

## Tervishoiuteenuste loetelu komisjoni koosoleku kokkuvõte

Toimumiskoht: MS Teams videokonverents

23.03.2022

Algus kell 14.00, lõpp kell 16.16

Juhatas: Mikk Jürisson (Tartu Ülikool)

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

Kirjalik arvamused: Vallo Volke (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline sisemeditsiini erialade nõunik)

Puudusid: Taavo Seedre (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline hambaarstide erialade nõunik)

Kutsutud: Marko Tähnas (Eesti Haigekassa)  
Heli Paluste (Sotsiaalministeerium)  
Le Vallikivi (Eesti Perearstide Selts)

Protokollija: Kadri Popilenkov (Eesti Haigekassa)

### Päevakord:

#### 1. Taotluste arutelu

Taotluse nr	Taotluse nimetus
1484	Fotodünaamiline teraapia verteporfiiniga
1489	Stressinkontinentsi ravi polüakrüülamiid hüdrogeeliga
1491	Peaajuarterite embolisatsiooni vältimise seade
1517	Soolise ebakõlaga patsiendi arstliku ekspertiisikomisjoni konsiilium (AEK)

#### 2. Tervishoiuteenuste osutamine sõjapõgenikele

## 1. Taotluste arutelu

### Taotlus nr 1484 – Fotodünaamiline teraapia verteporfiiniga

#### Taotluse kokkuvõte

Taotleja: Eesti Oftalmoloogide Selts

*Taotluse sisu:* Taotluse eesmärk on uue teenuse „Fotodünaamiline teraapia verteporfiiniga“ lisamine loetellu. Fotodünaamiline teraapia (PDT) on kasutusel silma võrkkesta ja silma soonkesta veresoonte patoloogiate raviks. Taotluse alusel on näidustusteks ealine maakula degeneratsioon, tsentraalne seroosne korioretinopaatia, polüpoidne koroidea vaskulopaatia, koroidea hemangioom ja kapillaarne hemangioom. Protseduuri käigus kasutatakse valgustundlikku intravenoosset ravimit verteporfiini koos väikese võimsusega infrapuna laseriga. PDT laser tõstab nägemisteravust või takistab oluliselt nägemisteravuse halvenemist, vähendab reetina all oleva vedeliku kogust ning vähendab vajadust korduvateks anti-VEGF ravimite süstideks. Ravi saanud patsientide elukvaliteet tõuseb ning nende nägemine üldjuhul säilib või isegi paraneb. PDT laser sobib kasutamiseks ka neile patsientidele, kellele anti-VEGF ravi ei sobi, lisaks tekitab PDT laser võrreldes silmapõhja funduslaseriga vähem fotokagulatiooni ning koekahjustust, seega saab PDT laserit kasutada ka fovea läheduses olevatel aladel ilma võrkkesta kudesid ja veresooni püsivalt kahjustamata. Ühtlasi on kombineeritud ravi PDT ja anti-VEGF ravimitega andnud positiivseid tulemusi patsientidel, kelle puhul anti-VEGF monoterapia tulemuslik pole olnud. Taotluse alusel ei aita osadel PDT näidustusega patsientidel ükski alternatiivne ravimeetod nägemist parandada/säilitada. Eestis on teenust osutanud dr Kai Noor Silmakabinet OÜ (nüüd PERH).

#### Olemasolevate andmete kokkuvõte (komisjoni analüüs)

Verteporfiin (Visudyn) on fotosensitiseerija fotodünaamilise teraapia efektiivsuse suurendamiseks. Protseduur on kasutusel silma võrkkesta ja silma koroidea (soonkesta) veresoonte patoloogiate raviks: ealine maakula degeneratsioon (AMD), tsentraalne seroosne korioretinopaatia (CSC), polüpoidne koroidea vaskulopaatia (PCV), koroidea hemangioom, kapillaarne hemangioom. Algselt oli PDT verteporfiiniga kasutusel maakula degeneratsiooni ravis, kuid täna on seal kasutusel antiangiogeenne anti-endoteliaalse kasvufaktori ravi (anti-VEGF intravitreaalne injektsioon) ja PDT on nihkunud teiste korioretinaalsete seisundite ravisse. On hakatud kasutama ka verteporfiini väiksemaid annuseid. Protseduuri käigus kasutatakse valgustundlikku intravenoosset ravimit verteporfiini koos väikese võimsusega pikaajalise infrapunalaseriga silmapõhja veresoonte endoteeli mõjutamiseks.

#### Uuringud

1. Ma, et al 2014 SÜ ja metanalüüs PDT efektiivsusest CSC ravis võrreldes mikropulsslaseri, anti-VEGF-ravi (bevacizumab/ranibizumab) või platseeboga (n=9 uuringut, 319 patsienti). Kõik uuringud kas retrospektiivsed või prospektiivsed väikese valimiga (16-67) uuringud, osa randomiseeritud. Hinnati nägemisteravust, maakula paksust ja subretinaalse vedeliku resolutsiooni. Hinnati 3 kuu näitajaid. Võrreldes anti-VEGF-ga nägemisteravus ei erinenud (keskmine erinevus 0,05 MRA (stat ebaoluline erinevus), subretinaalse vedeliku resolutsioon 86% (PDT) vs 46% (anti VGEF, stat oluline erinevus). PDT+verteporfiin võrreldes platseeboga 12 kuu jooksul paranes nägemisteravus MD -0.16; 95%CI: -0.23, -0.09; p < 0.00001, subretinaalse vedeliku resolutsioon stat oluliselt enamatel uuritavatel (RR= 18.44, 95%CI: 4.70, 72.28; p < 0.001. Järeldati, et PDT on efektiivne CSC ravis. Tõendus mõõdukas-nõrk, kuna uuringute kvaliteet varieerus ja nihkeid oli raske hinnata, aga võib eeldada, et PDT on mõõdukalt efektiivne.
2. Salehi, et al 2015 Cochrane SÜ (n=25 uuringut, 1098 patsienti) tsentraalse seroosse korioretinopaatia ravi meetoditest (mikropulsslaseri, PDT, anti-VEGF, Helicobacter pylori ravi jne). Enamus uuringutest väikese valimiga (<50), pimendamata. Üks PDT uuring (n=58) näitas, et on võimalik, et võrreldes shamiga parandab PDT CSC haigete nägemisteravust (-0,1,

(95% CI -0.18, -0.02, MAR, minimum angle resolution) ja vähendab taastekke riski RR=0.10, 95% CI 0.01, 0.81) 12 kuu jooksul. Tõendus nõrk. Teine RCT (n=56), kus võrreldi PDTd ranibizumabiga näitas 12. kuul väikest keskmist nägemisteravuse erinevust 0,03 MAR (stat ebaoluline erinevus), samuti esines 12 kuul oluliselt vähem haigust sekkumisrühmas (RR=6.19, 95% CI 1.61-23.81; 34 uuritavat). Tõendus mõõdukas-nõrk. Kuna CSC võib suurel osal paraneda spontaanselt ja uuringute kvaliteet oli madal, et saanud uurijad hinnata PDT tegelikku kliinilist kasu. Samas võrreldes teiste meetoditega tundus, et PDT ja mikropulsslaser olid kõige efektiivsemad. Võime järeldada, et tõendus meetodi efektiivsuse kohta nõrk.

3. Su, et al 2018 metaanalüüs (n=8 RCT, 817 uuritavat) PDT+ ranibizumabi kombinatsioonravi efektiivsuse võrdlus ranibizumabi monoraviga märja maakula degeneratsiooni ravis 12 kuu jooksul. Visuse korrigeerimisel oli monoravi efektiivsem (MD -0,19, 95%CI -0.32 to -0.06, P=0.004. Haigete osakaal, kelle nägemine paranes vähemalt 15 rida oli suurem monoravi korral RR=0.70, 95% CI: 0.56 to 0.87, P=0.001. Ranibizumabi süstete arv oli samas kombinatsioonaviga väiksem MD=-1.13, 95% CI: -2.11 to -0.15, P=0.02. Järeldati, et kombinatsioonravi vähendab ranibizumabi kasutust, kuid on vähemefektiivsem nägemisteravuse parandamisel. Tõendus tugev.
4. Gao, et al 2018 metaanalüüs (n=16 RCT, 1260 patsienti), kus võrreldi anti-VEGF monoterapiat anti-VEGF+PDT kombinatsiooniga maakula degeneratsiooni ravis. Mõlemad olid efektiivsed, kuid erinevust nägemisteravuses ega reetina paksuses ei leitud. Kombinatsioonravis kasutati vähem anti-VEGF süsteid. Järeldati, et PDT verteporfiiniga kombineerituna anti-VEGF on võrreldava efektiivsusega anti-VEGF monoraviga, kuid vajab vähem anti-VEGF injektsioone. Tõendus tugev.
5. Zhao, et al 2020 SÜ ja metanalüüs (n=104 uuringut, 5816 uuritavat) erinevate sekkumiste efektiivsusest polüpoosse koroidaalkulopaatia PCV ravis. Prospektiivsed ja retrospektiivsed uuringud, RCTd, valimid 30-322. Hinnati erinevate tulemusnäitajate muutust 12 kuu jooksul. Nägemisteravuse paranemine PDT 56%, PDT+anti-VEGF 67%, anti-VEGF 53%; kuiv maakula PDT 88%, PDT+anti-VEGF 91%, anti-VEGF 73%. Järeldati, et PDT+anti-VEGF on seni parima efektiivsusega PCV ravis. Tõendus mõõdukas-tugev.
6. Lim, et al 2020 JAMA Ophthalmol 4. faasi shamiga pimendatud RCT EVEREST II (n=322, keskmine vanus 68 a, 70% mehed) PDT+ranibizumabi kombinatsioonravi võrdlus ranibizumabi monoraviga polüpoosse koroidvaskulopaatia ravis 24 kuu jooksul. Visus paranes 9,6 rida kombinatsioonaviga ja 5 rida monoraviga, vahe 4,1 (stat oluline erinevus). Polüüpide regressioon 57% vs 27%, p<0,001. Ranibizumabi ravi mediaan 6 vs 12 injektsiooni 24. kuuks. Järeldati, et kombinatsioonravi on efektiivsem kui ranibizumabi monoravi nägemisteravuse ja polüüpide regressiooni osas. Tõendus tugev.
7. Wu, et al 2021 metaanalüüs (n=4 RCT, 5 retrospektiivset uuringut) mikropulsslaseri võrdlusest PDT-ga kroonilise seroosse korioretinopaatia ravis kuni 8 kuu vältel. Näidati, et laserravi on kõigis tulemusnäitajates (nägemisteravus, subretinaalse vedeliku resolutsioon) efektiivsem. Maakula paksuses erinevust ei leitud. Järeldati, et mikropulsslaser on PDTga võrreldava efektiivsusega. Tõendus mõõdukas-tugev.

#### Ravijuhised

1. Schmidt-Erfurth, et al 2014 Euroopa ravijuhised maakula degeneratsiooni raviks. PDT verteporfiiniga on tõendatult efektiivne ja kuigi uus anti-VEGF ravi on hakanud domineerima, sobib PDT ratsionaalse ravivalikuna selekteeritud patsientidel, kellele anti-VEGF ei sobi. Tõendatuse taset ei hinnata.
2. NICE 2018 maakula degeneratsiooni ravijuhised. NICE soovib esmavalikuna antiangiogeenset ravi. PDT soovitatakse lisana anti-VEGF 2. rea valikuna hilise märja maakula degeneratsiooni korral, aga ainult RCT tingimustes. PDT esimese rea ravina ei soovitata.

Kokkuvõttes palju uuritud tugeva tõendusega efektiivne ravimeetod, mida kasutatakse selekteeritud patsientidel.

## Diskussioon

Toodi välja, et tegemist on selekteeritud patsientide puhul hea ravimeetodiga, mis aitab vähendada anti-VEGF süstide vajadust ning säilitab patsiendi visuse või aitab seda isegi parandada. Toodi esile, et NICE'i ravijuhise soovitus mitte kasutada meetodit väljaspool uuringuid, on üllatav. Leiti, et kuna tegemist on juba mõnda aega kasutusel olnud meetodiga, oleks võimalikud probleemid selle ajaga tõenäoliselt välja tulnud. Pigem on NICE võtnud kas konservatiivse lähenemise või on VEGF-ravi niivõrd efektiivne, et soovitatakse pigem seda. Samas arutati, et alternatiivsete ravimeetodite kulu on võrreldes taotletava teenusega oluliselt madalam, mistõttu on oluline konkreetselt defineerida patsiendid, kellele on taotletav teenus näidustatud.

## Komisjoni arvamus

Komisjon tegi haigekassale ettepaneku:

- tellida eksperthinnang;
- koostada kulutõhususe ja eelarvemõju hinnang.

Seejärel tuua taotlus uuesti komisjoni arutelule.

## Taotlus nr 1489 – Stressinkontinentsi ravi poliüakrüülamiid hüdrogeeliga

### Taotluse kokkuvõte

Taotleja: Eesti Naistearstide Selts

*Taotluse sisu:* Taotlus on esitatud täiendamaks ravivõimalusi stressinkontinentsi (*stress urinary incontinence*, SUI) põdevatel naistel, kellel esineb põie surgurlihase puudulikkus ja kelle puhul vaginaalne proleenlingu operatsioon ei ole aidanud või ei ole soovitatav. SUI on naistel esinev sage probleem. Üks kolmest täiskasvanud naisest kogeb stressinkontinentsi, mida määratletakse kui tahtmatut uriinileket pingutusel, aevastamisel, köhimisel või naermisel. Raske SUI vormiga patsientide standardraviks on vaginaalne proleenlingu operatsioon, mis on kõrge efektiivsusega (kuni 90%), kuid millega kaasneb pikaajaliste tüsistuste risk.

Käesolevalt taotletakse Bulkamid® (polüakrüülamiid hüdrogeel) süstegeeli lisamist tervishoiuteenuste loetellu järgmiste patsiendigruppide raviks:

- patsiendid, kelle linguoperatsioon pole osutunud efektiivseks (st kellele on paigaldatud ling, aga kaebused püsivad);
- patsiendid, kellele pole võimalik lingu paigaldada.

Bulkamid® on näidustatud uretraalse süstena uretrat paksendava aina sisemisest sulgurlihase puudulikkusest tingitud SUI raviks täiskasvanud naistel, kellel on SUI või stressist tingitud segatüüpi inkontinents. Bulkamid® hüdrogeel on meditsiiniseade, mis on Terviseameti registris alates 2021. aastast. Eestis seni teenuse osutamise kogemus puudub.

### Olemasolevate andmete kokkuvõte ja tõenduse kiirülevaade (komisjoni analüüs)

#### Uuringud

1. Lose, et al 2010 mitmekeskuseline kontrollrühmata prospektiivne kohort (n=135) Bulkamidi efektiivsuse hindamiseks 12 kuu jooksul. Subjektiivne paranemine esines 66% osalejatest. Episoodide arv vähenes 3,0lt 0,7-le, ICIQ skoor (küsimustik, millega hinnatakse vaagnapiirkonna probleemide raskust) vähenes 50% uuritavatest (15 > 7), elukvaliteet paranes oluliselt (VAS 72 > 20). 10 uuritava esines urotrakti infektsioon, üksikutel patsientidel esines valulikkus, uriinipeetus, kusemishäire, hematuuria. Järeldati, et Bulkamid on efektiivne ja ohutu. Kontrollrühma puudumisel sellist järeldust teha on meelevaldne. Tõendus nõrk.
2. Toozs-Hobson, et al 2012 sama uuringu 24 kuu tulemused. Subjektiivne paranemine esines 64% (stat ebaoluline erinevus võrreldes 12 kuuga), ICIQ ei olnud muutunud, elukvaliteet

VAS skaalal samuti muutusteta. Järeldati, et Bulkamid on efektiivne ja ohutu ka pikaajaliselt. Tõendatuse tase nõrk.

3. Sokol, et al 2014 ühepoolset pimendatud RCT (n=345, 33 keskust) Bulkamidi efektiivsuse hindamiseks. Tehti kuni 3 süsti 1-kuuliste intervallidega (sekkumisrühmas hüdrogeel, kontrollrühmas kollageengeel). Tegemist on non-inferiority uuringuga, kus võrdluseks oli teine sekkumine. 1 aasta möödudes toimus subjektiivne paranemine 53% ja 55% patsientidest, 47% ja 50% ei esinenud ühtegi episoodi päevas, 77% ja 70% lugesid end paranenuks. Stat olulisi erinevusi ei esinenud. Järeldati, et hüdrogeeli efektiivsus on võrreldav kollageengeeli efektiivsusega. Tõendus mõõdukas.
4. Kasi, et al 2015 SÜ Bulkamidi efektiivsuse uuringutest (8 uuringut – prospektiivsed ja retrospektiivsed kohordid, 1 ühepoolset pimendatud RCT), 767 patsienti (20-345)). Selgus, et 24% uuritavatest vajab korduvat süstet adekvaatse efektiivsuse säilitamiseks. Valulikkus 4-14%, UTI 3-7%. Episoodide arv vähenes aasta jooksul, elukvaliteet paranes.
5. Pai, et al 2015 prospektiivne ühekeskuseline kontrollrühmata jälgimisuuring (n=256) Bulkamidi efektiivsusest SI ja segatüüpi inkontinentsi ravis. Keskmine jälgimisaeg oli 38 kuud. Tulemusnäitajateks oli elukvaliteet (VAS-skaala) ja ICIQ-skoor. 82% patsientidest raporteerisid olulist sümptomite vähenemist 3. kuuks mõlemal skaalal. Kui algul esines keskmiselt 3,8 episoodi päevas, siis edaspidi stabiilselt 0,6. Tüsistusi ei esinenud. Järeldati, et Bulkamid on efektiivne, minimaalselt invasiivne ja ohutu SI patsientidel. Tõendus väga nõrk.
6. Kirchin, et al 2017 Cochrane süstemaatiline ülevaade uretraalsüstete efektiivsuse kohta (n=14 randomiseeritud või osaliselt randomiseeritud uuringut, 2004 uuritavat). Ülevaatesse ei kaasatud ühtegi Bulkamidi RCTd. Ilmselt neid ei leitud.
7. Giammo, et al 2020 ühekeskuseline kohort (n=97, keskmine vanus 67 a, raske 31% ja keskmine 59% juhtudest) Bulkamidi efektiivsuse ja ohutuse hindamiseks. Tehti keskmiselt 2 süsti. Jälgitati keskmiselt 15 kuud. Kliiniline edukus („kuiv“) oli vaid 36%. Samas 80% raporteerisid paranemist, sh 41% vähenesid inkontinentsi sümptomid oluliselt. Halvenemist ei esinenud. 19% oli dünaamikata. Paremad tulemused esinesid kerge või mõõduka inkontinentsiga haigetel (stat oluline erinevus). Piiranguks oli lühike jälgimisaeg, kontrollrühma puudumine. Tõendus nõrk.

#### Ravijuhised

1. Burkhardt, et al 2020 EAU inkontinentsi ravijuhised väidavad, et kuna uretraalsüstete uuringute populatsioonid ja materjalid on heterogeensed ja pikaajalisi tulemusnäitajaid ei ole, korduvate süstete efektiivsust ei ole hinnatud, on tõendus piiratud ja raske soovitus anda. Üldiselt on mahusüstet ohutud, v a hüaluroonhape ja autoloogne rasvkude, mis on seotud abstsesside ja fataalsete embolitega. Leiti, et mahusüstid võivad anda lühiajalist leevendust inkontinentsi sümptomitele (tõendus 1b), puudub tõendus ühe või teise aine eelistamiseks (1b). Soovitatakse pakkuda naistele, kes soovivad madala riskiga protseduuri eeldusel, et nad teavad, et kordussüst on tõenäoline ja pikaajalised tulemused puuduvad (tugev soovitus).
2. Kobashi, et al 2017 AUA naiste stressinkontinentsi kirurgilise ravi juhised. AUA annab mahusüstetele naistele, kes kuuluvad kirurgilisele ravile Grade A tõenduse ja tugeva soovitusena, kuigi pikaajalised tulemused on ebapiisavad. Kordussüst on ilmselt saamas normiks. Ei ole eelistusi aine valiku suhtes.

Kokkuvõttes on tõenduse tase nõrk-mõõdukas, aga uuringuid on palju ja kõigi tulemused on võrreldavad. Aitab oluliselt parandada elukvaliteeti. Olemasolev tõendus võimaldab minna taotlusega edasi.

#### Diskussioon

Tõstatus küsimus polüakrüülamiid hüdrogeeli hinna kohta, kuna avalikustatud taotluses on hinnainfo pimendatud. Haigekassa jagas komisjoniga hinnainfot, mida laiemalt ei avalikustata. Leiti, et taotletava teenuse üks pooltargumente on võimalus, et see aitab operatsiooni ja võimalike tüsistuste raviga seotud

kulude arvelt ravikindlustuse raha kokku hoida. Tõstatus küsimus, et kui sarnaseid mahupreparaate on veel teisigi, siis miks on taotlus tehtud vaid ühele neist. Haigekassa esindaja selgitas, et teised preparaadid ei ole hetkel tõenäoliselt Eestis registreeritud. Leiti, et tehes teenustele laiem soovitus, tuleks kaaluda ka teiste ainete (nagu hüaluroonhape, rasvkude, silikoon jne) arvestamist. Teenus ei tohiks olla ühe preparaadi põhine, kuna aja jooksul lisandub uusi aineid juurde. Lisanduvad ained peaksid olema registreeritud (sh samal näidustusel). Kui jääb kitsam soovitus, tuleb põhjendada, miks teised preparaadid on välja jäetud. Tõstatus küsimus, miks peaks operatsioon olema esimene soovitus, kui mitteinvasiivne sekkumine annab sama hea ravitulemuse. Leiti, et pigem liigutakse selles suunas, et süstid on patsiendi ohutusest lähtuvalt esimene valik, kuna lingudega on näiteks muuhulgas ka oht, et need nihkuvad paigast.

### **Komisjoni arvamus**

Komisjon tegi haigekassale ettepaneku:

- tellida eksperthinnang (sh küsida eksperdilt laiemalt, millised ained (tootjad) peaksid teenuse hinna sisse minema);
- koostada kulutõhususe ja eelarvemõju hinnang.

Seejärel tuua taotlus uuesti komisjoni arutelule.

### **Taotlus nr 1491 – Peaajuarterite embolisatsiooni vältimise seade**

#### **Taotluse kokkuvõte**

*Taotleja:* Eesti Kardioloogide Selts

*Taotluse sisu:* Taotluse eesmärk on lisada kateetrikauadsete interventsioonide nimekirja TAVI protseduuride ajal kasutatav ajuarterite isoleerimisseade (Sentinel), mis väldib protseduuriaegset embolisatsiooni ajuarteritesse. Teenuse sihtgrupp on kateetrikauadsete valvuloplastika (valdavalt aordiklapi baloonvalvuloplastika ja proteesimine) protseduuride patsiendid. Peamiseks näidustuseks on raske aordisüstiku stenoos. Interventsiooni ajal on olemas oht klapihõlmadel, üleneval aordil ja aordikaarel paiknevate kaltsifikaadifragmentide makro- ja mikroembolisatsiooniks ajuarteritesse. Taotluse objektiks on filterseade, mis isoleerib protseduuri ajal kuni 90% ajuarterite verevoolust, vähendades sellega ajuinfarkti riski. Eestis on seadme kasutamise kogemus olemas PERH-il alates 2020. aastast.

#### **Olemasolevate andmete kokkuvõte ja tõenduse kiirülevaade (komisjoni analüüs)**

Uuringud

1. Kapadia, et al 2017 SENTINEL RCT (n=363, keskmine vanus 85 a), kus hinnati kateetrikauadse ajuemboli proteksiooniseadme efektiivsust valvuloplastika järgselt. Ohutuse tulemusnäitajateks olid suured kardiaalsed ja tserebrovaskulaarsed juhtumid 30 päeva jooksul plastikast võrreldes kontrollrühma ja ajaloolise kohordiga, üldsuremus, kardiovaskulaarne ja mitte-kardiovaskulaarne suremus 30 päeva jooksul. Efektiivsuse tulemusnäitajateks oli MRI-s avastatud uute lesioonide maht kaitstud arterite varustusosalal 2. ja 7. päeval, edukuse kriteeriumiks oli 30% erinevus. Suuri kardiaalseid ja tserebrovaskulaarseid juhtumeid 30 päeva jooksul esines sekkumisrühmas 7,3%, mida oli statistil oluliselt vähem kui ajaloolisel kohordil (18%), st sekkumine oli non-inferior. Samas kontrollrühmas esines neid 9,9% ja erinevus oli statistil ebaoluline. Kõik alanäitajad (suremus, insult) olid rühmade vahel võrreldavad. Uute lesioonide maht kaitstud aladel 102,8 mm<sup>3</sup> ei erinenud kontrollidest (178,0, p=0,33). Neurokognitiivsetes funktsioonides erinevust ei leitud. Võrgust leiti trombe, kaltsifikaate, klapikude, arteriaalseina kude, võõrmaterjali. Uuringu piiranguks oli väike valim, mis ei võimaldanud erinevusi välja tuua. Järeldati, et sekkumine on ohutu. Efektiivsus selle uuringu alusel ei erinenud tavaravist. Uuringu kvaliteet oli hea.
2. Pagnesi, et al 2017 SÜ ja metanalüüs (n=25 RCT ja kontrollrühmata uuringut, 1225 uuritavat), kus hinnati kateetrikauadse aordiklapi paigaldamise järgset MRI-diagnoositud subkliinilise ajukahjustuse ulatust ja emboli proteksiooniseadme efektiivsust selle vähendamisel. TAVI järgselt

tekkisid isheemilised lesioonid 77% patsientidest, keskmine kogumaht 437 (95% CI 287-588) mm<sup>3</sup>, ühe lesiooni maht 78 mm<sup>3</sup> ja kokku keskmiselt 4 lesiooni. EPD vähendas kogumahtu -111.1 mm<sup>3</sup> [- 203.6,- 18.6 mm<sup>3</sup>]; p = 0.02), ühe lesiooni mahtu -12.1 mm<sup>3</sup> [- 18.3,- 6.0 mm<sup>3</sup>]; p = 0.0001. Lesioonidega patsientide osakaal ja lesioonide arv oluliselt ei muutunud. Võib järeldada, et EPD on efektiivne vaiksise isheemia vältimisel. Tõendus mõõdukas-tugev.

3. Seeger, et al 2017 prospektiivne kontrollrühmaga uuring (n=802 järjestikust haiget, EPD=280, kontroll=522, randomiseerimise asemel sobitati, propensity score matching), kus hinnati TAVI järgset ajuinfarktivaba elulemust EPD kasutamisel 7 päeva jooksul. Esmane tulemusnäitaja oli üldsuresus või ajuinfarkt. Mõlemad filtrid paigaldati edukalt 92% juhtudest. Insult esines 1,4% vs 4,6%, OR=0,29 (95% CI 0,1-0,93). Esmane tulemusnäitaja esines 2,1% (6/280) vs 6,8% (19/280) (OR=0,3, 95% CI 0,12-0,77). Võib järeldada, et EPD suurendab oluliselt insuldivaba elulemust. Uuringu piirang oli randomiseerimise puudumine. Tõendus mõõdukas.
4. Bagur, et al 2017 SÜ ja metanalüüs (n=16 uuringut, 1170 patsienti (865/305)) EPD efektiivsusest TAVI korral. EPD paigaldati edukalt 95% juhtudest. Kliinilise insuldi avaldumus ei erinenud (RR=0,70, 95% CI 0,38-1,29, p=0,26), 30-päeva suremus ei erinenud (RR=0,58, 95% CI 0,20-1,64). Uute lesioonide arv ei erinenud. Uute lesioonide kogumaht oli väiksem, 88 - 466 mm<sup>3</sup> patsiendi kohta EPD rühmas ja 168 - 800 mm<sup>3</sup> patsiendi kohta ilma EPD-ta.
5. Ndunda, et al 2020 metanalüüs Sentinel seade efektiivsusest aordiklapi paigaldamisel. Leiti 4 uuringut (n=1330). Suure valimi pealt selgus Sentineli efektiivsus: 30-päeva suremus 0,8% vs 2,7%, RR=0,34 (95% CI 0,12-0,92), I<sup>2</sup>=0, 30-päeva sümptomaatiline insult 3,5% vs 6,1%, RR=0,51 (0,29-0,90, I<sup>2</sup>=0), suur verejooks 3,3% vs 6,6%, stat oluline erinevus. Neerukahjustuse ja vaskulaarsete komplikatsioonide risk oli võrreldav. Järeldati, et kõigi oluliste tulemusnäitajate osas on Sentinel efektiivne. Tõendus tugev.
6. Butala, et al 2021 USA rahvastikupõhine kateetrikuudse aordiklapi paigalduse registri andmete analüüs (n=123 186 patsienti, 599 keskust). Meetodit kasutab 28% keskustest. 8% keskustest teeb >50% TAVIdest. 72% keskustest ei kasutanud EPD-d 2019. aastal. Riskifaktoritele kohandatud analüüsil ei selgunud seost EPD ja protseduurijärgse insuldi riski vahel (ARR 0,9, 95% CI 0,68-1,13), absoluutse riski erinevus vaid 0,15% (95% CI, -0,49 - 0,20, stat ebaolulised erinevused). Propensity score matchinguga tuli minimaalne erinevus, OR=0,82, 95% CI 0,69-0,97, absoluutsete riskide erinevus vaid -0,28% (95% CI -0,52, -0,03). Rahvastikupõhisel registriandmete analüüsil selgus, et EPD toime insuldiriski vähenemisel on minimaalne või puudub. Need tulemused näitavad, et on vajalik suur kõrgekvaliteediline RCT. Tõendus mõõdukas.
7. Majmudar, et al 2021 US registriandmete analüüs (n=165 100) EPD efektiivsuse kohta TAVI korral. Andmed kaaluti, kohandati ja arutati Kaplan-Mayeri kõverad ja HR. EPD ei osutunud efektiivsemaks insuldi vältimisel (7. väljakirjutamise järgsel päeval 0,22% vs 0,27%, aHR=0,81, p=0,64), 30. väljakirjutamise järgsel päeval 0,58% vs 0,52%, aHR=1,16, stat ebaoluline erinevus), 180. päeval 1,13% vs 0,99%, aHR=1,16, stat ebaoluline erinevus). Võib järeldada, et insuldi vältimisel ei osutunud EPD tavaravist efektiivsemaks. Tõendus mõõdukas.

Ravijuhiseid ei esitatud, otsingul leitud NICE ravijuhised.

1. NICE 2019 juhised EPD kasutuseks TAVI korral. Tõendus perkutaanse EPD kasutuseks TAVI korral näitab soodsat ohutusprofiili, kuid tõendus selle efektiivsusest TAVI-ga seotud insuldi vältimisel on piiratud ja ei võimalda teha järeldusi (inconclusive). Seetõttu võib seda teha vaid erijuhtudel ja uuringu eesmärgil. NICE soovib läbi viia uuringuid tõendusbaasi tugevdamiseks.

Kokkuvõttes palju uuritud meetod, tulemused erinevad ja ei võimalda lõplikku järeldust teha. Arvestades RCTde ja metanalüüside tugevamat tõendust võrreldes registriandmetega, on põhjust arvata, et EPD on insuldi vältimisel mõõdukalt efektiivne.

## Diskussioon

Toodi välja, et protseduuri läbiviimisega seotud embolitest põhjustatud ajukahjustused põhjustavad muuhulgas ka palju kognitiivseid tüsistusi, mille tekke riski peaks võimalusel vähendama. Samas südameveresoonte puhul on teada, et kui on väga kinnine ja asümptomaatiline veresoone, siis selle laiendamine ja optimaalne medikamentoosne ravi prognoosi mõttes ei erine. Ehk silmaga nähtavat ei

tõlgita alati kliinilistesse tulemusnäitajatesse. Samas tuleb arvestada, et ka väikesed, kuid pidevad embolite poolt põhjustatud nõ löögid ajule omavad siiski sellele negatiivset mõju. Haigekassa esindaja tõi välja, et mõned aastad tagasi lisati loetellu embolproteksiooniseade. Tõstatus küsimus, kas antud taotluse puhul on tegemist sama asjaga (toimemehhanism tundub komisjoni hinnangul olevat sarnane) ja erisus tuleneb sellest, et taotletav seade kaitseb nii une- kui ka peaaartereid. Sellisel juhul saaks taotletavat seadet käsitleda olemasoleva teenuse edasiarendusena. Leiti, et seda seost võiks küsida taotlust hindavalt eksperdilt. Lisaks toodi välja, et antud taotluse puhul on oluline hinnata ka kulutõhusust.

### **Komisjoni arvamus**

Komisjon tegi haigekassale ettepaneku:

- tellida eksperthinnang (sh uurida seost juba loetelus oleva embolproteksiooniseadmega);
- koostada kulutõhususe ja eelarvemõju hinnang.

Seejärel tuua taotlus uuesti komisjoni arutelule.

### **Taotlus nr 1517 – Soolise ebakõlaga patsiendi arstliku ekspertiisikomisjoni konsilium (AEK)**

Komisjonis tõstatus küsimus, kas komisjoni liikmel Raine Pillil on huvide konflikt seoses taotlusega 1517. Leiti, et kuna taotluse osas ei tehta otsust, võib Raine Pilli arutus osaleda ning anda taotluse kohta omapoolse selgituse.

### **Taotluse kokkuvõte**

*Taotleja:* Eesti Psühhiaatrite Selts

*Taotluse sisu:* Taotluse eesmärk on lisada loetellu soolise ebakõlaga patsiendi arstliku ekspertiisikomisjoni konsiliumi (AEK) teenus perekonnaseisutoimingute seaduse § 491 ja sotsiaalministri määruse „Soovahetuse arstlike toimingute ühtsed nõuded“ eesmärkide täitmiseks. AEK koosseis ja töökord on kinnitatud tervise- ja tööministri 5. juuli 2021 käskkirjaga nr 77. Tegemist on multidistsiplinaarse meeskonnaga (psühhiaater, naistearst, uroloog, endokrinoloog, kliiniline psühholoog), mis langetab otsuse soolise ebakõla esinemise ning soovahetuse võimalikkuse kohta ning koostab vastava raviplani, nõustab ja annab pöördujale soovitusi tervishoiuteenuste ja toetavate teenuste kohta. Soovahetus on Eestis reguleeritud Sotsiaalministri määrusega alates 1999. aastast. Varasemalt oli AEK puhul tegemist tasulise teenusega ning meeskonnas olid esindatud vähemate erialade arstid (psühhiaater, naistearst/androloog). Sageli osales komisjoni töös ka patsiendi raviarst. Sõltumatute ekspertide kaasamine laiemalt erialadelt aitab ennetada huvide konflikti, anda teise arvamuse patsiendi psühhiaatrilisele seisundile. Vastavad teadusuuringud näitavad, et kaasuvaid vaimse tervise probleeme esineb soolise ebakõlaga inimestel sagedamini võrreldes üldpopulatsiooniga. Lisaks annab see võimaluse luua korrektne raviplaan erinevate erialade spetsialistide hinnangute põhjal, arvestades patsiendi kehalist seisundit ning sellest tulenevaid mõjureid prognoosi ja ravi võimalike kõrvaltoimete osas. Patsient saab info realistlike ravitulemuste ning soomuutmise protsessi sujuvamaks läbimiseks vajalike toetavate teenuste osas.

### **Olemasolevate andmete kokkuvõte ja tõenduse kiirülevaade (komisjoni analüüs)**

Tõenduse kiirülevaade ei andnud infot ravimeetodi lühiajalise ega pikaajalise efektiivsuse kohta. Leiti ainult ülevaateartiklid ja ravisoovitused.

Uuringud

1. Koehler, et al 2021 teenuse pakkumise viisi (tsentraliseeritud või mitte) süstemaatiline ülevaade ja ekspertide küsitlus näitas, et Euroopas pakutakse valdavalt teenust tsentraalselt nn kompetentsikeskustes.

Ravijuhised



1. Coleman, et al 2012 The Standards of Care (SOC) for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People, a publication of the World Professional Association for Transgender Health (WPATH). SOC annab kliinilise juhise transseksuaalsete, transsooliste, gender nonconforming inimestele ohutu ja efektiivse suuna valikul, et maksimeerida tervis, vaimne heaolu ja eneseteostus. Abi hõlmab esmatasandi, günekoloogilise ja uroloogilise teenuse (läbivaatus, nõustamine, psühhoteraapia), hormoon- ja kirurgilise ravi. SOC põhineb parimal olemasoleval tõendusel ja ekspertkonsensusel. Valdav osa tõendusest pärineb Põhja-Ameerikast ja Euroopa maadest. Eesmärgiks on informeeritud valikud ja kahjude vähendamine. Soo düsfooria ravi põhineb sellel, et ebamugavus vastuolust sooidentiteedi ja sünnil määratud soo vahel (sh soorollid ja primaarsed/sekundaarsed sugutunnused) on tänapäeval suurenenud ja individualiseeritud. Tervishoiutöötajad saavad aidata patsienti kaaluda kõiki olemasolevaid teenuseid vastavalt kliinilisele vajadusele ja soo ekspressiooni eesmärkidele.
2. Safer, et al 2019 NEJM hindab transsoolisteks 0,6% rahvastikust. Enne puberteediea algust ei soovitata sekkuda. Puberteedieas võib alustada reversiibelset ravi gonadotropiini vabastava hormooni agonistiga, kuniks raviplaan selgub. Ravi koosneb hormoonravist ja kirurgilisest ravist, kuid esineb kõrvaltoimeid (östrogeenravil venoosne trombemboolia). Annab juhised hormoon- ja kirurgiliseks raviks, kuid ütleb, et kuigi on teada ravi lühiajalised tulemused, ei ole hormoonravi pikaajalised tulemusnäitajad soovahetusel teada. Tuleb arvestada ka fertiilsusega.
3. Tsjoen, et al 2020 European Society for Sexual Medicine positsioon transsooliste uurimisest ja hormoonravist eesmärgiga tagada seksuaalfunktsioon ja rahulolu nendib, et ravijuhiseid on ebapiisavalt ja need põhinevad piiratud tõendusel. Ekspertide kogemus ja olemasolev tõendus koondati kliiniliseks konsensuseks. Oluline on see, et tervishoiutöötajad saaksid aru, kui lai on sugude skaala, sh mehed, naised ja mittebinaalsed sood. Lisaks tuleb eristada prepuberteedi, puberteedi ja täisealiste vajadusi. Tuleb tagada tervishoiutöötajate pädevus transsooliste tervishoiu ja psühholoogilises abis. Maskulinisatsiooniks on vajalik testosteroonravi, feminiseerumiseks östrogeen- ja antiandrogeenravi. Tuleb teadvustada ka võimalikke seksuaalelu probleeme ravi kirurgilises faasis.
4. O'Connel et al 2022 transsooliste ja gender-diverse isikute farmakoloogilise ravi juhised. Kogu maailmas on soodüsfooriaga laste ja noorukite arv suurenenud ja tuleb pakkuda erinevaid terapeutilisi sekkumisi. Tegemist on suhteliselt uue teraapiaalaga ja kuigi lühiajalised tulemusnäitajad on paljulubavad, siis pikaajaliste prospektiivsete uuringute tulemused puuduvad, mis võib tekitada kliinilisi ja eetilisi probleeme.

Kokkuvõttes on tegemist uue suunaga tervishoiu ja mitte ühe teenusega. Soovitatav on ravi kompetentsikeskustes erinevate erialade osalusel, mistõttu konsiiliumi teenus on vajalik.

## Diskussioon

Sotsiaalministeerium (SoM) tõi välja, et antud teema puhul on lisaks meditsiinilisele poolele oluline, kuidas see on õiguslikult reguleeritud. Hetkel on olukord Euroopa riikides mõnevõrra erinev. Eestis on õiguslik ja meditsiiniline soomuutmine omavahel seotud. Euroopa Parlament on asunud seisukohale, et need peaksid olema lahus ehk juriidilise soomuutmise eelduseks ei tohiks olla meditsiiniline diagnoos. Samas on Euroopa riikide praktikate kaardistus näidanud, et isegi kui meditsiiniline otsus ei ole juriidilise soomuutmise otsuse eelduseks, siis seda siiski küsitakse. SoM selgitas, et uue Rahvatervishoiu seaduse raames soovitakse muuhulgas muuta volitusnormi ja viia see Tervishoiuteenuste korraldamise seadusesse, et seda käsitleda kui tervishoiuteenust mitte haldustoimingut. Paraku jäi Rahvatervishoiu seadus selle muudatustepaneku tõttu Riigikogus seisma ja hetkel ei ole teada, mis sellest edasi saab. Seetõttu tuleb hetkel tegutseda edasi vanas õigusruumis, mis samas nõuab ka praegu arstliku ekspertiisikomisjoni läbiviimist soo muutmise eeldusena. See tähendab, et sõltumata õiguslikust taustast, on komisjon siiski vajalik. SoM tõi lisaks välja, et kompetentsikeskuse loomine on Eestis kindlasti oluline. Komisjoni uut koosseisu kokku leppides on leitud, et ka arstkonna kompetentsi antud teemal on vaja tõsta. Loodetavasti loodud ekspertiisikomisjoni pinnalt (sh SoM-i rahastatavate täiendkoolituste toel) see kompetents kasvab ja seda on arstkonna seas

võimalik ka edasi jagada. SoM täpsustas, et komisjon on laiemas koosseisus tegutsenud alates 2022. aasta veebruarist. Kulude osas on tehtud ettepanek arutada seda maikuus, kui komisjonil on parem arusaam tegelikust tööpraktikast ja kasutatavatest ressurssidest.

Toodi esile, et RHK-11 (erinevalt RHK-10-st) käsitleb soolist ebakõla kui deparatoloogiseeritud seisundit ehk see ei ole enam psühholoogiliste häirete hulgas, vaid liigub seksuaaltervise peatükki soolise ebakõla diagnoosina. Inimesi on seni häirinud, et neile F-diagnoos määratakse, kuid seni ei ole olnud teisiti võimalik. Tõstatus küsimus, kuidas tagada olukorras, kus varasem F-diagnoos jääb TIS-i alles, et patsiente käsitletakse uue diagnoosikoodi alusel (kas tulevad juurde ravisoovitused). Leiti, et paraku see kood jääb TIS-is näha ja selle sulgemine patsiendi poolt ei oleks samuti mõistlik. Lahendus saab olla koolitus ja hoiakute muutmine.

Toodi esile, et meditsiinilise näidustuse osas on komisjoni peamine roll erinevate spetsialistide koostöös välistada, et inimene teeb soo muutmise otsuse mitte soolise ebakõla diagnoosi vaid mõne psüühikahäire tõttu (psühhos vms). Rõhutati, et seda teadmist, mis peab olema vastavatel spetsialistidel inimese seisundi hindamiseks, ei ole olemas kõikidel spetsialistidel (on seotud spetsiifilise huvi ja koolitusega).

Leiti, et täna pakutav toetus sellistele inimestele ei vasta nende vajadustele ja ootustele. Isegi, kui tõendust on vähe, siis vajadus on siiski suur. Kindlasti on vajadus ravisoovituste ja tegevusjuhiste osas, kuidas vastavaid patsiente käsitleda.

Tõstatus küsimus komisjoni vahepealse tegevuse kohta, kui eelmine ekspertiisikomisjoni tegutses kuni 2020. aastani ja uus alustas 2022. aastal. SoM selgitas, et peaaegu aasta oli tõesti paus ja vastavaid otsuseid ei tehtud. SoM korraldas patsientidele sellel perioodil psühholoogilist abi. Seejuures toodi välja, et soolise ebakõlaga inimene ei soovigi alati ravi (kirurgilist-, hormoonravi), vaid lihtsalt aktsepteerimist. Seetõttu on oluline ka ühiskonna hoiakute muutmine, müütide ja väärarvamuste kaotamine. SoM selgitas lisaks, et komisjon töötab nüüd LTKH juures ja haigla esitab praegu oma lepingu raames konsiiliumi arve haigekassale kasutades üht teist ekspertkomisjoni teenuse koodi. Kulud, mida kasutatava teenuskoodi hind ei kata (lisaks ka käivitus- ja koolituskulud) katab SoM haigla sõlmitud koostöölepingu raames.

Haigekassa esindaja tõi välja, et tõenäoliselt on antud konsiiliumi puhul tegemist ajamahukama teenusega, kui on teised loetelus olemas konsiiliumiteenused. Seega on tõenäoline, et see lisandub loetellu eraldiseisva teenusena. Täiendavalt tõstatus küsimus, kas konsiiliumi otsusele järgnev võimalik ravi peaks tulema ühel hetkel komisjoni arutelule, kuna hetkel kirurgilise ravi eest haigekassa ei maksa. SoM tõi välja, et seda Eestis väga tehtud ei ole – kogemus väike, tüsistuste risk kõrge. Leiti, et tegemist on täiesti eraldiseisva diskussiooniga ja seda hetkel teemaks ei võtaks. Toodi välja, et konsiiliumi otsus ei tohiks automaatselt avada kõiki ravivõimalusi. Teiselt poolt leiti, et kogemuse puudus Eestis tuleneb ka sellest, et teenusel ei ole olnud rahastust. Patsiendid on operatsioone käinud tegemas Tais, mille puhul ei ole samuti võimalik olla kindel teenuse kvaliteedis. Otsustati, et ravi rahastamist hoitakse konsiiliumi teemast lahus ning teemat menetletakse tavakorras, kui selle kohta esitatakse taotlus.

Tõstatus küsimus teenuse nimetuse osas – kas peaks vältima sõna „sooline ebakõla“. Leiti, et teenuse nimetus peaks siiski võimalikult hästi andma edasi teenuse tegelikku sisu.

### **Komisjoni arvamus**

Komisjon andis teenusele põhimõttelise nõusoleku loetellu lisamiseks eraldiseisva teenusena, tegemata hetkel otsuseid ja avaldamata arvamust võimaliku järgneva ravi kohta. Vajadusel tuua teema uuesti komisjoni arutelule. Kui täiendav arutelu komisjonis ei ole vajalik, siis informeerida komisjoni tehtud otsustest.

## **2. Tervishoiuteenuste osutamine sõjapõgenikele**

Haigekassa tegi teemast ülevaate kahes vaates: 1. mida haigekassa on teenuste osutamise osas korraldanud või aidanud korraldada, 2. detailsemalt üldisest tervisekontrollist.

1. Teenused, mida sõjapõgenik saab:

- vältimatu abi (osutatakse kohe vastuvõtupunkti saabudes kiirabiautos, vajadusel viiakse EMOsse). Praktika näitab, et u 2% põgenikest leiab, et vajab vältimatut abi vastuvõtupunktis. Majutuskeskusesse jõudes on vastavat abi vajanud ca 20% põgenikest.
- üldine tervisekontroll – röntgen, vereproov. Eesmärk on nakkustõrje. Vajadusel ka muud tervishoiuteenused (kas kohe kohapeal või suunatakse tervishoiusüsteemi).
- vajaminev abi esmatasandil. Arveldamine käib läbi teenusepõhise rahastamise. Inimesi kohustuslikus korras nimistusse ei panda.
- üldine arstiabi (õde). Majutuskeskustes kohapeal, kus on 100+ põgenikku. Teenust osutab 1-2 meditsiiniõde. Praktika näitab, et u 80% on esmatasandi mured. Rahastatakse samuti teenusepõhiselt, kuid lisaks on ka valmisolekutasu õe viibimise eest majutuskeskuses.
- Ravimid. Kuni põgenikul ei ole ravikindlustust, on ravimid täishinnaga. Samas vähemalt kolmes linnas (Tallinn, Tartu, Rakvere) on olemas kokkulepe ühe apteegiga, kust inimene saab oma retseptiravimid tasuta. Ravikindlustuse olemasolul saab põgenik ravimid kätte samadel tingimustel nagu kõik teised Eesti inimesed (enamasti lahendus läbi digiresepti).

## 2. Üldise tervisekontrolli pakett sisaldab:

- Meditsiiniline läbivaatus. Eriarsti/õe vastuvõtt (esmane anamnees õe poolt, vajadusel kaasatakse arst) – krooniline haige suunatakse edasiseks jälgimiseks perearstile, rasedad jälgimiseks perearstiasse, vajadusel retseptid jne.
- Röntgenuuring rindkere piirkonnast
- Hemogramm 5-osalise leukogrammiga
- Viirusnäitajad (HIV1,2, Ag+Ab)
- Vajadusel tehakse korraga ära muud vältimatud analüüsid/uuringud/protseduurid jne
- Laste osas on üldise tervisekontrolli sisu vabam. Teenuseid osutatakse vastavalt arsti otsusele, kuid soovituslikult peaks lähtuma Terve lapse jälgimise juhendist. Vältimatu abi vajadus tuleks üldise tervisekontrolli käigus ära lahendada.

Info asub haigekassa kodulehel rubriigis „Ukraina sõjapõgenikele“. Üldise tervisekontrolli peamisi väljakutseid on hetkel kaks:

1. info ei jõua põgenikuni, et minna üldisesse tervisekontrolli (tõenäoliselt ajas lahenev);
2. transport majutuskeskusest tervishoiuasutusse (mitmed kohalikud omavalitsused on siiski lahendusi pakkunud).

## Diskussioon

Tõstatus küsimus, kas majutuskeskuses õe teenust pakuval spetsialistil on mõne tervisekeskusega koostöökokkulepe, mille alusel saab patsiendi vajadusel tervisekeskusesse suunata. Haigekassa selgitas, et täna tulevad need õed eriarstiabi lepingupartnerite juurest – neil on olemas arsti tugi ja vajadusel videovastuvõtu tegemise võimalus arsti osalusel.

Tõstatus küsimus, kas röntgen tehakse rindkerest (kopsudest) ja kas kõigile või ainult nendele inimestele, kellel on alust kahtlustada tuberkuloosi vm haigust. Haigekassa selgitas, et Terviseameti soov oli, et tehtaks kõigile, kuid reaalsuses on aluseks arsti hinnang ning kõigile ei tehta. Teenuse osutamine kõigile seab surve alla radioloogiatehnikud ja radioloogid, kellest on tervishoiusüsteemis ka muidu puudus.

Toodi esile mure seoses põgenike isikukoodidega, mille moodustamise kohta on perearstidele laekunud kaks juhendit. Haigekassa selgitas, et 21. märtsil läks kõigile seotud osapooltele välja üks ühtne juhend, millest tuleks lähtuda.

Tõsteti esile vaksineerimiste küsimus arvestades, et sõjapõgenikest lapsed lähevad kohe kooli ja lasteaeda ning on oht, et hakkavad levima haigused, mida Eestis enam ei ole (nt difteeria jne). Seejuures on ohustatud ka Eesti lapsed, kes ei ole vaksineeritud. Haigekassa selgitas, et eesmärk on sõjapõgenikke vaksineerimise vajalikkuse osas informeerida ja selgitusi jagada, kuid probleemiks on ka vaksineerimiste erinevad skeemid ja ka erinevad kasutatavad vaktsiinid. Selle lahendamiseks on

Terviseamet teinud ühelt skeemilt teisele ülemineku juhendi. Lisamärkusena toodi, et lisaks suunatakse inimene üldisest tervisekontrollist vaksineerimiskeskusesse saama ka Covid-vaktsiini. Terviseamet selgitas, et epidemioloogide poolt on tehtud epidemioloogilise olukorra ülevaade, mida saab komisjoni liikmetega jagada. Lisaks tõstatus komisjonis küsimus, kas on plaanis teha vaksineerimata Eesti laste vanemate suunal kommunikatsiooni. Näiteks on Eestis päris suur hulk lapsi leetrite vastu vaksineerimata. Leiti, et seetõttu võiks olla mõistlik sellest haigusest laiemalt rääkida, kuidas seda ära tunda, kuidas ennast kaitsta jne. Samasugust teadlikkuse tõstmist tuleks kasutada ka muude lastehaiguste (nt lastehalvatus) puhul. Terviseamet tõi välja, et neil on valmimas vaksineerimise kampaania.

Haigekassa tõi välja, et Eestis on hetkel üle 20 000 sõjapõgeniku, kellest üldise tervisekontrolli on läbinud väga väike osa. Praktika näitab, et nakkuskontrollist tuleb positiivseid leide (ca 5%) (HIV, tuberkuloos, hepatiit jne).

Tõstatus küsimus ka õdede piisavuse ja haiglate toimetuleku osas. Haigekassa tõi välja, et üldised tervisekontrollid kindlasti tõstavad haigla koormust, kuid hetkel ei ole tervisekontrollidele suurt tungi. Lisaks tulevad majutuskeskustes töötavad õed erasektorist. Täiendavalt on tervishoiualasest ettevalmistusest vabatekstiliste ankeetide alusel andnud märku ca 300 sõjapõgenikku, kelle osas on vaja teha otsuseid, kas ja kuidas oleks neid võimalik tervishoiusüsteemi kaasata. SoM selgitas, et tänases õigusruumis on neid võimalik tervishoiusüsteemis tööle võtta, kuid mitte arstide ja õdedena. Hädaolukorrast tulenevalt on võimalik teatud reegleid leevendada, nt kaasata neid inimesi registreeritud tervishoiuteenuse osutaja vastutusel (aga mitte ise tervishoiuteenuseid osutama). Välja on pakutud ka lahendus, et kui on asunud Terviseametis oma tunnustamisprotsessi läbi viima, siis leevendada näiteks nende inimeste keelenõudeid vms. Aga kõik need ettepanekud nõuavad veel juriidilist analüüsi, mis hädaolukorra tingimustes on võimalik ja mis mitte.

Tõstatus ka vaimse tervise toe pakkumise teema, nt koolide ja õpetajate kaasamine laste toetamisse. Toodi välja, et perearstidele ja pereõdedele on tehtud tasuta kättesaadavaks TÜ poolt koostatud e-õpe, mis räägib ärevusest ja depressioonist ning aprillist lisandub sinna ka laste vaimse tervise teema ning maist tugeva trauma teema. Mõeldav võiks olla sellise koolituse kättesaadavaks tegemine laiemalt (sh nt koolisüsteemile).

Tekkis küsimus, kas põgenikele teenuste osutamine on hakanud mõjutama teenuste kättesaadavust Eesti inimeste jaoks. Terviseamet tõi välja, et sissevool on hakanud vähenema, kuna väheneb vabatahtlike ind põgenikke Eestisse tuua. Samas hakkab teistes riikides (nt Poolas) toimuma põgenike ümberjaotamine, mistõttu võib meile tulla nõ teine laine (ca +20 000 inimest). Samas leiti, et psühhiaatriliste teenuste osas mõjutab sõjapõgenike saabumine ka Eesti inimeste teenuste kättesaadavust, kuna psühhiaatriliste teenuste kättesaadavus (eriti laste osas) on juba täna piiratud. Koroonakriisi tõttu on meditsiinipersonal juba pikalt töötanud ülekoormuse tingimustes, mistõttu on äärmiselt vajalik kogukonnateenused kiirelt toimima saada.

### **Komisjoni arvamus**

Komisjon võttis informatsiooni teadmiseks.