

Taastusravi- ja rehabilitatsioonisüsteemi korraldus

Mai Vaht¹, Liina Pääbo²

Aastatel 2015 ja 2016 viisid Sotsiaalministeerium, Eesti Haigekassa ja Sotsiaalkindlustusamet läbi erinevaid rehabilitatsiooni ja taastusravi korralduse analüüse. Neist selgus süsteemide killustatus ja keerulisus abivajajate jaoks: õigeaegsed ja vajalikud teenused võivad jääda kättesaamatuks, info ei liigu hästi ning teenuseid dubleeritakse eri süsteemides.

Rehabilitatsiooniteenused jagunevad Eestis alates 2016. aasta algusest kolmeks: taastusravi ehk meditsiiniline rehabilitatsioon, sotsiaalne rehabilitatsioon ja tööalane rehabilitatsioon.

- Taastusravi eesmärk on häirunud funktsioonide taastamine, säilitamine või puudega kohanemise toetamine. Taastusravi on töövõimet või toimetulekut taastav ravi. Meditsiiniliste näidustuste alusel osutatud taastusravi eest tasub haigekassa ning selle raames osutatakse teenuseid, mis on kantud haigekassa tervishoiuteenuste loetellu (1). Taastusravi osutatakse stationaarselt raskema funktsionaalse kahjustusega haigetele ja ambulatoorselt.
- Sotsiaalse rehabilitatsiooni eesmärk on õpetada ja arendada inimese igapäevaelu oskusi, suurendada tema võimalusi ühiskonnaelus osaleda, toetada õppimist ja arendada eeldusi töövõime teatud tasemel omandamiseks või taastamiseks. Sotsiaalne rehabilitatsioon on mõeldud

kõigile puudega inimestele ja osalise või puuduva töövõimega inimestele, kes vajavad igapäevaelus abi puudest või erivajadusest tulenevate piirangutega toimetulekuks. Sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuseid vahendab Sotsiaalkindlustusamet (2).

- Tööalase rehabilitatsiooni eesmärk on toetada tööle asumist või töötamist, sh ettevalmistust tööeluks. Tööalane rehabilitatsioon on mõeldud 16aastastele kuni vanaduspensioniealistele inimestele, kellel on puude või haiguse tõttu mitmeid takistusi ja kes vajavad seetõttu tööle asumiseks või töötamise jätkamiseks erinevate spetsialistide ehk rehabilitatsioonimeeskonna abi. Tööalase rehabilitatsiooni sihtrühmaks on tööealised vähenenud töövõimega inimesed, kellel on puue või püsiv töövõimetus või osaline töövõime ning kes on hõivatud (töötajad, õppijad, ettevõtjad) või otsivad tööd (on registreeritud töötud). Teenust vahendab Eesti Töötukassa (3).

Varasematesse analüüsidesse ei olnud kaasatud töötukassa teenuseid (töötukassa hakkas tööle saamist toetavaid teenuseid pakkuma alates 2016. aasta jaanuarist) ning ambulatoorse taastusravi ja perearstide fondide kaudu osutatavaid teenuseid (füsioteraapia, psühholoogi ja logopeedi teenused).

Varem välja toodud probleemide ning süsteemis toimunud muutuste tõttu tekkis vajadus hinnata taastusravi- ja rehabilitatsioonisüsteemi kui terviku toimimist. Tulemuslik teenuste osutamine peab olema patsiendi- ja kliendikeskne ning

administratiivselt toimiv. Tulemuslikuma teenuse osutamise ning ressursside efektiivsema kasutuse tagamiseks otsustas haigekassa algatada kliinilise auditi (edaspidi auditi), et analüüsida ravi- ja rehabilitatsioonidokumentide alusel taastusravi- ja rehabilitatsioonivaldkonna korraldust.

Auditi korraldus

Auditisse olid kaasatud Sotsiaalkindlustusamet, Eesti Töötukassa ja Sotsiaalministeerium. Erialahendustest Eesti Psühholoogide Liit, Eesti Füsioterapeutide Liit, Eesti Taastusarstide Selts, Eesti Tegevusterapeutide Liit ja Eesti Logopeedide Ühing, kes nimetasid oma esindajad. Töörühmas osalesid Eesti Taastusarstide Seltsist Anneli Teder-Braschinsky, Kaja Elstein, Aet Lukmann, Varje-Riin Tuulik ja Mai Vaht (taastusravi valdkonna juhtauditeerija); Eesti Tegevusterapeutide Liidust Ida Joao-Hussar, Piret Laur, Hanna-Maria Põldma; Eesti Füsioterapeutide Liidust Liina Pääbo (rehabilitatsiooni valdkonna juhtauditeerija) ja Katrin Kõre; Eesti Psühholoogide Liidust Liina Vahter ja Tiina Kalda; Eesti Logopeedide Ühingust Annika Suurküla. Haigekassa esindajad olid kvaliteedi edenduse osakonna peaspetsialistid Tiina Unukainen ja Kristy Aidla (auditi üldkoordineerimine), infrastruktuuri talituse peaspetsialist Priit Lund (andmesisestusplatvormi loomine) ja kvaliteedi edenduse osakonna spetsialist Sirli Joona (andmeanalüüs).

Eesmärk ja ülesanded

Auditi üldeesmärk oli analüüsida taastusravi- ja rehabilitatsioonivald-

¹ Pärnu Haigla taastusravi osakond,
² Eesti Füsioterapeutide Liit

Kirjavahetajaautor:
Laura-Liisa Liivamägi
laura-liisa.liivamagi@haigekassa.ee

konna korraldust ravi- ja rehabilitatsioonidokumentide alusel.

Auditi lisaeesmärgid olid lühendatult järgmised:

- 1) anda hinnang, kui võrd teenuse suunamine on olnud näidustatud;
- 2) hinnata osutatud taastusraviteenuste valikut ja sellest tulenevalt abi kvaliteeti;
- 3) hinnata, kas taastusravi, rehabilitatsiooni või nende kompleksteenust oleks olnud võimalik asendada esmatasandil osutatavate üksikteenustega või kohaliku tasandi sotsiaalteenusega;
- 4) anda hinnang, kas saadud teenused on olnud teenuse dokumentides eesmärgistatud ning kui võrd on taastusravi/rehabilitatsioon eesmärgi täitnud;
- 5) analüüsida Eesti Haigekassa rahastatavate taastusraviteenuste mahu piisavust ning seda, kui võrd on neid ühel ajal või vahetult järgnevana kombineeritud rehabilitatsiooniteenustega;
- 6) analüüsida, kas taastusravi- ja rehabilitatsiooniteenuste kombineerimine on vastavuses sihtrühma vajadusega;
- 7) anda hinnang, kas patsient oleks pidanud saama meditsiinilist taastusraviteenust, sotsiaalse rehabilitatsiooni teenust, tööalase rehabilitatsiooni teenust või neid teenuseid kombineeritult.

METOODIKA

Valimi moodustamiseks esitati taotlus Andmekaitse Inspektsioonile, et saada luba isikuandmete töötlemiseks isikute nõusolekuta. Andmekaitse Inspektsiooni otsusest lähtudes sõlmis haigekassa andmevahetuslepingud Sotsiaalkindlustusametiga ja Eesti Töötukassaga.

Valim moodustati perioodil 01.01.2017–31.12.2018 teenuseid saanud isikutest alates 16. eluaastast. Eesti Haigekassa rahastatavatest teenustest kaasati auditisse funktsioone toetava statsionaarse taastusravi juhud, ambulatoorse ja päevaravi juhud ning perearstide fondide kaudu osutatavad teenused.

Põhidiagnoosid olid lihasluukonna ja sidekoehaigused (M00–M99), vere- ja ringeelundite haigused (I00–I99), närvisüsteemihaigused (G00–G99).

Andmete saamise järel võrreldi andmebaase ja koostati järgmised rühmad:

- 1) kliendid, kes on saanud nii taastusravi (statsionaarset ja ambulatoorset) kui ka sotsiaalse rehabilitatsiooni teenust;
- 2) kliendid, kes on saanud nii taastusravi (statsionaarset ja ambulatoorset) kui ka tööalase rehabilitatsiooni teenust;
- 3) kliendid, kes on saanud nii sotsiaalse kui ka tööalase rehabilitatsiooni teenust;
- 4) kliendid, kes on saanud ainult taastusravi (statsionaarset ja ambulatoorset);
- 5) kliendid, kes on saanud ainult tööalase rehabilitatsiooni teenust;
- 6) kliendid, kes on saanud ainult sotsiaalse rehabilitatsiooni teenust;
- 7) kliendid, kes on saanud ainult statsionaarset taastusravi;
- 8) kliendid, kes on saanud ainult ambulatoorset taastusravi.

Lõpliku valimi moodustamiseks kasutati valimikalkulaatorit <http://www.raosoft.com/samplesize.html>, et tagada 95% usaldusvahemik. Esialgse planeeritud 400 isiku kaasamisega oleks dokumentide analüüsimine olnud liiga ressursimahukas, seepärast kuulus lõplikku valimisse 142 isiku 471 teenuste arvet. Haigekassa rahastatud taastusravi osutanud asutusi oli 27, sotsiaalse rehabilitatsiooni teenust osutanud asutusi 19 ja tööalase rehabilitatsiooni teenust osutanud asutusi 35.

Auditi hindamiskriteeriumid koostati koostöös auditi töörühma liikmetega ja haigekassa spetsialistidega, lähtudes taastusravi ja rehabilitatsiooni üldistest põhimõtetest (4). Isikute seisundi hindamiseks ühtsetel alusetel kasutati rahvusvahelise funktsioneerimisvõime, vaeguste ja tervise klassifikatsiooni (edaspidi RfK) (5) I osa (funktsioneerimisvõime ja -vaegused)

ja jagude „Organismi funktsioonid ja struktuurid“ ning „Tegutsemise ja osalus“ valdkondade esimest tasandit. Varem ei ole Eestis RfKd kliinilise auditi tegemisel isikute seisundi hindamiseks aluseks võetud. Auditi hindamiskriteeriumid olid määratud eraldi taastusravi valdkonnale ja rehabilitatsioonivaldkonnale, kuid need puudutasid samu RfK valdkondi. Valdkondi auditeeriti eraldi, taastusravi valdkonda auditeerisid taastusravistid ja rehabilitatsiooni valdkonda tugispetsialistid. See tagas küll, et juhte hindas oma valdkonna pädev spetsialist, kuid taastusravi- ja rehabilitatsioonivaldkonna vahelise korralduse hindamine võis jääda puudulikuks (taastusravi ja rehabilitatsiooniteenuste kombineerimine; taastusravi, sotsiaalse või tööalase rehabilitatsiooni vajadus).

Auditi käigus saadi ülevaade ja hinnati, millised olid isikul esinevad funktsioonipiirangud või probleemid tegutsemise- ja osalustasandil, kas nendega oli tegeletud ja neid objektiivselt hinnatud ning kas selleks oli kasutatud standardiseeritud mõõtmisvahendeid; kas olid püstitatud eesmärgid ja kas need olid saavutatud või mis põhjustel olid eesmärgid jäänud saavutamata või saavutatud osaliselt; millised spetsialistid olid kaasatud ja milliseid teenuseid isikud said ning kas kõik vajalikud teenused olid määratud. Lõppkokkuvõttes hinnati osutatud teenuste põhjendatust.

Auditeerijad sisestasid andmed elektroonsesse auditeerimise keskkonda, mille haigekassa oli välja töötanud. Taastusravijuhtusid hindasid taastusravistid ning rehabilitatsioonijuhtusid rehabilitatsioonivaldkonnas töötavad spetsialistid. Auditeerijad hindasid ainult neid asutusi, kus nad ise ei töötanud. Andmete analüüsimiseks kasutati statistilist andmetöötlusprogrammi Microsoft Excel. Joonised ja tabelid koostati tabelitöötlusprogrammis MS Excel 2016. Andmed analüüsiti auditi eesmärkidest ja hindamiskriteeriumitest lähtudes.

TULEMUSED

Auditi muutis keeruliseks püstitatud lisaeesmärkide rohkus ja kaheksa rühma moodustamine teenust saanud isikute põhjal. Andmete esialgse analüüsimise käigus selgus, et kaheksa gruppi eraldi olid liiga väikesed järeltulete tegemiseks. Seetõttu koondati isikud kolme rühma:

- 1) isikud, kes said ainult taastusravi (nii statsionaarset kui ka ambulatoorset);
- 2) isikud, kes said nii taastusravi kui ka rehabilitatsiooniteenuseid;
- 3) isikud, kes said ainult rehabilitatsiooniteenuseid (nii sotsiaalseid kui ka tööalaseid) (vt joonis 1).

Andmete edasise analüüsi käigus selgus, et üldised tendentsid taastusravi- ja rehabilitatsioonivaldkonna korralduses ilmsesid kõige paremini, kui koondati kokku kõigi taastusravi saanud isikute (esimene ja teine rühm taastusravi osas) ja kõigi rehabilitatsiooniteenust saanud isikute (kolmas ja teine rühm rehabilitatsiooni osas) andmed. See aga ei võimaldanud anda hinnangut kõigi kaheksa rühma kohta eraldi.

Rehabilitatsioonivaldkonna tulemuste tõlgendamisel tuleb arvesse võtta, et süsteem on viimase viie aasta jooksul oluliselt muutunud, loodud on eraldi rahastajaga süsteemid sotsiaalse ja tööalase rehabilitatsiooniteenuse osutamiseks. Auditeeritud juhud sattusid üleminekuajaga, mil osa kliente

sai nii tööalast kui ka sotsiaalset rehabilitatsiooniteenust, ning see muutis rehabilitatsioonivaldkonna kirjeldamise keerulisemaks.

Dokumenteerimine

Auditi küsimustele vastamisel lähtuti dokumentatsioonis olevas teabest. Taastusravi- ja rehabilitatsiooniteenuste osutamisel on erinevad dokumenteerimise formaadid, mille tõttu oli andmete ühtsetel alustel hindamine raskendatud. Lisaks sellele oli nii taastusravi- kui ka rehabilitatsioonisüsteemis dokumenteerimise tase väga ebahütlane, mistõttu ei olnud alati võimalik kõigile auditis esitatud küsimustele korrektselt vastata. Kirjeldused olid sageli põhjalikud, kuid standardiseerimata ja vähestruktureeritud ning see muutis vajaliku teabe leidmise keerukaks ja ajamahukaks.

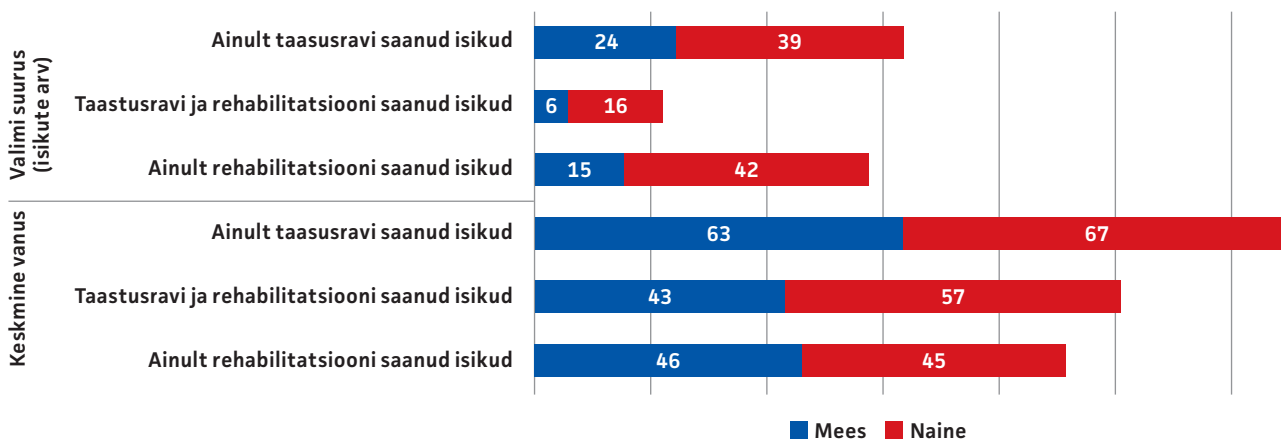
Taastusravi dokumentatsioon oli patsientide funktsionaalset seisundit, taastusravi eesmärke ja tulemusi kirjeldatud väga erinevalt ning seda nii eri asutustes kui ka sama asutuse erinevate spetsialistide poolt. Füsioteraapia, tegevusteraapia ja kõneravi aruannetes on sageli patsiendi anamneesi ja/või algseisundi hinnang väga põhjalik ning seda on kajastatud läbi mitmete ravidokumentide, kuid lõpphinnang on tihti minimaalne ega anna selget ülevaadet patsiendi seisundi muutumisest kohta. Sama võib täheldada ka arst-

likes sissekannetes. Dokumentatsioon on statsionaarse taastusravi osutamisel üldjuhul põhjalikum ja paremini jälgitav, ambulatoorse taastusravi osutamisel on dokumenteerimise aeg piiratud. Sageli on kirjeldatud peamiselt neid probleeme, millega on konkreetse taastusravietapi jooksul tegeletud, mitte patsiendi seisundit tervikuna, mis on ajamahukas tegevus.

Rehabilitatsiooni dokumenteerimise tase oli ebahütlane ning sõltus muu hulgas teenuse rahastaja (kas Sotsiaalkindlustusamet või töötukassa) etteantud formaadist. Sageli olid kirjeldused pikad ja põhjalikud, kuid probleemiks oli nende vähene struktureeritus, laialivalgusus ning kliendi ütluste tsiteerimine, mistõttu polnud sõnakasutus alati korrektne. Rehabilitatsioonidokumentatsiooni läbitöötamine oli ajamahukas, sageli oli vaja sama teksti mitmel korral läbi lugeda, et sealt olulised detailid üles leida. Juhtudel, kui dokumendiks oli üksnes esialgne tegevuskava, polnud võimalik hinnata kliendi seisundi muutust ega auditi kõigile küsimustele vastata.

Üldinfo

Eelmainitud kolme rühma koondatud isikute üldinfost selgub, et ainult taastusravi saanud patsientide keskmine vanus oli kõrgem võrreldes taastusravi ja rehabilitatsiooni ning ainult rehabilitat-



Joonis 1. Valimi suurus ning isikute keskmine vanus taastusravis ja rehabilitatsiooniteenuse saamisel.

siooniteenust saanud patsientidega. Võimalik, et see peegeldab tööalasel rehabilitatsioonil olnud patsientide nooremata.

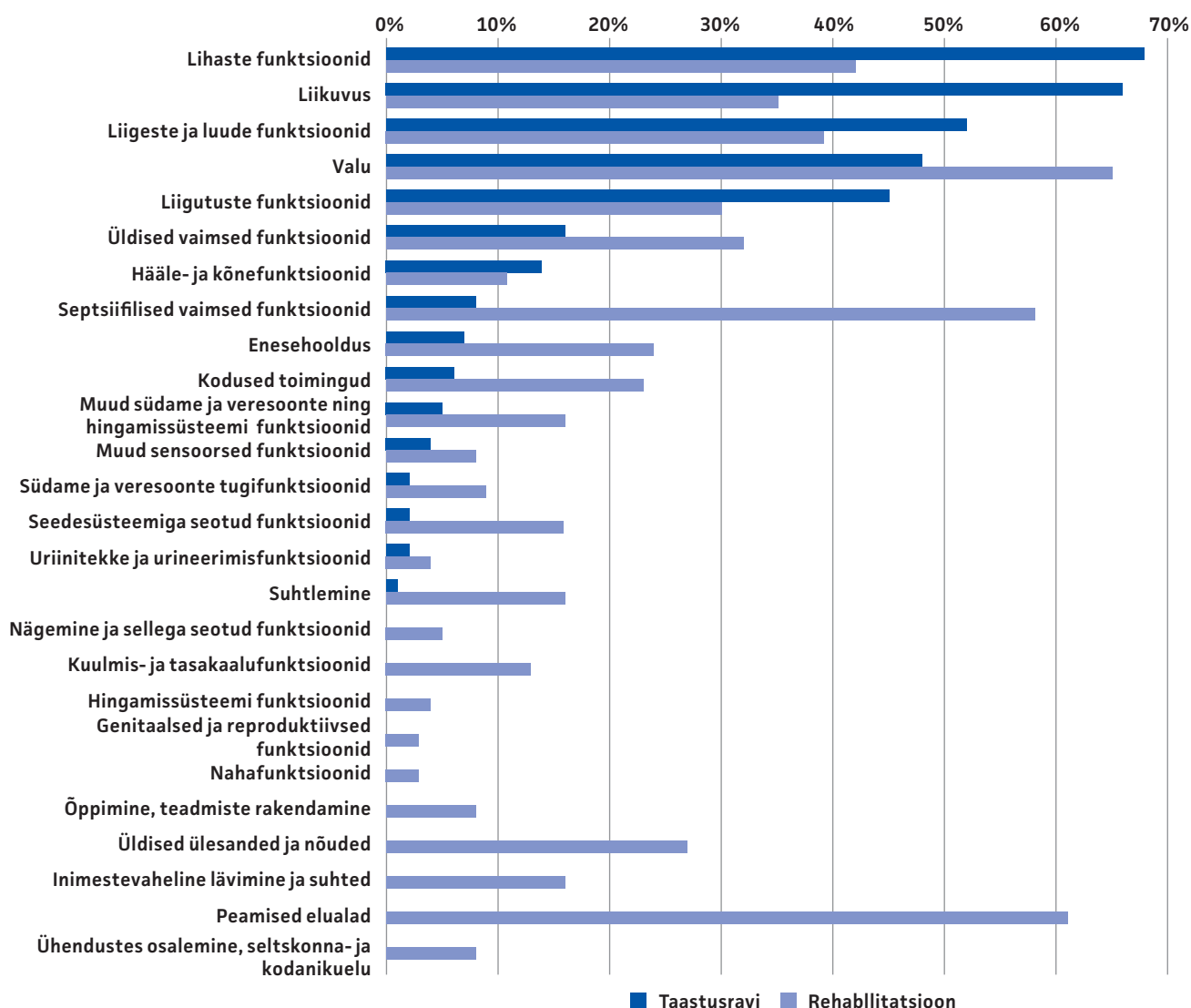
Kui vaadata haiguse kestust, siis vähem kui aasta kestnud terviseprobleemiga isikute osakaal oli ainult taastusravi saanud patsientide rühmas kõige suurem. Võimalik, et haiguse akuutsema perioodi tõttu ei olnud rehabilitatsiooniteenusele veel jõutud või ka puudus rehabilitatsiooniteenuse vajadus. Ainult rehabilitatsiooniteenust saanud isikute seas oli ligi pooltel terviseprobleem kestnud üle 2 aasta, mis vastab rehabilitatsiooniteenuse sisule – pikemajali-

selt kestnud terviseprobleemiga toimetulek.

Taastusravis olid esindatud järgmised diagnoosid: närvisüsteemi haigustest peamiselt degeneratiivsed haigused, üksikute juhtudel epilepsia, neuropaatiad, laste tserabraalparalüüs; vereringeelundite haigustest insuldiga seotud seisundid; lihaskonna ja sidekoe haigustest peamiselt liigeste ja lülisamba degeneratiivsed haigused, samuti lihaste ja sidekoe haigusseisundid ning põletikulised liigesehaigused. Ainult rehabilitatsiooni saanud isikute seas olid ülekaalukalt esindatud lihaskonna ja sidekoe haigused (39 isikul),

seada kas üksikult või kombinatsioonis närvisüsteemi haiguste ja/või vereringeelundite haigustega ja/või psüühika- ja käitumishäiretega. Samas oli rehabilitatsiooni puhul keeruline hinnata, millised diagnoosid olid teenuse osutamise aluseks, sest diagnoose pole terviseolukorra kirjeldamisel rehabilitatsiooniteenuse dokumentatsioonis lubatud kasutada.

Peamised teenusele suunajad olid taastusravi puhul ligikaudu pooltel juhtudel perearstid, kolmandikul juhtudel taastusarstid ja viiendikul juhtudel eriarstid (valimi piires neuroloogid, ortopeedid ja ühel juhul reumatoloog). Seevastu ainult



Joonis 2. Funktsiooni/tegevuse tasandil hinnatud probleemid, millega tegeleti.

rehabilitatsiooni saanud isikute seas ei olnud arsti poolt suunamine eriti sage, kuna teenusele suunamise otsus tehakse sotsiaalse rehabilitatsiooni puhul Sotsiaalkindlustusametis ja töölase rehabilitatsiooni puhul töötukassas. Isegi kui arst oli info patsiendile edastanud, ei kajastunud see rehabilitatsiooniteenuse dokumentatsioonis.

Ainult oma elukoha maakonnas osutati taastusravi 27%-le patsientidest, tegemist oli peamiselt ambulatoorsete ravijuhtudega. Enamik statsionaarset taastusravi saanud patsientidest viibisid ravil ka väljaspool oma elukoha maakonda. Ainult rehabilitatsiooni saanud isikute seas oli kolmandik neid, kes said teenust oma elukohaga samas maakonnas. Enamasti polnud võimalik dokumentatsiooni põhjal sellele küsimusele vastata, sest puudus info kas kliendi elukoha või rehabilitatsiooniteenuse osutamise asukoha kohta.

Patsiendi/kliendi seisundi (probleemide) kirjeldus

Valdavalt olid nii taastusravi patsientidel kui ka rehabilitatsiooni

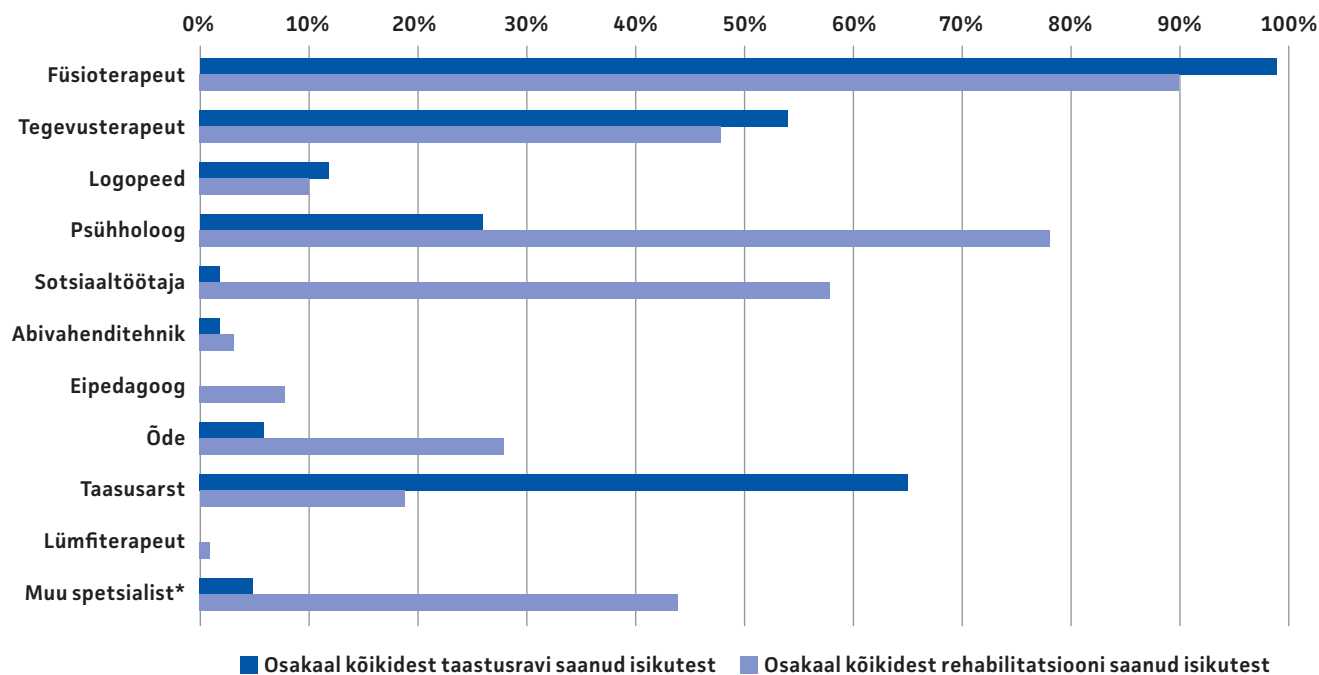
klientidel samal ajal mitmed muud probleemid. Taastusravi patsientide puhul kirjeldati probleemi-dena peamiselt funktsioonihäireid ja vähem igapäevaeluga seotud takistusi (osalus- ja tegutsemispiirangud), samas peeti kogu ravi käigus silmas patsiendi toimetuleku ja elukvaliteedi paranemist (vt joonis 2).

Ainult rehabilitatsiooniteenust saanud isikute puhul olid fookuses üldiste ja spetsiifiliste vaimsete funktsioonide ning valuga seotud probleemid ning veidi vähesemal määral liigeste, lihaste ja liigutuste funktsioonid ning liikuvus. Rehabilitatsioonis olid taastusravist olulisel kohal tegutsemise ja osalusega seotud valdkonnad, näiteks üldised ülesanded ja nõuded (sh ühe või paljude ülesannete täitmine, igapäevatoimingute tegemine, stressi ja muude psüühiliste koormustega toimetulek), enesehooldus, kodused toimingud, suhtlemine ja suhted ning peamised elualad (sh õppimine ja haridus ning töö ja tööhõive), mis on otseselt seotud töölase rehabilitatsiooni eesmärkidega.

Auditeerimise käigus püüti dokumentatsioonist leida valdkondi, mille puhul patsientidel esinesid probleemid, kuid nendega taastusravi ja rehabilitatsiooni jooksul ei tegeletud. Taastusravi puhul toodi välja, et ei tegeletud vaimsete ning hääle- ja kõnefunktsioonidega. See võib olla seotud vastavate spetsialistide (psühholoog, logopeed) puudusega või probleemi mittemärkamisega. Käsitlemist mitteleidnud probleemide osakaal võib olla suurem, kuna võidakse dokumenteerida ainult probleemid, millega parasjagu tegeletakse.

Rehabilitatsioonis toodi tegelemata jäänud valdkondadena välja vaimsete ja nägemisfunktsioonidega seotud valdkonnad. Nägemisega seotud probleemidega mittetegelemine võis tuleneda asjaolust, et vajalik oli meditsiiniline sekkumine, mida rehabilitatsiooniteenuse raames ei osutata.

Põhjuseid, miks probleemse valdkonnaga ei tegeletud, ei olnud dokumentatsioonis sageli kirjeldatud. Nii taastusravis kui ka rehabilitatsioonis olid audiitorid kõige enam nime-



* Alternatiivterapeudid, nt loovterapeut

Joonis 3. Taastusravisse ja rehabilitatsiooni kaasatud spetsialistid.

tanud põhjusena teenuste ebapiisavat profiili, mis võib olla seotud vajalike spetsialistide puudusega.

Osutatud teenused

Auditi käigus hinnati patsientidele ja klientidele osutatud teenuste profiili. Taastusravis olid kaasatud peamiselt füsioterapeut, tegevusterapeut ja logopeed (vt joonis 3). Eripedagoogi teenust haigekassa ei rahasta. Taastusarst on meeskonnajuht ning osaleb taastusravimeeskonnas kõikide patsientide ravi protsessis. Nagu taastusravis, oli ka rehabilitatsioonis kõige sagedamini kaasatud spetsialist füsioterapeut. Nii tegevusterapeudi kui ka logopeedi kaasamise tase oli mõlemas süsteemis sarnane. Võrreldes taastusraviga, kaasati rehabilitatsioonis tunduvalt rohkem psühholoogi, sotsiaaltöötajat ja õde ning vähem taastusarsti. Need erinevused on loogilised, arvestades, et rehabilitatsiooniteenusele jõudes peaks olema terviseolukord stabiliseerunud ning arsti ja õde teenuse sisu on nõustava, mitte raviva iseloomuga.

Teiste kaasatud spetsialistide eriala analüüsid on näha, et ka rehabilitatsioonis säilib tervishoiuteenuse vajadus, lisaks kasutatakse alternatiivsemaid teraapiaid, nt loovteraapiat (vt tabel).

Taastusravis andsid audiitorid hinnangu, kas patsiendile määratud teenused olid dokumentatsioonis

Tabel. Muu kaasatud spetsialist

Muu spetsialist	Juhtude arv	
Taastusravi	eriartst	2
	botuliintoksiini süstimise spetsialist (arst)	1
	proteesimeister	1
Rehabilitatsioon	arst (perearst, eriarst)	15
	loovterapeut	11
	juhtumikorraldaja	4
	kogemusnõustaja	4

kirjeldatud funktsioonihäirete ning osalemis- ja tegutsemispiirangute korral vajalikud. Vasturääkivust funktsionaalse piirangu ja osutatud teenuste vahel ei olnud, seega olid kõik osutatud teenused patsientidele vajalikud.

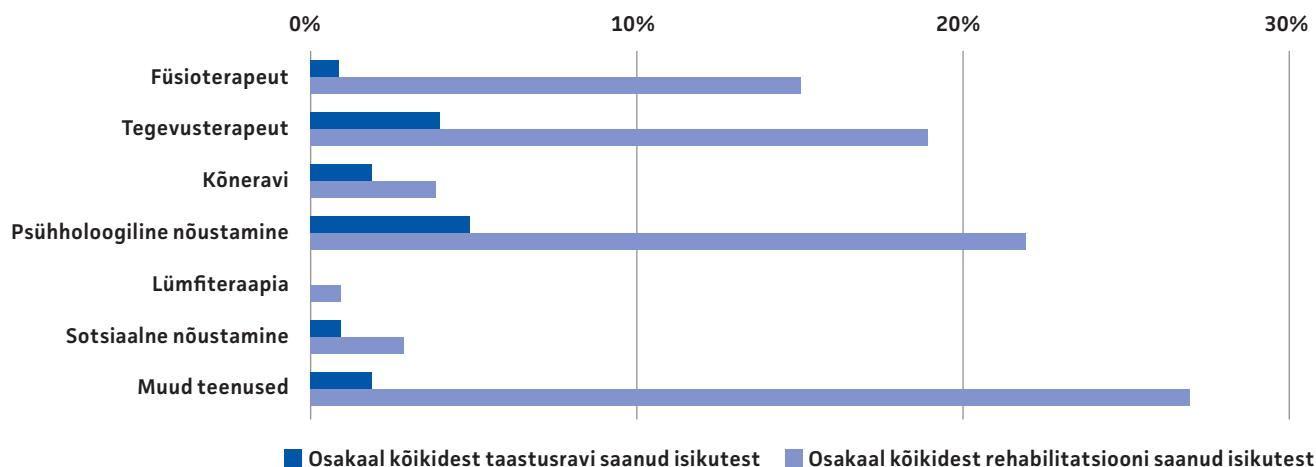
Statsionaarselt taastusravil viibinud patsientide puhul hinnati, kas patsiendi funktsionaalse seisundi alusel oleks olnud võimalik korraldada taastusravi ambulatoorselt. Kõigist statsionaarsel taastusravil viibinud patsientidest 13% olid haiglaravil seetõttu, et ambulatoorselt ei olnud võimalik taastusravil käia elukoha tõttu. Teistel juhtudel osutati ambulatoorset ja statsionaarset taastusravi kombineerituna. Mitmete spetsialistide käsitus vajavate patsientide korral on statsionaarselt võimalik patsiendiga tegeleda süvendatult ja komplekssemalt, ambulatoorse ja statsionaarse taastusravi kombineerimine vastas audiitorite hinnangul vajadustele.

Nende patsientide osas oli enamikul juhtudel märgitud, et ambulatoorne taastusravi osutus võimalikuks lähedaste abi ja elukoha tõttu.

Määramata jäänud teenused

Kui dokumentatsioonis oli viiteid probleemide kohta, millega ei tegeletud, andsid audiitorid hinnangu, millised teenused olid jäänud määramata. Ühele isikule võis olla määramata mitu teenust (vt joonis 4).

Taastusravis olid valdavas osas patsientidele vajalikud teenused määratud, vajalikke teenuseid ei saanud 7 patsienti 13 teenuse ulatuses. Taastusravis jäid teenused määramata (sh ei olnud dokumenteeritud teenuse osutamist) järgmistes valdkondades: üldised vaimsed funktsioonid, valu, hääle- ja kõnefunktsioonid, liigutuste funktsioonid, uriinitekke ja urineerimise funktsioonid, lihaste funktsioonid, liikuvus, kodused toimingud.



Joonis 4. Taastusravis ja rehabilitatsioonis määramata jäänud teenused.

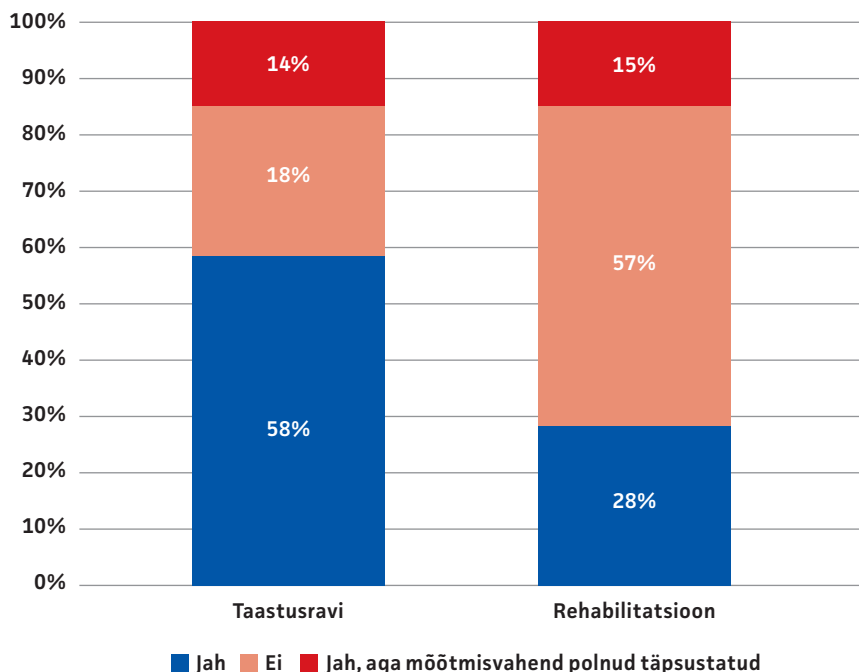
Rehabilitatsioonis määrati funktsioonipiiranguga seonduvalt kõik vajalikud teenused kahel kolmandikul juhtudest. Ühe kolmandiku puhul kas ei määratud vajalikke teenuseid või polnud seda dokumenteeritud. Osalus- ja tegutsemispiirangutega seoses oli tulemus parem: kõik vajalikud teenused määrati kolmveerandil juhtudest. See võib tuleneda asjaolust, et osalus- ja tegutsemispiirangutega tegelemise käigus käsitletakse ka funktsioonipiiranguid, lisaks pole dokumentatsioonis võimalik luua nii selget eristust funktsioonipiirangu ning osalus- ja tegutsemispiirangu vahele.

Rehabilitatsiooni puhul ilmnes, et kõige sagedamini jäid määramata psühholoogilise nõustamise, tegevusteraapia ja füsioteraapia teenused. See võib peegeldada spetsialistide (eelkõige tegevusterapeutide) puudust rehabilitatsioonisüsteemis või seda, et rehabilitatsioonimeeskond ei suutnud vajadust tuvastada.

Olulise rühma moodustasid ka muud teenused, mille all toodi välja toitumisnõustamist (5 juhtu), tervishoiuteenuseid (10 juhtu), tööhõivega seotud teenuseid (3 juhtu). Rehabilitatsiooni puhul on sageli rõhutatud, et tegemist pole ravi, vaid sotsiaalteenusega. Samas on klientide vajadus tervishoiuteenuste järele endiselt alles, tegemist pole ühesuunalise liikumisega taastusravist rehabilitatsiooni. Seega tuleks teha tihedamalt koostööd tervishoiusüsteemiga, paljudele isikutele jääbki vajalikuks sotsiaal- ja tervishoiuteenuste osutamine paralleelselt.

Patsiendi/kliendi seisundi objektivimine

Eesmärgi täitmise ja ravi/rehabilitatsiooni mõju ja tulemuste jälgimiseks on vaja patsiendi/kliendi seisundit objektiivselt hinnata. Seisund peeti objektiivselt hinnatuks, kui seda oli sõnaliselt kirjeldatud või oli selleks kasutatud standardiseeritud mõõtmisvahendeid. Standardiseeritud mõõtmisvahendite kasutamine



Joonis 5. Taastusravis ja rehabilitatsioonis standardiseeritud mõõtmisvahendite kasutamine.

annab võimaluse patsiendi/kliendi seisundit ja selle muutumist üheselt mõista. Rahvusvaheliselt on kasutusel mitmeid mõõtmisvahendeid, mida on võimalik kasutada ka Eestis.

Taastusravis oli kõikidel juhtudel seisundit objektiivselt hinnatud ja hinnang dokumenteeritud. Enamikul juhtudel olid dokumenteeritud põhjalikud omasõnalisid kirjeldused, mis andsid hea ülevaate seisundist, kuid vähem oli seisundi hindamiseks kasutatud standardiseeritud mõõtmisvahendeid. Kuna kirjeldused olid väga erinevas stiilis, oli ravitulemuste jälgimine ja auditi küsimustele vastamiseks vajalike vastuste leidmine keeruline ja aeganõudev.

Kõigist rehabilitatsiooni saanud isikutest olid umbes pooltel juhtudel funktsiooni-, osalus- ja tegutsemispiirangud objektiivselt hinnatud ja testitud. See tulemus näitab, et rehabilitatsioonis tuleks kindlasti rohkem keskenduda piirangute objektiivsele hindamisele, samuti subjektiivsele hindamisele. Lisaks oli võrreldes taastusraviga oluliselt vähem kasutatud standardiseeritud mõõtmisvahendeid, s.t üle poolte

juhtude korral polnud hindamisinstrumenti ega mõõtmisvahendit kasutatud või täpsustatud, millise vahendiga tegemist (vt joonis 5).

Standardiseeritud mõõtmisvahenditest kasutati füsioteraapias kõige rohkem manuaalset lihasjõu hindamist (MMT), goniomeetriat, dünaamilist lihasjõu mõõtmist ja Rombergi testi; tegevusteraapias *box-and-block*-testi, dünamomeetriat, Purdue *pegboard*'i testi ja goniomeetriat; kliinilise psühholoogi poolt EEK-2 (emotsionaalse enesetunde küsimustiku 2. versioon) ja teisi teste üksikutele juhtudel.

Teiste mõõtmisvahenditena oli peamiselt kasutatud valu visuaalset analoogskaalat (VAS), üksikutele juhtudel ka teisi teste (Bergi tasakaalutest, 10 minuti kõnnitest, tandemseis jt). Rehabilitatsioonis oli tööalase rehabilitatsiooni teenuse hindamisel kasutatud EQUALi meetodikat ning sotsiaaltöötaja kasutanud *job-pics*-meetodit.

Taastusravi ja rehabilitatsiooni eesmärgid

Kuna patsientidel/klientidel esinesid probleemid ühel ajal mitmes vald-

konnas, oli ühel inimesel tavapäraselt mitu erinevat ravi/sekkumise eesmärki. Kogu auditeeritud perioodi kohta tervikuna anti hinnang, mis oli põhjuseks, kui eesmärki ei saavutatud või saavutati osaliselt.

Taastusravis oli eesmärkide sõnastamine väga erinev ja sõltus konkreetsest spetsialistist. Välja võib tuua kaks erinevat stiili: sõnastatakse paranemine mingis valdkonnas, andmata konkreetset eesmärki (nt liigese liikuvuse paranemine, eneseteeninduse paranemine), või seatakse konkreetne eesmärk (nt liigese liikuvus suureneb 30 kraadi võrra, patsient käib iseseisvalt tualetis). Funktsioone toetaval taastusravil olevatel patsientidel on sageli eesmärgiks ka funktsionaalse võimekuse säilimine. Erinevused eesmärkide sõnastamisel muutsid mõnevõrra keeruliseks ka eesmärkide täitmise hindamise.

Eesmärgid olid üldjuhul püstitatud ja dokumenteeritud, vajaka jäämisi oli vaimsete funktsioonide ja kõnefunktsiooni ning osalus- ja tegutsemispiirangute sihtide seadmisel-dokumenteermisel. Püstitatud eesmärgid olid vastavuses patsiendi probleemidega, seega on taastusravi üldiselt olnud suunatud patsiendi probleemide lahendamisele ja vastanud tema vajadustele. Peamiseks põhjuseks (59% patsientidest), miks ravi eesmärki ei saavutatud, oli raske tervise seisund (meditsiiniline põhjus): kas kaasuvad rasked haigused või

taastusravi määramise põhjuseks olev raske haigus raske funktsionaalse kahjustusega. 28%-l haigetest oli eesmärgi saavutamata jäämise põhjuseks taastusravi võimaluste vähesus (raviperioodi ebapiisav pikkus, teenuste ebapiisav profiil ja maht) (vt joonis 6).

Kui rehabilitatsiooniteenus oli määratud funktsiooni-, osalus- ja tegutsemispiirangu tõttu, siis oli sekkumise eesmärk sõnastatud umbes kolmveerandil juhtudel ning veerandil juhtudel sõnastamata. Sõnastatud eesmärk oli enamasti vastavuses hindamistulemustega (85–86%-l juhtudest).

Kui rehabilitatsiooni eesmärki ei saavutatud või saavutati osaliselt, siis põhjusena toodi 29%-l juhtudest välja teenuste mahu ja profiiliga seotud põhjused (ebapiisav teenuste maht, teenuste profiil), 24%-l põhjendamatult valesti suunatud klient, 21%-l rasked kaasuvad haigused, 21%-l ebapiisav dokumenteerimine (polnud võimalik analüüsida), 20%-l teenuse katkestamine. Süsteemipoolseid põhjuseid (teenuste maht, profiil, valesti suunamine, ebapiisav dokumenteerimine) eesmärgi mitteaavutamisel esines seega rohkem kui kliendipoolseid.

Eesti Haigekassa rahastatavate taastusraviteenuste piisavus

Teenuste hulga piisavust sai hinnata taastusravi eesmärkide mittesaavutamise või osalise saavutamise

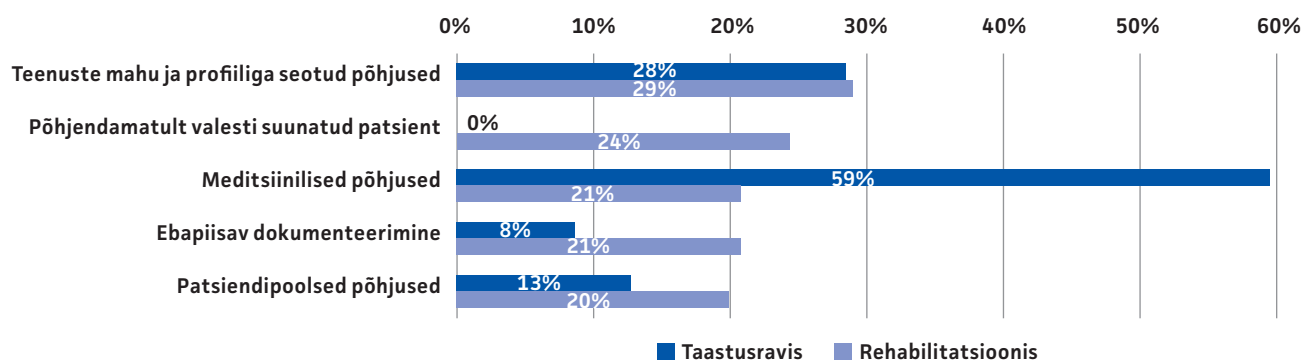
põhjuste kaudu. Ebapiisav teenuste hulk oli toodud põhjusena kolmel korral (4% kõigi taastusravi saanud patsientide hulgast) ja ebapiisav raviperioodi pikkus 8 korral (9% kõigi taastusravi saanud patsientide hulgast). Dokumentatsiooni alusel oli aga keeruline hinnata, kas selle põhjused olid seotud ainult rahastamise või ka spetsialistide puudusega.

Taastusravi ja rehabilitatsiooni põhjendatus

Taastusravi kõigil juhtudel oli mõlemas rühmas patsientidel taastusravi vajav funktsionaalne defitsiit ja taastusravile suunamine oli audiitorite hinnangul põhjendatud. Stationaarsele taastusravile suunamisel olid kõigi patsientide puhul täidetud Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu rakendustingimused. Audiitorite hinnangul olid kõik osutatud taastusraviteenused auditeeritud patsiendirühmadele vajalikud ega olnud näidustatust asendada neid esmatasandi üksikteenustega.

Kõigi rehabilitatsiooni saanud isikute puhul hinnati kompleksteenust põhjendatuks üle pooltel juhtudel (54%) ning kolmandikul (32%) ei olnud audiitoritel dokumentatsiooni põhjal võimalik seda hinnata (vt joonis 7). Kuivõrd tegemist on rehabilitatsiooni põhisisu puudutava küsimusega, peaks kompleksteenuse põhjendatus olema dokumentatsioonis selgelt ja standardiseeritult kajastatud.

Kompleksteenuse põhjendatuse selgitustes oli läbiv teema abiva-



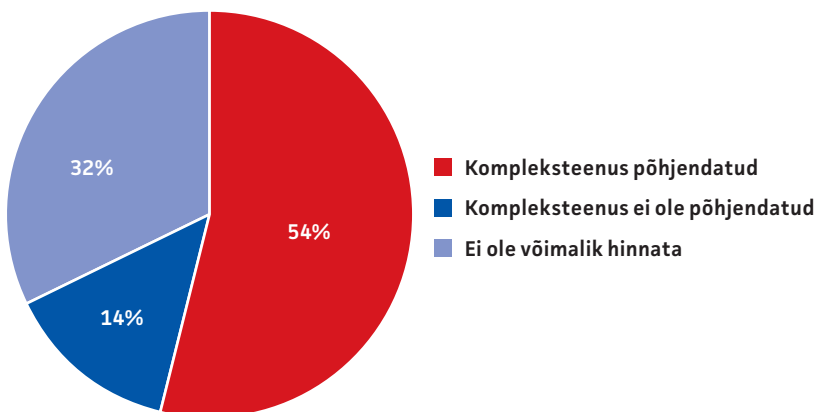
Joonis 6. Põhjused, kui taastusravi/rehabilitatsiooni eesmärki ei saavutatud või saavutati osaliselt.

jadus erinevates valdkondades, sh vaimse ja füüsilise tervise probleemide koosesinemine, töötamisega seotud eesmärkide saavutamiseks vajalikud erinevad teenused ning sotsiaalse toimetuleku probleemid. Küll aga mainiti, et hoolimata kompleksteenusest oli mitmete klientide puhul teenus väga füsioteraapiakeskne ning teiste teenuste osakaal vähene.

Tähelepanu väärrib, et rehabilitatsioonivaldkonna audiitorite hinnangul oleks 56% juhtumite lahendamise põhjendatud esmatasandi või esmatasandi teenuste kombineerimise, eelkõige füsioteraapia (84%), psühholoogi (61%) ja sotsiaaltöötaja (30%) teenuste abil. Muu all toodi välja koduteenuseid, mille osutamise võimalus on tegelikult nii tervishoiu- kui ka rehabilitatsioonisüsteemis olemas (tervishoius füsioteraapia ja tegevusteraapia kodus, rehabilitatsioonikodus osutatavad rehabilitatsiooniteenused).

Sarnaselt leidsid audiitorid, et 41%-l juhtudest oleks juhtumi lahendamise olnud põhjendatud eriarstiabi või eriarstiabi teenuste kombineerimise abil (taastusravi ja rehabilitatsiooni saanud isikute rühmas 18%-l juhtudest). Need hinnangud näitavad, et esmatasandi, eriarstiabi ja rehabilitatsiooni süsteemis on kattuvusi ning vaja oleks selgemaid kriteeriume, et hinnata, millise probleemiga isikud ja millisest süsteemist vajalikke teenuseid peaksid saama.

Ainult rehabilitatsiooni saanud isikute puhul tuli rehabilitatsiooni pakutava kompleksteenuse vajadus selgelt välja ainult pooltel juhtudest. Kui tuua siia kõrvale audiitorite arvamus, et 56% juhtumite lahendamise oleks põhjendatud esmatasandi teenuste kombineerimise ning 41% juhtumite lahendamise eriarstiabi teenuste kombineerimise abil, siis võib järeldada, et rehabilitatsiooniteenust osutatakse paljudele isikutele, kes võiksid saada endale vajalikke teenuseid hoopis tervishoiusüsteemis.



Joonis 7. Rehabilitatsiooniteenuse põhjendus.

JÄRELDUSED

Taastusravi- ja rehabilitatsioonisüsteemi korralduses on säilinud samad probleemkohad, mida on varem kirjeldatud Sotsiaalministeeriumi ja haigekassa tehtud analüüsid. Erinevad süsteemid on lahus, ei tunta hästi teise valdkonna spetsifikat, kuigi kokkuvõttes tegeletakse ühise üldise eesmärgi nimel – kliendile/patsiendile võimalikult heal tasemel toimetuleku ja elukvaliteedi tagamine.

Info ei liigu erinevate valdkondade vahel, mistõttu patsient/klient ei pruugi saada kõiki vajalikke teenuseid, lisaks esineb teatud teenuste puhul liigset ressursikulu ning kattuvusi. Vajaduse korral ei saa rehabilitatsioonisüsteemist suunata inimest tervishoiusüsteemi ja kannatab rehabilitatsiooniteenuse osutamise kvaliteet. Praeguse taastusravi- ja rehabilitatsioonisüsteemi korralduse juures ei vaadata inimese liikumist tervikliku teekonnana, mille sujuvate üleminekute eest vastutab nii eelmine kui ka järgmine etapp.

Süsteemide koostöö parandamiseks on osapooltel koostöös erialaorganisatsioonidega mõistlik kokku leppida võimalikud ühtsed kriteeriumid patsiendi/kliendi käsitlemisel ja info liikumisel (kaaluda RFK, ISO (International Organization for Standardization) jt standardiseeritud süsteemide kasutuselevõttu). Alanud on rehabilitat-

siooni- ja taastusravispetsialistide RFK-teemalised koolitused kuni 2022. aasta lõpuni, RFK eestikeelse tõlke ajakohastamine ning koostöö Sotsiaalministeeriumi, Sotsiaalkindlustusameti, töötukassa ja haigekassa vahel. Eesmärk on välja töötada nii asutusesisesed kui ka asutuste, teenuste ja valdkondade vahelised RFK-põhised ühtsetel alustel toimivad andmevahetuse protsessid (sh töövõime hindamisel, puude raskusastme tuvastamisel, abivahendite süsteemis, tööalases ja sotsiaalses rehabilitatsioonis ning taastusravis) ning ka IT-lahendused (6).

Info liikumise parandamiseks ning patsiendi/kliendi seisundi muutuse ja vajaduste paremaks hindamiseks tuleb parandada dokumenteerimist ja kasutada rohkem standardiseeritud mõõtmisvahendeid. Selleks tuleb erinevate valdkondade vahel kokku leppida, millised testid/mõõtmisvahendid või meeskondlik hindamine on igapäevatoos kõige informatiivsemad ja võimaluste piires ühtlustada nende kasutamist eri valdkondade vahel ning leppida valdkonnasiseselt ja -vaheliselt kokku võimalik ühtne dokumenteerimise struktuur. See võimaldaks tihedamat koostööd rehabilitatsiooni- ja tervishoiusüsteemi vahel.

Tegevused taastusravis olid valdavalt eesmärgistatud ja osutatud teenused vastasid patsientide vaja-

dustele. Funktsionaalse defitsiidiga seonduvalt on jäänud 8%-l patsientidest saamata vajalikud teenused: psühholoogi, logopeedi ja tegevusterapeudi teenused. Peamiseks põhjuseks on tõenäoliselt vastavate spetsialistide puudus. Kui teraapia eesmärki ei saavutatud või saavutati vaid osaliselt, oli peamiseks põhjuseks patsientide raske tervises seisund (59%) või taastusravi võimaluste vähesus (28%) (ebapiisav raviperioodi pikkus, ebapiisav teenuste profiil ja maht). Ambulatoorse taastusravi kättesaadavus on piiratud, 13% statsionaarse taastusravi patsientidest olid haiglaravil, kuna elukoha tõttu ei olnud võimalik ambulatoorselt taastusravil käia. Audiitorid hindasid taastusravi osutamist kõikide patsientide puhul näidustatuks.

Rehabilitatsiooniklientide vajadus tervishoiuteenuste järele on ka rehabilitatsioonietapis endi-

selt alles, seega tuleks teha tihedamalt koostööd tervishoiusüsteemiga, paljude isikute jaoks jääbki vajalikuks sotsiaal- ja tervishoiuteenuste osutamine paralleelselt. Piirangud klientide tegevusvõimes ja funktsioonides peaksid olema rehabilitatsiooniteenuse osutamisel objektiivselt hinnatud, praegu on hinnangud liiga subjektiivsed. Samas on piirangutega seotud eesmärgid enamasti sõnastatud ning vastavuses hindamistulemustega. Piirangutega seoses saadakse vajalikud teenused kätte, eesmärkide mittesaavutamisel on süsteemipoolseid põhjuseid rohkem kui kliendipoolseid probleeme.

Kõigi rehabilitatsiooni saanud isikute puhul hinnati kompleksteenust põhjendatuks üle pooltel juhtudel, samas oleks enam kui pooled juhtumid saanud lahendada ka esmatasandi ning 41% juhtumitest eriarstiabi teenuste kombinee-

rimise abil. Järelikult on esmatasandi, eriarstiabi ja rehabilitatsiooni süsteemis kattuvusi ning vaja oleks selgemaid kriteeriume, et hinnata, millise probleemiga isikud ja millisest süsteemist vajalikke teenuseid peaksid saama.

KIRJANDUS

1. Eesti Haigekassa. Mis on taastusravi ja millal seda vaja on? 2016, <https://www.haigekassa.ee/uudised/mis-taastusravi-ja-millal-seda-vaja>.
2. Sotsiaalkindlustusamet. Sotsiaalne rehabilitatsioon. <https://www.sotsiaalkindlustusamet.ee/et/puue-ja-hoolekanne/sotsiaalne-rehabilitatsioon#Sotsiaalne%20rehabilitatsioon>.
3. Töölane rehabilitatsioon. 2019, <https://www.tootukassa.ee/content/toovoimereform/tooalane-rehabilitatsioon>.
4. European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance. White Book on physical and rehabilitation medicine in Europe. Introductions, executive summary, and methodology. Eur J Phys Rehab Med 2018;54:125–55.
5. Maailma Tervishoiuorganisatsioon. Rahvusvaheline funktsioneerimisvõime, vaeguste ja tervise klassifikatsioon (RfK/ICF). Sotsiaalministeerium 2005.
6. Sotsiaalkindlustusamet. RfK-kasutamine meditsiinilises, sotsiaalses ja tööalases rehabilitatsioonis ning abivahendi vajaduse hindamisel. Kokkuvõtte pilootprojektist ja ettepanekud järgmisteks tegevusteks. 2020, https://www.sotsiaalkindlustusamet.ee/sites/default/files/content-editors/Projektid/rfk_loppraport_aprill2020.pdf.

Suukaudsete antikoagulantide kasutajatel suureneb verejooksu risk oluliselt ka hingamisteede kerge infektsioonide korral

Suukaudseid antikoagulante – varfariini või otseseid antikoagulante – kasutatakse laialdaselt korduva venoosse trombemboolia ennetuseks või kodade fibrillatsiooniga patsientidel insuldi ennetuseks. Verejooksud esinevad antikoagulantravi tüsistusena sageli neil patsientidel, kellele on määratud antibiootikume (ennekõike makroliide või fluoro-kinoloone) kaasuva põletikulise protsessi raviks. Ei ole kindlaid andmeid, kas neil juhtudel on verejooksud tingitud antikoagulantide

koostoimest antibiootikumidega või põletikulisest protsessist.

Ühendkuningriigis korraldatud uurimuses analüüsiti aastatel 2010–2019 esmatasandi patsientide registri andmeil verejooksude (seedetrakti verejooksud, ajuhemorraagiad või kergema raskusastmega verejooksud) esinemist suukaudsete antikoagulantidega ravitud patsientidel, kel arst oli diagnoosinud hingamisteede infektsiooni, kuid antibiootikume ei olnud pidanud vajalikuks ordneerida. Vaatluse all oli kokku 1208 patsienti, keskmine vanus 79 eluaastat, 58% olid mehed. Esimese 2 nädala vältel pärast arsti külastamist diagnoositi 41 patsiendil seedetrakti verejooks või ajuhemorraagia, 81 patsiendil kergema raskusastmega verejooks.

LÜHIDALT

Andmete statistilisel töötlemisel ilmnes, et antikoagulantravi kasutajatel on ka kerge infektsiooni korral paeaegu kahekordne erinevat tüüpi verejooksu risk (raske verejooksu riskisuhe 2,68 ja kerge verejooksu riskisuhe 2,32). Verejooksu risk ei sõltunud kasutatud antikoagulandi tüübist.

Autorite hinnangul ei ole seni ühtset seisukohta, milline peaks olema antikoagulantravi taktika juhtudel, kui seda regulaarselt kasutaval patsiendil ilmnevad infektsioonile viitavad tunnused.

REFEREERITUD

Ahmed H, Whitaker H, Farewell H, Hippisley-Cox J, Noble S. Respiratory tract infection and risk of bleeding in oral anticoagulant users: self-controlled case series. BMJ 2021;375:e068037.