

Tervishoiuteenuste loetelu komisjoni koosoleku kokkuvõte

Toimumiskoht: MS Teams videokonverents

14.02.2022

Algus kell 14.00, lõpp kell 16.29

Juhatas: Mikk Jürisson (Tartu Ülikool)

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

Kirjalik arvamus: Gerli Liivet (Eesti Õdede Liit)

Puudusid: Taavo Seedre (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline hambaarstide erialade nõunik)
Tiina Sats (Eesti Haigekassa)

Kutsutud: Kärt Sõber (Eesti Haigekassa)
Külli Friedemann (Eesti Haigekassa)

Protokollija: Kadri Popilenkov (Eesti Haigekassa)

Päevakord:

1. Taotluste arutelu

Taotluse nr	Taotluse nimetus
1483	Endoskoobipealse klipsi (OVESCO klipsi) asetamine
1485	Sakraalne neuromodulatsioon fekaalinkontinentsi ravis

2. Psühholoogilise abi osutajate laiendamine
3. Kopsuvähi sõeluuringu pilootprojekt

1. Taotluste arutelu

Taotlus nr 1483 – Endoskoobipealse klipsi (OVESCO klipsi) asetamine

Taotluse kokkuvõte

Taotleja: Eesti Gastrointestinaalse Endoskoopia Ühing

Taotluste sisu: Taotluse eesmärk on uue näidustuse lisamine teenusele „Endoskoobipealse klipsi asetamine“ (kood 7598). Hetkel on näidustuseks verejooksu, perforatsiooniava või fistuli sulgemine. Uue näidustusena soovitakse lisada endoskoopiline täispaksuses resektsioon (*endoscopic full-thickness resection*, EFTR), mis on võimalik kahel erineval viisil: teostades esmalt sooleseina täispaksuses resektsiooni ning seejärel sulgedes perforatsiooniava klipsidega või endoskoobipealse klipsi asetamise teel. Endoskoobipealse klipsi (Ovesco Endoscopy AG) süsteemi kuulub ka täispaksuses resektsiooni seade (*full-thickness resection device*, FTRD), mille näidustuseks on endoskoopiliselt tavameetoditel (endoskoopiline mukoosa resektsioon (EMR) või endoskoopiline submukoosa resektsioon (ESD)) täielikult mitte-eemaldatavate jämesoole või seedetrakti ülaosa lesioonide ravi. FTRD seadme näol on tegemist süsteemiga, mis võimaldab samaaegselt sulgeda sooleseina defekti ja seejärel resentseerida lesioon. FTRD seadme kasutamine endoskoopia käigus on alternatiiviks kirurgilisele ravile, kui endoskoopial ei õnnestu lesiooni täielikult eemaldada. Teadaolevalt on TÜKis teostatud 10 protseduuri (2017-2021).

Olemasoleva tõenduse kiirülevaade (komisjoni analüüs)

Uuringud

1. Fahmawi, et al 2021 metaanalüüs (n=9 kontrollrühmata uuringut, 551 patsienti), kus eFTR-i efektiivsust hinnati histoloogiliselt täieliku resektsiooni määra, makroskoopiliselt tehnilise edukuse ja tüsistuste alusel kolorektaalsete lesioonide ravis. 70% juhtudest oli tegemist adenoomi ja 18% kartsinoomi resektsiooniga. Täielik resektsioon õnnestus 85% juhtudest, tehniline edukus oli 89% ja tüsistuste määr 10% (verejooks 4%, perforatsioon 1%). Kõigi tulemusnäitajate heterogeensus oli pigem madal. Järeldati, et eFTR näib keeruliste kolorektaalsete seisundite ravis efektiivse ja ohutuna, kuid vajalikud on suuremad prospektiivsed võrdlusuuringud. Probleem on selles, et võrdlusrühma ei olnud ja efektiivsust hinnata ei saa. Tõendus madal.
2. Zwager et al 2020 hinnati eFTR efektiivsust <3cm kolorektaalsete lesioonide ravis Hollandi kolorektaalse eFTR registri andmetel (2015-18, 20 haiglat, 367 protseduuri, polüübid, T1 kolorektaalne vähk, subepiteliaalsed tuumorid). 6% ebaõnnestus. Täielik histoloogiline resektsioon 84%, tüsistuste määr 9%. Järeldati, et eFTR on efektiivne ja ohutu komplekssete kolorektaallesioonide ravis, kuid on vajalik pikaajaliste tulemusnäitajate hindamine. Ka siin puudus võrdluse võimalus tavaraviga. Tõendus madal.
3. Meier, et al 2020 hindas eFTR efektiivsust saksa FTR registri andmetel (n=61 keskust, 1178 protseduuri, valdavalt adenoomid, kartsinoomid, subepiteliaalsed tuumorid). Seni suurim efektiivsuse uuring. Keskmise lesiooni suurus 1,5 cm, 54% oli eelnevalt teostatud endoskoopiline protseduur. Tehniline edukus 88%, täielik resektsioon 80%, tüsistuste määr 12%. Järeldati, et eFTR efektiivsus ja ohutus tavapraktikas on soodne (favorable), kuid vajalikud on võrdlusuuringud teiste tehnikatega ja pikaajaliste tulemusnäitajate hindamine. Tõendus madal.
4. Hajifathalian, et al 2020 retrospektiivne kohort (n=56 patsienti, 13 keskust, 2017-19), kus hinnati FRTi efektiivsust ja ohutust seedetrakti ülaosa lesioonide (mesenhümaalsed tuumorid, adenoomid, hamartoomid, 85% maos, 14% duodeenumis) ravis. Teadaolevalt esmane uuring seedetrakti ülaosa lesioonide ravis. Keskmise lesiooni suurus 1,4 cm. Täielik resektsioon 77%, tehniline edukus 93%, tüsistuste määr 21%. Pooltel (31 patsiendil) tehti kordusuuring keskmiselt 88 päeva pärast, nendest 30 ei leitud residuaallesiooni. Järeldati, et eFTR-l on kõrge

tehnilise edukuse määr ja aktsepteeritav resektsiooni määr, madal tüsistuste risk. Võrdlusvõimalus puudub. Tõendus madal.

Ravijuhised

Taotluses ravijuhiseid ei ole ära toodud, kuna uue meetodina ei ole veel lisatud. Kirjanduse otsingul leitud üks ravijuhis.

1. Aslanian, et al 2019 The American Society for Gastrointestinal Endoscopy (ASGE) ravijuhised endoskoopilise full-thickness (EFTR) ja submukoosa resektsiooni (STER) kohta <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6669323/> tutvustab meetodeid ja erinevaid vahendeid EFTR ja STER läbiviimiseks, millest Ovesco Combined full-thickness resection and closure device on ilmselt kõige täiuslikum, aga mitte ainuke. EFTR uuringutes (ülalpool) ei ole üldjuhul täpsustatud, millise vahendiga uuring läbi viidi. Ravijuhised kirjeldavad meetodikat, vahendeid ja tõendust, aga ei anna soovitusi, tegemist on pigem ülevaatega. Tõenduse osas tuuakse ära mitu retrospektiivset ja prospektiivset kohortuuringut ja juhuseeriat ja nende metanalüüsi, mis on kõik läbi viidud ilma võrdlusrühmata ja tulemusnäitajad on samad mis eelnevalt toodud uuringutes. Siiski oli toodud ka 2 võrdlusuuringut:
 - a. Tan, et al 2016 ühekeskuselises hiina kohortuuringus võrreldi EFTRi endoskoopilise submukoosa resektsiooniga (STER) gastrointestinaalsete strooma tuumorite ravis (n=52, 2011-16). EFTR patsientide protseduuride aeg oli pikem ja klipse kulus rohkem. Kummaski rühmas ei tehtud kordusprotseduuri 9-23 kuu vältel. Järeldati, et EFTR ja STERi efektiivsus on võrreldav ja vajalikud on randomiseeritud võrdlusuuringud. Tõendus väga madal.
 - b. Wang, et al 2016 võrreldi laparoskoopilise kirurgia ja EFTR efektiivsust gastrointestinaalsete strooma tuumorite ravis retrospektiivsetel andmetel (n=68, 35/33, 2011-13). Protseduuri aeg EFTR-l lühem 91 vs 155 min, verejooks 0,6 vs 25 ml, hospitaliseerimine 6 vs 7 päeva (kõik stat olulised tulemused). Laparoskoopia grupis 3 infektsiooni ja 1 anastomoosi leke. Järeldati, et EFTR on efektiivne, suhteliselt ohutu ja minimaalselt invasiivne meetod väikeste GI strooma tuumorite ravis. Tõendus madal.

Kokkuvõttes on tõendus efektiivsuse ja ohutuse osas piiratud ja põhineb jälgimisandmetel (registriandmed, retrospektiivsed kohordid), kus suur valiku- ja mõõtmisnihke võimalus. Võrdlusuuringuid ei ole läbi viidud. Pikaajalisi tulemusnäitajaid (88 päeva) on hinnatud ainult ühes võrdlusrühmata ja väikese valimiga uuringus. Kuigi taotletakse Ovesco vahendit, ei peaks arutelu piirama ühe tootjaga.

Diskussioon

Komisjon tõi välja, et OVESCO klips on turul juba üle 10 aasta, kuid piiratud kasutusvõimaluste tõttu on kasutus väike ja ilmselt ei ole olulises mahus ka kasvamas. Seetõttu ei ole tõenäoliselt ka kuigi palju uuringuid juurde tulemas. Kui tavaklipsid lähevad läbi endoskoobi kanali, siis OVESCO klips on tunduvalt suurem ja see laaditakse endoskoobi peale. See teeb kasutamise ebamugavamaks, kuna iga klipsi paigaldamise järgselt tuleb endoskoop välja võtta. Lisaks raskendab pealelaetav klips endoskoobi liigutamist ja halvendab vaatevälja. Kuna tegemist on kõige paksema ja tugevama klipsiga, mis suudab paksu kudet haarata, siis teatud juhtudel ei ole sellele alternatiivi. Leiti, et tulevikus võib endoskoobipealse klipsi tootjaid juurde tulla, seega ei peaks teenus olema tootjapõhine.

Arutleti, milline on OVESCO klipsiga läbiviidava teenuse tõendus põhisisus võrreldes kirurgiliste meetoditega. Leiti, et tegemist on pigem ühe võimaliku meetodiga, mis teatud juhtudel võib aidata – näiteks, kui ei õnnestu defekti teisiti sulgeda. Vajadus võib selguda protseduuri käigus.

Toodi välja protseduurist tulenev kasu, kui see aitab ära hoida invasiivse sekkumise ja selle käigus saab kätte tuumori/polüübi, mis tavapärase endoskoopilise protseduuri käigus ei ole võimalik. Samas tõstatas küsimus, kas on aktsepteeritav võimalus, et tuleb teha kordusprotseduur, kui antud meetodil ei õnnestu tuumorit täielikult resetseerida. Leiti, et ühegi meetodi puhul ei ole võimalik ette näha, milline saab olema resektsioonimäär – see selgub alles pärast histoloogilist uuringut. Mittetäieliku resetseerimise risk on olemas kõigi meetodite puhul.

Komisjoni arvamus

Komisjon tegi haigekassale ettepaneku:

- küsida taotlejalt, kas on olemas täiendavaid ravijuhiseid;
- tellida eksperthinnang;
- koostada kulutõhususe ja eelarvemõju hinnang.

Taotlus nr 1485 – Sakraalne neuromodulatsioon fekaalinkontinentsi ravis

Taotluse kokkuvõte

Taotleja: Tallinna Kirurgide Selts

Taotluste sisu: Taotluse eesmärk on lisada loetellu uus teenus sakraalne neuromodulatsioon (SNM) fekaalinkontinentsiga (FI) patsientidel. FI (defineeritav kui tahtmatu vedela või tahke väljaheite leke) on tõsine, elukvaliteeti muutev seisund, mis enamikes populatsioonides on tugevalt aladiagnoositud. FI etioloogia on tavaliselt multifaktoriaalne: anaalsfinkteri rebend, muutunud rektaalne sensoorne tundlikkus, väljaheite kontsistentsi muutused, kognitiivsed ja neuroloogilised faktorid ning iatogeensed põhjused. Mõningatel andmetel võib FI esinemissagedus täiskasvanud naiste seas ulatuda kuni 20%-ni. Alates 2010. aastast, pärast FDA loa väljastamist, on SNM-i kasutatud FI ravis. Soomes on kasutatud SNM-i FI ravis juba üle 20 aasta. Hetkel teostatakse aastas umbes 90 protseduuri. Sakraalse neuromodulatsiooni protseduur hõlmab prooviperioodil ajutise impulsi generaatori ja hiljem implanteeritava püsigenaatori paigaldamist.

Olemasolevate andmete kokkuvõte ja tõenduse kiirülevaade (komisjoni analüüs)

Uuringud

1. Thin, et al 2013 SÜ (11 võrdlusrühmata uuringut), kus hinnati SNM efektiivsust FI ravis kuni 12 kuu jooksul (esmane pikaajaline uuring). Leiti, et edukuse mediaanmäär oli lühiajaliselt 63% ja pikaajaliselt 54%, kõige pikem uuring oli 12 kuud, edukus 59%. Pikemaajalisi tulemusi ei ole publitseeritud. Selgusetuks jäi, mille alusel edukust mõõdeti, kuna täistekst ei olnud saadaval. Paranes ka inkontinentsi skoor ja elukvaliteet. Samas tõdeti, et puudub konsensus, kuidas ja milliste tulemusnäitajate alusel hinnata efektiivsust ja kui pikk peaks olema jälgimisperiood. Tõendus nõrk-mõõdukas.
2. Thaha, et al 2015 Cochrane SÜ (n=6 võrdlusrühmaga uuringut, 280 patsienti), kus hinnati sakraalnärvi juurte madalpingestimulatsiooni (SNS) efektiivsust fekaalinkontinentsi ravis. SNM on esmavaliku ravi FI korral, mille efektiivsus pole veel selge. Ühes RCTs raviti 53 raske FI-ga patsienti SNM-ga, 3. kuul esines 5,2 FI episoodi ja 12 kuul 6,3 episoodi vähem kui tavaravi rühmas (stat oluline erinevus). Inkontinentsi skoor vähenes oluliselt. Lisaks paranes oluliselt elukvaliteet. Teises väikese valimiga RCTs oli SNM rühmas (15 uuritavat) 3. kuul 3 episoodi (stat oluline) ja 12 kuul 3,2 episoodi (stat ebaoluline) vähem kui perkutaanse n. tibialise stimulatsiooni võrdlusrühmas. Kõrvaltoimed kolmel juhul: ipsilateraalne jalavalu ja stimulatsiooni piirkonna valulikkus. Selles uuringus oli elukvaliteedi paranemine stat ebaoluline. Järgmises cross-over uuringus ei esinenud uurimisrühmas ühtegi FI episoodi. Järgmises cross-over uuringus (n=14) esines stimulatsiooniperioodil (1 nädal) 1 vs puhkuseperioodil 8,4 FI episoodi (stat oluline erinevus). Tüsistustema hematoom (3) ja valu stimulatsioonipiirkonnas (1). Järeldati, et tõendus on piiratud, kuid on võimalik, et SNM võib vähendada FI episoode. Efektiivsuse hindamiseks on vajalikud suuremahulised RCTd. Tõendus meetodi efektiivsuse kohta piiratud.
3. Tan, et al 2011 metanalüüs SNM efektiivsusest FI ravis (n=34 uuringut, 944 uuritavat, sh 665 SNM patsienti). Valdavalt retrospektiivsed ja prospektiivsed uuringud, vaid 2 RCTd. Näidati, et SNM vähendab FI episoode (nädalas -6,8, stat oluline) ja inkontinentsi skoori (-10,6, stat oluline), parandas defekatsiooni kinnipidamist 8 minuti võrra (stat oluline), elukvaliteet SF-36

alusel paranen oluliselt, anaalrõhk tõsis oluliselt. Järeldati, et SNM parandab nii objektiivseid kui subjektiivseid näitajaid. Tõendus mõõdukas-tugev.

4. Altomare, et al 2020 hinnati SNM pikaajalist (5 a) efektiivsust prospektiivses uuringus (n=56). Võrreldes baastasemega vähenes inkontinentsi skoor oluliselt (15 vs 5, stat oluline), 74% uuritavatest oli inkontinents paranenud >50%, inkontinentsi episoodid vähenesid päevas 0,5 ... 0,1-le (stat oluline tulemus). SF-36 paranen 40% (skaala 0-100). Järeldati, et SNS toimib ka pikaajaliselt. Tõendus madal.
5. Mirbagheri et al 2015 SÜ (n=81 uuringut, hinnati SNM efektiivsust FI ravis. Metaanalüüs ei olnud võimalik võrdlusrühma puudumise tõttu. Pideva SNS ravil saavutas pidamise 13-88% uuritavatest. Nädalas oli keskmiselt 7 FI episoodi vähem ja inkontinentsi skoor vähenen 9 punkti võrra (skaalal 0-61) (stat olulised muutused). Järeldati, et SNM parandab sümptome ja vähendab FI episoodide ja raskust eeskätt anorektaalse füsioloogia paranemise tõttu. Siiski on tõendus seni piiratud ja vajalikud on RCTd.

Ravijuhised

1. Paquette, et al 2015 Ameerika jämesoole- ja rektaalkirurgide ravijuhis FI raviks. Sakraalne neuromodulatsioon võib olla esimese valiku kirurgiline ravi ilma sfinkteri defektita ja defektiga haigetele (1B, tugev soovitus, mõõdukas tõendus).
2. Goldman, et al 2018 International Continence Society SNM prima praktika ülevaade, kus 8 uroloogi, 3 kolorektaalkirurgi ja 2 günekoloogi avaldasid ekspertarvamuse SNM on minimaalinvasiivne protseduur heade pikaajaliste tulemusnäitajatega. Protseduuri võib pakkuda rasketel konservatiivsele ravile mittealluvatel juhtudel eelistatud kirurgilise meetmena. Tõenduspõhisus 2; Soovituse tugevus B
3. Jaapani FI ravijuhis soovitab SNM kui väheinvasiivset ja tagasipööratavat kirurgilist ravi (soovitus A, toodud ka ekstensiivne tõenduse ülevaade ilma tõenduse hinnanguta).

Kokkuvõttes on uuringuid palju, kuid tõendus piiratud võrdlusuuringute vähesuse tõttu. Samas on prospektiivsete kohortuuringute tulemused valdavalt ühesuunalised ja positiivsed. Parandab elukvaliteeti. Ravijuhised üldiselt soovitavad.

Diskussioon

Toodi välja, et Lääne-Tallinna Keskhaigla on ainuke haigla Eestis, kus on koloproktoloogia osakond ja kus kirurgid tegelevad spetsiifiliselt proktoloogiliste probleemidega. Seetõttu nähakse taotluse alusel teenuse osutamist sealses kompetentsikeskuses. Toodi välja, et FI on pigem sümptom kui diagnoos ja selle tekkel võib olla väga palju erinevaid põhjuseid ning raskusastmeid. Arvestades, et FI võib esineda kuni 10%-l populatsioonist, on tehtavate protseduuride arv väga väike. Seetõttu on suurim ja olulisim väljakutse defineerida patsientide grupp, kes võiksid protseduurist kasu saada ja kellel võiks saavutada häid ravitulemusi. Probleemiks on see, et objektiivse hindamise meetodeid on vähe ning peamiselt kasutatakse skooriing-süsteeme. Toodi välja, et tegemist ei ole raviga, vaid elukvaliteeti parandava protseduuriga. Lisaks tuleb arvestada, et meetodiga kaasneb kõrge tüsistuste risk.

Leiti, et protseduuri sihtgrupp on tööealine elanikkond, kelle jaoks omab FI nii isiklike kui ka sotsiaalseid tagajärgi. FI vähenemisest saadav kasu ulatub tõenäoliselt kaugemale, kuna vähenevad ka korduvad kusetrakti infektsioonid, töövõimetuslehed jne. See võib aidata ravikindlustuse raha kokku hoida.

Tõstatus küsimus stimulaatori patareide vahetamise vajaduse kohta – kas on olemas ajaline määratlus, kui kaua patsient saab seadet kasutada. Toodi välja, et seal võib olla analoogia südamestimulaatoritega, mille patareide kestvus sõltub seadme kasutusintensiivsusest. Leiti, et tõenäoliselt on tulevikus ka meditsiiniseadmete puhul kasutuses kontaktivaba laadimise meetodid.

Komisjoni arvamus

Komisjon tegi haigekassale ettepaneku:

- määratleda täpsem teenuse sihtgrupp;
- tellida eksperthinnang;

- koostada kulutõhususe ja eelarvemõju hinnang.

2. Psühholoogilise abi osutajate laiendamine

Sotsiaalministeeriumi (SoM) esindaja tegi teemast ülevaate. Arutelud said alguse Eesti Taastusarstide Seltsi pöördumisest SoM-i poole ettepanekuga kaasata tervishoiusüsteemi lisaks kliinilistele psühholoogidele ka psühholoog-nõustajad. Ümarlauda olid lisaks Eesti Taastusarstide Seltsile kaasatud ka Eesti Psühhiaatrite Selts, Eesti Psühholoogide Liit, Eesti Kliiniliste Psühholoogide Kutseliit, Eesti Perearstide Selts ja Eesti Rehabilitatsiooniasutuste Liit. Ümarlaudade esialgne fookus oli laiem, kuid peagi suunati psühholoog-nõustaja teemale – kas ja millistel juhtudel võiks psühholoog-nõustaja teenust tervishoius kasutada. Leiti, et eelkõige võiks psühholoog-nõustaja teenus olla kasutuses esmatasandil, aga ka taastusravis ja palliatiivses ravis ehk tegemist oleks universaalse madala intensiivsusega sekkumisega. Eesmärk on psühholoog-nõustaja teenus eriarsti suunamisel teha loetelu kaudu kättesaadavaks alates 01.04.2022. Teenusekirjelduse osas täpsustas SoM, et kui algselt tehti psühholoogide esindajate poolt ettepanek teenuse kestusena arvestada 90 min, siis koostöös haigekassaga selgus, et kliiniliste psühholoogide vastuvõtu pikkus on 60 min, mistõttu ei ole hetkel põhjendatud erisuse tekitamine. Teenuse osutamise eelduseks on eriarsti saatekirja olemasolu ning teenuseosutaja poolelt psühholoog-nõustaja kutse. SoM tõi lisaks välja, et haigekassale on tehtud ettepanek juhendi koostamiseks aprilliks 2022 koostöös Eesti Psühholoogide Liidu ja Eesti Kliiniliste Psühholoogide Kutseliiduga, mis käsitleb, millistel juhtudel peaks patsient olema suunatud psühholoog-nõustaja vastuvõtule.

Diskussioon

Tõstatus küsimus, kas teenuse hind saab olema võrdne kliinilise psühholoogi vastuvõtuteenuse hinnaga. Haigekassa esindaja selgitas, et mõlemas teenuses on teenuseosutajana arvestatud kõrgharidusega spetsialist ja seetõttu teenuse hinnas erisust ei tule.

Toodi välja, et psühhiaatrid oma eriala raames psühholoog-nõustajate rakendamist ei näe, kuid teiste erialade kontekstis on kindlasti väga vajalik. Juhiti tähelepanu sellele, et teenuse saamise eelduseks ei ole psüühikahäire (F-diagnoosi) olemasolu, pigem ajutised kriisid, haigusega toimetulek jne. Toodi välja, et kliiniline psühholoog on psühholoog-nõustajast selgelt kõrgema kvalifikatsiooniga spetsialist, mistõttu ei ole loogiline, et nende osutatavate teenuste hinnad on võrdsed. SoM-i esindaja täpsustas, et ministeeriumi vaimse tervise osakond plaanib jätkata aruteludega, millisele spetsialistide tasandile paigutub tervishoiusüsteemis kliiniline psühholoog (sh sealt tulenev võimalik palgaerisus).

Arutleti, et muudatusest tuleneks märkimisväärne administratiivne koormus perearstidele ja kas teenusele suunamine peaks seetõttu üldse perearstide kaudu käima. Lisaks jäi segaseks, milline on patsientide profiil, keda ühe või teise spetsialisti juurde peaks suunama. Kui suunamise kriteeriumid ei ole paigas, on oht, et patsient jääb rändama spetsialistide vahet ja lõpuks vajalikku abi ei saa. Tõstatus küsimus, kas teenuse lisamisel loetellu, on variant, et see ei tule perearsti teraapiafondi. Haigekassa esindaja leidis, et kui see on perearstide kindel seisukoht, siis saab seda ettepanekut kaaluda.

Haigekassa esindaja tõi välja, et hetkel on Eestis 27 kutsega psühholoog-nõustajat. Kuigi teenuse osutamise korraldus ei ole detailideni paigas, oleks mõistlik rahastamine avada ja võimalus tekitada. Leiti, et seoses rahastuse tekkimisega võib suurened ka psühholoog-nõustajate motivatsioon kutse omandamiseks.

Tõstatus küsimus psühholoog-nõustaja ja kliinilise psühholoogi väljaõppe erinevuse kohta. Psühhiaatria eriala esindaja selgitas, et mõlemad on psühholoogia magistrikraadiga, kuid peamine erisus tuleb sellest, et kliiniline psühholoog peab läbima residentuurilaadse kliinilise psühholoogi kutseaasta. Lisaks peavad mõlemad omandama kutsetunnistuse ja kutset teatud perioodi järel taastõendamata. Kliinilise psühholoogi kutse väljastab Eesti Psühholoogide Liit ja neil on kutsetunnistuse saamiseks/taastõendamiseks karmid ja selged nõuded ([kutse andmise kord](#)). Psühholoog-nõustajaid atesteerib Kutsekoja juurde moodustatud kutsekomisjon ([kutse andja: Eesti Psühholoogide Liit](#)). Komisjonil jäi mõnevõrra arusaamatuks, mida kutse omandamine psühholoog-nõustajalt eeldab (kas

vajalik on täiendav koolitus vms). SoM-i esindaja selgitas, et nõudmised on põhjalikud (nt on vaja esitada haridust tõendav dokument, info täiendõppe kohta, praktika läbimine, superviisori hinnang, tööandja tõend jne). Kutse andmise otsuse teeb kutsekomisjon.

Tõstatus küsimus, kui kaugele on jõutud plaaniga muuta kliinilised psühholoogid tervishoiutöötajateks ja anda neile seeläbi võimalus ise haigekassaga lepinguid sõlmida ja arveldada ning kas see muudatus võiks laieneda ka psühholoog-nõustajatele. SoM-i esindaja selgitas, et selle temaga tegeleb SoM-i vaimse tervise osakond, mis on alles tööle asunud, mistõttu on teema algusjärgus. Lisaks tuleb seda vaadata laiemalt ehk ka teiste spetsialistide (füsioterapeudid, tegevusterapeudid, logopeedid) vaatest.

Arutleti, kas psühholoog-nõustaja teenusel lisamine võib luua pretsedendi, misjärel soovivad kas teised magistrikraadiga spetsialistid oma teenuse lisamist loetellu. Leiti, et seda muret pigem ei ole, kuna füsioterapeutide, tegevusterapeutide ja logopeedide teenused on loetelus juba olemas. Samas toodi välja, et näiteks toitumisnõustaja ja raseduskriisi nõustaja teenuseid hetkel loetelus ei ole ja tõstatus küsimus, kuidas nemad oma teenuse loetellu saaksid. Leiti, et teenuste lisamise ettepanek saab tekkida läbi taotluse esitamise, misjärel on protsess samasugune ehk vajalikud on tervishoiupoliitilised arutelud, kas ja millistel juhtudel nähakse nendel teenustel kohta tervishoiusüsteemis. Antud juhul ei ole ümarlaudadel osalenud osapooltest keegi olnud psühholoog-nõustaja teenuse lisamise vastu. Küll aga rõhutati korraliku juhendi olemasolu vajalikkust, millistel juhtudel millise spetsialisti juurde tuleks suunata. Lisaks on vaimse tervise teemadel ka suur ühiskondlik ootus ja vajadus teenuste laiendamiseks. Seejuures toodi eraldi välja vajadus teenuse järele palliatiivraavis.

Toodi välja, et psühholoog-nõustaja puhul paralleeli tõmbamine nt toitumisterapeudiga ei ole kohane, kuna alusharidus on psühholoog-nõustaja puhul kindlalt paigas (psühholoogia magistriskraad), millele lisandub kutse omandamise nõue.

SoM-i esindaja täiendas, et töö antud temaga laiemalt on kindlasti jätkuv – kes ja mis tingimustel vaimse tervise teenustele suunab, kuidas patsient liigub jne (sh juhendi koostamine). Psühholoog-nõustaja teenus üks osa kogu vaatest, millega otsustati kiiremini edasi liikuda, kuna vajadus abi järele on suur.

Tõstatus küsimus, kas teenus läheks loetellu eraldi koodina. Haigekassa esindaja selgitas, et lisanduks kolm koodi – kontaktvastuvõtule lisaks ka kaugvastuvõtt ja videovastuvõtt.

Komisjon nõustus, et psühholoog-nõustaja teenus on vajalik, kuna inimestel on vaja abi. Teisalt on risk, et tervishoiuteenust laiendatakse selliselt, et hiljem ei ole võimalik kontrollida, millise pädevusega spetsialistid tervishoiuteenust osutavad. Komisjon leidis siiski konsensuslikult, et teenus on vajalik ja väärrib toetamist.

Komisjoni arvamus

Komisjon toetas teenuse lisamist, kuid rõhutas, et teiste võimalike nõustamisteenuste lisamist loetellu hinnatakse juhtumipõhiselt kaaludes pool- ja vastuargumente ehk psühholoog-nõustaja teenuse lisamisega ei soovita luua pretsedenti.

3. Kopsuvähi sõeluuringu pilootprojekt

Haigekassa tegi ülevaate kopsuvähi sõeluuringu pilootprojektist, mis on plaanis 2022. aastal läbi viia. Eestis on kopsuvähk üks sagedamini esinevatest pahaloomulistest kasvajatest. Aastatel 2007–2017 on Tervise Arengu Instituudi (TAI) Vähiregistri andmetel diagnoositud keskmiselt 807 uut kopsuvähi juhtu aastas. Kopsuvähijuhtude absoluutarv ei vähene ja ligi pooled juhud diagnoositakse hilises staadiumis ning nende 5 aasta elulemus on väga väike (1-5%). Surmade vähendamise pikaajaline plaan on tõhus ennetus ja lühiajaline plaan varasem avastamine. 2020. aastal tehti TTH raport „Kopsuvähi sõeluuring Eestis“, mis hindas madaladoosilise kompuutertomograafia (MDKT) uuringu kasutegurit sõeluuringu kontekstis ja sõeluuringu rakendamise võimalusi ja kulusid Eestis. Raporti soovitus oli viia läbi piirkondlik pilootprojekt ning enne seda teostatavusuuring. 2021. aastal viidi läbi teostatavusuuring kolmes Tartu maakonna perearstikeskuses. Käesoleval aastal on ettevalmistamisel piirkondlik

pilootprojekt (TÜK, TÜ, TAI, TK). Pilootprojekti sihtrühma kuuluvad perearstinimistu 55-74 aastased patsiendid riskiskoori või suitsetamise staatuse alusel:

- 1) praegune või endine suitsetaja (inimene, kes on lõpetanud suitsetamise vähem kui 15 aastat tagasi) ja suitsetanud kokku vähemalt 20 pakk-aastat;
- 2) inimesed, kelle risk haigestuda kopsuvähki on vastavalt PLCOm2012noRace riskihindamise mudelile üle 1,5%.

Hetkel käivad läbirääkimised piloodi läbiviimiseks Tartu maakonnaga (TÜK, perearstid). Patsiendi teekonna mõistes on esmane kontakt pereõega, kes teeb kindlaks sihtrühma kuuluvad inimesed. Seejärel suunatakse patsient MDKT uuringule, järgneb jätkuvisiit perearsti/kopsuarsti konsultatsiooniks. Seejärel toimub eriarsti visiit vastavalt leiule/kordus MDKT uuring/suitsetamisest loobumise nõustamine. Pilootprojekti raames plaanitakse patsientide kaasamisega alustada aprillist. Paralleelselt töötatakse välja plaani, kas ja kuidas oleks sõeluuring käivitav üleriigiliselt, kuid lõplik tulemus ja ajakava sõltub pilootprojekti tulemustest. Alates aprillist plaanitakse lisada loetellu MDKT uuringu teenus (hinnanguline lisakulu ca 630 000 eurot). Lisakulu arvutamise eelduseks on perearstikeskuste 100%-line osalemine ja arvestus, et MDKT uuringule suunatakse nimistust keskmiselt 60 patsienti, nimistute peale kokku 5280 patsienti. Ülejäänud kulud plaanitakse katta tervisesüsteemi arendusprojektide toetuste eelarvest.

Diskussioon

Komisjon leidis, et tegemist on väga tänuväärse ja teaduspõhise projektiga. Rõhutati kulude õiglase arvestamise ja õiglase hinnastamise olulisust. Lisaks leiti, et takistuseks võib osutada piiratud võimekus MDKT uuringu läbiviimiseks.

Toodi välja, et Euroopas esineb riikidevaheline ebavõrdsus vähi ohjes. Eesti paistab negatiivses mõttes silma just meeste kopsuvähi suremusega (paikneb TOP 5 hulgas). Arvestades rohkem suitsetamist, Ida-Viru õhusaastet, radooniga seotud probleeme, on kopsuvähi teemaga tegelemine väga oluline. Samas peab tegelemine olema hästi läbi mõeldud ja ette valmistatud. Toodi välja, et MDKT uuringu hind ei saa olla madalam kui on tavakompuutertomograafial, kuna MDKT seadmed on tehniliselt nõuetelt keerukamad, kuna madalama kiirgusdoosi juures tuleb tagada võimalikult hea kujutis. Viidati ka kopsuradioloogide vähesusele, kes oleksid pädevad MDKT uuringut läbi viima, kui uuring läheb üleriigiliseks. Seetõttu tõstatub ka personali koolituse küsimus. Tuleb arvestada ka uuringu käigus avastatud juhuleidudega naaberelunditelt ja sellega kaasnevale personaliressursi vajadusele. Toodi välja, et National Lung Screening Trial on 2014. aastal publitseerinud uuringu, mis ütleb, et ühe QALY hinnaks on 81 000 dollarit. Eesti kontekstis tuleb otsustada, kas QALY hind on eesmärgiks. Kuna sihtrühmaks on väga pika suitsetamisstaaziga patsiendid, kellel võivad seetõttu esineda ka muud terviseprobleemid (kardiovaskulaarprobleemid jne), võime me kopsuvähi sõeluuringuga küll suremust vähendada, kuid elukvaliteedi näitajaid mitte kuigi oluliselt parandada.

Komisjon tõi lisaks välja, et hetkel ei ole neile kättesaadavaks tehtud teostatavusuuringu raport. Rõhutati radioloogiliste protseduuride juurde käivate juhiste vajalikkust – milline aparaat, milline toruvool, vaateväljad, rekonstruktsioonialgoritmid jne peavad olema kirjas, kuid MDKT puhul täna seda ei ole. Lisaks tuleb kokku leppida, milliste kriteeriumite alusel otsustatakse, kas leid on positiivne või negatiivne. Neid kriteeriumeid on kasutuses erinevaid ja tuleb teadvustada, et valikust sõltuvad uuringu tulemused. Senised uuringud ütlevad ka seda, et 15-25% annab valepositiivse tulemuse, mis tähendab, et me ütleme nendele patsientidele, et neil on tõenäoliselt kopsuvähk. Tuleb arvestada sellest tuleneva mõjuga inimestele. Kulude hindamisel tuleb arvestada ka lisanduvate uuringute kuludega. Oluline on ka patsientide informeerimise ja kommunikatsiooni aspekt (infomaterjalid jne). Lisaks toodi välja, et hetkel on segane MDKT uuringute sagedus/intervall – tõenäoliselt kord aastas. Samas tähendab see seda, et lühikese pilootprojekti raames ei jõua tulemustega kuigi kaugele. Lisaks on erinevad uuringud näidanud, et MDKT tulemusel võib tekkida vähk kuni 8 uuritul 10 000-st. Ehk peab arvestama riskiga, et mingi uuringu korduste arvu järel võib tekkida sõeluuringu läbiviimise tõttu vähijuhtumeid juurde.

Leiti, et vajalik on nii eetiliste riskide analüüs kui ka õiguslik analüüs. Viidati, et tervise- ja tööministri määrus „Meditsiini kiirituse protseduuride kiirgusohutusnõuded, meditsiini kiirituse protseduuride kliinilise auditi nõuded ning diagnostilised referentsväärtused ja nende määramise nõuded“ sätestab, et meditsiini kiirituse protseduuri tegemist hõlmava sõeluuringu programmi kavandamisel ja muutmisel küsib programmi koostaja põhjendatuse tagamiseks hinnangu Terviseametilt, Keskkonnaametilt ja asjassepuutuvatelt erialaühendustelt. Ehk ilma selleta on sõeluuring määrusega vastuolus. Viidati ka sellele, et hetkel on radioloogid olnud projekti väljatöötamisse kaasamata.

Toodi välja, et Pärnu Haigla on Eestis ainuke, kes on soetanud spetsiaalse tööjaama radioloogilise uuringu doosi ohjeks, mis tähendab, et nad saavad erinevaid doose analüüsida. Pärnu Haigla tuleks kaasata pilooti selleks, et läbi viia doosi vs pildikvaliteedi analüüs. See annab väga väärtusliku sisendi hilisemasse praktikasse.

Haigekassa kinnitas, et eesmärk on jõuda kõiki vajalikke kulusid hõlmava MDKT hinnani ja hinnaküsimust arutatakse ka radioloogidega. Haigekassa lisas, et pilootprojekti läbiviimist ja võimaliku üleriigilise sõeluuringuprojekti alustamist koordineeriva juhtrühma kohtumist ei ole veel toimunud, kuid sinna saavad olema kaasatud ka radioloogid.

Tõstatus küsimus, kas sõeluuringusse valimise kriteeriumid on kopsuarstidega kooskõlastatud, kuna riskiskoori alusel valik tundub olevat kindlam kui suitsetamise staaži alusel. Haigekassa selgitas, et praegu on plaan pilootida paralleelselt mõlemat varianti ja analüüsida, kas ja millised erinevused nende vahel on ning otsustada, milline vahend oleks üleriigilise sõeluuringu korral kasutamiseks optimaalsem. TÜK-i kopsuarstidega on see ettepanek läbi arutatud.

Lisaks rõhutas komisjon laiemat kaasamise vajadust, sh seda, et MDKT uuringu tulemuste tõlgendamine peab olema üleriigiliselt ja varakult kokku lepitud, mitte vaid ühe haigla põhisel. Haigekassa kinnitas, et nende kitsaskohtadega tegeletakse kindlasti edasi ja kaasatakse vajalikke osapooli.

Toodi välja, et on olemas MDKT uuringu seadme tehnilised nõudmised ja vajalik oleks teha üleriigiline inventuur, kui palju vastavaid seadmeid hetkel kasutuses on. Seejuures tuleb arvestada ka Covid-pandeemia tõttu tekkinud plaanilise ravi võlaga, mis uuringute vajadust veelgi enam tõstab ning vaja on paika panna prioriteedid. Haigekassa kinnitas, et hinnatakse üleriigilist kaetust seadmete osas (vajadusel saab mõelda ka analoogilisele lahendusele nagu on mammograafiabuss).

Toodi välja, et Eestis ei ole hetkel kuluefektiivsuse hinnangut tehtud ning Tartu Ülikooli peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut oleks valmis piloodiga paralleelselt kuluefektiivsuse hinnangu Eesti tingimustes käesoleval aastal läbi viima. Äärmiselt oluline on seejuures valepositiivsete tulemuste küsimus, mida analüüsida. Lisaks on oluline hõlmatus küsimus – kui ei tule kokku 70%, ei ole võimalik efektiivsust saavutada. Komisjon tegi haigekassale ettepaneku arutada kuluefektiivsuse hinnangu tellimise küsimust projekti juhtrühmaga.

Tõstatus küsimus teostatavusuuringus osalenud kolme perearstikeskuse õdede koormuse suuremise kohta. Haigekassa selgitas, et on tagasisidet küsinud, kuid teostatavusuuringu puhul oli ülesehitus nüüd planeeritavast veidi erinev – esmane kontakt oli telefoni teel, misjärel kutsuti patsient füüsiliselt vastuvõtule. Piloodi raames plaanitakse füüsilisest visiidist loobuda piirdudes vaid telefonikontaktiga, kuna füüsilise visiidi ainuke eesmärk oli patsiendilt kirjaliku nõusoleku võtmine uuringus osalemiseks (eetikakomitee nõue). Patsientide tagasiside oli väga positiivne, mistõttu oli ka hõlmatus väga kõrge. Maakondlikult võib see tulla madalam. Õdede koormus sõltub kindlasti patsientide arvust ning ka praegusest telefonikoormusest. Seejuures püütakse neile tagada motiveeriv rahastus.

Tõstatus küsimus, kas patsiendi teekonna koordineerimine on läbi mõeldud. Haigekassa selgitas, et pilootprojekti on kaasatud uuringu koordinaator, kes patsientidega tegeleb ja jälgib, et patsient jõuaks ühest etapist teise (sh MDKT uuringu aja broneerimine, arsti konsultatsioonile suunamine jne) ning tegeleb ka infovahetusega. Üleriigilise sõeluuringu puhul on vaja veel läbi mõelda, kuidas tagada patsiendi võimalikult loogiline ja sujuv liikumine.

Avaldati muret, et uuringutele on juba praegu pikad järjekorrad ning radioloogiatehnikutele on suur puudus. Seega piloodi saab küll tehtud, aga hetkel on raske hoomata, milline saab olema lisakulu haigla jaoks, kui sõeluuring läheb üleriigiliseks. Lisaks küsiti kulude osas, kellele läheb arvestatud üldkulude

lõiv 20%. Haigekassa selgitas, et see läheb kas TÕ-le või TÜK-ile sõltuvalt sellest, kes taotluse haigekassale esitab (hetkel täpsustamisel).

Komisjoni arvamus

Komisjon võttis info teadmiseks ja leidis, et tegemist on väga olulise teemaga, millega edasi tegeleda.