

EESTI HAIGEKASSA TERVISHOIUTEENUSTE LOETELU MUUTMISE TAOTLUS KOOS TÄITMISJUHISTEGA

Juhime tähelepanu, et haigekassa avalikustab taotlused kodulehel. Konfidentsiaalne informatsioon, mis avalikustamisele ei kuulu, palume tähistada taotluse tekstis märkega „konfidentsiaalne“.

1. Taotluse algataja	
1.1 Organisatsiooni nimi (taotleja)	Eesti Kliinilise Toitmise Selts
1.2 Taotleja postiaadress	J Sütiste tee 19, Tallinn
1.3 Taotleja telefoninumber	██████████
1.4 Taotleja e-posti aadress	Hanna-Liis.Lepp@regionaalhaigla.ee
1.5 Kaastaotleja	
1.6 Kaastaotleja e-posti aadress	
1.7 Kontaktisiku ees- ja perekonnanimi	Maarja Lember
1.8 Kontaktisiku telefoninumber	██████████
1.9 Kontaktisiku e-posti aadress	Maarja.Lember@regionaalhaigla.ee

2. Taotletav tervishoiuteenus	
2.1. Tervishoiuteenuse kood tervishoiuteenuste loetelus olemasoleva tervishoiuteenuse korral	-
2.2 Tervishoiuteenuse nimetus	Suukaudsed täisväärtuslikud ja modulaarsed toitmisravi preparaadid (oral nutritional supplements)
2.3. Taotluse eesmärk <i>Märkida rist <u>ühe</u>, kõige kohasema taotluse eesmärgi juurde. Risti lisamiseks vajutada sobilikul ruudul parempoolsele hiireklahvile ning avanenud menüüst valida „Properties“ – „Default value“ – „Checked“</i>	
<input checked="" type="checkbox"/> Uue tervishoiuteenuse lisamine loetellu	
2.4 Taotluse eesmärgi kokkuvõtlik selgitus <i>Esitada lühidalt taotluse eesmärgi kokkuvõtlik selgitus, mida taotletakse ja millistel põhjustel.</i>	

Alatoitumus on meditsiinis kulukas ja ravi komplitseeriv seisund, mida peab vältima ja koheselt ravima, et hoida kokku tervishoiukulusid. Alatoitumuses patsientidel esineb sagedamini lihasnõrkust, aeglasemat haavade paranemist, apaatsust, depressiooni ning vähenenud isu ja võimekust süüa, mis omakorda süvendab alatoitumust. Alatoitumus on iseseisev riskifaktor haiglaravi pikenemiseks ja sellega seotud kulude suurenemiseks (Lewis et al 2001). Alatoitumuses ja alatoitumuse riskiga patsientidel on rohkem ravitüsistusi ja rehospitaliseerimist ning seda on kulutulul ennetada ja vähendada suukaudsed toitmisravi preparaatidega (Stratton et al 2013), mis on üks osa suremust ja ravitüsistusi vähendavast individuaalsest toitmisravi rakendamisest (Schuetz et al 2019).

Suukaudsed täisväärtuslikud toitmisravi preparaadid on kõrge toiduenergia- ja -valgusisaldusega ning mikrotoitainetega tasakaalustatud meditsiinilisel otstarbel kasutatavad rikastatud valmisjoogid, pudingulaadsed või pulbrist valmistatavad tooted, mida kasutatakse lisaks tavatoidule kompenseerimaks toiduenergia või toitainete olulist puudujääki, et ennetada või leevendada alatoitumust. Täisväärtuslike suukaudsete toitmisravi preparaatide kvaliteedinõuded on kehtestatud Euroopa Komisjoni direktiiviga „Food for Special Medical Purpose“ (1999/21/EC).

Täisväärtuslikke toitmisravi preparaate kasutatakse ainsa toiduna päevas põhihaiguse ravi otstarbel Crohni tõve ägenemisel remissiooni saavutamiseks pediaatrilistel patsientidel ja täiskasvanud patsientidel, kellel glükokortikosteroidide kasutamine on vastunäidustatud või ebaefektiivne. Täisenteraalse toitmisravi ravikuuri kestvus on sellisel puhul 6-8 nädalat, mille jooksul patsient tarbib ainult suukaudseid valmisjooke saavutamaks põhihaiguse remissiooni tagades samaaegselt päevased toitainelised vajadused. Väheste soostumuse korral toimub toitelahuste manustamine läbi toitesondi ning kastutusel on sondikaudsed toitelahused.

Suukaudsed moduleeritud toitmisravi preparaadid on mittetäisväärtusliku toitainete sisaldusega, enamasti üksikute makrotoitainete kontsentreeritud või modifitseeritud sisaldusega meditsiinilisel otstarbel kasutatavad valmisjoogid, mahlalaadsed, pudingulaadsed või pulbrist valmistatavad tooted, mida kasutatakse lisaks tavatoidule samadel eesmärkidel kui täisväärtuslike toitmisravi preparaate.

Eestis on hetkel Haigekassa poolt kompenseeritud enteraalse ja parenteraalse toitmisravi teenus, mille vajadust ja kestvust oleks võimalik vähendada suukaudsete toitmisravi preparaatide kompensatsiooni olemasoluga.

Suukaudsete toitmisravi preparaatide kättesaadavus on hetkel Eestis hea, kuid sekkumise rakendamist piirab patsientide hinnatundlikkus.

3. Tervishoiuteenuse meditsiiniline näidustus

<p>3.1 Tervishoiuteenuse meditsiiniline näidustus (ehk sõnaline sihtgrupi kirjeldus)</p>	<p>Lühikese soole sündroom Düsfaagia või raskendatud neelamine Malabsorptsioon Alatoitumuses ja alatoitumuse riskiga patsientide preoperatiivne ettevalmistus Põletikulised soolehaigused Gastrektoomia Soole fistulid Söögitoru ja soole ahenemine Haigusega kaasnev alatoitumus, kasvupeetus või selle risk Peritoneaaldialüüs või hemodialüüs</p>
<p>3.2 Tervishoiuteenuse meditsiiniline näidustus RHK-10 diagnoosikoodi alusel (kui on kohane)</p>	

3.3 Näidustuse aluseks oleva haiguse või tervise seisundi iseloomustus

Kirjeldada haiguse või tervise seisundi levimust, elulemust, sümptomaatikat jm asjasse puutuvat taustainfot.

Alatoitumus on seisund, mis on tingitud toitainete puudusest ja mis viib muutusteni kehakoostises ja funktsioonides. Haigusega kaasneva alatoitumuse põhjuseks on vähesest toitainete pakkumisest ja/või omastamisest ning haigusega seotud organismi põletikulisest seisundist tingitud koosmõju. Põletikulise haigusseisundiga on seotud isupuudus ja väiksem söömismaht ning suurenenud põhiainevahetus ja lihaskatabolism (lagundav ainevahetus) (Cederholm et al 2018).

Alatoitumusega kaasnevad: lihasmassi vähenemine, infektsiooniriski suurenemine, aeglasem ja tüsistunud haavaparanemine, suurem suremus ja sagedasemad ravitüsitused. Sellel on märkimisväärne mõju ka meditsiinipersonali töökoormusele ja hoolduskulule ning haiglaravi pikkusele, millega suurenevad kogukulutused ravile (White et al 2012).

Onkoloogilistel patsientidel on kõige sagedasemaks alatoitumuse sümptomiks kahheksia süvenemine. Kahheksia on kliiniline seisund, mida iseloomustab kaalukaotus, lihas- ja rasvamassi vähenemine, kurnatus, nõrkus, jõudluse vähenemine ning enamikel juhtudel kaasneb kahheksiaga anoreksia (isupuudus) ning alatoitumus. Alatoitumus või/ja kahheksia avaldab negatiivset mõju ravi kestvusele ja ravi tulemusele, komplikatsioonide esinemissagedusele ja raskusastele, haiglaravi pikkusele, ravikuludele, elukvaliteedile ning elulemusele (Cederholm et al 2018).

Alatoitumuse riski hindamisel ja diagnoosimisel ei saa lähtuda ainult KMIst ja kehakaalust. Rasvunud ($KMI \geq 30$) patsientide puhul on eriti oluline jälgida kaalulangust ning patsiendi toiduvalgu defitsiidi riski. (Singer et al 2018).

Vähenenud lihasmass võib olla ka alatoitumuse marker. Lihasmassi, jõu ja funktsionaalsuse vähenemisega on seotud ka mõiste sarkopeenia, mida kirjeldatakse tavaliselt seoses vananemisega, kuid see võib olla tingitud ka haigusest, liikumatusest ning tasakaalustamata toitumisest (toiduvalgu defitsiit) (Cederholm et al 2017). Kuigi puudub konsensus lihasmassi vähenemise meetodite määramise osas ning kliinilises praktikas ei pruugi need veel olla kättesaadavad, soovitatakse kombineerida järgnevaid valideeritud instrumentaalseid kehakoostise mõõtmise meetodeid: keha bioelektrilise takistuse määramine, kahekiireline röntgenabsorptsioomeetria, ultraheli, kompuutertomograafia, magnetresonantstomograafia (Cederholm et al 2018).

Taanis on kirjeldatud haiglaravi patsientidel alatoitumuse esinemissagedust keskmiselt 40% (Rasmussen et al 2000). Inglismaal tehtud uuringutes on selgunud, et alatoitumuse levimus haiglaravi perioodil on keskmiselt 28% (Brotherton et al 2010). Hospitaliseeritud pediaatriliste patsientide seas on alatoitumuse levimuseks kirjeldatud Euroopas tehtud uuringutes 6-19% (Brotherton et al 2010).

Onkoloogiliste patsientide alatoitumuse risk ja levimus sõltub kasvaja paikmest ja staadiumist, ulatudes erinevates uuringutes 30-85%. Eriti kõrge on alatoitumuse risk seedetrakti ja kopsupaikme puhul ning hematoloogiliste kasvajate puhul, kellest kuni 85% võib kesise toitumise tõttu raviperioodil kaalu kaotada. (Wang et al 2013).

Alatoitumus võib olla tingitud ka sotsiaalmajanduslikest (nälg, vaesus) ja psühholoogiliste-käitumuslikest (vabatahtlik näljutamine, lein, vähene enesehoold) teguritest ning esineda kliiniliselt määratletava haigusseisundita (Poel et al 2008). Sellistel puhkudel ei ole toitmise ravi kasutamine enamasti näidustatud (Cederholm et al 2018).

4. Tervishoiuteenuse tõenduspõhisus

4.1 Teaduskirjanduse otsingu kirjeldus

Selgitada lühidalt taotluse aluseks olevate kliiniliste uuringute jm teaduspõhiste kirjandusallikate otsimis-

ning valikukriteeriume: millistest andmebaasidest otsiti, milliste märksõnade ning täpsustavate kriteeriumidega. Nt. uuringuid otsiti PubMed-ist (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>). Otsingu märksõnad olid „diabetes in pregnancy“, valikukriteeriumiks oli insuliinravi enne rasedust ning täistekstina kättesaadavad inglisekeelsed artiklid, mis on avaldatud alates 1. jaanuarist 2000. Otsingu tulemusel leiti 10 uuringut, millest on kajastatud taotluses 3 uuringu tulemused, kuna teiste uuringute valimi maht oli väike (vähem kui 20 isikut).

Toitmisravi on kulutulus ja efektiivne kui seda tehakse järjepidevalt ja individualiseeritult, kasutades kõiki vajalike toitmisravi meetodeid. Kuna suukaudsed toitmisravi preparaadid (edaspidi lühendatud STP) on ainult üks osa toitmisravi protsessist siis on eraldi nende kulu-tulususe hindamine alatoitumuse käsitluse protsessis keeruline. Hea kvaliteediga uuringuid on raske teha ning enamasti on uuringugrupid ja sekkumised väga heterogeensed, mistõttu on mitmetes süstemaatilistes ülevaadetes mh 2017 a Cochraneis avaldatud ülevaates (Feinberg et al 2017) leitud, et tõenduspõhisus on liiga madala kvaliteediga, et anda kindlaid toitmisravi meetodite kasutamise soovitusi.

STPde kasutamise efektiivsust on hinnatud ka perioperatiivsetes multimodaalsetes programmides e kiire paranemise programmide (näit Enhanced Recovery After Surgery e ERAS) osana, mis on perioperatiivsete patsientide kompleksed käsitlusmeetodid vähendamaks perioperatiivseid kirurgilisi ja mittekirurgilisi tüsistusi ning STPd on mitmetes programmides hinnatud tõenduspõhiseks sekkumismeetodiks ühe osana komplekssest käsitlusest, mis muuhulgas vähendab perioperatiivset suremust ja haiglaravi pikkust, olles kõige enam tõestust leidnud seedetraktikirurgias (Greco, et al 2014)

Sisehaigustega patsientide toitmisravi efektiivsust ravitulemustele on hinnatud 2019. a Lancetis avaldatud EFFORT uuringus, mis toob välja efektiivse individuaaliseeritud toitmisravi (mille üheks osaks on ka STPd) rakendamise olulise mõju suuremusele (Schuetz et al 2019).

Täisenteraalse toitmise efektiivsuse kohta leidis PubMedis Crohni tõve ägenemise ravi kohta viimase kümne aasta jooksul 10 metanalüüsi, millest 2 võrdles täisenteraalse toitmise efektiivsust glükokortikosteroididega. Otsingut teostati märksõna „Exclusive Enteral“ Nutrition OR Feeding AND „Crohn's Disease“, kaasati süstemaatilised ülevaated või meta-analüüsid alates 01. jaanuar 201- november 2019. PubMed andmebaasist leitud 10 vastet, millest ühes, 2018 Cochraneis avaldatud metaanalüüsis järeldati, et täiskasvanutel teostatud uuringutes ei ole saavutatud piisavat soostumust (enamikes uuringutes on kasutatud sondikaudset täismahus enteraalset toitmist), mistõttu oli tegemist madalakvaliteetsete uuringutega, et teha põhjaliku järeldust (Narula et al 2018) ning teises, pediaatrilise populatsiooni hulgas tehtud uuringute metaanalüüsis, leiti Crohni tõve ägenemise ravis täisenteraalse toitmisravi efektiivsus olevat võrdväärne glükokortikosteroidraviga (Yu et al 2019).

4.2 Tervishoiuteenuse tõenduspõhisuse andmed ravi tulemuslikkuse kohta kliiniliste uuringute ja metaanalüüside alusel

4.2.1 Uuringu sihtgrupp ja uuritavate arv uuringugruppide lõikes	Yu et al 2019: Meta-analüüs, 18 uuringut (4 RCT, 14 vaatlevat uuringut)
4.2.2 Uuringu aluseks oleva ravi/ teenuse kirjeldus	Täielik enteraalne toitmine Crohni tõve remissiooni saavutamiseks pediaatrilistel patsientidel.
4.2.3 Uuringus võrdlusena käsitletud ravi/teenuse kirjeldus	Kortikoidsteroid (prednisoloon) ravi

4.2.4 Uuringu pikkus	Sekkumise periood 4-10 nädalat (keskmiselt 6-8 nädalat)
4.2.5 Esmane tulemusnäitaja Uuritava teenuse esmane mõõdetav tulemus /väljund	Täielik enteraalne toitmine remissiooni saavutamisel ja hoidmisel võrreldes kortikoidsteroid raviga.
4.2.6 Esmase tulemusnäitaja tulemus	Pediaatrilistel patsientidel Crohni tõve remissiooni saavutamiseks on täielik enteraalne toitmine sama efektiivne kui kortikosteroidravi (OR = 1.35; 95% CI 0.90, 2.10; P = 0.14).
4.2.7 Teised tulemusnäitajad Uuritava teenuse olulised teised tulemused, mida uuringus hinnati	<ul style="list-style-type: none"> • Põletiku indeks (PCDAI), C-reaktiivne valk ja erütrotsüütide settekiirus • Kasvamine (kaal ja pikkus) • Limaskesta paranemine (limaskesta kahjustust hinnati endoskoopiliselt vastavalt valideeritud hindamisstandardile CDEIS) • Histoloogiline leid • Remissiooni kestvus • Üks aasta pärast ravi hinnati pikkust vanuse kohta ja kehamassindeksit
4.2.8 Teiste tulemusnäitajate tulemused	<p>Võrreldes kortikoidsteroidravi saanutega, siis täielikul enteraalsetel toitmisel olnud patsiendid saavutasid suurema tõenäosusega limaskesta paranemise (OR = 5.24; 95% CI 2.06, 13.37; P = 0.0005) ja histoloogilise paranemise (OR = 4.78; 95% CI 1.89, 12.08; P = 0.0009).</p> <p>Täieliku enteraalset toitmist saanutel oli haigusaktiivsus (PCDI) indeks madalam [keskmine erinevus (MD) = - 3.67; 95% CI - 4.91, - 2.43] ja kaalutõus oli suurem (MD = 1.92; 95% CI 0.02, 3.83; P = 0.05).</p> <p>Statistiliselt märkimisväärseid erinevusi ei leitud järgnevas: korduvad ägenemised (OR = 0.57; 95% CI 0.25, 1.29; P = 0.18), pikkus vanuse kohta üks aasta pärast sekkumist, kehamassindeks üks aasta pärast sekkumist</p>

4.2.1 Uuringu sihtgrupp ja uuritavate arv uuringuühikute loikes	Liu et al 2015: 10 erinevat uuringut
4.2.2 Uuringu aluseks oleva ravi/ teenuse kirjeldus	STPd
4.2.3 Uuringus võrdlusena käsitletud ravi/teenuse kirjeldus	Suukaudsete täisväärtuslike valmisjookide (<i>Oral nutritional supplements</i>) mitte kasutamine, standard

	menüü ja ravi
4.2.4 Uuringu pikkus	1 nädal - 12 kuud
4.2.5 Esmane tulemusnäitaja Uuritava teenuse esmane mõõdetav tulemus /väljund	Seerumi koguvalgu sisaldus Tüsistused, sh infektsioonid, lamatised, südamehaigused, kognitiivne defitsiit, pikenenud liikumatus, tromboflebiit ja süvaveeni tromboosid, jm
4.2.6 Esmase tulemusnäitaja tulemus	STPde kasutamisel oli positiivne mõju seerumi koguvalgu sisaldusele ($P < 0.00001$) ja see tõi kaasa tüsistuste esinemise märkimisväärse vähenemise ($P = 0.0005$). Infektsioossed tüsistusi esines statistiliselt oluliselt vähem: haavainfektsioone ($P = 0.02$), hingamisteede infektsioone ($P = 0.04$) ja kuseteede infektsioone ($P = 0.03$) Seerumi albumiin ja suremus ei olnud statistiliselt erinev.
4.2.7 Teised tulemusnäitajad	
4.2.8 Teiste tulemusnäitajate tulemused	

4.2.1 Uuringu sihtgrupp ja uuritavate arv uuringugruppide lõikes	Beck et al 2013: 6 uuringut (N = 716 randomiseeritud osalejat)
4.2.2 Uuringu aluseks oleva ravi/ teenuse kirjeldus	Kõik uuringud kasutasid täisväärtuslike suukaudseid toitmisravi preparaate valmisjookidena.
4.2.3 Uuringus võrdlusena käsitletud ravi/teenuse kirjeldus	Standardmenüü ja ravi
4.2.4 Uuringu pikkus	4-16 nädalat
4.2.5 Esmane tulemusnäitaja	Toitainete pakkumine, mõju kehakaalule, suremus
4.2.6 Esmase tulemusnäitaja tulemus	Kõikides uuringutes leiti positiivne mõju toitainete pakkumisele ja/või toitumuslikule seisundile (kehakaal). Suremust sekkumine ei mõjutanud (OR 0.80 (95% (CI) 0.46 -1.39)
4.2.7 Teised tulemusnäitajad	
4.2.8 Teiste tulemusnäitajate tulemused	

4.2.1 Uuringu sihtgrupp ja uuritavate arv uuringugruppide lõikes	Carey et al 2012: 6 uuringut kaasatud süstemaatilisse ülevaatesse, millest 2 võrdlesid nõustamise ja STP efektiivsust.
4.2.2 Uuringu aluseks oleva ravi/ teenuse kirjeldus	Pikaajaline toitmisravi käsitluse võrdlus gastroenteroloogilistel patsientidel, sh postoperatiivsed, ja onkoloogilised patsiendid ning erinevad sekkumismeetodid: dietoloogiline nõustamine, õdede poolne nõustamine, toidu tõhsutamine, STPde kasutamine.
4.2.3 Uuringus võrdlusena käsitletud ravi/teenuse kirjeldus	2 võrreldavat uuringut nõustamise ja STPde efektiivsuse osas
4.2.4 Uuringu pikkus	10-19 nädalat
4.2.5 Esmane tulemusnäitaja	Kokkuvõttes näitasid kõik uuringud suukaudse tõhustamise ja STPde kasutamise efektiivsust kaalutõusu, funktsioonide, toiduenergia pakkumise ja elukvaliteedi parandamisel.
4.2.6 Esmase tulemusnäitaja tulemus	
4.2.7 Teised tulemusnäitajad	
4.2.8 Teiste tulemusnäitajate tulemused	

4.2.1 Uuringu sihtgrupp ja uuritavate arv uuringugruppide lõikes	Zhang et al 2018: 8 uuringut kõrge metodoloogilise kvaliteediga (R-AMSTAR skooriga) ≥ 31 punkti
4.2.2 Uuringu aluseks oleva ravi/ teenuse kirjeldus	Hindas erinevate sekkumiste, millest 1 (13 uuringut, 1414 patsienti, Baldwin et al 2012) randomiseeritud uuring käsitles ka toitmisravi protsessi efektiivsust kasvaja-puhuse anoreksia käsitluses
4.2.3 Uuringus võrdlusena käsitletud ravi/teenuse kirjeldus	Täisväärtuslikud STPd ja/või toitumisenõustamine võrdlusena tavakäsitlusega
4.2.4 Uuringu pikkus	3 kuud-2 aastat
4.2.5 Esmane tulemusnäitaja	Suremus, kaalumuutus, toiduenergia pakkumine, elukvaliteet
4.2.6 Esmase tulemusnäitaja tulemus	Suukaudsete toitmisravi meetodite kasutamine seostus statistiliselt olulise kehakaalu tõusuga (MD = 1.86 kg, 95% CI = 0.25 ~ 3.47) ja suurenenud toiduenergia pakkumisega (MD = 432 kcal/p, 95% CI = 172~ 693) võrreldes tavakäsitlusega.
4.2.7 Teised tulemusnäitajad	
4.2.8 Teiste tulemusnäitajate tulemused	Mõningatele elukvaliteedi aspektidele (emotsionaalne hakkamasaamine, õhupuudus, isutus ja üldine elukvaliteet) oli sekkumismeetoditel positiivne mõju. Suremuses ei olnud statistiliselt erinevust

4.3 Tervishoiuteenuse tõendus põhise andmed ravi ohutuse kohta	
4.3.1. Kõrvaltoimete ja tüsistuste iseloomustus	
Kõrvaltoime/ tüsistuse esinemissagedus	Kõrvaltoime/ tüsistuse nimetus
Väga sage ($\geq 1/10$)	
Sage ($\geq 1/100$ kuni $< 1/10$)	
Rasked kõrvaltoimed	
Võimalikud tüsistused	
4.3.2 Kõrvaltoimete ja tüsistuste ravi	
<i>Kirjeldada, milliseid teenuseid ja ravimeid on vajalik patsiendile osutada ning millises mahus, et ravida tekkinud kõrvaltoimeid ning tüsistusi.</i>	
Alatoitumuse käsitlemisel kasutatavate suukaudsete toitmisravi sekkumismeetodite puhuselt ei esine raskeid lühiajalisi kõrvaltoimeid ega suuremuse erinevust võrreldes mittesekkumisega (Feinberg et al 2017). Siiski võivad STPde kasutamist piirata järgnevad kõrvaltoimed: iiveldus, oksendamine, kõhulahtisus, meteorism (Narula et al 2018). Kõrvaltoimete individuaalset esinemist aitab vähendada ning kasutamise soostumust parandada STPde soovitude kohane kasutamine ning preparaadi tüübi ja maitsete vahetamine. STPde kõrvaltoimete jätkumisel on soovituslik lõpetada ajutiselt nende kasutamine.	
4.4. Tervishoiuteenuse osutamise kogemus maailmapraktikas	
-	

5. Tõendus põhise võrreldes alternatiivsete tõendus põhiste raviviisidega

5.1 Ravikindlustuse poolt rahastatav alternatiivne tõendus põhine raviviis tervishoiuteenuste, soodusravimite või meditsiiniseadmete loetelu kaudu			
<i>Maksimaalselt palume kirjeldada 3 alternatiivi.</i>			
Alternatiivi liik	Alternatiiv	Lisaselgitus / märkused	
<i>Märkida, millise loetelu (tervishoiuteenused, soodusravimid, meditsiiniseadmed) kaudu on kohane alternatiiv patsiendile kättesaadav</i>	<i>Märkida alternatiivse raviviisi teenuse kood, ravimi toimeaine nimetus või meditsiiniseadme rühma nimetus.</i>	<i>Vajadusel lisada siia tulpa täpsustav info</i>	
Enteraalse toitmisravi teenus		Ohtlikum, kallim	
Parenteraalse toitmisravi teenus		Ohtlikum, kallim	
5.2 Taotletava teenuse ja alternatiivse raviviisi sisaldumine Euroopa riikides aktsepteeritud ravijuhistes			
<i>Kui teenus ei kajastu ravijuhistes või antud valdkonnas rahvusvahelised ravijuhised puuduvad, lisada vastav selgitus lahtrisse 5.2.3. Maksimaalselt palume kirjeldada 5 ravijuhist.</i>			
Ravijuhise nimi	Ravijuhise ilmumise aasta	Soovitused ravijuhises	Soovituse tugevus ja soovitude aluseks oleva tõendus põhise tase
		<i>Soovitused taotletava teenuse osas</i>	
		<i>Soovitused alternatiivse raviviisi osas</i>	
ESPGHAN Nutrition in	2018	Täielik enteraalne toitmine on	Tõendus põhise:

Pediatric Inflammatory Bowel Disease: A Position Paper on Behalf of the Porto Inflammatory Bowel Disease Group of the European Society of Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition		<p>Crohni tõve ägenemisel sama efektiivne kui suukaudsed steroidid saavutamaks remissiooni</p> <p>Korduvatel ägenemistel võib kasutada täielikku enteraalset toitmist remissiooni saavutamiseks.</p>	<p>evidence level 1</p> <p>Tõendus põhjus: evidence level 2</p>
		Alustama peaks STPdega, vähese soostumuse või taluvuse korral kasutama nasogastraalsondi.	
ESPEN Guidelines on Nutrition in Cancer Patients	2016	<p>Soovitame kasutada toitmise ravi sekkumist kasvaja diagnoosiga patsientidel, kes on suutlikud sööma, kuid on alatoitunud või alatoitumuse riskigrupis. Toitmise ravi sekkumine hõlmab: nõustamine, söömist häirivate sümptomite leevendamine, STPde kasutamine.</p>	<p>Tõendus põhjus: keskmine</p> <p>Soovituse tugevus: tugev</p>
ESPEN Guidelines on Clinical Nutrition in Inflammatory Bowel Disease	2017	<p>STPd (<i>oral nutrition supplements</i>) on esmavalikuks kui põletikulise soolehaiguse puhul on vajalik kasutada kliinilist toitmist, kuid enamasti on tegemist toetava ravimeetodiga lisaks tavatoidule. STPdega on võimalik saavutada kuni 600 kcal päevane toiduenergia lisapakkumine ilma tavalisest saadava toiduenergia vähendamiseta. Enteraalsed toitmise ravi meetodid peaksid olema alati eelistatud parenteraalse toitmise ees, ja kui enteraalne toitmine on täielikult vastunäidustatud. Kui suukaudne toitmise ravi pole võimalik, tuleks kaaluda toitmise sondi kaudu toitmist.</p>	<p>Tõendus põhjus: 0</p> <p>Soovituse tugevus: tugev konsensus (92%).</p>
ESPEN-ESPGHAN-ECFS guidelines on nutrition care for infants, children, and adults with cystic fibrosis.	2016	<p>Soovitame toiduenergia vajaduse suurenedes toitmise ravimeetodeid vajaduspõhiselt eskaleerida: toitumise nõustamine, suukaudne tohustamine, STPd ja enteraalne sonditoitmine. Soovitame kaaluda STPide kasutamist täiskasvanutel ja lastel, kes ei saavuta</p>	<p>Tõendus põhjus: madal</p>

		<p>optimaalset kaalu või kasvu ning toitumusliku seisundit suukaudse toidu tõhustamise ja seedeensüümide asendusravi kasutamise.</p> <p>Soovitame regulaarset hinnata STPde kasutamise vajaduse jätkumist STPde kasutamise ajal.</p>	
ESPEN guideline on clinical nutrition in liver disease	2019	STPd on esmane valik, kui toitainelised vajadused ei ole saavutatavad tavatoiduga. Lisaks peab STPsid tarbima hilisõhtul.	Soovituse tugevus: tugev konsensus (100%)
ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics	2019	<p>Alatoitunud või alatoitumuse riskigrupis olevatele krooniliste haigustega eakatele inimestele peab pakkuma STPd, kui toitumisalane nõustamine ja toidu tõhustamine ei ole piisav saavutamaks toiduenergia ja toitainete pakkumise eesmärkväärtusi.</p> <p>Hospitaliseeritud alatoitunud või alatoitumuse riskigrupis olevatele eakatele inimestele peab pakkuma STPd, eesmärgiga parendada toitainelist pakkumist ja kehakaalu, vähendada komplikatsioonide ja rehospitalseerimise riski</p> <p>Pärast haiglaravi lõppu peab alatoitumusega või alatoitumuse riskigrupis olevatele eakatele inimestele pakkuma STPd, eesmärgiga parendada toitainelist pakkumist ja kehakaalu ning vähendada igapäevase toimetuleku vähenemist.</p> <p>Määrates STPsid alatoitunud või alatoitumuse riskigrupis olevatele eakatele inimestele, peab STPga tagama vähemalt 400 kcal/p ja 30g või rohkem toiduvalku päevas.</p> <p>Määrates alatoitunud või alatoitumuse riskigrupis olevatele eakatele inimestele STPsid, peab</p>	<p>Tõenduspõhisus: GPP Soovituse tugevus: tugev konsensus (100%)</p> <p>Tõenduspõhisus: A Soovituse tugevus: tugev konsensus (100%)</p> <p>Tõenduspõhisus: A Soovituse tugevus: tugev konsensus (100%)</p> <p>Tõenduspõhisus: A Soovituse tugevus: tugev konsensus (97%)</p> <p>Tõenduspõhisus: GPP Soovituse tugevus: tugev konsensus</p>

		<p>selle sekkumise kestvus olema vähemalt 1 kuu. Edaspidist efektiivsus ja tulemusi hinnata üks kord kuus.</p> <p>Määrates alatoitunud või alatoitumuse riskigrupis olevatele eakatele inimestele STPsid on vajalik regulaarselt hinnata STPde reaalsel tarbimist. Tüüp, maitse, tekstuur ja manustamise ajad on vajalik kohandada vastavalt individuaalsele maitsele ja söömisvõimele.</p>	<p>(100%)</p> <p>Tõenduspõhisus: GPP Soovituse tugevus: tugev konsensus (100%)</p>
ESPEN guidelines on clinical nutrition in neurology	2018	<p>Amüotroofilise lateraalskleroosiga patsientidel, kellel esineb lihasväsimus ja pikenenud söögikorrad, peaks soovitama väikesemahulisi energiarikkaid toidukordi, et katta toiduenergia ja toitainete defitsiit. Kui kaalulangus progresseerub peaks soovitama STPsid.</p> <p>STPsid peaks soovitama ALSi patsientidele, kes hoolimata toidu tõhustamisest ei saavuta päevaseid toiduenergia ja toitainelisi vajadusi.</p> <p>STPsid peaks soovitama skleroosis multipleksi patsientidele, kes toidu tõhustamisel ei saavuta toiduenergia ja toitainete pakkumise eesmärgi.</p>	<p>Tõenduspõhisus: GPP Soovituse tugevus: tugev konsensus (95%)</p> <p>Tõenduspõhisus: GPP Soovituse tugevus: tugev konsensus (100%)</p> <p>Tõenduspõhisus: B Soovituse tugevus: tugev konsensus (100%)</p>
NICE Guideline for Nutrition Support for Adults 2006 (Update 2017)	2017	<p>Suukaudse toitmisravi rakendamise vajadust peaks hindama kõikidel patsientidel, kes ei saavuta päevaseid toiduenergia ja toitainelisi vajadusi, ja juhtudel kui neelamine pole turvaline või esineb oluline seedetrakti funktsioonide puudulikkus.</p>	<p>Erinev tõenduspõhisus erinevatel patsiendigruppidel, enamasti GPP</p>
ESPEN Guidelines for perioperative care in elective colonic	2018	<p>Täisväärtuslike STPsid kasutatakse ERAS programmides vaatamata kehamassi indeksile piisava</p>	

surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society recommendations	<p>toiduvalgu ja toiduenergia pakkumise tagamiseks perioperatiivses perioodis. Kasutusel on toitmisravi toodete pakkumine 1 päev enne kuni 4 päeva peale operatsiooni. Kompleksne toitmisravi ja perioperatiivne käsitlus aitab vähendada ka postoperatiivset insuliini resistentsust. Preoperatiivselt alatoitunud patsientide käsitluses on efektiivne alustada toitmisraviga (võimalusel STPde pakkumisega) vähemalt 7-10 päeva preoperatiivselt ning see aitab vähendada postoperatiivseid tüsistusi – infektsioone ja anastomoosi leket.</p>	
	<p>Preoperatiivselt tuleb hinnata patsientide alatoitumuse riski ja kui see esineb, pakkuma sobivat toitmisravi. STPde on kasutatavad toiduenergia ja toitainete eesmärkväärtuste saavutamiseks</p>	<p>Tõenduspõhisus: Perioperatiivne STP (heas toitumuses patsient): madal</p> <p>Tõenduspõhisus: Perioperative STP (alatoitunud patsient): madal</p> <p>Soovituse tugevus: postoperatiivne suukaudne söömine ja perioperatiivne STP: tugev</p>

5.3 Kokkuvõtte tõenduspõhisusest võrreldes alternatiivsete tõenduspõhiste raviviisidega

Alternatiivid Eesti tervishoiusüsteemis täna puuduvad. Enteraalne ja parenteraalne toitmine ei ole suukaudse toitmisravi preparaatide kasutamise võimaluse korral kalliduse ja kõrvaltoimete profiili tõttu tõenduspõhiseks alternatiiviks.

6. Tervishoiuteenuse osutamiseks vajalike tegevuste kirjeldus

6.1 Teenuse osutamise kirjeldus

Kirjeldada tervishoiuteenuse osutamiseks vajalikud tegevused (sh. ettevalmistavad tegevused), nende esinemise järjekorras, kaasatud personal ja nende rollid, teenuse osutamise koht (palat, protseduuride tuba, operatsioonituba) ning kasutatavad seadmed ja tarvikud. Võimalusel lisada ka tegevuste sooritamise keskmised ajad. Ravimiteenuste korral kirjeldada raviskeem: ravi pikkus, patsiendil kasutatavate annuste suurus.

GLIM (Global Leadership Initiative on Malnutrition) töörihm hääletas ülekaalukalt kõige tähtsamateks alatoitumuse hindamise kriteeriumiteks järgnevad 5 punkti: soovimatu kaalulangus, madal kehamassiindeks (KMI), vähenenud lihasmass, vähenenud söömissaht või omastamine ja haiguskoormus/põletik (Cederholm et al 2018).

1. STPde määramise eelselt:

- » peaks tuvastama patsiendi alatoitumuse riski, toitumuse ja näidustuse toitmisravi alustamiseks
- » peaks hindama patsiendi söömismahtu, toitainete tasakaalustatud pakkumist.
- » peaks hindama sekkumise individuaalset sobilikkust (toidu tõhustamise võimalikkus, suukaudse toitmisravi preparaatide, enteraalse või parenteraalse toitmisravi vajadus)

Toidu tõhustamine on sobilik sekkumismeetod kui päevane toiduenergia puudujääk on alla 15% (keskmiselt 300kcal/p). STPde kasutamine on enamasti sobilik kui puudujääk ei ületa 40% (keskmiselt 300-900kcal/p).

2. STPde kasutamise vajadusel peab määrama

»toitmisraviks sobiva toote, selle koguse ja kasutusaja.

- Efektiivseks toitmisravi sekkumiseks on soovituslik tarbida STPsid lisaks tavatoidule vähemalt kaks korda päevas tagamaks piisava toiduvalgu ja toiduenergia saamise (min 600kcal/p) (Holdoway et al 2015).
- Suukaudsel täisenteraalsel toitmisel, eelkõige Crohni tõve ägenemise raviks, on kogu toiduenergia ja toiduvalgu piisavaks pakkumiseks vajalik toitmisravi preparaatide suurem päevane kogus (1500-3000 kcal/p).

»patsiendi soostumuse

»monitoorimise sageduse

3. Toitmisravi monitoorimine

- » toitelahuste soostumus ja taluvus, suukaudse tõhustamise võimalikkus, kas STPde kasutamiseks on jätkuv vajadus ja näidustus
- » toiduenergia ja toiduvalgu pakkumise päevaste vajaduste saavutamine ja SPTde kasutamise piisavus
- » mõju toitumuslikule seisundile: kehakaalu, kehamassi indeksi, kehakoostise ja funktsioonide muutused, jne
- » muutused haigusseisundis, nt muutused neelamisraskuses, seedehäiretes, neeru funktsioonis jne.

7.1 Tervishoiuteenuse osutaja	Enteraalse toitmisravi teenuse kvaliteedi kriteeriumitele vastava toitmisravi meeskonnaga tervishoiu teenuse pakkuja
7.2 Kas tervishoiuteenust osutatakse ambulatoorselt, statsionaarselt, ja/või päevaravis/päevakirurgias? <i>Loetleda sobivad variandid.</i>	Ambulatoorne ravi Statsionaarne ravi
7.3 Raviarve eriala <i>Nimetada, milliste erialade raviarvete peal antud teenus sisaldub lähtudes ravi rahastamise lepingust.</i>	Pediaatria Gastroenteroloogia Kõik kirurgilised erialad Onkoloogia Hematoloogia Neuroloogia Pulmonoloogia Sisehaigused Nefroloogia

	Kardioloogia Reumatoloogia Endokrinoloogia Psühhiaatria Infektsioonhaigused Dermatoveneroloogia Taastusravi Günekoloogia Perearstiabi Kuna toitmise ravi vajadus võib tekkida patsiendil mitme erineva haigusseisundi puhul ning alatoitumuse ravi on oluline enamuse haigusseisundite tüsistuste vältimiseks ning ravikulude vähendamiseks, peaks olema toitmise ravi teenus eraldi lepingu eelalana, et tagada patsientide ravi järjepidevus.
7.4 Minimaalne tervishoiuteenuse osutamise kordade arv kvaliteetse teenuse osutamise tagamiseks	Eelnevalt toodud mõnede gruppide puhul sekkumise optimaalne pikkus, üldjuhul vajaduse kestvus on individuaalne.
7.5 Personali (täiendava) väljaõppe vajadus	
Samad nõuded, mis enteraalse toitmise teenuse osutamise kvaliteedikriteeriumites.	
7.6 Teenuseosutaja valmisolek	
Samad nõuded, mis enteraalse toitmise teenuse osutamiseks.	

8. Teenuse osutamise kogemus Eestis	
8.1 Kas teenust on varasemalt Eestis osutatud?	Ei ole
8.2 Aasta, millest alates teenust Eestis osutatakse	-
8.3 Eestis teenust saanud isikute arv ja teenuse osutamise kordade arv aastate lõikes	-
8.4 Eestis teenust osutanud raviasutused	-
8.5. Tervishoiuteenuste loetelu koodid, millega tervishoiuteenuse osutamist on raviarvel kodeeritud	-
8.6 Ravi tulemused Eestis	-

9. Eestis tervishoiuteenust vajavate isikute ja tervishoiuteenuse osutamise kordade arvu prognoos järgneva nelja aasta kohta aastate lõikes			
9.1 Keskmise teenuse osutamise kordade arv ravijuhu (ühele raviarvele kodeerimise) kohta			
9.2 Tervishoiuteenust vajavate isikute arv ja tervishoiuteenuse osutamise kordade arvu prognoos järgneva nelja aasta kohta aastate lõikes			
9.2.1 Aasta	9.2.2 Isikute arv arvestades nii lisanduvaid isikuid kui ravi järgmisel aastal jätkavaid isikuid	9.2.3 Ravijuhtude arv 1 isiku kohta aastas arvestades asjaolu, et kõik patsiendid ei pruugi lisanduda teenusele aasta algusest	9.2.4 Teenuse osutamise kordade arv aastas kokku
1. aasta			arvutustehe:

			9.1*9.2.2 * 9.2.3
2. aasta			
3. aasta			
4. aasta			
9.3 Prognoosi aluse selgitus <i>Esitatakse selgitused, mille põhjal on teenust vajavate patsientide arvu hinnatud ning selgitused patsientide arvu muutumise kohta aastate lõikes.</i>			
9.4 Tervishoiuteenuse mahtude jagunemine raviastutuste vahel <i>Tabel on vajalik täita juhul, kui tervishoiuteenuse ravijuhud tuleb planeerida <u>konkreetsetesse raviastutustesse</u>, st. tegu on spetsiifilise tervishoiuteenusega, mida hakkaksid osutama vähesed raviastutused.</i>			
9.4.1 Raviastutuse nimi	9.4.2 Raviarve eriala raviastutuste lõikes	9.4.3 Teenuse osutamise kordade arv raviarve erialade lõikes	

10. Tervishoiuteenuse seos kehtiva loeteluga, ravimite loeteluga või meditsiiniseadmete loeteluga ning mõju töövõimetusele	
10.1 Tervishoiuteenused, mis lisanduvad taotletava teenuse kasutamisel ravijuhule <i>Loetleda <u>samal raviarvel</u> kajastuvate tervishoiuteenuste koodid ja teenuse osutamise kordade arv sellel raviarvel.</i>	Õe iseseisev vastuvõtt Arsti esmane ja korduv vastuvõtt
10.2 Tervishoiuteenused, mis lisanduvad alternatiivse teenuse kasutamisel ravijuhule <i>Loetleda alternatiivse tervishoiuteenuse <u>samal raviarvel</u> kajastuvate tervishoiuteenuste koodid ning teenuse osutamise kordade arv sellel raviarvel.</i>	Õe iseseisev vastuvõtt Eriarsti vastuvõtt Toitesegu 1000 kcal Boolustoitmine Püsiinfusioonil toitmine
10.3 Kas uus teenus asendab mõnda olemasolevat tervishoiuteenust osaliselt või täielikult? <i>Kui jah, siis loetleda nende teenuste koodid ning selgitada, kui suures osakaalus asendab uus teenus hetkel loetelus olevaid teenuseid (tuua välja asendamine teenuse osutamise kordades).</i>	Aitab vähendada enteraalse toitmise vajadust ja kestvust. Aitab vähendada perioperatiivset parenteraalse toitmisravi kestvust.
10.4 Kui suures osas taotletava teenuse puhul on tegu uute ravijuhtudega? Kas teenuse kasutusse võtmine tähendab uute ravijuhtude lisandumist või mitte? Kui jah, siis mitu ravijuhtu lisandub?	
10.5 Taotletava tervishoiuteenusega kaasnevad samaaegselt, eelnevalt või järgnevalt vajalikud tervishoiuteenused (mida ei märgita taotletava teenuse raviarvele), soodusravimid, ja	

meditsiiniseadmed <u>isiku kohta ühel aastal.</u>	
10.6 Alternatiivse raviviisiga <u>kaasnevad</u> (samaaegselt, eelnevalt või järgnevalt) vajalikud tervishoiuteenused (mida ei märgita taotletava teenuse raviarvele), soodusravimid, ja meditsiiniseadmed <u>isiku kohta ühel aastal.</u> <i>Vastamisel lähtuda punktis 10.5 toodud selgitustest.</i>	
10.7 Kas uus tervishoiuteenus omab teaduslikult tõendatult <u>erinevat mõju</u> töövõimetuse kestvusele võrreldes alternatiivse raviviisiga?	Pole võrreldud, tõenäoline.
10.8 Kui jah, siis mitu päeva viibib isik töövõimetuslehel taotletava teenuse korral ning mitu päeva viibib isik töövõimetuslehel alternatiivse raviviisi korral?	

11. Kulud ja kulutõhusus

11.1 Taotletava tehnoloogia või ravimi maksumus

Inglismaal ja Walesi erinevate STPde keskmine kulu aastas (PrescQIPP 2017). Hinnad on näiteks, pole võrreldavad Eesti hindade ja mahuga.

- Valmisjoogid (Liquid ONS): £95.4 million
 - Eesti turul oleva tooted Nutrimedical: Nutridrink, Nutridrink Protein, Nutridrink Yoghurt, Nutrikid. BBraun: NutricompDrink, Nutricomp Drink Soup. Fresenius: Supportan
- Mahlalaadset valmisjoogid: £6.8 million
 - Eesti turul oleva tooted Nutrimedical: Nutrijuice
- Haigusspetsiifilised tooted (määratakse ainult dietoloogi poolt): £1.8 million
 - Eesti turul oleva tooted Nutrimedical: Renilon, Diasip, Cubitan. BBraun: Nutricomp Drink Renal.
- Modulaarsed tooted (Modular supplements): £9.1 million
 - Eesti turul oleva tooted Nutrimedical: Calogen, Protifar, Fantomalt
- Pulbertooted (Powdered ONS): £13.4 million
 - Eesti turul oleva tooted Nutrimedical: Nutrison Powder,
- Pudingulaadset tooted (Dessert products): £8.2 million
 - Hetkel Eesti turul ei ole sellelaadseid tooteid

Aastal 2011/12 esmatasandil (perearstid ja hooldekodud) SPTde, eelkõige valmisjookide, maksumus (600kcal = 2 pudelit) oli £3.70 patsiendi kohta päevas. Antud summa ei sisalda transpordi kulusid.

Patsient või tema hooldaja hankisid SPTsid kohalikust apteegist (Elia et al 2015).

2012 NICE raport hindas päevaseks kuluks patsiendi kohta £6.28 sh transport (Elia et al 2015).

11.2. Tervishoiuökonomilise analüüsi kokkuvõte

Juhime tähelepanu, et vastavalt määruse¹ §9lg4 peab ravimi müügiloa hoidja ühe kuu jooksul pärast ravimiteenusega seotud taotluse avaldamist haigekassa veebilehel esitama ravimi kasutamise

¹ Vabariigi Valitsuse määrus "Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu kriteeriumide täpsem sisu ning kriteeriumidele vastavuse hindajad, tervishoiuteenuste loetelu hindamise tingimused ja kord, tervishoiuteenuste loetelu komisjoni moodustamine ja töökord ning arvamuse andmise kord"

farmakoökonomilise analüüsi, mis on koostatud vastavalt haigekassa veebilehel avaldatud Balti riikide juhisele ravimi farmakoökonomiliseks hindamiseks², välja arvatud juhul, kui on mõjuv põhjus jätta see esitamata. Seega kui taotluse eesmärgiks on „Uue ravimiteenuse lisamine loetellu“ või „Uue ravimikomponendi lisamine olemasolevasse ravimiteenusesse“, tervishoiuökonomilist analüüsi taotlejal vaja esitada ei ole. Majandusliku analüüsi kokkuvõtte esitamine on soovituslik uue tehnoloogia lisamisel loetellu.

11.3 Rahvusvahelised kulutõhususe hinnangud taotletava teenuse (v.a ravimid) näidustuse lõikes
Maksimaalselt palume kajastada 6 hinnangut.

11.3.1 Kulutõhususe hinnangu koostanud asutuse nimi	11.3.2 Hinnangu avaldamise aasta	11.3.3 Lühikokkuvõtte kulutõhususest
<p>Philipson T et al. Impact of Oral Nutritional Supplementation on Hospital Outcomes.</p>	<p>2013</p>	<p>Retrospektiivne uuring (2000-2010 aasta andmed) vaatles 44 miljonit statsionaarset patsiendijuhtumit. Suukaudse toitmise ravi preparaatide (STP) kasutamist (n=580 044) võrreldi juhtumitega, kus ei kasutatud STPsid (n=580 044). Leiti, et patsientidel, kes said STPsid oli</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2.3 päeva võrra lühem statsionaarne ravi (95% CI – 2.42 kuni –2.16), 10.9 päeva vs 8.6 päeva (lühenemine 21.0% võrra). • vähenenud juhtumi maksumus \$4734 võrra (95% CI – \$4754 kuni – \$4714), maksumus \$21,950 vähenes maksumusele \$17,216 (vähenemine 21.6% võrra). <p>Kontrolljuhtudest rehospitaliseeriti 862,960 patsienti. STPsid tarbinud patsientidel oli 2.3% võrra vähenenud tõenäosus 30-päeva jooksul rehospitaliseerimiseks (95% CI – 0.027 kuni – 0.019), rehospitaliseerimise juhud vähenesid 34.3%-lt 32.0%-dile (vähenemine 6.7% võrra).</p> <p>Antud uuringus on välja toodud STPde kasutamise keskmine hind \$88.26 juhtumi kohta. Summa arvatati haiglate poolt antud sisendite põhjal ning sisaldab tööjõukulu ja administratiivseid kulusid. Arvestades, et STPde kasutamine vähendas juhtumi maksumust \$4734 võrra, siis investeeringu tootlus (ROI) on neto \$52.63 iga STPde kulutatud dollari kohta.</p> <p>Antud ROI korrutati \$18,478, mis on keskmine rehospitaliseerimise ravijuhtumi maksumus USA-s (<i>average population episode cost for inpatient readmission</i>). Hinnanguline sääst oli \$314.13 juhtumi kohta. Selle põhjal annab 30-päevase rehospitaliseerimise vältimine ROI \$2.56 iga STPdele kulutatud dollari kohta.</p>
<p>Elia M et al. A Systematic Review of</p>	<p>2016</p>	<p>14 kuluanalüüsi, mis võrdlesid STPde kasutamist ja mittekasutamist (ehk tavakäsitlust). Kaksteist uuringut</p>

² Kättesaadav:

https://www.haigekassa.ee/sites/default/files/balti_juhis_ravimite_farmakoökonomiliseks_hindamiseks.pdf

<p>the Cost and Cost Effectiveness of Using Standard Oral Nutritional Supplements in the Hospital Setting.</p>		<p>eelistasid STPde kasutamist. Kvantitatiivsete andmetega uuringud (12 uuringut) näitasid, et keskmine kulude kokkuvõtte oli 12.2%.</p> <p>Meta-analüüs, mis hõlmas viite Suurbritannias läbi viidud kõhukoopakirurgia läbi teinud patsientide uuringut, näitas et keskmine netokulude kokkuvõtte oli £ 746 patsiendi kohta (se £338; P = 0.027). Kulude kokkuvõtte seostati paranenud ravitulemustega, erinevad uuringu näitasid vähenenud suremust (Risk ratio 0.650, P < 0.05; N = 5 uuringut), vähenenud ravitüsistusi (vähenesid 35% võrra; P < 0.001, N = 7 uuringut) ja vähenenud voodipäevade arvu (keskmiselt ~2 päeva võrra, P < 0.05; N = 5 kirurgilist uuringut), mis vastab ~13.0% võrra lühemale haiglaraviperioodile.</p> <p>Kahes uuringus hinnati STPd kulutõhusaks: ühes uuringus lamaste ennetamise tõttu ning teises uuringus kvaliteetselt elatud eluea pikendamise tõttu.</p>
<p>Elia M et al. A Systematic Review of the Cost and Cost Effectiveness of Using Standard Oral Nutritional Supplements in Community and Care Home Settings</p>	<p>2016</p>	<p>9 uuringut/majandusmudelit hindasid STPde kasutamist. Kui STPsid kasutati <3 kuulise kasutamise puhul näidati sekkumisgrupis võrreldes kontrollrühmaga püsivat keskmist kulude kokkuvõtte 9.2% (P < 0.01).</p> <p>Kui STPsid kasutati ≥3 kuud, siis keskmine kulude kokkuvõtte oli 5% (P > 0.05; 5 uuringut).</p> <p>Randomiseeritud kontrolluuringutes moodustasid STPd 5% kogu kuludest ja investeering ambulatoorses ravis võimaldas kulude kokkuvõtte haiglaravis. Meta-analüüs näitasid statistiliselt oluliselt vähenenud hospitaliseerimist (16.5%; P < 0.001; 9 võrdlust) ja statistiliselt mitte-olulist vähenemist suremuses (RR 0.86 (95% CI, 0.61, 1.22); 8 võrdlust).</p>
<p>Stratton R et al. A Systematic Review and Meta-Analysis of the Impact of Oral Nutritional Supplements on Hospital Readmissions</p>	<p>2013</p>	<p>STPde kasutamisel esines statistiliselt oluline rehospitaalseerimise vähenemine üle 65-aastaste seas erinevates uuringugruppides (ambulatoorsed, statsionaarsed, hooldusabi patsiendid) nii haiguspuhuse alatoitumuse kui erineva toitumusliku seisundi puhul.</p>
<p>11.4 Hinnang isiku omaosaluse põhjendatusele ja isikute valmisolekule tasuda ise teenuse eest osaliselt või täielikult</p> <p><i>Esitatakse isiku omaosaluse vajalikkus ja maksmise võimalused. Omaosaluse vajadusel lisatakse omaosaluse %.</i></p> <p><i>Omaosaluse valmisoleku esitamisel arvestada Ravikindlustuse seaduse § 31 lõikes 3 sätestatud ning selgitada:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <i>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;</i> <i>2) kas teenus on suunatud pigem elukvaliteedi parandamisele kui haiguse ravimisele või kergendamisele;</i> <i>3) kas kindlustatud isikud on üldjuhul valmis ise teenuse eest tasuma ning millest nende otsus sõltub.</i> <p>Omaosalus võib aidata ennetada teenuse kuritarvitamist osalises mahus toitmise vajaduse puhul STPdega.</p>		

Täieliku enteraalse toitmise puhul, mis eelkõige on näidustatud ravimeetodina pediaatrilistel Crohni-tõve ägenemisega patsientidel, on STPde päevane vajadus suur, kuna keskmine päevane toiduenergia vajadus on 1500-3000kcal (5-10 pudelit valmisjooki päevas). Seega päevane omaosaluse hind on patsiendile ravivõimalust piiravaks.

Krooniliste haigusseisundite puhusel, nt tsüstiline fibroos, düsfaagia, väärimendumine, on patsiendi vajadus STPdele tavaliselt pikaajaline, mistõttu samuti on omaosalus kättesaadavust piiravaks teguriks.

12. Tervishoiuteenuse väär- ja liigkasutamise tõenäosus ning kohaldamise tingimused

<p>12.1 Tervishoiuteenuse väärkasutamise tõenäosus</p> <p><i>Esitatakse andmed teenuse võimaliku väärkasutamise kohta (kas on võimalik, mil moel). Nt. risk, et tervishoiuteenust kasutatakse valel patsiendil, mitte piisavat erialast kompetentsi omava tervishoiutöötaja või tugispetsialisti poolt.</i></p>	<p>Võimalik väärkasutamine, kuid ei oma patsiendile ohtu.</p>
<p>12.2 Tervishoiuteenuse liigkasutamise tõenäosus</p> <p><i>Esitatakse andmed teenuse võimaliku liigkasutamise kohta (kas on võimalik, mil moel). Nt. ravi ei lõpetata progressiooni ilmnemisel, ravi alustatakse varem, kui eelnevad ravimeetodid on ära proovitud.</i></p>	<p>Alatoitumus võib olla tingitud ka sotsiaal-majanduslikest (nälg, vaesus) ja psühholoogilistekäitumuslikest (vabatahtlik näljutamine, lein, vähene enesehool) teguritest ning esineda kliiniliselt määratletava haigusseisundita. Sellistel puhkudel ei ole toitmisravi kasutamine enamasti näidustatud, kuid võib olla raskesti eristatav tegelikust vajadusest.</p>
<p>12.3 Patsiendi isikupära ja eluviisi võimalik mõju ravi tulemustele</p> <p><i>Kas patsiendi sugu, vanus, eluviis vms omab mõju ravi tulemustele? Kui jah, tuua välja faktor ja tema mõju.</i></p>	<p>Probleemid võivad tekkida kui STPsid määratakse patsientidele, kellel on alkoholi või narkootiliste ainete sõltuvus.</p> <p>STPsid võidakse kasutada tavatoidu asemel, mistõttu ei saavutata nende kasutamisest soovitud lisanduvat koguenergia ja toitainete pakkumise suurenemist ja kliinilist efekti. STPsid võidakse anda oma pereliikmetele/sõpradele või müüa edasi sissetuleku saamiseks. Sõltuvusega patsientide monitooring on keerulisem, kuna patsiendid ei pruugi vastuvõtudele kohale ilmuda.</p> <p>Soovitus on mitte määrata SPTsid patsientidele, kellel on sõltuvushäired, välja arvatud kui neil esineb vähemalt üks järgnevatest kriteeriumitest:</p> <ul style="list-style-type: none"> » KIMI <18.5kg/m². » Märkimisväärne kaalulangus (s.o >10% algkaalust) » Kaasnev haigus, mis võib mõjutada kaalu ja/või toiduenergia ja toitainete saamist » Toidu tõhustamise soovitus on antud ja neid on järgitud vähemalt 4 nädalat.

	STPde kasutamise alustamisel peaks määratlema selle optimaalseks kasutamiseks koheisel ka kasutamise kestvuse ja vajaduse jätkumise korduvhindamise aja.
12.4 Kas tervishoiuteenuse ohutu ja optimaalse kasutamise tagamiseks on vajalik kohaldamise tingimuste sätestamine	Ei
12.5 Tervishoiuteenuse kohaldamise tingimused <i>Kui 12.4 on vastatud jaatavalt, palume sõnastada teenusega seotud rakendustingimused, mis aitaksid tagada tervishoiuteenuse ohutut ja optimaalset kasutust.</i>	

13. Kasutatud kirjandus

Kasutatud kirjandusallikate viide esitatakse järgmiselt:

Esimene autor. Artikli nimetus. Väljaandja (artikli puhul ajakirja, -lehe nimi; raamatu puhul kirjastuse nimi), ilmumise aasta, kuu ning ajakirja puhul selle number, lehekülgede numbrid.

Nt: Pouwer F et al. Association between symptoms of depression and glycaemic control may be unstable across gender. Diabetic medicine: a journal of the British Diabetic Association, 2001, Jul;18(7), 595-598.

Võimalusel esitatakse lisaks veebilink. Kui elektroonilisi viiteid ei ole võimalik esitada, esitatakse taotlusega koos viidatud materjalidest elektroonsed või paberandjal koopiad.

- Baldwin C et al. Oral Nutritional Interventions in Malnourished Patients With Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Natl Cancer Inst 2012, 104, 5, 371-85. DOI: /10.1093/jnci/djr556
- Beck A-M et al 2013. Oral Nutritional Support of Older (65 Years+) Medical and Surgical Patients After Discharge From Hospital: Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. Clin Rehabil, 27, 1, 19-27. DOI: 10.1177/0269215512445396
- Brotherton A et al 2010. Malnutrition Matters Meeting Quality Standards in Nutritional Care. BAPEN, 2010. <https://www.bapen.org.uk/pdfs/toolkit-for-commissioners.pdf>
- Carey S et al. Long-term nutrition support in gastrointestinal disease—A systematic review of the evidence. Nutrition, 2012, 28, 1. DOI: 10.1016/j.nut.2011.07.004
- Cederholm T et al. ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition. Clinical Nutrition, 2017 36, 49-64. DOI: 10.1016/j.clnu.2016.09.004
- Cederholm T et al. GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition - A consensus report from the global clinical nutrition community. Clinical Nutrition, 2018, 38, 1-9. DOI: 10.1016/j.clnu.2018.08.002
- Elia M et al. A Systematic Review of the Cost and Cost Effectiveness of Using Standard Oral Nutritional Supplements in the Hospital Setting. Clinical Nutrition, 2016, 35, 2, 370-380. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2015.05.010>
- Elia M et al. A Systematic Review of the Cost and Cost Effectiveness of Using Standard Oral Nutritional Supplements in Community and Care Home Settings. 2016. Clin Nutr, 35, 1, 125-37. DOI: 10.1016/j.clnu.2015.07.012
- Feinberg J et al. Nutrition support in hospitalised adults at nutritional risk. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, 5, 5, CD011598 DOI: 10.1002/14651858.CD011598.pub2
- Greco M et al Enhanced recovery program in colorectal surgery: a meta-analysis of randomized controlled trials. World J Surg. 2014 Jun;38(6):1531-41. doi: 10.1007/s00268-013-2416-8.
- Holdoway A et al. A Guide to Managing Adult Malnutrition in the Community. BAPEN, 2017. https://www.malnutritionpathway.co.uk/library/managing_malnutrition.pdf
- Lewis S et al. Early enteral feeding versus "nil by mouth" after gastrointestinal surgery: systematic review and meta-analysis of controlled trials. British Medical Journal, 2001, 323(7316). DOI: 10.1136/bmj.323.7316.773
- Liu M et al. The Role of Perioperative Oral Nutritional Supplementation in Elderly Patients After

Hip Surgery. Clin Interv Aging , 2015, 10, 849-58. DOI: 10.2147/CIA.S74951

- Narula N et al. Enteral nutritional therapy for induction of remission in Crohn's disease. Cochrane Database Syst Rev. 2018, 4, 4, CD000542. DOI: 10.1002/14651858.CD000542.pub3
- Philipson et al. Impact of Oral Nutritional Supplementation on Hospital Outcomes. The American Journal of Managed Care, 2013, 19, 2, 121-128. <https://www.ajmc.com/journals/issue/2013/2013-1-vol19-n2/impact-of-oral-nutritional-supplementation-on-hospital-outcomes>
- Poel E et al. Socioeconomic inequality in malnutrition in developing countries. Bull World Health 2008, 86, 4, 241-320. <https://www.who.int/bulletin/volumes/86/4/07-044800.pdf>
- PrescQIPP. Guidelines for the appropriate prescribing of oral nutritional supplements (ONS) for adults in primary care. 2017. <https://www.prescqipp.info/media/1512/b145-ons-guidelines-30.pdf>
- Rasmussen H et al. Clinical nutrition in Danish hospitals. A questionnaire study among physicians and nurses. Ugeskrift for Læger, 2000, 162, 27, 3855-3860. DOI: 10.1016/s0261-5614(99)80005-3
- Schuetz P et al. Individualised nutritional support in medical inpatients at nutritional risk: a randomised clinical trial. Lancet 2019, 393(10188), 2312-2321. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32776-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32776-4)
- Singer P et al. ESPEN guideline on clinical nutrition in the intensive care unit. Clinical Nutrition, 2018, 38, 48-79. DOI: 10.1016/j.clnu.2018.08.037
- Stratton R et al. A Systematic Review and Meta-Analysis of the Impact of Oral Nutritional Supplements on Hospital Readmissions. Ageing Res Rev; 2013, 12(4), 884-97. DOI: 10.1016/j.arr.2013.07.002
- Wang B et al. Nutritional assessment with different tools in leukemia patients after hematopoietic stem cell transplantation. Chinese Journal of Cancer Research, 2017, 25, 762-769. DOI: 10.3978/j.issn.1000-9604.2013.12.09
- White J et al. Consensus Statement: Academy of Nutrition and Dietetics and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition: Characteristics Recommended for the Identification and Documentation of Adult Malnutrition (Undernutrition). Journal of Parenteral & Enteral Nutrition, 2012, 36, 3, 275-283. DOI: 10.1177/0148607112440285
- Yu Y et al. Exclusive enteral nutrition versus corticosteroids for treatment of pediatric Crohn's disease: a meta-analysis. World J Pediatr, 2019, 15, 1, 26-36. DOI: 10.1007/s12519-018-0204-0
- Zhang et al. The Management Strategies of Cancer-Associated Anorexia: A Critical Appraisal of Systematic Reviews. BMC Complement Altern Med, 2018, 18, 1, 236. DOI: 10.1186/s12906-018-2304-8

Taotluse esitamise kuupäev	30. november 2019
Taotleja esindusõigust omava isiku nimi ja allkiri <i>Elektroonsel esitamisel allkirjastatakse dokument digitaalselt ning nime alla lisatakse järgmine tekst "(allkirjastatud digitaalselt)".</i>	<i>Hanna-Liis Lepp /allkirjastatud digitaalselt/</i>
Kaastaotleja esindusõigust omava isiku nimi ja allkiri <i>Kui taotlus esitatakse mitme erialaühenduse poolt, tuleb taotlus allkirjastada ka kaastaotleja poolt. Elektroonsel esitamisel allkirjastatakse dokument digitaalselt ning nime alla lisatakse järgmine tekst "(allkirjastatud digitaalselt)".</i>	