

Tervishoiuteenuste loetelu komisjoni koosoleku kokkuvõte

Toimumiskoht: MS Teams videokonverents

15.02.2023

Algus kell 14.00, lõpp kell 15.37

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)
Tiina Sats (Tervisekassa)
Kersti Reinsalu (Eesti Haiglate Liit)
Raine Pilli (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline psühhiaatria eriala nõunik)
Gerli Liivet (Eesti Õdede Liit)
Vallo Volke (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline sisemeditsiini erialade nõunik)

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

Protokollija: Kadri Popilenkov (Tervisekassa)

Päevakord:

1. Taotluste arutelu

Taotluse nr	Taotluse nimetus
1545	Korduv transkraniaalne magnetstimulatsioon (ingl k <i>Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation</i> , rTMS)
1575	Intrakraniaalne elektroentsefalograafia (EEG)
1548	Neuromuskulaarne ultraheli (NMUH)
1537	Tuppe paigaldatav tugirõngas ehk pessaar vaagnapõhjaorganite allavaje ja/või uriinipidamatuse korrigeerimiseks
1536	Dialektiline käitumisteraapia 1 nädal
1552	Meditatsioonilise kinnise lasteasutuse teenuse voodipäev (alla 19-aastasele isikule)

2. Muud teemad

Komisjoni liige Raine Pilli deklareeris, et tal on võimalik huvide konflikt seoses taotlustega nr 1545, 1536 ja 1552. Komisjon otsustas, et Raine Pilli võib viibida taotluste arutelu juures, kuna käesoleval koosolekul ei toimu taotluste osas otsustamist.

1. Taotluste arutelu

Taotlus nr 1545 – Korduv transkraniaalne magnetstimulatsioon (ingl k Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation, rTMS)

Taotluse kokkuvõte

Taotleja: Eesti Psühhiaatrite Selts

Taotluse sisu: Taotluse eesmärk on psühhiaatrilise ravimeetodi – korduv transkraniaalne magnetstimulatsioon (rTMS) – lisamine tervishoiuteenuste loetellu. rTMS on võrdlemisi uudne ja jõudsalt kasvava trendiga psühhiaatriline ravimeetod ülemaailmses neuroloogilises ja psühhiaatrilises praktikas ning on ülemaailmselt kasutusel erinevate psühhiaatriliste häirete ja neuroloogiliste haiguste ravis. rTMS on efektiivne ravimeetod nii iseseisvalt kui ka ravivastuse kiirendajana depressiooni ravis. rTMS on kiire ravitoimega, ohutu ja patsientide jaoks mugav ravimeetod, mida on turvaline kasutada ka riskirühmade (rasedad, sünnitusjärgsed, vanemaealised jt) puhul. rTMS sobib kasutada nii monoterapiana kui kombineerituna teiste ravimeetoditega (antidepressiivse toimega ravimid, psühhoterapia). rTMS-ga kombineerimine on ohutu ja igapäevases kliinilises praktikas sageli vajalik. rTMS kuulub neuromodulatiivsete ravimeetodite hulka. Eestis on käesolevalt kasutusel alternatiivse raviviisina transkraniaalne alalisvoolu stimulatsioon (tDCS), mille efektiivsus maailmapraktika ja teadusuuringute põhjal on madalam kui rTMS puhul. tDCS eeliseks on lihtsus, odavus, rTMS on seevastu efektiivsem. Samuti on rTMS korral võimalik rakendada erinevaid ja üha uuenevaid raviprotokolle personaliseeritud ravi kohaldamiseks väga erinevate psüühikahäirete, sh depressiivsete häirete alatüüpide ravis. Eesti Psühhiaatrite Selts taotleb esmaselt rTMS depressiivsete häirete ravinäidustusena, mille kohta leidub teaduskirjanduses enim tõendus põhise andmeid. Efektiivne depressiooniravi üle Eesti on hetkel väga oluline rahvatervishoiualane vajadus – valdkonda on hädasti oodatud täiendavad efektiivsed ravimeetodid ja kaasajastatud depressiooni ravijuhis.

rTMS teostamiseks on vajalik spetsiaalne seade, mille lisavarustuse hulka kuuluvad klienditool, spetsiaalne müts. Korduva transkraniaalse magnetstimulatsiooni seade kasutab kiireid magnetimpulsse, mis suunatakse spetsiaalsest poolist läbi peanaha ja kolju ajukoorde, subkortikaalselt tekib elektriväli, mis depolariseerib närvirakkude aksonid ja kutsub esile aktsioonipotentsiaalid stimuleeritavas piirkonnas. rTMS teostatakse ravikuurina – 6 nädala vältel tehakse 5 protseduuri nädalas. Aktiivravi kuur lõpetatakse remissiooni korral kas koheselt või protseduuride sagedust vähendades teatud ajaperioodi jooksul, relapsi riski korral võib kasutada toetusravi, teostades näiteks 1-2 protseduuri nädalas või üle nädala. Ravi kestus ja edasine püsiravi vajadus hinnatakse individuaalselt sõltuvalt patsiendi kliinilistest iseärasustest ja ravi efektiivsusest.

Olemasolevate andmete kokkuvõte ja tõenduse kiirülevaade (komisjoni analüüs)

Uuringud.

1. Berlin, et al 2012 metaanalüüs (n=8 RCT, 260 patsienti) rTMS efektiivsuse (ravivastus ja remissioonimäär) ja aktsepteeritavuse (väljalangevus) hindamiseks. Keskmiselt 13 rTMS sessiooni järel esines ravivastus 38% sekkumiserühmas vs 15% shamirühmas (OR=3,35, stat oluline erinevus), remissioon vastavalt 35% vs 10% (OR=4,8, stat oluline erinevus). Väljalangevus rühmiti ei erinenud. Järeldati, et rTMS on paljulubav depressiooni ravimeetod, kliiniline efektiivsus on hinnanguliselt võrreldav antidepressantidega. Meetod on hästi talutav. Tõendus mõõdukas-tugev.
2. Gaynes, et al 2014 metaanalüüs (n=8 RCT) rTMSi efektiivsusest ravimresistentse (>2 ravimi ebaefektiivne kasutus) depressiooni ravis. Hinnati depressiooni sümptomite raskuse

vähennemist võrreldes shamiga. Leiti, et rTMS andis oluliselt suurema languse Hamiltoni 52-punkti skaalal (-4,5 punkti vs sham, stat oluline erinevus). Ravivastuse esinemine oli sekkumisrühmas statistiliselt oluliselt suurem (RR=3,4) ja remissiooni tõenäosus 5,1 korda suurem (stat oluline erinevus). Efekti kestust ei saanud hinnata ja see jäi selgusetuks. Järeldati, et rTMS on efektiivne ravimresistentse depressiooni ravis. Tõendus mõõdukas-tugev.

3. Brunoni, et al 2017 JAMA Psychiatry metanalüüs (n=81 RCT, 4200 ägeda depressiooniga patsienti), kus hinnati erinevate tava-rTMS meetodite (priming low-frequency, bilateral, high-frequency, low-frequency, and θ -burst rTMS) ja uudsete meetodite (accelerated, synchronized, and deep rTMS) efektiivsust (ravivastus) ja aktsepteeritavust (väljalangemise määr) võrreldes shamiga ja omavahel. Platseebost olid efektiivsemad primiv madalasageduslik rTMS (OR=4.66), bilateraalne rTMS (OR=3.96), kõrgsageduslik rTMS (OR=3.07), theta-burst stimulatsioon (OR=2.54) ja madalasageduslik rTMS (OR=2.37, kõik erinevused statistiliselt olulised). Uudsed rTMS meetodid (kiirendatud, sünkroniseeritud, sügav) ei olnud platseebost efektiivsemad. Järeldati, et vanemad rTMS meetodid on ägeda depressiooni ravis efektiivsed, kuid kuna tegemist oli heterogeense tõendusega (väikesed valimid, erinevad meetodikad), on vajalikud suuremad RCTd. Uute meetodite efektiivsus kinnitust ei leidnud. Aktsepteeritavuses erinevust shamiga ei esinenud. Tõendus mõõdukas-tugev.
4. Mutz, et al 2019 BMJ metanalüüs ägeda (n=113 RCTd, 6700 patsienti, keskmine vanus 48 a, 60% naised) ägeda depressiooni konservatiivsete ravimeetodite efektiivsuse ja aktsepteeritavuse hindamiseks täiskasvanutel. Efektiivsuseks loeti ravivastuse esinemist ja aktsepteeritavust hinnati ravi katkestamise alusel. Enamus uuringuid kasutas kõrgsageduslikku rTMSi ja tDCSi, valdavalt võrdluses shamiga. Uuringute kvaliteet varieerus, nihkeid ei olnud enamasti hinnatud. Hinnangud anti OR-des. Elektrokonvulsiivravi andis shamiga võrreldes ravivastuseks OR=8,9 (stat oluline erinevus), TMS 6,2 (stat oluline), teised meetodid vähem. Katkestamise shansisuhted olid valdavalt võrreldavad shamiga, kuid rTMSi paistis silma ühe suurema katkestamise shansiga. Järeldati, et rTMS on efektiivne depressiooni ravis. Tõendus tugev.

Ravijuhendid.

1. NICE rTMS guidelines 2015 leiab, et rTMS depressiooni ravis ei ole seotud oluliste ohutuse probleemidega. Lühiajaline efektiivsus on adekvaatne, kuigi ravivastus varieerub. rTMS võib kasutada tavapraktikas koos tulemuste hindamise ja auditiga. Patsiente tuleb eelnevalt informeerida ka teistest ravimeetoditest. Oluline, et patsient saaks aru, et rTMS ei pruugi anda soovitud efekti. NICE soovib uusi uuringuid sobivate sihtrühmade täpsustamiseks, erinevate meetodite efektiivsuse hindamiseks ja pikaajalise efektiivsuse hindamiseks.
2. Duodecim current guidelines: depressioon 2020: aju transkraniaalne magnetstimulatsioon (TMS) on ohutu ja väheste kõrvalmõjudega depressiooniravi, mille efektiivsus ägeda ravi korral on samaväärne antidepressantravi efektiivsusega. Selle peamised piirangud on seotud protseduuri kättesaadavuse ja seadmete maksumusega (A). Erinevat tüüpi TMS-i ravi võib olla suunatud erinevatele ajupiirkondadele. Parim tõend efektiivsusest on praegu vasaku DLPFC (dorsolateraalne prefrontaalne ajukoore) piirkonna kõrgsageduslik stimulatsioon. TMS on efektiivne ka ravimresistentse depressiooni korral (A).
3. Fregni, et al 2021 Neuromodulation Center Working Group ekspertkonsensus rTMS kasutusest neuroloogiliste ja psühhiaatriliste haiguste ravis. Koostati süstemaatiline ülevaade, mille alusel hinnati rTMS efektiivsust tõendatuse taseme alusel (soovitused A-C ja mittesoovitatud). rTMS hinnati kindlasti efektiivseks (soovitus A) depressiooni ravis, võimalikult efektiivseks (soovitus B) neuropaatilise valu, fibromüalgia, postoperatiivse valu, Parkinsoni haiguse, insuldi, epilepsia, skisofreenia ja alkoholismi ravis. Mõju suurus varieerub ja täpsustada tuleb mõju kestus. Soovitavad suured RCTd.

Kokkuvõttes mõõduka-tugeva tõendusega efektiivne meetod depressiooni raviks.

Diskussioon

Toodi välja, et alternatiivne transkraniaalne alalisvoolu stimulatsioon on juba loetelus olemas ja kättesaadav nii psühhiaatritele kui perearstidele ning selle kasutuspraktika on näidanud, et toime on sarnane antidepressantravile, kuid ilma kõrvaltoimeteta. Taotletav teenus on loetelus olemasolevast

veelgi tõhusam ja rohkemate modaalsustega, kuid masin on elektristimulatsiooni masinast kallim. Tegemist on perspektiivika ravimeetodiga, mille toimet uuritakse ka muude diagnooside korral ning depressiooni puhul on hea tõendus juba olemas. Toodi välja, et oluline on ka patsientide selektsioon ravile suunamisel. Leiti, et käimasoleva vaimse tervise pandeemia tingimustes on tegemist väga vajaliku teenusega ning taotluse menetlusega tuleks edasi minna.

Komisjoni arvamus

Komisjon tegi Tervisekassale ettepaneku:

- tellida eksperthinnang;
- koostada kuluefektiivsuse ja eelarvemõju hinnang.

Taotlus nr 1575 – Intrakraniaalne elektroentsefalograafia (EEG)

Taotluse kokkuvõte

Taotleja: L. Puusepa nimeline Eesti Neuroloogide ja Neurokirurgide Selts

Taotluse sisu: Taotluse eesmärk on uue teenuse „Intrakraniaalne elektroentsefalograafia (EEG)“ lisamine tervishoiuteenuste loetellu. Eristatakse kahte põhilist invasiivse EEG monitooringu meetodit: stereotaktiline ajusisene EEG (SEEG) ja subduraalsete elektrodidega EEG (SDEEG). Meetodid on üsna sarnased ja nende põhieesmärgiks on registreerida aju bioelektrilise aktiivsuse signaale koljusiseselt. SEEGi puhul implanteeritakse elektrodid aju sügavatesse struktuuridesse. Samas, kui patoloogiline muutus asub pindmiselt, piisab subduraalsetest elektrodidest ajukoore peal, et täpselt piiritleda epileptogeenset tsooni. Mõlemad meetodit võib ka kombineerida. Mõlema meetodi puhul implanteeritakse elektrodid neurokirurgilise operatsiooni ajal. Pärast seda patsient äratatakse ja viiakse video-EEG palatisse, kus toimub ekstraoperatiivne invasiivne EEG jälgimine. Põhieesmärgiks on selle monitooringu ajal registreerida võimalikult palju epileptilisi hoogusid ja saadud info põhjal täpsustada epileptogeense tsooni asukohta. Tavaliselt toimub registreerimine 1 nädala jooksul, kuid sõltuvalt hoogude sagedusest see võib kesta kuni 3-4 nädalat.

Teenus on näidustatud ravimrefraktaarse fokaalse epilepsiaga patsientidele, kellel epilepsia kliinilise pildi ja eelnevate uuringute (EEG, video-EEG, MRT, PET) alusel on tekkinud hüpotees aju epileptilisest koldest, mida on võimalik kirurgiliselt eemaldada, kuid selle kolde asukoha täpsustamiseks on vaja ajusisest EEG monitooringut. Samuti võib invasiivne EEG monitooring olla näidustatud mitmekordelise epileptogeense tsooni olemasolul, selleks, et aru saada, milline kolle on domineeriv. Teatud epileptiliste sündroomide puhul ei saa kirurgilist ravi planeerida ilma invasiivse EEG monitooringuta. Siia kuuluvad nn MRT-negatiivsed epilepsiad, fokaalsed kortikaalsed düsplaasiad, ebaselge lateralisatsiooniga või bilateraalsed oimusagara epilepsiad, tuberoosne skleroos ja teised. Praegu Eestis kehtiva praktika kohaselt need patsiendid kirurgilist ravi ei saa ning jäävad kasutama parimat medikamentoosset ravi.

Olemasolevate andmete kokkuvõte ja tõenduse kiirülevaade (komisjoni analüüs)

Uuringud.

1. Pondal-Sordo, et al 2007 retrospektiivne võrdlusrühmata kohort (n=173) IIEEG kasulikkusest. Patsiendid jagati 6 rühma vastavalt epileptilise tsooni lokaliseerimisele. Hinnati, et intrakraniaalne EEG monitooring oli informatiivne 36%-92% erinevate rühmade patsientidest. Tõendus nõrk.
2. Arya, et al 2013 SÜ ja metanalüüs (n=25 uuringut, 2540 patsienti) ekstraoperatiivse subduraalse IIEEG tüsistusest. Leiti statistiliselt oluline neuroloogiliste infektsioonide (2,3%), superfitsiaalsete infektsioonide (3%), intrakraniaalse hemorraagia (4%) ja intrakraniaalse rõhu tõusu (2,4%) esinemine, kusjuures 3,5% patsientidest vajab täiendavat kirurgilist ravi. Hinnati, et tegemist on selektiivse raporteerimisega ja tegelik tüsistuste levimus võib olla suurem.

Elektroodide arvu suurenemine korreleerus tüsistuste riskiga. Järeldati, et vaatamata kliinilisele kasule on tegemist ka infektsiooni ja hemorraagia riskiga. Tõendus mõõdukas.

3. Brna, et al 2015 retrospektiivne epilepsia diagnoosiga laste võrdlusrühmata kohort (n=102), kus hinnati IEEG kasulikkust epileptogeense piirkonna lokaliseerimisel. IEEG monitooring hinnati efektiivseks 87% uuritavatest. Meetod vajab hindamist prospektiivsetes uuringutes, et see lisada ravijuhistesse ja võtta kasutusele kliinilises praktikas.
4. Gavvala, et al 2022 küsitlusuuring US epilepsiaravi keskuste (n=104) stereotaktilise EEG kasutuse praktikast. Selgus, et IEEG on saanud keskuste tavapraktikaks, 92% keskustest kasutab. 75% kasutab SEEG-d. Kasutatakse erinevate epilepsia lokalisatsioonide korral. SEEG kasutuse koolitus varieerub. Vajalik on kasutuse standardi kehtestamine ja konsensuslikud ravijuhised.

Ravijuhendid.

1. Jayakar, et al 2014 The Task Force for Paediatric Epilepsy Surgery, Commission for Paediatrics, and the Diagnostic Commission of the International League Against Epilepsy ekspertkonsensus diagnostiliste testide kliinilisest kasust epilepsia kirurgilises ravis lastel.
2. Jayakar, et al 2016 Neurophysiology Task Force, International League Against Epilepsy ekspertkonsensus intrakraniaalse invasiivse EEG (IEEG) diagnostilise kasu kohta. Mõlemas publikatsioonis oli ekspertide hinnangul tõendus IEEG efektiivsuse kohta nõrk. Uuringud on heterogeensed ja valdavalt retrospektiivsed, kuid ekspertide kogu andis oma soovitusel meetodi kasutuseks. Kirjeldati indikatsioone, IEEG modaalsusi (elektroodid, subduraalne vs intratserebraalne, intraoperatiivne, ekstraoperatiivne avatud kraniotoomiaga, stereotaktiline intratserebraalne, hübriid, foramen ovale, epiduraalne) ja nende tugevusi, piiranguid ja riske. Tõendus efektiivsuse ja ohutuse osas nõrk, aga kasutus pigem lai.
3. Isnard, et al 2017 Prantsusmaa SEEG ravijuhised ütleb, et meetodit on kasutatud eksperimentaalsena alates 1960ndatest, kuid viimasel aastakümnel on selle kasutus hakanud maailmas laienema. Formeeriti SEEG kasutuse kogemusega keskuste (>10 SEEG aastas) ekspertide konsensus indikatsioonide ja piirangute, tehnoloogia, planeerimise, tulemuste interpretatsiooni osas eesmärgiga koostada manuaal meetodi kasutamiseks vastavates keskustes. Konsensust toetavad French Clinical Neurophysiology Society ja the French Chapter of the International League Against Epilepsy. Dokument koosnes lühipunktidest, kusjuures tõenduse taset ega soovitusi ei kategoriseeritud.

Kokkuvõttes on tõendus IEEG efektiivsusest heterogeenne ja nõrk, kuid meetod on saamas tavapraktikaks. Vajalik on meetodi standardiseerimine ja ravijuhiste väljatöötamine.

Diskussioon

Leiti, et meetod paistab esmaanalüüsil olevat mõistlik, kuid väikest kasutusmahtu arvestades võiks olla võimalus rahastada mõne loetus olemasoleva neurokirurgilise protseduuri/operatsiooni koodi all. Tervisekassa selgitas, et kui pärast hinnakalkulatsiooni teostamist on teenuse hind sarnane mõne olemasoleva teenuse omaga, on võimalus olemasoleva teenuse nimetust ja/või rakendustingimust täpsustada. Leiti, et vajalik on küsida ka täiendavaid tõenduspõhisuse materjale ja tellida eksperthinnang. Kulutõhususe hindamine ei ole ilmselt võimalik, kuna ei ole alternatiivi, millega võrrelda.

Komisjoni arvamus

Komisjon tegi Tervisekassale ettepaneku:

- küsida taotlejalt täiendavat tõenduspõhisuse materjali;
- tellida eksperthinnang;
- koostada eelarvemõju hinnang.

Taotlus nr 1548 – Neuromuskulaarne ultraheli (NMUH)

Taotluse kokkuvõte

Taotleja: Eesti Kliinilise Neurofüsioloogia Selts, L. Puusepa nimeline Eesti Neuroloogide ja Neurokirurgide Selts

Taotluse sisu: Taotluse eesmärk on uue teenuse „Neuromuskulaarne ultraheli (NMUH)“ lisamine tervishoiuteenuste loetellu. NMUH on viimased 20 aastat väga jõudsalt arenenud ning paljudes akadeemilistes üksustes üle maailma kasutatakse seda täna radioloogias eraldi ka neurofüsioloogiliste uuringute tegemisel. See on erinev muskuloskeletaalsest ultrahelist, mis keskendub kõõluste ja sünoviaalliigete traumaatilistele ja degeneratiivsetele muutustele. Ultraheli tehnoloogia areneb kiiresti ja arvestades, et tegemist on valutu, mitteinvasiivse ja kuluefektiivse tehnikaga, laieneb neuromuskulaarse ultraheli kasutamine kindlasti ka tulevikus edasi. Uuringud on näidanud, et NMUH võib olla vajalik fokaalsete neuropaatiate, kaasa arvatud karpaalkanali sündroom, ulnaarneuropaatia küünarliigese piirkonnas, peronealneuropaatia fibula pea piirkonnas, diagnoosimisel. Selle abil on võimalik täpsustada perifeersete närvide struktuurseid muutusi lokaalsete kompressioonide, immunoloogiliste ja pärilike neuropaatiate korral, traumade, operatsioonide või nt ka fikatsioonimaterjali poolt põhjustatud närvikahjustuste täpsustamiseks, aga ka lihashaiguste korral haigusprotsessist haaratud lihaste tuvastamisel. Ultraheli on arvestatav abivahend ka botulismitoksiini ravis, nt artofeerunud või spetsiifiliste lihaste leidmisel. Eraldi väljatoomist vajavad ka lapsed, kellel on invasiivse uuringu teostamine suurt stressi tekitav ning enamasti vähendab lastel seetõttu isegi elektroneuromüograafia (ENMG) uuringu mahtu.

NMUH oleks sageli neurograafia, müograafia uuringu osaks, et täpsustada anatoomilisi struktuure, mis närvikahjustust võivad põhjustada või kirjeldada üldist närvide/lihaste seisundit ultraheliga. See ei vaja lisapersonali ega lisaruumi. Vajalik vaid küllalt kõrge sagedusega UH aparaat. Uuringu pikkus varieerub sõltuvalt töödiagnoosist, uuritavast segmendist/segmentidest ja võib kesta 15-60 min.

Olemasolevate andmete kokkuvõte ja tõenduse kiirülevaade (komisjoni analüüs)

NMUH abil on võimalik täpsustada perifeersete närvide struktuurseid muutusi lokaalsete kompressioonide, immunoloogiliste ja pärilike neuropaatiate korral, traumade, operatsioonide või fikatsioonimaterjali poolt põhjustatud närvikahjustuste täpsustamiseks, aga ka lihashaiguste korral haigusprotsessist haaratud lihaste tuvastamisel. NMUH peetakse vajalikuks uuringuks ALSi patsientide diagnostilisel jälgimisel ja UH näitab struktuuralseid lihasmuutusi juba haiguse varases faasis. Eraldi väljatoomist vajavad ka lapsed, kellel on invasiivse uuringu teostamine suurt stressi tekitav ning enamasti vähendatakse lastel seetõttu isegi elektroneuromüograafia (ENMG) uuringu mahtu.

Uuringud.

1. Cartwright, et al 2015 RCT (n=120 fokaalse neuropaatiaga, valdavalt karpaalkanali sündroomiga patsienti), kus hinnati NMUH efektiivsust diagnostikas 6 kuu ravitulemuste põhjal. Kõigil tehti NMUH, kuid vaid uurimisrühma patsientide arstid said tulemuste. 6 kuu pärast esines sekkumisrühmas positiivne nihe elukvaliteedis (SF-36), kuid see oli valdavalt statistiliselt ebaoluline. Järeldati, et valim ei olnud piisav efektiivsuse hindamiseks. Tõendus mõõdukas-nõrk. Hilisemast kuluefektiivsust hinnanud uuringust (Mandeville, et al 2019) võib eeldada, et tegemist ongi seni ainsa RCTga NMUH efektiivsuse hindamiseks.
2. Gonzalez, et al 2019 ülevaateartikkel NMUH kasutusest diagnostikas. Soovitatakse kasutada müopaatiate, neuropaatiate ja motoneuroni haiguste diagnostikas. Leitakse, et meetod on saamas tavapraktika osaks. Käsitletakse juhte ja tehnoloogilisi aspekte. Ülevaateartikkel ei anna hinnangut tõendatuse tasemele.

Ravijuhendid.

1. Pelosi, et al 2021 ekspertkonsensus NMUH kasutuse kohta ulnaarnärvi neuropaatia diagnostikas. Leiti, et UH lisandumine elektrofüsioloogilisele uuringule on oluliselt suurendanud tulemuste täpsust ja neid tuleb kombineerida.
2. Pelosi, et al 2021 ekspertkonsensus NMUH kasutuse kohta karpaalkanali sündroomi diagnostikas. Metoodika sarnane. Järeldus on sama mis eelmises publikatsioonis, teste tuleb kombineerida nende täpsuse suurendamiseks.
3. Shook, et al 2022 ravijuhis ulnaarneuropaatia diagnostikaks NMUH abil. Teostati SÜ ja metanalüüs (n=31 artiklit), millest 4 olid kõrge kvaliteediga prospektiivsed ja teised madala

tõendatuse tasemega. Esimese nelja alusel järeldati, et NMUH on tõenäoliselt efektiivne ulnaarnärvi neuropaatia diagnostikas.

Kokkuvõttes ebapiisava tõendatuse tasemega diagnostiline meetod, mille kasutus laieneb, aga mille diagnostilist täpsust ei õnnestu hinnata.

Diskussioon

Toodi välja, et taotluse andmetel on uuringu teostamisel seni kasutatud pehmete kudede ultraheliuuringu koodi 7948. Arutleti, kas probleem võib olla selles, et nimetatud teenuse rakendustingimustes ei ole välja toodud perifeerseid närve (pehmeks koeks loetakse nahk, nahaaluskude, rasvkude, lihased ja kõõlused) ning leiti, et selle näidustuse lisamine olemasolevale teenusele võiks olla alternatiivseks lahenduseks uue teenuse loomisele. Leiti, et uuringute arv (100-275 aastas) ei ole suur võrreldes kõigi ultraheliuuringute aastase mahuga (TAI andmetel 2022. aastal 784 000 uuringut). Uuringute väikese mahu tõttu tuleb arvestada ka sellega, et seadme kasutuskorra maksumus võib tulla kõrge. Toodi välja taotluses olev info, et müograafianõela paigaldamist oleks hea teha ultraheli kontrolli all – sellega seoses leiti, et tuleb tagada, et ultraheliseade oleks müograafiakabinetis vajalikul hetkel ka olemas (tänapäevaste mobiilsete seadmete ja üksustevahelise töökorraldusega peaks olema teostatav). Leiti, et probleemiks võib kujuneda ka personali piisavuse küsimus. Taotluse alusel teostab uuringut neurofüsioloog, kuid neuroloogia residentuuris täna ultraheli ja radioloogiat sees ei ole, mistõttu võib arvata, et tegemist saab olema üksikute vastava väljaõppega spetsialistidega. Leiti, et on positiivne, et neuromuskulaarsetel uuringutel soovitakse ultraheli kaasata, kuna see suurendab diagnostilist täpsust ja parandab meetodikate täpsust. Leiti, et uue teenuskoodi loomine ei ole vajalik, kui on võimalik kasutada loetelus juba olemasolevat koodi.

Komisjoni arvamus

Komisjon soovitas kasutada teenuse osutamisel loetelus olemasolevat koodi 7948 ning laiendada nimetatud teenuse näidustusi ka perifeersetele närvidele.

Taotlus nr 1537 – Tuppe paigaldatav tugirõngas ehk pessaar vaagnapõhjaorganite allavaje ja/või uriinipidamatuse korrigeerimiseks

Taotluse kokkuvõte

Taotleja: Eesti Naistearstide Selts

Taotluse sisu: Taotluse eesmärk on lisada tervishoiuteenuste loetellu meditsiiniline abivahend, milleks on tupe tugirõngas ehk pessaar ja mida kasutatakse vaagnapõhjaorganite allavajega patsientidel uriinipidamatuse leevendamiseks, valu vähendamiseks ja elukvaliteedi parandamiseks. Vaagnapõhja organite allavajeks ehk prolapsiks nimetatakse seisundit, kus üks või mitu vaagnas asuvat organit on oma tavapärasest kohast nihkunud ning vajunud tuppe või tupest välja. Selle põhjuseks on vaagnaelundeid õiges asendis hoidvate sidekoeliste struktuuride ja lihaste nõrgenemine ja lõtvumine. Suures osas on patsientideks vähekindlustatud vanemaealised naised, kellel mitmete kaasuvate haiguste tõttu võib operatiivne ravi olla seotud suurte riskidega või on suisa vastunäidustatud. Vaagnapõhja organite allavaje tekkerisk suureneb vanuse kasvades, allavajega seotud kaebusi on paljudel üle 50-aastasest naistest.

Pessaar ehk tupe tugirõngas on silikoonist valmistatud vahend, mis asetatakse tuppe toetamaks vaagnapõhja organeid. Pessaare on erinevat tüüpi ja erineva suurusega, sobivaim leitakse patsiendile naistearsti vastuvõtul. Ühe tupe tugirõnga eluiga on reeglina kuni 5 aastat. Paigaldus toimub günekoloogi vastuvõtul, paigaldab arst või õde, paigaldus kestab umbes 10 minutit.

Olemasolevate andmete kokkuvõte ja tõenduse kiirülevaade (komisjoni analüüs)

Vaagnapõhja organite allavajeks ehk prolapsiks nimetakse seisundit, kus üks või mitu vaagnas asuvat organit on oma tavapärasest kohast nihkunud ning vajunud tuppe või tupest välja. Selle põhjuseks on

vaagnaelineid õiges asendis hoidvate sidekoeliste struktuuride ja lihaste nõrgenemine ja lõtvumine. Allavaje võib haarata emakat, soolt (tupe tagaseina prolaps ehk rektotseele ja/või enterotseele) või kusepõit. Pessaar toetab tupe seinu vaagnapõhja organite allavaje korral. Pessaari funktsiooniks on taastada allavajunud organite algne positsioon ja vähendada sümptome. Pessaare on erineva kujuga ja erinevas suuruses. Pessaare kasutatakse nii vaagnapõhja organite prolapsi ja/või inkontinentsi raviks. Pessaaride efektiivsust hinnatakse inkontinentsi ravi efektiivsuse ja elukvaliteedi hinnangute alusel. Valdav osa teaduskirjandusest keskendub inkontinentsi ravile, vähem uuringuid on tehtud allavaje korrigeerimiseks. Valdavalt on tegemist kontrollrühmata kohortuuringutega, kus hinnatakse elukvaliteedi muutust, kasutusmäära ja kasutuskogemust.

Uuringud.

1. Richter, et al 2010 RCT ATLAS (n=446) inkontinentsipessaari efektiivsuse hindamiseks võrreldes vaagnapõhja lihaste treeninguga ja nõustamisega. Tulemusi hinnati 3., 6. ja 12. kuul. 3. kuul hindasid 40% pessaarirühmast ja 49% kontrollrühmast seisundit paremaks kui enne (stat ebaoluline erinevus). Inkontinentsi sümptome ei esinenud 33% vs 49% (stat oluline erinevus), rahulolu raviga 60% vs 75% (stat oluline erinevus). Erinevused kadusid 12. kuuks, mõlemas rühmas jäi rahulolu tasemeks 50%. Järeldati, et treening on efektiivsem kui pessaar. Puudus võrdlus ilma sekkumiseta kontrollrühmaga. Tõendus mõõdukas.
2. Lamers, et al 2011 ülevaateartikkel (n=10 publikatsiooni) pessaaride efektiivsusest vaagnapõhja organite allavaje ravis ja elukvaliteedi parandamisel. Leiti, et pessaare kasutatakse allavaje ravis laialdaselt, kuna need on minimaalselt invasiivsed ja ohutud. Ülevaatest selgus, et esmase paigalduse edukus varieerub 60%-100%, samas 20%-60% lõpetab kasutamise jälgimisperioodil. Kasutajate rahuolu oli hinnatud vaid kahes uuringus ja see varieerus 70%-92%. Järeldati, et kuigi on näidatud nende efektiivsust, olulist mõju patsientide elukvaliteedile ja kõrget rahulolu määra, peab arvestama, et jälgimisajad on lühikesed ja valideeritud haiguspetsiifiliste elukvaliteedi hindamise instrumentide valik on väike. Puuduvad võrdlusuuringud kirurgilise raviga ja ei ole läbi viidud ühtegi RCT-d. Tõendus nõrk.
3. Mao, et al 2018 prospektiivne võrdlusrühmata kohort (n=142) pessaari efektiivsusest sümptomaatilise allavaje ravis. Hinnati prolapsi esinemist, inkontinentsi, elukvaliteeti erinevate instrumentide abil enne ja pärast ravi. Keskmine jälgimisaeg oli 17 kuud. 75% uuritavatest jätkas pessaari kasutamist uuringu lõppedes. Enne ravi alustamist ütlesid kõik uuringus osalenud naised, et tunnevad nagu midagi väljuks tupest ning 54% kaebas lisaks survetunnet vaagnas. Mõlemad kaebused vähenesid uuringu lõpuks märkimisväärselt, vastavalt 94% ja 87%. Tunginkontinentsi sümptomid lahenesid 66%-l patsientidest, urineerimiskogus koguni 94%-l. Stressinkontinents vähenes 46%-l patsientidest. Samas tekkis uuringu vältel inkontinents 27% uuritavatest. Järeldati, et tugipessaar on ohutu ja efektiivne allavaje konservatiivses ravis, vähendab prolapsi sümptome ja urineerimishäireid ja parandab elukvaliteeti. Tõendus nõrk.
4. Giroux, et al 2020 ülevaateartikkel (4 RCT, 10 prospektiivset ja 1 retrospektiivne uuring) pessaari efektiivsusest stressinkontinentsi ravis. Pessaarid on olnud alakasutatud. Pessaaride efektiivsus stressinkontinentsi ravis on 36-66%. Meetodit tuleks kasutada koos vaagnapõhjalihaste treeninguga. ATLAS (RCT) näitas, et võimlemise efektiivsus (49%) ületas pessaari efektiivsuse (33%), mistõttu tuleks neid kasutada koos. Pikaajaline efektiivsus ei ole teada, ATLAS-uuringus 12 kuu pärast erinevust ei leitud. Ülevaateartikkel ei võimalda tõenduse taset hinnata.
5. Sansone, et al 2022 süstemaatiline ülevaade (n=8 kohortuuringut, 630 patsienti, keskmine vanus 63 a.) pessaaride efektiivsusest elukvaliteedi parandamisel vaagnapõhjaorganite prolapsi korral. Elukvaliteeti enne ja pärast ravi hinnati küsimustike PFDI-20 (Pelvic Floor Distress Inventory- Short Form 20), PFIQ-7 (Pelvic Floor Impact Questionnaire - Short Form 7), and subscale POPIQ-7 (Pelvic Organ Prolapse Impact Questionnaire Long Form) abil. Valdavalt 2. ja 3. astme prolaps, kuni 3-kuuline jälgimine. Tulemused olid positiivsed: PFDI paranemine keskmiselt -46 punkti (100-punkti skaalal), PFIQ-7 -36 punkti, POPIQ-7 -16 punkti (kõik erinevused stat olulised). Järeldati, et tegemist on efektiivse meetodiga POP ravis elukvaliteedi paranemisel. Võrdlusrühm puudus. Tõendus mõõdukas-nõrk.
6. Al-Shaikh, et al 2022 süstemaatiline ülevaade (n=192 publikatsiooni) pessaaride efektiivsusest stressinkontinentsi ravis naistel. Autorid leidsid, et tegemist on efektiivse konservatiivse

stressinkontinentsi ravimeetodiga, kui need on paigaldatud õigesti, neid eemaldatakse tihti ja ravitulemust kontrollitakse regulaarselt. Kasutaja rahulolu on kõrge ja esineb vaid üksikuid komplikatsioone, näiteks väljavaje. Konkreetseid arve efektiivsuse ja ohutuse kohta välja ei toodud. Autorid soovitasid vahendit esmavalikuna prolapsiga ja kaasneva inkontinentsiga naistele, sh rasedatele, eakatele. Tõendus mõõdukas-nõrk.

Ravijuhendid. Enamus ravijuhiseid on stressinkontinentsi raviks, prolapsi juhiseid on vähe.

1. Baesler, et al 2106 Saksamaa, Shveitsi ja Austria günekoloogide vaagnaorganite prolapsi ravijuhend soovib pessaari kui head konservatiivse ravi võimalust, mida peaks patsientidele pakkuma. Seni ei ole selge, milline pessar millise prolapsi korral on efektiivne. Tõendatuse tase 2, soovitus B.
2. NICE ravijuhis vaagnapõhja organite allavaje raviks 2019 soovib kaaluda pessaari kasutamist sümptomaatilise prolapsi korral vajadusel koos vaagnapõhja lihaste treeninguga. Tõenduse ja soovitusetaset tekstist ei leidnud, taotleja väitel on see nõrk.
3. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) juhised vaagnaorganite prolapsi raviks 2019 soovib pessaari kirurgilist ravist keeldumise või selle ebaõnnestumise korral. Täistekst ei olnud kättesaadav.
4. Sussmann, et al 2019 annavad ülevaate olulisematest ravijuhistest (AUA, European Association of Urology (EAU), National Institute for Health and Care Excellence (NICE), American Urogynecologic Society (AUGS), American College of Obstetrics and Gynecology (ACOG), Society of Urodynamics, Female Pelvic Medicine and Urogenital Reconstruction (SUFU), Canadian Urological Association (CUA) inkontinentsi raviks naistel. AUA ütleb, et stressinkontinentsi diagnoosiga naised tuleb nõustada mittekirurgiliste meetodite osas sh kontinentspessaarid. ACOG toetub ATLASe RCTle, mis näitas suuremat patsiendi rahulolu vaagnapõhja lihaste treeninguga. EAU annab 2. astme tõendatuse taseme pessaaride efektiivsusele stressinkontinentsi raviks, kuid ei anna ametlikku soovitusi. NICE soovib pessaare allavaje raviks, kuid mitte inkontinentsi raviks.
5. UK Clinical Guideline for best practice in the use of vaginal pessaries for pelvic organ prolapse 2021. Soovib pessaari allavaje korral konservatiivse ravi osana koos vaagnapõhja lihaste treeningu, elustiili nõustamise ja vajadusel östrogeenraviga (postmenopausi korral). Tegemist on ekstensiivse kasutusjuhisega.

Kokkuvõttes nõrga-mõõduka tõendatuse tasemega, kuid laialdase kasutusega ravimeetod, mis on saanud ebaühtlase soovitusetaset ravijuhendites, kuid millel on ilmselt positiivne mõju patsientide elukvaliteedile.

Diskussioon

Toodi välja, et tegemist on juba ammu kasutuses oleva vahendiga ja on üllatav, et see ei ole seni rahastatud. Praktika on näidanud, et osa patsiente, kellele pessaar sobib, kasutab seda väga pikalt ja edukalt. Leiti, et vähene tõendus võib tulla ka sellest, et vahend on alauuritud. Leiti, et pigem on tegemist meditsiiniseadmega, mis peaks olema rahastatud retsepti alusel läbi meditsiiniseadmete loetelu (analoogselt nt spiraaliga). Juhul, kui see läheb tervishoiuteenuste loetellu, tekitab see haiglatele täiendava koormuse eriliigiliste pessaaride sisseostmise näol. Leiti, et naistele suunatud meditsiiniseadmete omaosalus on täna liiga suur. Komisjon leidis, et taotluse menetlusega tuleb edasi minna.

Komisjoni arvamus

Komisjon tegi Tervisekassale ettepaneku:

- tellida eksperthinnang;
- koostada eelarvemõju hinnang.

Taotlus nr 1536 – Dialektiline käitumisteraapia 1 nädal

Taotluse kokkuvõte

Taotleja: Eesti Psühhiaatrite Selts

Taotluse sisu: Taotluse eesmärk on uue teenuse „Dialektiline käitumisteraapia“ lisamine tervishoiuteenuste loetellu. Piirialast tüüpi ebastabiilse isiksusehäirega patsiendid vajavad ravi, mis toetaks toimetulekut emotsioonidega. Ravi käigus õpetatakse patsientidele emotsiooni regulatsiooni, äärmusliku pinget talumise, inimestevahelise suhtluse ja teadveloleku oskusi. Individuaalses teraapias ja telefonikonsultatsioonide vältel kinnitatakse oskuslikumat käitumist, et vähendada emotsiooni regulatsiooni raskustest tingitud probleemset käitumist, millel võivad olla pöördumatud tagajärjed. Sellise teraapia maht ja intensiivsus on tunduvalt suuremad kui praegu Tervisekassa hinnakirjas olev grupiteraapia. Tõhusa dialektilise käitumisteraapia ravi sisaldab iganädalaseid individuaalseid kohtumisi, grupis toimuvat oskuste õpet, meeskondlikku konsultatsiooni ning vastavalt vajadusele telefonikonsultatsioone ja kohtumisi pereliikmetega. Dialektiline käitumisteraapia on vajalik, et ära hoida nende patsientide hospitaliseerimine korduvate suitsiidkatsete korral. Tõendus põhineb kogu täisprogrammi rakendamise – oskuste õppe grupp, individuaalne teraapia ja telefonivalve.

Teenuse sihtgrupp on emotsionaalselt ebastabiilsed, kõrge suitsiidriskiga ennastkahjustava käitumisega patsiendid, s.h. ebastabiilse isiksusehäirega täiskasvanud patsiendid ja ennastkahjustavalt käituvad alaealised patsiendid.

Olemasolevate andmete kokkuvõte ja tõenduse kiirülevaade (komisjoni analüüs)

Piirialast tüüpi ebastabiilse isiksusehäirega patsiendid vajavad ravi, mis toetaks toimetulekut emotsioonidega. Ravi käigus õpetatakse patsientidele emotsiooni regulatsiooni, äärmusliku pinget talumise, inimestevahelise suhtluse ja teadveloleku oskusi. Individuaalses teraapias ja telefonikonsultatsioonide vältel kinnitatakse oskuslikumat käitumist, et vähendada emotsiooni regulatsiooni raskustest tingitud probleemset käitumist. Sellise teraapia maht ja intensiivsus on tunduvalt suuremad kui praegu HK hinnakirjas olev grupiteraapia. Näidustatud emotsionaalselt ebastabiilsete, kõrge suitsiidriskiga ennastkahjustava käitumisega patsientide, s.h. ebastabiilse isiksusehäirega täiskasvanud patsientide ja ennastkahjustavalt käituvate alaealiste patsientide raviks.

Taotletakse rahastamist järgnevalt: psüühikahäired, millega kaasub sage ennastkahjustav käitumine, s.h. ebastabiilne isiksus F60.3 täiskasvanutel ja ennastkahjustav käitumine (X60-X84) lastel (14-18 aastastel).

Uuringud.

1. Linehan, et al 2006 RCT (n=101 suitsiidikatse sooritanud naist) DBT efektiivsuse hindamiseks võrreldes ekspertide poolt juhitud tavaraviga. Jälgimisperiood aasta koos lisanduva hindamisega 2 a järel. Hinnati suitsiidikatseid, kiirabi ja üldist psühholoogilist seisundit. 2 aasta tulemuste alusel esines suitsiidikatseid tavaravi rühmas oluliselt rohkem (RR=2,7) ja uuringust väljalangevus kontrollrühmas oli suurem (RR=3,2, kõik erinevused statistiliselt olulised). Kontrollrühma uuritavad sattusid suurema tõenäosusega haiglaravile suitsiidimõtete tõttu ning neil oli suurem meditsiiniline risk arvestades suitsiidikatseid ja ennastkahjustavaid käitumisi kokku. Järeldati, et DBT on unikaalselt efektiivne suitsiidi riski vähendamises. Tõendus mõeldukas.
2. Mehlum, et al 2014 RCT (n=77) kõrge suitsiidiriskiga (eelnev korduv suitsiidi- või enesevigastuskatse) noorte dialektilise käitumisravi (DBT) efektiivsuse hindamiseks võrreldes tõhustatud tavaraviga. Jälgimisperiood kuni 19 nädalat. Ravi koosnes iganädalastest individuaalsetest teraapiaseanssidest (60 minutit), oskuste õppe grupiseanssidest (nooruk koos vanemaga, 120 minutit), vastavalt vajadusele pereteraapia seansid ning individuaalterapeutidiga telefonikonsultatsioonid. DKT noorukite rühmas vähenes oluliselt enesevigastamise sagedus ja rühmade vaheline erinevus oli statistiliselt oluline. Mõlemas ravigrupis oli suitsiidimõtete raskusaste algtasemel tunduvalt kõrgem kliinilisest piirist ja selle näitaja vähenemine oli esimese 15 nädala jooksul sarnane. DBT patsientide puhul jätkus langus kogu uuringuperioodi jooksul, tavaravi patsientidel jäi muutus viimasel kuul püsima. Järeldati, et DBT võib olla efektiivne suitsiidiriski ja enesevigastuste vähendamiseks. Tõendus mõeldukas.
3. Cristea, et al 2017 JAMA uute psühhoterapiate efektiivsuse hindamise metanalüüs (n=33 RCT, 2200 patsienti). Kõik psühhoterapiad olid võrreldava nõrga efektiivsusega suitsiidimõtete ja enesevigastuste vähendamisel vs kontrollid (g=0,32). Toodi välja, et DBT

($g=0,34$) ja psühhodünaamilised lähenemised ($g=0,41$, kõik stat olulised erinevused) olid ainsad psühhoteraapiad, mis olid teistest pisut efektiivsemad. Tõendus mõõdukas.

4. McCauley, et al 2018 JAMA mitmekeskuseline RCT ($n=173$, 12-18 a) dialektilise käitumisavi (DBT) efektiivsuse hindamiseks võrreldes individuaalse ja grupi tugiteraapiaga (IGST) kõrge suitsiidiriskiga noortel (eelnevalt >3 katse või emotsionaalne düsregulatsioon). Hinnati suitsiidikatsete vähenemist, mitesuitsidaalse enesevigastuse riski ja üldist enesekahjustamist vastava küsimustiku abil. Selgus, et DBT rühmas oli oluliselt rohkem noori suitsiidikatsetevaba võrreldes IGST-ga (90% vs 79%), mitesuitsidaalse enesevigastuse vaba (57% vs 40%) ja enesekahjustamise vaba (54% vs 37%, kõik erinevused stat olulised). Erinevus muutus statistiliselt ebaoluliseks 6-12 kuuks. Ravi lõpetas 76% vs 55%. Järeldati, et DBT on esimene tõendatud efektiivsusega suitsiidi ennetav ravi. Tõendus mõõdukas-tugev.
5. Kohtgasner, et al 2021 DBT efektiivsuse metanalüüs ($n=21$ uuringut, 1670 noort). Võrreldes kontrollrühmaga näitas DBT nõrka-mõõdukat efektiivsust enesevigastuse vältimisel (Hodgesi $g=-0,44$) ja suitsiidimõtete vähendamisel ($g=-0,31$, kõik erinevused stat olulised). Enne-pärast ravi efektiivsuse hinnangud olid positiivsed, kuid kuna vastavates uuringutes ilmneb paranemine ka kontrollrühmades, peab arvestama ainult gruppide omavahelise võrdlusega ajapunktiti, mida ei olnud välja toodud. Järeldati, et DBT on väärtuslik enesevigastuste ja suitsiidimõtete vähendamisel. Tõendus mõõdukas.

Ravijuhised.

1. Ali, et al 2016 annavad ajakohastatud ülevaate NICE ravijuhistest piiripealse isiksusehäire käsitluseks. DBT mainitakse ära ühe ravivõimalusena teiste seas, ühtegi ei eelistata.
2. Simonsen, et al 2019 annab ülevaate Euroopa piiripealse isiksusehäirega isikute ravijuhistest (Soome, Rootsi, UK NICE, Saksamaa, Holland, Austraalia, Taani, Shveits, Hispaania). Psühhoteraapiast tuuakse teiste seas välja DBT kui spetsiifiline teoreetiline lähenemine (koos mentalisatsioonravi, transferentsravi ja skeemraviga. Erandina ütleb Saksamaa juhis, viidates Cristea 2017 uuringule, et DBT omab paremat empiirilist tõendust kui teised spetsialiseeritud psühhoteraapiad.

Kokkuvõttes nõrga-mõõduka tõendusega meetod, mis võib olla efektiivne suitsiidimõtete ja enesevigastuste vähendamisel, kuid mille efektiivsus pigem nõrk. Ravijuhendites on seda mainitud.

Diskussioon

Toodi välja Eestis läbiviidud programm, kus kaheksa noort koos lapsevanemaga läbisid dialektilise käitumisteraapia ning nende tulemused (12 kuud enne teraapiat vs 6 kuud teraapia ajal) olid märkimisväärsed – nt langesid suitsiidkatsed 9 pealt 3 peale, enesevigastamine nädalas keskmiselt 4 korra pealt 0,5 korra peale, hospitaliseerimised/EMO 24 päevalt 4 päeva peale, statsionaari päevad 462 pealt 41 päeva peale. Seega võib arvata, et eneseregulatsiooni raskustega, enesevigastamisele ja suitsiidile kalduvate noorte puhul on meetod efektiivne.

Leiti, et on positiivne, et sekkumisrühmas oli teraapia lõpetanud isikuid rohkem kui võrdlusrühmas. See näitab, et patsiendid soovivad teenusega lõpuni minna ja see on nende jaoks oluline võimalus. Igat võimalust, mis suitsiidseid noori aitab, tuleks kaaluda.

Toodi välja, et ravi ja eesmärgid on kooskõlas ka vaimse tervise rohelise raamatuga ning juba on olemas 11 meeskonda, kes on valmis teenust osutama. Meeskondade õpe on viimased kaks aastat intensiivselt toimunud (toetatud ka Sotsiaalkindlustusameti eelarvest) ja jätkub ka edaspidi, mistõttu muutub teenus üha kättesaadavamaks. Olenevalt kohast on praegu ravil juba 2-3. grupp patsiente. Nt Pärnu näitel võib välja tuua, et ravi saava 15 patsiendi puhul, kes varasemalt on vajanud kordushospitaliseerimisi, ei ole teraapiaperioodi vältel kordushospitaliseerimisi vaja olnud. Tõenduse otsimine psühhiaatria valdkonnas ongi keeruline, pigem tuleks vaadata tervishoiusüsteemi vähenevaid kulusid, mis tekivad uue teenuse lisandumisel, ning üksikisiku kannatuste vähenemist.

Lisati, et kuna isiksusehäire on krooniline seisund, liigub osa patsiente ühel hetkel rehabilitatsiooniprogrammi ning siis on põhjendatud katta kulud sotsiaalkindlustuse eelarvest. Ägedate haigete käsitlus jääb siiski tervishoiusüsteemi. SoM-i esindaja tõi täiendavalt välja, et kulude jagamise osas on vajalikud edasised läbirääkimised ja selles osas saab täpsemalt rääkida järgmisel korral, kui taotlust komisjonis arutatakse.

Komisjoni arvamus

Komisjon tegi Tervisekassale ettepaneku:

- tellida eksperthinnang;
- koostada kuluefektiivsuse ja eelarvemõju hinnang.

Taotlus nr 1552 – Meditsiinilise kinnise lasteasutuse teenuse voodipäev (alla 19-aastasele isikule)

Taotluse kokkuvõte

Taotleja: Eesti Psühhiaatrite Selts

Taotluse sisu: Taotlus eesmärk on uue teenuse „Meditsiinilise kinnise lasteasutuse teenuse voodipäev (alla 19-aastasele isikule)“ lisamine tervishoiuteenuste loetellu. Teenuse eesmärgiks on vältida raske psüühikahäirega noorukite sagedasi erakorralisi hospitaliseerimisi noorukite psühhiaatria osakonda, võimaldab raviprotsessi suuremat stabiilsust ja ööpäevaringset psühhiaatri konsultatsiooni seisundi halvenemisel. Ettepanek on koostöös kinnise lasteasutuse teenuse pakujaga luua 6-kohaline osakond noorukitele, kes on määratud kohtu poolt kinnise lasteasutuse teenusele ja kes vajavad pidevat psühhiaatrilise ravimeeskonna järelevalvet, mh protseduurideks. Planeeritava osakonna eesmärgiks on läbi tõhusama meditsiinilise abi ennetada suitsiidi sooritamist või vägivalllakuriteo toimepanekut. Tuleb märkida, et planeeritud sihtrühm kasutab psühhiaatrilise statsionaarse abi teenust ka praegu, neil esineb sagedasi erakorralisi või ka plaanilisi hospitaliseerimisi ja statsionaarsel ravil viibimise aeg võib olla kohati isegi sama pikk, kui (asendus)kodus või kinnise lasteasutuse teenusel viibitud aeg.

Teenuseks on kavandatud kõige varem 2024. või 2025. aastal. Tervishoiuteenusena käsitletav osa hõlmab pidevat öe valvet, arsti konsultatsiooni 0,2 koha ulatuses ja psühholoogi teenuseid 0,2 koha ulatuses. Lisaks sellele kuuluvad meeskonda Sotsiaalministeeriumi poolt rahastatava kinnise lasteasutuse teenuse raames sotsiaalpedagoog, rühmakasvataja ja järelevalve töötaja. Patsientide toitlustus on korraldatud kinnise lasteasutuse teenuse kaudu.

Teenuse sihtgrupp on noorukid (12-17. a isikud), kes on määratud kohtu poolt enesele või teistele ohtlikkuse tõttu kinnise lasteasutuse teenusele ja vajavad varasema psühhiaatrilise ravikogemuse põhjal sagedast psühhiaatrilise ravimeeskonna sekkumist. Sagedasemad diagnoosid sihtgrupi patsientidel on depressioon (F32 või F33), posttraumaatiline stressihäire (F43.1), hüperkineetilised häired (F90), käitumishäired (F91); tõenäoliselt ka teised psühhiaatrilised häired, mille avaldumisel on risk nooruki või teiste tervisele või turvalisusele märkimisväärne. Kujuneva düssotsiaalse isiksushäirega ja ICD-11 terminite järgi piiratud prosotsiaalsete emotsioonidega nooruk ei ole tõenäoliselt kavandatava osakonna sihtrühm, kui just ei planeerita spetsiifilisi uuringuid ja patsient vajab täiendavate turvanõuetega keskkonda.

Diskussioon

Tõstatus küsimus, mille kohta täpselt soovitakse komisjoni arvamust saada – kas kirjeldatud sekkumise efektiivsuse kohta või soovitud osakonna avamise põhjendatuse kohta. Arutleti, kas tegemist on pigem voodipäeva taotlusega või hoopis tervishoiukorraldusliku küsimusega. Praegu on loetelus olemas lastepsühhiaatria voodipäev, aga see ei ole mõeldud kontrollitud kinnise keskkonnana, mistõttu nähakse ilmselt loetelus katmata vajadust. Leiti, et kuna voodipäeva hinnakujundus on väga detailiderohke ja peab olema väga selge, milliseid ressursse ja kui palju sinna arvestatud on, ei ole taotluses hetkel piisavalt palju infot. Tervisekassa selgitas, et seda infot tuleb kindlasti taotlejalt juurde küsida ning lisas, et pigem ei ole tegemist klassikalise voodipäeva taotlusega, kuna teenuse loomisest on ettepanek teha muudatusi ravikorralduses, mistõttu tuleb anda hinnang ka uuele korraldusele ja selle efektiivsusele.

Tõstatus küsimus, kas kirjeldatud kinnine ravi on juba praegu kasutusel. Toodi välja, et tahtest olenematu ravi on laste puhul ka täna võimalik, kuid see on võimalikult lühiajaline kriisisekkumine. Antud juhul aga taotletakse pikaajalisemat kontrollitud keskkonnas ravi patsiendile. Sellest tulenevalt leiti, et taotlust tuleks käsitleda siiski uue tervishoiuteenusena ning hinnata selle tõendust ja ohutust

(arvestades ka seda, et taotluse alusel on ravi pikaajaline). Leiti, et taotlusest jääb üles mitmeid küsimusi – kas mõeldud on sundravi või tahtest olenematut ravi, kus toimub patsiendi hindamine ravile suunamiseks jne. Komisjon tegi ettepaneku paluda taotlejal täpsustada, mida täpsemalt taotletakse (sh millest teenus koosneb), ning lisada ka täiendavaid tõenduse viiteid (uuringud, ravijuhised, teiste riikide kogemus jne).

Komisjoni arvamus

Komisjon tegi Tervisekassale ettepaneku paluda taotlejal taotlust täiendada – täpsustada, mida taotletakse (sh millest teenus koosneb), lisada täiendavaid tõenduse viiteid (uuringud, ravijuhised, teiste riikide kogemus jne). Seejärel tuua taotlus uuesti komisjoni arutelule.

2. Muud teemad

Tervisekassa teavitas komisjoni, et 17. veebruaril arutab Tervisekassa nõukogu 01.04.2023 kehtestatava tervishoiuteenuste loetelu muudatusi, kus peamised muudatused puudutavad töötasude muutmist teenuste hindades tulenevalt kollektiivlepingust, eriarstiabis üldkulude muutmist, insuldi raviteekonna koordinaatori teenuse lisamist, juhtprojektide peatükki endoproteesimise raviteekonna teenuste lisamist. Tallinna ja Tartu erakorralise meditsiini osakondade ülekoormatusega seoses tehakse loetelus kaks muudatust – hakatakse rahastama Tallinna ja Tartu EMODEs täiendava triaaziõe valveringi (patsientide hindamise kiirendamiseks) ja täiendavat maja valveringi (et oleks võimalik minna vajadusel EMOSse appi). Muudatuste lisakulu kokku on 29 mln eurot.