

Tervishoiuteenuste loetelu komisjoni koosoleku kokkuvõte

Toimumiskoht: MS Teams videokonverents

27.04.2022

Algus kell 14.00, lõpp kell 16.52

Juhatas: Mikk Jürisson (Tartu Ülikool)

Võtsid osa: Kristi Rekand (Eesti Puuetega Inimeste Koda)
Piret Rospu (Eesti Perearstide Selts)
Toomas Sillakivi (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline kirurgiliste erialade nõunik)
Sergei Nazarenko (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline kliinilis-konsultatiivsete erialade nõunik)
Kersti Esnar (Sotsiaalministeerium)
Kersti Reinsalu (Eesti Haiglate Liit)
Raine Pilli (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline psühhiaatria eriala nõunik)
Gerli Liivet (Eesti Õdede Liit)
Tiina Sats (Eesti Haigekassa)
Vallo Volke (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline sisemeditsiini erialade nõunik)

Puudusid: Taavo Seedre (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline hambaarstide erialade nõunik)
Ragnar Vaiknemets (Terviseamet)

Kutsutud: Külli Friedemann (Eesti Haigekassa)

Protokollija: Kadri Popilenkov (Eesti Haigekassa)

Päevakord:

1. 01.04.2022 TTL-i muudatuste tutvustus
2. Esmatasandi teenused TTL-is al 01.07.2022
3. Taotluste arutelu

Taotluse nr	Taotluse nimetus
1503	Rinnavähi koe geeniekspressioonanalüüs adjuvantse keemiaravi raviotsuseks
1519	Anaalmanomeetria

4. Eriõe pilootprojekti kokkuvõte
5. Psühhiaatria tulemustasu rakendamise sätted ravi rahastamise lepingus
6. Kohtu poolt määratud psühhiaatriline sundravi
7. Endoproteesimise juhtprojekt

1. 01.04.2022 TTL-i muudatuste tutvustus

Haigekassa tegi ülevaate TTL-i muudatustest, mis rakendusid alates 1. aprillist 2022.

Eriarstiabi:

1. tervishoiutöötajate kollektiivlepingust tulenev palgakomponendi tõstmine;
2. taastusravi eriala teenuste nüüdisajastamine (teenuste hinnad, rakendustingimused, meeskonnatöö teenuse ja kõrgtehnoloogiliste seadmete valmisolekutasude lisamine, funktsioone toetava statsionaarse taastusravi omaosaluse kaotamine);
3. 18 suurema rahalise mõjuga operatsiooni lisavahendi maksumuste korrigeerimine tulenevalt sellest, et hankehinnad on muutunud;
4. üldkulude ülevaatamine (personali koolituskulu, ruumide ülalpidamiskulud, toitlustamise kulud).

Esmatasandi olulisimatest muudatustest (nt kopsuvähi sõeluuringu pilootprojekt) on komisjoni varasemalt informeeritud. Muudatuste lisakulu kokku koos kiirabi ja arst-residentide palgakomponendi muudatuse, esmatasandi ja ravimite muudatustega 2022. aastaks on 51,19 miljonit eurot.

Komisjoni arvamus

Komisjonil küsimusi ei olnud ja informatsioon võeti teadmiseks.

2. Esmatasandi teenused TTL-is al 01.07.2022

Haigekassa tegi ülevaate esmatasandi teenuste muudatustest, mida on plaanis rakendada TTL-is alates 1. juulist 2022:

1. gripivaktsiini sihtrühma laiendamine (kuni 7-aastased lapsed, k.a, kõrgendatud tervise seisundi riskiga 8-19-aastased (k.a) lapsed ja noorukid, rasedad) lisakuluga 145 800 eurot;
2. võimaldada teenusele „Transkraniaalse alalisvooluga stimulatsiooni seanss“ saamine ka perearsti suunamisel, lisakulu ette ei nähta ja teenuse kättesaadavus paraneb;
3. osa perearsti üksik- ja grupipraksiste puhul (kes ei ole tervisekeskuses) teraapiafondi maht 3% pearahast ei taga teenuste kättesaadavust kogu nimistule, mistõttu on plaan neil tõsta teraapiafondi maht 10%-ni pearahast, muudatuse lisakulu on 300 000 eurot;
4. tubakast loobumise nõustamise teenuse lisamine TTL-i (nõustamise protsess tervikuna koosneb 5-6 seansist, esmane seanss 45-60 min (kontaktnõustamine), järgnevad 15 min (võib olla kaugvastuvõtt)), eesmärk on, et ka kopsuvähi skriiningprogrammi tulevad suitsetavad inimesed saaksid lisaks ka tubakast loobumise nõustamise teenuse;
5. eriõde teenuse rakendamine, mida käsitletakse eraldi päevakorrapunktina.

Komisjoni arvamus

Komisjonil küsimusi ei olnud ja informatsioon võeti teadmiseks.

3. Taotluste arutelu

Taotlus nr 1503 – Rinnavähi koe geeniekspressioonanalüüs adjuvantse keemiaravi raviotsuseks

Taotluse kokkuvõte

Taotleja: Eesti Onkoteraapia Ühing

Taotluse sisu: Taotluse eesmärk on uue teenuse „Rinnavähi koe geeniekspressioonanalüüs adjuvantse keemiaravi raviotsuseks“ lisamine loetellu. Rinnavähk jaguneb positiivsete hormonaalsete retseptorite korral (hormoonpositiivne rinnavähk) bioloogiliselt kaugemetastaaside tekke osas madala riskiga ja kõrge riskiga juhtudeks. Madala riski korral piisab täiendavast hormoonravist, kõrge riski korral on vajalik lisaks hormoonravile ka keemiaravi. Rinnavähi geeniekspressiooni test võimaldab eristada

madala ja kõrge riski ravijuhud (kasvajakoe geeniekspressiooni analüüsid eristavad erinevaid rinnakartsinoomi molekulaarseid tüüpe, aidates iseloomustada erinevate kasvajate prognoosi), aidates vältida asjatut keemiaravi madala riskiga juhtudel. Eesmärk on vältida mittevajalikku adjuvantset keemiaravi, elimineerides sellega kaasnevad toksilisused, töövõimekao ja nendega seotud finantskulud. Taotlus on esitatud MammaPrint testi (tootjafirma Agendia) andmete põhjal, kuid võib olla hiljem rakendatav ka teiste analoogsete testide kasutamisel.

Teenuse meditsiiniliseks näidustuseks on patsiendid hormoonpositiivse ja HER2 negatiivse invasiivse rinnakartsinoomiga algkolde levikuulatusega pT1-T2 või opereeritava pT3, 0-3 aksillaarse lümfisõlme metastaasiga, M0 kaugmetastaaside staatusega operatsioonijärgse adjuvantse keemiaravi ravivajaduse otsustamiseks.

Teenust on seni Eestis osutatud patsientide enda kulul alates 2018. aastast (kokku ca 15 patsienti).

Olemasolevate andmete kokkuvõte ja tõenduse kiirülevaade (komisjoni analüüs)

MammaPrint on rinnavähi koe geeniekspressiooni analüüsil põhinev prognoosi hindamise test, mida soovitatatakse kasutada T1 või T2 staadiumi östrogeen-retseptor positiivse või negatiivse rinnavähi diagnoosiga naistel keemiaravi vajalikkuse üle otsustamiseks pärast kirurgilist ravi. MP on geenitest, mille abil hinnatakse 70 geeni ekspressiooni vähikoos ja mis aitab hinnata varase rinnavähi retsidiiveerumise riski 10 aasta jooksul. Testi rakendatakse koos tavauuringutega T1 või T2 staadiumi invasiivse <5cm paikme ja kuni 3 lümfisõlme haaratuse puhul pärast kirurgilist ravi. Eesmärgiks on raviotsuse tegemine. Kui selgub, et tegemist on madala retsidiivi riskiga, ei ole järgneval keemiaravil ehk adjuvantravil mõtet, kuna kaugtulemused on sarnased raviga ja ilma ravita.

On ka teisi analoogseid teste, näiteks Oncotype DX ja Prosigna (PAM50), Endopredict, Breast Cancer Index. Oncotype DX, mis on kasutusel vaid hormoonretseptor-positiivsetele juhtudele, tõendusbaas on pisut laiem ja see on kasutusel esmavalikuna. MammaPrint peaks olema samaväärne alternatiiv.

Uuringud jagunevad kaheks, osad näitavad selle ennustusväärtust võrrelduna teiste testidega (Oncotype DX), teised selle kliinilist kasu keemiaravi ärajätmiseks nendel, kellel sellest kasu ei ole.

1. Maroun, et al 2015 ASCO kongressi abstrakt, kus ühe uuringukeskuse 86 järjestikusel hormoonpositiivse rinnavähi patsiendil võrreldi Oncotype DX, MammaPrint, TargetPrint ja Blueprint ennustusväärtusi omavahel. Vastavalt ODX skoorile said patsiendid kas kemoterapiat+hormoonravi või ainult hormoonravi. Leiti, et 50 ODX madala riskiga patsiendil vaid 33 (66%) oli ka MP-l madal risk, 9st ODX kõrge riskiga patsiendist 7-l (79%) oli ka MP-l kõrge risk. Kui ODX annab ka keskmise riski, siis MP vaid madala ja kõrge. Keskmise riskiga ODX patsientidest (n=27) pooled andsid MP-l madala ja pooled kõrge riski. Järeldati, et nende kahe testi tulemustes on olulised erinevused, mis võivad mõjutada raviotsuseid. Mõlemat on vajalik valideerida, et vältida patsientide väärklassifitseerimist. Väike valim, eelretsenseerimata töö. Tõendus nõrk.
2. Xin, et al 2017 ülevaateartikkel Oncotype DX ja MP kliinilisest kasust. Artikkel avaldati seoses sellega, et American Joint Committee on Cancer (AJCC) avaldas uue rinnavähi klassifikatsiooni, mis koosneb kahest osast ja mille esimene, anatoomiline osa on traditsiooniline (tuumori suurus T, lümfisõlmede haaratus N, metastaseerumine M), kuid teine, prognostiline osa koosneb erinevatest markeritest nagu HER2, östrogeen-retseptor ja progesteron-retseptor. Autorid andsid ülevaate ODX ja MPst. ODX määrab erinevate geenide ekspressiooni kasvajakoes ja riskihinnang põhineb nende geenide mõju kaalutud summal. ODX ennustusväärtust on hinnatud erinevates uuringutes ja näidatud, et madala, keskmise ja kõrge riskiskooriga patsientide 10-aasta retsidiivide avaldumus oli vastavalt 7, 14 ja 31%, kusjuures ODX prognoosis paremini kui tuumori suurus ja patsiendi vanus koos (stat oluline erinevus). Lisaks on näidatud stat olulist seost rinnavähi suremuse riskiga. Lisaks on uuritud ODX riskiskoori kliinilist kasu ja näidatud selle sensitiivsust hormoonpositiivse rinnavähi kemoterapia tulemustele. Näiteks TAILOR-uuringus (Sparano, et al 2015) hormoonpositiivsete ja HER-2 negatiivsete patsientide ravis näidati, et väga madala (<11%)

geneetilise riskiskooriga patsientidel oli ka ilma kemoterapiata väga head 5-a ravitulemused, nagu 98% üldelulemus. AJCC andis sellele toetudes ODX-ile 1. astme tõenduse hinnangu ja soovitus. Mammaprint arendati Hollandis ja koosneb 70 geenist, mis on seotud metastaseerumisega, interstitsiaalse kasvu ja angiogeneesiga ja näitab kas head või halba prognoosi. Esimestes uuringutes näidati seost 5-a metastaseerumise ja surma riskiga. Halva prognoosiga rühmas saadi 10. aastaks kemoterapiaga metastaseerumise riski vähenemine, mille alusel seoti MP ka ravisoovitusena. Esimene suurem uuring oli RASTER (Drukker, et al 2013), kus võrreldi MP Adjuvant Online-ga, mis hindab riski traditsiooniliste riskifaktorite alusel ja kus näidati MP head 5-a ennustusvõimet madala geeniriski korral sõltumata AOL tulemustest. Edasi näidati, et MP ennustusvõime ületab oluliselt lümfisõlmedesse leviku, histoloogilise leiu ja östrogeen-retseptori staatuse prognoosi hindamisel. MINDACT (Cardoso, et al 2016, Piccart et al 2021) on viimane suurem prospektiivne uuring (vt all). Selle uuringu tulemusel kinnitas testi ka FDA. Teostatud on ka MP ja ODX otsene võrdlus (Fan, et al 2006) (n=295), kusjuures testimisel võrdsustati ODX madal ja keskmine risk MP hea prognoosiga. Leiti tulemuste 81% kattuvus, mis oli parem madala riskiga juhtude osas. Prat, et al 2012 võrdles MP ennustusväärtust PAM50ga (Prosigna) ja näitas head ennustusvõimet. Autorid järeldavad, et nii MP kui ODX on hea ennustusvõimega eeskätt madala retsidiivi riskiga juhtude osas ja see võimaldab vältida kemoterapiat neil, kes sellest olulist kasu ei saa. Vaatamata testide kõrgele hinnale (3500-4300 \$) on need osutunud erinevatel hinnangutel ka kuluefektiivseks, kuna aitavad vältida kallist keemiaravi. Augustovski, et al 2015 näiteks näitas metanalüüsis, et 29% raviotsustest on ODX abil muudetud, mis on seotud keemiaravi 12% vähenemisega. Exner, et al 2015 näitas raviotsuste muutumist 19% juhtudest MP abil.

3. Piccart, et al 2021 MINDACT 3. faasi RCTs (n=6693, primaarse invasiivse rinnavähiga T1 või T2 staadiumis, kuni 3 lümfisõlme haaratusega, 18-75 a.), mille eesmärgiks oli hinnata, kas kõrge kliinilise ja madala geneetilise riskiga rinnavähi patsiendid saavad kasu MPst ehk kas keemiaravi ärajätmisel on nende kaugtulemused võrreldavad keemiaravi saanutega. Juhul kui on, siis on MPst kasu, kuna geeniriski hindamine aitab vältida üleravi. Määrati uuritavate kliiniline risk Adjuvant Online abil ja geneetiline risk MPga. Uuritavad, kellel olid mõlemad riskihinnangud madalad, ei saanud keemiaravi. Patsiendid, kelle mõlemad riskihinnangud olid kõrged, said keemiaravi. Diskordantsete tulemustega (madal kliiniline ja kõrge geneetiline või kõrge kliiniline ja madal geneetiline risk) randomiseeriti 1:1 keemiaravi ja keemiaravi puudumise rühma. Rühmi ravi staatusele ei pimendatud. Esmaseks tulemusnäitajaks oli 5 aasta metastaasivaba elulemus kõrge kliinilise ja madala geneetilise riski rühmas, ja eelduseks oli nende kõrge 5 aasta elulemus, mis oleks võrreldav keemiaravi saanutega (eesmärgiks oli 95%CI alumise piiri tase >92%, nn non-inferiority margin). Tänapäevaks on avaldatud 9 aasta jälgimistulemused. Selgus, et nagu eeldatud, jäid diskordantsete riskidega grupi elulemusnäitajad kõrge riski grupi ja madala riski grupi vahele, erinevused olid statistiliselt olulised. Kõrge kliinilise riskiga, kuid madala geeniriskiga naistel, kes ei saanud keemiaravi (esmane uurimisrühm, n=644, protokollijärgne analüüs) oli kaugmetastaasivaba elulemus 5 a pärast 95,1% (95%CI 93,1-96,6) ja võrreldav nendega, kes keemiaravi said. Ravijärgimuse analüüsis oli samas rühmas rohkem uuritavaid (n=748) ja siin olid tulemused pisut kehvemad: 8-aasta metastaasivaba elulemus keemiaravi rühmas oli 92% ja ravi puudumise rühmas 89,4% (stat ebaoluline erinevus). See tähendab, et kemoterapia efektiivsus selles rühmas oli statistiliselt ja kliiniliselt ebaoluline ja andis keemiaravi inkrementaalseks kasuks vaid 2,6 protsendipunkti (kliiniliselt oluliseks loetakse 5% erinevust). Samas selgus, et erinevus sõltub vanusest ja on suurem (kuni 5%) noorematel, alla 50-aastastel naistel, kes seega keemiaravist siiski kasu võivad saada. Juhul kui selles vanuses keemiaravi lisada, tuleb aga arvestada ovaariumeid supresseeriva toimega. Riskide erinevus on aga väiksem vanematel, >50-aastastel madala geneetilise riskiga naistel, kellel keemiaravi ärajätmine on seetõttu näidustatud. Samas, kui arvutati elulemuse HR, tuli see rühmade vahel üllatavalt madal, näidates statistiliselt olulist erinevust HR=0,66 (95% CI 0,48-0,92). Põhjus võib peituda kohandamises segavatele

teguritele, aga seda tulemust hiljem interpreteerimisel arvesse ei võetud. Statistiliselt olulist erinevust keemiaravi saanute ja mittesaanute vahel ei leitud ka haigusvabas elulemuses ega üldelulemuses. Kokkuvõttes näitab uuring, et naistel, kellel on kõrge kliiniline, aga madal geneetiline risk retsidiiviks, on hea 5-9 aasta metastaasivaba elulemus ka ilma adjuvantse keemiaravita. Seega on geneetilise riski määramine rinnavähiga naistel oluline. Mammaprindi kasutus aitab teha raviotsust, et vältida kemoterapia üleravi madala geeniriskiga rinnavähi diagnoosiga naistel. Uuringust ei selgu, milline on selle testi sensitiivsus kõrge geeniriskiga naiste leidmiseks. Samas selgus, et on olemas ka 21-geeni test, mida siin ei uuritud ja mille andmeid ei ole esitatud. Ei ole selge, kas ka seda kasutatakse ja milline on selle sensitiivsus. Tõendus tugev.

4. Yao, et al 2022 Scientific Reports (Nature) ülevaateartikkel ODX, MP ja E2F4 geenitestide prognoosiväärtusest on samuti toetav ja pakub variante individuaalsete riskihinnangu te täpsustamiseks.

Ravijuhised

ODX on soovitatud NCCN, ESMO, ASCO, St Galleni Grupi ja EGTM poolt, MammaPrint ESMO, St Galleni Grupi, EGTM (1A), NCCN (level 1 evidence) ja ASCO (evidence high, recommendation strong) poolt.

1. Cardoso, et al 2019 Early breast cancer, ESMO Clinical Practice Guidelines: Geeniekspressiooni profiilid nagu MammaPrint, Oncotype DX Recurrence Score, Prosigna (PAM 50), Endopredict ja Breast Cancer Index, *may be used to gain additional prognostic and/or predictive information to complement pathology assessment and to predict the benefit of adjuvant ChT*. Kõik testid on näidustatud ER-positiivse rinnavähi prognoosi hindamiseks, Mammaprindil nii ER-positiivse kui negatiivse vähi juhtudel. Oncotype ja Mammaprindil tõendatusse tase/soovitus 1A, Prosigna ja Endopredict 1B.
2. Krop, et al 2017 ASCO Clinical Practice Guideline biomarkerite kasutusest adjuvantravi määramisel. Kui patsiendil on ER-positiivne, HER2-negatiivne, lümfisõlmedesse levimata rinnavähk, võib Mammaprindi kasutada kõrge kliinilise riskiga patsientidel, et vältida mittevajalikku keemiaravi hea prognoosiga haigetel (tõendus tugev, soovitus tugev, MINDACTi tulemuste alusel).
3. Harris, et al 2016 ASCO Clinical Practice Guideline biomarkerite kasutusest adjuvantravi määramisel: sama soovitus anti Oncotype DX-le (tõendus tugev, soovitus tugev, TAILORx uuringu alusel), Endopredictile (tõendus keskmine, soovitus mõõdukas), Breast Cancer Indexile (keskmine, mõõdukas). Kõik soovitusel puudutasid erinevaid vähi vorme. Samuti anti negatiivseid soovitusi.
4. Gradishar, et al 2019 NCCN breast cancer guidelines väidab, et kõik 4 testi (ODX, MP, PAM50, Breast Cancer Index) on tugeva tõendusega testid, aga prognoostilise väärtuse poolest T1–3 HR+/HER2– tuumoritele eelistatakse Oncotype-i (vt joonis). Oncotype ja Mammaprindil tõendatusse tase/soovitus 1A.

Kokkuvõttes on tegemist suurtes prospektiivsetes uuringutes valideeritud testidega, mille ennustusväärtus on hea ja mida soovivad ka juhtivad ravijuhised. Testid võivad olla ka kuluefektiivsed, kuna aitavad vältida kemoterapia üleravi, aga selliste uuringute tulemuste üldistatavus on piiratud. Tegemist on erinevate testidega, nagu Mammaprindil, Oncotype DX, Prosigna, E2F4, Endopredict, Breast Cancer Index ja mitte ühe tootja testiga. Kui kaaluda klassipõhist rahastamist, tuleks need geenitestid eristada teistest biomarkeritest (östrogeeni ja progesterooni retseptor, epidermise kasvufaktori retseptor HER2, PD-L1, BRCA test). Võib kaaluda „geeniekspressiooni analüüs adjuvantravi määramiseks“ vms, aga peaks küsima eksperdi arvamust. Vajalik eksperthinnang ja kuluefektiivsuse/eelarvemõju hindamine.

Diskussioon

Toodi välja, et teenuse tõendus on piisav. Teenus aitab keemiaravi ära hoida naistel, kes kliiniliste tunnuste alusel seda saaksid, aga madala riski tõttu tegelikult ei vaja. Tekib kokkuhoid ravikuludes ning vähendab patsientide kannatusi. Leiti, et teenuskood ei tohiks olla tootjapõhine, vaid samatüübilised testipaneelid läheksid ühe teenuse alla – nt geeniekspressioonanalüüs adjuvantravi määramiseks.

Komisjoni arvamus

Komisjon tegi haigekassale ettepaneku:

- tellida eksperthinnang (sh hinnang klassipõhisele mitte tootjapõhisele rahastamisele);
- koostada kulutõhususe ja eelarvemõju hinnang.

Seejärel tuua taotlus uuesti komisjoni arutelule. _

Taotlus nr 1519 – Anaalmanomeetria

Taotluse kokkuvõte

Taotleja: Tallinna Kirurgide Selts

Taotluse sisu: Taotluse eesmärk on uue uuringuteenuse „Anaalmanomeetria“ lisamine loetellu. Anaalmanomeetria on näidustatud pärasoole sulgurlihaste anatoomiliste või funktsionaalsete häirete puhul, samuti ravi efektiivsuse hindamisel. Uuring võimaldab objektiivselt mõõta rõhkusid sulgurlihastes vastavalt protokollile. Objektiivsetele näitajatele toetudes saab parandada diagnostikat ning ravi efektiivsust. Peamisteks näidustusteks on:

- sulgurlihase puudulikkus, fekaalinkontinents;
- sulgurlihase sünnitusjärgne või muu etioloogiaga trauma (nt operatsioonijärgne);
- sulgurlihase spasm;
- sulgurlihase funktsionaalsed häired (nt paradoksaalne kontraktsioon);
- pärasoole tundlikkuse häired.

Tegemist on ambulatoorse uuringuga, mida teostab proktoloogiale spetsialiseerunud arst ja uuringuks kulub ca 30 minutit. Uuringuks kasutatakse THD Anopressi aparati ja ühekordset Anopressi otsikut. Uuringu tulemust kuvatakse arvutiekraanile ning tulemust interpreteeritakse kas vahetult uuringu järgselt patsiendi juuresolekul või hiljem uue ambulatoorse konsultatsiooni ajal.

Seni Eestis uuringut teostatud ei ole, kuid täisvalmidus on olemas Lääne-Tallinna Keskhaiglal.

Olemasolevate andmete kokkuvõte ja tõenduse kiirülevaade (komisjoni analüüs)

Esitatud tõendusmaterjal oli valdavalt kirjeldav ja soovituslik. Testi valiidsust puudutavaid uuringuid ei esitatud.

Uuringud

1. Lam, et al 2013 prospektiivne uuring (n=113 kõhukinnisusega naispatsienti 3. taseme keskusest), kellele tehti kliiniline läbivaatus, AM ja anaalendosonograafia. 100 patsiendil oli idiopaatiline kõhukinnisus, 8 neuroloogiline häire, 5 muud seisundid. Kliinilisel (digitaalsel) läbivaatusel leiti 25% idiopaatilise kõhukinnisusega patsiendil vaagnapõhja hüpertoonia (düssünergiline vaagnapõhi) ja 15 rektotseele. 37-st idiopaatilise kõhukinnisusega patsiendist leiti kliinilisel läbivaatusel rektotseele ja hüpertooniline vaagen. Lisanduvad uuringud (AM, anaalendosonograafia) ei näidanud erinevusi evakuatsiooniraskustega, rektotseelega või hüpertooniaga patsientide osas. Järeldati, et lisauuringutes lisanduv tervisekasu on minimaalne ja need tuleks jätta erijuhtudeks. Tõendus mõõdukas-nõrk.
2. Grossi, Carrington, et al 2016 läbilõikeline võrdlusuuring anaalmanomeetria diagnostilisest täpsusest. Võrreldi testimise tulemusi funktsionaalse kõhukinnisusega patsientidel (n=85 naist) ja asümptomaatilistel kontrollidel (n=85 naist). Anorektaalse rõhu profiili mõõdeti simuleeritud

defekatsiooni ajal. Hindajateks olid uurimisrühmale pimendatud eksperdid (n=3). Tulemused jagati normaalseteks ja I-IV taseme düssünergilisteks. Hinnati diagnostilist täpsust ja hindajate tulemuste sarnasust (interobserver agreement). Defekatsioon hinnati normaalseks 9% (16/170) kõigist uuritavatest, kuid vaid 13% (11/85) tervetest vabatahtlikest. Düssünergia esines 94% kõhukinnisusega uuritavatest ja 87% tervetest vabatahtlikest (stst ebaoluline erinevus). 1. tüübi düssünergiat (paradoksaalne kontraktsioon) esines vähem kõhukinnisuse korral (17/85, 20%) kui tervetel (31/85, 36,5%, stat oluline erinevus). Vaid 4. tüübi düssünergiat oli enam haigetel (39/85, 46%) kui tervetel (17/85, 20%), stat oluline erinevus, PPV=70%. Interobserver agreement oli tugev või mõõdukas 1. ja 4. tüübi korral ja nõrk 2. ja 3. tüübi korral. Seega leiti, et 90% tervetest vabatahtlikest esines ebanormaalne anorektaalmanomeetria tulemus. Järeldati, et testi kliiniline kasu on piiratud. Tõendus mõõdukas-nõrk.

3. Carrington, Scott, et al 2020 ülevaateartikkel AM arengutest väidab, et suured erinevused tulemustes on seotud kliinilise praktika varieerumisega ja mitte testi enesega ja et diagnostilise testi täpsust saab tõsta standardiseeritud protokolliga. Selline konsensusprotokoll on ka avaldatud Anorectal Physiology Working Group (IAPWG) poolt koos uue Londoni klassifikatsiooniga, mis aitab paremini klassifitseerida tulemusi. Artikkel kirjeldab meetodit/protokolli, selle näidustusi, teostust ja tehnoloogiat.

Ravijuhised

1. Carrington, Scott, et al 2018 Nature Rev Gastr Hep avaldavad IAPWG konsensusseisukoha AM näidustuste, kliinilise kasu, tugevuste ja piirangute kohta. Toodi erinevaid artikleid, kuid tõendus testi valiidsuse kohta oli puudulik. Kokkuvõttes on AM parim tehnoloogia, mis võimaldab otsest anaalsfinkteri rõhu ja rektoanaalset koordinatsiooni hindamist defekatsiooni ajal. AM on laialdaselt kasutatud, lihtne ja patsientide poolt aktsepteeritav meetod. Tulemuste interpreteerimine kahjuks varieerub, kuna haige ja terve inimese näidud kattuvad (Grossi, et al 2016). Lisaks näitavad mõned uuringud, et AM kliiniline kasu võrreldes kliinilise (digitaalse) läbivaatusega on väike (Lam, 2013). Lisaks peab arvestama suure varieeruvusega raviasutuste kliinilises praktikas AM läbiviimisel, mistõttu publitseeritud andmed ei pruugi olla üldistatavad. Uuringu ülesehitus, patsiendi asend, defekatsiooni vajaduse esinemine mõjutavad uuringu tulemusi oluliselt ja annavad nii valepositiivseid kui valenegatiivseid tulemusi.

Kokkuvõttes väheuuritud, madala prognostilise väärtusega uuring, mille kliiniline lisakasu on väike. Uuringud ja ravisoovitused on valdavalt ühelt uuringurühmalt.

Diskussioon

Leiti, et taotluse kvaliteet on madal ja taotlus vajab täiendamist – taotluses peaks sisalduma kontsentraat, kust saab muuhulgas kätte ka tõendus põhise hinnangu. Antud juhul olid toodud vaid viited ning teenuse väga üldine kirjeldus.

Toodi esile, et proktoloogia on väga spetsiifiline haru ning spetsialiste on vähe (ainuke spetsialiseerunud proktoloogia osakond on Lääne-Tallinna Keskhaiglas). Teenuse eesmärk paistab olevat hinnangu objektiviseerimine. Samas kogenud spetsialist on võimeline ka sõrmega rõhu hindamise puhul andma täpse tulemuse. Leiti, et uuringul võib olla efekt pigem siis, kui seda tehakse ühel patsiendil enne ja pärast ravi, et objektiivselt hinnata ravi tulemuslikkust.

Leiti, et jääb arusaamatuks, mis olukorras, näidustustel ja eesmärgil teenus ikkagi põhjendatud on. Kliiniline tõendus on pigem arusaamatu – kasutatakse praktikas palju, aga mida selle uuringu tulemustega peale hakatakse. Lisaks ei soovitata uuringut isoleerituna kasutada, vaid teiste funktsionaalsete testidega koos. Probleemaatiline on ka see, et normid ei ole kokkulepitud ning tervetel ja haigetel inimestel võib uuring anda sama tulemuse. Operatsioonieelne ja -järgne manomeetria tulemus võib olla sama, kuigi tegelikult inkontinents kaob. Taotlusele annaks kaalu, kui oleks tõestatud, et see tõstab patsientide elukvaliteeti, kuid ka seda ei olnud võimalik uuringutest välja lugeda.

Komisjoni arvamus

Komisjon tegi haigekassale ettepaneku küsida taotlejalt lisainfot – mis on teenuse eesmärk, teenusest tulenev kasu, millistel patsientidel kasutatakse, kas kasutatakse isoleeritult või koos teiste testidega. Pärast täpsustusi tuua taotlus uuesti komisjoni arutelule.

4. Eriõe pilootprojekti kokkuvõte

Teemaga seoses on huvide konflikt komisjoni liikmel Gerli Liivetil. Komisjon otsustas, et Gerli Liivet võib arutelu juures viibida, kuid otsustamise ajaks lahkub koosolekult.

Haigekassa tegi teemast ülevaate. Pilootprojekti osalenud haiglad ning nende poolt valitud erialad, kus eriõe pilootprojekt läbi viia, olid järgmised:

- Tartu Ülikooli Kliinikum – pulmonoloogia (kodune ventilaatorravi);
- Põhja-Eesti Regionaalhaigla – intensiivravi (intensiivõendus);
- Ida-Tallinna Keskhaigla – onkoloogia (rinnavähk, maovähk);
- Lõuna-Eesti Haigla – uroloogia;
- Viljandi Haigla – reumatoloogia, endokrinoloogia.

Eriõe pilootprojekt kestis 01.11.2021-31.03.2022. Teenuseosutajatel paluti esitada oma visioon konkreetsetel erialadel, üksuses või asutuse üleselt. Pilootprojekti eesmärk oli välja selgitada võimalikke kitsaskohti ja viiekuulise projekti käigus rakendada vajalikud muudatused. Samuti oli eesmärgiks testida tervishoiuasutuste poolt välja töötatud valdkonnapõhiseid teenusekirjeldusi, mis on olulised eriõe teenuse rakendamisel.

Pilootprojekti tulemused olid haiglate piloteeritud erialade lõikes positiivsed. Viljandi Haigla tugines *The Alberta Quality Matrix for Health* teenusekvaliteedi hindamise maatriksi kvaliteedi dimensioonidele. Kõik patsiendid väljendasid, et neil oli positiivne kogemus eriõe teenusega, tulemustele tuginedes on teenus patsiendikeskne, piirkonnas vajalik teenus lähedal ja patsiendile mugav. Teenust osutanud eriõed töid välja, et erialade vaheline konsultatsioon toimus sujuvalt, saadi uusi väljakutseid oma valdkonnas ning toimus tihe koostöö õdede vahel.

Lõuna-Eesti Haigla viis läbi patsiendi rahulolu küsitluse. Küsitluse tulemusena saab järeldada, et eriõe teenus vastab patsiendi ootustele ja eelistustele ning teenus on patsiendikeskne (keskmine hinne 10-palli hinnanguskaalal 9,78, soovitusindeks 9,71). Oluline on eriõe teenuse saamine patsientide elukoha lähedal ning patsientidele on tähtis, et õel oli nende jaoks aega. Eriarsti vastuvõtu ooteaeg vähenes 3-4 kuult ühe kuuni.

Tartu Ülikooli Kliinikumi patsiendi rahulolu küsimustikust selgus, et patsiendid saavad eriõelt piisavalt toetust, on osutatava teenusega rahul ning oluline on vahetu kontakt õega. Viidi läbi ka rahuolu küsimustik patsientide lähedast seas. Lähedaste hinnangul nõustas eriõde neid ning õpetas praktiliselt ventilaatori kasutamist. Lähedaste jaoks oli oluline, et eriõde pöörab ka neile tähelepanu.

Põhja-Eesti Regionaalhaigla kogemusel olid kasutegurid patsiendi vaatest pilootprojekti tulemusena patsientide kõrge rahulolu tervishoiuteenuse kvaliteediga, patsiendi informeerituse tõus ja tervisetulemite paranemine ning parem elukvaliteet. Kliiniline turvalisus on tagatud ning väheneb oht mitteplaneeritud intensiivraviks.

Ida-Tallinna Keskhaiglas suunati projekti algusest kuni märtsi lõpuni eriõde vastuvõtule esmase rinnavähi diagnoosi saanud patsientidest hinnanguliselt 70% ja maovähi patsientidest 58%, mistõttu ei olnud võimalik maovähi patsientide saadavat kasu hästi hinnata. Projekti raames lepiti kokku, et eriõde suunab füsioteraapiasse kõik maovähi ja rinnavähi patsiendid, kellele on näidustatud kirurgiline ravi. Eriõde poolt otse füsioteraapiateenusele suunamine säästis 32 taastusravi arsti vastuvõttu. Arstid töid esile, et on väga oluline, et õde võtab enda kanda erinevate tugiteenuste väljaselgitamise ning patsiendi suunamise vajalikule teenusele. Programmis osalenud patsiendid olid oma vähiravi teekonna

kulgemisega rahul, nimetades liikumist protsessis kiireks ja sujuvaks ning protsessi ennast arusaadavaks. Haigusest ja raviprotsessist informeeritus on piisav, arusaadav ja meeldejääv.

Tulemuste põhjal selgunud kitsaskohad:

- eriõde juurde saatekirja saamine toimub eriarsti/perearsti kaudu, patsiendil peaks olema võimalus otse eriõde juurde pöörduda;
- eriõde visiidi kestus 30 min ei ole piisav kvaliteetse teenuse tagamiseks;
- eriõde vastuvõtt onkoloogia näitel võiks toimuda vahetult enne või pärast arsti vastuvõttu (arsti vastuvõtuga samal päeval);
- eriõdele peab laienema võimalus suunata patsienti täiendavatele teenustele (sh ka analüüside tellimine);
- eriõde pädevus peab tagama retseptide väljastamise.

Ettepanekud ja jätkutegevused:

- lisada tervishoiuteenuste loetellu pilootprojektide peatükki eriõde vastuvõtu teenus (pilootprojektide hulka seetõttu, et saada projekti kestel jooksvalt informatsiooni, sh hõiveanalüüsi tegemiseks);
- pilootprojekti perioodil tehti 375 eriõde visiiti, kui eriõde vastuvõtu pikkus on 45min,
- Sotsiaalministeeriumil analüüsida eriõdedele retsepti kirjutamise õiguse laiendamist;
- Sotsiaalministeeriumil analüüsida eriõdedele saatekirja väljastamise õigust;
- patsientidele infomaterjalide koostamine;
- terviseteaduse magistriõppe õppekavas olevad vaimse tervise teemad peaksid käsitletud olema lisaks teistes õe erialade moodulites.

Eriõde vastuvõtt sisaldavad järgmisi tegevusi:

1. patsiendi ja tema lähedaste tervisealane nõustamine ja õpetamine tervise säilitamiseks, edendamiseks ja haiguste ennetamiseks, iseseisvaks kasutamiseks mõeldud meditsiiniseadmete ja abivahendite kasutamise õpetamine ning toimetulekut ja turvalisust toetav nõustamine;
2. patsiendi tervise seisundi hindamine ja terviseriskide analüüs jälgimisperioodil, täiendavate uuringute vajaduse väljaselgitamine, objektiivsete tervisenäitajate seire ning ravisoostumuse jälgimine ja nõustamine lähtuvalt arsti otsusest ja ravijuhenditest. Kõrvalekallete ilmnelmisel terviseprobleemide lahendamine iseseisvalt või koostöös teiste tervishoiutöötajatega;
3. õendussekumuste ja lihtsamate raviprotseduuride tegemine (välja arvatud tervishoiuteenuste loeteluga sätestatud tervishoiuteenused), välja arvatud koodidega 3219 tähistatud kaugteenused;
4. õendustegevuse dokumenteerimine (anamneesi kogumine, õendusplaani koostamine, õendussekumise ja õendusabi tulemuste hindamine, epikriisi koostamine, andmete töötlemine tervise infosüsteemis, tervishoiuteenuse osutamise seotud dokumentide väljastamine);
5. patsiendi terviseteeakonna koordineerimine koostöös patsiendi, patsiendi tugivõrgustiku ning teiste tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna spetsialistidega.

Teenuse hind:

- Eriõde vastuvõtt (45 minutit) piirhinnaga 19,70 eurot;
- Eriõde kaugvastuvõtt piirhinnaga 13,96 eurot;
- Eriõde videovastuvõtt piirhinnaga 13,96 eurot;
- Eriõde korduv vastuvõtt (30 minutit) piirhinnaga 13,96 eurot.

Lisakulu haigekassa eelarvele on 2022. aasta teisel poolaastal 5 737 eurot.

Diskussioon

Tõstatus küsimus, miks praegused nõ tavaõed, tehes iseseisvaid vastuvõttusid, omades osalt retsepti kirjutamise õigust jne, ei ole käsitletavad eriidedena. Haigekassa selgitas, et on neli eriidenduse valdkonda: tervise-, kliiniline-, vaimse tervise ja intensiivõendus. Lisaks toodi välja, et lähtutakse hariduslikust erinevusest – eriidede on läbinud vastava väljaõppe. Pereõdede hulgas on juba praegu palju neid, kes on eriidede erialakoolituse läbinud. Lisaks leiti, et ka pereõel peaks olema võimalus suunata patsient eriidete vastuvõtule.

Tõstatus küsimus, kas lisakulu arvutamisel on arvestatud, et jätkub pilootprojekt või lähevad eriidete teenused laiemasse kasutusse. Haigekassa selgitas, et piloodis osalenud raviasutustest osa soovivad samadel erialadel jätkata, kuid nõ üldkasutatavaks teenuseks veel päris valmis ei olda. Samas toodi välja, et samamoodi nagu viis piloodis osalenud raviasutust meeskonnatööna analüüsisid, kuidas eriidete nende raviteekondadesse sobitub, peaksid sama tegema ka teised raviasutused, kes soovivad eriidetesid oma raviteekondades rakendada (ei ole kohustus, vaid loob uue võimaluse). Toodi esile, et see nõuab valmisolekut sõlmida meeskonnas kokkuleppeid, kuidas patsiendi raviteekonda ümber kujundada ja eriidete teenus sinna integreerida.

Tõstatus küsimus, kas hinnatud on ka arstkonna tagasisidet pilootprojekti tulemustele. Haigekassa selgitas, et kuna pilootprojekti osalemine oli vabatahtlik, siis ei oleks see olnud võimalik ilma arstkonna valmisolekuta ning nende rahulolu kindlasti kasvab läbi pilootprojekti läbiviimise, kuna rakendatud muudatused hoiavad arsti tööaega kokku. Lisaks tuleb peamine kasu siiski läbi patsiendi rahulolu – teenus peab minema tööle eelkõige patsiendi vaatest.

Rõhutati ka juhendmaterjali loomise vajadust (sh ka patsiendile selgitamiseks), et oleks selge, mis olukordades millise spetsialisti poole pöörduma/suunama peaks. Toodi esile, et eriidete rakendamine vähendab kindlasti probleeme, mis tulenevad arstide ajapuudusest patsiendiga suhelda, selgitusi jagada ja vajadusel ka lähedasi nõustada.

Tõstatus küsimus, kuidas haakuvad vaimse tervise õe ja eriidete teenus. Toodi välja, et vaimse tervise õede ongi eriidete, kellel on teenus juba mitmeid aastaid olemas ning mis on tervishoiusüsteemis väga hästi rakendunud. Toodi näiteks ka diabeediõdede (või ka tromboosiõdede) poolt osutatav teenus. Diabeediõdedest tänaseks paljud juba on eriidete (läbinud vastava väljaõppe) ja kui luuakse eriidete teenus, peaksid ka neile vastavad õigused laienema, mis omakorda välistaks nt selle, et patsient peab minema saatekirja saamiseks arsti vastuvõtule. Ehk täna eriidete tegelikult juba osutavad teenuseid.

Toodi välja ka aspekt, et eriidetele on põhjendatud maksta kõrgemat töötasu ning sealt võib ette näha kulude kasvu. Pilootprojektist tuli samas välja, et osalt asendasid eriidete vastuvõttud arsti vastuvõttusid, mis tähendab teisalt hoopis kulude kokkuhoidu.

Lisaks toodi välja, et läbi peaks olema mõeldud ka see, milline on eriidete töö kvaliteedi tagamise süsteem (sisaldades ka kliinilise kvaliteedi ja tulemuslikkuse jälgimist). Leiti, et on vaja läbi mõelda nt suunamine meditsiini kiirituse protseduuridele. Onkoloogiliste haiguste muutumisel krooniliseks haigusteks vajavad inimesed korduvaid uuringuid, mistõttu on osa patsiente saanud meditsiini kiiritust üle 100 milliseiverti (kiirgustöötajate kutsekiirituse 5 aasta piir). Juhul, kui eriidete hakkavad patsiente nendele protseduuridele suunama, tuleb läbi mõelda, kuidas tagada, et suunamine on põhjendatud (toetamise, harimise ja kontrolli küsimus). Haigekassa tõi välja, et kui teenus läheb loetelus pilootprojektide peatükki, on võimalus hakata piloodi raames teenuse rakendamist analüüsima, juhendeid välja töötama, auditeerima jne. Piloot annab selleks võimaluse ja vajaliku sisendi. Lisades teenuse pilootprojektide hulka, on vastavas peatükis lisaks vajalik rakendustingimustega sätestada, mis tingimustel teenus rakendub (mida katsetatakse) ja mida soovitakse pilootprojektist teada saada. Seejuures rõhutati, et eriidete on siiski üks meeskonna liige ning meeskondlik vastutus teenuse osutamisel jääb nagunii alles.

Toodi välja insuldi ja endoproteesimise raviteekonnad, kus on samuti väga suur õe roll – õel rohkem tegevusi/õigusi, vastuvõttud tavavastuvõttudest pikemad jne. Seega ka eriidete teenust võiks võtta kui raviteekondade arendamise võimaldajat koos raviasutusesiseste või üleriigiliste kokkulepetega töökorralduse osas (rollide jaotus, haiguseisundipõhised juhendid jne).

Tõstatus küsimus, miks pilootprojekti raames valiti nii erinevad õendustegevused (koduteenus vs ambulatoorne vastuvõtt vs haiglasine teenus), mis vajaksid täiesti erinevat lähenemist. Haigekassa selgitas, et raviasutused lähtusid eriõde teenuse piloteerimisel eelkõige iseenda vajadustest. Lisaraha pilootprojekti raames ei makstud, mistõttu on tegemist raviasutuse poolt väga selgelt tunnetatud vajadusega.

Komisjon leidis, et põhimõtteliselt ollakse teenuse vajaduse osas ühel meelel, kuid lahtiseks jäävad täpsemad kriteeriumid – nt mis on erinevus iseseivat vastuvõttu tegeval õel ja eriõel. Leiti, et pilootprojekt andis vastuse, et selliselt saab abi anda, kuid saadava kasu pool vajab täiendavat analüüsimist (tavaõde vs eriõde). Toodi välja ka vastuvõtu pikkuse küsimus (milline see olema peaks, ning kuidas sellest muutub teenuste kättesaadavus üldisemalt). Leiti lisaks, et eriõde pädevused ja sealt tulenevad õigused ning kohustused peavad olema väga detailselt ja erialaspetsiifiliselt/seisundipõhiselt lahti kirjutatud. Toodi välja ka risk, et raviasutuses võivad õed teha väga sarnaseid tegevusi, kuid üks on ja teine ei ole eriõde väljaõppega, mistõttu võib tekkida palgataseme osas ebavõrdne kohtlemine. Samas tõstatus ka küsimus, miks ei saaks nõ tavaõde panna raviteekonnas tegema samasuguseid tegevusi nagu pilootprojekti raames tegid eriõded.

Toodi esile, et komisjonil jäi liiga lühike aeg teemakohaste materjalidega tutvumiseks ja küsimusi on tõstatanud väga palju. Leiti, et nii kiirelt ja paljude vastuseta küsimuste tingimustes ei ole komisjonil võimalik lõplikku arvamust kujundada ning teemaga ei ole mõistlik ka kiirustada.

Komisjoni arvamus

Komisjon tegi ettepaneku, et haigekassa saadab kirjalikult tabelkujul ülevaate järgmiste täpsustamist vajavate punktide osas:

1. eriõde ja tavaõde kvalifikatsioon;
2. eriõde ja tavaõde õiguslikud erinevused;
3. eriõde ja tavaõde töökogemus, pädevus ja erikoolitus;
4. eriõde ja õe iseseisva vastuvõtu tegevuste erinevus;
5. kliinilise õenduse erialade spekter (tundub olevat väga lai);
6. kvaliteedi jälgimine ja teenusest saadav mõõdetav kasu.

Pärast ülevaate saamist ja komisjonipoolset tutvumist/tagasisidet tuuakse teema uuesti komisjoni arutelule.

5. Psühhiaatria tulemustasu rakendamise sätted ravi rahastamise lepingus

Tõstatus küsimus, kas teemaga seoses on huvide konflikt komisjoni liikmel Raine Pillil. Komisjon otsustas, et kuna tegemist on infopunktiga ja selle raames ei ole vajalik otsustada, võib Raine Pilli arutelu juures viibida.

Haigekassa selgitas, et võimalus psühhiaatria erialal tulemustasu maksmiseks lisati tervishoiuteenuste loetellu juba 1. jaanuaril 2022. a, kuid täpsustusega, et täpsemad tingimused sätestatakse ravi rahastamise lepingus (RRL-is). Kuna vastavad tingimused on nüüd lepingusse sisse viidud, soovitakse sellest informeerida ka komisjoni.

Haigekassa selgitas, et tulemustasu rakendamise vajadus selgus kohtumistelt Eesti Psühhiaatrite Seltsiga, kust käisid korduvalt läbi mured, et psühhiaatrilise abi kättesaadavus on madal ja järjekorrad pikad, mistõttu on vajadus efektiivsuse tõstmiseks samal ajal mitte unustades teenuse kvaliteeti. Lahendusena nähti tulemustasu rakendamist. Seejuures lepiti kokku RRL-is kajastuvad tulemustasu rakendamise kriteeriumid (indikaatorid, mille täitmisel tulemustasu makstakse):

1. meeskonnavastuvõttude suhe ambulatoorsetesse vastuvõttudesse;
2. esmaste ambulatoorsete vastuvõttude suhe kõigisse ambulatoorsetesse vastuvõttudesse;
3. e-konsultatsioonide suhe ambulatoorsetesse vastuvõttudesse;
4. kovichoonide ja supervisioonide arv ametikoha kohta.

Juhul, kui neljast mõõdikust on täidetud üks, makstakse tulemustasu ambulatoorsest lepingumahust 0,5%, kui on täidetud kõik neli, siis 2,6%.

Ambulatoorse psühhiaatria osutajaid on kokku 34 ning olemas on ka esmased tulemused. I kv pealt on näha, et 20 asutust täidavad vähemalt ühe mõõdiku (sh neli asutust täitsid ära kaks mõõdikut). I kv orienteeruv tulemustasu summa on 16 000 eurot, mis võib veel arvete laekumise tõttu suurenedada.

Diskussioon

Komisjon soovis täpsustust, kas ambulatoorsete vastuvõttudena, mille suhtes mõõdikuid arvestatakse, käsitletakse psühhiaatria eriala vastuvõttusid. Haigekassa selgitas, et just nii on mõeldud.

Komisjoni arvamus

Komisjon võttis informatsiooni teadmiseks.

6. Kohtu poolt määratud psühhiaatriline sundravi

Haigekassa tegi teemast ülevaate selgitades, et seni on kohtu poolt määratud psühhiaatrilist sundravi rahastanud Sotsiaalministeerium, kuid 1. juulist peab rahastamise üle võtma haigekassa. Hetkel osutab sundravi vaid üks raviasutus (Viljandi Haigla) ja seda nii statsionaarselt kui ka ambulatoorselt. Keskmine raviperiood on ca 2 aastat (kestus kohtu poolt määratud). Hetkel tegeleb haigekassa sellega, et saada parem ülevaate raviperioodi vältel osutatavatest teenustest ja tekkivatest kuludest. Hetkel on kaks alternatiivi, kuidas rahastamisega edasi liikuda: 1. lisada teenus 01.07.2022 loetellu, 2. võtta tasumise kohustus esialgu lepinguga Viljandi Haiglalt üle ning teenus lisada loetellu alates 01.01.2023.

Diskussioon

Sotsiaalministeerium tõi välja, et teenuse lisamine loetellu al 01.01.2023 on vastuolus seaduse eelnõuga, millega on sätestatud, et loetelu kaudu rahastamine toimub alates 01.07.2022. Vastasel juhul tuleb hakata juba lugemisel olevat seaduse eelnõud muutma.

Toodi välja, et juba loetelus olev akuutpsühhiaatria voodipäev on laias laastus samade nõuetega (turvanõuded, personali koormus jne) nagu kohtu poolt määratud sundravi teenus. Seega võiks need teenused viia ühistele alustele. Kuid hetkel ei maksta akuutpsühhiaatria voodipäeva korral voodipäeva tasu koguulatuses ning lisateenuseid ei ole võimalik juurde kodeerida. Haigekassa tõi välja, et meetodika kohase hinna arvutamiseks on vajalikud täiendavad andmed, mis lisateenuseid on sundravis pakutud ja mis on sundravi kulud.

Tõstatus küsimus, kuidas antud teema nii ootamatult on esile kerkinud. Sotsiaalministeerium selgitas, et teema ulatub juba 2017-2018. aastasse, kui hakati liikuma selles suunas, et Sotsiaalministeerium ei peaks üksikuid teenuseid rahastama ja efektiivsuse eesmärgil (ka rahastuse stabiilsuse vaatest) peaks rahastus toimuma ühest kohast. Üleminek on olnud etapiviisiline ning sundravi on jäänud viimaste hulka.

Toodi välja, et tegemist on ka ravikvaliteedi küsimusega ehk milliseid teenuseid on loodava rahastuse raames võimalik osutada.

Komisjoni arvamus

Komisjon võttis informatsiooni teadmiseks.

7. Endoproteesimise juhtprojekt

Haigekassa selgitas, et insuldi raviteekonna juhtprojektiga ollakse juba lõpusirgel – ollakse valmis hindamiseks ja sügisel on võimalik komisjonile tulemusi tutvustada. Ortopeedid leidsid, et ka endoproteesimise raviteekonna arendamisel võiks kasutada sarnast lähenemist. Aastas on operatsioone ca 3500 ja teekond patsiendi vaates on päris pikk. Esimese etapina vaadati olemasolevat raviteekonda erinevatest vaadetest – viidi läbi intervjuud patsientidega ja teenuseosutajatega, probleemkohtade ja

arendusvajaduste arutelud, raviteekonna analüüs raviarvete alusel ning ka ravidokumentide analüüs. Selgus kolm suuremat probleemkohta:

1. endoproteesimise järjekordade haldamise ja operatsiooniks ettevalmistamise küsimus;
2. personaalse teekonna planeerimine – ei vastanud alati patsiendi vajadustele ja eelistustele;
3. patsiendi nõustamise ja kaasamise küsimus.

Selle teadmise pealt disainiti juhtprojekt (terviklik inimkeskne raviteekond), mille peamine eesmärk oli parandada patsientide elukvaliteeti, kuid tagades seejuures ka optimaalsed kulud. Juhtprojekt koosneb viiest põhikomponendist:

1. lepatakse kokku raviteekonna standard (kes, mida ja millal teeb), hetkel ollakse selles etapis;
2. patsiendi hinnatud tervisetulemi ja kogemuse mõõtmine;
3. endoproteesimise olemasolevate järjekordade korrastamine;
4. standardi piloteerimine uute endoproteesimise patsientide peal;
5. raviteekonnapõhine tulemustasustamine.

Endoproteesimise raviteekonna rakendamist planeeritakse alates 1. jaanuarist 2023.

Diskussioon

Tõstatus küsimus, kas planeeritavasse pilootprojekti on kaasatud kõik haiglad, kes vastavaid operatsioone teevad. Haigekassa selgitas, et kuna endoproteesimise raviteekonnas alguses on oluline roll ka perearstidel, siis ei ole mõistlik pilooti piirata ainult osade haiglatega, sest sellisel juhul oleks vaja üleval hoida mitut paralleelset süsteemi. Seega tuleb piloot teha kogu süsteemi üleselt. Tegu on piloodiga selles mõttes, et piloodist õpitule tuginedes on võimalik endoproteesimise raviteekonna standardis teha parandusi. Tõstatus küsimus ka raviteekonna maksumuse kohta, mille osas haigekassa selgitas, et ajaloolistel andmetel põhinev baashind on tänaseks valmis, kuid kokkulepitud standard võib seda veel muuta. Täiendavalt tõstatus küsimus vastutuse ja tasustamise kohta, kus tasutakse kõigile teenuseosutajatele, kuid riski kannab eelkõige endoproteesimist teostav asutus. Haigekassa selgitas, et kokkupanemise standardi kohaselt jääb valdav osa vastutusest haiglale, seetõttu on haigla ka tasustamise mõttes vastutav asutus. Perearstil on vastutus selles raviteekonna osas, kus patsient suunatakse ortopeedile, mistõttu on plaanis ka perearstidele tekitada teatav tulemustasukomponent.

Tõstatus küsimus esmatasandi tulemustasude kriteeriumite kohta. Haigekassa selgitas, millisena nähakse hetkel perearstide osa raviteekonnas enne ortopeedile suunamist: 1. konservatiivne ravi peab olema läbiproovitud (kolm kuud taastusravi/füsioteraapiat, ravimid), 2. artroos peab olema kolmandas staadiumis ja 3. *Oxford Hip and Knee Score* (patsiendi raporteeritud) peab olema suunamiseks sobiva skooriga. Tulemustasude maksimise loogika on võimalik nende kriteeriumite alusel välja töötada. Toodi välja, et patsiendid käivad ortopeedi vastuvõtul ka artroosi varasemates staadiumites (nt hormoonsüste saamas), mistõttu see kriteerium ei tohiks olla ortopeedile suunamisel takistav.

Tõstatus küsimus, mis hetkel kaasatakse raviteekonnas õed ning tehti ettepanek, et ka õed oleksid nt läbi haiglate projekti kaasatud. Haigekassa selgitas, et töögrupp kaasatud ortopeedid on juba praegu oma haiglates õdedelt sisendit kogunud, kuid standardi laiemal jagamisel küsitakse täiendavalt tagasisidet ka õdedelt. Teiseks on plaanis koostöös õdedega välja töötada nõo tööriist õdede töö lihtsustamiseks – et vastutuse kasvuga oleks juhendi kujul paigas, millistes olukordades kuidas patsienti käsitlema peab.

Leiti, et täiendavalt võiks olla ka patsiendi infopunkt, et patsientide teadlikkust tõsta. Leiti, et see on veidi laiem käsitlus ja mitte ainult endoproteesimise vaatest oluline.

Tõstatus küsimus ka tulemuste hindamise kohta – milliste kriteeriumite alusel hinnatakse projekt õnnestunuks. Haigekassa selgitas, et sellele on mõeldud, kuid lõplikke tulemusnäitajaid veel paigas ei ole. Kindlasti vaadatakse seda, kas halvema *Oxford Hip and Knee* skooriga inimesed jõuavad kiiremini operatsioonile, kas standardist on lähtunud ning toimub PROM/PREM hindamine (enne tuleb eesmärkväärtused paika panna). Tekkis küsimus, kas toimub ka võrdlus, näiteks nendega, keda ei käsitleta standardi järgi, enne/pärast võrdlusrühm vms. Haigekassa selgitas, et kuna pilootprojekt viiakse läbi ravisutuste üleselt, siis on väga keeruline asutuse sees teha erisus, et osal patsientidel

rakendatakse standardit ja osal mitte, mistõttu võrdlusgruppi ei teki. Tehti ettepanek, et sellisel juhul võiks mõõta PROM/PREM väärtused ka enne projekti käivitumist, millega haigekassa nõustus.

Tõstatus küsimus, mis erisus on projektis ägeda ja kroonilise seisundiga patsiendil. Haigekassa selgitas, et on kolm taset: 1. vältimatu (traumaga läbi EMO); 2. erakorraline (tuumorid jne); 3. plaaniline. Leiti, et tegemist on suhteliselt heterogeensete gruppidega, mistõttu ei ole ilmselt õige vaadata nende keskmist tulemust. Haigekassa selgitas, et vastavate tunnuste alusel on grupe võimalik ka eristada ja võrrelda.

Tõstatus küsimus, kas raviteekonda on kaasatud ka patsiendi esindaja nagu on insuldi raviteekonnas. Haigekassa tõi välja, et probleemide kaardistamise juurde olid kaasatud ka patsientide esindajad ja seda plaanitakse teha ka edaspidi, kui standard läheb laiemale jagamisele ja tagasiside küsimisele.

Komisjon leidis, et tegemist on väga vajaliku projektiga, et tagada olemasolevate vahenditega maksimaalselt hea tulemus.

Komisjoni arvamus

Komisjon võttis informatsiooni teadmiseks ja väljendas valmisolekut vajadusel jooksvalt nõuga abiks olla.