

Taastusravi – nõudlik arstikunst

Aet Lukmann¹, Annelii Nikitina²



Aet Lukmann



Annelii Nikitina

Taastusravi (*Physical and Rehabilitation Medicine*, TR) Eestis on viimase 10–15 aasta jooksul muutunud protseduuripõhisest lisaravist iseseisvaks kontseptuaalse lähemise ega erialaks. Tõendus põhise TRi all ei peeta enam ammu silmas ravikehaku kultuuri ega heaoluteenust spaas. Igapäevases arstlikus tegevuses aga tundub sageli, et TRi koht Eesti meditsiinimaastikul on kusagil äärealal ning seetõttu ei teata täpselt selle sisu ega tegevusi. Oma osa segaduse külvamises on ka mõistetes mitteorienteeruv meediakära taastus-, järel- ja hooldusravi teemadel.

ERIALA ÜLDISELOOMUSTUS

TR eksisteerib iseseisva arstliku erialana 1946. aastast ja on esindatud kõikides Euroopa riikides, v.a Taani ja Malta. Tegemist on aktiivravi liigiga, mis on suunatud häirunud funktsioonide taastamisele, säilitamisele või puudega kohanemisele. Eriala rakendab ravi ja menetlusi, et taastada komplekselt patsiendi häirunud funktsioone nii meditsiinilisest, kehalisest, psüühilisest kui ka sotsiaalsest aspektist. Väärrib rõhutamist TRi funktsioonihäirepõhine suunitlus. Põhihaiguse või vigastuse tagajärjel tekkinud funktsioonihäire (nt liigutuslik häire, kõnnihäire, neelamishäire, tunnetushäire, kõnehäire) määrab ravi eesmärgid ja meetodid. Nii näiteks ei ole võimalik kaugelearenenud kasvaja haiget terveks ravida kasvajast, küll aga on võimalik leevendada keemiaravi tüsitusena tekkinud parapareesi ja kõnni- või siirdumisfunktsiooni häiret ning seeläbi parandada elukvaliteeti.

TAASTUSARSTIDE KOOLITUS

Taastusarste on tänapäevaste ja Euroopa riikidega ühtlustatud õppekavade põhjal õpetatud välja TRi residentuuri kaudu Tartu Ülikooli arstiteaduskonnas alates 1996. aastast. Residentuur Eestis kestab 3 aastat, kuid teistes Euroopa riikides on TRi eriala residentuuri kestus 4–6 aastat. Arvestades

taastusarstile esitatavaid nõudeid, näiteks orienteerumine väga erinevate haigusseisundite (pediaatriast geriaatriani ning kardioloogiast ortopeedia ja onkoloogiani) hindamises ja ravivõimalustes, on kindlasti vajalik pikendada koolituse kestust vähemalt 4 aastani.

Aastatel 1996–2010 on Eestis taastusarsti eriala omandanud (sh eksternina) 41 taastusarsti.

Euroopa taastusarsti sertifikaadi saamiseks tuleb läbida rahvusvaheline eksam. Vähemalt 10 aastat multidistsiplinaarses TRi-meeskonnas töötanud ja teatud hulga publikatsioonide avaldamise arstil on võimalik taotleda Euroopa taastusarsti sertifikaati nn dokumendivooru kaudu. Euroopa taastusarsti sertifikaat on viiel Eesti arstil.

TAASTUSRAVI MEESKOND

TRi-meeskonna koosseis sõltub taastusravikeskuses ravitavate funktsioonihäirete profiilist ning see võib ajas muutuda, sõltudes patsiendi vajadustest. Meeskonna moodustavad taastusarst, füsioterapeut, psühholoog, tegevusterapeut, sotsiaaltöötaja ning õendus-hoolduspersonal. Tulenevalt patsiendi vajadusest võib meeskonda lisanduda veel teise eriala arst, logopeed, protesist, dietoloog, eripedagoog jt. Mõistagi kuulub TRi-meeskonda patsient ise ja tema tugiisikud. Meeskonna tegevust juhivad tavaliselt taastusarst. Tiimi iga spetsialisti tegevusel on kindel eesmärk ühe või teise funktsioonihäire ravis. Meeskonna koosseisul arutatakse patsiendi funktsionaalse toimetuleku defitsiidi põhjusi, võimalikke ravitaktikaid, nende efektiivsust ja püsiva puude korral kohanemistehnikaid.

Taastusarsti ülesanneteks on patsiendi funktsionaalse suutlikkuse ja muutuste prognoosi hindamine, kaasates vajaduse korral siduserialade spetsialiste; patsiendile sobiva ja konkreetsetes tingimustes teostatava TRi plaani koostamine; konkreetse haige TRi eesmärkide ja tegevuskava planeerimine nende optimaalseks realiseerimiseks

¹ TÜ Kliinikumi spordimeditsiini ja taastusravi kliinik, ² Viimsi Tervis

Korrespondent autor:
Aet Lukmann
aet.lukmann@kliinikum.ee

lähi- ja kaugemas perspektiivis; TRi komplikatsioonide vältimine ja ravi.

Füsioterapeut on erialase haridusega litsentsi omav spetsialist, kes tegeleb liigutuste funktsiooni hindamise ja taastamisega, kasutades selleks kehalisi harjutusi ja erinevaid füüsilisi võimalusi (sooja- ja külmaravi, ultraheli-, magnet- ning elektriravi jms). Samuti kohandab füsioterapeut abivahendeid. Füsioterapia ei ole võrdsustatav liikumisraviga, mille puhul sooritatakse vaid terapeutilisi harjutusi ega kombineerita neid muude ravimenetlustega.

Logopeed on kõne ja keele teraapia valdkonnaga tegelev spetsialist. Logopeedi töö eesmärgiks on kommunikatsioonivõime, s.o suulise ja kirjaliku kõne loome ja mõistmisoskuse ning mitteverbaalse suhtlemise parandamine ja/või arendamine, samuti neelamishäirete diagnostika ja ravi.

Tegevusterapeut on tegevuse ja tegevusvõime spetsialist. Tegevusterapeut hindab erinevate tegevuste (nt riietumine, söömine, toidu valmistamine, käelised tegevused, seadmete kasutamine) sooritamise oskust ja taset, suutmatuse põhjust ning kavandab ravi eesmärgipäraselt valitud tegevuste kaudu toimetuleku taseme parandamiseks igapäevatoimingutes. Tegevusterapeut nõustab ratsionaalsete ja/või funktsiooni säästvate soorituste ja abivahendite alal.

Kliinilise psühholoogi töö on suunatud patsientide psüühilise düstressi, psüühika- ja käitumishäirete leevendamisele, ravimisele ja ennetamisele. Tema põhilised tööülesanded on inimese isiksuseomaduste, psüühiliste protsesside ja probleemide hindamine, psühhoteraapia ja nõustamine.

Sotsiaaltöötaja ülesandeks on sotsiaalprobleemide ennetamine või vähendamine, et parandada patsiendi toimetulekut.

TAASTUSRABI ETAPID

TRi osutatakse statsionaarse ja ambulatoorse tervishoiuteenusena. Ravi jaguneb järgmisteks etappideks:

- **Varajane TR** toimub akuutraviosakonnas, on põhihaiguse ravi kõrval lisaravi ja suunatud eelkõige tüsistuste ennetamisele.
- **Intensiivne TR** toimub enamasti taastusraviosakonnas, on ägeda haiguse või trauma tagajärjel tekkinud kahe või enam kehalise ja/või kognitiivse funktsiooni häirega patsientidele teostatav TR.

Tegevust iseloomustab varajane sekumine valdavalt esimesel 6 kuul pärast haigestumist või traumat ning see on kompleksne tegevus, kus toimub minimaalselt 3 tundi multidistsiplinaarset ravitegevust päevas vähemalt 6 päeval nädalas.

- **Funktsioone toetav TR** on kroonilise või süveneva funktsioonihäire korral näidustatud piisava sagedusega TR, et säilitada funktsioonijääki ning vältida tüsistuste teket. Ravitegevuse eesmärk on funktsioonipuude süvenemise aeglustamine ja elukvaliteedi hoidmine.
- **Laste arendusravi** on TRi osa, mida kasutatakse eelkõige varasest kesk-närvisüsteemi kahjustusest tingitud haigusseisundite, kuid ka teiste lapsea raskete haigestumiste või traumade raviks. Arendusravi eesmärk on lapse funktsioonide arendamine olemasolevatest kõrgemale tasemele.

Statsionaarne taastusravi toimub ainult multidistsiplinaarse meeskonnatöö põhimõttel, mida osutatakse nõuetekohaselt varustatud TRi-osakonnas. Intensiivsele statsionaarsele TRile ei suunata haiget, kelle üldseisund pole stabiilne (nt esinevad teadvushäired, psühhoos, ebastabiilne hemodünaamika, vajadus täiendava O₂ järele sissehingatavas õhus, süveneb neuroloogiline leid), esineb ägedaid infektsioone või vajadus pideva infusioonravi järele. Patsient peab olema ekstubeeritud vähemalt 48 tundi enne statsionaarsele TRile suunamist. Ülioluline on patsiendi motivatsioon ja arusaam taastusravi eesmärkidest.

Tavalisemad haigusseisundid, mille korral vajatakse TRi, on liigutusliku funktsiooni häired (kontraktuurid, lihaskõvumus, oluline langus, kõnnihäire); kehalise võimekuse langus; spastilisus; põie ja soole düsfunktsioon; düsfaagia; valusündroomid; kommunikatsioonihäired; seksuaalne düsfunktsioon; kognitiivsed häired; meeleolu alanemine, depressioon ja isiksusehäired.

OLUKORRAST EESTIS

Eestis tehakse vahet mõistetel *taastusravi* ja *rehabilitatsioon*, mis teistes riikides on enamasti sünonüümid. TR on meditsiiniline tegevus, samas kui rehabilitatsiooniteenus on raske tervisekahjustusega isikute optimaalseks igapäevaelu integreerimiseks teostatav sotsiaalteenus, mida rahastab

Sotsiaalkindlustusamet. Eesti suuremateks taastusravi osutajateks on Keila Taastusravi Keskus, Haapsalu Neurorehabilitatsiooni Keskus, TÜ Kliinikum, Ida-Tallinna Keskhaigla, Ida-Viru Keskhaigla, Põlva Haigla ja Pärnu Haigla.

TRi rahastamine on küll suurenenud enam kui muu eriarstiabi rahastamine, aga vaatamata sellele ei kata see ikkagi veel TRi vajadust. Riigikontrolli auditi andmetel sai ainult 19% TRi vajajaid seda ja nendest vaid pooled õigel ajal (Riigikontrolli kontrolliaruanne OSIII-2-6/06/91, 07.11.2006). Olulisemate TRi kättesaadavust Eestis piiravate teguritena tuleks välja tuua järgmised asjaolud:

- raviraha hulk: nt TRi 2009. ja 2008. aasta võrdlus näitab, et ravi maht kasvas 4%, kuid samas vähenes rahastamine 3%, statsionaarses osas isegi 15–20%;
- ebapiisav taastusravispetsialistide hulk: 2006 aastal oli füsioterapeute vaid 25% ja tegevusterapeute 22% vajalikust arvust;
- ebasobivad TRi korraldamist reglementeerivad määrused, nt taastusravi näidustused on pigem diagnoosi- kui funktsioonipõhised;

- suur hulk TRi vajajaid peab selle eest maksma üksnes ise.

TRi kättesaadavuse ja teenuse kvaliteedi parandamiseks on lähiajal vaja

- välja töötada uued taastusraviteenused, sh TRi päevastatsionaar, TRi koduteenus ja füsioterapeudi iseseisev vastuvõtt esmatasandil;
- arendada ambulatoorset taastusravivõrku, sh luua võimalus taastusravil suunata haiget kõikidele näidustatud uuringutele ka ambulatoorses etapis;
- muuta õigusakte taastusravikorralduse täiustamiseks;
- koolitada TRi-spetsialiste nüüdisaja õppekavade järgi;
- arendada TRi-pädevuskeskusi.

Taastusravi sisu ja korralduse tutvustamine laiemale arstkonnale ja tervishoiusüsteemi korraldajatele on hädavajalik nii patsiendile kvaliteetse ravi tagamise kui ka taastusravi kui eriala arengu seisukohalt.

SAMAL TEEMAL EESTI ARSTIS VAREM ILMUNUD

Nurm M, Nurm D, Murdvee M. Närvisüsteemikahjustusega haigete statsionaarne taastusravi Eestis aastatel 2008 ja 2009. Eesti Arst 2011;90(1):18–26.

2008. aasta majanduskriisi mõjust Euroopa riikide suremusnäitajatele

Ajakiri Lancet avaldas 9. juulil David Stuckleri ja tema kolleegide esialgse analüüsi tulemused, kus vaadeldi 2008. aasta majanduskriisi mõju enesetappude ja liiklussurmade esinemissagedusele nii vanades kui ka uutest Euroopa Liidu riikides. Analüüsitava näitajate valikul lähtuti samade autorite 2 aasta tagusest tööst, kus hinnati üldisemalt majanduskriiside mõju suremusnäitajatele

Euroopa riikides ning leiti, et töötuse kasv alla 65aastaste täiskasvanud inimeste seas suurendab enesetappude arvu ning vähendab liiklussurmasid selles rahvastikurühmas.

Samad suremusnäitajate tendentsid ilmnevad ka 2008. aasta majanduskriisi mõjude hindamisel 6 vanas ja 4 uues Euroopa Liidu riigis. Majanduskriisist rängalt räsitud riikidest suurenes enesetappude arv: Kreekas ja Lätis 17% ning Iiriimaal 13%. Autorite arvates on majanduskriisis olevate riikide

enesetappude arvu suurenemise vältimise tõhusaim meede töötute sotsiaalne kaitse nii riikliku poliitika kui ka erinevate valitsusväliste sotsiaalsete võrgustike abil.

Uuringus on esitatud ka andmed majanduskriisi liiklussurmasid vähendava mõju kohta nii kõrge arengutasemega riikides kui ka üleminekuühiskondades.

ALLIKAS

Stuckler D, et al. Effects of the 2008 recession on health: a first look at European data. Lancet 2011;378:124–5. DOI:10.1016/S0140-6736(11)61079-9.

LÜHIDALT