

## EESTI HAIGEKASSA TERVISHOIUTEENUSTE LOETELU MUUTMISE TAOTLUS KOOS TÄITMISJUHISTEGA

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

1. Taotluse algataja	
1.1 Organisatsiooni nimi (taotleja) <i>Tervishoiuteenuste loetelu muutmise ettepaneku (edaspidi taotlus) esitava organisatsiooni (edaspidi taotleja) nimi. Kui taotlus esitatakse mitme erialaühenduse poolt, märgitakse taotluse punktis 1.1 taotluse algatanud erialaühenduse nimi ning seejärel kaasatud erialaühenduse ehk kaastaotleja nimi punktis 1.6.</i>	Eesti Psühhiaatrite Selts
1.2 Taotleja postiaadress	Raja 31, Tartu
1.3 Taotleja telefoninumber	7318701
1.4 Taotleja e-posti aadress	Anne.kleinberg@lastehaigla.ee
1.5 Kaastaotleja	
1.6 Kaastaotleja e-posti aadress	
1.7 Kontaktisiku ees- ja perekonnanimi	Sven Janno
1.8 Kontaktisiku telefoninumber	7318700
1.9 Kontaktisiku e-posti aadress	Sven.janno@kliinikum.ee

2. Taotletav tervishoiuteenus	
2.1. Tervishoiuteenuse kood tervishoiuteenuste loetelus olemasoleva tervishoiuteenuse korral <i>Kui muudatus ei ole seotud loetelus kehtestatud konkreetse teenusega või on tegemist uue teenuse lisamise ettepanekuga, siis teenuse koodi ei esitata.</i>	
2.2 Tervishoiuteenuse nimetus	<i>Dialektiline käitumisteraapia Inädal</i>

### 2.3. Taotluse eesmärk

Märkida rist ühe, kõige kohasema taotluse eesmärgi juurde. Risti lisamiseks vajutada sobilikul ruudul parempoolsele hiireklahvile ning avanenud menüüst valida „Properties“ – „Default value“ – „Checked“

- Uue tervishoiuteenuse lisamine loetellu
- Uue ravimiteenuse lisamine loetellu
- Uue ravimikomponendi lisamine olemasolevasse ravimiteenusesse
- Uue tehnoloogia lisamine loetelus olemasolevasse teenusesse
- Olemasolevas tervishoiuteenuses sihtgrupi muutmine (sh. laiendamine või piiramine)
- Eriala kaasajastamine (terve ühe eriala teenuste ülevaatamine)
- Loetelus olemasoleva tervishoiuteenuse piirhinna muutmine, mis ei tulene uue ravimikomponendi või tehnoloogia lisamisest olemasolevasse teenusesse (nt. teenuses olemasoleva kulukomponendi muutmine)
- Loetelus olemasoleva tervishoiuteenuse kohaldamise tingimuste muutmine, mis ei tulene uue ravimikomponendi või uue tehnoloogia lisamisest olemasolevasse teenusesse ega teenuse sihtgrupi muutmisest (nt. teenuse osutajate ringi laiendamine, teenuse kirjelduse muutmine)
- Loetelus olemasoleva tervishoiuteenuse kindlustatud isiku omaosaluse määra, haigekassa poolt kindlustatud isikult ülevõetava tasu maksmise kohustuse piirmäära muutmine
- Loetelus olemasoleva tervishoiuteenuse nimetuse muutmine
- Tervishoiuteenuse väljaarvamine loetelust
- Üldkulude ühikuhindade muutmine vastavalt määruse „Kindlustatud isikult tasu maksmise kohustuse Eesti Haigekassa poolt ülevõtmise kord ja tervishoiuteenuse osutajatele makstava tasu arvutamise meetodika“ § 36 lõikele 2

### 2.4 Taotluse eesmärgi kokkuvõtlik selgitus

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

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 HK hinnakirjas olev grupiteraapia. Tõhusa dialektilise käitumisteraapia ravi sisaldab igapäevaseid individuaalseid kohtumisi, grupis toimuvat oskuste õpet, meeskondliku 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 õppegrupp, individuaalne teraapia ja telefonivalve.

### 3. Tervishoiuteenuse meditsiiniline näidustus

<p>3.1 Tervishoiuteenuse meditsiiniline näidustus (ehk sõnaline sihtgrupi kirjeldus) <i>Esitada üksnes teenuse need näidustused, mille korral soovitakse teenust loetellu lisada, ravimikomponendi osas ravimiteenust täiendada, tehnoloogia osas tervishoiuteenust täiendada või teenuse sihtgruppi laiendada.</i> <b>NB!</b> Kui erinevate näidustuste aluseks on erinev kliiniline tõendusmaterjal, palume iga näidustuse osas eraldi taotlus esitada, välja arvatud juhul, kui teenust osutatakse küll erinevatel näidustustel, kuid ravitulemus ja võrdlusravi erinevate näidustuste lõikes on sama ning teenuse osutamises ei ole olulisi erisusi.</p>	<p>Emotsionaalselt ebastabiilsed, kõrge suitsiidriskiga ennastkahjustava käitumisega patsiendid, s.h. ebastabiilse isiksusehäirega täiskasvanud patsiendid ja ennastkahjustavalt käituvad alaealised patsiendid.</p>
<p>3.2 Tervishoiuteenuse meditsiiniline näidustus RHK-10 diagnoosikoodi alusel (kui on kohane)</p>	<p>Psüühikahäired, millega kaasub sage ennastkahjustav käitumine, s.h. ebastabiilne isiksus F60.3 täiskasvanutel ja ennastkahjustav käitumine (X60-X84) lastel (14-18 aastastel)</p>
<p>3.3 Näidustuse aluseks oleva haiguse või terviseseisundi iseloomustus <i>Kirjeldada haiguse või terviseseisundi levimust, elulemust, sümptomaatikat jm asjasse puutuvat taustainfot.</i></p>	
<p>Ebastabiilse isiksusehäire, millega kõige sagedamini kaasub ennastkahjustav käitumine, esinemissagedust on hinnatud 6% ja rohkem erinevates uuringugruppides. Eestis on viimase kümne aasta jooksul HK andmetel 1728 isikut (2021) kes on selle diagnoosi saanud. Lastel (14-18 aastastel) on ennastkahjustavat käitumist (X60-X84) 1255 isikut aastal 2021. Meditsiiniliseks probleemiks on sage hospitaliseerimine suitsiidkatsete järgselt ja kaasnevate tüsistuste ravi (haavade, vigastuste, mürgistuste jmt. ravi). Diagnoosiga F60.3 täiskasvanud isikute kulud isiku kohta psühhiaatrilisele abile olid 2021 aastal Eestis 1320€, mis on rohkem kui ilma selle diagnoosita isikutel keskmiselt – 559€. Ennastvigastavate noorte (14-18 aastastel) kulud psühhiaatrias olid 2021 aastal 8265€ ja muus meditsiinis 1767€; ilma selle probleemita noortel keskmiselt psühhiaatrias 1343€ ja muus meditsiinis 572€.</p>	

### 4. Tervishoiuteenuse tõenduspõhisus

<p>4.1 Teaduskirjanduse otsingu kirjeldus <i>Selgitada lühidalt taotluse aluseks olevate kliiniliste uuringute jm teaduspõhiste kirjandusallikate otsimising valikukriteeriume: millistest andmebaasidest otsiti, milliste märksõnade ning täpsustavate kriteeriumidega. Nt. uuringuid otsiti PubMed-ist (<a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/">http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/</a>). Otsingu märksõnad olid „diabetes in pregnancy“, valikukriteeriumiks oli insuliinravi enne rasedust ning täistekstina kättesaadavad inglisekeelsed artiklid, mis on avaldatud alates 1. jaanuarist 2000. Otsingu tulemusel leiti 10 uuringut, millest on kajastatud taotluses 3 uuringu tulemused, kuna teiste uuringute valimi maht oli väike (vähem kui 20 isikut).</i></p>
--

*Dialektilise käitumisteraapia rajajaks on Marsha M. Linehan. Eestis toimus 2021-2022 dialektilise käitumisteraapia väljaõpe (koolitati 11 meeskonda üle Eesti), mille raames jagati Linehan Institute - Behavioural Tech poolt kogutud uuringutulemusi vahemikus 1991-2011. Kokku oli uuringute ülevaates kirjeldatud 64 uuringu tulemusi. Neist on siinkohal välja toodud 1 suurema valimiga uuringu tulemused.*

*Et oleks kajastatud ka hilisemad uuringutulemused, otsiti uuringuid lisaks PubMed-ist (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>). Otsingu märksõnad olid „efficiency of dialectical behaviour therapy“, „dialectical behavior therapy for adolescents“. Valikukriteeriumiks olid täistekstina kättesaadavad inglisekeelsed artiklid ning randomiseeritud kontrollitud uuringud, mis on avaldatud alates 2007. aastast. Otsingu tulemusel leiti 80 täiskasvanute uuringut, millest on kajastatud taotluses 1 uuringu tulemused. Leiti ka 43 noorukite uuringut, millest on noorukite puhul kajastatud taotluses 2 uuringu tulemused, kuna nende uuringute valimi maht oli kõige suurem ning uuringusse kaasati korduvalt ennastvigastavaid suitsidaalseid noorukeid.*

#### 4.2 Tervishoiuteenuse tõenduspõhisuse andmed ravi tulemuslikkuse kohta kliiniliste uuringute ja metaanalüüside alusel

<p>4.2.1 Uuringu sihtgrupp ja uuritavate arv uuringugruppide lõikes <i>Märkida uuringusse kaasatud isikute arv uuringugrupi lõikes ning nende lühiiseloostus, nt. vanus, sugu, eelnev ravi jm.</i></p>	<p>Uuringus osales 173 12-18 aastast noorukit, kellel oli varasemalt esinenud vähemalt üks suitsiidkatse, viimasel kuul hinnatud suitsiidmõtete esinemine, korduv enesevigastamine, kolm või enam piirialase isiksushäirele iseloomuliku joont. Osalejad jagati kahte gruppi juhuslikult. DKT grupis oli 82 naissoost osalejat, keskmine vanus 14.77. Teises grupis viidi läbi individuaalset ja grupi toetavat teraapiat (IGST) ja selles grupis oli 81 naissoost osalejat, keskmine vanus 15.04</p>
<p>4.2.2 Uuringu aluseks oleva ravi/ teenuse kirjeldus</p>	<p>DKT noorukitele hõlmas nelja osa: iganädalane individuaalne psühhoteraapia, oskuste õpe grupis (nooruk koos vanemaga), nooruki ja vanema telefonikonsultatsioon ning terapeudi meeskonna konsultatsioonid. Lapsevanematega kohtuti individuaalselt esimesel seansil ja võimaldati veel 7 või enam pereseansi. Suitsiidiriski jälgiti regulaarselt.</p>
<p>4.2.3 Uuringus võrdlusena käsitletud ravi/teenuse kirjeldus</p>	<p>IGST oli manualiseeritud patsiendikeskne ravi, mis sisaldas individuaalseid seansse, noorukite toetavat rühmateraapiat, vajadusel seansse vanematele ning samuti ka iganädalasi terapeudi meeskonna konsultatsioone. Terapeudid olid telefoni teel kättesaadavad tööajal.</p>

4.2.4 Uuringu pikkus	Uuringut viidi läbi perioodil 01.01.2012- 31.08.2014 neljas akadeemilises meditsiinikeskuses. Ravi kestus oli 6 kuud.
4.2.5 Esmane tulemusnäitaja <i>Uuritava teenuse esmane mõõdetav tulemus /väljund</i>	Hindamised toimusid enne ravi, ravi keskel (3 kuud), ravi lõpus (6 kuud) ning ka 9 ja 12 kuu möödumisel ravi algusest. Suitsiidkatsete, enesevigastamise mõõtmiseks kasutati SASII ( <i>Suicide Attempt Self-Injury Interview</i> ). DKT grupis olevad noored osalesid rohkematel individuaalsetel ja grupisessioonidel ning püsisid programmis kauem. DKT on tõhus ennastkahjustava käitumise ja suitsiidkatsete vähendamisel kõrge suitsiidiriskiga ennast vigastavatel noorukitel.
4.2.6 Esmase tulemusnäitaja tulemus	DKT olulised eelised pärast ravi leiti kõigis näitajates: suitsiidkatseted (65 [90,3%] 72-st DKT rühmast vs 51 [78,9%] 65-st IGST rühmast ilma suitsiidkatseteta; odds ratio [OR], 0.30; 95% CI, 0.10-0.91); mitesuitsidaalne enesevigastamine (41 [56,9%] 72-st DKT rühmast vs 26 [40,0%] 65-st IGST rühmast enesevigastamisteta; OR, 0.32; 95% CI, 0.13-0.70); ennast kahjustav käitumine (39 [54,2%] 72-st DKT rühmast vs 24 [36,9%] 65 IGST rühmast ennast kahjustava käitumiseta; OR, 0.33; 95% CI, 0.14-0.78).
4.2.7 Teised tulemusnäitajad <i>Uuritava teenuse olulised teised tulemused, mida uuringus hinnati</i>	
4.2.8 Teiste tulemusnäitajate tulemused	

<p>4.2.1 Uuringu sihtgrupp ja uuritavate arv uuringugruppide lõikes  <i>Märkida uuringusse kaasatud isikute arv uuringugrupi lõikes ning nende lühiiseloomustus, nt. vanus, sugu, eelnev ravi jm.</i></p>	<p>Uuringus osales 77 12-18 aastast noorukit, kellel oli varasemalt esinenud vähemalt kaks ennastkahjustava käitumise episoodi, millest vähemalt üks olnud viimase 16 nädala jooksul, vähemalt kaks DSM-IV piirialasele isiksushäirele omast kriteeriumit (lisaks ennasthävivate kriteerium) või üks DSM-IV piirialase isiksushäire kriteerium koos kahe alamkriteeriumiga. Osalejad jagati kahte gruppi juhuslikult. DKT grupis oli 23 naissoost osalejat, keskmine vanus 15.9. Teises grupis viidi läbi tõhustatud tavapärast ravi (EUC) ja selles grupis oli 34 naissoost osalejat, keskmine vanus 15.3.</p>
<p>4.2.2 Uuringu aluseks oleva ravi/ teenuse kirjeldus</p>	<p>DKT noorukitele kestis kokku 19 nädalat ja ravi koosnes iganädalastest individuaalsetest teraapiaseanssidest (60 minutit), oskuste õpe grupiseanssidest (nooruk koos vanemaga, 120 minutit), vastavalt vajadusele pereteraapia seansid ning individuaalterapeutidiga telefonikonsultatsioonid.</p>
<p>4.2.3 Uuringus võrdlusena käsitletud ravi/teenuse kirjeldus</p>	<p>Tõhustatud tavapärane ravi tähendas 19 nädalat standard ravi, tõhustatud seetõttu, et ette oli nähtud vähemalt üks individuaalne kohtumine igal nädalal. Tõhustatud ravi ei olnud manuaalipõhine, enamasti kas psühhodünaamiline või kognitiiv-käitumuslik teraapia vajadusel koos psühhofarmakoloogilise raviga.</p>
<p>4.2.4 Uuringu pikkus</p>	<p>Ravi kestvus oli 19 nädalat.</p>
<p>4.2.5 Esmane tulemusnäitaja  <i>Uuritava teenuse esmane mõõdetav tulemus /väljund</i></p>	<p>Hinnangud enesevigastamise, enesetapumõtete, depressiooni, lootusetuse ja piirialase isiksusehäire sümptomite kohta tehti uuringu alguses ning 9, 15 ja 19 nädala pärast (uuringu perioodi lõpus), samuti registreeriti haiglaravi ja erakorralise meditsiini osakonna külastuste sagedus uuringu perioodi jooksul. Ravigruppide vahel ei leitud statistiliselt olulisi erinevusi algtunnuste osas. Sekkumise osas oli statistiliselt oluline erinevus vaid grupikohtumiste toimumise arvus. DKT noorukitele oli tõhusam kui EUC enesevigastamise, enesetapumõtete ja depressiivsete sümptomite vähendamisel.</p>

4.2.6 Esmase tulemusnäitaja tulemus	DKT noorukite rühmas vähenes oluliselt enesevigastamise sagedus ja rühmade vaheline erinevus oli statistiliselt oluline ( $\Delta$ slope = $-0.92$ , 95% CI = $-1.69$ to $-0.15$ , $p = .021$ ). Mõlemas ravigrupis oli suitsiidimõtete raskusaste algtasemel tunduvalt kõrgem kliinilisest piirist ja selle näitaja vähenemine oli esimese 15 nädala jooksul sarnane. DKT patsientide puhul jätkus langus kogu uuringuperioodi jooksul, EUC patsientidel jäi muutus viimasel kuul püsima ( $\Delta$ slope = $-0.62$ per week, $p = .010$ ). DKT rühmas vähenes oluliselt intervjuerija poolt hinnatud depressioon sümptomaatika.
4.2.7 Teised tulemusnäitajad <i>Uuritava teenuse olulised teised tulemused, mida uuringus hinnati</i>	
4.2.8 Teiste tulemusnäitajate tulemused	

4.2 Tervishoiuteenuse tõenduspõhisuse andmed ravi tulemuslikkuse kohta kliiniliste uuringute ja metaanalüüside alusel	
1. Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L. et al (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behaviour therapy vs therapy by experts for suicidal behaviours and borderline personality disorder. <i>Archives of General Psychiatry</i> , 63, 757-766.	
4.2.1 Uuringu sihtgrupp ja uuritavate arv uuringugruppide lõikes <i>Märkida uuringusse kaasatud isikute arv uuringugrupi lõikes ning nende lühiiseloostus, nt. vanus, sugu, eelnev ravi jm.</i>	18-45 aastased naised (N=101), kes vastasid piirialase isiksushäire kriteeriumitele ning kellel oli esinenud viimase 5 aasta jooksul vähemalt 2 ning viimase 8 nädala jooksul vähemalt 1 enesetapakatse ja/või enesevigastamise episood.
4.2.2 Uuringu aluseks oleva ravi/ teenuse kirjeldus	Standardne DKT täisprogramm.
4.2.3 Uuringus võrdlusena käsitletud ravi/teenuse kirjeldus	Spetsialistide poolt läbiviidud mitte-käitumuslik ravi.
4.2.4 Uuringu pikkus	Ravi kestus üks aasta. Hindamine enne ravi algust, ravi käigus 4-kuuliste intervallidena ja aasta pärast ravi lõppemist.

4.2.5 Esmane tulemusnäitaja <i>Uuritava teenuse esmane mõõdetav tulemus /väljund</i>	DKT programmis osalenud sooritasid poole väiksema tõenäosusega suitsiidkatse, sattusid väiksema tõenäosusega haiglaravile suitsiidmõtete tõttu ning neil oli väiksem meditsiiniline risk arvestades suitsiidkatseid ja ennastkahjustavaid käitumisi kokku.
4.2.6 Esmase tulemusnäitaja tulemus	DKT programmis osalejad sattusid oluliselt vähem erakorralise meditsiini osakonda ning neil esines vähem hospitaliseerimisi.
4.2.7 Teised tulemusnäitajad <i>Uuritava teenuse olulised teised tulemused, mida uuringus hinnati</i>	DKT programmis osalejad langesid oluliselt väiksema tõenäosusega ravist välja (väljalangevus DKT=25%, võrdlusgrupp=59%). DKT efektiivsust ei saa seletada ainult üldiste faktorite läbi, mis kaasnevad heatasemelise psühhoteraapiaga. DKT on eriti tõhus suitsiidkatsete vähendamisel.
4.2.8 Teiste tulemusnäitajate tulemused	

Stiglmayr et al. (2014) Effectiveness of dialectic behavioral therapy in routine outpatient care: the Berlin Borderline Study. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 1:20.

4.2.1 Uuringu sihtgrupp ja uuritavate arv uuringugruppide lõikes <i>Märkida uuringusse kaasatud isikute arv uuringugrupi lõikes ning nende lühiseloostus, nt. vanus, sugu, eelnev ravi jm.</i>	Programmi võeti inimesi, kellel oli vanust vähemalt 16 aastat, piirialase isiksushäire diagnoos (hinnatud SCID-II intervjuuga) ning kes ei saanud parasjagu ühtegi muud teraapiat. 1-aastase programmi lõpetas 47 piirialase isiksushäire diagnoosiga indiviidi (43 naist, 4 meest).
4.2.2 Uuringu aluseks oleva ravi/ teenuse kirjeldus	Standardne DKT täisprogramm.
4.2.3 Uuringus võrdlusena käsitletud ravi/teenuse kirjeldus	-
4.2.4 Uuringu pikkus	Sissejuhatav faas (kuni 5 kohtumist) ning ravifaas 1 aasta.



4.2.5 Esmane tulemusnäitaja <i>Uuritava teenuse esmane mõõdetav tulemus /väljund</i>	Oluliselt vähenes ennastvigastav käitumine, hospitaliseerimiste arv, piirialase isiksusehäire sümptomaatika ning üldise psühhopatoloogia näitajad. Pärast aastast ravi ei täitnud 77% ravi saanutest enam piirialase isiksusehäire kriteeriume.
4.2.6 Esmase tulemusnäitaja tulemus	
4.2.7 Teised tulemusnäitajad <i>Uuritava teenuse olulised teised tulemused, mida uuringus hinnati</i>	Teraapiat katkestati vähem, kui terapeudid osalesid meeskonna konsultatsioonikohtumistel.
4.2.8 Teiste tulemusnäitajate tulemused	

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

*Maksimaalselt palume kajastada kuni 5 teaduslikku uuringut.*

4.3 Tervishoiuteenuse tõendus põhise andmed ravi ohutuse kohta	
4.3.1. Kõrvaltoimete ja tüsistuste iseloomustus	
Kõrvaltoime/ tüsistuse esinemissagedus	Kõrvaltoime/ tüsistuse nimetus
Väga sage ( $\geq 1/10$ )	
Sage ( $\geq 1/100$ kuni $< 1/10$ )	
Rasked kõrvaltoimed	
Võimalikud tüsistused	
<p>4.3.2 Kõrvaltoimete ja tüsistuste ravi</p> <p><i>Kirjeldada, milliseid teenuseid ja ravimeid on vajalik patsiendile osutada ning millises mahus, et ravida tekkinud kõrvaltoimeid ning tüsistusi.</i></p> <p><i>Nt: Perifeersete dopamiinergiliste toimete põhjustatud kõrvaltoimeid (iiveldus, oksendamine ja ortostaatiline hüpotensioon) saab kontrolli all hoida domperidooni manustamisega kuni tolerantsuse tekkimiseni 3-6 nädala jooksul pärast subkutaanse apomorfiinravi alustamist, mille järel võib domperidooni manustamise lõpetada.</i></p>	



#### 4.4. Tervishoiuteenuse osutamise kogemus maailmapraktikas

*Kirjeldada publitseeritud ravi tulemusi maailmapraktikas, kui puuduvad tervishoiuteenuse tõenduspõhisuse andmed ravi tulemuslikkuse ja ohutuse kohta avaldatud kliiniliste uuringute ja metaanalüüside alusel.*

*APA andis 1998. a. Manchesteri vaimse tervise keskusele DKT programmi eduka läbiviimise eest Gold Achievement Award'i. Keskus viis läbi 1-aastase standardse DKT programmi 14 osalejaga, mille tulemusena vähenes haiglas veedetud päevade arv 77%, osaliselt haiglas veedetud päevade arv vähenes 76%, näost-näku kontaktid erakorralise meditsiini töötajatega vähenesid 80%. Kulud ambulatoorsetele vastuvõtudele programmi läbi viies suurenesid 49 000 dollarilt 141 000 dollarini, kuid statsionaarse ravi kulud vähensid 453 000 dollarilt 83 000 dollarini ning kogu ravikulud kokku vähenesid rohkem kui poole võrra (645 000 dollarilt 273 000 dollarini).*

*Integrating Dialectical Behaviour Therapy Into A Community Mental Health Program: The Mental Health Center of Greater Manchester, New Hampshire (1998)*

### 5. Tõenduspõhisus võrreldes alternatiivsete tõenduspõhiste raviviisidega

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

<i>Alternatiivi liik Märkida, millise loetelu (tervishoiuteenused, soodusravimid, meditsiiniseadmed) kaudu on kohane alternatiiv patsiendile kättesaadav</i>	<i>Alternatiiv Märkida alternatiivse raviviisi teenuse kood, ravimi toimeaine nimetus või meditsiiniseadme rühma nimetus.</i>	<i>Lisaselgitus / märkused Vajadusel lisada siia tulpa täpsustav info</i>
1. Psühhoteraapia	7601,	
2. Sisehaiguste voodipäev,		

3. Tahtest olenematu ravi voodipäev			
<p>5.2 Taotletava teenuse ja alternatiivse raviviisi sisaldumine Euroopa riikides aktsepteeritud ravijuhistes</p> <p><i>Kui teenus ei kajastu ravijuhistes või antud valdkonnas rahvusvahelised ravijuhised puuduvad, lisada vastav selgitus lahtrisse 5.2.3. Maksimaalselt palume kirjeldada 5 ravijuhist.</i></p>			
Ravijuhise nimi	Ravijuhise ilmumise aasta	Soovitused ravijuhises	Soovituse tugevus ja soovituse aluseks oleva tõendus põhise tase
		<i>Soovitused taotletava teenuse osas</i>	
		<i>Soovitused alternatiivse raviviisi osas</i>	
1. NICE Guidelines	2009	<p>Piirialase isiksushäirega naispatsientide puhul, kelle puhul on prioriteediks korduva enesevigastamise vähendamine, tuleks kaaluda DKT täisprogrammi (BPD: recognition and management; clinical guideline CG78).</p> <p>Laste ja noorukite puhul, kel on olulised raskused emotsioonide reguleerimisega ning kel esineb ennastkahjustavat käitumist, tuleks kaaluda DKT noorukite täisprogrammi (Self-harm: assessment, management and preventing recurrence; NICE guideline NG225)</p>	Ei ole märgitud
		Ühtegi teist konkreetset teraapiat võimaliku alternatiivina ei soovitata	
2. Hispaania (clinical practice guideline for BPD by the Catalan Agency for Health Information,	2011	Piirialase isiksushäire ravis esmavalikuks DKT.	Juhis on välja töötatud AGREE ja OSTEBA andmete kogumise ja hindamise süsteeme kasutades.

Assessment and Quality)		Teisteks valikuteks, mis on väiksema empiirilise tõendus põhiseega, on: mentalization-based therapy (MBT), schema focused therapy.	
3. DGPPN - Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie. Reihe: S2 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie (Saksamaa)	2009	DKT on isiksushäirete osas soovitatud teraapiaks. Piirialase isiksushäire osas on DKT parema empiirilise tõendatusega kui teised (allpool) toodud teraapiad.	The Association of the Scientific Medical Societies in Germany eristab kolme juhiste taset: S1-S3, millest S3 on kõrgeima tõendus põhiseega. Käesolev juhend on S2 tasemel.
		Teisteks soovitatud teraapiateks isiksushäirete osas on veel: <i>mentalisation-based therapy (MBT), schema therapy/ schema-focused and transference-focused therapy (TFP).</i>	
<p>5.3 Kokkuvõtte tõendus põhiseusest võrreldes alternatiivsete tõendus põhiste raviviisidega  <i>Esitada kokkuvõtvalt teenuse oodatavad lühi- ja pikaajalised tulemused tervisele. nt. surmajuhtumite vähenemine, haigestumisjuhtude vähenemine, elukvaliteedi paranemine, kõrvaltoimete sageduse vähenemine, tüsistuste sageduse vähenemine.</i>  <i>Lisaks selgitada, kas uus teenus on samaväärne alternatiivse raviviisiga. Väites uue teenuse paremust, tuleb välja tuua, milliste tulemuste osas omab taotletav teenus eeliseid.</i></p>			
<p>Oodatavad tulemused standardse DKT programmi läbinud patsientide puhul on suitsiidkatsete ja enesevigastamise vähenemine, erakorralise meditsiini osakonda pöördumiste vähenemine, hospitaliseerimiste vähenemine, isiksushäire sümptomaatika vähenemine ning depressiooni sümptomaatika leevenemine.  Praegu on Eestis alternatiiviks (üldine) psühhoteraapia teenus, mis ei ole ühegi teraapiakoolkonna spetsiifiline ja mille raames võib pakkuda konkreetset teraapiat nagu näiteks kognitiiv-käitumisteraapia, skeemiteraapia jne või ka üldisemat psühhoteraapiat nt toetava psühhoteraapia näol. Maailmapraktikas on DKTd võrreldud TAUGa (treatment as usual), mis võiks vastata meie üldisele psühhoteraapia teenusele. DKT on osutunud kõikide ülevalpool toodud näitajate osas edukamaks kui TAU, välja arvatud depressiivsuse vähendamise osas, milles ollakse samal tasemel.</p>			

## 6. Tervishoiuteenuse osutamiseks vajalike tegevuste kirjeldus

### 6.1 Teenuse osutamise kirjeldus

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

DKT programmi elluviimiseks on vajalik arvestada ravi nelja olulise osaga: iganädalased individuaalteraapia seansid (60 minutit) ja oskuste õpe grupis osalemine (nädalas korra 150 minutit), patsiendi ja vajadusel tema vanemate telefoni konsultatsioonid, DKT meeskonna konsultatsioonid (nädalas korra 120 minutit).

Ettevalmistavad tegevused.

Asutuses on vajalik dialektilise käitumisteraapia (DKT) meeskond, kuhu võivad kuuluda psühhiaatrid, (kliinilised) psühholoogid ja vaimse tervise õed, kes on omandanud vastava väljaõppe. DKT oskuste õppe gruppi suunamiseks annab soovitus patsiendi raviarst.

DKT meeskond tutvub patsiendi haigusjuhuga ning teeb otsuse patsiendi sobivusest DKT oskuste õppe gruppi.

Üks DKT meeskonna liikmetest võtab patsiendiga (või nooruki puhul tema vanemaga) ühendust ja lepib kokku grupieelsete kohtumiste ajad.

Oskuste õppe gruppi suunatud patsiendi ning noorukite puhul ka tema vanematega viiakse läbi 1-4 individuaalset grupieelset kohtumist, mille käigus tutvustatakse grupi töö põhimõtteid, hinnatakse patsiendi valmisolekut ja pühendumust 24-nädalaseks koostööks. Need teenused kodeeritavad juba olemasolevate koodidega.

DKT oskuste õppe grupp kestab kuni 24 nädalat ja grupisessioonid toimuvad üks kord nädalas. Soovituslik grupis osalejate arv on 8-12 patsienti, ühe sessiooni kestvus kuni 2,5 tundi.

Ettevalmistus grupisessiooni läbiviimine.

DKT oskuste õppe grupi sessiooni viivad alati läbi kaks DKT meeskonna liiget.

DKT oskuste õppe grupi sessioon eeldab selle läbiviijatelt ettevalmistust kohtumiseks: töölehtede ülevaatamine ja vajadusel uute töölehtede väljatöötamine, manuaalis väljapakutud erinevate oskuste seast grupi jaoks vajalike harjutuste ettevalmistamine, ruumi ettevalmistamine. Oskuste õppe sessioonide läbiviimiseks vajalik ruum peab olema piisavalt suur, et kõik osalejad saaksid istuda ringis ja teha harjutusi väiksemates gruppides. Ruumis peab olema võimalus kasutada pabertahvli, ideaalis ka ekraani visuaalse info jagamiseks. Grupisessiooni ettevalmistusega seotud ülesanded on jagatud kahe grupisessiooni läbiviija vahel. Ettevalmistuse maht (ajaliselt) oskuste õppe sessiooni läbiviimiseks ei sõltu grupis osalejate arvust. Ettevalmistusega seotud ajakulu on ligikaudu 120 minutit tund.

Sessiooni ülesehitus

Grupisessiooni algab alati mõneminutilise teadveloleku harjutusega ning põgusa tagasisidega teadveloleku oskuse kinnitamiseks. Järgnevad 45-60 minuti jagatakse tagasisidet tehtud kodutööst; juhul, kui osalejal on kodutöö tegemata, analüüsitakse selle põhjuseid ja leitakse lahendusi. Iga osaleja jaoks arvestatakse tagasiside andmiseks ligikaudu 5 minutit. Sessioon sisaldab ka 10-minutilist pausi. Pausiks on vajalik osalejate jaoks valmis panna kerge vahepala (tee, mahl, küpsised). Grupijuhid on pausi ajal koos osalejatega, et vastata nende küsimustele.

Sessiooni teises pooles (60 minuti) õpitakse uut oskust ja kinnistatakse seda läbi näidete jagamise, harjutuste tegemise, rollimängude ja arutelude. Tutvustatakse uut kodutööd ja sellega seonduvat töölehte, lõpetatakse kohtumise põgusa tagasisidega kohtumisest/kogemusest.

Grupikohtumise järgselt on vajalik seansi dokumenteerimine iga osaleja kohta. Vajalik on grupijuhide omavaheline tagasiside toimunud grupiprotsessidest, raskuste kontseptualiseerimine, lahenduste leidmine. Vajadusel tuleb enne järgmist kohtumist ühendust võtta osaleja individuaalse terapeudiga. Grupi kohtumiste vahelisel ajal saadetakse osalejatele kokkuvõttev kiri ja meeldetuletus grupikohtumisest. Kohtumiselt puudunud patsientidega otsitakse samuti kontakti. Iganädalaselt toimuvad DKT meeskonna kohtumised grupis ja grupis osalevate patsientidega individuaalses töös tekkinud raskuste koviseerimiseks.

Individuaalne teraapia (60 minutit)

DKT individuaalset teraapiat viib läbi väljaõppe saanud meeskonnaliige (kliiniline psühholoog, psühhiaater või vaimse tervise õde). Kohtumised toimuvad iganädalaselt ning selle käigus keskendutakse patsiendi eesmärkide saavutamisele. Patsient täidab iganädalaselt päevikukaarti, mille eesmärgiks on jälgida ennastkahjustavat käitumist/tungi ja probleemse käitumise esinemist ning oskuste õppe grupis õpitud oskuste kasutamist. Kui ennastkahjustav käitumine on aset leidnud, teostab terapeut koos patsiendiga ahelanalüüsi, et leida sobivad sekkumiskohad ja DKT-õpitud oskused mida kahjustava käitumise asemel kasutada. Ravi esimeses etapis on eesmärgiks vähendada eluohtlikku käitumist.

7. Tingimused ja teenuseosutaja valmisolek kvaliteetse tervishoiuteenuse osutamiseks	
7.1 Tervishoiuteenuse osutaja <i>Nimetada kohased teenuse osutajad (nt. piirkondlik haigla, keskhaigla, üldhaigla, kohalik haigla, valikupartner, perearst)</i>	Asutuses on vajalik dialektilise käitumisteraapia (DKT) meeskond, kuhu võivad kuuluda psühhiaatrid, (kliinilised) psühholoogid ja vaimse tervise õed, <b>kes on omandanud vastava väljaõppe</b> . Võiks olla HVA asutused.
7.2 Kas tervishoiuteenust osutatakse ambulatoorselt, statsionaarselt, ja/või päevaravis/päevakirurgias? <i>Loetleda sobivad variandid.</i>	Ambulatoorselt
7.3 Raviarve eriala <i>Nimetada, milliste erialade raviarvete peal antud teenus sisaldub lähtudes ravi rahastamise lepingust.</i>	<i>Psühhiaatria</i>
7.4 Minimaalne tervishoiuteenuse osutamise kordade arv kvaliteetse teenuse osutamise tagamiseks <i>Esitada teenuse minimaalne osutamise kordade arv, mille puhul oleks tagatud teenuse osutamise kvaliteedi säilimine. Lisada selgitused/põhjendused, mille alusel on teenuse minimaalne maht hinnatud.</i>	<b>15 nädalat</b>
7.5 Personali (täiendava) väljaõppe vajadus <i>Kirjeldada, millise kvalifikatsiooniga spetsialist (arst vajadusel eriala täpsusega, õde, füsioterapeut vm) teenust osutab ning kas personal vajab teenuse osutamiseks väljaõpet (sh. täiendavat koolitust teatud intervalli tagant). Väljaõppe vajadusel selgitada, kes koolitab, kus väljaõppe läbiviimine toimuks ning kes tasuks koolituskulud (kas koolituse garanteerib seadme müüja või teenuse osutaja ja kulu on arvestatud teenuste hindadesse jm).</i>	
<b>Asutuses on vajalik dialektilise käitumisteraapia (DKT) meeskond, kuhu võivad kuuluda psühhiaatrid, (kliinilised) psühholoogid ja vaimse tervise õed, kes on omandanud vastava väljaõppe.</b>	
7.6 Teenuseosutaja valmisolek <i>Kirjeldada, milline peaks olema tervishoiuteenuse osutaja töökorraldus, vajalikud meditsiiniseadmed, täiendavate osakondade/teenistuste olemasolu ning kas on põhjendatud ööpäevaringne valmisolek, et oleks tagatud soovitud tulemus. Anda hinnang, kas teenuseosutaja on valmis koheselt teenust osutama või on vajalikud täiendavad investeeringud, koolitused, ruumide loomine vms.</i>	
Asutuses on vajalik dialektilise käitumisteraapia (DKT) meeskond, kuhu võivad kuuluda psühhiaatrid, (kliinilised) psühholoogid ja vaimse tervise õed, <b>kes on omandanud vastava väljaõppe</b> . Haiglaravil olevate patsientide hulgast saab raskemad patsiendid välja selekteerida, seetõttu võiks olla HVA asutus.	

<b>8. Teenuse osutamise kogemus Eestis</b>	
8.1 Kas teenust on varasemalt Eestis osutatud?	Jah
8.2 Aasta, millest alates teenust Eestis osutatakse	2013
8.3 Eestis teenust saanud isikute arv ja teenuse osutamise kordade arv aastate lõikes	TÜKis aastatel 2013-2019 umbes 10-le täiskasvanud patsiendile aastas. Alates 2020 ka alaealistele. Viimasel paaril aastal on lisandunud ka teisi teenuseosutajaid.
8.4 Eestis teenust osutanud raviasutused	SA Tartu Ülikooli Kliinikum, SA Tallinna Lastehaigla, PERH psühhiaatriakliinik, Pärnu Haigla, Ida-Viru keskhaigla (Torujõe noortekodu)
8.5. Tervishoiuteenuste loetelu koodid, millega tervishoiuteenuse osutamist on raviarvel kodeeritud	7601, 7602, 7603, 7617, 7626, 7627
8.6 Ravi tulemused Eestis	DKT sekkumist saanud patsientide suitsiidkatsete arv on vähenenud.

<b>9. Eestis tervishoiuteenust vajavate isikute ja tervishoiuteenuse osutamise kordade arvu prognoos järgneva nelja aasta kohta aastate lõikes</b>			
9.1 Keskmise teenuse osutamise kordade arv ravijuhu (ühele raviarvele kodeerimise) kohta		24	
9.2 Tervishoiuteenust vajavate isikute arv ja tervishoiuteenuse osutamise kordade arvu prognoos järgneva nelja aasta kohta aastate lõikes			
9.2.1 Aasta	9.2.2 Isikute arv <i>arvestades nii lisanduvaid isikuid kui ravi järgmisel aastal jätkavaid isikuid</i>	9.2.3 Ravijuhtude arv 1 isiku kohta aastas <i>arvestades asjaolu, et kõik patsiendid ei pruugi lisanduda teenusele aasta algusest</i>	9.2.4 Teenuse osutamise kordade arv aastas kokku
1. aasta	40	1	1208
2. aasta	40	1	1400



3. aasta	48	1	1600
4. aasta	56	1	1600

### 9.3 Prognoosi aluse selgitus

*Esitatakse selgitused, mille põhjal on teenust vajavate patsientide arvu hinnatud ning selgitused patsientide arvu muutumise kohta aastate lõikes.*

Maht sõltub teenust osutavate meeskondade arvust. Teenust potentsiaalseid vajavaid isikuid on täiskasvanute hulgas kuni 1728 isikut ja laste hulgas 1255.

### 9.4 Tervishoiuteenuse mahtude jagunemine raviasutuste vahel

*Tabel on vajalik täita juhul, kui tervishoiuteenuse ravijuhud tuleb planeerida konkreetsetesse raviasutustesse, st. tegu on spetsiifilise tervishoiuteenusega, mida hakkaksid osutama vähesed raviasutused.*

9.4.1 Raviasutuse nimi	9.4.2 Raviarve eriala raviasutuste lõikes	9.4.3 Teenuse osutamise kordade arv raviarve erialade lõikes
<i>Nt. Sihtasutus Tartu Ülikooli Kliinikum</i>	<i>Psühhiaatria</i>	<i>24*16=384</i>
<i>Sihtasutus Põhja-Eesti Regionaalhaigla</i>	<i>Psühhiaatria</i>	<i>24*18=240</i>
<i>Tallinna Lastehaigla</i>		<i>24*10=240</i>
<i>Pärnu Haigla</i>		<i>24*10=240</i>
<i>Ida-Viru keskhaigla</i>		<i>24*10=240</i>

## 10. Tervishoiuteenuse seos kehtiva loeteluga, ravimite loeteluga või meditsiiniseadmete loeteluga ning mõju töövõimetusele

10.1 Tervishoiuteenused, mis lisanduvad taotletava teenuse kasutamisel ravijuhule  
*Loetleda samal raviarvel kajastuvate tervishoiuteenuste koodid ja teenuse osutamise kordade arv sellel raviarvel.*

*Lisaks võib tulla psühhiaatri või vaimse tervise õe vastuvõtte*

<p>10.2 Tervishoiuteenused, mis lisanduvad alternatiivse teenuse kasutamisel ravijuhule <i>Loetleda alternatiivse tervishoiuteenuse <u>samal raviarvel</u> kajastuvate tervishoiuteenuste koodid ning teenuse osutamise kordade arv sellel raviarvel.</i></p>	<p><i>Alternatiivsed on senikasutatud, mis on loetletud punktis 8.5</i></p>
<p>10.3 Kas uus teenus asendab mõnda olemasolevat tervishoiuteenust osaliselt või täielikult? <i>Kui jah, siis loetleda nende teenuste koodid ning selgitada, kui suures osakaalus asendab uus teenus hetkel loetelus olevaid teenuseid (tuua välja asendamine teenuse osutamise kordades).</i></p>	<p>7602 – seni kasutati tavalise grupiteraapia koodi, 7601 või 7603 – patsiendid vajavad lisaks iga nädal psühhoteeraapiat. 7617, 7626,7627 meeskonnaarutelud kuuluvad uue teenuse sisse.</p>
<p>10.4 Kui suures osas taotletava teenuse puhul on tegu uute ravijuhtudega? Kas teenuse kasutusse võtmine tähendab uute ravijuhtude lisandumist või mitte? Kui jah, siis mitu ravijuhtu lisandub?</p>	<p>Ei</p>
<p>10.5 Taotletava tervishoiuteenusega kaasnevad samaaegselt, eelnevalt või järgnevalt vajalikud tervishoiuteenused (mida ei märgita taotletava teenuse raviarvele), soodusravimid, ja meditsiiniseadmed <u>isiku kohta ühel aastal</u>. <i>Kirjeldatakse täiendavad teenused, ravimid ja/või meditsiiniseadmed, mis on vajalikud kas teenuse määramisel, teostamisel, edasisel jälgimisel: kuidas kasutatakse (ravimite puhul annustamisskeem), ravi kestus/kuuride arv, ravi alustamise ja lõpetamise kriteeriumid. Diagnostilise protseduuri puhul esitatakse andmed juhul, kui protseduuri teostamise järel muutub isiku edasises ravis ja/või jälgimisel kasutatavate tervishoiuteenuste ja ravimite kasutus. Juhul kui muutust ei toimu, esitada sellekohane selgitus.</i></p>	<p><i>Psühhiaatri ja/või vaimse tervise õe vastuvõtud on vahel lisaks vajalikud.</i></p>
<p>10.6 Alternatiivse raviviisiga kaasnevad (samaaegselt, eelnevalt või järgnevalt) vajalikud tervishoiuteenused (mida ei märgita taotletava teenuse raviarvele), soodusravimid, ja meditsiiniseadmed <u>isiku kohta ühel aastal</u>. <i>Vastamisel lähtuda punktis 10.5 toodud selgitustest.</i></p>	<p><i>Alternatiiv on patsiente hospitaliseerida suitsiidkatsete järgselt või ennetamiseks.</i></p>

<p>10.7 Kas uus tervishoiuteenus omab teaduslikult tõendatult <u>erinevat mõju</u> töövõimetuslehe kestvusele võrreldes alternatiivse raviviisiga? <i>Kas töövõimetuslehe kestuse osas on publitseeritud andmeid teaduskirjandusest ning kas raviviiside vahel saab väita erinevust?</i></p>	
<p>10.8 Kui jah, siis mitu päeva viibib isik töövõimetuslehel taotletava teenuse korral ning mitu päeva viibib isik töövõimetuslehel alternatiivse raviviisi korral?</p>	

## 11. Kulud ja kulutõhusus

### 11.1 Taotletava tehnoloogia või ravimi maksumus

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

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

### 11.2. Tervishoiuökonomilise analüüsi kokkuvõte

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

Uuringud DKT kulutõhususe kohta näitavad, et

- vähenevad kulud võrreldes DKT programmile eelnenud aastal tehtud kulutustega
- vähenevad kulud võrreldes tavapärase raviga
- väheneb pikaajaliste raviteenuste kasutamine kõrge koormusega raviteenuste kasutajate hulgas
- potentsiaali on ravikulude kokkuhoiule raviasutustes
- potentsiaalne sotsiaalsete kulude vähenemine.

11.3 Rahvusvahelised kulutõhususe hinnangud taotletava teenuse (v.a ravimid) näidustuse lõikes  
*Maksimaalselt palume kajastada 6 hinnangut.*

11.3.1 Kulutõhususe hinnangu koostanud asutuse nimi	11.3.2 Hinnangu avaldamise aasta	11.3.3 Lühikokkuvõtte kulutõhususest <i>Kas raviviis on hinnatud kulutõhusaks? Palume välja tuua, milline on taotletavast teenusest saadav lisakasu. Näiteks mitu täiendavat eluaastat (life year gained, LYG) või kvaliteedile kohandatud eluaastat (quality adjusted life year, QALY) võidetakse taotletava teenusega või kui palju tüsistusi või meditsiinilise probleemi taasteket võimaldab uus teenus ära hoida. Milline on täiendkulu tõhususe määr (ICER) võidetud tervisetulemi kohta?</i>
Meyers, L.L., Landes, S.J., &Thuras, P.(2014). Veteran`s service utilizaion and associated costs following participation in dialectical behavior therapy: a preliminary investigation. <i>Military Medicine</i> , 179, 1368-1373	2014	Uurijad leidsid, et 41 sõjaveteranil vähenes pärast DKT programmile järgnenud aastal oluliselt (48% võrra) ambulatoorsete vaimse tervise teenuste kasutamine, hospitaliseerimiste arv vähenes 50% võrra ja haiglas viimise aeg vähenes 69% võrra. Autorite hinnangul vajab iga DKT läbinu programmi läbimise järgsel aastal kuni 6000 \$ võrra vähem terviseteeuseid võrreldes programmile eelnenud aastaga. Kokku hoiti 41 inimese pealt kokku umbes veerand miljonit dollarit. Autorid töid veel välja, et kulutused DKT programmi pakkumisele ei olnud suuremad (tegelikult olid 400\$ võrra väiksemad) kui keskmine ambulatoorse ravi kulu DKT programmile eelnenud aastal.
Wagner, T., Fydrich, T., Stiglmayr, C., Marschall, P., Salize, H. J., Renneberg, B., ... & Roepke, S. (2014). Societal cost-of-illness in patients with borderline personality disorder one year before, during and after dialectical behavior therapy in routine outpatient care. <i>Behaviour Research and Therapy</i> , 61, 12-22.	2014	Autorid uurisid piirialast tüüpi ebastabiilse isiksusehäirega inimeste kulu ühiskonnale aasta enne DKT programmi rakendamist, programmi ajal ja aasta jooksul peale programmi rakendamist. Kokku kulus igal aastal piirialase isiksusehäire raviks enne DKT programmi keskmiselt €28026 (SD = €33081), programmi rakendamise aastal €18758 (SD = €19450) ja €14750 (SD = €18592) programmi järgsel aastal programmi läbinutele.

<p>Amner, K. (2012), The Effect of DBT Provision in Reducing the Cost of Adults Displaying the Symptoms of BPD. <i>British Journal of Psychotherapy</i>, 28: 336–352. doi:10.1111/j.1752-0118.2012.01286.x</p>	<p>2012</p>	<p>Uuringu autorid järeldasid, et DKT programmile järgnenud aasta lõpuks hoiti kokku 36000£ võrreldes DKT programmile eelnenud aastase perioodiga, peamiselt vähenenud hospitaliseerimiste ja sotsiaaltoe (community nursing) kontaktide tõttu.</p>
<p>Pasieczny, N., &amp; Connor, J. (2011). The effectiveness of dialectical behaviour therapy in routine public mental health settings: an Australian controlled trial. <i>Behaviour Research and Therapy</i>, 49(1), 4-10.</p>	<p>2011</p>	<p>Uuriti 43 piirialast tüüpi ebastabiilse isiksusehäirega patsiendi ravikulusid DKT programmi järgselt ja võrreldi ootejärjekorras olevate patsientidega, kes said „tavapäraselt” ravi. 6-kuulise raviperioodi jooksul vähenesid katsegrupil võrreldes kontrollgrupiga ravikulud 33%.</p>
<p>Perseus, K-I., Samuelsson, M., Andersson, E., Berndtsson, T., Götmark, H., .... Zinkler, M. (2004). Does dialectical behavioural therapy reduce treatment costs for patients with borderline personality disorder. A pilot study. <i>Vårdi Norden</i>, 24, 27-30.</p>	<p>2004</p>	<p>Valimis oli 22 piirialast tüüpi ebastabiilse isiksusehäirega suitsidaalset naist, kes said 18 kuud DKT-d, mille eesmärgiks oli vähendada enesevigastamisi. Autorid järeldasid, et raviperioodil vähenes oluliselt patsientide hospitaliseerimiste arv ja seetõttu vähenesid oluliselt ka otsesed ravikulud.</p>

<p>Aos, S., Lieb, R., Mayfield, J., Miller, M., &amp; Pennucci, A. (2004). Benefits and costs of prevention and early intervention programs for youth. Olympia: Washington State Institute for Public Policy, available at <a href="http://www.wsipp.wa.gov/rptfiles/04-07-3901.pdf">http://www.wsipp.wa.gov/rptfiles/04-07-3901.pdf</a></p>	<p>2004</p>	<p>Autorid leidsid, et noorte seaduserikkujate ennetustöös hoidis iga DKT programmile kulutatud dollar kokku 38.05\$.</p>
--	-------------	---

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

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

*Omaosaluse valmisoleku esitamisel arvestada Ravikindlustuse seaduse § 31 lõikes 3 sätestatut ning selgitada:*

- 1) kas teenuse osutamisega taotletav eesmärk on saavutatav teiste, odavamate meetoditega, mis ei ole seotud oluliselt suuremate riskidega ega halvenda muul viisil oluliselt kindlustatud isiku olukorda;*
- 2) kas teenus on suunatud pigem elukvaliteedi parandamisele kui haiguse ravimisele või kergendamisele;*
- 3) kas kindlustatud isikud on üldjuhul valmis ise teenuse eest tasuma ning millest nende otsus sõltub.*

## 12. Tervishoiuteenuse väär- ja liigkasutamise tõenäosus ning kohaldamise tingimused

12.1 Tervishoiuteenuse väärkasutamise tõenäosus

*Esitatakse andmed teenuse võimaliku väärkasutamise kohta (kas on võimalik, mil moel). Nt. risk, et tervishoiuteenust kasutatakse valel patsiendil, mitte piisavat erialast kompetentsi omava tervishoiutöötaja või tugispetsialisti poolt.*

*Ei ole võimalik töötajate ressursi puuduse tõttu, pigem ei pääse kõik seda teenust vajavad patsiendid sellele teenusele.*

12.2 Tervishoiuteenuse liigkasutamise tõenäosus

*Esitatakse andmed teenuse võimaliku liigkasutamise kohta (kas on võimalik, mil moel). Nt. ravi ei lõpetata progressiooni ilmnemisel, ravi alustatakse varem, kui eelnevad ravimeetodid on ära proovitud.*

*Sama, mis 12.1.*

<p>12.3 Patsiendi isikupära ja eluviisi võimalik mõju ravi tulemustele <i>Kas patsiendi sugu, vanus, eluviis vms omab mõju ravi tulemustele? Kui jah, tuua välja faktor ja tema mõju.</i></p>	
<p>12.4 Kas tervishoiuteenuse ohutu ja optimaalse kasutamise tagamiseks on vajalik kohaldamise tingimuste sätestamine</p>	
<p>12.5 Tervishoiuteenuse kohaldamise tingimused <i>Kui 12.4 on vastatud jaatavalt, palume sõnastada teenusega seotud rakendustingimused, mis aitaksid tagada tervishoiuteenuse ohutut ja optimaalset kasutust.</i></p>	
<p>Asutuses on vajalik dialektilise käitumisteraapia (DKT) meeskond, kuhu võivad kuuluda psühhiaatrid, (kliinilised) psühholoogid ja vaimse tervise õed, <b>kes on omandanud vastava väljaõppe.</b></p>	

### 13. Kasutatud kirjandus

*Kasutatud kirjandusallikate viide esitatakse järgmiselt:*

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

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

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

1. Mccauley, Elizabeth & Berk, Michele & Asarnow, Joan & Adrian, Molly & Cohen, Judith & Korslund, Kathryn & Avina, Claudia & Hughes, Jennifer & Harned, Melanie & Gallop, Robert & Linehan, Marsha. (2018). Efficacy of Dialectical Behavior Therapy for Adolescents at High Risk for Suicide: A Randomized Clinical Trial. JAMA Psychiatry. 75. 10.1001/jamapsychiatry.2018.1109.
2. Mehlum L, Tørmøen AJ, Ramberg M, Haga E, Diep LM, Laberg S, Larsson BS, Stanley BH, Miller AL, Sund AM, Grøholt B. Dialectical behavior therapy for adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior: a randomized trial. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2014 Oct;53(10):1082-91. doi: 10.1016/j.jaac.2014.07.003. Epub 2014 Jul 22. PMID: 25245352
3. Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L. et al (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behaviour therapy vs therapy by experts for suicidal behaviours and borderline personality disorder. Archives of General Psychiatry, 63, 757-766
4. Stiglmayr et al. (2014) Effectiveness of dialectic behavioral therapy in routine outpatient care: the Berlin Borderline Study. Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation, 1:20
5. Integrating Dialectical Behaviour Therapy Into A Community Mental Health Program: The Mental Health Center of Greater Manchester, New Hampshire (1998)
6. Meyers, L.L., Landes, S.J., &Thuras, P.(2014). Veteran`s service utilizaion and associated costs following participation in dialectical behavior therapy: a preliminary investigation. Military Medicine, 179, 1368-1373
7. Wagner, T., Fydrich, T., Stiglmayr, C., Marschall, P., Salize, H. J., Renneberg, B., ... & Roepke, S. (2014). Societal cost-of-illness in patients with borderline personality disorder one year before, during and after dialectical behavior therapy in routine outpatient care. Behaviour Research and

Therapy, 61, 12-22.

8. Amner, K. (2012), The Effect of DBT Provision in Reducing the Cost of Adults Displaying the Symptoms of BPD. *British Journal of Psychotherapy*, 28: 336–352. doi:10.1111/j.1752-0118.2012.01286.x
9. Pasieczny, N., & Connor, J. (2011). The effectiveness of dialectical behaviour therapy in routine public mental health settings: an Australian controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49(1), 4-10.
10. Perseus, K-I., Samuelsson, M., Andersson, E., Berndtsson, T., Götmark, H., .... Zinkler, M. (2004). Does dialectical behavioural therapy reduce treatment costs for patients with borderline personality disorder. A pilot study. *Vårdi Norden*, 24, 27-30.
11. Aos, S., Lieb, R., Mayfield, J., Miller, M., & Pennucci, A. (2004). Benefits and costs of prevention and early intervention programs for youth. Olympia: Washington State Institute for Public Policy, available at <http://www.wsipp.wa.gov/rptfiles/04-07-3901.pdf>

Taotluse esitamise kuupäev	
Taotleja esindusõigust omava isiku nimi ja allkiri <i>Elektroonsel esitamisel allkirjastatakse dokument digitaalselt ning nime alla lisatakse järgmine tekst "(allkirjastatud digitaalselt)".</i>	<i>Anne Kleinberg</i>
Kaastaotleja esindusõigust omava isiku nimi ja allkiri <i>Kui taotlus esitatakse mitme erialatühenduse poolt, tuleb taotlus allkirjastada ka kaastaotleja poolt. Elektroonsel esitamisel allkirjastatakse dokument digitaalselt ning nime alla lisatakse järgmine tekst "(allkirjastatud digitaalselt)".</i>	