

## 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 (Registrikood: 80255300)
1.2 Taotleja postiaadress	J. Sütiste tee 19 Tallinn 13419 Harjumaa
1.3 Taotleja telefoninumber	[REDACTED]
1.4 Taotleja e-posti aadress	[REDACTED] Hanna-Liis.Lepp@regionaalhaigla.ee
1.5 Kaastaotleja	Katre Trofimov (Eesti Tsöliaakia Selts)
1.6 Kaastaotleja e-posti aadress	katre@tsoliaakia.ee
1.7 Kontaktisiku ees- ja perekonnanimi	Maarja Lember
1.8 Kontaktisiku telefoninumber	[REDACTED]
1.9 Kontaktisiku e-posti aadress	[REDACTED]

2. Taotletav tervishoiuteenus	
2.1. Tervishoiuteenuse kood tervishoiuteenuste loetelus olemasoleva tervishoiuteenuse korral	Puudub
2.2 Tervishoiuteenuse nimetus	Toitumisterapeudi nõustamine tsöliaakia või herpetiformse dermatiidi korral eriarsti suunamisel.
2.3. Taotluse eesmärk <i>Märkida rist <u>ihe</u>, kõige kohasema taotluse eesmärgi juurde. Risti lisamiseks vajutada sobilikul ruudul parempoolsele hiireklahvile ning avanenud menüüst valida „Properties“ – „Default value“ – „Checked“</i>	

### X Uue tervishoiuteenuse lisamine loetellu

- Uue ravimiteenuse lisamine loetellu
- Uue ravimikomponendi lisamine olemasolevasse ravimiteenusesse
- Uue tehnoloogia lisamine loetelus olemasolevasse teenusesse
- Olemasolevas tervishoiuteenuses sihtgrupi muutmine (sh. laiendamine või piiramine)
- Eriala kaasajastamine (terve ühe eriala teenuste ülevaatamine)
- Loetelus olemasoleva tervishoiuteenuse piirhinna muutmine, mis ei tulene uue ravimikomponendi või tehnoloogia lisamisest olemasolevasse teenusesse (nt. teenuses olemasoleva kulukomponendi muutmine)<sup>1</sup>
- Loetelus olemasoleva tervishoiuteenuse kohaldamise tingimuste muutmine, mis ei tulene uue ravimikomponendi või uue tehnoloogia lisamisest olemasolevasse teenusesse ega teenuse sihtgrupi muutmisest (nt. teenuse osutajate ringi laiendamine, teenuse kirjelduse muutmine)<sup>2</sup>
- Loetelus olemasoleva tervishoiuteenuse kindlustatud isiku omaosaluse määra, haigekassa poolt kindlustatud isikult ülevõetava tasu maksmise kohustuse piirmäära muutmine<sup>3</sup>
- Loetelus olemasoleva tervishoiuteenuse nimetuse muutmine<sup>4</sup>
- Tervishoiuteenuse väljaarvamine loetelust<sup>5</sup>
- Üldkulude ühikuhindade muutmine vastavalt määruse „Kindlustatud isikult tasu maksmise kohustuse Eesti Haigekassa poolt ülevõtmise kord ja tervishoiuteenuse osutajatele makstava tasu arvutamise metoodika“ § 36 lõikele 2<sup>6</sup>

<sup>1</sup> Vajalik on täita taotluse punktid 1-2 ja 6

<sup>2</sup> Vajalik on täita taotluse punktid 1, 2 ja 12 ning kui on kohaldatav, siis ka 7 ja 8

<sup>3</sup> Vajalik on täita taotluse punktid 1, 2, 5.1, 11.4 ja 12.

<sup>4</sup> Vajalik on täita taotluse punktid 1-2

<sup>5</sup> Vajalik on täita taotluse punktid 1-2 ja 5.1

## 2.4 Taotluse eesmärgi kokkuvõtlik selgitus

*Esitada lühidalt taotluse eesmärgi kokkuvõtlik selgitus, mida taotletakse ja millistel põhjustel.*

**Teenuse osutamise meditsiiniliseks näidustuseks on tsöliaakia ja herpetiformse dermatiidi haiguste raviks rakendatava gluteenivaba ja tasakaalustatud eridieedi korrektse läbiviimise jälgimine ning seejuures alatoitumuse ning toitaineliste defitsiitide ning nendest tingitud terviseriskide vältimine.**

Tsöliaakia on eluaegne autoimmunne haigus, mille ainsaks raviks on range gluteenivaba eridieedi jälgimine. Gluteen on üldnimetus teravilja valkudele, mida leidub nisus, rukkis, odras ja neist valmistatud toodetes kuid ka koostisainena mitmetes töödeldud toitudes ja jookides. Gluteenivaba dieedi jälgimine nõuab patsiendi spetsiifilist harimist, mida enamikes riikides pakuvad väljaõppinud toitumisterapeutid või dietoloogid. Lisaks täielikule gluteeni vältimisele on oluline ka mikrotoitainete sisaldus tsöliaakia patsiendi toidusedelis, kuna kahjustunud peensoole absorptsioonivõime vähenemise tõttu on suurem risk toitainevaegustest tingitud haigusseisundite tekkeks (rauavaegusaneemia, osteoporoos) ning risk süveneb veelgi tasakaalustamata menüüga.

Sagedasti hilineb tsöliaakia diagnoosimine, täiskasvanute seas on raporteeritud keskmiselt 10 aastat esimeste sümptomite ilmnemisest kuni ametliku diagnoosini<sup>1</sup>. Peensoole hattude kahjustumisega võib tekkida ka ajutine laktoositalumatus. Seetõttu on osteoporoosi esinemine tsöliaakia patsientidel sage<sup>2</sup>. Kaltsiumiallikate rikka gluteenivaba dieediga võib aga saavutada optimaalse luude remineraliseerumise ning on leitud, et luu remineraliseerumine on suurim esimese aasta jooksul peale gluteenivaba dieediga alustamist<sup>2</sup>. Seega koheselt diagnoosi järgselt saadaval põhjalikul toitumisenõustamisel on oluline roll luumurru riski vähendamisel ning teiste subkliiniliste vitamiinide ja mineraalide defitsiitide vältimisel ja ravil.

Laste seas on sagedane I tüüpi diabeedi (T1DM) ja tsöliaakia koosesinemine, tsöliaakiat esineb ligikaudu 5% T1DM haigetel<sup>3</sup>. Mõlemad haigused nõuavad toitumisalast nõustamist: tsöliaakia sümptomite taandumiseks ning diabeet optimaalseks glükeemiliseks kontrolliks<sup>4</sup>.

Eluaegne gluteenivaba eridieet võib olla patsiendile raske aktsepteerida ja järgida<sup>5,6</sup>. On leitud, et arsti ja toitumisterapeuti meeskonnatöö on parim, et tagada optimaalsem dieedi järgimine ja järelkontroll<sup>7</sup>.

Toitumisenõustamine on essentsiaalne tsöliaakia patsiendi ravikäsitluses, kuna patsiendi vähene teadlikus ja sümptomite taandumine võib põhjustada ebapiisava ravisooatumuse ja kaasnevate terviseriskide süvenemise.

### 3. Tervishoiuteenuse meditsiiniline näidustus

3.1 Tervishoiuteenuse meditsiiniline näidustus (ehk sõnaline sihtgrupi kirjeldus)	Pediaatrilised ja täiskasvanud patsiendid, kellel on diagnoositud tsöliaakia, gluteenitundlik enteropaatia või herpetiformne dermatiit.
3.2 Tervishoiuteenuse meditsiiniline näidustus RHK-10 diagnoosikoodi alusel (kui on kohane)	<b>K90.0</b> Tsöliaakia (Morbus coeliacus) ja Gluteenitundlik soolehaigus e enteropaatia (Enteropathia ex gluteno) <b>L13.0</b> Herpetiformne e ohatisjas dermatiit e nahapõletik (Dermatitis herpetiformis)

<sup>6</sup> Vajalik on täita taotluse punktid 1 ja 2 ning seejärel esitada kuluandmed metoodika määruse lisades 12 ja 13 toodud vormidel: „Tervishoiuteenuse osutaja kulud ressursside kaupa“ ja „Tervishoiuteenuse osutaja osutatud teenuste hulgad“

### 3.3 Näidustuse aluseks oleva haiguse või tervise seisundi iseloomustus

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

**Levimus:** 10a taguse uuringu kohaselt on tsöliaakia levimus Eestis 0,34%<sup>8</sup>, Soomes 0,5%<sup>9</sup> ning haiguse levimus on tõenäoliselt kasvutendensiga ulatudes kuni 1% rahvastikust<sup>10</sup>. Haigus võib esineda igas vanuses, sagedamini diagnoositakse see 40-60 eluaastates. Eesti esineb keskmiselt 8814 inimesel (0,34-1% on 4473 -13 156 in.) tsöliaakiat.

**Elumus:** Suremus on tsöliaakia patsientidel Rootsis läbiviidud uurimuse kohaselt kaks korda suurem kogusuremust arvestades ja 1,4 korda suurem ainult tsöliaakiast tingitud suremust arvestades võrreldes tervete populatsiooniga<sup>11</sup>. Dieedi mittejärgimise puhul on ägenemistest ja komplikatsioonidest tingitud suremus teadmata. Diagnoosimata või gluteenivaba dieeti mittejärgivatel patsientidel hinnatakse maliigsete protsesside tekke ohtu 50–100 korda suuremaks kui üldrahvastikus<sup>8</sup>.

#### **Sümptomaatika:**

Sümptomite tüüp ja tõsidus on individuaalne. Sagedamini esinevad seedetrakti sümptomid: kõhuvalu, krooniline või vahelduv kõhulahtisus, meteorism, iiveldus, kuid võib esineda ka ainult kõhnumine, väsimus, rauavaegusaneemia, vitamiin B12 defitsiit, folaadidefitsiit, nahalööve (Herpetiformne dermatiit)<sup>12</sup>.

Lastel olenevad sümptomid vanusest, enamasti on selleks vähene söögiisu, ebapiisav kaaluiv, kasvupeetus, sagedane kahvatu roe, meteorism, letargia, halb meeleolu, kerge ärritavus, toitainevaegused<sup>13</sup>.

Diagnoosimata tsöliaakia ja mittetäieliku gluteeni vältimise puhul on **tagajärgedeks:**

- Kaltsiumi väärimendumine, mis põhjustab luude demineraliseerumise, mistõttu seostub tsöliaakia osteoporoosi ja luumurdude kõrge riskiga<sup>14</sup>. Sagedasti esineb ka jäävhamaste emaili- ja struktuuridefekte. Ligikaudu 20-50% tsöliaakia patsientidest esineb vähenenud luutihedust, osteopeeniat või osteoporoosi juba haiguse diagnoosimise hetkel<sup>15</sup>.
- Kroonilised ja ravile mittealluvad toitainevaegused, sagedamini rauavaegusaneemia.
- Lastel lühike kasv ja kasvupeetus.
- Viljatus. Malabsorptsiooni tõttu jääb tsöliaakiahaige organismis puudu hormoonide, s.h suguhormoonide valmistamiseks vajalikest toidainetest, sh valkudest. Suguhormoonide vaegusest tekivad sugunäärmete funktsiooni häired võivad olla hilisemate reproduktiivsete häirete põhjuseks<sup>1</sup>. Diagnoosimata tsöliaakia on seostatud vähenenud võimekusega viljastuda ja rasedusaegsete komplikatsioonidega, nt raseduse katkemise suurenenud riskiga. Gluteenivaba dieedi jälgimine vähendab neid riske üldpopulatsiooniga võrreldavale tasemele.
- Ebanormaalne maksafunktsioon. Kõrge transaminaaside taset on leitud 42% uutest tsöliaakiajuhtudest<sup>16</sup>. Seejuures leitakse patsientidel maksabiopsial mittespetsiifiline reaktiivne hepatiit<sup>8</sup>. Transaminaaside tase normaliseerub gluteenivaba dieedi jälgimisel.

Haruldased komplikatsioonid:

- Tsöliaakia suurendab riski maliigsete peensoole lümfoomide, eelkõige mitte-Hodgkin's lümfoomide tekkeks<sup>17,18</sup>. Lümfoomi risk väheneb range gluteenivaba dieedi jälgimisega ning 5 aasta möödudes on risk võrreldav üldpopulatsiooniga<sup>19</sup>.

Herpetiformse dermatiidi sümptomiks on sügelev peenevilliline nahalööve. Enamikel patsientidest

puuduvad tsöliaakiale viitavad vaevused ja sümptomid, kuid esineb tsöliaakiale iseloomulik peensoole hattude atroofia. Seega on selle diagnoosi puhul gluteeni saamisel toiduga sarnased komplikatsioonid, mis tsöliaakia diagnoosiga patsientidel ning need patsiendid vajavad samasugust dieedialast nõustamist.

#### 4. Tervishoiuteenuse tõenduspõhisus

##### 4.1 Teaduskirjanduse otsingu kirjeldus

Valikkriteeriumid:

- Tsöliaakiateemalised artiklid ajakirjas Eesti Arst
- Tsöliaakia Briti Ühendkuningriigi ja Soome ravijuhendid
- Andmebaas PubMed
- Märksõnad: gluten enteropathy OR coeliac/ceeliac AND diet\* AND adherence
- Täpsustavad kriteeriumid: täistekstina kättesaadavad ingliskeelsed artiklid, mis on avaldatud alates 1. jaanuarist 2000
- Meta-analüüsid, süstemaatilised ülevaade, kliinilised uuringud
- 111 kokku, relevantseid 6 uuringut, meetodite tõttu kasutatud 1 süstemaatiline ülevaade.

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

4.2.1 Uuringu sihtgrupp ja uuritavate arv uuringugruppide lõikes	Süstemaatiline uuring: Hall et al 2009 <sup>20</sup> 401 inglise keelset uuringut, süstemaatiliselt analüüsiti neist 38.	
4.2.2 Uuringu aluseks oleva ravi/ teenuse kirjeldus	Gluteenivaba dieedist kinnipidamine.	
4.2.3 Uuringus võrdlusena käsitletud ravi/teenuse kirjeldus	-	
4.2.4 Uuringu pikkus	-	
4.2.5 Esmane tulemusnäitaja <i>Uuritava teenuse esmane mõõdetav tulemus /väljund</i>	Tegurid, mis soodustavad gluteenivaba dieedist kinnipidamist.	
4.2.6 Esmase tulemusnäitaja tulemus	Regulaarne toitumisalane nõustamine ja jälgimine. Liikmelisus patsiendi seltsides. Kognitiivsed ja emotsionaalsed ning sotsiaalmajanduslikud mõjutused.	
4.2.7 Teised tulemusnäitajad	-	
4.2.8 Teiste tulemusnäitajate tulemused	-	

##### 4.3 Tervishoiuteenuse tõenduspõhisuse 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 $< 1/10$ )	-

Masked kõrvaltoimed	-
Võimalikud tüsistused	-
4.3.2 Kõrvaltoimete ja tüsistuste ravi	
Gluteenivaba dieet on efektiivne, ohutu ja sellel puuduvad kõrvaltoimed ning praegu on see ainus kättesaadav tsöliaakia ravi. Patsiendi õpetamine ja toitumisalane nõustamine on ainuke praktiline efektiivne viis tasakaalustatud gluteenivaba dieedi järgimiseks ja ravisoostumuse tagamiseks.	
4.4. Tervishoiuteenuse osutamise kogemus maailmapraktikas	
Varajane dieetravi vähendab selliste tsöliaakia komplikatsioonide riski nagu luuhõrenemine ja lümfoom ning rasedusaegsed komplikatsioonid <sup>9</sup> . Dieedi mõju kohta viljatuse ärahoidmiseks puudub täpsem teave <sup>9</sup> .	

5. Tõendus põhinevus võrreldes alternatiivsete tõendus põhiste raviviisidega			
5.1 Ravikindlustuse poolt rahastatav alternatiivne tõendus põhine raviviis tervishoiuteenuste, soodusravimite või meditsiiniseadmete loetelu kaudu..			
Alternatiivi liik	Alternatiiv	Lisaelgitus / märkused	
Gluteenivaba dieet on tsöliaakia ja herpetiformse dermatiidi puhul ainuke ravimeetod, millel puudub alternatiiv. Herpetiformse dermatiidi puhul võib lisanduda dieetravile dapsoon-ravi. Tõendus põhiseid uuringuid või hinnanguid toitumisnõustamise efektiivsuse kohta Eestis pole läbi viidud.			
2.	-	-	
3.	-	-	
5.2 Taotletava teenuse ja alternatiivse raviviisi sisaldumine Euroopa riikides aktsepteeritud ravijuhistes			
Ravijuhise nimi	Aasta	Soovitused ravijuhises	Soovituse tugevus ja soovituse aluseks oleva tõendus põhise tase
		Soovitused taotletava teenuse osas	
Soovitused alternatiivse raviviisi osas			
1.Coeliac disease: recognition, assessment and management. National Institute for Health and Care Excellence NICE Guideline NG20 <sup>21</sup> .	2015	Esmase diagnoosiga tsöliaakia patsient peaks saama täieliku toitumusliku hindamise ja teavet <u>väljaõppinud tervishoiutöötajalt</u> gluteenivaba dieedi jälgimise kohta, sealhulgas: *gluteeniallikad ja nende alternatiivsed toiduained *Toidupakendite lugemine *Gluteenivaba toiduga seotud teabeallikad *Kuidas tulla toime sotsiaalsete olukordade (reisimine, väljas söömine) *Ristsaastumise vältimine  Refraktaarne ja remissioonis olev tsöliaakia vajab <u>toitumisterapeudi</u>	„People with CD should be referred to a registered dietitian who is knowledgeable about CD in order to receive a thorough nutritional assessment and education on the GFD. (Strong recommendation, moderate level of evidence)“

		(dietitian) hinnangut võimalike „peidetud“ gluteeniallikate kohta menüüs.	
2. <b>Kaypá hoito-suositus . Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Gastroenterologia nyhdistys ry:n asettama työryhmä „Keliakia“ Päivitetty 1.11.2010</b>		Esmase diagnoosiga tsöliaakia patsient peaks saama toitumisalast nõustamist ja teavet <u>toitumisterapeudilt</u> gluteenivaba dieedi jälgimise kohta, vajadusel korduvat toetavat nõustamist esimese kuue kuu jooksul. Edasine nõustamine peaks toimuma vajaduspõhiselt ning toitumisterapeudi nõustamine peaks olema vajadusel ka hiljem kättesaadav.	

### 5.3 Kokkuvõte tõendus põhisusest võrreldes alternatiivsete tõendus põhiste raviviisidega

Gluteenivaba dieedi jälgimisel vähenevad seedetrakti sümptomid esimese 2-3 nädalaga<sup>1</sup>. Seedetrakti sümptomite vähenemine parandab enesetunnet ja seeläbi ka elukvaliteeti<sup>23</sup>.

Peensoolelimaskestast taastumisel toitainete imendumine pareneb ja toitainevaegused vähenevad. Luude demineraliseerumise peatumisel võib vähendada luumurude riski kõrgemas eas. Peensoole laktaasi ensüümi taastudes taandub laktoositalumatus.

Tasakaalustatud toitumine aitab ennetada mitmeid kroonilisi haiguseid: tüüp 2 diabeet, hüperlipideemia, ülekaal ja rasvumine. Eelpool mainitud haiguseisundite tekkerisk tsöliaakia haigetel sama, mis üldpopulatsioonis. Lastel puhul, on adekvaatne toitumise nõustamine oluline, et tagada eakohane kasvamine ja areng. Kasvupeetus ja subkliinilised toitainevaegused võivad põhjustada komplikatsioone täiskasvanu eas<sup>24</sup>.

Alternatiivne teenus toitumisterapeudi vastuvõtule on informatsioon, mida saadakse gastroenteroloogide vastuvõtu ajal. Toitumisterapeutidel on toitumisteaduse alane väljaõpe. Seega on ainukesed tervishoiu spetsialistid kelle on pädevust individuaalset harida patsienti seoses gluteenivaba toitumisega, samaaegselt tagades võimalike toitainete vaegustest tekitatud haiguseriskide leevendamist võttes arvesse patsientide teadmisi toitumisest ja söögivalmistamises, patsiendi eelistusi ning sotsiaalmajanduslikku tasuta. On näidatud, et patsiendid eelistavad järelmonitooringuks toitumisterapeudi (dietoloogi) vastuvõtte<sup>25</sup>.

## 6. Tervishoiuteenuse osutamiseks vajalike tegevuste kirjeldus

### 6.1 Teenuse osutamise kirjeldus

1. Gastroenteroloog või sisearst või nahaarst või pediatater diagnoosib tsöliaakia või herpetiformse dermatiidi (vereanalüüsi ja biopsia põhine).
2. Suunab patsiendi toitumisterapeudi juurde.
3. Enne konsultatsiooni toitumisterapeut analüüsib patsiendi eelnevalt täidetud toidupäeviku.
4. Toitumisterapeudi vastuvõtt (60 minutit): mis on gluteen, gluteeni sisaldavad toidud, toidu ristsaastumine gluteeniga. Gluteeni sisaldavate toitude asendamine, et tagada dieedi aktsepteeritavus, tasakaalustatus, toitaineline adekvaatsus ja patsiendi soostumus.

Mikrotoitainete koguse suurendamine menüüs (Ca, Fe). Elustiili soovitus, et vähendada osteoporoosi tekkeriski. Vajadusel soovitus laktositalumatuse, rauavaegusaneemia ja teiste kaasuvate haiguste või haigusriskide vähendamiseks (diabeet, kasvupeetus).

5. 6 kuu möödudes kordus vereanalüüs ja toitumisterapeudi kordusvisiit hindamaks patsiendi ravisoostumust ja võimalikke „varjatud“ gluteeni allikaid.

6. 12 kuu möödudes järelkontroll. Järelkontrollile saabudes on enamikel patsientidel küsimused gluteenivaba toitumise ja elustiili jätkamise vajaduse kohta<sup>5</sup>. Järelmonitooringu teemad: võimalik gluteeni olemasolu menüüs, kaltsiumi tarbimine, ravisoostumus, sümptomite parenemine, toitumuslik seisund, vereanalüüsi tulemused, toitainete defitsiitide olemasolu ja riski hindamine.

Kui vereanalüüsis on tsöliaakia markerid normis siis on soovituslik iga aastane patsiendi jälgimine<sup>12</sup> või nõustamine vastaval vajadusele (kordusnõustamine ägenemiste või defitsiidi sümptomite tekkel).

## 7. Tingimused ja teenuseosutaja valmisolek kvaliteetse tervishoiuteenuse osutamiseks

7.1 Tervishoiuteenuse osutaja	Piirkondlik haigla, keskhaigla
7.2 Kas tervishoiuteenust osutatakse ambulatoorselt, statsionaarselt, ja/või päevaravis/päevakirurgias?	Ambulatoorne tervishoiuteenus, statsionaarne konsultatiivne teenus
7.3 Raviarve eriala	Hetkel pole teenust ravirahastamise lepingutes arvestatud. Antud teenus peaks lisanduma gastroenteroloogia, sisehaiguste, pediatría ja dermatoveneroloogia eriala ravi rahastamise lepingutele.
7.4 Minimaalne tervishoiuteenuse osutamise kordade arv kvaliteetse teenuse osutamise tagamiseks	Diagnoosi saamisel esimese aasta jooksul 3 konsultatsiooni (0-kuu, 6-kuud, 12-kuud). Edaspidi iga-aastane konsultatsioon või kord 2 aasta jooksul <sup>8</sup> või vastavalt vajadusele kui ravisoostumus on madal <sup>26</sup> .
7.5 Personali (täiendava) väljaõppe vajadus	Vajalik on toitumisterapeudi kutsestandard. Kutsestandard on leitav: <a href="https://www.kutsekoda.ee/et/kutsereregister/kutsestandardid/10500696">https://www.kutsekoda.ee/et/kutsereregister/kutsestandardid/10500696</a> Tartu Tervishoiu Kõrgkool pakub toitumisterapeudi täiendkoolitust. Kutsestandardit saab taotleda igal aastal.
7.6 Teenuseosutaja valmisolek	Vajalik on vastuvõtukabineti olemasolu, patsientide registreerimisvõimalus vastuvõtule. Hetkel on valmisolek tsöliaakia patsientide nõustamiseks Tartu Ülikooli Kliinikumil, Põhja-Eesti Regionaalhaiglal ja Tallinna Lastehaiglal: <ul style="list-style-type: none"> <li>• TÜKis töötab kaks kutsestandardiga toitumisterapeuti: Kristel-Ehala Aleksejev, Siret Saarsalu.</li> <li>• PERHis töötab kaks kutsestandardiga toitumisterapeuti: Anni Laas, Maarja Lember (0,5 kohta)</li> <li>• Tallinna Lastehaiglas üks kutsestandardiga toitumisterapeut: Maarja Lember (0,5 kohta)</li> </ul> Kutsetunnistuste register: <a href="https://www.kutsekoda.ee/et/search?q=toitumis">https://www.kutsekoda.ee/et/search?q=toitumis</a>

## 8. Teenuse osutamise kogemus Eestis

8.1 Kas teenust on varasemalt Eestis osutatud?	Antud teenust ei ole osutatud Eestis v.a erasektori tasuline toitumisenõustamine.
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	Ühele raviarvele kodeeritakse üks nõustamine.		
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	20	2	40
2. aasta	15	2,5	38
3. aasta	15	2,5	38
4. aasta	20	2,5	50
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>			
Hetkel puudub tõendusmaterjal, mille põhjal saaks väita, milline on kõige efektiivsem tsöliaakia haigete jälgimise sagedus <sup>12</sup> . Soovitus on esmase diagnoosiga patsiente esimese haigusaasta jooksul nõustada vähemalt 3 korda. Hea ravisoodumuse puhul on soovitus nõustamist läbi viia vastavalt vajadusele. Soovituslik on nõustada aga kõiki ravirefraktaarseid või ägenemistega patsiente, leidmaks ägenemise põhjused ja võimalikud „varjatud“ gluteeni allikad menüüs <sup>21,26</sup> .			
Täpne info tsöliaakia esmasjuhtude kohta Eestis puudub, kuid Eesti Tsöliaakia Seltsi uurimustöö alusel on tsöliaakia diagnoosi saanud aastatel 2010-2014 keskmiselt 7 inimest aastas <sup>27</sup> . Valimi suurus 38 inimest.			
Kuna antud teenus pole varasemalt tsöliaakiapatsientidele kättesaadav olnud, võib esimestel aastatel olla vajadus teenuse järgi suurem. Tõenäoliselt on juba varasemalt diagnoositud, kuid tasakaalustamist vajavate dieetidega patsient esimestel aastatel rohkem. Kuna on oodata haiguse levimuse suuremist siis ka vajadus teenuse järgi suureneb.			
9.4 Tervishoiuteenuse mahtude jagunemine raviasutuste vahel			
<i>Tabel on vajalik täita juhul, kui tervishoiuteenuse ravijuhud tuleb planeerida konkreetsetesse raviasutustesse, st. tegu on spetsiifilise tervishoiuteenusega, mida hakkaksid osutama vähesed raviasutused.</i>			
9.4.1 Raviasutuse nimi	9.4.2 Raviarve eriala raviasutuste 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	-
10.2 Tervishoiuteenused, mis lisanduvad alternatiivse teenuse kasutamisel ravijuhule	-
10.3 Kas uus teenus asendab mõnda olemasolevat tervishoiuteenust osaliselt või täielikult?	Asendab osaliselt gastroenteroloogi eriarsti või gastroenteroloogia õe vastuvõttu toitumisnõustamise vajaduse osas.
10.4 Kui suures osas taotletava teenuse puhul on tegu uute ravijuhtudega?	Ei lisandu uusi ravijuhte.
10.5 Taotletava tervishoiuteenusega kaasnevad samaaegselt, eelnevalt või järgnevalt vajalikud tervishoiuteenused (mida ei märgita taotletava teenuse raviarvele), soodusravimid, ja meditsiiniseadmed isiku kohta ühel aastal.	Kaasnevaid tervishoiuteenuseid ei lisandu. Tegum on patsienti hariva sekkumisega.
10.6 Alternatiivse raviviisiga kaasnevad (samaaegselt, eelnevalt või järgnevalt) vajalikud tervishoiuteenused (mida ei märgita taotletava teenuse raviarvele), soodusravimid, ja meditsiiniseadmed isiku kohta ühel aastal.	Ei kaasne tervishoiuteenuseid.
10.7 Kas uus tervishoiuteenus omab teaduslikult tõendatult erinevat mõju töövõimetuse kestvusele võrreldes alternatiivse raviviisiga?	Hetkel puudub statistika, mis on töövõimetuse kestvus seoses gluteenivaba dieedi puuduliku järgimisega ning palju antud sekkumine töövõimetuse kestvust mõjutaks. Ei ole eetilise mitte soovitada tavadieeti tsöliaakia diagnoosi saanud patsientidele.
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 ravimi või tehnoloogia maksumus
Toitumisterapeudi iseseisev vastuvõtt. Antud teenuse meie poolt prognoositav hind on 40 eurot toitumisterapeudi esmase nõustamiskorra kohta. Antud teenus sisaldab patsiendi andmete analüüsi ligikaudu ühe tunni ulatuses ja patsiendi ja/või tema perekonna nõustamist ühe tunni ulatuses (20 eur ühe tunni kohta). Kordusnõustamise hind on 10 EUR ja see sisaldab patsiendi nõustamist poole tunni jooksul.
11.2. Tervishoiuökonomilise analüüsi kokkuvõte
-

11.3 Rahvusvahelised kulutõhususe hinnangud taotletava teenuse näidustuse lõikes <i>Maksimaalselt palume kajastada 6 hinnangut.</i>		
11.3.1 Kulutõhususe hinnangu koostanud asutuse nimi	11.3.2 Hinnangu avaldamise aasta	11.3.3 Lühikokkuvõtte kulutõhususest
Tampere Ülikool <sup>28</sup>	2012	Ravimata tsöliaakiaga isikud kasutasid esmatasandi tervishoiuteenuseid sagedamini kui üldpopulatsioon. Gluteenivaba dieedi korral vähenes arstiabi külastus keskmiselt 3,6 külastusest 2,3 külastusele. Vähenes järgnevate ravimite tarbimine: düspepsia (3,7 tabletilt 2,4 tabletile/kuus), valuvaigistid (6,8 tabletilt 5,5-le), antibiootikumid (0,6-lt 0,5-le). Muutusi hospitaliseerimises, eriarsti visiitides ja muudes meditsiiniteenistustes ei esinenud.
Mayo Clinic, USA <sup>29</sup>	2010	Keskmine kulu vähenes 1,54 korda (enne diagnoosi \$5023, pärast diagnoosi \$3259).
11.4 Hinnang isiku omaosaluse põhjendatusele ja isikute valmisolekule tasuda ise teenuse eest osaliselt või täielikult		
Tänaseni on tsöliaakia patsientide toitumisalane nõustamine toimunud suuresti patsiendi enda kulul või vabatahtlikuse alusel töötava patsiendi organisatsiooni loodud kogemusnõustamissüsteemina. Patsiendi menüü tasakaalustamiseks vajalik professionaalne ja personaalne nõustamine on jäänud kättesaamatuks väljaõppinud spetsialistide ja rahaliste ressursside nappuse tõttu. Haiguskoormusest tingitud rahaline omaosalus on suur, kuna menüü taskaalustamiseks vajalike alternatiivseid, sageli kallimaid toiduaineid ei kompenseerita Haigekassa poolt.		

<b>12. Tervishoiuteenuse väär- ja liigkasutamise tõenäosus ning kohaldamise tingimused</b>	
12.1 Tervishoiuteenuse väärkasutamise tõenäosus	Mitte piisavat erialast kompetentsi omava tervishoiutöötaja annab ebaadekvaatset nõu, mistõttu patsiendi soostumus ei ole piisavalt püsiv või täielik, seega peensoolelimaskestas tüsistus ja sümptomid püsivad. See suurendab erinevate tervist kahjustavaid kaugtagajärgede tekkeriski.
12.2 Tervishoiuteenuse liigkasutamise tõenäosus	Liigkasutamise tõenäosus on väike, kuna teenuse osutamine nõuab väga spetsiifilise diagnoosi olemasolu.
12.3 Patsiendi isikupära ja eluviisi võimalik mõju ravi tulemustele	Rahaline sissetulek võib mõjutada gluteenivabade toodete kättesaadavust. Nendel tsöliaakia diagnoosiga patsientidel, kelle sümptomite avaldumine otseselt nende elukvaliteeti ei mõjuta, võib olla väiksem motiveeritus gluteenivaba dieedi pidamiseks vaatmata nõustamisele.
12.4 Kas tervishoiuteenuse ohutu ja optimaalse kasutamise tagamiseks on vajalik kohaldamise tingimuste sätestamine	Teenuseosutaja tõenduspõhine väljaõpe ja kutse omamine pädevuse tõendamiseks on vajalik adekvaatse nõustamise tagamiseks.

## 12.5 Tervishoiuteenuse kohaldamise tingimused

*Kui 12.4 on vastatud jaatavalt, palume sõnastada teenusega seotud rakendustingimused, mis aitaksid tagada tervishoiuteenuse ohutut ja optimaalset kasutust.*

Tervishoiuteenust võib osutada selleks adekvaatse ettevalmistuse saanud ja kehtivat kutsetunnistust omav toitumisterapeut.

## 13. Kasutatud kirjandus

1. Uibo O. Tsöliaakia avaldumisvormid väljaspool seedetrakti: atüüpiline ja varjatud tsöliaakia. Eesti Arst 2007, 86(5), 338–343. <https://ojs.utlib.ee/index.php/EA/article/download/10163/5350>
2. Corazza G *et al.* Bones in coeliac disease: diagnosis and treatment. *Gastroenterology*, 2005, 19(3), 453–465. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15925849>
3. Elfström P *et al.* Systematic review with meta-analysis: associations between coeliac disease and type 1 diabetes. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 2014, 40, 1123–1132. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/apt.12973/abstract>
4. Saadah O *et al.* Effect of gluten-free diet and adherence on growth and diabetic control in diabetics with coeliac disease. *Archives of Disease in Childhood* 2004, 89, 871-876. <http://adc.bmj.com/content/89/9/871>
5. Sverker A *et al.* Controlled by food” – lived experiences of coeliac disease. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 2005, 1, 171–180. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15882379>
6. Shah S *et al.* Patient Perception of Treatment Burden is High in Celiac Disease Compared to Other Common Conditions. *The American Journal of Gastroenterology*, 2014, 109(9), 1304-1311. <http://www.nature.com/articles/ajg201429>
7. Stuckey C *et al.* Symposium 1: Joint BAPEN and British Society of Gastroenterology Symposium on ‘Coeliac disease: Basics and controversies’ Dietitians are better than clinicians in following up coeliac disease: Conference on ‘Malnutrition matters’. *Proceedings of the Nutrition Society*, 2009, 68, 3, 249-251. [https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/21E700DC2B95F667D2B0419A937BE741/S0029665109001347a.pdf/symposium\\_1\\_joint\\_bapen\\_and\\_british\\_society\\_of\\_gastroenterology\\_symposium\\_on\\_coeliac\\_disease\\_basics\\_and\\_controversies\\_dietitians\\_are\\_better\\_than\\_clinicians\\_in\\_following\\_up\\_coeliac\\_disease.pdf](https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/21E700DC2B95F667D2B0419A937BE741/S0029665109001347a.pdf/symposium_1_joint_bapen_and_british_society_of_gastroenterology_symposium_on_coeliac_disease_basics_and_controversies_dietitians_are_better_than_clinicians_in_following_up_coeliac_disease.pdf)
8. Ress K *et al.* High prevalence of coeliac disease: need for increasing awareness among physicians. *Digestive and Liver Disease*, 2007, 39(2), 136-139. <http://www.diglivdis.com/FullText/136-139.pdf>
9. Mäki M. Uusia mahdollisuuksia keliakian hoitoon. *Duodecim* 2015, 131, 303-304. <http://www.duodecimlehti.fi/api/pdf/duo12099>
10. Salupere R *et al.* Gastroenteroloogia eriala arengukava aastani 2020. Poliitikauringute Keskus Praxis 2012. [https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eemargid\\_ja\\_tegevused/Tervis/Tervishoiustusustem/Arstide\\_erialade\\_arengukavad/gastroenteroloogia\\_arengukava.pdf](https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eemargid_ja_tegevused/Tervis/Tervishoiustusustem/Arstide_erialade_arengukavad/gastroenteroloogia_arengukava.pdf)
11. Peters U *et al.* Causes of Death in Patients with Coeliac Disease in a Population-Based Swedish Cohort. *Archives of Internal Medicine*, 2003, 163(13), 1566-1572. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12860579>
12. Ludvigsson J *et al.* Diagnosis and management of adult coeliac disease: guidelines from the British Society of Gastroenterology. *Gut*, 2014, 63, 1210-1228. <http://gut.bmj.com/content/gutjnl/63/8/1210.full.pdf>
13. Hill I *et al.* Guidelines for the diagnosis and treatment of celiac disease in children: Recommendations of the North American Society of Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 2005, 40, 1–19. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15625418>
14. Olmos M *et al.* Systematic review and meta-analysis of observational studies on the prevalence of fractures in coeliac disease. *Digestive and Liver Disease*, 2008, 40(1), 46-53. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1590865807005415>
15. Bianchi M *et al.* Bone in celiac disease. *Osteoporosis International*, 2008, 19(12), 1705-1716. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1590865807005415>
16. Duggan J *et al.* Systematic review: the liver in coeliac disease. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 2005, 21, 515–518. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2036.2005.02361.x/full>
17. West J *et al.* Malignancy and mortality in people with coeliac disease: population based cohort study. *British Medical Journal*, 2004, 329, 716–718. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC518895/pdf/bmj32900716.pdf>
18. Catassi, C *et al.* Association of celiac disease and intestinal lymphomas and other cancers. *Gastroenterology*, 2005, 128(4 Suppl 1), S79–S86. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15825131>

19. Askling J *et al.* Cancer incidence in a population-based cohort of individuals hospitalised with coeliac disease or dermatitis herpetiformis. *Gastroenterology*, 2002, 123( 5), 142– 135.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12404215>
20. Hall N *et al.* Systematic review: adherence to a gluten-free diet in adult patients with coeliac disease. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 2009, 30, 315–330.  
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2036.2009.04053.x/full>
21. NICE Guideline NG20. Coeliac disease: recognition, assessment and management. National Institute for Health and Care Excellence. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng20/evidence/full-guidance-pdf-438530077>
22. Suomen Gastroenterologiyhdistys. Keliakia. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim ja Suomen Gastroenterologiyhdistys ry:n asettama työryhmä. 2010. [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi)
23. Burger, J *et al.* Systematic review with meta-analysis: Dietary adherence influences normalization of health-related quality of life in coeliac disease. *Clinical Nutrition*, 2017, 36(2), 399 – 406  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27179800>
24. Jadresin O *et al.* Compliance with gluten-free diet in children with coeliac disease. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 2008, 47(3), 344-348. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18728532>
25. Bebb J. *et al.* Long-term follow-up of coeliac disease – what do coeliac patients want? *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 2006, 23, 827–831. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2036.2006.02824.x/full>
26. Murch, S *et al.* Joint BSPGHAN and Coeliac UK guidelines for the diagnosis and management of coeliac disease in children. *Archives of Disease in Childhood*, 2013, 98, 806-811.  
[https://bspghan.org.uk/sites/default/files/guidelines/Coeliac%20Guidelines%202013\\_0.pdf](https://bspghan.org.uk/sites/default/files/guidelines/Coeliac%20Guidelines%202013_0.pdf)
27. Antson A. Tsöliaakiaalane uurimustöö aastatel 2011-2014. Eesti Tsöliaakia Selts, 2017.  
[http://tsoliaakia.ee/wp-content/uploads/2017/11/Tsoliaakiaalane\\_uurimustoo\\_aastatel\\_2011-2014-1.pdf](http://tsoliaakia.ee/wp-content/uploads/2017/11/Tsoliaakiaalane_uurimustoo_aastatel_2011-2014-1.pdf)
28. Ukkola A *et al.* Use of Health Care Services and Pharmaceutical Agents in Coeliac Disease: A Prospective Nationwide Study. *BMC Gastroenterology*, 2012, 12, 136.  
<https://bmcgastroenterol.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-230X-12-136>
29. Long K *et al.* The economics of celiac disease: a population-based study. *Alimentary pharmacology & therapeutics*. 2010, 32(2), 261-269. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2906636/>

Taotluse esitamise kuupäev	<b>31. detsember 2017</b>
Taotleja esindusõigust omava isiku nimi ja allkiri	<b>Maarja Lember</b> <i>/allkirjastatud digitaalselt/</i>
Kaastaotleja esindusõigust omava isiku nimi ja allkiri	<b>Katre Trofimov</b> <i>/allkirjastatud digitaalselt/</i>