

## EESTI HAIGEKASSA TERVISHOIUTEENUSTE LOETELU MUUTMISE TAOTLUS

<b>1. Taotluse algataja</b>	
Organisatsiooni või ühenduse nimi	<i>Eesti Psühhiaatrite Selts</i>
Postiaadress	<i>Raja tn. 31, 50417 Tartu</i>
Telefoni- ja faksinumber	<i>7318 760; 7318 702</i>
E-posti aadress	<i>andres.lehtmets@keskhaigla.ee</i> <i>sven.janno@kliinikum.ee</i>
Kontaktisiku ees- ja perekonnanimi ning kontaktandmed	<i>Andres Lehtmets, Sven Janno</i>

<b>2. Teenuse nimetus, kood ja kohaldamise tingimus(ed)</b>	
2.1. Teenuse nimetus	<i>Psühhiaatri konsultatsioon muu eriaala statsionaaris</i>
2.2. Teenuse kood tervishoiuteenuste loetelus ( <i>edaspidi</i> loetelu) olemasoleva teenuse korral	
2.3. Kohaldamise tingimus(ed)	<i>Eriarsti saatekiri psühhiaatri konsultatsioonile statsionaaris</i>
2.4. Ettepaneku eesmärk	X <input type="checkbox"/> Uue tervishoiuteenuse ( <i>edaspidi</i> teenuse) lisamine loetellu <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Loetelus olemasoleva teenuse piirhinna muutmise <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> Teenuse kohaldamise tingimuste muutmise <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> Teenuse nimetuse muutmise <sup>4</sup> <input type="checkbox"/> Teenuse kustutamine loetelust <sup>5</sup> <input type="checkbox"/> Teenuse omaosaluse määra muutmise <sup>6</sup> <input type="checkbox"/> Muu (selgitada)

<sup>1</sup> Täidetakse kõik taotluse väljad või tuuakse selgitus iga mittetäidetava välja kohta, miks seda ei ole võimalik/vajalik täita.

<sup>2</sup> Kui teenuse piirhinna muutmise tingib uue meditsiiniseadme, ravimi vm lisamine teenuse kirjeldusse, täidetakse taotluses uue ressursi kohta kõik väljad või tuuakse selgitus iga vastava mittetäidetava välja juurde, miks seda ei ole võimalik/vajalik täita. Kui piirhinna muutmise tingib ressursi maksumuse muutus, täidetakse vähemalt väljad 1- 3 ning 10.1.

<sup>3</sup> Täidetakse kõik allpool esitatud väljad või tuuakse selgitus iga vastava mittetäidetava välja kohta, miks seda ei ole võimalik/vajalik täita.

<sup>4</sup> Täidetakse punktid 1-3 ning esitatakse vaba tekstina põhjendus teenuse nimetuse muutmise vajalikkuse kohta.

<sup>5</sup> Täidetakse taotluse punktid 1-3 ning esitatakse vaba tekstina põhjendus teenuse kustutamise kohta.

<sup>6</sup> Täidetakse punktid 1-3, 7, 11 ning esitatakse vaba tekstina põhjendus omaosaluse muutmise kohta.

2.5. Peatükk loetelus, kus teenus peaks sisalduma	<input type="checkbox"/> Üldarstiabi <input type="checkbox"/> Ambulatoorne eriarstiabi <input type="checkbox"/> Meditsiiniseadmed ja ravimid <input type="checkbox"/> Statsionaarne eriarstiabi <input checked="" type="checkbox"/> Uuringud ja protseduurid <input type="checkbox"/> Operatsioonid <input type="checkbox"/> Laboriuuringud, lahangud ja kudede transplantaadid <input type="checkbox"/> Veretooded ja protseduurid veretoodetega <input type="checkbox"/> Hambaravi <input type="checkbox"/> Kompleksteenused <input type="checkbox"/> Ei oska määrata/ Muu (selgitada)
---	--

<p><b>3. Tõendus põhisis ja näidustused</b></p> <p>3.1. teenuse osutamise meditsiinilised näidustused ja vajadus teenuse osutamiseks;</p> <p><i>Psühhiaatri konsultatsioon statsionaaris on mõeldud kehaliste haigustega teistesse osakondadesse hospitaliseeritud patsientidele, kel esineb mõni allpooltoodud psüühilistest probleemidest, sümptomitest või sündroomidest ja kellel raviarst peab konsultatsiooni kliiniliselt oluliseks:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Psühholoogiline reaktsioon kehalisele haigestumisele ja depressioon</i></li> <li>• <i>Deliirium</i></li> <li>• <i>Dementsus</i></li> <li>• <i>Käitumishäired</i></li> <li>• <i>Enesevigastamine</i></li> <li>• <i>Meditiiniliselt seletamatud sümptomid (need patsiendid kasutavad väga palju tervishoiuressursse ja psühhiaatriline sekkumine aitab parandada ravitulemusi ning vähendada kulutusi)</i></li> <li>• <i>Alkoholi liigtarvitamine ning võõrutus</i></li> <li>• <i>Sagedased erakorralise meditsiini osakondadesse pöördumised</i></li> <li>• <i>Vaimse arengu peetusega patsiendid</i></li> <li>• <i>Raske psüühikahäire (nt skisofreenia)</i></li> <li>• <i>Muud vaimse tervise probleemid</i></li> </ul> <p>(1).</p> <p><i>Psüühikahäirete esinemissagedus somaatilise haigusega patsientidel on kõrge. Füüsilise haigusega patsientidel on üldpopulatsiooniga võrreldes kolm kuni neli korda suurem tõenäosus psüühikahäirete esinemiseks. Erakorralisena (mujale kui psühhiaatriaosakonda) hospitaliseeritud patsientidest 28% on</i></p>
---

diagnoositav psüühikahäire, lisaks on 41% neist subkliinilisi ärevuse ja depressiooni sümptomeid (2). Depressiooni ja ärevushäireid esineb haiglapatsientidel kaks korda üldpopulatsioonist enam (3). Uuringutes on leitud, et psüühikahäirete esinemissagedus vanemaelistel üldhaiglasse hospitaliseeritud patsientidel on järgnev: kuni 40% esineb dementsus, 53% depressioon ning 60% deliirium (4, 5).

Mitmetest allikatest ja uuringutest on saadud tõendeid, et parem psühhiaatriline abi üldhaiglasse hospitaliseeritud patsientidele aitab parandada mitmeid kvalitatiivseid ja kvantitatiivseid tulemusnäitajaid: vähendada hospitaliseerimise pikkust, tagada adekvaatset ravi väiksemate tervishoiukulutustega, vähendada rehospitaalseerimisi ja kulutusi, ravida seletamatute meditsiiniliste sümptomitega patsiente ja vähendada nende tervishoiukulusid, vähendada psühholoogilist distressi patsientide tahtlike enesekahjustuste järel ning nende kordumist (4).

Üle maailma on leitud, et üldhaiglasse hospitaliseeritud patsientide ravitulemusi on võimalik parandada konsultatiivse psühhiaatria teenuste (consultation-liaison psychiatry) pakkumisega. Tegemist on ühenduslüluga somaatilise meditsiini ja psühhiaatria vahel, psühhiaatria alamerialaga, mis keskendub psüühikahäiretele kehaliste haigustega patsientidel ja mis paljuski keskendub erakorraliselt hospitaliseeritud üldhaigla patsientidele.

Üldhaiglatesse on üldise konsensuse järgi vaja paindlikke ja kättesaadavaid psühhiaatrilise abi teenuseid. Adekvaatselt rahastatud vastav teenustus peaks näiteks Inglismaal kehtivate soovitude järgi olema igas üldhaiglas, pakkumaks vaimse tervise teenuseid kõigile hospitaliseeritud patsientidele, kes seda vajavad. Hospitaliseeritud patsientidele peaks olema psühhiaatri konsultatsiooni teenus sama kättesaadav kui kehalise tervise arsti konsultatsioon (1).

Enamik psüühikahäiretest üldhaiglasse hospitaliseeritud patsientidel on efektiivselt ravitavad, kui sümptomid avastatakse varakult. Sarnaselt olukorrale mitmetes Euroopa riikides, on somaatiliste haiguste ja psüühikahäirete ravi korraldus ja teenuste ülesehitus Eestis aga hetkel selline, et füüsilisi ja psüühilisi haigusi ravitakse eraldi. See omakorda tähendab, et paljudel üldhaiglasse hospitaliseeritud patsientidel puudub juurdepääs vajalikele vaimse tervise teenustele, seda nii haiglaravi ajal kui pärast väljakirjutamist (4).

Üldhaigla patsientidel jääb sageli avastama alkoholi kuritarvitamine või sõltuvus. Uuringutes on leitud, et konsultatiivse psühhiaatria teenuse implementeerimisega paraneb alkoholsõltuvuse ja kuritarvitamise avastamine olulisel määral (6).

Ärevushäired ja depressioon on üldhaiglates sageli aladiagnoositud ja ei ole õigesti ravitud. Näiteks kirurgilistel haiglapatsientidel on leitud, et kliiniliselt oluline depressioon esines 12,5%, oluline ärevus 18,75%, oluline ärevuse ja depressiooni komorbiidsus 8,3% ning u. 22,9% patsientidest oleks tulnud suunata psühhiaatri konsultatsioonile edasiseks hindamiseks ja raviks (7).

Psühhiaatriline haigestumine on seotud ka muude tervishoiuteenuste intensiivsema kasutamisega. Nendest, kes sageli vajavad muid meditsiiniteenuseid, on leitud depressiooni või düstüümiat 40%, ärevushäireid 22%, somatoformseid häireid 20%, paanikahäire 12% ja alkoholi või muude psühhootiivsete ainete seotud häireid 5% (8).

Depressiivsed patsiendid kasutavad kolm korda enam tervishoiuteenuste ressursse kui mitte-depressiivsed, meditsiinikulutused on kaks korda suuremad ja nad vajavad erakorralise meditsiini

teenuseid seitse korda sagedamini (9). Paanikahäirega patsiendid külastavad erakorralise meditsiini osakondi 10 korda sagedamini ja 70% nendest sooritatakse vähemalt 10 läbivaatust, kuni korrektne diagnoos asetatakse (10).

Haiglaravi kulud kardioloogilise-psühhiaatrilise komorbiidsusega patsientidel on neli korda kõrgemad kui ainult südamehaigusega patsientidel (11). Sarnane olukord on ortopeedilistes osakondades, kus konsultatiivse psühhiaatria sekkumine aitab oluliselt vähendada haiglaravi kulusid (12). On leitud oluline korrelatsioon pikema haiglaravi ning depressiooni või isiksushäire esinemise vahel, samade patsientide rehospitalseerimise sagedus järgmise nelja aasta jooksul on samuti kõrgem (13, 14). Kui aga depression on adekvaatselt diagnoositud ning ravitud haiglaravi ajal, on ravi tulemus oluliselt parem, haiglaravi lühem ja rehospitalseerimise sagedus madalam (12).

3.2. teenuse tõenduspõhisus avaldatud kliiniliste uuringute alusel taotletud näidustuste lõikes;

<b>Jrk nr.</b>	<b>Uuringu autori(t)e nimed</b>	<b>Uuringu kvaliteet<sup>7</sup> Uuringusse hõlmatud isikute arv ja lühikesel oomustus</b>	<b>Uuritava teenuse kirjeldus</b>	<b>Esmane tulemus, mida hinnati</b>	<b>Muu(d) tulemus(ed), mida mõõdeti/hinnati</b>	<b>Alternatiiv(id) millega võrreldi</b>	<b>Jälgimise periood</b>	<b>d</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>
1	Royal College of Psychiatrists & Academy of Medical Royal Colleges	A. Süstemaatiline ülevaade	Raport füüsilise ja psüühilise tervise kohta.					

<sup>7</sup> Märgitakse järgmiselt:  
 A – tugevalt tõenduspõhine (põhineb süstemaatilisel ülevaatel kõigist asjakohastest randomiseeritud kliinilistest uuringutest ja/või metaanalüüsil);  
 B – tõenduspõhine (põhineb vähemalt ühel korralikult disainitud randomiseeritud kliinilisel uuringul),  
 C – kaheldav või nõrgalt tõenduspõhine (juhul, kui pole A ega B, aga tõenduspõhisus on kirjeldatud kirjanduse põhjal);  
 D – muu, selgitada.

2	<i>Creed F, Fernandes L, Guthrie E, Palmer S, Ratcliffe J, Read N, Rigby C, Thompson D, Tomenson B; North of England IBS Research Group.</i>	<i>B. Rando miseeritud uuring.</i>	<i>Raske ärritunud soole sündroomi ravi võrdlus.</i>	<i>Kõhualu, elukvaliteet, tervishoiukultused</i>		<i>Tavaravi gastroenteroloogias</i>	<i>1 aasta 3 kuud</i>	
3	<i>Royal College of Physicians &amp; Royal College of Psychiatrists.</i>	<i>D. Raport.</i>	<i>Üldmeditsiiniliste patsientide psühholoogiline ravi: vajaduste tunnistamine ning teenuste osutamine.</i>					
4	<i>NHS Confederation</i>	<i>A. NHS (Suurbritannia) soovitusel.</i>	<i>Juhend ja soovitused konsultatiivse psühhiaatria teenuste kohta akuuttravis.</i>					
5	<i>Royal College of Psychiatrists.</i>	<i>A. Juhend.</i>	<i>Juhend üldhaiglasravis olevate vanemaealiste patsientide ravitulemuste parandamise kohta ja neile mõeldud konsultatiivse psühhiaatria</i>					

			<i>teenuste kohta.</i>					
6	<i>Alexander Diehl, M.D., Helmut Nakovics, Ph.D., Bernhard Croissant, M.D., Iris Reinhardt, M.Sc., Falk Kiefer, M.D., Karl Mann, M.D.</i>	<i>D. Prospektivne jälgimisuuringsekkumise kohta, uurimuskontrollgrupp.</i>	<i>Alkoholi kuritarvitamise ja sõltuvuse avastamise parendamine arstide poolt.</i>	<i>Alkoholi kuritarvitamise ja sõltuvuse avastamise tõenäosus üldhaglaste arstide poolt pärast konsultatiivse psühhiaatri poolset sekkumist.</i>		<i>Tavaline alkoholi skriining üldosakondades</i>		
7	<i>Ni Mhaola in AM, Butler JS, Magill PF, Wood AE, Sheehan J.</i>	<i>D. Prevalentsuse uurim.</i>	<i>Diagnoosimata ärevus- ja meeleoluhäirete esinemise hindamine kirurgilistel statsionaarsetel patsientidel ning konsultatiivse psühhiaatri teenuste vajadus.</i>	<i>Depressiooni, ärevuse ja segatüüpi seisundite esinemissagedus. Psühhiaatri konsultatsiooni vajavate patsientide proportsioon.</i>	<i>23% vajas psühhiaatri konsultatsiooni</i>	<i>Kirurgiasakonna tavaline psühhiaatri hindamine</i>	<i>1 aasta</i>	

8	<i>Fink, P., H. Ewald, et al.</i>	<i>D. Skriing instrumendi valiids use uuring.</i>						
9	<i>Druss, B. G., R. M. Rohrbach, et al.</i>	<i>D. Analüüs.</i>	<i>Depressiivsete sümptomite ja tervishoiukultuste vaheliste seoste hindamine.</i>	<i>Depressiooni nähtude mõju üldistele tervishoiukultustele.</i>				
10	<i>Katon, W., M. Von Korff, et al.</i>	<i>D. Prevalentsuse ja seoste hindamine.</i>	<i>Avastamata või ravimata depressiooni esinemissageduse uurimine tervishoiuteenuseid palju kasutatavatel patsientidel. Seosed depressiooni, kaasuvate haiguste ja ressursside kasutamise vahel.</i>	<i>Ressursikasutus</i>		<i>Ilma psüühikahäireta patsient</i>	<i>1 aasta</i>	
11	<i>Schrader, G., F. Cheok, et al.</i>	<i>B. Randomiseeritud uuring sekkumise efektiivsuse kohta.</i>	<i>Psühiaatri poolne depressiooni hindamine kardioloogia osakonnas. Perearsti teavitamise ja telefonikonsulteerimise mõju.</i>	<i>Depressiooni raskuste 12 kuud pärast hospitaliseerimist.</i>	<i>Subjektiiivne hinnang kehale tervisele</i>	<i>Psühhiaatri konsultatsioonitahv</i>	<i>12 kuud.</i>	
12	<i>Strain, J. J., J. S. Lyons, et al.</i>	<i>D. Võrdlusuuring.</i>	<i>Konsultatiivse psühhiaatria sekkumise mõju</i>	<i>Konsultatiivse psühhiaatria</i>	<i>Konsultatsioon</i>		<i>1 aasta</i>	

			<i>reieluukaela murruga vanemaealiste patsientide ravikulutustel e.</i>	<i>poolse skriinimise mõju antud patsientide haiglaravi pikkusele ning majanduslik analüüs.</i>	<i>ja mitteda anud patsientide proportsioon</i>			
13	<i>Sarava y, S. M., M. Lavin</i>	<i>A. 26 uuringu kriitiline analüüs.</i>	<i>Psühhiaatrilise komorbiidsuse mõju haiglaravi pikkusele.</i>					
14	<i>Aoki, T., T. Sato, et al.</i>	<i>D. Analüüs.</i>	<i>Haiglaravi pikkuse ja depressiivse komorbiiduse seoste analüüs.</i>	<i>Depressiooni mõju füüsilise haigusel tõttu hospitaliseeritud patsientide haiglaravi kestusele.</i>	<i>Deliiri ja teiste kognitiivsete häirete mõju haiglaravi pikkusele</i>			

3.3. teenuse sisaldumine punktis 3.1 esitatud näidustustel Euroopa riikides aktsepteeritud ravijuhistes;

*Somaatilise haigla patsientidel jääb sageli avastama alkoholi kuritarvitamine või sõltuvus. Uuringutes on leitud, et konsultatiivse psühhiaatria teenuse implementeerimisega paraneb alkoholsõltuvuse ja kuritarvitamise avastamine olulisel määral (Diehl, A et al. 2009.)*

*Ärevushäired ja depressioon on somaatilistes haiglates sageli aladiagnostitud ja ei ole õigesti ravitud.*



Näiteks kirurgilistel haiglapatsientidel on leitud, et kliiniliselt oluline depressioon esines 12,5%, oluline ärevus 18,75%, oluline ärevuse ja depressiooni komorbiidsus 8,3% ning u. 22,9% patsientidest oleks tulnud suunata psühhiaatri konsultatsioonile edasiseks hindamiseks ja raviks (Ni Mhaolain AM et al. 2008).

Psühhiaatriline haigestumine on seotud ka muude tervishoiuteenuste intensiivsema kasutamisega. Nendest, kes sageli vajavad muid meditsiiniteenuseid, on leitud depressiooni või düstüümiat 40%, ärevushäireid 22%, somatoformseid häireid 20%, paanikahäire 12% ja alkoholi või muude psühhoaktiivsete ainetega seotud häireid 5% (Fink et al. 1999).

Depressiivsed patsiendid kasutavad kolm korda enam tervishoiuteenuste ressursse kui mittedepressiivsed, meditsiinikulutused on kaks korda suuremad ja nad vajavad erakorralise meditsiini teenuseid seitse korda sagedamini (Druss et al. 1999). Paanikahäirega patsiendid külastavad erakorralise meditsiini osakondi 10 korda sagedamini ja 70% nendest sooritatakse vähemalt 10 läbivaatust, kuni korrektne diagnoos asetatakse (Katon et al. 1990).

Haiglaravi kulud kardioloogilise-psühhiaatrilise komorbiidsusega patsientidel on neli korda kõrgemad kui ainult südamehaigusega patsientidel (Schrader et al. 2005). Sarnane olukord on ortopeedilistes osakondades, kus konsultatiivse psühhiaatria sekkumine aitab oluliselt vähendada haiglaravi kulusid (Strain et al. 1991). On leitud oluline korrelatsioon pikema haiglaravi ning depressiooni või isiksushäire esinemise vahel, samade patsientide rehospitalseerimise sagedus järgmise nelja aasta jooksul on samuti kõrgem (Saravay, Lavin 1994, Aoki et al. 2003). Kui aga depressioon on adekvaatselt diagnoositud ning ravitud haiglaravi ajal, on ravi tulemus oluliselt parem, haiglaravi lühem ja rehospitalseerimise sagedus madalam (Strain et al. 1991).

Somaatilistes haiglatesse on üldise konsensuse järgi vaja paindlikke ja kättesaadavaid psühhiaatrilise abi teenuseid. Adekvaatselt rahastatud vastav teenistus peaks näiteks Inglismaal kehtivate soovitude järgi olema igas somaatilises haiglas, pakkumaks vaimse tervise teenuseid kõigile hospitaliseeritud patsientidele, kes seda vajavad. Hospitaliseeritud patsientidele peaks olema psühhiaatri konsultatsiooni teenus sama kättesaadav kui kehalise tervise arsti konsultatsioon (Royal College of Psychiatrists & Academy of Medical Royal Colleges).

3.4. teenuse osutamise kogemus maailmapraktikas ja Eestis punktis 3.1 esitatud näidustuste lõikes;

Enamik psüühikahäiretest somaatilisse haiglasse hospitaliseeritud patsientidel on efektiivselt ravitavad, kui sümptomid avastatakse varakult. Sarnaselt olukorrale mitmetes Euroopa riikides, on somaatiliste haiguste ja psüühikahäirete ravi korraldus ja teenuste ülesehitus Eestis aga hetkel selline, et füüsilisi ja psüühilisi haigusi ravitakse eraldi. See omakorda tähendab, et paljudel somaatilisse haiglasse hospitaliseeritud patsientidel puudub juurdepääs vajalikele vaimse tervise teenustele, seda nii haiglaravi ajal kui pärast väljakirjutamist (NHS Confederation, 2009).

Konsultatiivne psühhiaatria on alamerialana Lääne-Euroopa maades tunnustuse leidnud alates 1960-70 aastatest, eriti Prantsusmaal, Saksamaal, Itaalias, Hollandis, Hispaanias, Šveitsis ja

*Suurbritannias. Täna on konsultatiivne psühhiaatria saamas kliiniliseks alamerialaks järjest enamates Euroopa riikides. Teadaolevalt on riiklikud konsultatiivse psühhiaatria assotsiatsioonid või sektioonid ja töögrupid psühhiaatria erialaliitude sees olemas Austrias, Belgias, Horvaatias, Taanis, Soomes, Saksamaal, Kreekas, Ungaris, Iirimaa, Itaalias, Hollandis, Norras, Portugalis, Hispaanias, Rootsis, Šveitsis, Türgis ja Suurbritannias. Ida-Euroopas on pilt väga erinev, uuringu jaoks vastasid vaid 10 riigi eksperdid 20st, kuid mingil tasemel konsultatiivse psühhiaatria teenuseid pakutakse või teenistusi ja osakondi on loodud Horvaatias, Bosnias ja Hertsegoviinas, Bulgaarias, Rumeenias, ning Poolas on vastavad teenused saadaval enamikes üldhaiglates (Rymaszewska, Söllner 2012). Saksamaal on konsultatiivse psühhiaatria teenus kättesaadav pea kõigis haiglates (Diefenbacher 2005). Oma konsultatiivse psühhiaatria (yleissairaalapsükiatria) süsteem on olemas Soome haiglates (Hiltunen 2012).*

*Eestis ei ole konsultatiivset psühhiaatriat Haigekassa teenusena olemas, psühhiaatri konsultatsiooni teenusena on võimalik saada vaid tavalise ambulatoorse vastuvõtu kaudu või erakorralisena valvearstilt. See ei kata absoluutselt vajadusi parema psühhiaatrilise abi järele kehaliste haigustega patsientidel. Psühhiaatrilise abi kättesaadavus statsionaarsel ravil viibivatel patsientidel on halb. Teiste erialade statsionaarse ravi teenuste hind psühhiaatri konsultatsiooni ei sisalda. Puudub ülevaade, kui palju teevad meie psühhiaatrid konsultatiivset tööd üldhaigla osakondades muul moel (puhkeajast, tutvuse kaudu, muudele tööülesannetele lisaks), kuid eraldi teenuse puudumisel võib järeldada, et tegemist on äärmiselt katmata vajadusega.*

*Avalik sektor finantseerib konsultatiivse psühhiaatria teenuseid enamikus Lääne-Euroopa riikides ning järjest enam ka Ida-Euroopas. Piisav finantseerimine on kvaliteetse teenuse osutamiseks hädavajalik.*

**3.5. Meditsiinilise tõendus põhiseuse võrdlus Eestis ja rahvusvaheliselt kasutatavate alternatiivsete tervishoiuteenuste, ravimite jm,**

*Eestis puudub võrdlusmaterjal. Teadaolevalt ei ole keegi uurinud meil kehalise haigusega hospitaliseeritud patsientide psühhiaatrilise abi kvaliteeti ning kvantitatiivne analüüs ei ole vastava teenuse puudumisel võimalik.*

*Praegune olukord Eestis, et psühhiaatrilist konsultatsioon saavad üldhaigla patsiendid vaid hädaolukorras valvearstilt, hiljem ambulatoorselt pika ooteaja järel, arstidevaheliste tutvuste kaudu või vaid tänu haiglasestest kokkulepetele, ei ole kaasaegses meditsiinis aktsepteeritav. Meie haiglates on loodud erinevaid töökorraldusi, mille kaudu psühhiaatri konsultatsiooni pakkumine on algelisel tasemel võimalik, kuid see ei vasta kehalise haigusega patsientide vajadustele.*

*Tartu Ülikooli Kliinikumi kogemusel on muude kliinikute ja osakondade (kirurgilised, sisemeditsiini jm.) poolne valmisolek psühhiaatri konsultatiivseid teenuseid kasutada suur. Kuna Haigekassa poolne rahastatud vastavale teenusele puudub, teevad kokkuleppeliselt teiste kliinikute juurde määratud psühhiaatrikonsultandid seda tööd oma psühhiaatrikliiniku põhitöö kõrvalt, sageli tööajast väljaspool. Psühhiaatrikliinikul ei ole võimalik eraldada lisaressurssi konsultatsioonideks mujal Kliinikumis. Selles olukorras on kvaliteetse ja asjatundliku konsultatsiooni saamine üldhaigla patsiendile sisuliselt juhuse küsimus. Kogemus näitab, et kui konsulteeriv psühhiaater on raskemini kättesaadav, väheneb kohe ka üldhaigla poolne nõudlus. Kõige selle tulemusena on Eestis võimalik psühhiaatrilist konsultatsiooni pakkuda vaid väikesele mürdosale kehalise haigusega hospitaliseeritud*

*patsientidele, kuigi vajadus selle järele ja psüühikahäirete esinemissagedus neil on väga tõenäoliselt muu maailmaga võrreldav. Kaasaegse konsultatiivse psühhiaatria struktuuri loomisele ja meeskonnatööle ei ole antud tingimustes võimalik mõeldagi.*

*Psühhiaatriliste konsultatsioonide jätmise valvepsühhiaatrite õlule ei ole aktsepteeritav lahendus. Mitmed Eesti ja ka maailma psühhiaatria haiglad asetsevad sageli üldhaiglatest eemal ning psühhiaatriline uurimine eeldab patsiendiga kohtumist näost näkku. Patsiendi transportimine on puudulik, aja- ja ressursimahukas tegevus. Mõjuvaid põhjusi, miks valvearsti töö ei ole lahendus, on mitmeid.*

*Eesti on konsultatiivse psühhiaatria valdkonnas Lääne-Euroopast väga kaugele maha jäänud ja maha jäämas muust Ida-Euroopast.*

*Eesti Psühhiaatrite Selts peab vajalikuks ja vältimatuks esialgu üldhaigla statsionaaris viibivatele patsientidele psühhiaatri konsultatsiooni teenuse sisseviimist.*

<b>Uuringu nimetus</b>	<b>Teenusest saadav tulemus</b>	<b>Alternatiiv 1 -</b>	<b>Alternatiiv 2 -</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
2	<i>elukvaliteedi paranemine, kõhuvaõu vähenemine</i>	<i>jätkata tavalise gastroenteroloogilise raviga</i>	
6	Alkoholi kuritarvitamise parem selgitamine	Alkoholiprobleem jääb avastamata, pöördub ka järgmine kord sama probleemiga	
9	Depressiooniravi vähendab tervishoiukulusid	Lisanduvate kehaliste haiguste kulude katmine	

<b>Uuringu nimetus</b>	<b>Teenuse kõrvaltoimed ja tüsistused</b>	<b>Alternatiiv 1 -</b>	<b>Alternatiiv 2 -</b>
	ei esine		

3.6. teenuse seos kehtiva loeteluga, sh uue teenuse asendav ja täiendav mõju kehtivale loetelule;

*Psühhiaatri konsultatsiooni sisseviimine statsionaaris vähendab praeguse Eesti psühhiaatrite puuduse ajal teiste psühhiaatrite poolt osutatavete teenuste hulka. Seega väheneb psühhiaatrite vastuvõttude , psühhoteeraapiate ja võimalik, et ka psühhiaatriliste voodipäevade hulk proportsionaalselt nendes teenustes sisalduva psühhiaatri ajaga.*

3.7. teenuse seos erinevate erialade ja teenuse tüüpidega; Teenus võib olla seotud kõigi teiste erialadega.

#### **4. Teenusest saadav tulemus ja kõrvaltoimed**

4.1.teenuse oodatavad ravitulemused ning nende võrdlus punktis 3.2 esitatud alternatiividega (ravi tulemuslikkuse lühi- ja pikaajaline prognoos):

Uurimused on näidanud, et konsultatiivse psühhiaatria süsteemi sisseseadmisest saab kasu alljärgnevatel valdkondades.

Parem ravi ja majanduslik kokkuhoid.

Enim kasu saab konsultatiivsest psühhiaatriast patsient, kes saab paremat ravi. Keskmises ja pikaajalisemas perspektiivis toob konsultatiivse psühhiaatria rakendamine kaasa kulude kokkuhoiu.

Vanemate patsientide vajadused.

Ebavõrdsus tervishoiuteenuste kättesaadavuses on märgatavaim vanemaealiste populatsioonis. Näiteks Inglismaa tervishoiusüsteemis (NHS) tekib või on 60% eakatest hospitaliseeritud patsientidest mõni psüühikahäire, enamasti dementsus või deliirium. Psüühikahäired eakatel ennustavad halvemat ravitulemust, tõstavad suremust, pikendavad haiglaravi, halvendavad toimetulekut ja suurendavad vajadust statsionaarsete hooldusteenuste järele. Üldhaigla erakorralistes osakondades jääb deliirium avastamata kuni 50% juhtudest. Suurbritannia uurimuses on leitud, et dementsuse, deliiriumi või depressiooni esinemine pärast puusaluu murdu pikendab haiglaravi keskmiselt 11 päeva võrra. Konsultatiivse psühhiaatria teenused aitavad parandada eakate rahuolu tervishoiuga, kuna neile pakutakse komplekssemat ravi.

Dementsus.

Kui dementsus jääb varases faasis avastamata ja probleemiga ei tegeleta, pikeneb haiglaravil olemise aeg. Konsultatiivne psühhiaatria aitab lühendada statsionaarse ravi kestust ja parandada ravitulemusi.

Uuesti pöördumised / rehospitaliseerimised.

Ravimata vaimse tervise probleemid toovad kaasa selle, et patsiendid pöörduvad suurema tõenäosusega uuesti erakorralise meditsiini osakondadesse. Kõikide patsientide vajaduste varajane hindamine ja ravi aitab vähendada uute pöördumiste sagedust oluliselt.

Psühholoogilised reaktsioonid kehalistele haigustele.

Paljud patsiendid satuvad haiglaravile pärast traumaatilisi sündmusi, näiteks liiklusõnnetusi, või neil tekib depressioon või ärevus kehalise haiguse tulemusena. Tõendid näitavad, et depressiooni ravi konsultatiivse psühhiaatria toob kaasa ravikulude vähenemise. Vähipatsientide depressiooniravi kuluefektiivsus on uurimustes leidnud head tõendust.

Vähenenud tahtlikud enesevigastused.

Tahtlik enesevigastus on sage hospitaliseerimise põhjus üldhaiglatesse. Konsultatiivses psühhiaatrias on võimalik efektiivselt hinnata ohtu enesele ja patsientide paremini käsitleda.

Meditsiiniliselt seletamatud sümptomid.

Kõikidest uutest ambulatoorsetest pöördujatest üldhaiglasse kuni 30% ei ole mingit orgaanilist haigust, mis seletaks nende sümptomeid. Need patsiendid kasutavad palju tervishoiusüsteemi ressursi. Uurimused on näidanud, et konsultatiivse psühhiaatria sekkumised parandavad ravitulemusi ja vähendavad kulutusi.

Alkoholi kuritarvitamine ja sõltuvus.

Hospitaliseeritud meespatsientidest kuni 20% võib olla tõsiseid alkoholiprobleeme. Võõrutusseisundite ebapiisav ravi pikendab haiglaravi põhjendamatuult. Lühiajalised konsultatiivse psühhiaatria sekkumised aitavad vähendada alkoholitarvitamist üldmeditsiinilistel patsientidel.

Rasked psüühikahäired.

Mingil osal (üldhaiglatesse) hospitaliseeritud patsientidel esineb raske psüühikahäire, näiteks skisofreenia. Haiglapersonalil on enamasti koolitatud kehalise tervise häirete alal ning raske psüühikahäirega patsiendi ravi võib osutada keeruliseks. Psühhiaatri konsultatsioon aitab parandada nende patsientide ravi kvaliteeti.

(NHS Confederation, 2009.)

<b>P 3.2. tabeli uuringu jrk nr.</b>	<b>Teenusest saada tulemus</b>	<b>Taotletav teenus</b>	<b>Alternatiiv 1 -</b>	<b>Alternatiiv 2 -</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
14	Haiglaravi pikkused somaatilistes osakondades	Psühhiaatri konsultatsioon	Jätkata vanal viisil	

	<i>vähenevad</i>			

4.2. teenuse kõrvaltoimed ja tüsistused, nende võrdlus punktis 3.2 esitatud alternatiivide kõrvaltoimetega: Kehalise haigusega patsiendid on enam ohustatud psühhiaatrilise ravi kõrvaltoimetest ning neil esineb sagedamini ravimite koostoimeid. Konsulteeriv psühhiaater aitab hinnata psühhiaatrilise ravi kõrvaltoimeid ning koostöös teiste spetsialistidega väheneb ravimite koostoimete risk.

<b>P 3.2. tabeli uuringu jrk nr.</b>	<b>Teenuse kõrvaltoimed ja tüsistused</b>	<b>Taotletav teenus</b>	<b>Alternatiiv 1 -</b>	<b>Alternatiiv 2 -</b>

4.3. punktis 4.2. ja 3.5 esitatud kõrvaltoimete ja tüsistuste ravi kirjeldus (kasutatavad tervishoiuteenused ja/või ravimid (k.a ambulatoorsed ravimid)); Ei ole asjakohane.

4.4. taotletava teenuse osutamiseks ja patsiendi edasiseks jälgimiseks vajalikud tervishoiuteenused ja ravimid (s.h ambulatoorsed) vm ühe isiku kohta kuni vajaduse lõppemiseni ning võrdlus punktis 3.5 nimetatud alternatiividega kaasnevate teenustega;  
Patsiendi hilisem jälgimine toimub osakonnas, kuhu ta hospitaliseeriti. Vajalik võib olla üleviimine psühhiaatriaosakonda. Järeldravi toimub ambulatoorselt, vastavalt vajadusele kas raviva arsti, perearsti või psühhiaatrilise jälgimise all. Psühhiaatriliste ravimite vajadus selgub konsultatsiooni tulemusena.

4.5. teenuse võimalik väär-, ala- ja liigkasutamine; teenuse optimaalse ja ohutu kasutamise tagamiseks teenusele kohaldamise tingimuste seadmise vajalikkus; Ei ole asjakohane (psühhiaatrite ressursi vähesuse tõttu)

4.6. patsiendi isikupära võimalik mõju ravi tulemustele;  
Avastamata ja ravimata psüühikahäired halvendavad kehalise haigusega hospitaliseeritud patsientide ravitulemusi, pikendavad haiglaravi, suurendavad kulutusi.

## 5. Vajadus

5.1. Eestis teenust vajavate patsientide arvu hinnang (ühe aasta kohta 4 aasta lõikes), kellele on realselt võimalik teenust osutada taotletud näidustuste lõikes:  
Erakorralisena (mujale kui psühhiaatriaosakonda) hospitaliseeritud patsientidest 28% on diagnoositav

psüühikahäire (Creed 2003). Depressiooni ja ärevushäireid esineb haiglapatsientidel kaks korda üldpopulatsioonist enam (Royal College of Physicians & Royal College of Psychiatrists, 1995). Veel kõrgem on psüühikahäirete esinemissagedus vanemaealistel üldhaiglasse hospitaliseeritud patsientidel: kuni 40% esineb dementsus, 53% depressioon ning 60% deliirium (NHS Confederation, 2009. Royal College of Psychiatrists, 2005).

Need sagedused on tõenäoliselt sarnased ka Eestis. Kuna seni ei ole psühhiaatri konsultatsioon statsionaaris olnud Haigekassa teenusena kättesaadav, on patsientide arvu meil raske prognoosida. Tervisestatistika järgi lahkus kogu Eestis 2011. aastal haiglaravilt mitte-psühhiaatrilise diagnoosiga 218 225 inimest. Ilmselt sõltuks patsientide arv teenuse kättesaadavusest.

Teenuse näidustus	Patsientide arv aastal $t^*$	Patsientide arv aastal $t+1$	Patsientide arv aastal $t+2$	Patsientide arv aastal $t+3$
1	2	3	4	5
<i>Psüühikahäirega patsient somaatilises osakonnas</i>	2500	3000	3500	3500

\* $t$  – taotluse menetlemise aastale järgnev aasta;

5.2. teenuse mahu prognoos ühe aasta kohta 4 järgneva aasta kohta näidustuste lõikes:

Teenuse näidustus	Teenuse maht aastal $t$	Teenuse maht aastal $t+1$	Teenuse maht aastal $t+2$	Teenuse maht aastal $t+3$
1	2	3	4	5
<i>Psüühikahäirega patsient somaatilises osakonnas</i>	4000	4300	4800	5000

## 6. Taotletava teenuse kirjeldus

6.1. teenuse osutamiseks vajalik koht (palat, protseduuride tuba, operatsioonituba, vm); Ainult psühhiaatri konsultatsioon statsionaaris on teostatav olemasolevates ruumides, kuigi üldhaigla osakondades puuduvad enamasti sobivad toad psühhiaatrilise intervjuu läbiviimiseks. Täiskohaga konsulteeriv psühhiaater üldhaigla juures vajab kabinetti

6.2. patsiendi ettevalmistamine ja selleks vajalikud toimingud: premedikatsioon, desinfektsioon või muu; Patsiendi psühhiaatriline hindamine sisaldab üldist hindamist, psühhiaatrilist intervjuud, vajadusel testide ja skaalade kasutamist. Patsiendi ettevalmistamine sisaldab tema informeerimist. Lisauuringud (vere ja uriini uuringud, piltuuringud jne.) on läbiviidavad osakonnas, kuhu patsient on hospitaliseeritud.

### 6.3. teenuse osutamise kirjeldus tegevuste lõikes;

Psühhiaatri konsultatsioon statsionaaris sisaldab anamneesiga tutvumist, patsiendi külastamist, uurimist ja intervjuud, vajalike skaalade ja testide kasutamist, diagnostilise hinnangu andmist patsiendi seisundile, seejärel raviplaani koostamist ning rakendamist koostöös tema osakonna personaliga. Ravimeid kasutatakse vastavalt seisundile, vajadusele, näidustustele ja võimalustele. Vajalik võib olla psühhoteraapiale või nõustamisele suunamine.

Minimaalne psühhiaatri konsultatsiooni pikkus on üks tund, keerulisematel juhtudel võib olla vajalik kahe tunni pikkune konsultatsioon. Keskmiselt 1,5 tundi.

## 7. Nõuded teenuse osutajale

### 7.1. teenuse osutaja (regionaalhaigla, keskhaigla, üldhaigla, perearst, vm);

Teenust osutatakse statsionaarses (välja arvatud psühhiaatria) osakonnas. Esiolgu on teenuse osutamine võimalik haiglas, kus osutatakse ka psühhiaatrilist abi. Teenuse osutaja on vastava väljaõppe saanud eriarst-psühhiaater.

### 7.2. infrastruktuur, tervishoiuteenuse osutaja täiendavate osakondade/teenistuste olemasolu vajadus;

Pelgalt psühhiaatri konsultatsiooni teenus ei vaja täiendavat infrastruktuuri. Pikemas perspektiivis tuleb haiglate juurde luua konsultatiivse psühhiaatria meeskonnad või teenistused.

### 7.3. personali (täiendava) väljaõppe vajadus;

Konsulteeriva psühhiaatri töö eeldab kogemust antud alal ning täiendavat väljaõpet. Eestis on olemas psühhiaatrid (ja ka veel residentuuris olevaid arste), kes on ennast antud alal isiklikult huvist täiendanud. Täiendavat väljaõpet on võimalik saada välismaal tavalise koolituse korras. Tulevikus on vajalik konsultatiivse psühhiaatria õppe lisamine residentuuriprogrammi. Praegu läbivad kõik residendid õppetsükli ka neuroloogia / sisehaiguste / erakorralise meditsiini osakondades.

Konsultatiivse psühhiaatria teenistuse loomine eeldaks meeskonna värbamist, kuhu lisaks psühhiaatritele kuuluksid ka psühhiaatriaõed, psühholoogid ja abipersonal, ning vastavaid ruume üldhaigla juures. Ainult psühhiaatri konsultatsioon statsionaaris on teostatav olemasolevates ruumides, kuigi üldhaigla osakondades puuduvad enamasti sobivad toad psühhiaatrilise intervjuu läbiviimiseks. Täiskohaga konsulteeriv psühhiaater üldhaigla juures vajab kabinetti

### 7.4. minimaalsed teenuse osutamise mahud kvaliteetse teenuse osutamise tagamiseks;

Ei ole kohaldatav.

### 7.5. teenuse osutaja valmisoleku võimalik mõju ravi tulemustele.

Arvestades seda, et kehalise haigusega patsiendi psühhikahäirete hindamine ja ravi on keerulisem, on vajalik pidev täiendkoolitus. Töö psühholoogilist stressi põhjustava iseloomu tõttu on personali läbipõlemise vältimiseks vajalik regulaarne supervisioon ehk tööjuhendamine.

## 8. Kulutõhusus

### 8.1. teenuse hind; hinna põhjendus/selgitused;



Teenuse hind sisaldab keskmiselt 1,5 tundi psühhiaatri aega ja 1,5 tundi kabinetikulu, s.t. ligikaudu 38€.
8.2.teenuse osutamisega kaasnevate teenuste ja soodusravimite, mis on nimetatud p 4.4, isiku kohta kuni vajaduse lõppemiseni esitatud kulude võrdlus alternatiivsete teenuste kuludega isiku kohta kuni vajaduse lõppemiseni; Hind hõlmab kulusid personalile, ruumidele, asutuse üldkulusid ja ametkohaga seotud kulusid.  Kuna teenuse osutamist limiteerib psühhiaatrite hulk Eestis, siis vähenevad ilmselt proportsionaalset osutatavate ambulatoorsete (näiteks 3032, 3031) ja statsionaarsete teenuste (näit 2022) osutamise mahud.
8.3.ajutise töövõimetuse hüvitise kulude muutus ühe raviepisoodi kohta tuginedes tõendus põhiste uuringutele võrreldes alternatiivsete teenustega; Kiirema paranemise tõttu (v.t 9 ülalpool, kulud ilmselt vähenevad.
8.4.patsiendi poolt tehtavad kulutused võrreldes alternatiivsete teenuste korral tehtavate kuludega Psühhiaatri konsultatsioon statsionaaris patsiendile lisakulusid ei tekita.

<b>9. Omaosalus</b>
9.1.hinnang patsientide valmisolekule tasuda ise teenuse eest osaliselt või täielikult Ei ole kohaldatav statsionaaris

<b>10. Esitamise kuupäev</b>	
<b>11. Esitaja nimi ja allkiri</b>	Andres Lehtmets

<b>12. Kasutatud kirjandus</b>
<p>1) <i>Royal College of Psychiatrists &amp; Academy of Medical Royal Colleges (2009). No Health without Mental Health: The ALERT Summary Report. AoMRC.</i></p> <p>2) <i>Creed F, Fernandes L, Guthrie E, Palmer S, Ratcliffe J, Read N, Rigby C, Thompson D, Tomenson B; North of England IBS Research Group. The cost-effectiveness of psychotherapy and paroxetine for severe irritable bowel syndrome. Gastroenterology. 2003 Feb;124(2):303-17.</i></p> <p>3) <i>Royal College of Physicians &amp; Royal College of Psychiatrists. The Psychological Care of Medical Patients. Recognition of Need and Service Provision. Council Report CR35. London: Royal College of Physicians &amp; Royal College of Psychiatrists, 1995.</i></p> <p>4) <i>NHS Confederation (2009) Healthy Mind, Healthy Body: How Liaison Psychiatry Services can Transform Quality and Productivity in Acute Settings. NHS Confederation.</i></p> <p>5) <i>Royal College of Psychiatrists. Who Cares Wins. Improving the outcome of Older people admitted to the general hospitals. Guidelines for the development of liaison mental health services for older people. Royal College of Psychiatrists, 2005.</i></p>

- 6) Alexander Diehl, M.D., Helmut Nakovics, Ph.D., Bernhard Croissant, M.D., Iris Reinhard, M.Sc., Falk Kiefer, M.D., Karl Mann, M.D. Consultation–Liaison Psychiatry in General Hospitals: Improvement in Physicians' Detection Rates of Alcohol Use Disorders. *Psychosomatics*, Volume 50, Issue 6, November–December 2009, Pages 599–604
- 7) Ni Mhaolain AM, Butler JS, Magill PF, Wood AE, Sheehan J. The increased need for liaison psychiatry in surgical patients due to the high prevalence of undiagnosed anxiety and depression. *Ir J Med Sci*. 2008 Sep;177(3):211-5.
- 8) Fink, P., H. Ewald, et al. (1999). "Screening for somatization and hypochondriasis in primary care and neurological in-patients: a seven-item scale for hypochondriasis and somatization." *J Psychosom Res* 46(3): 261-73.
- 9) Druss, B. G., R. M. Rohrbaugh, et al. (1999). "Depressive symptoms and health costs in older medical patients." *Am J Psychiatry* 156(3): 477-9.
- 10) Katon, W., M. Von Korff, et al. (1990). "Distressed high utilizers of medical care. DSM-III-R diagnoses and treatment needs." *Gen Hosp Psychiatry* 12(6): 355-62.
- 11) Schrader, G., F. Cheok, et al. (2005). "Effect of psychiatry liaison with general practitioners on depression severity in recently hospitalized cardiac patients: a randomized controlled trial." *Med J Aust* 182(6): 272-6.
- 12) Strain, J. J., J. S. Lyons, et al. (1991). "Cost offset from a psychiatric consultation-liaison intervention with elderly hip fracture patients." *Am J Psychiatry* 148(8): 1044-9.
- 13) Saravay, S. M. and M. Lavin (1994). "Psychiatric comorbidity and length of stay in the general hospital. A critical review of outcome studies." *Psychosomatics* 35(3): 233-52.
- 14) Aoki, T., T. Sato, et al. (2003). "Length of stay for medically ill patients with depression." *Seishin Shinkeigaku Zasshi* 105(3): 346-9.
- 15) Pirkko Hiltunen. Yleissairaalapsykiatria nyt ja tulevaisuudessa *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 2012;128(6):617-8.
- 16) Joanna Rymaszewska, Wolfgang Söllner. Training in consultation–liaison psychiatry in Eastern Europe. *Journal of Psychosomatic Research* 72 (2012) 460–462.
- 17) Diefenbacher A. Psychiatry and psychosomatic medicine in Germany: lessons to be learned? *Aust N Z J Psychiatry*. 2005 Sep;39(9):782-94.