

# Taastusravi korraldus ja tõhusus

Siiri Suits – Riigikontroll

## taastusravi, audit, tervishoiuteenuste kättesaadavus

Riigikontroll uuris oma hiljuti lõppenud auditis “Taastusravi korralduse tõhusus”, kuidas on Eestis korraldatud taastusravi ning tagatud selle saamine taastusravi vajajatele. Auditit ajendas tegema mitme osapoole arvamus, et taastusravi ei saa kaugeltki kõik vajajad, kuigi taastusravi osutamine peaks eeldatavasti parandama patsientide elukvaliteeti ning vähendama hilisemaid ravikulusid. Ka Riigikontrolli analüüs leidis, et enamik taastusravi vajanutest on sellest ilma jäänud ning selle peamised põhjused on ressurside puudus, teenuse saamise sõltuvus elukohast ning teenuse osutamine osaliselt ka mittevajajatele.

### Taastusravi vajajatest sai seda vaid viiendik

Auditi käigus uuriti esmalt, kui palju taastusravi vajajaid seda said ning kui paljud neist said ravi õigel ajal. Analüüsiks valiti kolm patsiendirühma (insuldihaigeted, kardioloogiapatsiendid ja endoproteesi saanud, täpsemalt vt tabel 1), milles enamik patsiente taastusravi vajasis. Detailsed valimite koostamise alused on kirjas auditi aruandes ja selle lisades, millega saab tutvuda Riigikontrolli veebilehel [www.riigikontroll.ee](http://www.riigikontroll.ee).

Iga patsiendirühma kohta koostati erialakirjanduse alusel ning vastavate erialaseltside esindajatega koostöös kaks kriteeriumi: taastusravi vajajate osakaal ning maksimaalne aeg, mil taastusravi saamist võib pidada veel õigeaegseks.

Insuldihaigete hulgas oli taastusravi vajajate osakaal kolmest patsiendirühmast väiksem. Seetõttu hindasid nende taastusravi vajadust lisaks Eesti L. Puusepa nimelise Neuroloogide ja Neurokirurgide Seltsi soovitatud neuroloogidest eksperdid. Kriteeriumid kõigi erialade kohta on toodud tabelis 1.

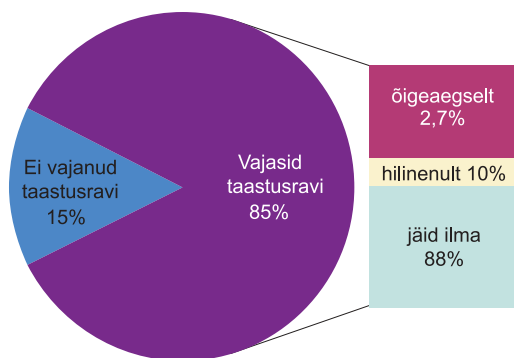
Analüüsi tulemusena selgus, et kolme patsiendirühma peale kokku sai taastusravi vaid 19% seda vajanud patsientidest. Sellestki viiendikust said taastusravi õigel ajal vaid pooled. Patsiendirühmade kaupa on tulemused toodud joonisel 1–3. Tulemused näitavad, et kõige parem oli taastusravi kättesaadavus insuldihaigetel, kelle seisund oli ka keskmiselt kolmest rühmast kõige raskem. Kolmest patsiendirühmast kõige vähem said taastusravi kardioloogiapatsiendid.

Tabel 1. Kolme analüüsitud patsiendirühma taastusravi vajaduse osakaalu ja õigeaegse hindamise kriteeriumid

Patsiendirühm	Valimi suurus (n)	Keskmine taastusravi vajadus, %	Õigeaegsuse kriteerium	Hinnangute allikad
Kardioloogia (müokardiinfarkti diagnoosikoodid I21, I22, südamefibrillatsiooni teenuskoovid 2204K, 7655)	1032	80–85	Kuni 30 päeva aktiivravi algusest ehk haigestumise või operatsiooni hetkest	Kohtumine Eesti Kardioloogide Seltsi ja Eesti Taastusravide Seltsi esindajatega; hinnang Ühtib Suurbriitannia NSF CHD seisukohtadega*
Neuroloogia (insuldihaigeted, diagnoosikoodid I61–I64)	334	60	Algus vähemalt 5. päeval pärast insuldiga seotud põhiravi lõppu; varajase taastusravi protseduuride osutamine juba aktiivravi ajal	Insuldi taastusravi juhend; Riigikontrolli analüüs said eksperdid taastusravi vajajate osakaaluks 61% valimist**
Ortopeedia (suure liigese endoproteesid, teenuskoovid 2650L–2655L, 100203, 2240K, 70201, 2618L, 2660L, 2662L)	937	90–100	Algus hiljemalt kuu aja jooksul pärast operatsiooni	Kirjavahetus Eesti Traumatoloogide-Ortopeedide Seltsi juhatuse esimehe A. Kööbiga ja Eesti Taastusravide Seltsi juhatuse esimehe E. Seppoga

\* Beswick AD, Rees K, Griefsch I, Taylor FC, Burke M, West RR, et al. Provision, uptake and cost of cardiac rehabilitation programmes: improving services to under-represented groups. Health Technology Assessment 2004; Vol.8, No.41.

\*\* Eksperdid dr Mai Roose (TÜ Kliinikum) ja dr Silja Kullamaa (PERH) määrasid epikriiside põhjal iga patsiendi taastusravi vajaduse, võttes hindamise aluseks Eesti Taastusravide Seltsi ja Eesti L. Puusepa nimelise Neuroloogide ja Neurokirurgide Seltsi koostöös valminud kriteeriumid.



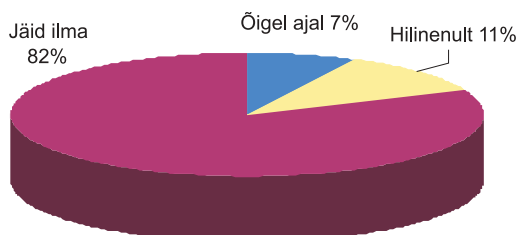
**Joonis 1. Kardioloogiapatsientide taastusravi saamine**

Allikas: Haigekassa 2004. a taastusravi arved ja Riigikontrolli analüüs

Lisaks analüüsis Riigikontroll varajase taastusravi saamist, milleks auditi mõistes olid põhiravi ajal osutatud taastusraviprotseduurid. Kardioloogiapatsientidest oli põhiravi ajal taastusravi protseduure saanud 49%, insuldipatsientidest 75% ning endoproteesipatsientidest 20%.

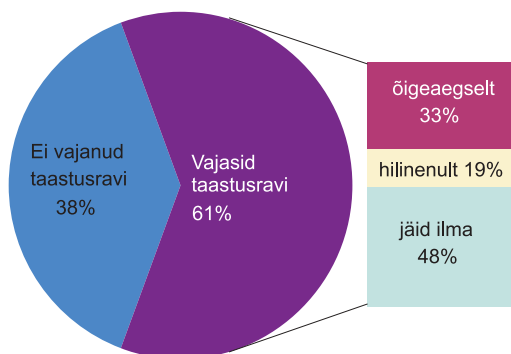
### Taastusravi saamata jäämise tagajärjed

Riigikontrolli ülesandeks on teostada majanduskontrolli, sh uurida riigi (ravikindlustuse) raha kasutamise tõhusust ning tagajärge. Seetõttu analüüsis Riigikontroll pärast kinnituse saamist taastusravi halva kättesaadavuse kohta, kas ja milline oli taastusravi mitteraamimise mõju nii patsiendile endale kui ka riigile. Taastusravi mõju analüüsi oli kaasatud eksperdina Andres Vörk (TÜ majandusteaduskond, Poliitikauuringute Keskus PRAXIS). Uuritavateks näitajateks olid patsientide hilisemad ravikulud, puudeaste ning palk kahe aasta jooksul pärast haigestumist



**Joonis 3. Endoproteesi saanud patsientide taastusravi saamine**

Allikas: Haigekassa 2004. a taastusravi arved ja Riigikontrolli analüüs



**Joonis 2. Insuldipatsientide taastusravi saamine**

Allikas: Haigekassa 2004. a taastusravi arved ja Riigikontrolli analüüs

(või operatsiooni) võrreldes sellele eelnenud perioodiga.

Nii teadusuuringud kui ka Riigikontrolli enda analüüs kinnitasid eelkõige kardioloogiapatsientide taastusravi kulutõhusust. Kardioloogiapatsientide hilisemad keskmised ravikulud olid taastusravi saamise korral väiksemad, samuti naasid taastusravi saanud patsiendid suurema tõenäosusega tööle. Mõju ravikuludele ilmnis siis, kui arvestati taastusravina ka põhiravi sees saadud taastusravi protseduure (varajane taastusravi). Seega võib analüüsi põhjal öelda, et suurendades kardioloogiapatsientide taastusravi mahtu teatud tasemeni, hoiame tulevikus riigi ja patsiendi raha kokku.

Neuroloogia ja ortopeedia patsientide analüüs sarnaseid statistilisel olulisi mõjusid taastusravil ei tuvastanud, mis aga ei kinnita nende puudumist. Näiteks võisid vähese kättesaadavuse tõttu taastusravi saada pigem raskemad haiged, kellel on ka õigeaegse taastusravi korral positiivne tulemus ebatõenäolisem. Analüüsiga püüti ühtlustada taastusravi saanud ja mitteraamimise patsientide valimid erinevate näitajate alusel: patsiendi vanus, sugu, elukoht, patsiendi haiguse raskusaste. Viimast hinnati kaudselt tema ravijuhu kulude suuruse (põhiravi maksumus) ning operatsiooni tüübi järgi, kuid see ei anna täiesti objektiivset hinnangut patsiendi põhihaiguse raskusele. Seega on uuringus taastusravi positiivne mõju pigem alahinnatud ning seda olulisem on leid, et vähemalt ühel patsiendirühmal

taastusravi positiivne mõju siiski tuvastati. Siinkohal tuleb kindlasti mainida, et Riigikontroll ei hinnanud oma analüüsis patsientide elukvaliteedi (v.a puude raskusaste) muutusi, mis tõenäoliselt muudavad taastusravi mõju veelgi positiivsemaks.

## **Põhjused**

Leides, et taastusravi saamata jäämine mõjutab vähemalt osaliselt patsiendi hilisemat ravikulude suurenemist ning eeldatavasti ka patsiendi hilisemat tervises seisundit, uurisid auditiirid taastusravi halva kättesaadavuse põhjuseid ning kitsaskohti, mida oleks võimalik muuta.

## **Taastusravi saamisel loeb vajadusest rohkem patsiendi elukoht**

Ennekõike iseloomustab see ambulatoorset teenust, kus patsient peab leidma võimaluse igapäevaseks protseduuridel käimiseks. Ambulatoorset taastusravi saadi suurlinnades keskmiselt elaniku kohta 70% rohkem kui omavalitsustes, kus teenuseosutaja puudus. Omavalitsustes, kus asuvad taastusravi teenuseid osutavad asutused, ja nende naaberomavalitsustes saavad inimesed rohkem ambulatoorseid taastusravi teenuseid kui nendes, kus teenusepakkujat ei ole. Statsionaarse teenuse jaotumine seevastu on tunduvalt juhuslikum. Samas näitab peaaegu ainult statsionaarset teenust saanud insuldipatsientide analüüs, et ka statsionaarse teenuse saamine sõltub haigla lähedal elamisest. Suurlinnades ja haiglaga omavalitsustes elanud taastusravi vajajatest sai seda vastavalt 60% ja 58% ning ilma haiglata omavalitsustes elanutest vaid 39%.

## **Vajadust ei suudeta katta rahanappuse ja spetsialistide vähesuse tõttu**

Nagu kõiki teisi meditsiinierialasid, mõjutavad taastusravi kättesaadavust haigekassa eelarve võimalused ja prioriteedid. Haigekassa planeerib raha ja lepingute mahtusid peamiselt eelmiste perioodide teenuste kasutamise ja järjekordade pikkuse alusel, mis ei kajasta tegelikku vajadust. Eelmise perioodi teenuste kasutus on paratamatult seotud eelmise perioodi rahastamisega. Järjekorra-

info on aga tihti vale seetõttu, et arstid jätavad paljudel juhtudel patsiendi taastusravile saatmata. Küsitletud nelja eriala arstidest vastas kokku 46%, et vähemalt pooled nende patsientidest jäävad taastusravile suunamata.

Samas on haigekassal vähemalt osaliselt olemas info, et planeerida taastusravi teenuste mahtu tegeliku vajaduse järgi, ehk info haiguste esinemissageduse ja taastusravi osakaalu kohta nende haiguste korral. Näiteks on selline analüüs tehtud insuldi ravi- ja taastusravi juhendi kinnitamisel ning see näitas vajadust juhendi järgimise võimaldamiseks teenuse rahastamist suurendada.

Teiseks taastusravi teenuse mahu suurendamise piiriks on teenust osutavate spetsialistide arv. Kuni teenust osutavaid kvalifitseeritud spetsialiste – eelkõige füsio- ja tegevusterapeute – on vähe, ei aita ainult taastusravi eelarve suurendamine kuigivõrd olukorda parandada. Praegu on olemas 25% füsioterapeute ja 22% tegevusterapeute 2015. aastaks taastusravi arengukavas püstitatud eesmärgist. Arvestades senist spetsialistide koolituse ja täiendusõppe lõpetajate arvu, saavutatakse planeeritud spetsialistide arv 2015. aastaks vaid kõige optimistlikuma prognoosi kohaselt, mille realiseerumine on vähetõenäoline.

## **Taastusravi mittevajajatele või ebavajalikud teenused**

Osaliselt jäädakse taastusravist või selle vajalikust kestusest ilma ka seetõttu, et taastusravi osutatakse mittevajajatele või osutatakse vajalike hulgas ka mittevajalikke teenuseid.

Ambulatoorse taastusravi nõidustusega patsientidele määratakse tihti tunduvalt kallim statsionaarne taastusravi, sest arstid on teadlikud ambulatoorse taastusravi halvast kättesaadavusest. Seetõttu on loomulik, et patsiendile määratakse haiglaravi ambulatoorse ravi asemel, millest patsient tõenäoliselt lihtsalt ilma jääks. Kuigi taastusravivoodite arv on üldise vajadusega võrreldes teenuseosutajate sõnul piisav ja optimaalne, lükkab ambulatoorsete patsientide statsionaarselt ravimine haiglavooditelt kõrvale selle tegelikud vajajad. Samuti saavad

halva hooldusravikorralduse tõttu taastusravi raske seisundiga patsiendid, kellele taastusravi taastumist ei taga ning kes seetõttu peaksid saama hooldusravi. Analüüsitud taastusravi saanud insuldi-patsientidest 18% seda ei vajanud kas siis liiga kerge või raske seisundi tõttu.

Kuni 1. aprillini sel aastal pidi enamik ambulatoorseid patsiente saama kolme erinevat taastusraviprotseduuri ehk nn paketeenust. Selle korralduse tõttu osutati patsientidele teenuseid, mida neil ei oleks olnud vaja saada. Seega jäi osa patsiente teenusest ilma või oleks samad patsiendid võinud saada rohkem nende taastumist toetavaid teenuseid. Nüüdseks on paketiõue kaotatud ning patsiendid peaksid rohkem saama põhjendatud teenuseid. Siiski näitavad esialgsed tulemused vajadust selle muudatuse mõjusid põhjalikumalt uurida.

### **Riigikontrolli soovitused**

Ülaltoodud kättesaadavuse mõjutegureid analüüsid andis Riigikontroll soovitusi, millest osa on suunatud praeguse korralduse muutmisele ja arendamisele ning teine osa üritab leida paremaid lahendusi olukorra parandamiseks praeguse süsteemi piires.

**Tulevikuks** soovitab Riigikontroll arendada välja ambulatoorse taastusravi võrgustiku, parandades nii taastusravi piirkondlikku kättesaadavust. Ühtlasi tuleks järk-järgult suurendada ambulatoorse teenuse rahastamist proportsioonis teenust osutavate spetsialistide arvu kasvuga. Ambulatoorse teenuse osakaalu kasv võimaldab teenuse mahusid suurendada kõige säästlikumalt. Samal ajal tuleb tagada, et taastusravi rahastamise kasv suurendaks teenuse osutamist abivajajatele, mitte lihtsalt selle soovijatele. Seetõttu võiks muu hulgas

kaaluda teatud ambulatoorsetele teenustele omaosaluse kehtestamist, et piirata põhjendamata nõudlust.

Et tagada piisav hulk teenust osutavaid spetsialiste, tuleks nii füsio- kui ka tegevusterapeutide riikliku koolitustellimusega jätkata vähemalt samas mahu, tegevusterapeutide korral aga leida lisavõimalusi nende arvu tagamiseks koolituse või täiendusõppe kaudu.

Lisaks taastusravi ambulatoorse võrgu arendamisele tuleb suurendada hooldusravivoodite arvu: see on toodud hooldusravivõrgu arengukava ühe eesmärgina, kuid seni ellu viimata.

**Praeguse süsteemi** optimaalsemaks muutmiseks soovitab Riigikontroll tagada haigekassa rahastatava taastusravi saamise selle vajajatele. Suures osas sõltub selle eemärgi täitmine siiski tulevikumuutustest ehk arendatavast ambulatoorsest taastusravivõrgust ning toimivast hooldusravisüsteemist. Praegust süsteemi võiks tõhustada näiteks taastusravi teenuse osutajate julgustamine patsiendi arengu hindamiskaalasid kasutama. Ühtlasi on haigekassal võimalik siduda juba praegu lepingud taastusravi teenuse osutamisega kindlates piirkondades, kuid seda võimalust on seni kasutatud väga vähe.

Teenuse kättesaadavuse suurendamiseks võiks teenust osutada ka õhtutundidel, sest mitmete küsitletud arstide vastuste põhjal ei jää patsiendid protseduuridele minemata mitte ainult kauguse tõttu, vaid ka ebasobiva aja tõttu. Lisaks aitaks infopuudusest tulenevat kättesaamatust vähendada patsiendile jagatavate infomaterjalide väljatöötamine, mis õpetaksid patsienti käituma taastusravi vajava haiguse või operatsiooni järel ja jagaksid patsiendile infot olemasolevate ravivõimaluste kohta.

siiri.suits@riigikontroll.ee