

MEDITSIINILISE TÕENDUSPÕHISUSE HINNANG

Teenuse nimetus <i>märgitakse uuesti teenuse nimetus taotluses esitatud kujul.</i>	Söömishäirete päevastatsionaari ravipäev
Taotluse number <i>märgitakse taotluse number, mis elektroonsel taotlusel on esitatud faili nime alguses numbrikombinatsioonina ning paberkanjal hindamiseks esitatud taotlusel on see lisatud taotluse paremasse ülaserva.</i>	1205
Kuupäev	26.05.2017

1. Tervishoiuteenuse meditsiiniline näidustus

Taotluses on kirjeldatud, et söömishäirete päevastatsionaari ravipäev on näidustatud söömishäirete ravis. Söömishäirete päevastatsionaari etapis ravitakse patsiente, kes ei ole iseseisvalt võimelised toitumist reguleerima, kelle häire on kestnud kauem ning somaatiline seisund raskem ja kelle ambulatoorne ravi ei ole andnud soovitud tulemusi (NICE, 2004).¹

Hinnang toetub National Institute for Health and Care Excellence (NICE) ravijuhistele aastast 2004.a. Mais 2017.a.on avaldatud uus NICE söömishäirete ravijuhis. Selles on kirjeldatud, et statsionaarne või päevastatsionaarne ravi on vajalik, kui patsiendi kehaline tervis on halvenenud, vajalik on seisundi stabiliseerimine, taastoitmise alustamine ning kui seda ei saa teha ambulatoorselt.

Välja on toodud, et päevastatsionaarsele või statsionaarsele ravile võtmisel tuleb arvestada inimese kehakaalu ja kehamassiindeksit ning kehakaalu languse kiirusega, patsiendi kehalise tervise näitajatega (sh vereanalüüside tulemused, südametöö näitajad EKG, vererõhu ja pulsi alusel). Laste ja noorte puhul tuleb ravikeskkonna otsustamisel arvestada ka lapse või noore vanemate või eestkostjate poolse toetuse olemasolu.²

Lisaks taotluses kirjeldatud näidustustele toon välja, et söömishäire päevastatsionaarne ravi on näidustatud nii algava söömishäirega inimestel ambulatoorse ravi ebapiisavuse või sobimatuse korral kui ka söömishäire ravis peale statsionaarset ravi.

2006. a. välja antud Ameerika Psühhiaatrite Assotsiatsiooni (American Psychiatric Association, APA) ravijuhendis on kirjeldatud, et söömishäirete puhul on ravitulemused paremad, kui ravi toimub spetsialiseerunud üksustes, mitte üldpsühhiaatria keskkonnas.

Samas ravijuhises on kirjeldatud, et statsionaarse, päevastatsionaarse ja ambulatoorse ravikeskkonna osas tehakse valik patsiendi füüsilise, psühholoogilise, käitumusliku ja sotsiaalse seisundi hinnangu alusel. Seejuures on ravikeskkonna valikul kõige olulisemad patsiendi tervislik kehakaal, kaalu languse kiirus, südametöö ja metaboolne seisund, aga arvestatakse ka teiste psühhosotsiaalsete parameetritega. Olulisel kohal päevastatsionaarse ravi sobivuse hindamisel on patsiendi motiveeritus raviks ja tema võimekus grupiprotsessides osalemiseks. Kui vähemintensiivne ravikeskkond nagu

päevastatsionaarne ravi ei ole kättesaadav, siis on soovitatav hospitaliseerimine või haiglaravi jätkamine intensiivsemas ravikeskkonnas.

Hospitaliseeritud patsiendid, kelle kehaline seisund on stabiliseerunud vajavad tagasilanguse vältimiseks jätkuvat ravi tavapärase toitumise taastamiseks ja kaalu normaliseerimiseks. APA ravijuhises on kirjeldatud, et nimetatud jätkuvat ravi võib läbi viia olenevalt patsiendi seisundist statsionaarselt või päevastatsionaarselt. Päevastatsionaarsel ravil on oluline koht patsiendi rehabiliteerimisel tavaellu ja haiglavälisesse ravisse.³

Uuringutes on leitud, et päevastatsionaarne ravi on näidustatud ja tõhus ka algava söömishäire puhul. Täpsemalt - on leitud, et anorexiat põdevate alla 18-aastaste grupis on esimesel raviaastal päevastatsionaarne ravi lühiajalise statsionaarse ravi järgselt kaalu tõstmise ja säilitamise seisukohast sama efektiivne kui pikaajaline statsionaarne ravi. Sel viisil päevastatsionaarse ravi rakendamine on sama turvaline ja odavam statsionaarne ravi.⁴

APA juhised kirjeldab ka päevastatsionaarse ravi sobilikkust kroonilise ja pikaajalise kuluga söömishäirega patsientidel, kelle puhul eesmärgiks sümptomite leevendamine, mitte täielik tervenemine.³

2. Näidustuse aluseks oleva haiguse või terviseseisundi iseloomustus

Taotluses on kirjeldatud, et söömishäirete (anorexia nervosa ja bulimia nervosa ning atüüpilised söömishäired) esinemissagedus on tõusnud kogu maailmas. Nende patsientide seisundid on tihti kroonilised, rasked ja eluohtlikud. Anorexia nervosaga toimetulek on raskendatud suure vastupanu ja vähese motiveerituse tõttu. Suremus on erinevate uurimuste andmetel kuni 13-20%, mis on põhjustatud psüühilistest ja kehalistest haigustest¹. Taotluses on kirjeldatud APA (Ameerika Psühhiaatriate Assotsiatsioon) 2000.a. juhise alusel, et regulaarse ja süstemaatilise raviga paraneb 44% anorexia nervosa patsientidest ja 50-70% bulimia nervosa patsientidest.

Söömishäireid diagnoositakse Eestis Rahvusvahelise Haiguste Klassifikatsiooni 10.versiooni alusel; söömishäire sümptomite kirjeldused on leitavad klassifikatsiooni F50-F50.9 osas. Kirjeldatud on anorexia nervosa ja bulimia nervosa diagnostilised kriteeriumid ning mõlema häire atüüpilised vormid, liigsöömine ja oksendamine koos muu psüühikahäirega, lisaks muu täpsustatud ja täpsustamata söömishäire.⁵

Kokkuvõtlikult võib öelda, et söömishäired on enam levinud naiste seas. Naistel on anorexia nervosa levimust elu jooksul hinnatud 0,9–2,2% ning meestel 0,2-0,3%. Bulimia nervosa levimus on vastavalt 1,5- 2,0% naiste hulgas ja umbes 0,5% meeste hulgas. Söömishäire tekib bioloogiliste, geneetiliste, psühholoogiliste, perekondlike ja sotsiokultuuriliste tegurite omavahelisel koostoimel.⁶

Uuringud näitavad, et anorexia nervosa esineb 5 korda sagedamini anorexia nervosat põdeva inimese perekonnas. Kaksikute uuringud toovad pärilikkuse hinnanguks välja umbes 30-75%.⁷

Bulimia nervosa etioloogia on samuti multifaktoriaalne haarates bioloogilisi, psühholoogilisi ja sotsioloogilisi faktoreid. Bulimia nervosasse haigestuvad enam haiguse all kannatavate inimeste esimese astme sugulased⁶. Kaksikute uuringud viitavad monosügootsete kaksikute puhul kõrgemale konkordantsuse näitajale kui

disügootsete kaksikute puhul ning selle alusel hinnatakse pärilikkuse määra umbes 60-83%.⁷

Oluliselt halvendavad söömishäiretega inimeste elukvaliteeti ka sagedased psühhiaatrilised kaashaigestumused. Anorexia nervosa puhul on leitud, et vähemalt üks teine psühhiaatriline haigus esineb elu jooksul 55,2% anorexia nervosa all kannatajatest inimestest. Alaealiste bulimia nervosa all kannatajatest umbes 88% esineb elu jooksul lisaks muu psühhiaatriline häire.⁷

Keha ning eriti kesknärvisüsteemi alatoitumine toetab haiguse protsessi ja takistab paranemist⁶. Ala- ja väärtoitumisega kaasneb rohkelt kehalisi tüsistusi, mis halvendavad oluliselt inimese tervist ja elu kvaliteeti ning on kuluks meditsiinisüsteemile.⁷

Söömishäire ravi on sageli pikaajaline, kestes mitmeid aastaid.⁶

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

Taotluses on kirjeldatud, et päevakeskuse efektiivsus on võrreldav statsionaarse ravi tulemustega.

Sama kinnitab taotluse järgselt avaldatud uuring, milles võrreldi lühiajalist statsionaarset ravi koos järngeva päevastatsionaarse raviga ja pikaajalist statsionaarset ravi. Leiti, et päevaravi ei ole statsionaarsest ravist halvem esmase ravitulemuse ega 12 kuu tulemuse osas.⁴

2015.a.ülevaate uuringus võrreldi anorexia nervosa ravi tulemuste seost erinevate ravikeskkondadega. Tulemusena leiti, et ravikeskkond ning haiglaravi pikkus ei määra ravitulemust. Ülevaates vaadeldi teiste uuringute hulgas uuringut, kus võrreldi statsionaarset ravi päevastatsionaarse raviga ning uuringut, kus võrreldi päevastatsionaarset ravi ambulatoorse raviga.⁸

Taotluse järgselt avaldatud ning 2012.a. ülevaadatud APA ravijuhis kinnitab samuti, et vastavalt meditsiinilistele näidustusele läbi viidud päevastatsionaarne ravi ei ole õigesti kasutatuna statsionaarsest ravist vähemefektiivne.⁹

Ameerika Psühhiaatrite Assotsiatsiooni juhise alusel on päevastatsionaarse ravi efektiivsus otseselt seotud ravi intensiivsusega. Edukamate raviprogrammide puhul on patsient ravil vähemalt 5 päeva nädalas ning vähemalt 8 h ööpäevas. Seega on juhises antud soovitus, et päevastatsionaarne ravi oleks stuktureeritud nii, et tagatud oleks vähemalt eespool kirjeldatud intensiivsus.³

Ameerika Psühhiaatrite Assotsiatsiooni juhise 2012.a. uuenduses on kirjeldatud päevaravi bulimia nervosa puhul. Nimelt on juhises välja toodud uuring, milles on võrreldud bulimia nervosa puhul rakendatud statsionaarset ja päevaravi ning on leitud, et 3 kuud peale ravi on mõlemal ravikeskkonnal olnud positiivne efekt üldisele ja spetsiifilisele patoloogiale. Autorid on välja toonud, et haiglaravi järgselt ambulatoorsele ravile minnes kannatas rohkem patsient sümptomaatika halvenemise all kui päevaravi järgselt, kuid tulemused olid võrreldavad.⁹

Samas ravijuhendi ülevaates on kirjeldatud Koreas läbiviidud uuringut (Kong, 2005), kus võrreldi kuni 18-aastaste ravi rakendades päevaravi (Toronto Ülikooli mudeli alusel) või tavapärasest ambulatoorset ravi. Uuringus ilmnes, et päevaravi grupi

patsientide KMI ning buliimia spetsiifiline süptomaatika ja psüühiline sümptomaatika vastavalt spetsiifilistele küsimustikele paranes paremini.⁹

4. Tervishoiuteenuse tõenduspõhised andmed ravi ohutuse kohta

Taotluses on kirjeldatud võimalike ohtude ja kõrvaltoimetena, et mõnedel patsientidel võib lähtuvalt nende isiksusehäirest olla raskusi lülitumisega grupiprotsessi ning vahel võib omavaheline interaktsioon viia seisundi halvenemisele. Sellisel juhul on eelistatud statsionaarne ravi.

Päevastatsionaarse ravi kohta läbiviidud uuringutes ei ilmne, et päevastatsionaarsel ravil oleks rohkem ravitüsistusi kui võrreldava statsionaarse ravi korral.⁸

Varem kirjeldatud uuringus, kus võrreldi kuni 18-aastaste anorexiat põdevate inimeste ravitulemusi pikaajalise statsionaarsel ravil või lühiajalisel statsionaarsel ravil, millele järgnes päevastatsionaarne ravi, ei leitud, et päevastatsionaarsel ravil oleks esinenud rohkem tüsistusi kui statsionaarsel ravil.⁴

Hinnates meditsiiniliste teadmiste ja ravijuhiste alusel patsiendi riske ja otsustades ravikeskkonna üle, ei ole uuringutes välja toodud, et päevastatsionaarne ravi oleks ohtlikum või tooks kaasa enam tüsistusi kui statsionaarne ravi.

Personali osas on suurem oht läbipõlemisele, kuna päevakeskus nõuab intensiivsemat patsientidega tegelemist.

5. Tervishoiuteenuse osutamise kogemus maailmapraktikas

Taotluses on kirjeldatud, et esimesed päevakeskused söömishäiretega patsientidele avati Torontos, 1985 ja Münchenis, 1989 (Zipfel jt., 2002).

Maailmapraktikas on päevastatsionaarse ravi kasutamine söömishäirete ravis tavapärane ja levinud ning seda peegeldavad rahvusvaheliselt kasutuses olevad ravijuhised. Päevastatsionaarset ravi kirjeldatud nii APA^{3,9} kui ka NICE ravijuhistes.^{1,2}

6. Tõenduspõhisus võrreldes alternatiivsete tõenduspõhiste raviviisidega

Tulenevalt meditsiinilistest ravikeskkonna näidustustest, on peamine alternatiivne ravikeskkond haiglaravi, aga mõnel juhul ka ambulatoorne ravi.

Nagu eelpool kirjeldatud – kui ravikeskkond otsustatakse ravijuhiste ja patsiendi seisundi ja motivatsiooni alusel, siis on kõik ravikeskkonnad tõenduspõhiselt ja võrreldavalt efektiivsed.

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

Eespool on toodud välja olulised aspektid nii 2004 kui ka 2017.a. NICE ravijuhisest^{1,2} kui ka 2005.a. APA ravijuhisest ning selle ülevaatest 2012.aastast.^{3,9}

8. Tervishoiuteenuse osutamiseks vajalike tegevuste kirjeldus

Taotluses kirjeldatud andmed teenuse osutamiseks vajalike ruumide osas on asjakohased ja õiged. Vajalik on üldpsühhiaatriaosakonnast eraldiseisev üksus, mis

hõlmab söögituba, grupiteraapia ruumi, protseduuride tuba, õeposti, puhkepalatit, individuaalse vestluse ruumi, tualettruumi.

Samamoodi on kirjeldatud asjakohaselt ravitoiminguid ja patsiendi jälgimise, järeldravi, rehabilitatsiooni, ravimite ja muud vajadust. Tegemist on intensiivsete ja struktureeritud ravipäevadega, mille vältel toimuvad erinevad teraapiad ja sekkumised. Söömishäirete päevaravi ravipäev kestab minimaalselt 8 tundi, sageli 10 tundi ning on oluline, et oleks võimalus läbi viia 6 söögikorda koos psühhoterapeutilise toetusega.

Taotluses on üldjoontes asjakohaselt kirjeldatud vajadusi meeskonda kuuluvate spetsialistide osas. Vajalik on psühhiaatri, psühhoterapeudi, kliinilise psühholoogi, toitumisealase nõustamise pädevusega psühhiaatriaõdede ja hooldajate pädevused ning konsultatsioonide kättesaadavus erinevate somaatilise meditsiini erialade osas (terapeut, gastroenteroloog, endokrinoloog, günekoloog, intensiivravi arst, neuroloog). Lisaks on vajalik loovteraapiate rakendamine. Taotluses on kirjeldatud dietoloogi vajadust, praegu ei ole Eestis riiklikult tunnustatud dietoloogi kutset veel rakendatud.

Söömishäirete päevastatsionaarse ravi läbiviimiseks on üldjoontes vajalik söömishäirete statsionaarsele ravile kohased võimalused, seejuures tagatud peavad olema võimalused erinevateks laboratoorseteks analüüsideks, elektrokardiogrammiks jms.

9. Tingimused ja teenuseosutaja valmisolek kvaliteetse tervishoiuteenuse osutamiseks

9.1. Tervishoiuteenuse osutaja: regionaalhaigla, kus on olemas tingimused psühhiaatriliseks raviks ja spetsialiseeritud söömishäirete ravimeeskond.

9.2. Tervishoiuteenuse osutamise tüüp: päevastatsionaarne ravi.

9.3. Raviarve eriala: psühhiaatria ja lastepsühhiaatria söömishäirete päevaravi.

9.4. Minimaalne tervishoiuteenuse osutamise kordade arv kvaliteetse teenuse osutamise tagamiseks lisaks taotluses kirjeldatule:

- Lisaks taotlusele kirjeldatule - lastepsühhiaatril soovituslikult 5 vastuvõttu päevas;

9.5. Personali (täiendava) väljaõppe vajadus: statsionaarse ravi jaoks vajalikest oskustest piisab.

9.6. Teenuseosutaja valmisolek: valmisolek olemas SA TÜK Psühhiaatrikliiniku Söömishäirete osakonnas ja SA Tallinna Lastehaigla Laste Vaimse Tervise Keskuse Söömishäirete osakonnas.

10. Teenuse osutamise kogemus Eestis

Taotluses esitatud andmed Eesti kogemuse kohta on vananenud. Käesolevalt ravitakse söömishäireid statsionaarselt ja ambulatoorselt SA TÜK Psühhiaatrikliiniku Söömishäirete osakonnas ja SA Tallinna Lastehaigla Laste Vaimse Tervise Keskuse Söömishäirete osakonnas. Samades keskustes rakendatakse teatud määral päevastatsionaarset ravi söömishäirete puhul, kuid praegu ei ole võimalik seda rakendada vajaliku intensiivsuse ja kestvusega.

Nii SA TÜK Psühhiaatrikliiniku Söömishäirete osakonna kui ka SA Tallinna Lastehaigla Laste Vaimse Tervise Keskuse Söömishäirete osakonna spetsialistide kirjelduse järgi kasutatakse päevaravi vaheetapina statsionaarse ja ambulatoorse ravi vahel, et tagada patsiendi parem rehabiliteerumine tavaellu ning hoides sellega ära tagasilangusi ja nendega seotud rehospitalseerimisi. Igapäeva praktikas on leitud, et selline ravikeskkonna muutus suurendab patsiendi omavastutust ja ravikoostööd ning rehabiliteerib teda sujuvalt igapäevaellu. Selline ravikorraldus vähendab patsientide relapse, sh statsionaarset koormust.

Lisaks kasutatakse päevaravi siis, kui ambulatoorne ravi on ebapiisav, aga meditsiiniliste näidustuste poolest ei ole vajalik või söömishäire all kannatava inimese soovi tõttu pole statsionaarne ravi võimalik.

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

Taotluses on kirjeldatud, et anorexia nervosa levimus on elu jooksul naiste seas 0,5-3,7% ning bulimia nervosa levimus vastavalt 1,1-4,2%. Lisaks vajavad ravi nii anorexia nervosa kui ka bulimia nervosa atüüpiliste vormide ja täpsustamata söömishäire all kannatajad.

Tervisestatistika ja -uuringute andmebaasi alusel on psühhiaatria haiglaravilt väljakirjutatud söömishäirega (diagnoositud F50-F50.9) patsientide arv olnud 2012.a. 339 patsienti, 2013.a. 288 patsienti, 2014.a. 301 patsienti ja 2015.a. 342 patsienti. Neil aastatel osutas söömishäirete spetsiifilist haiglaravi teenust peamiselt SA TÜK Psühhiaatrikliinik, 2015.a. sügisel avati söömishäirete osakond SA Tallinna Lastehaigla juurde. Seega viimase asutuse haiglaravi juhte suures osas ei ole statistikasse arvestatud.

Sama andmebaasi alusel on söömishäirete diagnoosiga (F50-F50.9) inimesi konsulteeritud ambulatoorselt 2014.a. 526 ja 2015.a. 567.

Teadaolevalt oli SA Tallinna Lastehaiglas 2016.a. statsionaarsel ravil ligi 60 inimest diagnoosiga F50-F50.9 või lapsega söömishäirega ning samade diagnoosidega oli päevaravil 2016.a. ligi 15 inimest.

Järgmiseks neljaks aastaks on prognoositav päevaravi haigusjuhtude arv umbes 30 juhtu aastas.

Olemasolev infrastruktuur: Taotluses on kirjeldatud, et teenuse osutamiseks peab olema tagatud laboratoorsete ja radioloogiliste uuringute tegemise võimalus, teiste erialade spetsialistide konsulteerimise võimalus. Söömishäirete raviks vajalik infrastruktuur ja meeskond on teadaolevalt olemas SA TÜK Psühhiaatrikliiniku Söömishäirete osakonnas ja SA Tallinna Lastehaigla Söömishäirete osakonnas.

Teenuse pikkus siiani ja prognoositav: Päevaravi teenuse pikkus varieerub, keskmine pikkus SA Tallinna Lastehaiglas oli 2016.a. 8 päeva. Spetsiifilisema teenuse korral on prognoositav päevaravi teenuse pikkusega 10-20 päeva.

12. Tervishoiuteenuse seos kehtiva loeteluga, ravimite loeteluga või meditsiiniseadmete loeteluga ning mõju töövõimetusle

12.1. Tervishoiuteenused, mis lisanduvad taotletava teenuse kasutamisel ravijuhule

Lisanduvad teraapiad (individuaalne, grupiteraapia, pereteraapia), füsioteraapia, vajadusel somaatilised uuringud – sh laboratoorsed analüüsid, luustiku densitomeetria, radioloogilised uuringud – MRT, KT, elektrokardiogramm, elektroentsefalogramm.

Lisaks rakendatakse päevaravi kunsti- ja loovteraapiaid, mis ei ole praegu haigekassa hinnakirjas.

12.2. Tervishoiuteenused, mis lisanduvad alternatiivse teenuse kasutamisel ravijuhule

Alternatiivsete teenuste (ambulatoorne või statsionaarne ravi) kasutamisel lisanduvad samad teenused.

12.3. Kas uus teenus asendab mõnda olemasolevat tervishoiuteenust osaliselt või täielikult?

Peamiselt asendab söömishäirete päevaravi teenus statsionaarse ravipäeva teenust.

Praegu saab ravida söömishäiretega patsiente psühhiaatrilise päevaravi teenuse alusel ning seda võimalust teatud juhtudel ka kasutatakse. See teenus ei võimalda piisavat intensiivsust ja toitlustamist, seepärast võimalusel hakkab söömishäirete päevaravi teenus asendab osaliselt psühhiaatrilise päevaravi teenuse kasutamist.

Söömishäirete päevaravi teenus sisaldab üldpsühhiaatria teenusest erinevalt 6 toidukorda (tavapäraselt 4 toidukorda) päevas ning piisava intensiivsusega ravipäeva kestvusega vähemalt 8 tundi.

Eraldi teenuse kasutusele võtmine laiendab patsientide ravivõimalusi ning parandab söömishäirete ravi kvaliteeti.

12.4. Kui suures osas taotletava teenuse puhul on tegu uute ravijuhtudega?

Teenuse rakendamine võimaldab ravida enam abivajavaid patsiente, keda praeguseni on ravitud peamiselt statsionaarselt ning osaliselt ambulatoorselt või psühhiaatrilise päevaravi teenuse alusel.

12.5. Taotletava tervishoiuteenusega kaasnevad samaaegselt, eelnevalt või järgnevalt vajalikud tervishoiuteenused (mida ei märgita taotletava teenuse raviarvele), soodusravimid ja meditsiiniseadmed patsiendi kohta ühel aastal.

Söömishäirete päevaravi teenusel kasutatakse üldjoontes samade põhimõtete alusel ravimeid ja raviarvele mitte märgitavaid tervishoiuteenuseid kui psühhiaatrilisel päevaravi või haiglaravi korral.

Päevaravi teenuse rakendamine ei mõjuta soodusravimite kasutamist päevaravi järgselt.

12.6. Alternatiivse raviviisiga kaasnevad (samaaegselt, eelnevalt või järgnevalt) vajalikud tervishoiuteenused (mida ei märgita taotletava teenuse raviarvele), soodusravimid ja meditsiiniseadmed patsiendi kohta ühel aastal.

Haiglaravil kasutatakse üldjoontes samasuguseid raviarvele mitte märgitavaid tervishoiuteenuseid ja vahendeid kui päevaravil. Haiglaravil on sageli somaatiliselt raskemas seisundis patsiendid, seega kasutatakse ka enam erinevaid meditsiinilisi sekkumisviise, mis vajavad erinevaid vahendeid.

12.7. Tervishoiuteenuse mõju töövõimetusele

Söömishäirete päevastatsionaarne ravi teenuse osutamine parandab ravi kvaliteeti ning selle potentsiaalselt vähendab töövõimetust.

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

Söömishäirete päevastatsionaarset ravi rakendatakse alternatiivina statsionaarsele ravile ning see on soodsam kui statsionaarne ravi. Teenus on suunatud raske psüühikahäire ravimisele ja kergendamisele. Kuna tegemist toimetulekut oluliselt häirivate haiguste grupiga, siis omaosalus selle raviteenuse eest maksmisel ei ole põhjendatud.

14. Tervishoiuteenuse väär- ja liigkasutamise tõenäosus

Söömishäirete päevastatsionaarse ravi väär- ja liigkasutamist ei saa pidada tõenäoliseks.

15. Patsiendi isikupära võimalik mõju ravi tulemustele

Söömishäirete kaashaigestumistel (sh isiksuhäiretel, ainete kuritarvitamise esinemisel nagu taotluses kirjeldatud) ning isikupäral ja ennastkahjustava käitumisel on oluline mõju ravitulemustele. Sellest tulenevalt on oluline iga patsiendi puhul individuaalselt ning nii psüühilist kui ka kehalist tervist arvestades otsustada ravikeskkonna ja ravi pikkuse sobivuse üle.

16. Tervishoiuteenuse kohaldamise tingimused

Teenusele ei ole põhjendatud lisada kohaldamise tingimusi.

17. Kokkuvõte

Taotletud on päevaravi teenust söömishäirete ravis ning väljatoodud erinevad näidustused, millal teenuse kasutamine on uuringute ja ravijuhiste alusel soovitatud ja kuluefektiivne.

Eelpool on kirjeldatud, et kui söömishäirete päevaravi kasutada meditsiiniliste teadmiste ja kaasaegsete ravijuhiste alusel, siis on päevaravi ja haiglaravi tulemused võrreldavad ning päevaraviga ei kaasne rohkem tüsistusi kui haiglaraviga. Teenust on kajastatud NICE ja APA ravijuhendites kui sobivat alternatiivi pikaajalisele haiglaravile, kui patsient on meditsiiniliselt piisavalt stabiilses seisundis ning ka psühhiaatrilised kaashaigestumised ei too kaasa olulisi riske (sh suitsidaalsus). Söömishäirete päevaravi efektiivsuse jaoks on oluline, et see oleks piisavalt intensiivne ja patsiendi vajadustele kohaldatud. Oluline on võimalus tagada kogu päeva toitlustus (see on kuni 6 toidukorda).

18. Kasutatud kirjandus

- 1) National Institute of Health and Care Excellence, NICE, „Eating disorders in over 8s“, <https://www.nice.org.uk/guidance/cg9>
- 2) National Institute of Health and Care Excellence, NICE, „Eating disorders: recognition and treatment“, <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69>
- 3) American Psychiatric Association. Practice Guideline for the Treatment of Patients With Eating Disorders. Third Edition
http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/eatingdisorders.pdf
- 4) Herpertz-Dahlmann et al. Day-patient treatment after short inpatient care versus continued inpatient treatment in adolescents with anorexia nervosa (ANDI): a multicentre, randomised, open-label, non-inferiority trial. The Lancet, 2014.
[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)62411-3/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)62411-3/abstract)
- 5) Rahvusvaheline Haiguste Klassifikatsioon-10, Psüühika- ja käitumishäirete peatükk, <http://www.kliinikum.ee/psyhhaatriakliinik/lisad/ravi/RHK/RHK10-FR17.htm>
- 6) Birmingham et al. Medical Management of Eating Disorders, 2010
- 7) Lock et al. Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Eating Disorders, J Am Acad Adolesc Psychiatry 2015
[http://www.jaacap.com/article/S0890-8567\(15\)00070-2/pdf](http://www.jaacap.com/article/S0890-8567(15)00070-2/pdf)
- 8) Madden et al, Systematic review of evidence for different treatment settings in anorexia nervosa, 2015, World Journal of Psychiatry
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4369544/>
- 9) Yager et al. Guideline Watch (August 2012) Practice Guideline for the Treatment of Patients with Eating Disorders. 3rd Edition
http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/eatingdisorders-watch.pdf