

## MEDITSIINILISE TÕENDUSPÕHISUSE HINNANG

<b>Teenuse nimetus</b>	<b>Kliinilise proviisori haiglasine konsultatsioon</b>
<b>Taotluse number</b>	1670
<b>Kuupäev</b>	18.03.2025

### 1. Tervishoiuteenuse meditsiiniline näidustus

*Haiglaravil olevad patsiendid. Teenust vajavad eelisjärjekorras järgnevad patsiendigrupid:*

- polüfarmakoteraapiaga patsiendid,
- ravimi kontsentratsioonide monitooringut vajavad patsiendid,
- riskirühmad (näiteks eakad, lapsed, intensiivravipatsiendid, kasvavavastast ja bioloogilist ravi saavad patsiendid),
- suure riskiga ravimit saavad patsiendid (nt kemoteraapias kasutatavad ravimid, antikoagulandid, opioidid).

Näidustust ja sihtrühma on parimal võimalikul moel kirjeldatud üldisemalt taotluses ja detailselt vastuses Tervisekassa lisaküsimustele.

Teenuse „näidustust“ tavapärasel kujul on keeruline välja tuua, üldiselt peaks see olema olukord, kus farmakoteraapia, kas patsiendi või raviskeemi eripära tõttu, ületab raviarsti/-arstide igapäevapädevuse ning sunnib juhupõhiseid lisaandmeid ja -teadmisi otsima. Selleks on eripädevus kliinilistel proviisoritel ning nende tegevus – kuna see on nende rutinne igapäevatöö – on eeldatavasti ressursiefektiivsem ja kvaliteetsem kui arstide oma samas olukorras.

Vajadus teenust teenuste loetelu kontekstis üldse arutada/loetelus kajastada johtub Eesti tervishoiu rahastamissüsteemist, kus väga elementaarsete vahenditega individuaalselt käsitletud haigusjuht väikehaiglas ja ülimalt komplekselt meeskondlikult ravitud haigusjuht 3. etapi raviasutuses on rahastatud ravipäeva alusel samas mahu – siit tekib ravikvaliteedi jätkusuutlikkuse tagamiseks vajadus hinnastada ja kodeerida ravimeeskonna liikmete tegevusi, sh kõnealust.

### 2. Näidustuse aluseks oleva haiguse või tervises seisundi iseloomustus

Sihtrühma tervises seisundeid, mis komplitseerivad farmakoteraapiat määral, et ravimeeskonna kliinilise farmaatsia eripädevusega liikme osalus annab lisaväärtust, on taotleja detailselt kirjeldatud Tervisekassa lisaküsimuste vastuses. Loobun teksti siia transkribeerimisest. Kirjeldus on adekvaatne ja asja- ning ajakohane.

### 3. Tervishoiuteenuse tõenduspõhised andmed ravi tulemuslikkuse kohta kliiniliste uuringute ja metaanalüüside alusel

- Taotleja on miskipärast otsingustrateegias asunud kohe otsima majanduslikku hinnangut sisaldavat tõendust. See võis, aga ei pruukinud, sekkumise efektiivsust hinnanud leitud uuringute arvu kahandada. Põgusal kordusotsingul tundub, et palju leidmata ei ole jäänud. Nii või naa, leitud ja esitatud on hulk asjakohaseid ja huvitavaid andmeid.
- Huvitavamad uuringud on prospektiivsed, eriti tore kui võrdlevad ja randomiseeritud, ent viimase saavutamine sedasorti interventsiooni puhul on aktsepteeritavalt keeruline ja ka muid uuringukavandeid ei maksa ignoreerida. Viidatud metanalüüsidesse on kaasatud valdavalt mõõduka kvaliteediga uuringud.

- Olulisemad tulemusnäitajad võiks olla haiglaravi/intensiivravi kestuse (viide 14, Dawoud 2019, viitamata metanalüüs Naseralallah 2024, [10.1177/20420986241260169](#)) ja rehospitaliseerimise määra vähenemine (Hyland 2020), valuravi tulemuslikkuse (nt viitamata Wang 2023, [10.1007/s11096-023-01575-z](#)), patsiendi rahulolu/informeerituse näitajad, kõrvaltoimete või ohujuhtumite sagedus ja mõju (viitamata Liebing 2024, [10.1007/s00063-023-01102-y](#)), protsessi kirjeldavatest näitajatest sekkumist vajanud juhtude osakaal, proportsioon nõuannetest, mida arstid kuulda võtsid jmt.
- Viidatud ja viitamata uuringute alusel võib järeldada, et kliinilise proviisori teenuse regulaarne kättesaadavus (juhupõhised sekkumised ja teiste tervishoiutöötajate harimine) vähendab kõrvaltoimete sagedust, parandab (valu-)farmakoteraapia kvaliteeti, lühendab haiglaravi kestust ning taashospitaliseerimise vajadust erinevatel patsiendirühmadel erinevate seisundite puhul.
- Mõju suuruse täpne hindamine taotluse objektiks oleval mitmekesisel patsiendirühmal ei ole objektiivselt võimalik (see ei ole taotluse puudus, seda ei saagi teha).
- Erinevates üksikuuringutes on mõju suurust kitsamalt defineeritud rühmadel hinnatud ning saadud sel määral täpseid hinnanguid, et on sõandatud teha ka tervishoiuökonoomilisi rehkendusi.

#### **4. Tervishoiuteenuse tõenduspõhised andmed ravi ohutuse kohta**

Ei ole asjakohane.

#### **5. Tervishoiuteenuse osutamise kogemus maailmapraktikas**

Esitatud andmed teenuse kasutamise kogemuse kohta maailmapraktikas on korrektsed ja asjakohased.

Tervishoiutöötajate tööjaotuses toimuvad kogu maailmas arengud, mis esmalt lähtusid tööjõukuludest (proviisor mõnevõrra vähem kulukas kui arst), ent üha enam johtuvad sellest et kõikides eriharidusega töötajakategooriates valitseb tervishoiu tööjõu defitsiit ning pädevus- ja ajaressurssi püütakse võimalikult efektiivselt kasutada. Selle peegeldusena on ka kliiniliste proviisorite roll otseselt patsiendi raviga seotud toimingutes suurenenud (versus samuti oluline süsteemne kvaliteedi- ja koolitustegevus).

#### **6. Tõenduspõhisus võrreldes alternatiivsete tõenduspõhiste raviviisidega**

Otsest alternatiivi teenusele ei ole. Alternatiiviks on selle puudumine ning sellest tulenevad farmakoteraapia kvaliteedi (tulemuslikkuse ja ohutuse) probleemid keeruliste patsientide ja raviskeemide puhul ning saamata jääv kasu ravikvaliteedi, -kestuse ja -kulu mõõtmeis.

Alternatiiviks on rahastamine voodipäeva kaudu, diferentseerides seda teenuseosutaja pakutavate pädevuste ja teenuse kvaliteedi järgi, ent see ei tundu lühiajalises perspektiivis teostatav.

#### **7. Taotletava teenuse ja alternatiivse raviviisi sisaldumine Euroopa riikides aktsepteeritud ravijuhistes**

Esitatud on hea läbilõige väga erinevate kliiniliste erialade ravijuhenditest, mis kliinilise proviisori kaasamist ravimeeskonda soovivad. Neid on loomulikult rohkem nii viidatud erialadel kui teistel. Lisaks on toodud WHO soovitus kliiniliste proviisorite rollist antibiootikumide ratsionaalse kasutamise tagamisel.

#### **8. Tervishoiuteenuse osutamiseks vajalike tegevuste kirjeldus**

Taotluses on esitatud asjakohased ja õiged andmed teenuse tegevuse kirjelduse kohta.

## **9. Tingimused ja teenuseosutaja valmisolek kvaliteetse tervishoiuteenuse osutamiseks**

- 9.1. Tervishoiuteenuse osutaja on statsionaarset ravi pakkuv tervishoiuasutus, kus töötab (või kellel on muu leping) kliinilise proviisoriga.
- 9.2. Tervishoiuteenuse osutamise tüüp on statsionaarne ravi, aga ei ole olulist põhjust, miks ei võiks konsulteerida ka päevaravi patsiente.
- 9.3. Raviarve erialaks võib olla ükskõik milline statsionaarse ravi lepingu eriala.
- 9.4. Minimaalne tervishoiuteenuse osutamise kordade arv kvaliteetse teenuse osutamise tagamiseks on pisut kohatu määratlus. Teenust ei vaja kõik patsiendid, samas ei ole mingil juhul mõistlik konsultatsioonide arvu ravijuhu kohta piirata – neid võib komplitseeritud juhul vaja minna mitmeid.
- 9.5. Personali (täiendava) väljaõppe vajadus puudub, teenust osutaksid kliinilise proviisori õppe läbinud töötajad, välistada tuleks võimalus, et seda teevad isehakanud huvilised.
- 9.6. Teenuseosutaja valmisolek on olemas suurtes haiglates, kus ka vajadus teenuse järele (ravijuhtude keerukus) on suurim. Teenust võiks ühe TTO juures töötav kliiniline proviisor põhimõtteliselt osutada ka teistele TTO-dele, vrd e-konsultatsioon arstidel.

## **10. Teenuse osutamise kogemus Eestis**

Teenus on suurhaiglates olnud kättesaadav tükk aega, statistika hõredus on mõnevõrra üllatav, ent arusaadav, kuna tehniliselt peaks tegu olema pidevalt kättesaadava kliinilise tugiteenusega (*versus* juhupõhine arvestus) ning kuna see on seni olnud rahastamata, siis pole olnud suurt tungi ka juhupõhist arvestust pidada.

Kliiniline tagasiside Tartu Ülikooli Kliinikumi hulgifarmakoteraapiat vajavate patsientidega osakondade näitel on väga positiivne ning juhtumid, kus kliiniline proviisor märkab farmakoteraapias olulisi parandusvõimalusi, mis arstidel kahe silma vahel on jäänud, on väga sagedased.

## **11. Eestis tervishoiuteenust vajavate isikute ja tervishoiuteenuse osutamise kordade arvu prognoos järgneva nelja aasta kohta aastate lõikes**

Taotluses esitatud andmed teenust vajavate patsientide arvu kohta on võimaluste piires adekvaatsed. Ennekõike saab teenuse mahtu tõesti ennustada spetsialistide arvu ja eeldatava kliinilise töö mahu järgi, arvestades, et neil on haiglates veel arvukalt muid ülesandeid.

Kuna vist ei ole oodata, et eriarstiabi leping uue teenuse eeldatava mahu järgi suureneks, siis on ka haiglate võime uusi spetsialiste palgata mõõdukas. Kui teenust tahta eelisarendada, mis kindlasti oleks patsientide huvides, tuleks kaaluda, mis võimalused selleks erialalepingute kontekstis on (st TTO leping, kes seda teenust suudab osutada, suureneks spetsiifiliselt selle teenuse pakkumiseks).

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

Ei ole üldiselt asjakohane. Kui lüheneb haiglaravi kestus ja väheneb taashospitaliseerimine, peaks vähenema ka töövõimetuse aeg, otsesed andmeid selle kohta ei leidnud, seda saab tervishoiuökonomilises analüüsi modelleerida.

### **13. Hinnang patsiendi omaosaluse põhjendatusele ja patsientide valmisolekule tasuda ise teenuse eest osaliselt või täielikult**

Ei ole üldiselt asjakohane, eeldatavasti ei mõjuta see patsiendi omaosalust statsionaarse eriarstiabi kontekstis.

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

### **14. Tervishoiuteenuse väär- ja liigkasutamise tõenäosus**

Teenuse väär- ja liigkasutamine ei ole väga tõenäoline, st mitte tõenäolisem kui muude eriarstiabi teenuste puhul.

Kui teenuse maht ületab TTO käsutuses olevate pädevate spetsialistide eeldatava võimekuse, tuleks teenuse osutamist asutuses auditeerida, Ehk oleks audit niikuinii kohane nt aasta pärast juurutamist.

### **15. Patsiendi isikupära võimalik mõju ravi tulemustele**

Kogu teenuse filosoofia johtub tõdemusest, et seda on vaja teatud keerukuse astmega ravijuhtudel, st patsiendi isikupära mõju on suur, ent see ei ole antud juhul probleem, see ongi teenuse näidustuseks.

### **16. Tervishoiuteenuse kohaldamise tingimused**

Tuleb hoolega tagada, et teenust ei asuks osutama TTO-d, kel puudub pädev kliiniline proviisor.

### **17. Kokkuvõte**

Teenuse hüvitamist taotletakse haiglaravil patsientidel, sh

- polüfarmakoteraapiaga patsiendid,
- ravimi kontsentratsioonide monitooringut vajavad patsiendid,
- riskirühmad (näiteks eakad, lapsed, intensiivravipatsiendid, kasvavajavastast ja bioloogilist ravi saavad patsiendid),
- suure riskiga ravimit saavad patsiendid (nt kemoteraapias kasutatavad ravimid, antikoagulandid, opioidid).

Teenuse mõju on arvukais mõõduka kvaliteediga uuringuis näidatud haiglaravi kestusele, taashospitaliseerimise määrale, farmakoteraapia efektiivsusele ja ohutusele, ravivigade ja ohujuhtumite arvule.

Teenusel ei ole negatiivseid meditsiinilisi mõjusid, kui kliiniline proviisor töötab ravimeeskonna liikmena oma pädevuse piires.

Paljude kliiniliste erialade ravijuhendid ning antibakteriaalse ravi suunisdokumendid näevad ette kliinilise proviisori rolli ravimeeskonnas ja tema nõuande kättesaadavust.

Tervishoiuteenust tohiks osutada üksnes tunnustatud haridusasutuses kliinilise proviisori kraadi saanud töötajad.