

Alljärgnevalt täidetakse üksnes see osa, millisele kriteeriumile hinnang antakse.

### Meditsiinilise tõendus põhise hinnang

Teenuse nimetus	TAASTUSRAVI INTER-DISTSIPLINAARNE MEESKONNATÖÖ
Taotluse number	1125

1. Meditsiiniline näidustus teenuse osutamiseks;

Teenuse „**TAASTUSRAVI INTER-DISTSIPLINAARNE MEESKONNATÖÖ**“ osutamiseks on **näidustus olemas**. Sii kuuluvad mitmete terviseprobleemidega isikud, kes vajavad taastusravi erinevate erialade (füsioteraapia, tegevusteraapia, logopeed jm ) sekkumist.

Valdavalt on Eestis kasutatud multidistsiplinaarset meeskonnatööd. Ettepanekus toodud näited (Haapsalu NRK ja PETK), kus on kasutatud interdistsiplinaarset meeskonnatööd ja kasutatakse hindamiseks FIM+FAM mõõdikut, on üks arendusvõimalus mitmest. Praegu toimub kaadri koolitus RFK klassifikatsiooni kasutamiseks tööväime hindamisel. See klassifikaator rakendub 01.07. 2016 tööväime hindamiseks töötukassa tarbeks. Ka vastab RFK rehabilitatsiooniprogrammides kasutatavatele nõudmistele. Siinkohal tuleb nimetada, et RFK kasutamiseks kuulub ressursi üksnes kaadri väljaõppele. Süsteemi materjalid on eestindatud ja SoM-s olemas. Kui nüüd interdistsiplinaarne meeskonnatöö terves Eesti vabariigis peaks hakkama baseeruma FIM+FAM mõõdikuil, siis tekib vajadus kulutustel nii mõõdiku ostuks kui väljaõppeks. Nimelt pole FIM+FAM mõõdik ilma lisakursusteta (kindlasti väliskoolitajad) kasutatav. See eeldab suuremahulist ja ka kulukat lisakoolitust. Taotlusest ei selgu, kuidas seda süsteemi kavatakse rakendada väljaspool kaht taotluses nimetatud asutust ning kes seda juurutust finantseerib.

2. Tõendus põhise. Taotluses on esitatud hulgaliselt kirjandusviiteid, tõsi, põhiosa neist 10 a. tagasi publitseeritud, kuid pole esile toodud tõendus põhise taset – A,B,C,D ( Tabel2 lk. 6 ja 7). Ka tabelile järgnevas selgituses ei tule esile tõendus põhise tase. Tsiteeritud Levack jt. ( 2006) on 2015.a. publitseerinud süstemaatilise ülevaate (vt. 2.1.1-+) (1)

2.1.1.kliiniliste uuringute järgi

**Cochrane Database Syst.Rev, 2015; Jul 20;7:CD009727.** (Levack WM et al.) Goal setting and strategies to enhance goal pursuit for adults with acquired disability participating in rehabilitation.(1). Olemasolevate parimate publikatsioonide alusel väidavad ülevaate autorid, et on väga kehv kvaliteediga tõendusi, et eesmärkide seadmine parandaks haigete rehabilitatsiooni lõpptulemust neil täiskasvanuil. Järjekult ei saa kõiki haigusjuhte käsitleda ühetaoliselt, vaid vaja on täpsemalt fokuseerida tegevust (haiguse staadium, raskusaste, seisundi hindamis meetodid).

2.1.2. **Viidates UK ja Põhja-Ameerika ravijuhistele**, mõõnavad taotluse autorid lühidalt, et taastusravis soovitatakse nii multi- kui interdistsiplinaarset meeskonnatööd. Retsensent oodanuks veidi täpsemaid rõhuasetusi nagu on alljärgnevatel soovitusel.

**European Stroke Organisation Recommendations to Establish a Stroke Unit and Stroke Center (2)(2012)**- rõhutatakse taastusravi *varajast algust* ja *multidistsiplinaarset* meeskonnatööd nii statsionaarses kui ambulatoorses taastusravis. Soovitatakse aju infarkti keskuste väljaarendamist.

**Canadian stroke best practice recommendations (3) (2016)**- rõhutatakse aju infarkti taastusravis alates *väga varasest* perioodist kuni ambulatoorse etapini *interdistsiplinaarsete* aju infarkti keskuste/ meeskonna vajalikkust. Ambulatoorses etapis kindlustab meeskond füsioteraapia, tegevusteraapia ja patsiendi järelevalve kuni 8 nädalat peale statsionaari. **Tulemuseks on akuutravi voodipäevade arvu vähendamine ja taastusravi varajase algusega saavutatav efekt.**



2.2. oodatavad ravitulemused, sealhulgas ravi tulemuslikkuse lühi- ja pikaajaline prognoos; võrdlus hinnangu punktis 2.1. esitatud alternatiividega.

Taotluses pole selle kohta andmeid.

2.2.1.ravi võimalikud kõrvaltoimed - taotletava teenuse osas kõrvaltoimeid ei kirjeldata.

Teenuse kohaldamise tingimuste vajalikkus – interdistsiplinaarne meeskonnatöö, tingimused, et meeskond on formeeritud kindlate printsiipide alusel (Nancarrow SA jt. 2015) (4) peaks andma parema teenuste koordineerimise ja kasutamise. Taotluses märgitaksegi seda loodetavat efekti, kuid ei ole täpsustatud, kuidas seda saavutatakse. Oodanuks vähemalt märget, et lisaks erialalistele oskustele sõltuvad meeskonna tulemused ka liikmete omavahel sobivatest isikuomadustest. Samuti selgitust, kuidas parandatakse teenuse osutamist statsionaarse ja ambulatoorse taastusravi ning rehabilitatsiooni-süsteemi vahel.

3. Eestis kasutatavad alternatiivsed raviviisid: Alternatiiv teenusele oleks multidistsiplinaarne meeskonnatöö, mille kohta on taotluses toodud üldine definitsioon, kuid pole näiteid Eesti kohta. Taotluses ei ole võrreldud interdistsiplinaarse ja multidistsiplinaarse meeskonnatöö efektiivsust, kuigi tavapraktikas kasutatakse Eestis taastusravis multidistsiplinaarset meeskonnatööd, mille korraldamisel kasutatakse samuti meeskonna koosolekuid. Eriti selge on see rehabilitatsioonisüsteemis, kus rehabilitatsiooni plaani koostamisel on kohustuslik meeskond/ komisjon.

\* Taotluses on esitatud näited interdistsiplinaarse meeskonnatöö kasutamise kohta peamiselt neuroloogilise taastusravi (aju infarkt) kontekstid. Kirjanduse andmetel on kasutusala tunduvalt laiem ( amputatsioonid., PCI jm).

Mitmete tervise – ja sotsiaalsete probleemidega taastamist vajavate patsientide (aju infarkt ja ajutrauma, seljaaju trauma, amputatsioonidega haiged, PCI (ka täiskasvanud, kel lapseast see diagnoos) vajavad pikaajalist mitmekülgset taastusravi ning siin on interdistsiplinaarne meeskonnatöö printsiip omal kohal.

- **Tulemus tervisele:** Eesti kasutatakse taastusravis FIM/+FAM mõõdikut vaid kahes raviastutuses Eelpoolnimetatud mõõdikut kasutades on võimalik hinnata taastusravi tulemuslikkust ( FIM hinnangu muutust) ja selleks kulunud aega. Taotluses pole need andmed esitatud.
- Kättesaadav kirjandusallikas (Marge Schmidt ,Maarika Nurm, Mart Murdvee) (5). Selles tõdetakse, et FIM-skoori keskmine paranemine taastusravi perioodijooksul oli meie uuringus 11,35 punkti ehk 0,8 punkti päevas. Eriikide uuringute tulemusel oli FIM-skoori keskmine paranemine 19,4 punkti (11,7–25punkti). Paranemise kiirus (ehk FIM-skoori muutus päevas) oli Keila Taastusravikeskuse patsientidel võrreldav teistes uuringutes toodud tulemustega. Kognitiivne taastumine oli negatiivselt seotud patsiendi vanusega saabumisel ( $r = -0,20$ ;  $p = 0,04$ ).
- Taotluses esitatud teenuse korrektsel rakendamisel ei tohiks olla kõrvaltoimeid.

4. Tõendus põhinevus Euroopas aktsepteeritud ravijuhendite alusel;

Otseseid andmeid meeskonnatöö efektiivsuse kohta pole esile toodud ( Tabel 2). Ei ole märgitud tõendus põhinev taset (vt. eespool, 2.1.2). Retsesent võib väita, et selliseid uurimusi on avaldatud, kuid nende tõendus põhinevus pole väga veenev (B ja D) nagu sai juba sissejuhatavalt öeldud.

#### **Comprehensive / Holistic Treatment Programmes**

**D** - In the post-acute setting interventions for cognitive deficits should be applied in the context of a comprehensive/holistic neuropsychological rehabilitation programme. This would involve an **interdisciplinary team** using a goal-focused programme which has the capacity to address cognitive, emotional and behavioural difficulties with the aim of improving functioning in meaningful everyday activities.

#### **Service Delivery Inpatient Care.**

**B** - For optimal outcomes, higher intensity rehabilitation featuring early intervention should be delivered by specialist **multidisciplinary teams**.

#### **Discharge Planning**

**D** - Planned discharge from inpatient rehabilitation to home for patients who have experienced an acquired brain injury (ABI) provides beneficial outcomes and should be an integrated part of treatment programmes



## 5. Kogemus maailmapraktikas ja Eestis

### EESTIS:

Inter-distsiplinaarsed taastusravi meeskonnatöö on ca nelja aasta vältel olnud kasutusel koodidega 8028, 8029 ja järelravikoodiga 2047 statsionaarsel ravil viibivatel patsientidel Haapsalu Neuroloogilise Rehabilitatsioonikeskuses (HNRK). Samuti kasutatakse seda taastusravist ka Põhja-Eesti Taastusravikeskuses (PETK) (3 aasta vältel). Hindamismeetod patsiendi seisundi hindamiseks mõlemas keskuses kas FIM üksi või kombineerituna FAM-ga. Meeskonnatöö tulemuslikkus võrrelduna teiste keskustega (Tartu SA TÜK) ei selgu.

### MAAILMAPRAKTIKAS (vt. ülalpool).

## 6. Teenuse tegevuse kirjeldus;

\***Teenuse osutamiseks vajalik koht:** kui teenuse sisu on meeskonna koosoleku korraldamine siis selleks on vajalik ruum, kuhu mahub meeskond (olenevalt patsiendi profiilist) 3-6 isikut.

\* Patsiendi ja tema lähedasi on vaja informeerida koosoleku ajast, kohast ja eesmärkidest. Kas see on alati teostatav?

\* **Taotletakse : toimumisesagedus 2 korda ravil viibime jooksul (14 päeva).** Kui taotluses soovitud aegadel, jääb kahe koosoleku vahele vaid 10 päeva taastusravi! Selle aja jooksul on võimalikud seada lühiajalised eesmärgid ja saab hinnata nende täitmist. Teatud juhtudel osutub, et ravi on liiga lühiajaline (aju infarkt, aju trauma, amputeeritud jäseme proteesimine ja proteeside kasutamineõppimine). Sellistel juhtudel peaks siduma statsionaarne ravi ambulatoorse raviga ja pikemaajaliste eesmärkidel põhineva taastamisega.

## 7. Eestis teenust vajavate patsientide arvu hinnang ja prognoos;

**Taotlus:** *Teenuse mahu prognoosi alusena on kasutatud Haigekassa poolt taastusravi voodipäevade alusel rahastatud haiguslugude hulka aastatel 2013, 2014 ja 2015 (kuni 30.09.15). Kuna taastusravi meeskonnatöö toimub minimaalselt kaks korda raviperioodi vältel, siis teenuse mahu prognoosimisel on haiguslugude hulk korrutatud kahega. Prognoos aastaks 2015 tuleneb aasta esimese 9 kuu andmetest.*

**Teenust vajavate patsientide arvu aluseks oleks pidanud võtma haigete arvu diagnoosigruppide kaupa.** (näiteks aju infarkt, aju trauma jne). **Kõikidele taastusravil viibivatele haigetele ei ole otstarbekas rakendada interdistsiplinaarse meeskonnatöö mudelit.** Antud teenuse rakendamine sõltub ka haiguse algusest möödunud ajast (akuutne juhtum või stabiilse puudega patsient ning seisundi raskusest ja patsiendi eest).

## 8. Patsiendi isikupära võimalik mõju ravi tulemustele;

Patsiendi isikupäral on alati mõju taastusravi tulemustele. Patsiendi isikupära arvestamine kuulub meeskonnatöös osalevate meeskonnaliikmete professionaalsete põhioskuste hulka. Taastusravist hinnatakse ravi algus ka patsiendi suhtumist ravisse, tema enesehinnangut, teatud arusaamade kogumit, religioosseid tõekspidamisi, kultuurilist tagapõhja, seksuaalset orientatsiooni. Esmase hindamise alusel tehakse raviplaan, teostatakse ja tehakse ravi lõpul ka lõpphindamine (pika taastusravi puhul etapp-vahehindamine.)

## 9. Teenuse pakkuja valmisoleku, sealhulgas vajalikud meditsiiniseadmed ja personali kvalifikatsioon ning pädevus, võimalik mõju ravi tulemustele;

### 7.1. teenuse osutaja

**Taotlus:** *Haigekassaga statsionaarse taastusravi lepingut omavad teenusepakkujad.*

Teenuse ei laiene ambulatoorsele taastusravile, kuigi taotluses on märgitud (p 3.7), et on vaja paremat koostööd tervishoiu ja sotsiaalteenuste osutamise koordineerimises.

### 7.2. infrastruktuur, tervishoiuteenuse osutaja täiendavate osakondade/teenistuste olemasolu vajadus;

**Taotlus:** *Haigekassaga statsionaarse taastusravi lepingut omavad teenusepakkujad,*

Meeskonna koosolekute korraldamiseks pole vaja täiendavaid osakondi. Otstarbekas on paremini kasutada olemasolevaid teenuseid, neid paremini koordineerides.

### 7.3. personali täiendava väljaõppe vajadus;

**Taotlus:** *Haigekassaga statsionaarse taastusravi lepingut omavad teenusepakkujad.*

FIM mõõdik on oma esialgselt suunitlusest - neuroloogilise kahjustusega haigetelt- arenenud üldiseks mõõdikuks, sh laste variant ( Wee-FIM). Hädavajalik on selle mõõdiku kasutamise väljaõpe (6). Koolitajad välismaalt, vastavalt FIM mõõdiku kasutamise regulatsioonidele.

7.4. minimaalsed teenuse osutamise mahud kvaliteetse teenuse osutamise tagamiseks;

**Taotlus:** Haigekassaga statsionaarse taastusravi lepingut omavad teenusepakkujad.

Otstarbekas on alustada kindlatest patsindigruppidest- aju infarkti ja ajutarumaga haiged, seljaaju kahjustusega haiged, jäseme amputatsioonidega patsiendid. Laste puhul PCI ja liitpuudega lapsed.

7.5. teenuse osutaja valmisoleku võimalik mõju ravi tulemustele;

**Taotluses (p. 3.6- Meeskonnatöö täiendab kehtivat Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu selliselt, et statsionaarse taastusravi voodipäevade vajaduse hindamine §13 lõige 3 ja 11 järgi muutub süsteemseks ning struktureerituks, suurendades seeläbi nimetatud sätetes kirjeldatud tegevuse tulemuslikkust. Täpsustatud eesmärk võimaldab tõsta taastusravi tulemuslikkust).**

Nimetatud eesmärkide saavutamiseks on vaja mõõdikuid, mis võimaldaksid ühtset hindamist ja kuna rõhuasetus on neuroloogilisel taastusravil (sh. aju infarkt ) siis FIM+FAM ja laste puhul ( Wee-FIM ) on otstarbekas.

**Taotluses ( p 3.7- Teadlik siirde planeerimine aitab hõlbustada patsiendi lahkumist taastus-ravilt ning taaskohanduda eluga kogukonnas, samas tagades vajalik ravi- ja sotsiaalteenuste kättesaadavus ning vähendades statsionaarse ravi vajadust tulevikus – selle eesmärgi saavutamiseks on vajalik oluliselt suurendada ambulatoorses taastusravis ja patsiendi kodus töötavate taastusravi spetsialistide arvu.**

10. Teenuse seos kehtiva loeteluga, sealhulgas uue teenuse asendav või täiendav mõju kehtivale loetelule;

Uus teenus (interdistsiplinaarne meeskonnatöö) peaks koordineerima paremini olemasolevaid füsioteraapia, tegevusteraapia, logopeedi, õe, psühholoogi ja taastusarsti tööd. Hinnakalkulatsioon lähtub HK hinnakirjast üksikute spetsialistide kohta. Tekivad täiendavad kulutused, mis vaevalt on otstarbekad, kui koosolekuid tehakse 2 korral 10 päeva jooksul (?). Iseasi, kui tegemist on pikemaajalise taaastusega (1 - 3 – 6 kuud).

**Rakendamise süsteemus.** Vaja oleks üldistus, millistele patsientide gruppidele ja erinevates taastusravi tingimustes (statsionaarne taastusravi, ambulatoorne taastusravi) on otstarbekam inter-, millistele multidistsiplinaarne meeskond.

11. Teenuse osutamiseks vajalike tegevuste kirjelduse asjakohasus ja õigsus

Taotluses ei ole esitatud interdistsiplinaarse lähenemise veenvat eelist multidistsiplinaarse taastusravi meetodi ees.

12. Kokkuvõte

	Vastus	Selgitused
Teenuse nimetus	TAASTUSRABI INTER-DISTISPLINAARNE MEESKONNATÖÖ	
Ettepaneku esitaja	EESTI Taastusarstide Selts	
Teenuse tõendus põhised taotluses esitatud näidustustel võrreldes alternatiivi(de)ga		C
Senine praktika Eestis	FIM-skoori keskmine paranemine taastusravi perioodi jooksul oli Keilas 11,35 punkti ehk 0,8 punkt päevas.	



Vajadus		Ainult statsionaarsete taastusravi haigusjuhtude alusel pole võimalik teenuse mahtu prognoosida.
Muud asjaolud	Vajalikud on hinnata: 1) standartiseeritud mõõdik patsiendi seisundi hindamiseks ( FIM +FAM), 2) interdistsiplinaarse meeskonnatöö efektiivsuse hindamine	
Kohaldamise tingimuste lisamine	Standardiseeritud mõõdiku kasutamine ( FIM+FAM) eeldab lisaväljaõpet ja mõõdiku ostu.	

## 1. Kasutatud kirjandus

1. **Cochrane Database Syst.Rev, 2015; Jul 20;7:CD009727.** (Levack WM et al.) Goal setting and strategies to enhance goal pursuit for adults with acquired disability participating in rehabilitation

2. **European Stroke Organisation Recommendations to Establish a Stroke Unit and Stroke Center** E. Bernd Ringelstein, MD; Angel Chamorro, MD; Markku Kaste, MD; Peter Langhorne, MD; Didier Leys, MD; Philippe Lyrer, MD; Vincent Thijs, MD; Lars Thomassen, MD; Danilo Toni, MD; for the ESO Stroke Unit Certification Committee <http://stroke.ahajournals.org>

3. **Canadian stroke best practice recommendations: Stroke rehabilitation practice guidelines, update 2015.** Debbie Hebert, M Patrice Lindsay, Amanda McIntyre, Adam Kirton, Peter G Rummey et al International Journal of Stroke, International Journal of Stroke 0(0) 1–26 ! 2016 World Stroke Organization DOI: 10.1177/1747493016643553

4 Nancarrow SA, Smith T, Ariss S, Enderby PM. **Health Soc Care Community.** 2015 Jul;23(4):437-48. doi: 10.1111/hsc.12173. Epub 2014 Dec 19. Qualitative evaluation of the implementation of the Interdisciplinary Management Tool: a reflective tool to enhance interdisciplinary teamwork using Structured, Facilitated Action Research for Implementation.

5. **Marge Schmidt, Maarika Nurm, Mart Murdvee** Mõõdiku FIM kasutamise kogemus insuldihaigetel Keila Taastusravikeskuses, Eesti Arst 2013; 92(2):66–72)

6. **Rehab Measures: FIM® instrument (FIM); FIM® is a trademark of the Uniform Data System for Medical Rehabilitation, a division of UB Foundation Activities, Inc.- Uniform Data System for Medical Rehabilitation (external link)**

### Kulutõhususe ja ravikindlustuse eelarve mõju hinnang

Teenuse nimetus	TAASTUSRAVI INTER-DISTIPLINAARNE MEES KONNATÖÖ
Taotluse number	

1. Teenuse kulude (hinna) põhjendatus;
2. Kulude võrdlemine alternatiivsete teenuste kuludega
  - 2.1. teenuse kulude võrdlus alternatiivse teenusega
  - 2.2. patsiendi poolt tehtavad kulutused
  - 2.3. tulemuste hindamine ja võrdlemine alternatiivsete teenuste tulemustega
  - 2.4. kulutõhususe uuringud taotletava teenuse kohta
3. Teenuse lühi- ja pikaajaline mõju ravikindlustuse kulude eelarvele, sealhulgas tuuakse eraldi välja mõju tervishoiuteenuste, ravimite ja töövõimetushüvitiste eelarvele;
4. Teenuse mõju teenust osutavatele erialadele planeeritavatele rahalistele mahtudele ja seos teiste erialadega;
5. Teenuse väär- ja liigkasutamise majanduslikud mõjud
6. Teenuse optimaalse kasutamise tagamise võimalikkus läbi kohaldamise tingimuste.
7. Kokkuvõte

Esitatakse lühikokkuvõte koos hindaja selgituste ja põhjendustega tabelkujul:

	Vastus	Selgitused
Teenuse nimetus		
Ettepaneku esitaja		
Teenuse alternatiivid		
Kulutõhusus		Ei kuulunud hindamisele.
Omaosalus		
Vajadus		
Teenuse piirhind		
Kohaldamise tingimused		
Muudatusest tulenev lisakulu ravikindlustuse eelarvele aastas kokku		
Lühikokkuvõtte hinnatava teenuse kohta		

8. Kasutatud kirjandus

Hinnang ühiskonnale vajalikkuse ja riigi tervishoiupoliitikaga kooskõla kohta

taotlus nr	<i>Taotlus e nimetus</i>	teenuse vastavus tervishoiu arengukavadele	kindlustatud isikute omaosaluse kohaldamise lubatavus teenuse eest tasumisel lähtudes „Ravikindlustuse seaduse“ § 31 lõikes 3 sätestatud tingimustest	teenuse vastavus Eestis aktsepteeritud eetikaprincipidele	teenuse osutamiseks vajaliku infrastruktuuri olemasolu jätkusutlikkuse ja kvaliteedi tagamiseks;	teenuse võimalik mõju töötajate väljaõppele ja koolitusvajadusele ning loetelu muutmise ettepanekus esitatulolulisus eriala arengu seisukohalt.			teenuse tervishoiu poliitiline prioriteetsus	Märkuseid
	<i>vastab/ei vasta tervishoiu arengukavadele</i>	<i>saab/ei saarakendada omaosalust</i>	<i>vastab/ei vasta eetikaprincipidele</i>	<i>osutamiseks infrastruktuur on/ei ole olemas</i>	<i>nõuab/ei nõua tervishoiutöötajate täiendavat väljaõpet</i>	<i>mõjutab/ei mõjuta tervishoiutöötajate koolitust</i>	<i>oluline/väheoluline eriala arengu seisukohalt</i>	<i>prioriteetne/vajalik/või vajalikkuskaheldav</i>		