



Eelanalüüs Eesti Haigekassa tellimusel

Logopeediliste teenuste kaugvastuvõttud

Anne Uriko

Marina Tammik

Ene Taurafeldt

Eesti Kliiniliste Logopeedide Selts

2020

Sisukord

Mõisted	3
Sissejuhatus.....	3
Metoodika.....	4
Ülevaade süstemaatilistest ülevaadetest	4
Ülevaade üksikuuringutest	7
Logopeedilise kaugteenuse majanduslike aspektide hindamine	9
Logopeediliste kaugvastuvõttude näiteid teistest riikidest.....	11
Logopeedilised kaugvastuvõttud Eestis	13
Järeldused ja soovitused logopeedilise kaugteenuse rakendamiseks Eestis	17
Kasutatud allikad.....	20

Mõisted

Kaugvastuvõtt tervishoius on turvalise info- ja kommunikatsioonitehnoloogia (IKT) abil distantsilt pakutav tervishoiuteenus (kaugvastuvõtt, kaugjälgimine, e-konsultatsioon jms).

Logopeediline kaugvastuvõtt on vastuvõtt, mis toimub kliinilise logopeedi ja patsiendi vahel distantsilt turvalisi info- ja kommunikatsioonitehnoloogia vahendeid (IKT) kasutades.

Logopeediline kontaktvastuvõtt on visiit, mis toimub patsiendi ja terapeudi vahetu kohtumisena.

Sissejuhatus

Info- ja kommunikatsioonitehnoloogia üha laialdasem kasutamine on viimastel aastakümnetel jõudnud ka meditsiini ja muudesse tervisega seonduvatesse valdkondadesse, võimaldades patsiendi vastuvõtte distantsilt. 2020. aasta kevadel tekkis suurenenud vajadus kaugteenuste osutamiseks seoses COVID-19 puhanguga kõikjal maailmas.

Ameerika Logopeedide Assotsiatsioon (American Speech-Language-Hearing Association, lüh ASHA) eelistab kõneravi distantsilt osutamise kohta kasutada terminit „telepractice“, kuid kasutatakse ka termineid „teleaudiology“, „telespeech“, „speech teletherapy“. „Telerehabilitation“ mõiste on laiem, hõlmates kõiki logopeedi poolt pakutavaid teenuseid. USA-s võib kaugteenust võib osutada koolides, tervisekeskustes, taastusravihaiglates, ülikoolides, klientide kodudes, hooldekodudes, töökohtadel. Nõutakse, et kaugteenused oleksid kvaliteedilt võrdsed kontaktteenustega ning kooskõlas kehtiva eetikakoodeksi ja seadusandlusega [1].

Maailmapraktikas on kaugteenuseid logopeedilises teraapias läbi viidud juba aastaid ning selle kohta on tehtud ka uuringuid.

Kirjanduses eristatakse peamiselt kahte tüüpi kaugteenust: 1) sünkroonset, kus patsiendi ja terapeudi suhtlus toimub reaajas, 2) ebasünkroonset (asünkroonset), kus kasutatakse varem salvestatud materjali ning reaajas suhtlus puudub. Kolmandana mainitakse hübriidset kaugteenust, mis sisaldab komponente mõlemast esimesest teenusest [1, 2].

Käesolev eeluuring annab ülevaate teaduskirjandusest logopeedilise ravi osutamise kohta kaugteteenusena ning analüüsib logopeedilise kaugteenuse küsitluse tulemusi, mis viidi läbi Eesti tervishoiusüsteemis töötavate kliiniliste logopeedide seas.

Metoodika

Siinse ülevaate aluseks on PubMedis tehtud otsing: (("Rehabilitation of Speech and Language Disorders"[Mesh] OR "Speech Therapy"[Mesh] OR speech therapy[Title/Abstract] OR speech pathology[Title/Abstract] OR swallowing[Title/Abstract] OR speech[Title/Abstract] OR speech-language therapy[Title/Abstract] OR speech-language pathology[Title/Abstract]) AND ("telemedicine"[Mesh] OR "Telerehabilitation"[Mesh] OR telemedicine[Title/Abstract] OR telemonitoring[Title/Abstract] OR telerehabilitation[Title/Abstract] OR telepractice[Title/Abstract] OR Video conferencing[Title/Abstract] OR videoconferencing[Title/Abstract] OR telehealth[Title/Abstract] OR telehomecare[Title/Abstract] OR distance counseling[Title/Abstract] OR Distance consultation[Title/Abstract])) AND (("2015/01/01"[Date - Publication] : "2020/06/30"[Date - Publication]))).

Ülevaate kirjutamisel olid aluseks perioodil 01.01.2015 –30.06.2020 ilmunud andmebaasis olevad artiklid. Kokku leiti 204 artiklit, millest 9 kasutatakse siinses analüüsis. Aluseks on võetud tõenduspõhisuse püramiid, mille alusel otsiti uuringuid alates kõrgeimast astmest. Metaanalüüse tehtud ei ole. Leiti süstemaatilised ülevaadet [3]. Artikleid hinnati pealkirja ja kokkuvõtte järgi, misjärel valiti analüüsiks kaugteenust ja kontaktteenust võrdlevad artiklid.

Ülevaate kirjutamiseks kasutati lisaks artiklitele veebilehti, mis kõik olid inglise keeles.

Ülevaade süstemaatilistest ülevaadetest

Huvipakkuval perioodil (2015–2020) ilmus kaks siinse ülevaate eesmärgiga sobivat süstemaatilist ülevaadet ning üks kaardistav ülevaade Austraalias pakutavate kaugteenuste kohta.

Molini-Avejonase jt süstemaatilise ülevaate eesmärk oli uurida kaugvastuvõtude rakendamist kõneravi ja kuulmise valdkondades. Ülevaatesse kaasati inglise või portugali keelsed artiklid (kokku 103), mis ilmusid enne 2014. aasta augustit [2].

Molini-Avejonase jt süstemaatilises ülevaates kõne kohta olid kaasatud uuringud, mis peamiselt (75%) võrdlesid kaugteenust kontaktteenusega ning ka rahulolu kaugteenusega.

Uuringud kinnitasid, et kaugteenuse osutamine oli sama tõhus kui kontaktteenuse osutamine, kuid edukam ja kulutõhusam [2]. Samas ei täpsustata ülevaates, mida mõeldakse mõiste „edukam“ all.

Uuringus toodi välja ka kaugvastuvõttude rakendamise eelised ja puudused. Leiti, et kaugvastuvõtu peamiseks eeliseks on juurdepääsu paranemine teenusele, sest väheneb transpordile kuluv aeg, teenus on paremini kättesaadav piirkondades, kus spetsialiste on vähe või ei ole üldse, suureneb patsiendikeskus. Kaugteenuse kasutamine aitab spetsialistidel jõuda rohkemate patsientideni ja hoida kontaktteenuse ajad neile, kes seda tõeliselt vajavad [2].

Täiskasvanud patsiendid pidasid enamikul juhtudel kaugteenust sarnaseks kontaktteenusega ning leidsid, et kaugteenus on mugav ja teeb elu lihtsamaks. Eraldi rõhutati kvaliteetsele teenusele juurdepääsu lihtsust. Lapsevanemad olid lapse ja terapeudi vahelise koostööga kaugteenuse puhul sama rahul kui kontaktteenuse puhul. Terapeudid pidasid kaugteenust kergesti kasutatavaks ja patsiendile sama ohutuks kui kontaktteenust [2].

Kaugvastuvõtu puudustena toodi välja, et vajatakse rohkem andmeid tarkvara täiustamiseks, uue lähenemise aktsepteerimist tervishoiusüsteemis, internetiühenduse kiirust ja muid tehnoloogilisi probleeme [2].

Autorid juhtisid tähelepanu, et süstemaatilisse ülevaatesse kaasatud uuringutes oli käsitletud peamiselt täiskasvanuid. Selle põhjuseks arvati laste eest tingitud suutmatus iseseisvalt kaugvastuvõttuga toime tulla (vajavad täiskasvanu abi, et suhelda terapeudiga ja käsitseda tehnoloogiat). Uurijad arvavad, et kaugvastuvõtt on sobilik lastele alates 6. eluaastast.

Molini-Avejonase jt ülevaade kinnitas, et kõnehäireid saab usaldusväärselt hinnata kaugteenuse abil ning see võib olla hea vahend teenusele juurdepääsu võimaldamise ja pikaajase ravi korral [2].

Weidner jt jätkasid oma süstemaatilises ülevaates Molini-Avejonase lähenemist ja keskendusid taas täiskasvanute kõneravi teenustele. Ülevaate peamine eesmärk oli uurida kaasaegsemat tõendust kõneravi kaugvastuvõttude teostatavuse ja mõjususe kohta täiskasvanutel. Samuti soovisid autorid koguda informatsiooni kasutatava tehnoloogia ja kaugteenuse osutamise asukohtade (kodu, kliinikute vaheline) kohta.

Ülevaatesse kaasatud artiklitest (n = 31) 48% käsitles afaasiat, 16% Parkinsoni tõvega kaasnevat kõnehäiret, 13% düsfaagiat, 10% primaarselt progresseeruvat afaasiat (PPA), ülejäänud muudest seisunditest põhjustatud kõnehäireid. Valimi suurus oli 2–100 ning uuritavate vanus enamasti 40–80 aastat [4].

Süstemaatilises ülevaates käsitleti eraldi diagnostilisi ja sekkumisuuringuid. Diagnostilised uuringud mõõtsid kooskõla kontaktvastuvõtul ja kaugvastuvõtul tehtud hindamiste vahel ning leiti, et kooskõla on suur. Samas jõuti järeldusele, et keeruliste ja tõsiste haigusseisundite puhul mõjutavad diagnoosimist spetsiifilised, patsiendi seisundist tulenevad tegurid sõltumata

hindamise viisist.

Sekkumisuuringud käsitlesid peamiselt sünkroonset kaugteenust. Uuringud olid positiivsete tulemustega, näidates kaugvastuvõtude teostatavust ja/või potentsiaalset kasu [4]. Süstemaatilises ülevaates ei ole potentsiaalse kasu aspekte täpsustatud.

Logopeedid suhtlesid patsientidega enamasti reaalajas, kasutades kommertsiaalset (Skype, Zoom, Adobe Connect) või spetsiaalselt uuringu (10 uuringut) jaoks arendatud videokonverentsitarkvara. Tarkvara arendasid uurimisrühmad ise, et kõrvaldada valmistoodete puudusi ning lisada sekkumise-spetsiifilist võimekust. Viies uuringus kasutati hübriidset lähenemist [4].

Riistvarast kasutati peamiselt arvuteid, tahvelarvuteid ja kommertsiaalsed videokonverentsi terviklahendusi. Leidsid selliseid uuringuid, kus mõlemad kõneravi suhtluspooled kasutasid samu vahendeid kui ka neid, kus kasutati erinevaid lahendusi. Samuti erines võimalike lisaseadmete (mikrofonid, kaamerad, peakomplektid jms) kasutamine [4].

Uuringutes raporteeriti ka tehnilisi probleeme, mis peamiselt olid audio või video katkemine, hiline mine või ebaühtlane kvaliteet, mis võisid tuleneda internetiühendusest või kasutajate vigadest. Tehniliste probleemide väljatoomisel mainiti alati, et need kõrvaldati kiiresti. [4].

Teenuse osutamise koht nii kliendi kui teenuse osutaja poolt on uuringutes ebapiisavalt kirjeldatud ega võimalda ülevaate autoritel järeldusi teha [4].

Austraalias on tervishoiuteenuste kaugteenustena osutamiseks tugevad argumendid. 2016. aastal avaldati kaardistav ülevaade, milles võeti kokku Austraalias seni avaldatud kaugteenuseid käsitlevad uuringud, et näha, milliseid kaugteenuste osutamise aspekte tervishoiuteenuste tugiteenuste osutamisel käsitletakse ja millised on tulemused. Ülevaatesse kaasatud 44 artiklis oli enim käsitletud kõneteraapiat (64%) ja füsioteraapiat (22%). Kõneteraapia uuringud olid peamiselt kahelt suurelt uuringurühmalt Sydney ülikoolist ja Queenslandi ülikoolist. Sydney ülikooli uurimisrühma artiklid käsitlesid kaugsekkumisi kogeluse raviks ning peegeldasid tehnoloogia arengut. Leiti, et kõneteraapias on kaugvastuvõttud sama efektiivsed kui kontaktvastuvõttud ning raporteeriti nii patsientide kui vanemate rahulolu [5].

Queenslandi ülikooli uurimisrühma artiklid olid kaugteenustest kõnehäirete hindamises ja ravis. Mitmed publikatsioonid olid randomiseeritud kontrollitud uuringutest ning neist selgus, et kliinilised hinnangud, mis olid tehtud kontaktvastuvõttul ja kaugvastuvõttul, olid sarnased ja raporteeriti patsientide rahulolu ning valmisolekut kaugvastuvõttul uuesti osaleda [5].

Teenuseosutajate arvamusi ja hoiakuid uurides leiti, et kaugvastuvõtude võimalusi kasutavad tõenäolisemalt maapiirkondade kui linnade kõneterapeutid. Samas hindasid terapeutid vastajad maapiirkondade patsientide info- ja kommunikatsioonitehnoloogia kasutamise valmisolekut väiksemaks kui kliendid ise. Terapeutid kasutavad küll info- ja kommunikatsioonitehnoloogia võimalusi töö korraldamiseks ja enesearenduseks, kuid vähem teraapiaga seonduvateks tegevusteks [5].

Ülevaade üksikuuringutest

Viimase viie aasta suuremad kõneravi kaugteraapia originaaluuringud on tehtud Austraalias. Erinevad uuringud käsitlevad logopeedilise kaugteraapia rakendamist pea- ja kaelapiirkonna vähiga patsientidel [6, 7, 8, 9].

Pea- ja kaelavähiga patsientide neelamis- ja kommunikatsioonihäire raviks uue kaugteenusega toetamise hindamiseks tehti Austraalias randomiseeritud kontrollitud uuring [6].

Uuringu keskne suur haigla asus Brisbane'is, kolm kohalikku vähiravikeskust asusid Brisbane'ist 102–630 km kaugusel. Uut sünkroonset kõneravi kaugteenust võrreldi varasemalt kasutusel olnud praktikaga. Kaugteenus tähendas seda, et kohalikus vähiravikeskuses olid patsient ja kõneterapeut koos ühenduses Brisbane'i haigla kõneterapeutiga videokonverentsitehnoloogiatega vahendusel. Varasem praktika tähendas, et patsiendiga tegeles kohaliku vähiravikeskuse kõneterapeut, kes vajadusel konsulteeris Brisbane'i haigla spetsialistiga e-postiga või telefonitsi (patsiendi juuresolekuta) või suunas patsiendi Brisbane'i kontaktvastuvõtule. Kaugteenuse osutamiseks kasutasid kõik haiglad identseid videokonverentsisüsteeme, mille juurde kuulus käeshoitav meditsiiniline kaamera, millega sai vajadusel otsepilti näidata [6,7]. Nimetatud kaugteenuse videokonverentsisüsteem oli ehitatud spetsiaalselt uuringu jaoks ning seda kasutati vaid uuringu ajal. See oli ehitatud perspektiiviga, et võimaldaks ka teistel pea- ja kaelavähki ravivate valdkondade meditsiini- ja tugispetsialistidel seda kasutada. Kasumianalüüs näitas, et ühes kuus oleks vaja teha 27 vastuvõttu, et korvata tehnilistele lahendustele tehtud kulutused (arvestades selle elueaks 9-aastat) [7].

Uuringust selgus, et ühe terviseprobleemi (saatelehega pöördumise) lahendamiseks kulub kaugteenuse kasutajatel oluliselt vähem aega ning kontaktide arv patsiendi ja personali vahel oli väiksem kui senise praktika rühmas. Kaugteenuse vastuvõtt kestis keskmiselt 58 minutit, millest keskmiselt 47 minutit kulub reaajas videokonverentsiühendusele. Kõigist kaugteenuse vastuvõttudest 3% esines väiksemaid tehnilisi probleeme (võrguühenduse puudumine, kaamera ei töötanud) ning 4 (1,2% kõigist) vastuvõttu jäi seetõttu ära. Nii patsientide kui teenuseosutajate rahuloluhinnangud olid kaugteenuse poolt [6].

Logopeedide vastuvõttude käigus tuli patsiente suunata täiendavateks uuringuteks teiste spetsialistide vastuvõttudele. Suunamiste arv oli kaugteenuse rühmas umbes kaks korda suurem kui varasema käsitlusega ravi rühmas. Suunatutest tuli varasema käsitlusega ravi rühmas 36% -l oma terviseprobleemi lahendamiseks sõita Brisbane'i samal ajal kui kaugteenuse rühmas oli see vajadus vaid 13%-l patsientidest [6].

Teises suuremas Austraalias tehtud randomiseeritud kontrollitud uuringus jagati keemia-kiiritusravi saavad pea- ja kaelavähiga patsiendid (n = 79) kolme sekkumiserühma: 1) terapeudi juhtimisel ehk kontaktteraapiat saavad patsiendid – 26 inimest; 2) patsiendi enesejuhtimisel

iseseisvalt harjutusi tegevad – 26 inimest ja 3) kaugvastuvõtu rakenduse „SwallowIT“ vahendusel teraapiat saavad – 27 inimest [8]. Uuringu eesmärk oli uurida profülaktilise neelamisteraapia teenuse erinevate teenusmudelite mõju vähiravi saavatele pea- ka kaelavähi patsientidele. Kõigile patsientidele oli ette nähtud: 1) kontaktteraapia vastuvõtt enne ravi algust või ravi esimesel nädalal; 2) ravi ajal iganädalane kõneterapeudi ja toitumisnõustaja ühine vastuvõtt, et jälgida ravi kõrvalmõjusid ning nende mõju neelamisfunktsioonile ja toitumisele; 3) ravi ajal 6 nädalat profülaktilist neelamisteraapiat. Tulemuste võrreldavuse huvides anti kõikidele uuritavatele samad harjutused, mille aluseks oli neelamisteraapia „Pharyngocise“ programm. Harjutuste tsükkel koosnes 5 harjutusest (igat 10 kordust), mida tuli korrata 8 korda päevas 5 päeval nädalas 6 nädala jooksul. Sekkumisrühmas, mida juhtis terapeut, toimusid igapäevased kontaktvastuvõttud nagu algne „Pharyngocise“ programm ette näeb. Kaugvastuvõtu rühm tegi teraapiat rakenduse SwallowIT abil tahvelarvutis. SwallowIT rakendus oli tehtud eritellimusena, et toetada iseseisvat harjutamist „Pharyngocise“ programmi järgi. Rakendus sisaldas iga harjutuse videot, fotosid, sõnalisi kirjeldusi ning võimalusi patsiendil enda infot salvestada. Uuringurühmas, kus patsiendid läbisid harjutused iseseisvalt, mingit tuge väljastpoolt ei saadud. Neid üksnes julgustati perioodi vältel harjutusi tegema. SwallowIT uuringurühmas oli rakenduses võimalus kirja panna tehtud harjutused ja nende kordused. Teiste rühmade patsiendid panid informatsiooni tehtud harjutuste kohta kirja vastavasse päevikusse [8].

Uuringus osalejaid mõõdeti kolme funktsiooni osas: neelamine, toitumine ja üldine toimetulek. Kõik näidud fikseeriti uuringu alguses, seejärel 6 nädala ja 3 kuu möödumisel keemia-kiiritusravist. Neelamisega seotud funktsioone hindasid kõneterapeudid, üldist toimetulekut (elukvaliteet, ärevus, väsimus) raporteerisid patsiendid küsimustike abil. Patsientide teenuse tajumist/vastuvõttu mõõdeti samuti küsimustikega.[8]

Uuringurühmi omavahel võrreldes statistiliselt olulisi tulemuste erinevusi harjutuste sooritamise ulatuse osas ei leitud. Ettenähtud harjutusprogrammi lõpuni viimine oli kokkuvõttes enam-vähem ühesuguselt madal (keskmiselt 27% valimist). Ravisooustumise osas täheldati, et esimesel kolmel nädalal lõpetati harjutusprogrammi statistiliselt oluliselt rohkem kui 4–6 nädalal. Tõenäoliselt selgitab seda muutust samaaegselt kulgeva keemia-kiiritusravi mõju tervisele. Harjutuste tegemata jätmist põhjendati valuga, iiveldusega, paksu süljega, neelamisraskustega, väsimusega, depressiooniga, samuti harjutuste sobitamise muu elu ja tööülesannetega [8]. Kuna „Pharyngocise“ programmi järgi harjutuste tegemise ulatus oli kõigis uuringurühmades sarnane (katkestamisi enam-vähem võrdses ulatuses), siis järelitati, et kõik uuringurühmad said sekkumist võrdselt [8]. Kuid selgus, et patsiendid tajusid teenuse mudeleid emotsionaalselt ja psüühiliselt erinevalt. Patsiendid eelistasid kontaktvastuvõttu või SwallowIT lahendust iseseisvale teraapiale. Uurijad arvasid, et ilmselt mõjutas seda suurema toetuse saamine harjutusprogrammide soorituse ajal [8].

Ühes uuringus leiti, et teraapia ja ravi oluline osa on kliendi/patsiendi valmisolek ja soov alluda talle ettenähtud ravile (ravisooustus).

SwallowIT sekkumise uurijad tegelesid ravisoostumuse uurimisega ning nende eesmärk oli välja selgitada kuidas seda mõjutab teenuse osutamise mudel ning millised on patsientide demograafilised ja kliinilised tegurid, mis võiksid soostumust ennustada [9].

Uuringurühmi analüüsid selgus, et teenuse osutamise viis ei mõjutanud üldist harjutuste sooritamist, kuid uuringurühmi eraldi võrreldes selgus, et kontaktteraapia ja SwallowIT rühmad olid soorituselt omavahel sarnasemad ning seal tehti esimesel kolmel nädalal lõpuni rohkem harjutusi. Leiti, et harjutuste tegemise soostumust mõjutavad positiivselt motiveerimine, julgustamine ja toetus. Harjutusprogrammi soostumuse olulised negatiivsed ennustajad olid suitsetamine ja samaaegne keemiaravi.

Lisaks sellele kuidas patsiendid võtavad vastu kaugteenust, on uuritud ka kas logopeedide suhtumist kaugteenuste osutamisse. Freckmann jt võrdlesid kõneraviterapeute (n = 31), kes osutavad kontaktteenust (n = 17) ja kaugteenust (n = 14), et valideerida kõneteraapia patsiendisuhete kvalitatiivne mõõdik ning uurida, kas kahel terapeutide rühmal on erinevusi lastega (5–12-aastased) usaldusliku patsiendisuhete loomisel ja suhtumises tehnoloogia kasutamisse. Selgus, et terapeutide hinnangul on usalduslikku suhet võimalik luua nii kaug- kui kontaktteenust osutades.

Kinnitamist leidis, et videokonverentsitehnoloogiate vahendusel loodud terapeudi-kliendi suhe on sarnane silmast-silma loodud suhetele. Kahe rühma vahel ei leitud erinevusi ka suhtumises tehnoloogiasse. 95,6% uuritud terapeutidest tundsid end enesekindlalt tuttavat tehnoloogiat kasutades ning 87,1% mugavalt võõrast tehnoloogiat kasutades [10].

Logopeedilise kaugteenuse majanduslike aspektide hindamine

Kõneteraapia kaugteenuse majanduslike aspektide hindamist või teenuse rahastamist analüüsivaid artikleid on avaldatud vähe, mistõttu tugevate järelduste tegemiseks on tõendust ebapiisavalt. Järgnevalt on toodud ülevaade leitud artiklitest.

Neelamise kliiniliseks hindamiseks töötati Austraalias Queenslandis välja kaugteenuse mudel, kus kõneterapeut on nõ keskuses ja võtab videokonverentsitehnoloogia vahendusel ühendust patsiendiga, kes on kohapeal (nõ kõnepaigas) ning keda abistab selleks koolitatud töötaja. Kokku osales uuringus 5 keskust ja 18 kohapealset kõnepaika. Abistava töötaja ülesandeks oli patsiendi toetamine kõnepaigas: tehnika ülesseadmine, probleemide lahendamine, patsiendi asendi sättimine ja patsiendi toetamine hindamise läbiviimise kestel. Uuringu eesmärk oli uurida teenuse tulemusi, kulusid ja patsiendi rahulolu düsfaagia hindamise kaugteenustega [11].

Kulude arvutamiseks võrreldi kaugteenust modelleeritud tavateenusega. Kulude analüüs viidi läbi tervishoiu perspektiivist. Vastuvõtu keskmine kogukulu arvutati transpordikulude ja kogu personali ajakulu väljendatuna palgas põhjal. Selgus, et kaugvastuvõtu keskmine kulu oli 70

Austraalia dollarit ja kontaktvastuvõtul 288 dollarit. Keskmine kulude kokkuvõtte jäi vahemikku 85–981 dollarit sõltuvalt asutusest. Suurem oli kulude kokkuvõtte asutustes, kus patsientide vastuvõtukohtade vahemaa oli suurim. Arvestades Austraalia tervishoiutöötajate ametikohtade keskmist kuupalka arvutati kolmetunnise koolituse kulu, mis oli kõneterapeudil 122 ja abistaval töötajal 74 dollarit [11].

Antud mudel suurendas teenuse efektiivsust. Lühenesid ooteajad, hoiti kokku terapeutide aega vähenenud transpordivajaduse arvelt. Teenus võeti patsientide ja terapeutide hulgas hästi vastu ning kulude kokkuvõtte oli ilmne [11].

Keemia-kiiritusravi saavate pea- ja kaelavähiga patsientidel aitab intensiivne profülaktiline neelamisteraapia vähendada düsfaagia raskusastet. Randomiseeritud kontrollitud uuringus jagati profülaktilise neelamisteraapia saamiseks patsiendid (79) kolme rühma: 1) terapeuti juhtimisel ehk kontaktteraapia (26); 2) patsient iseseisvalt (27) ja 3) kaugvastuvõtu rakenduse „SwallowIT“ kaudu (26) teraapiat saavateks. Analüüsi uuringurühmade tervishoiuteenuse (teenuse aeg, tarvikud, teraapia kulud) ja patsientide (transpordikulud, palk) kulused. Tervisega seotud elukvaliteedi hinnanguid mõõdeti AQoL-6D küsimustikuga enne ja pärast keemia-kiiritusravi. Kogukuludelt oli kõige odavam patsiendi enesejuhitud mudel, sellele väga lähedane SwallowIT mudel ja kõige ressursimahukam oli kontaktteenus. SwallowIT teenus oli patsiendi kohta 1901,10 Austraalia dollarit odavam kui terapeuti juhitud teenus [12].

Patsiendikulud arvestati kaotatud ajas/palgas ja kuludes transpordile. Patsiendikulud olid samad patsiendi juhitud mudelis ja SwallowIT mudelis ning madalamad kui kontaktvastuvõtul. Kulude kokkuvõtte tuli sellest, et SwallowIT andis patsiendile märkimisväärse aja kokkuvõtte ooteajas ja polikliinikus veedetud ajas võrreldes kontaktteenuse mudeliga. Vähiravi lõppedes olid elukvaliteedi hinnangutes patsiendi juhitud ja SwallowIT uuringurühmade vahel kliiniliselt olulised erinevused, mis võimaldas teha kulutõhususe analüüsi. Võrreldes patsiendi enesejuhitud uuringurühmaga saab SwallowIT sekkumist kirjeldada kui kulutõhusat lahendust (annab paremad tulemused aktsepteeritava kuluga). Terapeuti juhitud ja SwallowIT uuringurühmade vahel ei olnud elukvaliteedi hinnangutes statistiliselt ega kliiniliselt olulist erinevust, mistõttu ei saanud teha kulutõhususe analüüsi. Selles võrdluses saab SwallowIT mudelit nimetada kuluefektiivseks, sest kuigi elukvaliteedi hinnangutes olulist erinevust ei leitud, olid SwallowIT kulud statistiliselt oluliselt väiksemad kui kontaktvastuvõtul [12].

Burns jt uuringus, kus vaatluse all olid Brisbane'i haiglas pea- ja kaelavähki põdevad patsiendid, hinnati ka kaugteenuse kulused. Analüüsis arvestati tervishoiuteenuse kulused (personali palgad, varustus, patsientide transpordikompensatsioon), patsiendi ja/või tema hooldaja kulused (transport, palk) ja patsiendi elukvaliteedi hinnanguid (AQoL-4D). Kogukulude võrdlus näitas, et ühe saatekirja kohta hoitakse kaugteenust kasutades kokku 99,56 dollarit ning terviseteeenuse osutaja seisukohast hoitakse kuludelt 12% kokku. Elukvaliteedi hinnang mõlemas uuringurühmas oli 0,4. Leiti, et kaugteenus on kuluefektiivne sekkumine, sest patsientide elukvaliteet on erinevate sekkumiste puhul sama, kuid kulud on kaugteenuse puhul väiksemad [7].

Logopeediliste kaugvastuvõtude näiteid teistest riikidest

Kaugteenused on populaarsemad riikides, kus asulate vahelised vahemaad on suured ning seetõttu on mõistlikum nii patsientidel kui spetsialistidel kasutada muid lahendusi kui kontaktvastuvõtt. Informatsioon kõneravi kaugteenuste korraldamise kohta pärineb ingliskeelsetelt kodulehtedelt, seetõttu on vaatluse alla võetud USA, Austraalia ja Kanada vastavate ühingute kodulehed.

Omavahel võrreldi Austraalia (Speech Pathology Australia, lüh SPA), Kanada (Speech-Language & Audiology Canada, lüh SAC) ja USA (American Speech-Language-Hearing Association, lüh ASHA) kõneravi spetsialistide ühenduste kodulehti. Võrdlusest jääb mulje, et kõige põhjalikumalt kajastatakse kaugteenuste alast infot ASHA kodulehel. Teised organisatsioonid juhivad ASHA välja töötatud kriteeriumitest, viidates sealsele tõenduse kogumile [13].

USA

ASHAs toetatakse oma enam kui 10-aastasele kogemusele ning soovitatakse kaugteenuse edukaks osutamiseks hinnata järgnevaid aspekte ehk teenuse osutamise tingimusi [13]:

1. Patsientide võimekus teenusel osalemiseks:

- füüsiline ja sensoorne võimekus (kuulmisteravus, nägemisteravus, käeline osavus, füüsiline vastupidavus);
- kognitiivne, käitumuslik võimekus ja/või motivatsioon (kognitiivne toimimine, tähelepanuvõime, suutlikkus ennast kaamera ees liigselt mitte liigutada, et videopilt ei häiruks, valmisolek saada teenust kaugteenusena);
- suhtlemisvõime (kuuldu mõistmine, kirjaoskus, kõne arusaadavus, kultuurilised/keelelised mõjutajad, vajadusel tõlgi võimaldamine).

2. Spetsialistide võimekus teenust osutada:

- spetsiaalsed teadmised kaugteenusest;
- spetsiaalsed oskused valida õiged sekkumised, mis vastavad tehnoloogiale ja kliendi vajadustele;
- oskus kohandada teraapia kliendi vajadustele;
- oskus hinnata kliendi toetusressursse (tehnoloogia kättesaadavus; keskkonna sobivus kaugteenuseks; kliendi, hooldaja, toetaja võimekus järgida juhiseid kuidas käigus hoida ja taaskäivitada tehnilisi vahendeid ja ülekannet).

3. Tehnoloogilised lahendused:

- terapeudi poolne suhtlusvahendi (telefon, arvuti, tahvelarvuti) valik ja kvaliteedi kontrollimine;

- videokonverentsiseadmete riist- ja tarkvarale esitatavate nõudmiste lahendamine (interneti kiirused jm);
- kaugteenuseks vajaminevate lisaseadmete valimine;
- veebipõhiste programmide turvalisuse küsimused.

ASHA kodulehel juhitakse tähelepanu sellele, et kaugteenust osutavatel spetsialistidel peavad olema spetsiaalsed teadmised ja oskused valimaks õiged sekkumised, mis vastavad tehnoloogiale ja kliendi vajadustele. Võimalik, et teraapiat on vaja kohandada, et korvata füüsilise kontakti puudumist patsiendiga [13].

USAs on mitu erinevat tervisekindlustuse süsteemi ning osariikidel on õigus kehtestada oma seadusi. Mõnedes osariikides reguleerivad seadused kaugteenuste osutamist ning mõned osariigid on võrdsustanud kaugteenuse kontaktteenusega ja hüvitavad seda samaväärselt (juhul kui kontaktteenust hüvitatakse). (<https://www.asha.org/Practice/reimbursement/Reimbursement-of-Telepractice-Services/>)

AUSTRALIA

Speech Pathology Australia [16] avaldas 2014. aastal ametlikud seisukohad kõneravi kaugteenuste osutamiseks Austraalias. Selle kohaselt toetab ühing kõneravi kaugteenuste osutamist juhul kui tegemist on tõenduspõhise sekkumisega, mis on vähemalt sama kvaliteediga kui kontaktteenus. Teenust osutavad spetsialistid peavad oma tegevuses lähtuma seadusandlusest, tegevus- ja muudest juhenditest, et kindlustada teenuse vastavus kõigile standarditele. Teenuse rakendamise sobivus otsustatakse juhtumite kaupa, arvestades konkreetse patsiendi, tehnoloogia ja keskkonnaga. Patsiendid peavad andma teenuse saamiseks informeeritud nõusoleku. Logopeedidel peab olema piisavalt kompetentsi, et lisaks sisulisele teenusele tulla toime teenuse osutamiseks vajaliku tehnoloogiaga. Siinjuures on oluline roll teenust pakkuvatel organisatsioonidel, kelle ülesanne on pakkuda tehnilist tuge, et kaugteenuse kvaliteet oleks vähemalt samal tasemel kui kontaktvastuvõtu puhul. Rõhutatakse spetsialistide koolitusvajadust ja teenuse hindamisvajadust, et tagada valdkonna jätkusuutlikkus ja areng. Toetatakse kõneravi kaugteenuse senisest suuremat rahastamist.

Austraalias rahastavad kõneteraapia teenuseid Medicare ja National Disability Insurance Scheme (NDIS).

Medicare on Austraalia universaalne tervisekindlustuse süsteem, mis annab austraallastele juurdepääsu tervise- ja haiglateenustele tasuta või väikese tasu eest (<https://www.health.gov.au/health-topics/medicare>). Haigushüvitise kasutamist reguleeritakse tervishoiuteenuste loetelu – Medical Benefit Schedule abil (<http://www.mbsonline.gov.au/internet/mbsonline/publishing.nsf/Content/Home>). Riikliku puudekindlustuse skeemi NDIS eesmärk on toetada püsiva puudega täiskasvanuid ja lapsi, et nende iseseisvus ja oskused oleksid parimal võimalikul tasemel (<https://www.ndis.gov.au/understanding/what-ndis>).

KANADA

Kanadas on ühe tervikliku tervisekindlustussüsteemi asemel 13 erinevat provintsi ja territoriaalset tervisekindlustuse süsteemi. Ülesanded ja vastutus on jagatud provintsi ja territoriaalsete valitsuste ning föderaalvalitsuse vahel. (<https://www.canada.ca/en/health-canada/services/canada-health-care-system.html>).

Kõneteraapia on enamasti kaetud laiendatud eratervisekindlustuse abil. Neil, kelle tervisekindlustus kõneteraapiat ei kata, on võimalik raha taotleda erinevatest fondidest.

Kanadas on kogenenumatel teenuseosutajatel abiks meelde tuletav list, mille abil saab kontrollida valmisolekut korrektse kaugvastuvõtu läbi viimiseks [15].

Logopeedilised kaugvastuvõttud Eestis

Eestis suurenes vajadus kaugteenuste järele seoses COVID-19 haiguspuhanguga 2020. aasta kevadel.

Eesti Kliiniliste Logopeedide Selts viis juulis 2020 koostöös Eesti Haigekassaga läbi küsitluse oma liikmete seas. Küsimustikus oli 23 küsimust, milles uuriti vastajate suhtumist, kogemusi ja ettepanekuid kaugteenuse osutamisse. Eesmärk oli analüüsida logopeediliste kaugteenuste osutamist COVID-19 pandeemia ajal. Vastanuid oli kokku 26.

Vastajate tööstaž oli 0-20 aastat. Vastajad töötasid enne COVID-19 pandeemiat nii peamiselt ainult lastega, ainult täiskasvanutega kui mõlema sihtgrupiga. Vastajad, kes töötasid peamiselt lastega töötasid vähe täiskasvanutega, kuid vastajad, kes töötasid peamiselt täiskasvanutega töötasid samas ka lastega.

Enim vastajaid töötas kontaktvastuvõtte tehes peamiselt kõnemotoorika puuetega patsientidega, sellele järgnes võrdne grupp terapeute, kes töötasid neelamishäiretega, omandatud ja arenguliste kõnepuuetega patsientidega. Vähi arv vastajaid oli märkinud peamiseks eelistuseks häälehäiretega jm probleemidega töötamise. Vastajad töötasid peamiselt haiglavõrgu arengukava haiglates, vähi arv vastanuid töötas tervisekeskustes/perearstipraksistes. Vastajad olid märkinud töötamise kohaks peamiselt ambulatoorse vastuvõtu, millele järgnes töötamine statsionaarses osakonnas. Vaid paar inimest olid peamise eelistusena märkinud töötamiseks erapraksise.

COVID-19 pandeemia eelsel perioodil osutasid vastajad kontakteenusena enim teraapiad (96,2%) ning konsultatsioone (92,3%). Kõige vähem osutati uuringuid (69,2%).

Küsitlusest selgus, et COVID-19 pandeemia ajal teostas kaugvastuvõtte 76,9% vastanutest. Peamiselt teostati kaugteenuseid video vahendusel (78,9%). Võimalik, et siia saab liigitada ka Zoomi teel suhelnud vastajad (5,3%). Ainult telefonikõne kasutas 63,2% vastanutest. Sellele järgnes kirjalik suhtlemine patsiendiga e-kirja teel (42,1%). Enim kasutati Skype, mis hinnati kõige mugavamaks. Vähim arv vastajaid kasutas Microsoft Teams keskkonda, kuid samas need kes seda kasutasid, hindasid seda mugavaks.

Peamiseks eelistuseks kaugteraapia läbiviimisel oli märgitud teenuse osutamine kodus. Kõige vähem eelistati tööandja poolt kohandatud tööruumi. Põhjuseks võis olla, et COVID-19 ajal ei tohtinud tööruumides viibida. Teraapia keskkonna valikul lähtusid vastajad peamiselt patsiendi võimalustest, kuid märgitud oli ka terapeudi enda poolne eelistus ja mugavus kaugteenuse osutamise keskkonna valikul.

Vastused, mis käsitlesid kriteeriume, millest lähtuti kaugteraapia vastuvõtul, olid varieeruvad. Peamiselt märgiti teenuse läbiviimise lähtepunktiks patsiendi võimekust ja soovi teenusel osaleda. Ära märgiti ka tööandja poolset survet kaugteenuse osutamiseks kriisi ajal, võimalust säilitada kaugteenust tehes töö eest tasu saamine eriolukorra ajal ning kaugteenust kui ainsat võimalust jätkata teraapia läbiviimist eriolukorras jm.

Terapeudi enda kohta käivate väidete analüüsist selgub, et enam kui pooled vastanutest ei tunne ennast kindlalt kaugvastuvõttu osutades. Lisati, et puuduvad piisavad teadmised teenuse läbiviimiseks, andmekaitse alastest - ja turvanõuetest.

Üle poole vastanutest märkis, et neil ei ole võimalik saada kaugvastuvõtu/-teraapia teel head ülevaadet oma patsiendi probleemidest. Samas üle poole vastanutest märkis, et neil on võimalik kaugvastuvõtu teel efektiivselt oma patsiente nõustada ja toimetada sobilik harjutusprogramm patsiendini. Võrdne arv vastajaid oli märkinud, et neil on võimalik oma patsiendi probleemi kulgu kaugteenuse teel adekvaatselt monitoorida/ neil ei ole see adekvaatselt võimalik.

Üle poole vastajatest ei nõustunud, et kaugteraapia efekt on sarnane/sama kontaktvastuvõtuga. Vastanutest alla poole nõustus täielikult või osaliselt, et nad on huvitatud kaugvastuvõtu kasutamise võimalusest tulevikus.

73,7% vastanutest hindas, et kaugvastuvõtule kulunud aeg (töö patsiendiga, ettevalmistus ning dokumenteerimine) on pikem kui kontaktvastuvõtu puhul. Ükski vastanutest ei hinnanud kulunud aega lühemaks. Laste puhul selgitati pikemat ajakulu sellega, et kaugvastuvõtus on suhtlemisel otseses kontaktis lapsega siiski lapsevanem, mitte terapeut ning selgitusi tuli anda pigem lapsevanemale, kes omakorda selgitas lapsele. Enim vastanutest märkis suuremat ajakulu ettevalmistusele, sh ka suhtlemisele perearstidega, et saada patsiendi kohta vajaminevat informatsiooni.

Küsimuses kaugvastuvõtu hinna kohta märkis 63,2% vastanutest, et kaugvastuvõtu hind võiks olla kõrgem kui kontaktvastuvõtu puhul, keegi vastanutest ei märkinud, et hind võiks olla sellest madalam. Kõrgemat hinda põhjendati suurema töömahukusega, millest enamiku nõuab teenuse osutamise ettevalmistus, aga ka tehniliste vahendite ning tööks kohandatavate materjalide kulu, samuti teraapia eelne ajakulu patsiendi kohta info hankimiseks.

Enim vastajaid nimetas kontakt- ja kaugvastuvõtu sisuliseks erinevuseks kaugvastuvõtuga kaasneva puudusi. Märgitakse, et ei saa kasutada kõiki vajalikke tegevusi (patsiendi palpeerimine, akustilise analüüsi läbi viimine, lihastoonuse ja pehme suulae liikuvuse hindamine jne), esinevad puudused tehnika kvaliteedis, ilmnevad patsiendi poolsetest segavatest faktoridest. Lisaks nimetatakse, et kaugvastuvõtt on igav ning sellel on kontakteenusega võrreldes madal kvaliteet. Positiivsena toodi esile patsientide huvi kaugteenuse osas, kuid vastaja ei andnud hinnangut kaugteraapia sobivuse kohta. Kolmel juhul vastati, et ei leitud sihtgrupi osas erinevusi töö sisu osas kaugteraapia või kontaktvastuvõtu teel.

Küsimuses logopeedilise kaugteenuse sihtgrupi kohta lahkesid vastajate arvamused seinast seinast. Mõned vastajad olid välja toonud vanuselise piiri. Näiteks märgitakse, et teraapiat saaks rakendada alates 5.-6. eluaastast. Üle poole vastajatest hindas kaugvastuvõtu ebasobivaks väikeste lastega töötamisel. Teised nägid sihtgrupina ainult täiskasvanuid. Kuid ka täiskasvanute puhul märgitakse, et rolli mängib see, kas patsient on suuteline ise arvutit kasutama. Kui see nii ei ole, siis märgitakse, et kaugteenus sobib lastele ja täiskasvanutele, kellel on teraapia ajal kõrval olemas lapsevanem, lähedane vm. Samuti märgitakse, et teenuse osutamine sobib nendele „kelle omaksed viitsid patsiendi kõrval istuda ja neid aidata“. Paaril korral olid vastajad välja toonud enda arvamuse kaugteenuse osutamise kohta teraapiafondi teenusena, kuid vastused peegeldasid pigem nende skeptilist suhtumist teraapiafondi teenuse osutamisse üldiselt.

Märgitakse ka, et kaugvastuvõtt ei sobi raskes seisus patsientidele. Eraldi oli välja toodud, et kaugteenus ei sobi kliinilist logopeedilist sekkumist vajavatele patsientidele (neelamis-, häälehäired, müofunktsionaalsed häired, omandatud kõnehäired, kõnemotoorika häired, insuldihäired afaasikud, düsartrikud). Lisaks märgitakse, et see ei sobi sotsiaalsete probleemidega inimestele. Üks vastaja märkis, et kaugvastuvõtt ei sobi kellelegi.

Vastajad leidsid, et patsiendid võtsid kaugvastuvõtu vastu valdavalt hästi või neutraalselt. Paar vastajat märkisid, et kaugvastuvõtt võeti vastu väga hästi. Alla viie korra oli märgitud, et kaugteraapia kas ei sobinud üldse või pigem ei sobinud. Domineeris vastusevariant, kus märgitakse, et kaugvastuvõtt võeti vastu neutraalselt.

Küsimusele „Mis oli hästi“ vastused varieerusid. Välja toodi teenuse osutamise mugavust nii patsiendile kui terapeudile mõlema koduses keskkonnas, lastevanemate konsulteerimise

võimalust kaugteenusena, moraalse toe pakkumise võimalust kaugteenusena, palga säilimist tööandja poolt, kerget raha teenimise võimalust teraapiafondi teenusena jm tegureid, mis ei puuduta kaugteenuse sisulist poolt. Sisulise poole pealt märgiti, et kaugteraapia võimalus säilitas teraapia järjepidevuse, võimaluse edastada ülesanded patsiendile nii nagu see toimuks kontaktvastuvõtul, professionaalse abi pakkumise distantsilt.

Küsimusele "Mis võiks olla teisiti" märgiti töökeskkonda, suurema töömahu suuruse arvestamist võrreldes kontaktvastuvõtuga, koolituse vajadust. Vastati ka, et teraapiafondi teenuseid ei peaks kaugvastuvõtu teel rahastama või et kaugteenuseid ei peaks Haigekassa üldse rahastama enne kui on loodud kliinilisele logopeedile juurdepääs TIS-i. Lisaks sooviti kindlaks määrata kaugvastuvõtu osutamise keskkond ja kriteeriumid, millele peab vastama teraapiaks sobilik patsient jm.

Küsimusele, miks kaugteenust ei osutatud, vastati, et patsientidel puudus digivõimekus, tööks vajalikud materjalid ja töövahendid. Lisaks märgiti, et patsiendid ei kvalifitseerunud terapeudi arvates kaugteraapiaks, tööandja ei soosinud kaugtööd. Märgiti, et teenuse kvaliteet langeb, ligipääs töövahenditele oli komplitseeritud. Anti ka soovitus mitte viia läbi kaugteraapiat kliinilise logopeedi poolt ning jätta see lasteaia ja kooli logopeedide töömaaks.

Tehti konkreetseid ettepanekuid kaugvastuvõtu edasiseks planeerimiseks. Nii soovitati viia eelnevalt läbi tõenduspõhised uuringud, määrata nõuded tehnikale, viia läbi väljaõpe, määrata kindlaks kaugteraapia sisulised nõuded ja läbiviimise tingimused kohale, sihtgrupile, kaugteraapia osutamise viisile.

Leiti ka, et kliinilisele logopeedile tuleks jätta endale otsustusõigus, kas ta viib kaugteraapiat läbi või mitte. Domineeris soovitus luua juhised/ juhendid nii patsiendile kui terapeudile kaugvastuvõtu läbiviimiseks. Lisaks anti soovitus järgida seadusandlust, sh järgida patsientide võrdse kohtlemise printsiipi. Osad vastajad soovisid näha tulevikus kaugvastuvõttudena nii konsultatsiooni kui teraapiaid, kuid märkisid samas, et kaugvastuvõtt ei tohi saada teenuseks, mis asendab kontaktvastuvõttu. Pakuti varianti, et esmane kontakt patsiendiga peaks olema kontaktvastuvõtt kui ka vastupidi.

Kokkuvõttes selgus küsitluse analüüsist, et kaugvastuvõttu suhtuvad kliinilised logopeedid väga erinevalt, esitades nii poolt - kui vastuargumente. Vastuargumentide analüüs kinnitab, et kliinilised logopeedid vajavad kaugteenuse edukaks osutamiseks julgustamist, vastavat ettevalmistust, teenuse osutamise juhendeid ning kokkuleppeid.

Järeldused ja soovitused logopeedilise kaugteenuse rakendamiseks Eestis

Kirjanduse analüüs näitas, et kaugteenus on tõenduspõhine meetod logopeedilise vastuvõtu läbiviimiseks ning tulemused kaugteenuse ja kontaktteenuse osutamisel on samaväärsed. Eesti kliiniliste logopeedide seas läbi viidud küsitluse tulemused näitasid, et kliiniliste logopeedide suhtumine kaugteenuse osutamisse ning praktilised kogemused on varieeruvad.

Viimaste aastate teadusuuringud käsitlevad peamiselt logopeediliste kaugteenuste rakendamise edasiarendusi, mitte sellega alustamist. Kaugteenuste läbiviimise ajalugu on maailmas palju pikem kui Eestis. On võimalik, et kaugteenuse osutamise algusega seotud tõenduspõhised uuringud on teostatud palju varem kui käesolevas eelanalüüsis vaatluse all olnud perioodi haaratud uuringud.

Loetud ja refereeritud kirjanduse põhjal järeldatakse, et kaugteenuse osutamise eelduseks on eelnevalt välja töötatud seadusandlus, rakendustingimused, eetika normid ning juhendid logopeedilise kaugteenuse läbiviimiseks. Seda soovitame ka Eestis teha.

Soovitame alustada logopeediliste kaugteenuste osutamise juhendi väljatöötamisest, milles oleks määratletud lisaks teenuse osutamise põhimõtetele ka teenuse seadusandlik ja tehniline pool. Aluseks soovitame võtta nii tõenduspõhiste uuringute kui parima kogemuse näited Austraaliast ja USA-st.

Kirjanduses rõhutati, et logopeedilise kaugteenuse läbiviimisel lasub vastutus kliinisel logopeedil. Nii otsustab kliiniline logopeed ise, millisele patsiendile kaugteenus sobib ning sõltuvalt patsiendi terviseprobleemist valib teraapia vormi. Samuti on kliinisel logopeedil õigus suunata patsient täiendavatele uuringutele või teiste spetsialistide juurde. Kuna Eestis ei pääse kliiniline logopeed erinevalt Austraaliast ja USA-st patsiendi terviseandmetesse ning puuduvad ka edasi suunamise õigused, siis tekib küsimusi kaugteenuse korraldamise kohta. Seetõttu oleks vaja logopeedilise kaugteenuse rakendamise Eestis siduda TIS-i juurdepääsuga.

Veel rõhutatakse kirjanduses, et lisaks kohustustele on kliinisel logopeedil õigus saada tuge tööandjalt. Seega soovitame ka Eestis mõelda tööandjate poolt võimaldatavate töötingimuste (tehnilised lahendused) loomisele.

Viimasel viiel aastal avaldatud artiklid näitavad, et suurte vahemaade korral, spetsialistide puudusel ning nende erinevate kogemuste puhul on kaugteenuse osutamine efektiivne, hoides kokku nii tervisesüsteemi kui patsientide kulusid, mis eelkõige seonduvad aja(kasutuse) ja transpordiga. Eestis on võimalik kasutada kliinilise logopeedi teenuseid 100 km raadiuses elukohast, kuid probleemiks on pigem taristu küsimused (nt ühistranspordi korraldus, isikliku abistaja puudumine terapeudini jõudmiseks), mis ei võimalda patsientidel piisavat liikumist terapeudi vastuvõtule. Selliseks sihtgrupiks võiks Eestis eeldatavalt olla näiteks liikumispuudega Parkinsoni haiged või insuldipatsiendid, kes liikumisvõimaluste puudumise tõttu võivad olla

jäänud siiani logopeedilise abita. Logopeedilise kaugteenuse rakendamine suurendaks logopeedilise abi kättesaadavust nimetatud sihtgruppidele.

Soovitame välja arvutada kui suur on kaugtöö tegemise võimaluste loomise (tehnilised vahendid, koolituste kulu, töövahendite loomine jm) ja käigus hoidmise kulu Eesti tervishoiuasutuse jaoks ning selle tasuvus võrreldes kontakteraapiaga. Siinjuures on oluline, et Eestis alles alustatakse kaugteenuste osutamisega kliinilises logopeedias, mis tõenäoliselt alguses suurendab kulusid. Kui kaugteenus võimaldab teenust saada ka nendel, kes seda seni ei saanud, siis tuleb analüüsida, kas Eestis on selleks piisavalt spetsialiste (kliinilisi logopeede).

Kirjanduses rõhutatakse kaugteenuse osutamiseks vajalikku väljaõpet. Ka Eestis soovitame välja töötada koolituse logopeedilise kaugteenuse osutajatele.

Tehniliste lahenduste eest on kirjanduse põhjal vastutus antud pigem sellele IT lahenduste keskkonna haldajale, kelle keskkonnas kaugteenuseid osutatakse. Eestis soovitame rakendada kaugteenust kontrollitud keskkonnas, kus on tagatud andmekaitse reeglid, teenuse ühtlaselt hea tehniline kvaliteet ning teenuse tehniliste probleemide tekkimisel vajadusel kättesaadav tehniline tugi.

Süsteemaatilised ülevaated võtsid kokku 2019. aasta märtsini ilmunud kõneravi kaugteenust käsitlevad artiklid ning seal nähtus, et teenuse osutamise asukoht on ebapiisavalt kirjeldatud ning selle põhjal ei saa järeldada, millistes tingimustes oleks mõistlik teenust osutada. Endiselt jääb küsimus, kas patsiendi jaoks on ohutu saada teenust kodus. Samuti, kas teenuse osutamiseks sobib iga ruum, sh nt logopeedi kodu või on selleks vaja spetsiaalset ruumi, milles on potentsiaalsete segavate tegurite (nt valgustus, võimalikud taustahelid) mõjuga arvestatud.

Uuringutes on kajastatud ka teraapiaid, kus patsient ei viibi kaugteenusel üksinda, vaid isikliku abistajaga/ logopeediga või viibib nn kaugteenuse osutamise keskses kohapeal. Soovitame Eestis luua vastavad ühtsed kokkulepped.

Kirjanduses käsitletakse kaugteenusena ka kliiniliste logopeedidel omavahelist konsulteerimist patsiendi probleemi osas. See võimaldab kohapealsel vähese (erineva) kogemusega logopeedil konsulteerida suure vahemaa tagant teise spetsialistiga video teel. Samuti on kaugteenuse kasutamine hea kiireloomuliste patsientide konsulteerimiseks video teel, sest nii saab konsulteerija kiiresti vajaliku informatsiooni patsiendi seisundi kohta. Spetsialistide vahelise kaugteenuse vajaduse Eestis saaks välja selgitada aruteluga.

Mujal maailmas on piisavalt kaua kaugteenust osutatud ning viimase viie aasta tõenduspõhistes artiklites ei käsitleta teemat, kas esmakohutumine patsiendiga peaks toimuma silmast-silma või mitte. Seetõttu ei ole selles osas võimalik antud eelanalüüsis järeldusi teha.

Praktilisi nõuandeid välja töötades võiks Eestis kaugteenuse osutamisel aluseks võtta pikka aega kaugteenust osutanud USA ja Austraalia kogemused. Mõlemad riigid kajastavad kaugteenuste osutamise tingimusi põhjalikult oma riikide erialaseltsidel kodulehekülgedel. Leiame, et teenusega alustajate jaoks võiks olla Austraalia juhend käepärasem.

Teaduskirjandus on näidanud kontaktvastuvõtu ja kaugteenuse võrdset efektiivsust. Seega võiks eeldada, et teenus on rakendatav ka Eestis. Eeltingimuste loomine selleks on kokku leppimise küsimus. Samas peab silmas pidama, et tõenduspõhises kirjanduses käsitletud uuringutulemusi ei saa praktiliste soovitusena alati Eesti oludesse üle kanda. Soovitame võtta arvesse ka tõenduspõhiste uuringute kitsaskohti. Originaaluuringute puhul on tegemist valdavalt randomiseeritud kontrollitud uuringutega, mille valimid on pigem väikesed. Uuringud on tehtud hästi kontrollitud tingimustes ning nõ tavaelu andmeid sekkumise efektiivsuse kohta teaduskirjanduses ei ole. Uuringutes kasutatud info- ja kommunikatsioonitehnoloogia vahendid on pigem juhuslikult raporteeritud, mistõttu ei saa nende kohta järeldusi teha ega Eesti oludesse üle kanda.

Tõenduspõhise kirjanduse põhjal ei ole kokkuvõtvalt analüüsitud meditsiinilisi ja logopeedilisi diagnoose, mille puhul on kaugteenus näidustatud või mittenäidustatud. Iga patsienti soovitatakse kliinilisel logopeedil käsitleda individuaalselt ning lähtuda tema tervislikust seisundist, võimekusest ja valmisolekust. Soovitame sarnast lahendust ka Eestis kasutada, kuid kliinilised logopeedid võiksid logopeedilise kaugteenuse läbiviimise näidustused eelnevalt siiski kindlaks määrata.

Logopeedide ühenduste kodulehtedega tutvudes oli märgata, et spetsialistidele on piisavalt ja avalikult esitatud igakülgset informatsiooni kaugteenuse osutamise õnnestumiseks, kuid patsientide informeerimine teenusest ei olnud kergel viisil tuvastatav. Eestis tuleks mõelda ka sellele, et kui on tegemist uue teenuse osutamise viisiga, oleks mõistlik esitada infot teenuse kohta patsientidele neile arusaadaval ja kättesaadaval viisil. Samuti soovitame välja töötada logopeedilise kaugteenuse osutamise kokkulepete blanketi vormi, mis on patsiendi ja terapeudi vahel kohustuslik täita ja allkirjastada enne teenuse alustamist. See võiks vajalikuks osutada näiteks sel juhul kui patsient liiga kergekäeliselt kaugteenusest piisava põhjusega loobub sellest eelnevalt ette teatamata jm.

Leiame, et kaugteenuse rakendumisele eelnevalt tuleks teenuse osutamise põhimõtetes omavahel kokku leppida teenuse osutajatel, teenuse rahastajatel ning tööandjatel ja kujundada ametlikud seisukohad. Hetkel jääb liiga suur vastutus konkreetsele teenuse osutajale ehk kliinilisele logopeedile ainuisikuliselt näiteks töötingimuste eest (tehnikas, ruumid jne).

Logopeedilise kaugteenuse osutamise ühtsetel alustel toimimiseks soovitame Eestis kliinilises logopeedias välja töötada kaugteenuste osutamise juhend. Juhendile toetumine võib vähendada ebakindlust kaugteenuse osutamisel. Juhendis soovitame sätestada teenuse osutamise nõuded patsiendile, terapeudile, ajale, kohale, andmekaitsele, tehnikale, seadusandlusele, näidustustele, tasustamisele, kokkulepped teenuse rahastajaga ja tööandjaga.

Lisaks aitaks juhend erialal seni puuduvat terminoloogilist ühtsust tekitada ja arendada. Samuti aitaks juhendi rakendumine paremini tagada patsiendi ohutust ning privaatsust.

Tõenduspõhise kirjanduse eelanalüüsi, erialaseltside kodulehtede läbitöötamise

ja tervishoiusüsteemis töötavate kliiniliste logopeedide seas läbi viidud küsitluse analüüsi tulemusena saab anda soovitusel logopeediliste kaugteenuste rakendamiseks Eestis.

Eesti Kliiniliste Logopeedide Seltsi soovitusel logopeedilise kaugteenuse rakendamiseks Eestis:

1. Mõistete „logopeediline kaugvastuvõtt“ ja „kontaktvastuvõtt“ kasutusele võtmine.
2. Koolituse välja töötamine ja läbi viimine kliinilistele logopeedidele kaugvastuvõtu osutamise teemal.
3. Logopeedilise kaugvastuvõtu juhendi välja töötamine kliinilisele logopeedile.
4. Nõusoleku vormi välja töötamine logopeedilise kaugvastuvõtu osutaja ja patsiendi vahel.
5. Patsiendijuhendi koostamine logopeedilise kaugvastuvõtu kohta.

Eelolevast tulenevalt näeb Eesti Kliiniliste Logopeedide Selts jätkutegevusena Seltsi töögruppides juhendmaterjalide välja töötamist ning kaugteenuse alaste koolituste korraldamist kliinilistele logopeedidele.

Kasutatud allikad

1. ASHA. Telepractice: overview. 2020. (<https://www.asha.org/PRPSpecificTopic.aspx?folderid=8589934956§ion=Overview>).
2. Molini-Avejonas DR, Rondon-Melo S, Amato CA, et al. A systematic review of the use of telehealth in speech, language and hearing sciences. *Journal of telemedicine and telecare* 2015;21(7):367–76.
3. Dahlgren Memorial Library. Evidence-based medicine resource guide: type of clinical question and study design. (<https://guides.dml.georgetown.edu/ebm/ebmclinicalquestions>).
4. Weidner K, Lowman J. Telepractice for adult speech-language pathology services: a systematic review. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups* 2020;5(1):326–38.

5. Iacono TS, K.; Pearce, N.; Hulme Chambers, A. A scoping review of Australian allied health research in ehealth. *BMC health services research* 2016;16(1):543.
6. Burns CL, Ward EC, Hill AJ, et al. Randomized controlled trial of a multisite speech pathology telepractice service providing swallowing and communication intervention to patients with head and neck cancer: evaluation of service outcomes. *Head & neck* 2017;39(5):932–9.
7. Burns CL, Kularatna S, Ward EC, et al. Cost analysis of a speech pathology synchronous telepractice service for patients with head and neck cancer. *Head & neck* 2017;39(12):2470–80.
8. Wall LR, Ward EC, Cartmill B, et al. Prophylactic swallowing therapy for patients with head and neck cancer: a three-arm randomized parallel-group trial. *Head & neck* 2020;42(5):873–85.
9. Wall LR, Ward EC, Cartmill B, et al. Adherence to a prophylactic swallowing therapy program during (chemo) radiotherapy: impact of service-delivery model and patient factors. *Dysphagia* 2017;32(2):279–92.
10. Freckmann A, Hines M, Lincoln M. Clinicians' perspectives of therapeutic alliance in face-to-face and telepractice speech-language pathology sessions. *International journal of speech-language pathology* 2017;19(3):287–96.
11. Burns CL, Ward EC, Gray A, et al. Implementation of speech pathology telepractice services for clinical swallowing assessment: An evaluation of service outcomes, costs and consumer satisfaction. *Journal of telemedicine and telecare* 2019;25(9):545–51.
12. Wall LR, Kularatna S, Ward EC, et al. Economic analysis of a three-arm rct exploring the delivery of intensive, prophylactic swallowing therapy to patients with head and neck cancer during (chemo)radiotherapy. *Dysphagia* 2019;34(5):627–39.
13. ASHA. Telepractice: Key issues. 2020. (https://www.asha.org/PRPSpecificTopic.aspx?folderid=8589934956§ion=Key_Issues).
14. Royal Australasian College of Physicians. Telehealth: guidelines and practical tips. 2012. (<https://www.racp.edu.au/docs/default-source/advocacy-library/telehealth-guidelines-and-practical-tips.pdf>).

15. Speech-Language & Audiology Canada. SAC telepractice checklist for speech-language pathology services. 2020. (https://www.sac-oac.ca/sites/default/files/resources/SAC_Telepractice_Checklist_for_Speech-Language_Pathology_Services.pdf).

16. Speech Pathology Australia. Telepractice in speech pathology: position statement. 2014. (https://www.speechpathologyaustralia.org.au/SPAweb/Resources_for_Speech_Pathologists/Professional_Resources/HTML/Telepractice_Resources.aspx?hkey=311bddee-3dd1-43a2-8a88-6b0189f71d12).