskonnaviisidid (vt Lisa).

| |
|--|
| |
|--|

| 3. Tervishoiuteenuse meditsiiniline näidustus | |
|--|---|
| <p>3.1 Tervishoiuteenuse meditsiiniline näidustus (ehk sõnaline sihtgrupi kirjeldus)</p> <p><i>Esitada üksnes teenuse need näidustused, mille korral soovitakse teenust loetellu lisada, ravimikomponendi osas ravimiteenust täiendada, tehnoloogia osas tervishoiuteenust täiendada või teenuse sihtgruppi laiendada.</i></p> <p>NB! Kui erinevate näidustuste aluseks on erinev kliiniline tõendusmaterjal, palume iga näidustuse osas eraldi taotlus esitada, välja arvatud juhul, kui teenust osutatakse küll erinevatel näidustustel, kuid ravitulemus ja võrdlusravi erinevate näidustuste lõikes on sama ning teenuse osutamises ei ole olulisi erisusi.</p> | <p>Taotletav teenus on insuldiravi voodipäeva teenus, mida osutatakse kesk- ja piirkondliku haigla neuroloogia osakonnas või keskhaigla siseosakonnas: Ida-Viru Keskhaigla (IVKH), Lääne-Tallinna Keskhaigla (LTKH), Põhja-Eesti Regionaalhaigla (PERH), Tartu Ülikooli Kliinikum (TÜK). Nendes haiglates on lisaks valmisolekule ööpäevaringseks revaskulariseerivaks raviks (mehhaaniline trombektoomia ja/või iv trombolüüs) insuldi käsitus korraldatud vastavalt insuldiüksuste standardile multidistsiplinaarse meeskonna poolt järgides Euroopa Insuldiorganisatsiooni (ESO) soovitusi (Ringelstein <i>et al.</i>, 2013)</p> <p>Randomiseeritud kontrollitud uuringud on veenvalt tõestanud, et spetsiaalsetes insuldiüksustes ravitud insuldi ja transitoorse isheemilise atakiga (TIA) patsientide hilistulemused on paremad kui neil, kes on saanud ravi üldosakondades või tavalistes neuroloogia osakondades, kus insuldiüksust ei ole (Langhorne, 2013; Langhorne and Ramachandra, 2020a; Ringelstein <i>et al.</i>, 2013).</p> <p>Kolm insuldiüksuse parema ravitulemusega (vähem surmajuhtumeid ja sõltuvust kõrvalabist) seotud põhiprintsiipi on: (1) spetsiaalne insuldiosakond, (2) multidistsiplinaarne (ehk multiprofessionaalne) meeskond ja (3) terviklik käsitus, mis tähendab akuutravi koos varase mobilisatsiooni, taastusravi alustamise ning sekundaarse preventsiioniga (Ringleb <i>et al.</i>, 2008; Ringelstein <i>et al.</i>, 2013; Steiner <i>et al.</i>, 2014). Sihtrühmaks on kõikide insuldi alaliikidega (isheemiline ja hemorraagiline insult) patsiendid. Insuldiga patsientide käsitus on neuroloogilise defitsiidi ja olulise kõrvalabi vajaduse tõttu tavapärase sisehaiguse profiiliga patsiendiga võrreldes ressursimahukam, seda eelkõige märkimisväärselt suurema personalivajaduse tõttu.</p> |
| <p>3.2 Tervishoiuteenuse meditsiiniline näidustus RHK-10 diagnoosikoodi alusel (kui on kohane)</p> | <p>Insult, RHK-10 koodid I60-I64.</p> <p>Insuldiüksuse põhiprintsiibid tuginevad ESO soovitusel (Ringelstein <i>et al.</i>, 2013; Waje-Andreassen <i>et al.</i>, 2018) ning on kirjeldatud Euroopa Insuldi tegevuskavas (Norrving <i>et al.</i>, 2018). Neis on välja toodud insuldiüksuse/-</p> |

keskuse definitsioonid.

Insuldiüksus: Insuldiravile keskendunud geograafiliselt piiritletud piirkond või osakond haiglas, kus patsiente võtab vastu ja neid ravib multidistsiplinaarne meeskond (arstlik, õenduslik ja tugiteenuseid pakkuv personal), kellel on eriteadmised kesknärvisüsteemi haigustest, kes on läbinud koolituse ja kellel on oskused insuldipatsiendi käsitlemiseks ning kellel on täpselt määratletud individuaalsed ülesanded, järgitud on interdistsiplinaarse käsitlemise põhimõtted ja meeskonnal on juhtpositsioon insuldi käsitlemise alal. See meeskond koordineerib patsiendi käsitlemist regulaarsete multidistsiplinaarsete koosolekute kaudu.

Insuldikeskus: haigla taristu ja sellega seotud ravivõimalused võimaldavad raviteekonnal kompleksset lähenemist. Insuldikeskus on koordineeriv organ kogu raviteekonnal, mis hõlmab haiglaeelset ravi, jätkuvat taastusravi ja sekundaarset ennetust ning vajadusel neurokirurgilisi ja vaskulaarkirurgilisi sekkumisi. Insuldikeskuse olulisim komponent on insuldiüksus. Insuldikeskus pakub insuldiosakonna teenuseid oma teeninduspiirkonna elanikele ja on väiksematele insuldiüksustega haiglatele kompetentsikeskuseks, kui patsiendid vajavad teenuseid, mida väiksemas haiglas kohapeal ei ole.

Insuldiüksused peavad olema rajatud kõikides keskhaiglates. Nendes haiglates peab olema riikliku määrusega tagatud ööpäevaringne neuroloogia valvering ja valmisolek trombolüüsiraviks ning patsiendi käsitlemine insuldiüksuses vastavalt ESO soovitudele (Ringelstein *et al.*, 2013).

Eestis toimivad insuldiüksused järgmistes raviasutustes:

1. Ida-Tallinna Keskhaigla
2. Lääne-Tallinna Keskhaigla
3. Pärnu Haigla
4. Ida-Viru Keskhaigla

Insuldikeskuste nõuetele peavad vastama piirkondlikud haiglad ja on toimivad järgmistes raviasutustes:

1. Tartu Ülikooli Kliinikum
2. Põhja Eesti Regionaalhaigla (PERH)

Üldhaiglatesse insuldiüksusi ei ole plaanis rajada ega ole neid ka rajatud.

| | |
|---|--|
| | |
| <p>3.3 Näidustuse aluseks oleva haiguse või tervises seisundi iseloomustus <i>Kirjeldada haiguse või tervises seisundi levimust, elulemust, sümptomaatikat jm asjasse puutuvat taustainfot.</i></p> | |
| <p>Insult on äge invaliidistav neuroloogiline haigus, mis tekib äkki ja mõjutab kogu organismi talitlust. Insult võib tekkida aju veresoone sulgumisest (isheemiline insult) või aju veresoone lõhkemisest (intratserebraalne hemorraagia ja subarahnoidaalne hemorraagia). Kuna aju kontrollib ülejäänud keha tegevusi, mõjutab ajukahjustus terve keha tööd. Insuldi kliiniline pilt on varieeruv. Näiteks, kui kahjustada saab ajuosa, mis kontrollib liigutusi, siis ajukahjustuse tagajärjel on liigutused häiritud (tekib halvatus). Samamoodi võivad kahjustada saada aju osad, mis kontrollivad rääkimist, mõtlemist ning tundeid. Sageli tekib insuldi tõttu kõne ja kõnest arusaamise häire ja/või ühe kehapoole osaline või täielik halvatus. Osalise halvatuslega patsient võib olla võimeline iseseisvalt istuma, püsti tõusma ja vahel ka kõndima. Raskema halvatuslega patsient võib jääda voodikeskseks. (vt. insult.ee). Insuldiga patsient vajab igapäevategevustes vähemal või rohkemal määral kõrvalabi. Insult on oluline surmade ja puude põhjustaja kogu maailmas (Lozano <i>et al.</i>, 2012; Murray <i>et al.</i>, 2012). Aastatel 2001-2003 Tartus läbi viidud rahvastikupõhise epidemioloogilise uuringu alusel haigestub esmasesse insuldi keskmiselt 230 inimest 100 000 elaniku kohta ja 30 päeva letaalsus on 26% (Vibo, Kõrv and Roose, 2007), kusjuures võrreldes teiste riikidega on haigestumus suur just nooremates (18-54 a) vanuserühmades (Kõrv <i>et al.</i>, 2021). Haigekassa andmetel oli Eestis aastal 2021 hospitaliseeritud ligikaudu 3600 insuldiga (RHK-10 koodid I60, I61, I63, I64) patsienti ja hospitaliseeritud patsientide 30 päeva letaalsus oli 20%. Rahvastiku vananemise tõttu on eakate inimeste osakaal suurenemas ja prognoosi kohaselt toob see kaasa insuldijuhtude suurenemise Euroopas aastaks 2035 keskmiselt 34% (http://strokeeurope.eu/). Insult on ennetatav ja ravitav haigus. ESO on koos Euroopa patsientide ühingute katusorganisatsiooniga (ingl k <i>Stroke Alliance for Europe</i>, SAFE) ette valmistanud insuldi tegevuskava, mis näeb ühe eesmärgina ette insuldiüksuste arendamise Euroopas (ingl k <i>Stroke Action Plan</i>) aastateks 2018 kuni 2030 (Norrving <i>et al.</i>, 2018).</p> | |

| | |
|---|--|
| <p>4. Tervishoiuteenuse tõenduspõhisus</p> | |
| <p>4.1 Teaduskirjanduse otsingu kirjeldus <i>Selgitada lühidalt taotluse aluseks olevate kliiniliste uuringute jm teaduspõhiste kirjandusallikate otsimising valikukriteeriume: millistest andmebaasidest otsiti, milliste märksõnade ning täpsustavate kriteeriumidega. Nt. uuringuid otsiti PubMed-ist (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/). Otsingu märksõnad olid „diabetes in pregnancy“, valikukriteeriumiks oli insuliinravi enne rasedust ning täistekstina kättesaadavad ingliskeelsed artiklid, mis on avaldatud alates 1. jaanuarist 2000. Otsingu tulemusel leiti 10 uuringut, millest on kajastatud taotluses 3 uuringu tulemused, kuna teiste uuringute valimi maht oli väike (vähem kui 20 isikut).</i></p> | |
| <p>Taotluse aluseks oleva soovitus (ravida insuldiga patsiente insuldiüksuses, mille peamine komponent on käsitlus multidistsiplinaarse meeskonna poolt) kirjandus põhineb Euroopa Insuldiorganisatsiooni (ESO) ravijuhendil ja soovitustel ja randomiseeritud kliiniliste uuringute Cochrane'i metaanalüüsidel (Ringleb <i>et al.</i>, 2008; Ringelstein <i>et al.</i>, 2013; Langhorne and Ramachandra, 2020a). Seetõttu eraldi kirjanduse otsingut ei tehtud ja on kasutatud vastavate allikate kirjandust ja Cochrane'i metaanalüüsi.</p> | |
| <p>4.2 Tervishoiuteenuse tõenduspõhisuse andmed ravi tulemuslikkuse kohta kliiniliste uuringute ja metaanalüüside alusel</p> | |

| | |
|---|--|
| <p>4.2.1 Uuringu sihtgrupp ja uuritavate arv uuringugruppide lõikes <i>Märkida uuringusse kaasatud isikute arv uuringugrupi lõikes ning nende lühiseloostus, nt. vanus, sugu, eelnev ravi jm.</i></p> | <p>ESO soovitude aluseks on varasemate Cochrane'i metaanalüüside täiendatud võrgustik metaanalüüs (Langhorne and Ramachandra, 2020a). Käsitlus organiseeritud insuldiüksuses vs tavaosakonnas: 29 uuringut (5902 osalejat), sihtrühm on akuutse insuldiga täiskasvanud patsiendid.</p> |
| <p>4.2.2 Uuringu aluseks oleva ravi/ teenuse kirjeldus</p> | <p>Insuldiga patsiendi ravi insuldiüksuses: organiseeritud statsionaarne ravi (insuldiüksuse) ravi on kompleksne organiseeritud sekkumine multidistsiplinaarse meeskonna poolt, kes pakub insuldiga patsientidele igakülgset hooldust ja ravi.</p> |
| <p>4.2.3 Uuringus võrdlusena käsitletud ravi/teenuse kirjeldus</p> | <p>Insuldiga patsiendi ravi alternatiivses osakonnas: käsitlus üldises akuutravi osakonnas ilma rutiinse sekkumisteta multidistsiplinaarse meeskonna poolt.</p> |
| <p>4.2.4 Uuringu pikkus</p> | <p>Jälgimisperioodi mediaan 12 kuud (6 nädalat kuni 12 kuud).</p> |
| <p>4.2.5 Esmane tulemusnäitaja <i>Uuritava teenuse esmane mõõdetav tulemus /väljund</i></p> | <p>Halb funktsionaalne tulemus modifitseeritud Rankini skaala alusel (3-6), surm, institutsionaalne hooldus, elukvaliteet, patsientide rahulolu, hospitaliseerimise pikkus.</p> |
| <p>4.2.6 Esmase tulemusnäitaja tulemus</p> | <p>Võrreldes raviga alternatiivses osakonnas oli ravi organiseeritud statsionaarses osakonnas (insuldiüksuses) plaanilise jälgimisperioodi lõpus (mediaan üks aasta) seotud parema tulemustega: halb tulemus (riskisuhe (OR) 0,77, 95% usaldusvahemik (CI) 0,69 kuni 0,87; keskmise kvaliteediga tõendid), surm (OR 0,76, 95% CI 0,66 kuni 0,88; keskmise kvaliteediga tõendid), surm või institutsionaalne hooldus (OR 0,76, 95% CI 0,67 kuni 0,85; keskmise kvaliteediga tõendid) ja surm või kõrvalabi vajadus (OR 0,75, 95% CI 0,66 kuni 0,85; keskmise kvaliteediga tõendid). Subjektiivse tervisliku seisundi kohta olid tõendid väga madala kvaliteediga ning patsientide rahulolu kohta ei olnud kättesaadavad. Haiglaravil viibimise kestuse analüüsi muutsid keeruliseks definitsiooni ja mõõtmise erinevused ning oluline statistiline heterogeensus ($I^2 = 85\%$). Ei olnud viiteid sellele, et ravi organiseeritud insuldiosakonnas oleks põhjustanud pikema haiglaravi. Tundlikkusanalüüsid näitasid, et täheldatud eelised jäid alles, kui analüüs piirdus turvaliselt randomiseeritud uuringutega, milles kasutati ühemõtteliselt pimendatud tulemuste hindamist ja fikseeritud jälgimisperioodi. Tulemused näisid olevat sõltumatud patsiendi vanusest, soost, insuldi esialgselt raskusastmest, insuldi tüübist ja jälgimisperioodi kestusest. Kui arvutada absoluutse riski erinevus iga 100 insuldiosakonnas ravi saavate osaleja kohta,</p> |

| | |
|--|--|
| | võrdub see kahe täiendava ellujäänuga, veel kuus elab kodus ja veel kuus elab iseseisvalt. |
| 4.2.7 Teised tulemusnäitajad <i>Uuritava teenuse olulised teised tulemused, mida uuringus hinnati</i> | Pole kohaldatav |
| 4.2.8 Teiste tulemusnäitajate tulemused | Pole kohaldatav |

Kui soovite kirjeldada mitut erinevat kliinilist uuringut, siis palume kopeerida väljad 4.2.1-4.2.8.

Maksimaalselt palume kajastada kuni 5 teaduslikku uuringut.

| | |
|--|--------------------------------|
| 4.3 Tervishoiuteenuse tõenduspõhisuse andmed ravi ohutuse kohta | |
| 4.3.1. Kõrvaltoimete ja tüsistuste iseloomustus | |
| Kõrvaltoime/ tüsistuse esinemissagedus | Kõrvaltoime/ tüsistuse nimetus |
| Väga sage ($\geq 1/10$) | Mittekohaldatav |
| Sage ($\geq 1/100$ kuni $< 1/10$) | Mittekohaldatav |
| Rasked kõrvaltoimed | Mittekohaldatav |
| Võimalikud tüsistused | Mittekohaldatav |
| 4.3.2 Kõrvaltoimete ja tüsistuste ravi <i>Kirjeldada, milliseid teenuseid ja ravimeid on vajalik patsiendile osutada ning millises mahus, et ravida tekkinud kõrvaltoimeid ning tüsistusi.</i> <i>Nt: Perifeersete dopamiinergiliste toimete põhjustatud kõrvaltoimeid (iiveldus, oksendamine ja ortostaatiline hüpotensioon) saab kontrolli all hoida domperidooni manustamisega kuni tolerantsuse tekkimiseni 3-6 nädala jooksul pärast subkutaanse apomorfiinravi alustamist, mille järel võib domperidooni manustamise lõpetada.</i> | |
| Mittekohaldatav | |
| 4.4. Tervishoiuteenuse osutamise kogemus maailmapraktikas <i>Kirjeldada publitseeritud ravi tulemusi maailmapraktikas, <u>kui puuduvad tervishoiuteenuse tõenduspõhisuse andmed ravi tulemuslikkuse ja ohutuse kohta avaldatud kliiniliste uuringute ja metaanalüüside alusel.</u></i> | |
| | |

5. Tõenduspõhisus võrreldes alternatiivsete tõenduspõhiste raviviisidega

5.1 Ravikindlustuse poolt rahastatav alternatiivne tõenduspõhine raviviis tervishoiuteenuste, soodusravimite või meditsiiniseadmete loetelu kaudu
Maksimaalselt palume kirjeldada 3 alternatiivi.

| | | |
|--|--|---|
| Alternatiivi liik <i>Märkida, millise loetelu (tervishoiuteenused, soodusravimid, meditsiiniseadmed) kaudu on</i> | Alternatiiv <i>Märkida alternatiivse raviviisi teenuse kood, ravimi toimeaine nimetus või meditsiiniseadme rühma nimetus.</i> | Lisaelgitus / märkused <i>Vajadusel lisada siia tulpa täpsustav info</i> |
|--|--|---|

| <i>kohane alternatiiv patsiendile kättesaadav</i> | | | |
|--|--|---|---|
| 1. Sisehaiguste voodipäev | Sisehaiguste voodipäev (kood 2065) | Sisehaiguste voodipäeva teenuse hind ei kata piisavalt mutidistsiplinaarse meeskonna tegevusi, eelkõige arstliku, õendusliku ja hoolduspersonali tööd. Tugipersonali (logopeed, füsioterapeut) tegevus on kaetud tervishoiuteenuste loetelus kajastatud teenustega, küll aga mitte meeskonnaviisiidid ja arutelud, patsientide õpetamine. | |
| 2. | | | |
| 3. | | | |
| 5.2 Taotletava teenuse ja alternatiivse raviviisi sisaldumine Euroopa riikides aktsepteeritud ravijuhistes <i>Kui teenus ei kajastu ravijuhistes või antud valdkonnas rahvusvahelised ravijuhised puuduvad, lisada vastav selgitus lahtrisse 5.2.3. Maksimaalselt palume kirjeldada 5 ravijuhist.</i> | | | |
| Ravijuhise nimi | Ravijuhise ilmumise aasta | Soovitused ravijuhises | Soovituse tugevus ja soovituse aluseks oleva tõenduspõhisuse tase |
| | | <i>Soovitused taotletava teenuse osas</i> | |
| | | <i>Soovitused alternatiivse raviviisi osas</i> | |
| 1. Euroopa Insuldiorgani satsiooni ravijuhend (Ringleb <i>et al.</i> , 2008) | 2008 | Kõiki insuldihaigeid on soovitatav ravida insuldiosakonnas Alternatiivse ravi osas soovitusi ei ole | Tõendustase I klass, A tase |
| 2. AHA/ASA (Jauch <i>et al.</i> , 2013; Powers <i>et al.</i> , 2019) | 2019, soovitus ei ole muutunud alates 2013 soovitusest | Soovitatav on ravi spetsialiseeritud insuldiravi osakonnas (insuldiüksus), mis hõlmab ka taastusravi. Alternatiivse ravi osas soovitusi ei ole | Tõendustase I A |
| 3. Kanada insuldi ravijuhend (ingl k <i>Canadian Stroke Best Practices</i> , https://www.strokebestpr) | | Ägeda insuldi või TIA-ga haiglasse viidud patsiente tuleb võimalikult kiiresti ravida insuldi statsionaarses osakonnas. | Tõendustase tase A |

| | | | |
|--|--|--|--|
| <i>actices.ca/re commendatio ns (vaadatud 22.11.22)</i> | | | |
| <p>5.3 Kokkuvõtte tõendus põhiseusest võrreldes alternatiivsete tõendus põhiste raviviisidega <i>Esitada kokkuvõtvalt teenuse oodatavad lühi- ja pikaajalised tulemused tervisele. nt. surmajuhtumite vähenemine, haigestumisjuhtude vähenemine, elukvaliteedi paranemine, kõrvaltoimete sageduse vähenemine, tüsistuste sageduse vähenemine.</i> <i>Lisaks selgitada, kas uus teenus on samaväärne alternatiivse raviviisiga. Väites uue teenuse paremust, tuleb välja tuua, milliste tulemuste osas omab taotletav teenus eeliseid.</i></p> | | | |
| <p>Insuldiüksuse ravi peamiseks komponendiks on kogenud multidistsiplinaarne insuldiravi meeskond, kuhu kuuluvad arstid, õed ja hooldajad, füsioterapeudid, tegevusterapeudid, logopeedid, kes on keskendunud insuldihaigete ravile. Insuldiüksuse personal korraldab regulaarseid meeskonnakoosolekuid ning läbib regulaarselt täiendõpet/koolitusi. Kokkuvõttes näitas Cochrane'i võrgustik metaanalüüs (Langhorne and Ramachandra, 2020a), et on mõõduka kvaliteediga tõendeid selle kohta, et insuldipatsiendid, kes saavad organiseeritud statsionaarset ravi insuldiüksuses, on tõenäolisemalt elus, iseseisvad ja elavad aasta pärast insulti kodus. Saadav kasu ei sõltunud patsiendi vanusest, soost, insuldi esialgsest raskusastmest või insuldi alaliigist. Seega, tulemuseks on patsientide parem hilistulemus ja väiksem kõrvalabivajadus igapäevaelus toimetulekul, mis omakorda vähendab oluliselt riigi koormust sotsiaalabile ja tervishoiuteenustele.</p> | | | |

6. Tervishoiuteenuse osutamiseks vajalike tegevuste kirjeldus

6.1 Teenuse osutamise kirjeldus

Kirjeldada tervishoiuteenuse osutamiseks vajalikud tegevused (sh. ettevalmistavad tegevused), nende esinemise järjekorras, kaasatud personal ja nende rollid, teenuse osutamise koht (palat, protseduuride tuba, operatsioonituba) ning kasutatavad seadmed ja tarvikud. Võimalusel lisada ka tegevuste sooritamise keskmised ajad. Ravimiteenuste korral kirjeldada raviskeem: ravi pikkus, patsiendil kasutatavate annuste suurus.

Soovitused insuldiüksuste rajamiseks on toodud ESO juhendis (Ringelstein *et al.*, 2013) ning on alljärgnevalt on kohandatud vastavalt Eesti oludele.

Insuldiravi voodipäeva teenus tähendab ravi ja üldist käsitlust kesk- ja piirkondliku haigla neuroloogia osakonnas või keskhaigla siseosakonnas, kus ravitakse akuutse insuldiga patsiente neuroloogi poolt koos multidistsiplinaarse meeskonnaga. Meeskonda kuuluvad lisaks arstile (neuroloog), õele, hooldajale tugiteenuseid pakkuvad spetsialistid (logopeed, füsioterapeut). Paljudes kesk- ja piirkondlikes haiglates on insuldiüksused sisuliselt olemas, on neuroloogi ööpäevaringne valve, patsiente ravivad neuroloogid ja töötab multidistsiplinaarne meeskond. Samas on Eesti väiksust ja rahvastiku hajutatust arvestades ei otstarbekas rajada insuldiüksusi, kus teisi neuroloogilisi haigeid ei ravita.

Insuldiravi voodipäeva teenusesse kuulub insuldiga patsiendi akuutne käsitlus, k.a patsiendi läbivaatus, hindamine, ravi, hooldus ja põetus, mis toimub samaaegselt varase mobiliseerimise ja taastusravi ning sekundaarse preventiooniga. Paljud teenused on tasustatud eraldi, mistõttu need ei ole arvestatud voodipäeva hinna sisse.

Insuldiüksustes ravitakse kõiki insuldiga patsiente: hemorraagilise ja isheemilise insuldiga patsiente, kõikides vanuserühmades ja raskusastmetes.

Insuldiga patsiendi käsitlus insuldiüksustes ja -keskustes koosneb 7 paralleelsest tegevusliinist:

- 1) vitaalsete funktsioonide toetamine
- 2) varane diagnostika

- 3) patsiendi üldseisundi jälgimine
- 4) spetsiifilised ravimeetodid
- 5) üldised terapeutilised ja diagnostilised menetlused
- 6) sekundaarne preventatsioon
- 7) multidistsiplinaarne varane mobiliseerimine ja taastusravi.

Vastavalt ESO soovitudele (Ringelstein *et al.*, 2013) koosneb insuldiüksus kahest funktsionaalset osast: akuutne ja postakuutne käsitlus.

A. Akuutne: minimaalselt 4 voodit; 24h monitooring (elektrokardiograafia (EKG), vererõhk, O₂ saturatsioon, kehatemperatuur); patsient viibib minimaalselt 24 h. Normiks on 1 monitooringuga voodi 100 patsiendi kohta aastas (keskmine monitooringu periood 72h).

B. Postakuutne: kaks korda rohkem voodeid võrreldes A-ga (võib varieeruda).

Postakuutses funktsionaalses osas toimub insuldipatsiendi edasine insuldi käsitlus, diagnostika, sekundaarne preventatsioon, varane mobiliseerimine ja taastusravi.

Nii akuutsed kui postakuutsed voodid asuvad geograafiliselt lähestikku, samas osakonnas, ning selles töötab sama multidistsiplinaarne meeskond.

Haiglasse saabumisel toimub patsiendi neuroloogiline läbivaatus ööpäevaringselt valves oleva insuldispetsialisti (neuroloogi) poolt.

Varane ja hilisem diagnostika:

Kompuutertomograafia (KT) või magnetresonantstomograafia (MRT) 30 min jooksul haiglasse saabumisest

Elektrokardiograafia (EKG)

Doppleri ultraheli kaelaveresoontest (või KT-angiograafia või MRT-angiograafia)

Transtorakaalne (TTE) ja/või söögitorukaudne ehokardiograafia (TEE) 7p nädalas, tööajal

Magnetresonantstomograafia (MRT)

Vajadusel kohene transport intensiivravi osakonda

Laboratoorsed analüüsid 24/7 20min jooksul

Trombolüüsravi alustamise aeg haiglasse saabumisest (ingl k *Door-to-Needle Time*, DNT) <60min

Esialgne monitooring:

Vitaalnäitajate monitooring (k.a EKG) – pidev või perioodiline (regulaarne), neuroloogiline läbivaatus, k.a insuldiraskuse skaala (*National Institutes of Health Stroke Scale*, NIHSS) korduv jälgimine.

Terapeutilised interventsioonid:

Iv trombolüüs ja /või mehhaaniline trombektoomia

Hemikraniektomia

Hemorraagilise insuldi käsitlus

Üldmeditsiiniline käsitlus ja patsiendi jälgimine

Sekundaarne preventatsioon (algus 24h jooksul)

Õendusliku ja hoolduspersonali tegevused (vt LISA)

Multidistsiplinaarne mobilisatsioon ja taastusravi

Miinum nõuded haiglale, mis on vajalikud insuldiüksuse rajamiseks

Infrastruktuur:

1. Põhilised laborianalüüsid kättesaadavad 24/7

2. Kompuutertomograafia

3. MRT ja DSA (digitaalne subtraktsioonangiograafia) 7/7 (kättesaadav, kuid mitte obligatoorselt kohapeal)

4. EMO töötab 24/7

5. Intensiivravi osakond

6. Söögitorukaudne ehokardiograafia (TEE) tööajal, transtorakaalne ehokardiograafia

(TTE) 24/7

7. Angiograafilised uuringud (Doppleri ultraheli, kuvamisuuringud 24/7).

Personal: järjepidev koolitusprogramm

Akuutne ravi ja kaasuvate haiguste käsitus

Neuroloog on valves 24/7

Neurokirurgi konsultatsiooni võimalus

Kardioloogi konsultatsiooni võimalus

Mittemeditsiiniline personal:

Füsioterapeut täiskohaga

Tegevusterapeut (võib olla hiljem taastusravi osakonnas)

Logopeed (neelamisuurungute tegemine, kõneravi)

Sotsiaaltöötaja

Kliiniline neuropsühholoog (võimalusel, on hiljem taastusravi osakonnas)

Õenduspersonal:

1,5 öde täismonitooritud voodi kohta 24 t jooksul (nt 6 täiskohaga öde 4 monitooritud voodi kohta 24h jooksul). Nt 10 täismonitooringuga voodit - 15 öde ja hooldajat ööpäevas (NB! ESO juhendis ei eristata õendus- ja hoolduspersonali)

0,5 täiskohaga öde 24 h jooksul mittemonitooritud voodi kohta (nt 2 täiskohaga öde 4 mittemonitooritud voodi kohta). Nt 20 mittemonitooritud voodit – 10 öde ja hooldajat.

Koostöö taastusravi osakonnaga edasiseks patsiendi liikumiseks, patsiendi hindamine taastusravi võimekuse osas.

Minimaalsed mahud ja tegevused: vähemalt 200 insuldi/TIA-ga patsienti aastas, aastas vähemalt 16 pt iv trombolüüsitud.

7. Tingimused ja teenuseosutaja valmisolek kvaliteetse tervishoiuteenuse osutamiseks

7.1 Tervishoiuteenuse osutaja

Nimetada kohased teenuse osutajad (nt. piirkondlik haigla, keskhaigla, üldhaigla, kohalik haigla, valikupartner, perearst)

Piirkondlik haigla (PERH, TÜK), keskhaigla (Pärnu Haigla, IVKH, LTKH, ITK)

7.2 Kas tervishoiuteenust osutatakse ambulatoorselt, statsionaarselt, ja/või päevaravis/päevakirurgias? *Loetleda sobivad variandid.*

Statsionaarne

7.3 Raviarve eriala

Nimetada, milliste erialade raviarvete peal antud teenus sisaldub lähtudes ravi rahastamise lepingust.

Neuroloogia

7.4 Minimaalne tervishoiuteenuse osutamise kordade arv kvaliteetse teenuse osutamise tagamiseks

Esitada teenuse minimaalne osutamise kordade arv, mille puhul oleks tagatud teenuse osutamise kvaliteedi säilimine. Lisada selgitused/põhjendused, mille alusel on teenuse minimaalne maht hinnatud.

10 päeva (põhjendatud juhtudel võimalus perioodi pikendada).

Teenuses kajastatud voodipäeva kestuse lõppemisel ei saa järelravi voodipäevaga jätkata, sest see ei kata kogu teenuse vajadust multidistsiplinaarse meeskonna poolt. Insuldiga patsient vajab rohkem hooldust, põetust ja muid tegevusi, seega käsitleks rohkem personali.

7.5 Personali (täiendava) väljaõppe vajadus

Kirjeldada, millise kvalifikatsiooniga spetsialist (arst vajadusel eriala täpsusega, öde, füsioterapeut vm) teenust osutab ning kas personal vajab teenuse osutamiseks väljaõpet (sh. täiendavat koolitust teatud intervalli tagant). Väljaõppe vajadusel selgitada, kes koolitab, kus väljaõppe läbiviimine toimuks ning kes tasuks koolituskulud (kas koolituse garanteerib seadme müüja või teenuse osutaja ja kulu on arvestatud

teenuste hindadesse jm).

Meeskonda kuuluvad neuroloog, füsioterapeut, logopeed, õde, hooldaja. Kogu personal läbib regulaarseid koolitusi vastavalt ESO nõuetele, mida korraldavad vastavad raviasutused. Nõue on raporteerida ravikvaliteeti, osaleda kvaliteediregistris. Suurem voodipäeva hind võimaldab pakkuda kvaliteetsemat teenust.

7.6 Teenuseosutaja valmisolek

Kirjeldada, milline peaks olema tervishoiuteenuse osutaja töökorraldus, vajalikud meditsiiniseadmed, täiendavate osakondade/teenistuste olemasolu ning kas on põhjendatud ööpäevaringne valmisolek, et oleks tagatud soovitud tulemus. Anda hinnang, kas teenuseosutaja on valmis koheselt teenust osutama või on vajalikud täiendavad investeeringud, koolitused, ruumide loomine vms.

Insuldiravi voodipäeva teenust rakendatakse Eestis ainult kesk- ja piirkondlikes haiglates ning need haiglad on valmis kohe teenust osutama. Vastavad osakonnad on kohandanud või kohandamas ravi ja käsitlust vastavalt ESO nõuetele. Insuldi voodipäeva teenus võimaldab soodustada ESO insuldiüksuse sertifikaadi taotlemist (Waje-Andreassen *et al.*, 2018).

| 8. Teenuse osutamise kogemus Eestis | |
|---|--|
| 8.1 Kas teenust on varasemalt Eestis osutatud? | Jah |
| 8.2 Aasta, millest alates teenust Eestis osutatakse | 2019 |
| 8.3 Eestis teenust saanud isikute arv ja teenuse osutamise kordade arv aastate lõikes | Kesk- ja piirkondlikes haiglates akuutse insuldiga ravitud patsiendid. |
| 8.4 Eestis teenust osutanud raviasutused | PERH, TÜK, IVKH, LTKH, ITK, Pärnu Haigla |
| 8.5. Tervishoiuteenuste loetelu koodid, millega tervishoiuteenuse osutamist on raviarvel kodeeritud | Sisehaiguste voodipäev 2065 |
| 8.6 Ravi tulemused Eestis | Kvaliteediindikaatorid, vt haigekassa insuldi indikaatorid: https://www.haigekassa.ee/detailsed-kliinilised-indikaatorid . Insuldi raviteekonna analüüs (Haigekassa). |

| 9. Eestis tervishoiuteenust vajavate isikute ja tervishoiuteenuse osutamise kordade arvu prognoos järgneva nelja aasta kohta aastate lõikes | | | |
|--|--|--|--|
| 9.1 Keskmise teenuse osutamise kordade arv ravijuhu (ühele raviarvele kodeerimise) kohta | | 10 | |
| 9.2 Tervishoiuteenust vajavate isikute arv ja tervishoiuteenuse osutamise kordade arvu prognoos järgneva nelja aasta kohta aastate lõikes | | | |
| 9.2.1 Aasta | 9.2.2 Isikute arv arvestades nii lisanduvaid isikuid kui ravi järgmisel aastal jätkavaid isikuid | 9.2.3 Ravijuhtude arv 1 isiku kohta aastas arvestades asjaolu, et kõik patsiendid ei pruugi lisanduda teenusele aasta algusest | 9.2.4 Teenuse osutamise kordade arv aastas kokku |
| 1. aasta | 3000 | Ei saa eristada | $3000 \times 10 = 30\ 000$ |
| 2. aasta | 3000 | Ei saa eristada | $3000 \times 10 = 30\ 000$ |
| 3. aasta | 3000 | Ei saa eristada | $3000 \times 10 = 30\ 000$ |
| 4. aasta | 3000 | Ei saa eristada | $3000 \times 10 = 30\ 000$ |

| | | |
|--|---|--|
| 9.3 Prognoosi aluse selgitus <i>Esitatakse selgitused, mille põhjal on teenust vajavate patsientide arvu hinnatud ning selgitused patsientide arvu muutumise kohta aastate lõikes.</i> | | |
| Haigekassa kvaliteediindikaatorite alusel ei ole juhtude arv viimaste aastate jooksul suurenenud, mistõttu ei ole prognoosi kohaselt ka hetkel suurenemas. Hinnanguliselt TÜK näitel on aastatel 2021-2022 kõikidest insuldi (RHK-10 I60-I64) voodipäevadest olnud 50% sisehaiguste voodipäeva hinnaga ja 3% järeldravi voodipäeva hinnaga. | | |
| 9.4 Tervishoiuteenuse mahtude jagunemine raviasutuste vahel <i>Tabel on vajalik täita juhul, kui tervishoiuteenuse ravijuhud tuleb planeerida konkreetsetesse raviasutustesse, st. tegu on spetsiifilise tervishoiuteenusega, mida hakkaksid osutama vähesed raviasutused.</i> | | |
| 9.4.1 Raviasutuse nimi | 9.4.2 Raviarve eriala raviasutuste lõikes | 9.4.3 Teenuse osutamise kordade arv raviarve erialade lõikes |
| <i>Vt haigekassa insuldi raviteekonna töölaud.</i> | <i>neuroloogia</i> | <i>Vt Insuldi raviteekonna projektis osalevad haiglad</i> |
| <i>Insuldi kvaliteediindikaatorite alusel (2021):</i> | <i>Neuroloogia</i> | |
| <i>PERH</i> | <i>Neuroloogia</i> | <i>669</i> |
| <i>TÜK</i> | <i>Neuroloogia</i> | <i>709</i> |
| <i>LTKH</i> | <i>Neuroloogia</i> | <i>494</i> |
| <i>ITK</i> | <i>Neuroloogia</i> | <i>427</i> |
| <i>Pärnu Haigla</i> | <i>Neuroloogia</i> | <i>209</i> |
| <i>IVKH</i> | <i>Neuroloogia</i> | <i>402</i> |

| 10. Tervishoiuteenuse seos kehtiva loeteluga, ravimite loeteluga või meditsiiniseadmete loeteluga ning mõju töövõimetusele | |
|---|---|
| 10.1 Tervishoiuteenused, mis lisanduvad taotletava teenuse kasutamisel ravijuhule <i>Loetleda <u>samal</u> raviarvel kajastuvate tervishoiuteenuste koodid ja teenuse osutamise kordade arv sellel raviarvel.</i> | Ei lisandu uusi teenuseid, taotlemisel on uus voodipäeva hind, mis on viidud vastavusse reaalsete personalikuludega. Parem patsiendi jälgimine, hooldus ja ravi, mis on orienteeritud paremale tulemusele. |
| 10.2 Tervishoiuteenused, mis lisanduvad alternatiivse teenuse kasutamisel ravijuhule <i>Loetleda alternatiivse tervishoiuteenuse <u>samal</u> raviarvel kajastuvate tervishoiuteenuste koodid ning teenuse osutamise kordade arv sellel raviarvel.</i> | Ei lisandu uusi teenuseid Alternatiivi ei ole, sest käesoleval ajal on kasutusel sisehaiguste voodipäeva teenus (kood 2065), kus ei ole arvesse võetud multidistsiplinaarset insuldikäsitlust ja selleks kuluvat ressursi. |
| 10.3 Kas uus teenus asendab mõnda olemasolevat tervishoiuteenust osaliselt või täielikult? <i>Kui jah, siis loetleda nende teenuste koodid ning selgitada, kui suures osakaalus asendab uus teenus hetkel loetelus olevaid teenuseid (tuua välja asendamine teenuse osutamise kordades).</i> | Asendab sisehaiguste voodipäeva (kood 2065) akuutse insuldiga patsientidel kesk- ja piirkondlikus haiglas. |
| 10.4 Kui suures osas taotletava teenuse puhul on tegu uute ravijuhtudega? Kas teenuse kasutusse võtmine tähendab uute ravijuhtude lisandumist või mitte? Kui jah, siis | Ei ole uued ravijuhud |

| | |
|---|--|
| <p><i>mitu ravijuhtu lisandub?</i></p> | |
| <p>10.5 Taotletava tervishoiuteenusega kaasnevad samaaegselt, eelnevalt või järgnevalt vajalikud tervishoiuteenused (mida ei märgita taotletava teenuse raviarvele), soodusravimid, ja meditsiiniseadmed <u>isiku kohta ühel aastal</u>. Kirjeldatakse täiendavad teenused, ravimid ja/või meditsiiniseadmed, mis on vajalikud kas teenuse määramisel, teostamisel, edasisel jälgimisel: kuidas kasutatakse (ravimite puhul annustamisskeem), ravi kestus/kuuride arv, ravi alustamise ja lõpetamise kriteeriumid. Diagnostilise protseduuri puhul esitatakse andmed juhul, kui protseduuri teostamise järel muutub isiku edasises ravis ja/või jälgimisel kasutatavate tervishoiuteenuste ja ravimite kasutus. Juhul kui muutust ei toimu, esitada sellekohane selgitus.</p> | <p>Üldiselt ei lisandu, küll aga võivad insuldiüksused vajada taristu täiendamist vastavalt ESO soovitsutele insuldiüksuste rajamiseks: EKG telemeetria, patsiendi jälgimismonitorid, intermiteeruv pneumaatiline kompressioonivahend, jne. Nende vahendite puhul v. a EKG telemeetria, ei ole hetkel tegemist eraldi teenusega. EKG telemeetria süsteem on vajalik eluohtlike ja teiste südame rütmihäirete avastamiseks insuldiga patsiendil ja on juba kasutusel akuutse insuldiga patsiendil. Intermiteeruv pneumaatiline kompressioonivahend on ainuke tõestatud meetod süvaveenitromboosi ennetamiseks, kuid ei ole hetkel eraldi teenus.</p> |
| <p>10.6 Alternatiivse raviviisiga kaasnevad (samaaegselt, eelnevalt või järgnevalt) vajalikud tervishoiuteenused (mida ei märgita taotletava teenuse raviarvele), soodusravimid, ja meditsiiniseadmed <u>isiku kohta ühel aastal</u>. Vastamisel lähtuda punktis 10.5 toodud selgitustest.</p> | <p>Sisehaiguste voodipäeva teenuses ei ole piisavalt kajastatud personalimahukad tegevused, mida eraldi raviarvele ei märgita. Praegu statsionaaris rakendatav sisehaiguste voodipäeva (tervishoiuteenuste loetelu kood 2065) hind ei kata piisavalt kulutusi, mis on vajalikud tagamaks mitmeid mutidistsiplinaarse meeskonna tegevusi insuldipatsiendi käsitlemisel: patsiendi korduv arstlik läbivaatus koos neuroloogiliste hindamisskaalade kasutamisega, suhtlemine patsiendi lähedastega; õenduslike jälgimisprotokollide järgimine koos eluliste näitajate regulaarse hindamisega (sh neelamise hindamine, patsiendi kaalumine), kognitiivse häire ja/või kõnehäire ja/või liikumispuudega patsiendi jälgimine (k.a rahutute ja segasusseisundiga haigete turvalisuse tagamine, jälgimine ja ennetustegevused), toitmisravi, muud täiendavad tegevused ja protseduurid (süvaveenitromboosi profülaktika, sh intermiteeruva pneumaatilise kompressioonivahendi kasutamine, jne); patsiendi hooldus ja põetus, sh lamava patsiendi hügieenitoimingute sooritamine ja üldpesu (sh patsientidel, kes vajavad toetust lisahapnikuga); patsiendi varane mobiliseerimine ja asendravi; meeskonnakoosolekud ja igapäevased õenduse- ja tugipersonali meeskonnaviisiidid.</p> |
| <p>10.7 Kas uus tervishoiuteenus omab teaduslikult tõendatult erinevat mõju töövõimetusle kestvusele võrreldes alternatiivse raviviisiga? Kas töövõimetusle kestuse osas on publitseeritud andmeid teaduskirjandusest ning kas raviviiside vahel saab väita erinevust?</p> | <p>Töövõimetuslele mõju ei ole eraldi analüüsitud, kuna patsiendid ei ole suuremas osas töövõimelises eas. Tööealise isiku ravi insuldiüksuses tagab läbi parema hilistulemise tõenäoliselt ka kiirema tööle naasmise, aga kinnitavaid uuringuid selleks ei ole.</p> |
| <p>10.8 Kui jah, siis mitu päeva viibib isik</p> | <p>Mitte kohaldatav</p> |

| | |
|---|--|
| töövõimetuslehel taotletava teenuse korral ning mitu päeva viibib isik töövõimetuslehel alternatiivse raviviisi korral? | |
|---|--|

11. Kulud ja kulutõhusus

11.1 Taotletava tehnoloogia või ravimi maksumus

Esitada taotletavatehнологia maksumus. Ravimi maksumuse info palume edastada juhul, kui ravimil puudub Eestis müügiluba ja/või müügilohoidja esindaja. Sellisel juhul palume esitada ravimi maksumuse koos täpsustusega, millise hinnaga on tegu (ravimi maaletoomishind, hulgimüügi väljamüügihind, lõplik hind haiglaapteegile koos käibemaksuga).

Väli on kohustuslik kui taotluse eesmärgiks on „Uue tehnoloogia lisamine loetelus olemasolevasse teenusesse“

Ei ole kohaldatav

11.2. Tervishoiuökonomilise analüüsi kokkuvõte

Juhime tähelepanu, et vastavalt määruse⁸ §9lg4 peab ravimi müügilohoidja ühe kuu jooksul pärast ravimiteenusega seotud taotluse avaldamist haigekassa veebilehel esitama ravimi kasutamise farmakoökonomilise analüüsi, mis on koostatud vastavalt haigekassa veebilehel avaldatud Balti riikide juhisele ravimi farmakoökonomiliseks hindamiseks⁹, välja arvatud juhul, kui on mõjuv põhjus jätta see esitamata. Seega kui taotluse eesmärgiks on „Uue ravimiteenuse lisamine loetellu“ või „Uue ravimikomponendi lisamine olemasolevasse ravimiteenusesse“, tervishoiuökonomilist analüüsi taotlejal vaja esitada ei ole. Majandusliku analüüsi kokkuvõtte esitamine on soovituslik uue tehnoloogia lisamisel loetellu.

Ei ole kohaldatav

11.3 Rahvusvahelised kulutõhususe hinnangud taotletava teenuse (v.a ravimid) näidustuse lõikes

Maksimaalselt palume kajastada 6 hinnangut.

| 11.3.1 Kulutõhususe hinnangu koostanud asutuse nimi | 11.3.2 Hinnangu avaldamise aasta | 11.3.3 Lühikokkuvõtte kulutõhususest <i>Kas raviviis on hinnatud kulutõhusaks? Palume välja tuua, milline on taotletavast teenusest saadav lisakasu. Näiteks mitu täiendavat eluaastat (life year gained, LYG) või kvaliteedile kohandatud eluaastat (quality adjusted life year, QALY) võidetakse taotletava teenusega või kui palju tüsistusi või meditsiinilise probleemi taasteket võimaldab uus teenus ära hoida. Milline on täiendkulu tõhusus määr (ICER) võidetud tervisetulemi kohta?</i> |
|---|----------------------------------|---|
| EV Haigekassa | | |
| | | |
| | | |

⁸ Vabariigi Valitsuse määrus“ Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu kriteeriumide täpsem sisu ning kriteeriumidele vastavuse hindajad, tervishoiuteenuste loetelu hindamise tingimused ja kord, tervishoiuteenuste loetelu komisjoni moodustamine ja töökord ning arvamuse andmise kord“

⁹ Kätesaadav:

https://www.haigekassa.ee/sites/default/files/balti_juhis_ravimite_farmakoekonomiliseks_hindamiseks.pdf

11.4 Hinnang isiku omaosaluse põhjendatusele ja isikute valmisolekule tasuda ise teenuse eest osaliselt või täielikult

Esitatakse isiku omaosaluse vajalikkus ja maksmise võimalused. Omaosaluse vajadusel lisatakse omaosaluse %.

Omaosaluse valmisoleku esitamisel arvestada Ravikindlustuse seaduse § 31 lõikes 3 sätestatud ning selgitada: 1) kas teenuse osutamisega taotletav eesmärk on saavutatav teiste, odavamate meetoditega, mis ei ole seotud oluliselt suuremate riskidega ega halvenda muul viisil oluliselt kindlustatud isiku olukorda; 2) kas teenus on suunatud pigem elukvaliteedi parandamisele kui haiguse ravimisele või kergendamisele; 3) kas kindlustatud isikud on üldjuhul valmis ise teenuse eest tasuma ning millest nende otsus sõltub.

Ei ole omaosalust

12. Tervishoiuteenuse väär- ja liigkasutamise tõenäosus ning kohaldamise tingimused

| | |
|--|--|
| 12.1 Tervishoiuteenuse väärkasutamise tõenäosus <i>Esitatakse andmed teenuse võimaliku väärkasutamise kohta (kas on võimalik, mil moel). Nt. risk, et tervishoiuteenust kasutatakse valel patsiendil, mitte piisavat erialast kompetentsi omava tervishoiutöötaja või tugispetsialisti poolt.</i> | Pole tõenäoline, vajalik jälgida kriteeriume (kesk- ja piirkondlikud haiglad, piiratud insuldi diagnoosiga). |
|--|--|

| | |
|--|-----------------|
| 12.2 Tervishoiuteenuse liigkasutamise tõenäosus <i>Esitatakse andmed teenuse võimaliku liigkasutamise kohta (kas on võimalik, mil moel). Nt. ravi ei lõpetata progressiooni ilmnemisel, ravi alustatakse varem, kui eelnevad ravimeetodid on ära proovitud.</i> | Ei ole tõenäone |
|--|-----------------|

| | |
|---|----------------------------|
| 12.3 Patsiendi isikupära ja eluviisi võimalik mõju ravi tulemustele <i>Kas patsiendi sugu, vanus, eluviis vms omab mõju ravi tulemustele? Kui jah, tuua välja faktor ja tema mõju.</i> | Ei ole, ei sõltu teenusest |
|---|----------------------------|

| | |
|--|--|
| 12.4 Kas tervishoiuteenuse ohutu ja optimaalse kasutamise tagamiseks on vajalik kohaldamise tingimuste sätestamine | Vajalik sätestada vastavalt tingimustele |
|--|--|

12.5 Tervishoiuteenuse kohaldamise tingimused
Kui 12.4 on vastatud jaatavalt, palume sõnastada teenusega seotud rakendustingimused, mis aitaksid tagada tervishoiuteenuse ohutut ja optimaalset kasutust.

Insuldiravi voodipäev kesk- ja piirkondlikus haiglas, (ITK, LTKH, IVKH, Pärnu Haigla, PERH, TÜK), erakorraline insuldiga patsient (I60-I64), 10 päeva (põhjendatud juhtudel võimalus perioodi pikendada).

13. Kasutatud kirjandus

Kasutatud kirjandusallikate viide esitatakse järgmiselt:

Esimene autor. Artikli nimetus. Väljaandja (artikli puhul ajakirja, -lehe nimi; raamatu puhul kirjastuse nimi), ilmumise aasta, kuu ning ajakirja puhul selle number, lehekülgede numbrid.

Nt: Pouwer F et al. Association between symptoms of depression and glycaemic control may be unstable across gender. Diabetic medicine: a journal of the British Diabetic Association, 2001, Jul;18(7), 595-598.

Võimalusel esitatakse lisaks veebilink. Kui elektroonilisi viiteid ei ole võimalik esitada, esitatakse taotlusega koos viidatud materjalidest elektroonsed või paberandmed koopiaid.

Jauch, E. C. et al. (2013) 'Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: A guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American

Stroke Association', *Stroke*, 44(3), pp. 870–947. doi: 10.1161/STR.0b013e318284056a.

Kõrv, L. *et al.* (2021) 'High incidence of stroke in young adults in Tartu, Estonia, 2013 to 2017: A prospective population-based study', *European Journal of Neurology*, 28(6), pp. 1984–1991. doi: 10.1111/ene.14812.

Lahr, M. M. H. *et al.* (2012) 'Proportion of patients treated with thrombolysis in a centralized versus a decentralized acute stroke care setting', *Stroke*, 43(5), pp. 1336–1340. doi: 10.1161/STROKEAHA.111.641795.

Langhorne, P. (2013) 'Organised inpatient (stroke unit) care for stroke', *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013(9). doi: 10.1002/14651858.CD000197.pub3.

Langhorne, P. and Ramachandra, S. (2020a) 'Organised inpatient (stroke unit) care for stroke: network meta-analysis', *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2020(4). doi: 10.1002/14651858.CD000197.pub4.

Langhorne, P. and Ramachandra, S. (2020b) 'Organized Inpatient (Stroke Unit) Care for Stroke: Network Meta-Analysis', *Stroke*, 4(4), pp. E349–E350. doi: 10.1161/STROKEAHA.120.030825.

Lozano, R. *et al.* (2012) 'Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010', *The Lancet*, 380(9859), pp. 2095–2128. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61728-0.

Murray, C. J. L. *et al.* (2012) 'Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010', *The Lancet*, 380(9859), pp. 2197–2223. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61689-4.

Norrving, B. *et al.* (2018) 'Action Plan for Stroke in Europe 2018–2030', *European Stroke Journal*, 3(4), pp. 309–336. doi: 10.1177/2396987318808719.

Powers, W. J. *et al.* (2019) *Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: 2019 update to the 2018 guidelines for the early management of acute ischemic stroke a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association*. doi: 10.1161/STR.0000000000000211.

Ringelstein, E. B. *et al.* (2013) 'European stroke organisation recommendations to establish a stroke unit and stroke center', *Stroke*, 44(3), pp. 828–840. doi: 10.1161/STROKEAHA.112.670430.

Ringleb, P. A. *et al.* (2008) 'Guidelines for management of ischaemic stroke and transient ischaemic attack 2008', *Cerebrovascular Diseases*, 25(5), pp. 457–507. doi: 10.1159/000131083.

Steiner, T. *et al.* (2014) 'European Stroke Organisation (ESO) guidelines for the management of spontaneous intracerebral hemorrhage', *International Journal of Stroke*, 9(7), pp. 840–855. doi: 10.1111/ijvs.12309.

Turc, G. *et al.* (2019) 'European Stroke Organisation (ESO)- European Society for Minimally Invasive Neurological Therapy (ESMINT) guidelines on mechanical thrombectomy in acute ischemic stroke', *Journal of neurointerventional surgery*, 11(6), pp. 535–538. doi: 10.1136/neurintsurg-2018-014568.

Vibo, R., Kõrv, J. and Roose, M. (2007) 'The Third Stroke Registry in Tartu, Estonia, from 2001 to 2003', *Acta Neurologica Scandinavica*, 116(1). doi: 10.1111/j.1600-0404.2006.00773.x.

Waje-Andreassen, U. *et al.* (2018) 'European Stroke Organisation certification of stroke units and stroke centres', *European Stroke Journal*, 3(3), pp. 220–226. doi: 10.1177/2396987318778971.

| | |
|--|-------------------|
| Taotluse esitamise kuupäev | 28.11.22 |
| Taotleja esindusõigust omava isiku nimi ja allkiri <i>Elektroonsel esitamisel allkirjastatakse dokument digitaalselt ning nime alla lisatakse järgmine tekst "(allkirjastatud digitaalselt)".</i> | <i>Pille Taba</i> |

Kaastaotleja esindusõigust omava isiku nimi ja allkiri

Kui taotlus esitatakse mitme erialaühenduse poolt, tuleb taotlus allkirjastada ka kaastaotleja poolt.

Elektroonsel esitamisel allkirjastatakse dokument digitaalselt ning nime alla lisatakse järgmine tekst "(allkirjastatud digitaalselt)".