

<b>1. Taotluse algataja</b>	1) Eesti Psühhiaatrite Selts 2) Postiaadress: SA TÜK Psühhiaatrikliinik, Raja tn. 31, 50417 Tartu 3) Telefoni- ja faksinumber: 7318 785; 7318 701 4) E- posti aadress: Sven.Janno@@kliinikum.ee 5) Kontaktisik: Sven Janno
<b>2. Tervishoiuteenuse nimetus</b>	<b>Söömishäirete päevastatsionaari ravipäev</b>
<b>3. Tõenduspõhisus</b>	<p><b>1) teenuse meditsiiniline tõenduspõhisus Euroopa riikides aktsepteeritud standardite järgi</b></p> <p>Söömishäirete (<i>anorexia nervosa</i> ja <i>bulimia nervosa</i> ning atüüpilised söömishäired) esinemissagedus on tõusnud kogu maailmas. Nende patsientide seisundid on tihti kroonilised, rasked ja eluohtlikud. <i>Anorexia nervosaga</i> toimetulek on raskendatud suure vastupanu ja vähese motiveerituse tõttu. Suremus on erinevate uurimuste andmetel 13- 20%, mis on põhjustatud psüühilistest ja kehalistest haigustest (NICE, 2004). Regulaarse ja süstemaatilise raviga paraneb 44% <i>anorexia nervosa</i> patsientidest ja 50- 70% <i>bulimia nervosa</i> patsientidest (APA, 2000).</p> <p>Euroopa riikides näitavad uurimused, et spetsialiseeritud ravi saavad ainult vähesed söömishäiretega patsiendid (NICE, 2004), ometi on spetsialiseeritud raviüksustes ravi efektiivsem kui üldpsühhiaatrilistes osakondades (APA, 2000).</p> <p><b>2) kogemus maailmapraktikas ja Eestis</b></p> <p>Esimesed päevakeskused söömishäiretega patsientidele avati Torontos, 1985 ja Münchenis, 1989 (Zipfel jt., 2002). Eestis puudub käesolevalt spetsialiseeritud raviüksus söömishäiretega patsientidele. 2005 a. aprillis avatakse Tartu Ülikooli Kliinikumis statsionaarne osakond söömishäiretega patsientidele, mille juurde kavandatakse ka päevakeskus. Päevakeskuse vorm on otstarbekas patsientidele, kes ei ole võimelised ambulatoorse ravi käigus oma toitumist reguleerima, kelle häire on kestnud pikemat aega ning kellel on risk somaatilise ja psüühilise seisundi halvenemiseks (NICE, 2004).</p> <p><b>3) Viited rahvuvahelisele teaduskirjandusele</b></p>

1. American Psychiatric Association. (2000). Practice Guideline for the Treatment of Patients With Eating Disorders (Revision). *American Journal of Psychiatry* 157: 1, January 2000 Supplement.
2. Herz, M.I. (1989). Partial hospitalization, brief hospitalization, and aftercare. In H.I. Kaplan, A.M. Freedman, B.J. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. III, 3<sup>rd</sup> ed., pp. 236-238). Baltimore: Williams & Wilkes.
3. National Institute for Clinical Excellence (NICE). (2004). Eating Disorders: Core Interventions in the Treatment and Management of Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and Related Eating Disorders. *Clinical Guideline 9*. National Collaborating Centre for Mental Health.
4. Olmsted, M. P., Kaplan, A. S., & Rockert, W. (1994). Rate and prediction of relaps in bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 151, 728-743.
5. Piran, N. Langdon, C., Kaplan, A. and Garfinkel, P. E. (1989). Evaluation of day hospital programme for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 8(5), 523-532.
6. Sledge, W.H., Tebes, J., Wolff, N., Helminiak, T.W. (1996). Day hospital crisis respite care versus inpatient care, Part II: service utilization and costs. *American Journal of Psychiatry*, 153, 1074-1083.
7. Vos T, et al: The burden of mental disorders in Victoria. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology* 2001; 36: 53-62
8. Zipfel, S., Löwe, B., Reas, D.L., Deter, H.-C., Herzog, W. (2000). Long-term prognosis in anorexia nervosa: Lessons from a 21-year follow-up study. *Lancet*, 2355, 721-722.
9. Zipfel, S., Reas, D.L., Thornton, C., Olmsted, M. P., Williamson, D. A., Gerlinghoff, M., Herzog, W., Beamont, P.J. (2002). Day hospitalization programs for eating disorders: A systematic review of the literature. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 105-117.
10. Zipfel, S., Specht, T., Herzog, W. (1998). Medical complications of eating disorders. In Hoek, H.W., Treasure, J.L, Katzman, M.A (Eds.), *Neurobiology in the treatment of eating disorders* (pp. 457-484). Chichester: Wiley.

	<p><b>4) Võrdlus kasutatavate alternatiivsete meetoditega Eestis ja mujal maailmas</b></p> <p>Söömishäirete ravis on tähtsal kohal integreeritud lähenemine, mis seisneb patsiendi liikumises erinevate ravietaappide vahel lähtuvalt tema seisundist. Käesolevalt on nii Eestis kui mujal maailmas päevakeskuse alternatiiviks eelkõige statsionaarne ravi. Seda kohaldatakse juhul kui päevakeskuse patsientidel ilmnevad tõsised meditsiinilised komplikatsioonid (Zipfel, Specht, &amp; Herzog, 1998), madal kehakaal (Zipfel, Löwe, Reas, Deter, &amp; Herzog, 2000), kaasuv ainete kuritarvitamine, suitsidaalne või ennastkahjustav käitumine. Päevakeskuse kulutõhusust on demonstreeritud erinevate patsientide gruppidel (Sledge jt., 1996).</p>
<p><b>4. Näidustused</b></p>	<p><b>1) Meditsiinilised näidustused teenuse osutamiseks</b></p> <p>Päevakeskuse etapis ravitakse patsiente, kes ei ole iseseisvalt võimelised toitumist reguleerima, kelle häire on kestnud kauem ning somaatiline seisund raskem, ning kelle ambulatoorne ravi ei ole andnud soovitud tulemusi (NICE, 2004).</p> <p><b>2) Keskmised oodatavad ravitulemused</b></p> <p>Uurimused on näidanud, et päevakeskuse efektiivsus on võrreldav statsionaarse ravi tulemustega. Ravi käigus vabaneb 50-70% patsientidest sümptomitest täielikult (Maddocks &amp; Kaplan, 1991; NICE, 2004; Piran, jt, 1989) ja kahe aasta jooksul ei ilmnenu sümptomeid 80%-l patsientidest (Olmsted, Kaplan &amp; Rockert, 1994). Puuduliku ambulatoorse ravi tõttu võib 27%-l patsientidest muutuda seisund krooniliseks (APA, 2000). Päevakeskuse etapis toimub aktiivne toitumise reguleerimine, mis vähendab võimalust vastanduda ravile ja eitada haigust. Päevakeskus võimaldab abi saada suuremal hulgal patsientidel, on psühhosotsiaalselt vähem häiriv, kuna säilib kontakt perekonna ja sõpradega, ning ravis omandatud saab jooksvalt kodukeskkonnas rakendada (Herz, 1989; Zipfel jt., 2002). Ilmne on ka majanduslik kokkuhoid võrreldes statsionaarse raviga. (Kaplan A.S., Olmsted M. P., 1994)</p> <p><b>3) Ravi võimalikud kõrvaltoimed</b></p> <p>Mõnedel patsientidel võib lähtuvalt nende isiksusehäirest olla raskusi lülitumisega grupiprotsessi ning vahel võib omavaheline interaktsioon viia seisundi halvenemisele. Sellisel juhul on eelistatud statsionaarne ravi. Personali osas on suurem oht läbipõlemisele, kuna päevakeskus nõuab intensiivsemat patsientidega tegelemist.</p> <p><b>4) Isikupära võimalik mõju ravi tulemustele</b></p>

	<p>Isiksusehäirega, ennastkahjustava käitumise ja ainete kuritarvitamisega patsientide ravitulemused on prognostiliselt halvemad. Algselt madala kehakaalu ja pikema anamneesiga patsientide raviprognosis on halvem.</p>
--	---

<p><b>5. Vajadus</b></p>	<p><b>1) Eeldatav patsientide hulk Eestis (lühi- ja pikaajaline prognoos)</b>  .Erinevate uurimuste järgi on <i>anorexia nervosa</i> levimus elu jooksul naiste seas 0,5- 3,7 % , <i>bulimia nervosa</i> levimus vastavalt 1,1- 4,2 %. Liigsöömishäire kohta annavad uurimused vastuolulisi tulemusi. Söömishäired on rohkem levinud naiste seas. Meeste ja naiste suhe on 1: 6 kuni 1:10. Esinemissagedus laste ja noorukite seas on teadmata (APA, 2000). Paljudes maades, isegi nendes, kus söömishäired on olnud haruldased, tõuseb pidevalt patsientide hulk. See tendents on ka Eestis. Tartu Ülikooli Kliinikumi statistika põhjal oli ravile pöördunud isikuid 2000a.- 19, 2004a. – 142, nendest esmaseid 51, 2014a.- 166, esmaseid 115, 2015a. – 189, esmaseid 114, 2016a. – 209, esmaseid 146. Eesti Haigekassa andmetel oli söömishäiretega patsientide arv 2003a.- 405 patsienti. Piiratud personali ressursi ja pikkade järjekordade tõttu on võimalik abi saada vähesel hulgal patsientidel. Liigsöömishäirega patsientide ravivõimalused on olnud veelgi piiratumad.</p> <p><b>2) Andmed Euroopa Liidu riikide või kandidaatriikide avaliku sektori kaudu finantseeritava tervishoiusüsteemi poolt kaetud vajaduste kohta</b>  Euroopa Liidu liikmesmaades finantseeritakse söömishäirete ravi nii riiklikust eelarvest kui erasektorist. Nt. Rootsis kaetakse suurem osa ravikulutustest avaliku sektori poolt, patsiendi omaosalus on 80 rootsi krooni päevas. (Andmed pärinevad isiklikest kontaktidest raviasutuste juhtidega).</p>
<p><b>6. Tegevuse kirjeldus</b></p>	<p><b>1) Teenuse osutamiseks vajalik koht: palat, protseduuride tuba, operatsioonituba või muu koht</b>  Kvaliteetse ravi tagamiseks on vajalik üldpsühhiaatriaosakonnast eraldi olev üksus, mis hõlmab söögituba, grupiteraapia ruumi, protseduuride tuba, õeposti, puhkepalatit, individuaalse vestluse ruumi, tualettruumi.</p> <p><b>2) Patsiendi ettevalmistamine ja selleks vajalikud toimingud: premedikatsioon, desinfektsioon või muu</b>  Patsiendi ettevalmistamiseks on vajalik läbi viia kliiniline intervjuu söömishäiretega patsientidele, mille käigus hinnatakse psüühilist ja somaatilist seisundit, söömiskäitumist, psühhosotsiaalset funktsioneerimist. Vajadusel teostatakse lisauuringuid (vere ja uriini analüüsid, vere biokeemiline analüüs, luustiku densitomeetria, hormoonanalüüsid, radioloogilised</p>

uuringud - MRI, CT). Ettevalmistuse käigus täidetakse nõutavad ravidokumendid (haiguslugu, õendusdokumendid, ravileping).

### **3) Ravitoimingu kirjeldus**

Päevakeskuse etapis tegeldakse patsientidega struktureeritud 3- 4 nädalase raviprogrammi raames. Selle käigus toimub meditsiiniline hindamine ja ravi, söömistreeningud, grupiteraapia, individuaalne psühhoteeraapia, toitumisalane nõustamine, perede nõustamine, füsioteeraapia.

### **4) Patsiendi hilisema jälgimise, järelravi, rehabilitatsiooni, ravimite ja muu vajadus**

Peale 3-4 nädala pikkust päevastatsionaari raviprogrammi peab ambulatoorne järelravi ja jälgimine *bulimia nervosa* korral olema 4-5 kuud ja *anorexia nervosa* korral 1 aasta. Raskematel juhtudel võib *anorexia nervosa* ravi kesta 5-6 aastat. Seejuures on oluline mitmeetapiline integreeritud ravi, mis hõlmab statsionarset, päevastatsionaarset ja ambulatoorset ravi.

<p><b>7. Nõuded teenuse osutajale</b></p>	<p><b>1) teenuse osutaja:</b>  Teenust osutatakse regionaalhaiglas, kus on olemas tingimused psühhiaatriliseks raviks ja spetsialiseeritud söömishäirete ravimeeskond</p> <p><b>2) infrastruktuur, tervishoiuteenuse osutaja täiendavate osakondade/teenistuste olemasolu vajadus</b>  Teenuse osutamiseks peab olema tagatud laboratoorsete ja radioloogiliste uuringute tegemise võimalus, teiste erialade spetsialistide konsulteerimise võimalus (terapeut, gastroenteroloog, endokrinoloog, günekoloog, intensiivravi arst)</p> <p><b>3) personali täiendava väljaõppe vajadus</b>  Meeskonda peavad kuuluma psühhoterapeudi pädevusega psühhiaater, kliiniline psühholoog; toitumislase nõustamise pädevusega psühhiaatriaäed; dietoloog; füsioterapeut hooldajad.</p> <p><b>4) minimaalsed teenuse osutamise mahud kvaliteetse teenuse osutamise tagamiseks</b>  Vastavalt soovituslikele koormusnormatiividele on kvaliteetse ravi tagamiseks psühhiaatril 8 vastuvõttu päevas (vastuvõtu pikkus 40 min.), psühhoterapeudil 5 individuaalset vastuvõttu (vastuvõtu pikkus 60 min.) või 2 grupiteraapia seansi päevas (seansi pikkus 120 min.)  Lisanduvad personali juhendamine, meeskonna koosolekud, juhtumi arutelud, vastuvõtuga seotud kirjatöö.</p> <p><b>5) teenuse osutaja valmisoleku võimalik mõju ravi tulemustele</b>  Arvestades töö tõsist psühholoogilist stressi põhjustavat iseloomu on personali läbipõlemise vältimiseks vajalik regulaarne supervisioon ehk tööjuhendamine.</p>
<p><b>8. Kulutõhusus</b></p>	<p><b>1) teenuse kulud (hind)</b>  Hind hõlmab kulusid personalile, ravimitele, ruumidele, asutuse üldkulusid ja ametkohaga seotud kulusid.  Häirete iseärasusi arvestades on vajalikud kulud lisatoitudele. Patsientidele on vajalik ööpäevas 3 põhitoidukorda ja 3 lisatoidukorda. Kuna ravis on vajalik tagada toitumise režiim kogu päeva jooksul on vajalik kaaluda päevastatsionaari pikkust 10 h. 6h pikkuse ravi korral on vajalik tagada 2 põhitoidukorda ja kaks lisatoidukorda.</p> <p><b>2) patsiendi poolt tehtavad kulutused, mõju tema sissetulekutele</b>  Teenuse ajal on patsiendi kulutused seotud transpordi ja</p>

	<p>sidega. Patsientidel, kellel ei ole teenuse osutamise kohas ööbimisvõimalust, lähevad selleks vastavad kulutused.</p> <p>Ravijärgsed kulutused: ravimid, transport ambulatoorsele vastuvõtule tulemiseks.</p> <p><b>3) täiendavalt kompenseeritavad ravimid</b>  Psühhofarmakone, välja arvatud trankvillisaatoreid, kasutatakse keskmiselt 6 kuud kuni 1 aasta.  Päevastatsionaaris kasutatakse neid 3-4 nädala jooksul.</p> <p><b>4) sotsiaalabi vajadus töövõimetuse perioodil</b>  Söömishäired on sageli kroonilised, ägenemistega ning psühhiaatrilise ja somaatilise komorbiidsusega (depressioon, generaliseerunud ärevushäire, alkoholism, foobiad, paanikahäire, posttraumaatiline stresshäire, kardiovaskulaarsed probleemid, neeru patoloogia, gastrointestinaalsed häired, vee- ja elektrolüütide tasakaalu häired, menstruatsiooni- ja fertiilsusprobleemid, osteoporoos ja osteopeenia, stomatoloogilised ja dermatoloogilised häired), mis seab meditsiini- ja sotsiaalabi süsteemile suurendatud nõudmised. Söömishäired on 15-ndal kohal kõikidest töövõime kaotuse põhjustest Austraalia naiste seas (Vos jt., 2001).</p> <p><b>5) töövõime taastamise kulu töövõimetuse perioodil</b>  Söömishäiretel on märkimisväärne mõju sotsiaalsele funktsioneerimisele, kaasa arvatud töö- ja haridusalasele tegevusele. Need häired esinevad peamiselt gümnaasiumi, ülikooli ja töökarjääri alguses. Tihti lõpevad need töövõime kaotuse ning enneaegse surmaga. Töövõime kaotust <i>anorexia nervosa</i> korral hinnati 130,5 miljonit eurot 82 miljonilise populatsiooniga Saksamaa elanikkonna kohta 1998a. Samal aastal on kulutused <i>bulimia nervosa</i> töövõime kaotuse kompenseerimiseks hinnatud 113,9 miljonit eurot (NICE, 2004).</p> <p><b>6) kulude võrdlus alternatiivsete meetodite kuludega, sealhulgas teiste loetelus olevate teenuste kuludega</b>  Eestis puuduvad kogemused psühhiaatrilise päevastatsionaari kulutõhususe kohta. Maaailma praktikas on kulutõhusust statsionaarse ravi ees demonstreeritud. Statsionaarse psühhiaatrilise voodipäeva (kood 2022) hind on 674 krooni. Taotletava teenuse hinnaks on...  ..</p>
<b>9. Omaosalus</b>	<b>1) elukvaliteeti parandav toime, võrreldes</b>



### **meditsiinilise vajadusega**

Kvaliteetse teenuse osutamine päevastatsionaaris on oluline eeldus vältimaks raskeid ja eluohtlikke pöördeid häirete süvenemisel. Kuna tegemist on esmajärjekorras noore patsientide grupiga, on ravigi oluline roll edasise perekondliku, haridusliku ja tööalase kvaliteedi tagamisel.

### **2) meditsiinilise probleemi põhjuslik seotus inimese teadlike valikutega**

Lähtuvalt sotsiokultuurilistest põhjustest (peamiselt meedia mõju) võib söömishäirete tekkimisel olla teatav põhjuslik seos teadlike valikutega.

### **3) hinnang patsientide valmisolekule tasuda ise teenuse eest osaliselt**

Patsientide valmisolek omaosaluseks on päevastatsionaaris arvestatud 25 krooni päevas 10 päeva kohta.