

## Tervishoiuteenuste loetelu komisjoni koosoleku kokkuvõte

Toimumiskoht: Microsoft Teams videokonverents

07.08.2024

Algus kell 14.00, lõpp kell 15.06

Juhatas: Mikk Jürisson (Tartu Ülikool)

Võtsid osa: Raine Pilli (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline psühhiaatria eriala nõunik)  
Sergei Nazarenko (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline kliinilis-konsultatiivsete erialade nõunik)  
Neeme Tõnisson (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline sisemeditsiini erialade nõunik)  
Toomas Sillakivi (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline kirurgiliste erialade nõunik)  
Taavo Seedre (Sotsiaalministeeriumi koosseisuväline hambaarstide erialade nõunik)  
Gerli Liivet (Eesti Õdede Liit)  
Kristi Rekand (Eesti Puuetega Inimeste Koda)  
Piret Rospu (Eesti Perearstide Selts)  
Liis Kruus (Tervisekassa)  
Külli Friedemann (Terviseamet)  
Heli Paluste (Sotsiaalministeerium)

Puudusid: Kersti Reinsalu (Eesti Haiglate Liit)

Kutsutud: Malle Avarsoo (Tervisekassa)

Protokollija: Merje Metsoja (Tervisekassa)

### Päevakord:

#### 1. Taotluste arutelu:

Taotluse nr	Taotluse nimetus
1610	Kõrge resolutsiooniga söögitoru manomeetria
1595	Kodus kasutatav negatiivse rõhuga kinnine süsteem (vaakumteraapia-VAC süsteem)
1635	Logopeediline grupiteraapia
1552	Meditsiinilise kinnise lasteasutuse teenuse voodipäev (alla 19-aastasele isikule)

## 1. Taotluste arutelu

### Taotlus nr 1610 – Kõrge resolutsiooniga söögitoru manomeetria

Taotlus on olnud varasemalt TTL komisjoni arutelul 13.03.2024.

#### **Taotluse kokkuvõte**

*Taotleja:* Eesti Gastrointestinaalse Endoskoopia Ühing

*Taotluse sisu:* Taotluse eesmärk on lisada tervishoiuteenuste loetellu uus teenus „Kõrge resolutsiooniga söögitoru manomeetria“ (ingl. k *esophageal high-resolution manometry*, HRM). Tegemist on uuringuga, kus kateetril paiknevate elektrooniliste sensorite (ca 40 tk) abil mõõdetakse rõhkusid söögitoru erinevates kõrgustes. Söögitoru manomeetria abil saab uurida söögitoru (k.a. ülemise ja alumise söögitorusfinkteri) funktsiooni, täpsemalt söögitoru motiilsust/peristaltikat ja selle häireid. Söögitoru manomeetrial on kaks peamist näidustust: (1) kahtlus söögitoru funktsionaalsele häirele, nt ahhalaasia, korgitseri söögitoru, pähklipureja söögitoru, söögitoru haaratus sidekoehaiguste puhul (nt süsteemne skleroos); (2) ravirefraktaarne gastroösofageaalne reflukshaigus (GÖR), enne selle operatiivse ravi (nt *fundoplikatio*).

Taotleja hinnangul puudub Eestis hetkel sama diagnostilise väärtusega söögitoru funktsiooni uuring. Teenust seni Eestis osutatud ei ole.

Taotleja hinnangul on vajalik kehtestada tervishoiuteenuse ohutu ja optimaalse kasutamise tagamiseks järgmised kohaldamise tingimused:

- uuringu teostamise näidustus:
  - enne gastroösofageaalse reflukshaiguse (GERD) kirurgilist ravi alumise söögitoru sfinkteri düsfunktsiooni (LES) ja söögitoru keha motiilsushäire välistamiseks;
  - düsfaagia puhul primaarse/sekundaarse söögitoru motiilsushäire (nt ahhalaasia) diagnoosimiseks;
- enne peab olema teostatud gastroskoopia;
- teenusele suunamise aluseks peab olema kirurgi või gastroenteroloogi saatekiri.

#### **Meditsiinilise tõendus põhise hinnangu (erialaspetsialisti ekspertarvamuse) kokkuvõte**

Meditsiinilise tõendus põhise hinnangu koostanud eksperdi hinnangul võimaldab söögitoru kõrge resolutsiooniga manomeetria parandada uuringu detailsust, aitab gastroenteroloogil klassifitseerida motiliteedihäire korral haigust kliiniliselt vastavasse alagruppi ja eristada normile vastav leid patoloogilisest. See on HRM-s oluline kvaliteedi indikaator, mis väldib patsiendil, kellel on peaaegu normaalne peristaltika (*peristaltic function*), ebatäpse spetsiifilise diagnoosi kasutamist. Söögitoru HRM võimaldab parandada raske motiliteedihäire, näiteks ahhalaasia juhtude avastamist, kuivõrd HRM on võrreldes konventsionaalsete meetoditega sensitiivsem ja spetsiifilisem. Ekspert toob välja, et HRM-i kasutamise eeliseks on ka hästi õpitav meetodika, protseduuri kestvus ja tulemuste kiire interpretatsioon.

Eksperti hinnangul on mõlemad HRM-i näidustused patsientide prognoosi ja elukvaliteedi suhtes strateegilise tähtsusega: Ahhalaasia hilisel diagnoosimisel kannatab oluliselt elukvaliteet, tõuseb risk tüsistustele nagu oluline kaalulangus, söögitoru funktsiooni kadu ja aspiratsioon. Ahhalaasial on võrreldes teiste söögitoru motiilsushäiretega/funktsionaalse düsfaagiaga, olemas tõendus põhine ja prognoosi parandav ravi: endoskoopiline balloondilatatsioon või POEM protseduur. Samas on mõlemad protseduurid teatud tüsistuse riskiga, mille tõttu on täpne diagnoos olulise tähtsusega. Gastroösofageaalse reflukshaiguse operatiivne ravi on invasiivne – laparoskoopiline Nissen fundoplikatsioon, mille käigus tugevdatakse maoseinaga söögitoru alumist sfinkterit. Sellist operatsiooni peaks vältima patsientidel ahhalaasiaga või teise primaarse söögitoru motiliteedihäirega ja seda saab vältida ainult operatsioonile eelneva manomeetriaga. HRM protseduur on patsientidele hästi talutav, võimalik, et manomeetria sondi ei talu füüsiliselt ca 1% patsientidest. Manomeetria andmete analüüsil raskeid kõrvaltoimeid ei ole esinenud. Eksperti hinnangul on HRM-i ohutuse ja optimaalse kasutamise tagamiseks vajalik tingimuste sätestamine. Lisaks taotleja väljatoodud tingimustele lisab ekspert veel

ühe tingimuse – kui gastroskoopial ei ole võimalik diagnoosida konkreetset motiliteedihäiret, näiteks ahhalaasiat, teha täpsustav söögitoru röntgen kontrastainega.

Kuigi meditsiinis uuritakse söögitoru motiliteeti ja selle häiretega seotud patoloogiat alates 1970.a.-st, puudub senini Eesti gastroenteroloogias võimalus ja tehnoloogia söögitoru mootorika uurimiseks. Kõrge resolutsiooniga manomeetria on uus meetod söögitoru mootorika uurimiseks, mis on paljude ravijuhiste põhjal kõrge tõendus põhiseadusega ja tugeva soovitusel uuringumeetodid düsfaagia uurimisel/ahhalaasia diagnoosimisel ja söögitoru motiliteedihäire välistamisel. Kõrge resolutsiooniga manomeetria tagaks söögitoru haiguste diagnostikas ja ravis nii parema ravi kui elukvaliteedi.

### **Kulutõhusus ja mõju ravikindlustuse eelarvele (Tervisekassa hinnang)**

Teenuse esialgseks hinnaks kujuneb 274,92 eurot. Taotleja hinnangul tuleb HRM olemasolevatele ravijuhitud täiendava teenusena juurde ja teiste teenuste mahtusid olulisel määral ei mõjuta. Ebaselge düsfaagia (ahhalaasia kahtlus) näidustuse puhul võivad ära jääda alternatiivsed söögitoru kontrast-röntgenid, mistõttu nendel ravijuhitud on HRM-i ravijuhule lisandumisega seotud kulu väiksem (211,19 eurot). HRM-i kulutõhusust vaadeldakse käesolevas hinnangus selle kahe põhinäidustuse lõikes: 1) ebaselge düsfaagia korral diagnoosi täpsustamine (kahtlus ahhalaasiale) – võrdluses Eestis kättesaadava alternatiivi ehk söögitoru kontrast-röntgeniga; 2) enne GÖR-i operatiivset ravi – võrdluses HRM-i mitteteostamisega. HRM-i kahe põhinäidustuse kaalutud keskmine lisakulu ahhalaasia diagnoosimiseks HRM-i abil on ca 6 300 eurot ühe täiendavalt avastatud juhu kohta. Arvestades taotletava teenusega seotud lisakulude ja vähenevate kuludega, on aastaseks prognoositavaks lisakuludeks perioodil 2025–2028 ca 9 500–38 000 eurot aastas. Arvestades HRM-i abil avastatud täiendavate ahhalaasia juhtusid, on see 3.–4. prognoosiaasta vaatest täiendavat ahhalaasia ravikulu ca 14 000 eurot aastas, kuid tuleb arvestada, et ära jäävad valesti diagnoositud või diagnoosimata ahhalaasia juhtumitega seotud kulud.

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

Taotlus oli esmakordselt arutlusel 2024. Aasta märtsis. Eesti Gastrointestinaalse Endoskoopia Ühing soovis TTLi lülitada uue diagnostilise meetodi, kõrge resolutsiooniga söögitoru manomeetria (HRM). Tegemist on uuringuga, mille abil mõeldakse elektrooniliste sensorite abil rõhku söögitoru erinevates kõrgustes. Kasutatakse söögitoru ahhalaasia kahtluse, erinevate söögitoru düskineesiate täpsustamiseks, eeskätt aga GI refluksi diagnoosimiseks.

Komisjon leidis, et tegemist on nõrga-mõõduka tõendatuse tasemega tugevalt soovitatud diagnostiline protseduuriga (UK, Euroopa, Ameerika gastroenteroloogia ravijuhised). Arutlusel oli, et teistes riikides on uuringumeetod aastaid kasutusel. Eestis seni ei ole olnud, kuna patsientidegrupp on väike. Ahhalaasia diagnoosi korral hakkaks olema kuldstandard. Osadele reflukshaigusega patsientidele on diagnostikameetod vajalik, kuna ahhalaasia võib põhjustada refluksile sarnaseid sümptomeid ning kui ahhalaasiaga patsient suunatakse ekslikult tavapärasele antirefluksoperatsioonile, võib patsiendi seisund halveneda. Komisjon tegi ettepaneku tellida eksperthinnang ning koostada kulutõhususe ja eelarvemõju hinnang.

Tänaseks on lisaandmed olemas.

Ekspert toetab ja kinnitab kõiki taotluse seisukohti. Söögitoru HRM võib parandada raske motiliteedihäire, näiteks ahhalaasia juhtude avastamist, kuivõrd HRM on võrreldes konventsionaalsete meetoditega sensitiivsem ja spetsiifilisem. Teenuse vajadus on ca 50 aastas, mis suureneb umbes 50 võrra aastas järgmise nelja aasta jooksul. Senine teenuse osutamise kogemus Eestis puudub ja vajalik on arstide ja õdede koolitus ja väljaõpe. Teenust osutatakse piirkondlikus ja keskhaiglas.

KTH. Teenuse omahinnaks on 275 eurot. Hinnanguliselt tehakse 50 uuringut aastas, mille kogumaksumus on  $275 \times 50 = 10\,560$  eurot. Teiste teenuste mahud oluliselt ei muutu, kontrastainega ösofagoskoopia arv võib väheneda. Meetodi abil võib hinnanguliselt avastada 4 muude meetoditega diagnoosimata jäänud ahhalaasia juhtu aastas, mis annab ICERiks 2640 eurot ühe avastatud juhu kohta, mis on mõistlik. Lisaks tehtaks uuring veel umbes 100 GÖR haigele enne kirurgilist sekkumist, mille kogumaksumus oleks 27 500 eurot. Eeldusel, et selles sihtrühmas avastatakse kaks lisanduvat ahhalaasia

juhtu, oleks ICER 13 700 eurot ühe lisanduva juhu kohta. Kaalutud keskmine ICER kuue lisanduva avastatud ahhalaasia juhu kohta tuleks siis 6340 eurot. See on mõistlik, kuna aitab ära hoida hilisest diagnoosimisest, diagnoosimata jätmisest või valepositiivse GÖR haige üleravist (valedel patsientidel reflukshaiguse operatsiooni tegemine) tingitud lisanduvaid ravikuluid.

Eelarvemõjukuks oleks siis 10 000 – 40 000 eurot aastas järgmise nelja aasta jooksul. Eelarvemõju ja ICER võib küll olla suurem, kui arvestada sisse uute ahhalaasia juhtude ravi, aga see lisakulu on põhjendatud.

## **Diskussioon**

Komisjonis tõstus küsimus teenuse ülekasutamise kohta, kas rakendustingimustes on võimalik täpsustada kasutamise näidustused. Leiti, et kõigile refluksihaigust põdevatele inimestele pole vajalik seda uuringut teostada, kuna saadav kasu on väike. Läänemaailmas esineb reflukshaigust 10-20% populatsioonist. Pigem teha protseduur patsientidele, kellel on plaanis teostada reflukshaiguse operatsioon. Peamiseks HRM-i näidustuseks on diferentsiaaldiagnostika raskused – patsiendid, kellel ei pruugi kõrvetiste leevendamiseks aidata PPI-d ja kui teha tüüpiline refluksi löikus, võib olukord minna hullemaks. Komisjon HRM-i puhul ülekasutamist ei näe, võttes arvesse ka protseduuriga seotud ebamugavust patsientidele. Komisjon lisas veel, et HRM-i on teostatud maailmas aastakümneid ja see on ahhalaasia kahtluse diagnoosimisel kuldstandard, ning komisjon ei näe põhjust, mis ei peaks seda ka Eestis kasutama.

## **Komisjoni arvamus**

Komisjon toetas teenuse lisamist tervishoiuteenuste loetellu.

## **Taotlus nr 1595 – Kodus kasutatav negatiivse rõhuga kinnine süsteem (vaakumteraapia-VAC süsteem)**

Taotlus on olnud varasemalt TTL komisjoni arutelul 24.04.2024.

## **Taotluse kokkuvõte**

*Taotleja:* Eesti Naha-ja Suguhaiguste Arstide Selts

*Taotluse sisu:* Taotluse eesmärk on tervishoiuteenuste loetelus olemasoleva tervishoiuteenuse „Kodus kasutatav negatiivse rõhuga kinnine süsteem (vaakumteraapia-VAC süsteem)“, mida tähistatakse koodiga 2682L, rakendamise laiendamist dermatoveneroloogidele. Hetkel koodiga 2682L tähistatud tervishoiuteenuse piirhinda rakendatakse ortopeedi, plastikakirurgi, veresoontekirurgi või üldkirurgi suunamisel üks kord 30 ravipäeva kohta. VAC süsteemi kasutamine on näidustatud traumaatilistele, või infektsioonist tingitud tüsiliku pehmekoe defektidele ning sügavate (IV astme) põletuse raviks.

Taotletavat tervishoiuteenust on Eestis teostatud juba alates 2003. aastast, ambulatoorne VAC ravi on Tervisekassa poolt hüvitatav alates 2022. aastast.

## **Kulutõhusus ja mõju ravikindlustuse eelarvele (Tervisekassa hinnang)**

Teenuse rakendustingimuse muudatusega seotud kulutõhusust antud hinnangus ei arvestatud, kuna tegemist on loetelus olemasoleva teenusega, soovitakse taotleda dermatoveneroloogide lisamist. Eelarvemõju hindamisel arvestati juba loetelus olemasoleva teenuse hinnaga ja taotleja prognoositud teenuse kasutusmahuga. Taotluse alusel osutatakse teenust ühe ravijuhu kohta keskmiselt 4 korda aastas. Lisanduva kuluna on juurde arvestatud arsti vastuvõttud, ühe seadme 30 päeva kasutamise korral keskmiselt 4 vastuvõttu, väheneva kuluna on arvestatud taotletava teenuse alternatiivi – konventsionaalne sidumine statsionaarses osakonnas, VAC ravi vähendab haavandite sidumiste sagedust ja väheneb haiglaravil viibitud päevade arv. Võttes arvesse teenusele lisanduvaid ja vähenevaid kuluid, on teenusega kaasnev lisakulu 7690 – 8996 eurot aastas.

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

Taotlus oli esmakordselt arutelul 2024. aasta aprillis. Leiti, et vaakumhaavaravi meetod on populaarne ja laialdaselt kasutatav, kuid nõrga tõendatuse tasemega. Tõendus põhineb väikestel RCTdel ja kohortidel, mida on aga piisavalt ja enamasti näitavad positiivset tendentsi. Sama näitavad ka metaanalüüsid. Suuri RCTsid ei ole läbi viidud. Ilmselt ei ole halvem kui tavaravi. Lisaks selgus, et antud juhul ei ole vajalik teenuse tõendust hinnata, kuna teenus on tervishoiuteenuste loetelus juba olemas ning soovitakse selle kasutuse laiendamist dermatoveneroloogia erialale.

Arutlusele tulid erinevad rakenduslikud küsimused, nagu patsientide selektsioon ja ravi kriteeriumid (kes sobib ja kes mitte), paigaldamise komplitseeritus, perearstide kasutuse võimalus, efektiivsus ja ohutus iseseisval kodus kasutamisel, kasutuse vahetamine statsionaaris vs ambulatoorselt ja tehnoloogiate võimalikud erinevused ja ambulatoorse patsiendi ööpäevaringse nõustamise küsimus. Leiti, et kuna teenus on juba TTLis ja teiste erialade poolt kasutusel, on mõistlik lisada erialade nimistusse ka dermatoloogia, kuna teise spetsialisti juurde ümbersuunamine VAC-i kasutamiseks krooniliste haavandite ravimisel ei tundu mõistlik. Samal põhjusel pole vajalik kuluefektiivsuse hindamine, kuid eelarvemõju tuleks siiski hinnata.

Komisjon toetas teenuse kasutuse laiendamist dermatoveneroloogia erialale, kuid soovitas enne täpsustada taotlejaga tõstatatud küsimuste osas. Taotlejale esitati järgmised küsimused:

1. Kuidas planeeritakse VAC süsteemi rakendust dermatoveneroloogia erialal ja kuidas toimub patsientide selektsioon?
2. Täpsustada, kas haiglatel ja nahaarstidel on valmisolek seadme paigaldamiseks – kui palju haiglaid ja kui palju dermatovenerolooge on huvitatud teenuse osutamisest?
3. Kuidas tagatakse VAC süsteemi kasutuse väljaõpe?
4. Kas lisaks seadme tootja väljaõppele on planeeritud koostöö ka kirurgidega või teiste kogemustega spetsialistidega?
5. Täpsustada, kui suur on VAC süsteemi hind ja hinnanguline kasutusmaht, millest tulenevalt on võimalik leida eelarvemõju.

Tänaseks on lisaandmed olemas.

Taotleja väitel kvalifitseeruvad teenusele patsiendid, kellel on hea ravikoostöö ja motivatsioon, kellel on võimalik käia ambulatoorselt korduvatel visiitidel haavaravi kabinetis sidemeid vahetamas.

Keskustel on valmisolek meetodit kasutada olemas, teenuse osutamisest on huvitatud TÜK, ITK ja PERH, kel on olemas haavaravi kabinetid või öed, kes osutavad haavaravi. Igas keskusel 1-3 dermatoloogi õpivad seadme kasutamise ja paigaldamise. Seadme maaletooja/esindaja korraldab väljaõppe konkreetsete seadmete osas. Lisaks on plaanis teha koostööd kohalike haiglate kirurgidega, kel on juba varasemalt olemas kogemus negatiivse rõhu ravi kasutamises. Mõistlik on koondada kõik haigusjuhud igas keskusel paari spetsialisti kätte, et tagada kogemuse ja oskuste tekkimine.

Ravijuhtude arvuks hinnatakse endiselt 50 aastas, mis suureneb mõõdukalt aastatega. Plahvatuslikku kasvu ei ennustata.

Portatiivse ühekordse kasutusega seadmetest tundub hetkel kõige mõistlikum ConvaTec Avelle süsteem, sest seda on võimalik sidemeid vahetades kasutada 4 nädalat järjest. Lisanduvad tarvikud. Süsteemi hinnaklass on umbes 160-170 eurot. Eelistatakse portatiivseid aparate, mis aitavad inimestel igapäevase elu juurde naasta ning on diskreetsamad. Need on suurtes keskustes juba olemas.

Ravijuhu kohta kasutatakse teenust keskmiselt 4 korda, kokku 50-60 korda aastas. Teenuse hind on 290 eurot, eelarvemõjukuks kuni 25 000 eurot aastas, aga sidumiste ja voodipäevade arvu vähenemine 8000 – 9000 euro võrra annab kogukuluks 16 000 eurot aastas.

### **Komisjoni arvamus**

Komisjon toetas teenuse lisamist tervishoiuteenuste loetellu.

## **Taotlus nr 1635 – Logopeediline grupiteraapia**

Taotlus on olnud varasemalt TTL komisjoni arutelul 13.03.2024

### **Taotluse kokkuvõte**

*Taotlejad:* Eesti Logopeedide Ühing, Eesti Afaasialiit

*Taotluse sisu:* Taotluse eesmärk on lisada tervishoiuteenuste loetellu uus teenus „Logopeediline grupiteraapia“. Tegemist on teraapiameetodiga, mis on suunatud kõneravi vajavatele inimestele, see võimaldab grupis harjutada erinevaid kõnesituatsioone, mida individuaalne teraapia ei paku. Grupiteraapia võimaldab taastada/arendada loomulikus kõnekeskkonnas individuaalses kõneteraapias seatud eesmärke. Taotletava teenuse näidustuseks on afaasia ehk kõnekahjustus, mis tekib enamasti insuldi tagajärjel, kuid see võib tekkida ka peaajukasvaja või ajutrauma tõttu. Afaasia tõttu on kahjustatud suulisest ja kirjalikust kõnest aru saamine, samuti häirub erinevate sümbolsüsteemide kasutamine. Ühe logopeedi juhendamisel saavad kõneravis osaleda samaaegselt mitu afaasiaga inimest (optimaalselt 2-4in/logopeedi kohta). Grupiteraapia mõjub võrreldes individuaalse teraapiaga suhtluse taastamisele tervikuna paremini, kaasates verbaalse suhtlemise kõrval ka kehakeelt, häälotsusi, intonatsiooni, žeste, osutamisi, miimikat jne. See suurendab inimese kõnekatsetuste hulka ühes teraapia tunnis, samuti muudab see suhtlust mitmekesisemaks. Inimesed suhtlevad grupiteraapias sotsiaalsel eesmärgil oluliselt rohkem kui individuaalteraapias. Konversatsiooniteraapias grupis on potentsiaal taastada afaasiaga inimeste kommunikatsioonioskusi ning vähendada sotsiaalset isolatsiooni.

### **Meditsiinilise tõenduspõhisuse hinnangu (erialaspetsialisti ekspertarvamuse) kokkuvõte**

Meditsiinilise tõenduspõhisuse hinnangu koostanud eksperdi hinnangul on logopeediline grupiteraapia näidustatud lisaks afaasiale ka teiste kõne- ja keelepuuete raviks, nt kogeluse, arengulise keelepuude (eriti pragmaatiliste oskuste puudujäägi puhul), häälepuude ja düsartria (sh Parkinsoni tõvega patsientide) kõneravis, lisades, et see loetelu ei ole lõplik. Ekspert teeb ettepaneku jätta logopeedi pädevusse teha otsus, milliste logopeediliste diagnooside puhul rakendada grupiteraapiat.

Eksperti hinnangul annab grupiteraapia võimaluse harjutada ja saavutada toimivaks kommunikatsiooniks vajalikku suhtlemisjulgust ning harjutada individuaalteraapias omandatud oskuste ülekandmist suhtlussituatsioonides, turvaliselt väikeses rühmas: suhtlusolukorrad on sarnasemad igapäevaeluga, kuid samas pakuvad kliendile turvatunnet ja vajadusel spetsialisti tuge. Ekspert teeb ettepaneku, lähtuvalt teadusuuringutes oleva sekkumisega, et lisaks logopeedilisele grupiteraapiale võiks vajadusel ka Eestis töötada sama grupiga ka psühholoog. Ekspert ei näe teenuse kasutamise seonduvaid ohte ja kohaldamise tingimusi ei sätestata. Ekspert nõustub, et teraapiagrupp peaks koosnema 2-5 inimesest ühe logopeedi kohta. Ravijuhendites on grupiteenus toodud ära ühe võimalusena logopeedilisest teraapiast.

Ekspert nõustub hinnangus, et taotletava teenuse alternatiividena võib käsitleda individuaalset teraapiat ehk teenuseid „logopeedi vastuvõtt“ ja „logopeedi videovastuvõtt“ ning sellega, et kumbki neist ei asenda reaalselt suhtlemist grupis. Samas toob ta välja, et individuaalset ja grupiteraapiat ei pea vastandama, vaid sageli annab parima teraapiaefekti individuaalse ja grupiteraapia kombineerimine. Hetkel on Eestis rakendatud kaks korda aastas logopeedilist kõneteraapia praktikat grupis neile klientidele, kes on läbinud individuaalteraapia. Selle kogemuse põhjal väidab ekspert, et efektiivsuse saavutamiseks peaks teraapia toimuma sagedamini.

### **Kulutõhusus ja mõju ravikindlustuse eelarvele (Tervisekassa hinnang)**

Kuigi meditsiinilise tõenduspõhisuse hinnangu koostanud ekspert soovitas logopeedilise grupiteraapia teenust rakendada, lisaks taotluses välja toodud afaasia diagnoosile, veel mitmele teisele kõnehäire ravile, siis käesolev hinnang on koostatud taotluses esitatud afaasia näidustuse kohta. Teenuse esialgseks hinnaks kujuneb 26,95 eurot. Taotluse andmetel on teenuse osutamise kordade arv efektiivse teenuse tagamiseks 20 korda patsiendi kohta, seega on ühe ravijuhu maksumuseks 539 eurot. Kulutõhusust käesolevas hinnangus ei koostatud, kuna logopeedilise grupiteraapia kulutõhusust käsitleva teaduskirjanduse hulk on piiratud ja tõendus tervisekasu kohta ebapiisav. Taotleja on prognoosinud, et

hinnanguliselt võiks 1000 inimest saada logopeedilist grupiteenust aastas, seega prognoositakse 20 000 (20 x 1000) teenuse osutamist aastas. Võttes arvesse eeltoodud andmeid, oleks taotletava teenuse mõju ravikindlustuse eelarvele 539 000 eurot aastas. Kulu võib aga tegelikkuses osutada veidi väiksemaks tulenevalt sellest, et grupiteraapia lisandumisel ravijuhtudele võib lisaandmete kohaselt osadel juhtudel individuaalsete teraapiate kordade arv väheneda 30–50%.

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

Taotlus oli esmakordselt arutelul 2024. aasta veebruaris. Taotlejaks oli Eesti Afaasialiit. Taotleja väitel on logopeediline grupiteenus efektiivne raviviis afaasiaga patsientidele (näiteks ajutrauma või insuldi järgselt). See võimaldab grupis harjutada erinevaid kõnesituatsioone, mida üks-ühele teraapia ei paku. Grupiteraapia võimaldab taastada/arendada loomulikus kõnekeskkonnas individuaalses kõneteraapias seatud eesmärgid. Grupiteraapia on kulutõhus teraapiameetod, kus ühe logopeedi juhendamisel saavad kõneravis osaleda samaaegselt mitu afaasiaga inimest (optimaalselt 2-4 in/logopeedi kohta). Samuti annab uue tervishoiuteenuse lisandumine loetellu logopeedidele võimaluse intensiivistada raviplaani, mis on tulemuslikuks kõneraviks töös afaasiaga inimestega väga oluline. Grupiteraapia mõjub võrreldes individuaalse teraapiaga suhtluse taastamisele tervikuna paremini, kaasates verbaalse suhtlemise kõrval ka kehakeelt, hääliitsusi, intonatsiooni, žeste, osutamisi, miimikat jne. See suurendab inimese kõnekatsutuste hulka ühes teraapia tunnis, samuti muudab see suhtlust mitmekesisemaks. Inimesed suhtlevad grupiteraapias sotsiaalsel eesmärgil oluliselt rohkem kui individuaalteraapias. Konversatsiooniteraapiat grupis on potentsiaal taastada afaasiaga inimeste kommunikatsioonioskusi ning vähendada sotsiaalset isolatsiooni.

Komisjon leidis, et insuldijärgne kõneravi võrreldes mitteraviga on efektiivne ja parandab nii kõnet, kirjutamist, kuulamist kui lugemist. Kõneraviks kasutatakse nii grupiteraapiat, individuaalset teraapiat kui ka arvutipõhiseid programme, aga nende omavaheliseks võrdluseks ei ole piisavalt uuringuandmeid. Logopeedilise grupiteraapia ja individuaalse logopeedilise ravi efektiivsuse erinevus on ebaselge ja ei ole välja selgitatud meetodit või sekkumist, mis oleks teistest efektiivsem. Ravijuhised soovivad intensiivset individualiseeritud kõneravi, mille all mõeldakse nii suhtlemistuge, individuaalset või grupiteraapiat, telerehabilitatsiooni kui ka arvutipõhist ravi.

Toodi esile, et grupiteraapiat on kasutatud juba varasemalt. Arutlusel oli, et tegemist on vajaliku patsienti toetava teenusega. Toodi esile, et Eesti ravijuhendis on grupiteraapia sees. Tõstatus küsimus, kas grupiteraapia osutamine peaks olema piiratud afaasia näidustusega või võiks olla laiem.

Komisjon tegi ettepaneku tellida eksperthinnang, sh küsida eksperdi arvamust teenuse nimetuse osas. Arutlusel oli, et kuluefektiivsust ei ole võimalik hinnata, kuna puuduvad võrdlusandmed efektiivsuse osas individuaalse ja grupiteraapia vahel. Vajalik on hinnata eelarvemõju.

Tänaseks on lisaandmed olemas. Eesti Afaasialiit hindab teenuse vajaduseks aastas umbes 20 000 korda (4000 uut insuldijuhtu aastas, kellest 1000 hakkaks saama grupiteraapiat). Samuti kinnitab taotleja, et teenusele alternatiivi ei ole ja need juhud lisanduksid olemasolevatele ravijuhtudele, samas siiski tõdeb, et individuaalsed teraapiad võiks väheneda 30-50%. Siin võib olla tegemist ülehinnanguga, mis ei lähe kokku teenusepakkujate ressursiga.

Ekspert pakub nimetuseks logopeediline grupiteraapia. Lisab, et meetod in lisaks afaasia ravile kasutatav ka kogelusteraapias, arengulise keelepuudega laste teraapias, hääleteraapias, düsartria ravis (sh näit Parkinson). Ekspert toetab ja toob viiteid sekkumisuuringutele kogeluse ravis lastel (Euler, et al 2021) ja hääleteraapias täiskasvanutel (Abrahamsson et al 2018), mille tõendatuse tase oli küll nõrk, aga parim võimalik, arvestades diagnoosi ja sihtrühma heterogeensust. Teenust on Eestis pakutud, aga seni ilma rahastuseta. Eksperti arvates on logopeediline grupiteraapia kindlasti näidustatud afaasia, kogeluse, arengulise keelepuude (eriti pragmaatiliste oskuste puudujäägi puhul), häälepuude ja düsartria (sh Parkinsoni tõvega patsientide) kõneravis.

Grupiteraapia patsientide arvu ja teraapia koguhulka hinnata on keeruline. Hinnanguliselt on arvatud, et grupiteraapia osakaal võiks olla 10 - 20% kogu teraapiast. Grupi suurus sõltub diagnoosist ja teraapia eesmärkidest. Sobiva grupi suurusena on pakutud 2-3 patsienti. Ülekasutuse ohtu ei nähta, pigem on

alakasutuse oht, kuna gruppide moodustamise raskuseks on sobiva grupi ja ruumi leidmine, aegade sobitamine. Lisaks vajab grupiteraapia läbiviimine paljudel juhtudel vastavate koolituste läbimist. Grupiteraapia vajaduse peaks määrama logopeed.

Grupiteenuse hind on 27 eurot ja arvestuslikult teostatakse teenust keskmiselt 20 korda patsiendi kohta. See teeb ravijuhu maksumuseks 540 eurot. Kuna lisanduvad ka individuaalsed teraapiad, jääb ühe ravijuhu koondmaksumuseks 1100-2400 eurot. KTH ei ole asjakohane, kuna võrdlusuuringud puuduvad. Eelarvemõjaks 1000 patsiendi korral aastas koos individuaalsete teraapiatega on 580 000 eurot, ilma individuaalseteta 30% väiksem ehk 400 000 eurot. Täpsemaks arvutustes minna ei saa. Samas peab arvestama, et algul kasutatakse teenust vähem ja kulu võiks olla umbes 200 000.

## **Diskussioon**

Komisjonil tõstatus algselt küsimus, kuidas tagatakse piisav logopeedide ressurs teenuse tagamiseks. Üheks võimaluseks nähti individuaalkäsitluse vähenemisega tekkivat logopeedide ressursi tõusu, kuid tõdeti, et see pole parim lahendus. Leiti, et logopeediline grupiteraapia suurendab kõnekatsetuste hulka ja mitmekesistab suhtlust, lisaks aitab grupiteraapia logopeedide ressursi optimeerida.

Kui taotlus oli eelmisel TTL komisjoni arutelul, tehti ettepanek, et jätta loetelus teenuse kood lahtiseks, et võimaldada peale taotletud afaasia näidustuse puhul rakendada koodi veel teistele kõnehäire sihtrühmadele. Arutelu käigus jõuti selgusele, et teenuse kasutamist tuleks laiendada peale afaasia veel teistele konkreetsetele diagnoosidele.

Arutleti veel, et tulevikus võiks arvestada, et tegevuslubadega erialade kontekstis vaadata, et oleks grupiteraapia läbiviijatel olemas vastavad tingimused (ruumi võimalikkus, ligipääsetavus jne). Korralduse mõttes võiks olla teenus kõikidele sihtgruppidele kättesaadav.

Kokkuvõttes leiti, et ainult afaasia diagnoos on teenuse rakendamisel liiga kitsas näidustus ja tuleks täpsustada koostöös logopeedidega need meditsiinilised diagnoosid, mida võiks teenuse osutamisel rakendada.

## **Komisjoni arvamus**

Komisjon toetab teenuse lisamist loetellu, aga enne loetellu lisamist lepib Tervisekassa koos taotlejaga kokku teenuse osutamise rakendustingimused meditsiinilise näidustusega diagnoosidele.

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

Taotlus on olnud varasemalt TTL komisjoni arutelul 15.02.2023

### **Taotluse kokkuvõte**

*Taotleja:* Eesti Psühhiaatrite Selts

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

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



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

Tervisekassa palus täpsustada Eesti Psühhiaatrite Seltsilt teenuse kirjeldust, seltsi vastus Tervisekassa päringule on kokkuvõttena välja toodud järgnevalt. Meditsiiniline kinnise lasteasutuse teenus (edaspidi MedKLAT) on Sotsiaalkindlustusameti (SKA) poolt rahastatava kinnise lasteasutuse teenuse (edaspidi KLAT) osa, mis võimaldab täiendavat meditsiinilist tuge noortele, kelle seisund vajab sagedast meditsiinilist sekkumist ja kelle puhul on tõenäoline väga suur statsionaarse psühhiaatrilise abi vajadus. Teenuse eesmärk on nimetatud grupi puhul ennetada aktiivravi osakonda hospitaliseerimist ja vähendada kinnise lasteasutuse teenusepakkuja juurest psühhiaatria aktiivraviteenus pakkujate vahel liikumist ja sedakaudu toetada seisundi stabiliseerumist ühe teenusepakkuja juures. MedKLAT ei ole iseseisev teenus, vaid tegemist on nn eraldi üksuse/rühmaga, kuhu on lisaks sotsiaal- ja haridusvaldkonna toele integreeritud tugevalt ka tervisevaldkonna tugi. Meditsiiniteenusel on komponendid hõlmab valveõde teenust, lisaks 0,2 koha ulatuses laste- ja noorukite psühhiaatri ja 0,2 koha ulatuses psühholoogi teenust. Arvestades 24h öe valveringi, on vaja palgata vähemalt viis öde. Tegemist on meditsiini- ja sotsiaalsektori integreeritud teenusega eriti raskete sümptomitega noorukite raviks. Ruumide ja toitlustusega seonduv kuulub SKA poolt rahastatava kinnise lasteasutuse teenuse komponendi alla.

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

Taotlus oli esmakordselt arutelul 2023. aasta veebruaris. Eesti Psühhiaatrite Selts tegi ettepaneku koostöös kinnise lasteasutuse teenuse pakkujaga luua 6-kohaline osakond noorukitele, kes on määratud kohtu poolt kinnise lasteasutuse teenusele ja kes vajavad pidevat psühhiaatrilise ravimeeskonna järelevalvet. Teenuse sihtgrupp on noorukid (12-17. a isikud), kes on määratud kohtu poolt enesele või teistele ohtlikkuse tõttu kinnise lasteasutuse teenusele ja vajavad sagedast psühhiaatrilise ravimeeskonna sekkumist. Sagedasemad diagnoosid sihtgrupi patsientidel on depressioon (F32 või F33), posttraumaatiline stressihäire (F43.1), hüperkineetilised häired (F90), käitumishäired (F91); tõenäoliselt ka teised psühhiaatrilised häired, mille avaldumisel on risk nooruki või teiste tervisele või turvalisusele märkimisväärne.

Teenuse eesmärgiks on vältida raske psüühikahäirega noorukite sagedasi erakorralisi hospitaliseerimisi noorukite psühhiaatria osakonda, võimaldada raviprotsessi suuremat stabiilsust ja ööpäevaringset psühhiaatri konsultatsiooni seisundi halvenemisel. Planeeritava osakonna eesmärgiks on läbi tõhusama meditsiinilise abi ennetada suitsiidi sooritamist või vägivallakuriteo toimepanekut.

Tuleb märkida, et planeeritud sihtrühm kasutab psühhiaatrilise statsionaarse abi teenust ka praegu, neil esineb sagedasi erakorralisi või plaanilisi hospitaliseerimisi ja statsionaarsel ravil viibimise aeg võib olla kohati pikem kui kinnise lasteasutuse teenusel viibitud aeg.

Komisjonile ei olnud päris selge, mille kohta soovitakse arvamust saada, kas kirjeldatud sekkumise efektiivsuse kohta või soovitud osakonna avamise põhjendatuse kohta. Arutleti, kas tegemist on pigem voodipäeva taotlusega või hoopis tervishoiukorraldusliku küsimusega. Praegu on loetelus olemas lastepsühhiaatria voodipäev, aga see ei ole mõeldud kontrollitud kinnise keskkonnana, mistõttu nähakse ilmselt loetelus katmata vajadust.

Tõstatus küsimus, kas kirjeldatud kinnine ravi on juba praegu kasutusel. Toodi välja, et tahtest olenematu ravi on laste puhul ka täna võimalik, kuid see on võimalikult lühiajaline kriisisekkumine.

Antud juhul aga taotletakse pikaajalisemat kontrollitud keskkonnas ravi patsiendile. Leiti, et taotlusest jääb üles mitmeid küsimusi – kas mõeldud on sundravi või tahtest olenematut ravi, kus toimub patsiendi hindamine ravile suunamiseks jne.

Komisjon leidis, et taotlust tuleb käsitleda uue tervishoiuteenusena, mis eeldab hinnangu andmist teenuse efektiivsusele ja ohutusele (arvestades seda, et taotluse alusel on ravi pikaajaline). Komisjon tegi Tervisekassale ettepaneku paluda taotlejal täpsustada, mida täpsemalt taotletakse (sh millest teenus koosneb) ning lisada täiendavaid tõenduse viiteid (uuringud, ravijuhised, teiste riikide kogemus jne). Seejärel tuua taotlus uuesti komisjoni arutelule.

Tänaseks on mitmed lisamaterjalid olemas. Eesti Psühhiaatrite Seltsi väitel on Meditsiiniline kinnise lasteasutuse teenus (edaspidi MedKLAT) SKA poolt rahastatava kinnise lasteasutuse teenuse (edaspidi KLAT) osa, mis võimaldab täiendavat meditsiinilist tuge noortele, kelle seisund vajab sagedast meditsiinilist sekkumist ja kelle puhul on tõenäoline väga suur statsionaarse psühhiaatrilise abi vajadus. Teenuse eesmärk on ennetada aktiivravi osakonda hospitaliseerimist ja vähendada kinnise lasteasutuse teenusepakkuja ja psühhiaatria aktiivraviteenus pakkuja vahel liikumist ja sedakaudu toetada seisundi stabiliseerumist ühe teenusepakkuja juures.

Taotleja on täpsustanud MedKLATi ja KLATi kattuvusi ja erinevusi. Tegemist on meditsiini- ja sotsiaalsektori integreeritud teenusega eriti raskete sümptomitega noorukite raviks. MedKLATi teenus on noortele, kelle seisund vajab sagedast meditsiinilist sekkumist ja kelle puhul on tõenäoline väga suur statsionaarse psühhiaatrilise abi vajadus. MedKLAT ei ole iseseisev teenus, vaid tegemist on nn eraldi üksuse/rühmaga, kuhu on lisaks sotsiaal- ja haridusvaldkonna toele integreeritud tugevalt ka tervisevaldkonna tugi. Seega on MedKLATi suunamise kriteeriumid suuresti samad nagu KLAT-i suunamisel. Laps paigutatakse teenusele kohtumääruse alusel. MedKLATi rakendamise eelduseks on lisaks kohtumäärusele asjakohase kompetentsusega ekspertidest moodustatud komisjoni otsus. Juriidiliselt ei ole Med-KLATi osakonna patsiendid tahtest olenematul ravil, kuid määratud kohtu poolt kinnise lasteasutuse teenusele ja nende vabaduste piiramine toimub samadel alustel teiste KLAT-ile määratud patsientidega.

Teenusel on kaks komponenti. Tervishoiuteenusena käsitletav osa hõlmab pidevat õe valvet, arsti konsultatsiooni 0,2 koha ulatuses ja psühholoogi teenuseid 0,2 koha ulatuses. Lisaks sellele kuuluvad meeskonda sotsiaalministeeriumi poolt rahastatava kinnise lasteasutuse teenuse raames sotsiaalpedagoog, rühmakasvataja ja järelevalve töötaja. Vaja on palgata vähemalt viis õde. Ruumide ja toitlustusega seonduv kuulub SKA poolt rahastatava kinnise lasteasutuse teenuse komponendi alla. Kirjeldatud on ka teenusele suunamist ja otsustusprotsessi, teenuse kestuse vajadust ja liikumist MedKLATi ja KLATi vahel, teenuse osutamise kohta (Maarjamaa Hariduskolleeegiumi Emajõe Õppekeskus, meditsiinilise osa korraldus SA TÜK laste ja noorte vaimse tervise keskuse poolt). Teenus oleks suunatud umbes 10 noorukile aastas.

Seega on hästi ära toodud teenuse kirjeldus, aga vähem selle efektiivsus, ohutus ja kuluefektiivsus.

Tõenduse osas on öeldud, et Soomes on kaks vastavat osakonda, üks Uusimaa piirkonnas ja teine Tampere ülikooli haiglas. Viimane on spetsialiseeritud riiklik üksus alla 18-aastaste patsientide uuringuteks, raviks ja rehabilitatsiooniks, kes vajavad raskete vaimse tervise häirete tõttu kõrgendatud turvameetmetega osakonna ravi võimalusi. Peamise sihtgrupina on nimetatud raskelt ennast kahjustavaid ja vägivaldseid noori.

Taotleja poolt esitatud uuringud.

1. Sovereign, et al 2019 ülevaade noorte kuritegevuse pidurdamisest preventsiiooni ja sekkumiste abil. Vaimse tervise probleeme on kuritegelikel noortel tihti, kuid efektiivne ennetus tihti puudub rahalistel, sotsiaalpoliitilistel ja demograafilistel põhjustel. Artiklis tuuakse ära noorte kuritegevuse statistika Euroopas ja tehakse ettepanek luua rahvusvaheline koostöö noorte

kuritegevuse vähendamiseks. Tutvustati preventsiiooni ja sekkumiste strateegiaid UKs, Soomes, Hollandis ja Shveitsis. Tehti ettepanek leppida kokku mission statement Euroopa riikide jaoks, mille põhilised seisukohad on:

- a. Noorte kuritegevust tuleb vaadelda laiemast sotsiaalpoliitilisest vaatenurgast
- b. Valdkonda on vaja piisavalt investeringuid
- c. Vajalik on erialainimeste, teadlaste ja poliitikute koostöö rahvuslikul ja rahvusvahelisel tasemel
- d. Ennetus on oluline: vajalik on integreerida preventiivsed ja sekkumisstrategiad haridussüsteemi
- e. Vajalik on kaasata noored ja nende vanemad

Uuringu eesmärk ei seostu käesoleva taotlusega.

2. Lindberg, et al 2017 Soomes läbiviidud registripõhine suremuse hindamine noortel 15-19 a kurjategijatel (n=606), kes olid läbinud psühhiaatrilise ekspertiisi 1980-2010. Hinnati üldsuremust ja surma põhjust. Kasutati retrospektiivse sobitatud kohordi meetodit, kus igale registris olevale noorele sobitati rahvastikuregistrist juhuslikult 4 vanuse, soo ja sünnikoha põhiste kontrolli (n=2400). Surma andmed saadi surmaregistrist. Keskmise jälgimisaeg oli 24 aastat. Leiti, et jälgimisperiod lõpuks oli surnud 22,1% kurjategijatest ja 3,4% kontrollidest (OR=8,11, p<0,001). Mitteloormuliku surma riski erinevus oli 11-kordne ja loomuliku surma erinevus 2-kordne. Järeldati, et kuigi Soome korrektsioonisüsteem eelistab psühhiaatrilist ravi ja rehabilitatsiooni sanktsioonidele ja tervishoiusüsteem pakub psühhiaatrilist abi, on suremus noorte kurjategijate seas kõrge. Vajalik on tervisepoliitiline lahendus. Uuringu tõendatuse tase nõrk. Uuringu eesmärk ei seostu käesoleva taotlusega.
3. Kaltiala-Heino, et al 2012 uuris agressiooni ravi efektiivsust noorte psühhiaatriaosakonnas (forensic unit: kinnipidamisasutus, kinnine raviaasutus?) Tampere. Tegemist oli kontrollrühmata jälgimisuuringuga. Kahe uuringuaasta jooksul võeti osakonda 23 poissi ja 8 tüdrukut, keskmine vanus 15 a. 36% esines skisofreenia või afektiivne häire. 84% olid olnud vägivaldsed ja vajanud politsei sekkumist, 29% olid füüsiliselt või seksuaalselt väärkoheldud, 58% oli ennast kahjustanud. 66%-l oli agressiooni tõttu kasutatud neuroleptikume. Nende vanematest 52% esinesid psühhiaatrilised probleemid või narkootikumide tarbimine. Rakendati agressiooni ravi programmi, mis põhines rahvusvahelisel kirjandusel, kliinilisel kogemusel ja eetilistel printsiipidel. See koosnes
  - a. Turvalisest keskkonnast (ohutu mööbel, alarmid, instruktsioonide olemasolu, tulekustutusvahendid)
  - b. Struktureeritud vägivallariski hindamine enne ravi ja selle ajal
  - c. Igapäevatarvikute ohutus (kahvlite ja nugade lugemine, käärde kasutuse jälgimine)
  - d. Kahtlaste esemete ärakorjamine
  - e. Narkotestid regulaarselt
  - f. Pidev side perekonnaga
  - g. Raviõhkkonna loomine (koosolekud)
  - h. Enesekontrolli treenimine (arutelud, vastutuse võtmine)
  - i. Agressiivse käitumise deeskalereerimise tehnikad (käitumise analüüs, vestlused)
  - j. Mehaaniline liikumise takistamine (sidumine, rahustid)
  - k. Alarmid
  - l. Arengu jälgimine (regulaarsed kliinilised hindamised)

Programmi viisid läbi psühhiaater, õed, psühholoogid, sotsiaaltöötaja, osakonna juht-mitte-medik). Tulemusi hinnati 6-kuuliste perioodidena. Kahe aasta jooksul agressiivsete episoodide arv vähenes (kuu keskmine, esimene 6 kuud vs viimane 6 kuud): juhtumeid kokku 171 vs 61, vägivaldseid 87 vs 19, verbaalne agressioon 17 vs 9, valu tekitamine 33 vs 4, vigastuse põhjustamine 8 vs 1. Võib eeldada, et tegevusest oli kasu. Uuringu tõendatuse tase väga nõrk; enne-pärast uuring, väike valim, kontrollide puudumine.

## Diskussioon

Komisjon tõdes, et kuigi tõendus on nõrk, nähakse KLAT-i teenusele meditsiinilise komponendi lisamise vajadust. Kui on olemas keskus, ruumid ja personal teenuse osutamiseks, siis tuleks ka välja selgitada teenuse hind. Komisjon selgitas MedKLAT-i tausta: tegemist on kinnise asutusega, mis on juba olemas ja uut kohta selle jaoks ei ehitata. Meditsiinilist teenust kombineeritakse juba olemasoleva SKA teenusega. Meditsiinilist komponenti katavad taotleja andmetel 5 öde ja konsulteerivad lastepsühhiaatrid, muu personal tuleb sotsiaalvaldkonna alt. Kinnise lasteasutuse teenust vajavad multimorbiidsete psüühikahäiretega patsiendid, sellest on ka tekkinud MedKLAT-i vajadus. Teenuse idee kasvas välja probleemist, et laste ja noorukite osakondades on palju MedKLAT-i patsiente ja seetõttu on kriisireaktsioone raske hallata. Teenuse meditsiiniline tõendus põhjus on toodud välja Soome praktika näitel, mis on arusaadav, kuna Soome sotsiaalteenuste süsteem on Eestile tuttav ja seda on lihtne Eestiga võrrelda. Kuid komisjon leidis, et otsuse kujundamisel võiks veel leida sarnase praktikaga riike ja infot juurde koguda.

Teenuse arenduseks on arvestatud Euroopa Liidu toetusega, mille tingimused selguvad 2024. aasta lõpus. Tegemist on integreeritud teenusega, millel on nii tervishoiu- kui sotsiaalpoliitika mõju. Sotsiaalteenusega tegeleb SKA laste ja perede osakond, sotsiaalkomponendi (KLAT) rahastamisega jätkaks SKA ja meditsiinilise komponendi rahastamisega tegeleks edaspidi Tervisekassa. Komisjonil tekkis veel küsimus Euroopa Liidu toetuse kasutamise kohta. Selgus, et KLAT-i teenuse majad on juba olemas, sellega seoses tõstati küsimus, mida täpsemalt Euroopa Liidu rahastusega tahetakse juurde ehitada või soovitakse selle toetusega katta meditsiinipersonali kulusid. Käesolevalt taotletakse Tervisekassalt nõusolekut meditsiinilist komponenti rahastada. Diskuteeriti, et Euroopa Liidu toetuse kasutamise ja teenuse arenduse küsimustele vastuse leidmiseks võiks kaasata sotsiaalala laste ja perede osakonda.

Kokkuvõttes leiti, et meditsiinilise komponendi lisamine juba olemasoleva kinnise lasteasutuse teenuse juurde on mõistlik. Lapse, nooruki ja lähedaste seisukohast on igasugune psühhiaatriline abi, mille kättesaadavus on piiratud, vajalik. Kuid tuleks veel luua selgus teenuseosutaja rollidest, mida hetkel on esitletud veidi ebamääraselt. Komisjon nõustus Tervisekassa ettepanekuga jätkata taotluse menetlemisega edasi 2025. aastal, kui on selgunud rohkem lisainfot, mis on välja toodud alljärgnevalt:

1. leida peale Soome kogemuse veel teiste riikide kogemusi teenuse osutamise praktikast;
2. küsida ekspertide arvamust teenuse rakendamise ja tõendus põhjust, kaasata eksperti Sotsiaalkindlustusametist ja meditsiinilist eksperti;
3. selgitada optimaalne personalivajadus ja täpsustada rollid;
4. hinnata teenuse eelarvemõju;
5. selgitada, kuidas Euroopa Liidu toetust kavatakse kasutada ja mida selle rahastusega täpselt tehakse.

## Komisjoni arvamus

Komisjon põhimõtteliselt toetab meditsiinilise komponendi lisamist KLAT teenusele, aga eelnevalt tuleks vastata eelpool toodud küsimustele ja seejärel tuua taotlus uuesti komisjoni arutelule.