

EESTI HAIGEKASSA TERVISHOIUTEENUSTE LOETELU MUUTMISE TAOTLUS

1. Taotluse algataja	
Organisatsiooni või ühenduse nimi	MTÜ Eesti Taastusarstide Selts
Postiaadress	Pärnu mnt 104, 11312, Tallinn linn, Harju maakond, Eesti Vabariik
Telefoni- ja faksinumber	+372 606 7623; fax: +372 606 7604
E-posti aadress	taastusarst@gmail.com
Kontaktisiku ees- ja perekonnanimi ning kontaktandmed	Priit Eelmäe priit.eelmae@hnrk.ee +372 4725 400; [REDACTED]

2. Teenuse nimetus, kood ja kohaldamise tingimus(ed)	
2.1. Teenuse nimetus TAASTUSRABI INTER-DISTSIPLINAARNE MEESKONNATÖÖ	
2.2. Teenuse kood tervishoiuteenuste loetelus (<i>edaspidi</i> loetelu) olemasoleva teenuse korral	
2.3. Kohaldamise tingimus(ed)	<ul style="list-style-type: none">- Statsionaarsel funktsioone taastaval taastusravil (Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu koodid 8028 ja 8029) viibivad patsiendid statsionaarse taastusravi kestvusega vähemalt 14 päeva.- Alla 19aastased statsionaarsel funktsioone toetaval taastusravil (kood 8031) viibivad patsiendid statsionaarse taastusravi kestvusega vähemalt 14 päeva.- Järelravi voodipäeva (kood 2047) hinna alusel ravil viibivad patsiendid, juhul kui järelravi rakendatakse aktiivse funktsioone taastava taastusravi (kood 8029) järgselt.- Erand: Meeskonna poolt põhjendatud vajaduse korral peaks meeskonnatööd olema võimalik kohaldada ka ambulatoorsetele ning voodipäevakoodiga 8030 statsionaarsel ravil viibivatele patsientidele. Eeldusel, et töösse on kaasatud inter-distsiplinaarne ravimeeskond.
2.4. Ettepaneku eesmärk	<input checked="" type="checkbox"/> Uue tervishoiuteenuse (<i>edaspidi</i> teenuse) lisamine loetellu ¹ <input type="checkbox"/> Loetelus olemasoleva teenuse piirhinna muutmine ² <input type="checkbox"/> Teenuse kohaldamise tingimuste muutmine ³ <input type="checkbox"/> Teenuse nimetuse muutmine ⁴

¹ Täidetakse kõik taotluse väljad või tuuakse selgitus iga mittetäidetava välja kohta, miks seda ei ole võimalik/vajalik täita.

² Kui teenuse piirhinna muutmise tingib uue meditsiiniseadme, ravimi vm lisamine teenuse kirjeldusse, täidetakse taotluses uue ressursi kohta kõik väljad või tuuakse selgitus iga vastava mittetäidetava välja juurde, miks seda ei ole võimalik/vajalik täita. Kui piirhinna muutmise tingib ressursi maksumuse muutus, täidetakse vähemalt väljad 1- 2 ning 8.1.

³ Täidetakse kõik allpool esitatud väljad või tuuakse selgitus iga vastava mittetäidetava välja kohta, miks seda ei ole võimalik/vajalik täita.

⁴ Täidetakse punktid 1-2 ning esitatakse vaba tekstina põhjendus teenuse nimetuse muutmise vajalikkuse kohta.

	<input type="checkbox"/> Teenuse kustutamine loetelust ⁵ <input type="checkbox"/> Teenuse omaosaluse määra muutmine ⁶ <input type="checkbox"/> Muu (selgitada) Ettepaneku eesmärk on lisada loetellu teenus nimetusega „ Taastusravi inter-distsiplinaarne meeskonnatöö “. Nimetatud teenus on vajalik: <ul style="list-style-type: none"> – tagamaks interdistsiplinaarse taastusravi meeskonna töö koordineeritus, hoides patsiendi individuaalsed vajadused meeskonna tegevuse keskmes; meeskonnatöö käigus toimuv raviperioodi eesmärgistamine aitab muuta statsionaarse taastusravi patsiendikeskemaks, tõstes seeläbi ravimotivatsiooni ning –tulemuslikkust; – Meeskonnatööd annavad võimaluse raviperioodi tulemuslikkuse süsteemseks hindamiseks ning sellest tulenevalt sisendi edasiste raviotsuste tegemiseks ning ravitöö dokumenteerimiseks.
2.5. Peatükk loetelus, kus teenus peaks sisalduma	<input type="checkbox"/> Üldarstiabi <input type="checkbox"/> Ambulatoorne eriarstiabi <input type="checkbox"/> Meditsiiniseadmed ja ravimid <input checked="" type="checkbox"/> Statsionaarne eriarstiabi <input checked="" type="checkbox"/> Uuringud ja protseduurid §26 - Üldmeditsiiniliste ja taastusravi protseduuride piirhinnad <input type="checkbox"/> Operatsioonid <input type="checkbox"/> Laboriuuringud, lahangud ja kudede transplantaadid <input type="checkbox"/> Veretooted ja protseduurid veretoodetega <input type="checkbox"/> Hambaravi <input type="checkbox"/> Kompleksteenused <input type="checkbox"/> Ei oska määrata/ Muu (selgitada)

3. Tõenduspõhisus ja näidustused

⁵ Täidetakse taotluse punktid 1-2 ning esitatakse vaba tekstina põhjendus teenuse kustutamise kohta.

⁶ Täidetakse punktid 1-2, 4.6, 9 ning esitatakse vaba tekstina põhjendus omaosaluse muutmise kohta.

3.1. teenuse osutamise meditsiinilised näidustused ja vajadus teenuse osutamiseks; määratlus

Kaasaegse taastusravi oluliseks alusprintsipiiks on patsiendikesksus. Selle lähenemise siht on patsiendi vajaduste, väärtuste ning ootuste kaasamine ravi planeerimis- ning otsustusprotsessidesse.

Patsiendikeskset lähenemist võib defineerida kui ravifilosoofiat, mis hõlmab:

- a. Patsiendiga jagatud kontrolli konsultatsioonide ja sekkumisotsuste üle ja/või
- b. Fokuseeritust patsiendile kui tervikule, kellel on individuaalsed eelistused toimimiseks sotsiaalses kontekstis (alternatiivina fokuseerumisele kehaosale või haigusele)

(Lewin 2009)

Patsiendikeskset lähenemist võib eriti sobivaks pidada just taastusravis, tulenevalt selles esinevast vajadusest aktiivse patsiendi-poolse osaluse järele teraapiates ja ravi suunatusest patsiendi funktsioneerimise ning sotsiaalse osaluse optimeerimisele. Samuti on lähenemist tunnustanud ja tunnustamas järjest kasvav hulk tervishoiuasutusi ning tervishoiutöötajate erialaorganisatsioone üle maailma (Hunt 2009).

Meeskond taastusravis

Taastusravi eesmärgiks on maksimeerida patsiendi funktsionaalseid ning psühhosotsiaalseid võimeid ning seeläbi parandada tema elukvaliteeti. See valdkond tegeleb peamiselt puude kolme dimensiooniga - tervisekahjustuse, aktiivsuspiirangute ja sotsiaalse osalusvõime piirangutega – eesmärgiga vähendada kahjustuse mõju ja ennetada või minimaliseerida piiranguid osalusvõimes. Valdonna mitmekesisusest tulenevalt on taastusravi teenusepakkujate jaoks ülioluline haarata tööprotsessi mitmekülgne ning professionaalne meeskond, mis hõlmaks piisaval määral kompetentsi erinevate raviprotsessi väljakutsetega toime tulemiseks (Eldar jt 2008). Seniste uuringute põhjal võib öelda, et meeskonnas tehtud otsused pakuvad, võrreldes individuaalsetega, kõrgema kvaliteediga lahendusi probleemidele (Behm ja Gray 2012). Selleks, et meeskond suudaks efektiivselt pakkuda tõenduspõhiseid teenuseid, peab see esiteks olema võimeline oma tööd kohandama vastavalt iga patsiendi vajadustele, arvestades tema väärtusi, kultuurilisi norme, pikaajalisi eesmärke jne. Teiseks on eduka meeskonna eelduseks süsteem, mis võimaldab struktureeritud kommunikatsiooni, koostööd, töö koordineerimist ning probleemide lahendamist töö käigus (Lieberman, Hilty, Drake, & Tsang, 2001). Struktureeritud ning dokumenteeritud koostöö annab lisavõimalusi raviprotsessi tagasisidestamiseks ning seeläbi parandab teenuse kvaliteeti ka pikas perspektiivis.

Võimalused multidistsiplinaarse meeskonna töö koordineerimiseks

Zwarenstein jt (2009) toovad varasematele uuringutele tuginedes välja, et kommunikatsiooniprobleemid ravimeeskonnas võivad kaasa tuua tõsiseid probleeme ravi kvaliteediga. Selleks, et ravimeeskond saaks kaasatud parimal võimalikul moel kõikide osapoolte jaoks (patsient ja tema tugivõrgustik, teised tervishoiu ja sotsiaalhoolekande väljal tegutsejad, ravi rahastajad, meeskonna liikmed jne), on aastate vältel välja kujunenud neli peamiselt kasutatavat mudelit meeskonna töö koordineerimiseks.

1. Meditsiiniline mudel – ravitööd koordineerib täies ulatuses raviarst. Peamiselt kasutatav perearstisüsteemis ning mõnikord ka akuutsete juhtumite korral, kui valdav osa meeskonnast on meditsiinilise või õenduse taustaga. Mudel ei sobi hästi kokku

taastusravi alusfilosoofiaga, mis eeldab kõigi meeskonna osade koostööd raviplaanide täiendamisel ja loomisel ning ravi pakkumise protsessis.

2. Multi-distsiplinaarne mudel – spetsialistid töötavad meeskonnas eesmärgiga täita distsipliini-spetsiifilisi eesmärke. Kommunikatsioon ei pruugi toimuda kõigi meeskonnaliikmete vahel ning on enamasti pigem vertikaalne kui horisontaalne. Seda mudelit ei peeta taastusravi kontekstis kõige sobivamaks, kuna uuringud on näidanud, et eraldi töötavad meeskonnaliikmed ei saa alati ravi mõjutavatest teguritest üheselt aru.
3. Inter-distsiplinaarne mudel – peamise erinevusena multi-distsiplinaarsest lähenemisest võib välja tuua selle, et meeskonna liikmed töötavad tihedalt koos sisuliselt terve ravi vältel sh ravi eesmärgi püstitamisel, sekkumise läbi viimisel, jooksvate probleemide lahendamisel jne. Meeskonna töösse on aktiivsete osaliste ning liikmetena kaasatud ka patsient ja/või tema lähedased. Võrreldes multi-distsiplinaarse lähenemisega võimaldab inter-distsiplinaarne mudel kõike-hõlmavat ning tihedamat koostööd meeskonnas ning suuremat patsiendikesksust. Samuti on mudeli kasutamise eeltingimuseks edukalt korraldatud meeskonna-sisene kommunikatsioon.
4. Trans-distsiplinaarne mudel – üks meeskonna liikmetest toimib peamise teenusepakkujana ning pakub patsiendile teenuseid teiste meeskonnaliikmete juhendamisel ning nõuandmisel. Selline lähenemine eeldab meeskonnaliikmete poolt võrdlemisi häid teadmisi ja oskusi ka teiste liikmete erialadel. Mudel on võrdlemisi vähelevinud, kuid seda saab teatud juhtudel edukalt kasutada nt varase sekkumise meetodina imikute ja laste puhul.

(Behm ja Gray 2012)

Lähtuvalt eelnevatest kirjeldusest ning tuginedes valdkonna uuringutele, on sobivaim meetod taastusravi meeskonna korraldamiseks inter-distsiplinaarne mudel.

Meeskonnatöö inter-distsiplinaarse meeskonna koordineerimisel

Ettepanek lisada taastusravi meeskonnatöö Haigekassa tervishoiuteenuste loetellu tuleneb kommunikatsiooniuringutest, mis on andnud tulemuseks teadmise, et töölased grupid toimivad paremini, kui nende töösse on hõlmatud oluline osa näost-näku kontakte (Child, 1977).

Meeskonnatöö annab võimaluse otseseks suhtluseks meeskonnaliikmete vahel ning raviplaanide kooskõlastamiseks (Crepeau, 1993). Crepeau käsitluse järgi kannavad ravimeeskonna koosolekud kolme eesmärgi:

1. Professionaalne tasand hõlmab endas täpset ja selget ravi kirjeldust ratsionaalsete ja objektiivsete tegevuste jadana.
2. Konstruktiiivsel tasandil toimib meeskonnaliikmete arusaamade ühtlustamine selliselt, et tekiks arusaam patsiendi probleemidest.
3. Rituaalsel tasandil toimub meeskonna kollektiivse identiteedi tekkimine ja tugevnemine.

Vajadus meeskonnatöö järele tuleneb interdistsiplinaarse meeskonna väga head liikmete-vahelist kommunikatsiooni eeldavast olemusest. Meeskonnatöö ja selle abil saavutatav kommunikatsioon on möödapääsmatu eelduseks edukale taastusravi protsessile. **Ilma adekvaatselt toimiva kommunikatsioonita ei ole interdistsiplinaarse meeskonna töö tulemuslik.**

Patsient ja/või tema lähedased peaksid võimalusel olema meeskonnatöösse kaasatud, kuna see annab konstruktsionistliku käsitluse järgi meeskonnale võimaluse tekitada ühine ning patsiendist lähtuv arusaam viimase probleemidest. Konstruktsionistlikku käsitlust võib pidada vastandiks ratsionalistlikule käsitlusele, mille alusel on patsiendi probleemid objektiivsed ning nendeni jõudmiseks vajalikud teadmised on vaja lihtsalt kokku koguda. Konstruktsionistliku käsitluse järgi tekib teadmine patsiendi probleemidest meeskonnas sõltudes individuaalsetest reaalsustest, milles elavad meeskonna liikmed sh patsient. Meeskonnatöö on antud kontekstis oluline selleks, et luua terviklik pilt sageli vastuoluliste ja ebaselgete andmete põhjal. (Crepeau, 1993)

Meeskonnatöö osalejate hulk ning erialane taust sõltub suuresti konkreetsest patsiendist ning tema ravi iseloomust. Osalejaskonna on määratlenud USA terviskindlustuse programm Medicare, mille juhendi järgi peaks lisaks patsiendile ja/või tema lähedastele, olema meeskonnatöösse haaratud:

- Taastusarst
- Õde
- Sotsiaaltöötaja ja/või juhtumikorraldaja
- Eri valdkondade terapeudid, vastavalt sellele, milliseid teraapiaid patsiendil vaja on.

(Medicare Learning Network)

Meeskonnatööl osalemine eeldab kõigilt nimetatud spetsialistidelt päevakohase info olemasolu patsiendi seisundi ning selle arengutega seoses.

Raviperioodi eesmärgistamine

Interdistsiplinaarse meeskonna vajadus tuleneb USA Medicare juhendite alusel vajadusest läbi regulaarse, struktureeritud ja dokumenteeritud kommunikatsiooni eri distsipliinide vahel püstitada, prioriseerida ning saavutada ravi eesmärgid (Medicare Learning Network).

Eesmärkide olulisust taastusravi protsessis on järgmistel põhjustel rõhutanud ka Schut ja Stam (1994):

1. Eesmärgid aitavad kaasata töösse seotud professionaalid, patsiendi ning tema lähedased, saavutamaks ühised taastusravi eesmärgid.
2. Eesmärkide püstitamise protsess parandab kommunikatsiooni meeskonna liikmete vahel, kuna kõik liikmed omavad teadmist selle kohta, mis on meeskonna tegevuse patsiendist lähtuv siht.
3. Eesmärkide püstitamise protsess pakub platvormi interdistsiplinaarse meeskonna koostöö toimimiseks, kuna kõik meeskonna liikmed on haaratud probleemi analüüsi ja otsustusprotsessi (sh ülesannete jaotus meeskonnaliikmete vahel, tegevuste ajakava kokku leppimine ning tulemuste ülevaatus).
4. Eesmärgid mõjutavad käitumismustrite valikut, käitumise suunda, intensiivsust ja järjepidevust. Sellest tulenevalt on eesmärkidel nii meeskonnale kui patsiendile motiveeriv efekt.
5. Saavutatud eesmärkide ülevaatus saab kasutada taastusravi tulemuslikkuse mõõtmiseks ning raviperioodi dokumenteerimiseks.

Eesmärkide püstitamise vajalikkust on täiendavalt käsitletud ka Malec (1999):

1. Aitavad jälgida progressi ajaliselt piiratud raviperioodi vältel;
2. Aitavad struktureerida meeskonna koosolekuid;
3. Aitavad kaasa raviperioodi planeerimisele ning otsustusprotsessidele;

4. Kindlustavad täpse ning asjakohase kommunikatsiooni meeskonnas;
5. Toetavad patsiendi sotsiaalse innustamise protsessi (*social reinforcement*);
6. Aitavad hinnata sekkumise edukust;
7. Aitavad patsiendil saavutada täpsem eneseteadlikkus ning teadlikkus tervises seisundist;
8. Loovad või taasloovad patsiendi võime endale eesmärkide püstitamiseks.

Tabel 1 - Meeskonnatöö väljundid (Levack, Dean, Siegert, & McPherson, 2006)

<p>1. Parandada taastusravi tulemuslikkust – mõjutada motivatsiooni, taastusravi teenuse spetsiifilisemaks muutmine, saavutada teiseid tulemusi, parandada meeskonna koostööd.</p>	<p>2. Hinnata taastusravi tulemusi – eesmärgid annavad aluse, millega võrrelda tulemusi.</p>
<p>3. Suurendada autonoomiat – suurendada patsiendi kaasatust.</p>	<p>4. Täita rahastaja nõuded – dokumenteerida eesmärkide püstitamist ja osalust protsessis.</p>

Meeskonnatöö sagedus

Selleks, et meeskonnatöö käigus toimuv raviperioodi eesmärgistamine raviperioodi kontekstis sisulist mõtet omaks, peab neid raviperioodi vältel toimuma vähemalt kaks: ravi alguses ning ravi lõpus. Selliselt on võimalik raviperioodi käigus hinnata ravi tulemusi püstitatud eesmärkide lõikes.

3.2 Teenuse tõendus põhisis avaldatud kliiniliste uuringute alusel taotletud näidustuste lõikes;

Artiklid järgnevas tabelis käsitlevad interdistsiplinaarse meeskonna kaasamisega seonduvaid aspekte ning mõjusid taastusravi korraldusele ja tulemuslikkusele. Välja toodud uuringud käsitlevad ravimeeskonna kommunikatsiooni aspekte ja meeskonnatöö rolli kommunikatsiooni korraldamisel.

Välja toodud artiklite nimestik on koostatud tervishoiu kommunikatsiooni, tervishoiu psühholoogia ja taastusravi/rehabilitatsiooni valdkondade teadusartiklite põhjal. Artiklite otsimine ning valik tugines iteratiivsele, mitte-lineaarsele ja integreerivale protsessile, mida on otstarbekas kasutada komplekssete teemade meetoodilisel käsitlusel. (Bravata, McDonald, Shojania, Sundaram, & Owens, 2005; Mays, Pope, & Popay, 2005; Pawson, Greenhalgh, Harvey, & Walshe, 2005; Anderson, et al., 2013; Whittmore & Knafel, 2005)

Otsinguprotsess algas kasutades valdkonnas olulisi otsisõnu (nt *multi-disciplinary, interdisciplinary, rehabilitation, goal setting, team, meeting, conference, clinical* jne) olulisemates meditsiini valdkonna teadusandmebaasides (PubMed, CINAHL, PsycINFO). Otsingu eesmärgiks oli valdkonna probleemistiku täpsem avamine. Otsingutulemuste abil leitud allikate hulka laiendati autorite teiste tööde ning viidete abil seotud uurimuste abil.

Tabel 2 – Teenuse tõendus põhisis

Jrk nr	Uuringu autori(te) nimed	Uuringu	Uuritava teenuse kirjeldus	Esmase tulemus, mida hinnati	Muu(d) tulemus(ed), mida mõõdeti/hinnati	Alternatiiv(id) millega võrreldi	Jälgimise periood	d
--------	--------------------------	---------	----------------------------	------------------------------	--	----------------------------------	-------------------	---

		<i>kvalite et⁷ Uuring usse hõlmat ud isikute arv ja lühisel oomust us</i>						
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	Tiago Silva Jesus ja Isabel Lopes Silva (2015)		Meta-analüüs	Kommunikatsioon ravimeeskonnas sees ravi tulemuslikkuse mõjutajana.	Tuginedes varasematele valdkonnas tehtud uuringutele toovad autorid välja 4 rehabilitatsioonikommunikatsiooni elementi: patsiendi individina tunnetamine ja toetav suhe patsiendi ja töötaja vahel; efektiivne infovahetus ja haridus; ühine ravi eesmärgistamine ja tegevuste planeerimine; positiivse kuid samas realistliku enesetunnetuse tekitamine			
2	Levack, Dean, Siegert, & McPherson (2006)		Tugineb teoreetilistele käsitlustel	Taastusravi interdistsiplinaarse meeskonna koostöö ja selle tulemused	Toovad välja neli meeskonnatöö väljundit. Baseerub teoreetilistele käsitlustele.			
3	Levack, et al. (2006)		Meta-analüüs	Taastusravi protsessi eesmärgistamine	Uuritakse ja kuidas mõjutab raviperioodi eesmärgistamine taastusravi tulemuslikkust.			
4	Coppack, Kristensen, & Costas (2011)		48 inimest diagnoosiks täpsustamata alaseleja valu	Taastusravi protsessi patsiendikeskne interdistsiplinaarne eesmärgistamine	Uuriti kontrollgrupi abil terapeudi rolli ning raviperioodi eesmärgistamise mõju raviperioodi tulemuslikkusele			
5	Baird, Tempest, & Warland (2010)		Kvalitatiivsete meetoditega läbi viidud uurimuses osales 6 inimest ühekordse neuroloogilise episoodiga (single incident neurological event) nagu ajuverejooks, põrutused trauma tagajärjel, Guillain-	Interdistsiplinaarne meeskonnatöö; eesmärgistamise protsess	Uurimuse eesmärgiks oli välja selgitada teenuse kasutaja kogemused seoses raviperioodi eesmärgistamise teooria ja praktikaga.			

7

Märgitakse järgmiselt:

A – tugevalt tõendus põhine (põhineb süstemaatilisel ülevaatel kõigist asjakohastest randomiseeritud kliinilistest uuringutest ja/või metaanalüüsil);

B – tõendus põhine (põhineb vähemalt ühel korralikult disainitud randomiseeritud kliinilisel uuringul),

C – kaheldav või nõrgalt tõendus põhine (juhul, kui pole A ega B, aga tõendus põhine on kirjeldatud kirjanduse põhjal);

D – muu, selgitada.

			Barré sündroom.					
6	Young, Manmathan, & Ward, (2008)		10 statsionaarsel neuroloogilisel taastusravil viibivat patsienti; 10 patsienti kelle statsionaarsel taastusravi lõpust on möödas kuni 2 aastat; 10 omastehooldajat; 10 neuroloogilise taastusravi spetsialisti kes on osalenud vähemalt kahel eesmärgistamise koosolekul	Eesmärgistamise koosolek	Eesmärgiks on eesmärgistamise rehabilitatsiooniprotsessis uurida patsientide, rehabilitatsioonispetsialistide ning omastehooldajate hulgas			

Tabelis välja toodud uurimuste peamised tulemused (nummerdatud vastavalt tabelis esitamise järjekorrale)

- 1) seos uuringu autorite poolt välja toodud kommunikatsiooni aspektide ning ravi tulemuste vahel ei ole üldjuhul otsene, vaid toimub läbi järgnevate vahendavate tunnuste. Uuringu tulemusel on autorid loonud kontseptuaalse mudeli, mis kirjeldab kommunikatsiooniaspektide mõju ravi lõpptulemusele.
 - a) patsiendi pühendumus teraapiates (osalus teraapiates; pühendumine harjutustele; soovitude järgimine) on osaliselt tulenev kliinilistest faktoritest (apaatia; valu; väsimus; füüsiline võimetus vmt), kuid teisalt ka motivatsioonist ja tahtest. Motivatsioon ja tahte aluseks olevaid psühhosotsiaalsed faktorid on omakorda mõjutatavad kommunikatsiooniaspektidega, mh sellega, kui olulised on taastusravi eesmärgid patsiendi jaoks ning kas need seonduvad tema elu-eesmärkidega, samuti see, mis viisil „tõlgitakse“ eesmärgid konkreetseks tegevusplaaniks.
- 2) vt tabel tabel 1.
- 3) Autorid võtavad Levack'i jt (2006) uuringust neljast eesmärgistamise väljundist ühe - taastusravi tulemuslikkuse parandamine ning uurivad, kas seniste uuringute abil on õnnestunud kinnitada selliste tulemuste paikapidavust? Osaliselt õnnestus neil kinnitada, et eesmärgistamine mõjutab patsiendi kohandumist ravirežiimiga. Samuti viitavad tulemused tugevalt sellele, et spetsiifilised ning väljakutseid pakkuvad ning selgelt sõnastatud ravi-eesmärgid võivad viia parematele tulemustele mõningates konkreetsetes kliinilistes kontekstides. See, kuidas nimetatud tulemused mõjutavad ravi üldist tulemuslikkust, jääb uuringu autorite hinnangul üheselt kinnitamata.
- 4) Uurimuse käigus võrreldi taastusravi tulemuslikkust kolme juhuslikkuse alusel koostatud katsegrupi võrdlusena: (A) grupp, mille puhul rakendati eesmärgistamist ja terapeudi juhitud teraapiat (B) grupp, mille puhul ei rakendatud eesmärgistamist, kuid rakendati terapeudi poolt juhitud teraapiat; (C) grupp, mille puhul ei rakendatud eesmärgistamist ega terapeudi poolt juhitud teraapiat. Uuritud tunnuste lõikes tõid autorid välja järgnevad seosed ravi eesmärgistamise ja selle tulemuste vahel:
 - a) pühendumus taastusravile – ei leitud eesmärgistamisest tulenevaid erinevusi

- b) patsiendi eneseusk ravi tulemuslikkuse osas – eesmärgistamist rakendanud grupil oluliselt kõrgem
- c) ravi tulemuslikkus – ei leitud olulisi erinevusi võrreldavate gruppide vahel.
- 5) Patsientide hinnangud meeskonnatööle ning raviperioodi eesmärgistamisele:
 - a) Meeskonnatööd parandavad kommunikatsiooni meeskonna ning patsiendi vahel ning parandavad viimase informeeritust
 - b) Lühiajalised eesmärgid suurendavad patsiendi ravimotivatsiooni
 - c) Eesmärgid peaksid olema saavutatavad ja realistlikud ning samas ka väljakutset pakkuvad
 - d) Autorite kokkuvõte:
 - i) oluline on seada raviperioodile patsiendikesksed eesmärgid
 - ii) ühine eesmärkide seadmise protsess jõustab indiviide meeskonnas
 - iii) parandab osalust rehabilitatsiooniprotsessis
 - iv) ning toob kokku multi-distsiplinaarse meeskonna ühise eesmärgi nimel töötamiseks
 - v) uuritud patsiendid rõhutasid koostöö olulisust eesmärkide seadmise protsessis.
- 6) Kõik neli kontrollgruppi tunnetasid eesmärgistamise kasulikkust. See suurendab ravimotivatsiooni ning pakub patsientidele ning omastehooldajatele julgustust.
 - a) Hooldajad tunnetasid, et eesmärgistamine leevendab mõnevõrra hirmu ja ärevust ning aitab rakendada aktiivseid probleemilahendamise ja kohanemisstrateegiaid.
 - b) Ravimeeskonna liikmed leidsid, et eesmärgistamine muutis nende tegevuse täpsemaks ning tekitas parema koostöö meeskonnas, kuna see võimaldas neil töötada ühiste, jagatud ning selgete eesmärkide nimel.
 - c) Autorite kokkuvõte: raviperioodi eesmärgistamine meeskonna ühise ponnistusena pakub psühholoogilist kasu patsientidele ja nende lähedastele.

3.3 Teenuse sisaldumine punktis 3.1 esitatud näidustustel Euroopa riikides aktsepteeritud ravijuhistes;

Taastusravi ravijuhiste otsing *National Guidelines Clearinghouse*⁸ ning *Google Scholar*⁹ otsimootorite abil näitab, et multi- või inter-distsiplinaarse meeskonna rakendamine koos patsiendikesksuse põhimõtete järgimisega on oluline aluspõhimõte taastusravi korralduses sisuliselt kõikjal lääne-maailmas. Paljudes riikides on ravijuhistes antud ka soovitusel regulaarsete meeskonnatööde korraldamiseks eesmärgiga nt meeskonna kommunikatsiooni parandamine, ravi eesmärgistamine, patsiendi informeerimine, ravitulemuste hindamine ning dokumenteerimine.

- Euroopa
 - o Euroopa Insuldi Organisatsioon soovitusel insuldi rehabilitatsiooni korraldamiseks sisaldavad ka interdistsiplinaarseid meeskonnatöid. (ESO Stroke Unit Certification Committee, 2012)
- Kanada – meeskonnatööd on kajastatud mh
 - o Insuldi järgse taastusravi ravijuhendis – iganädalased ravimeeskonna koosolekud eesmärgiga seada raviperioodi eesmärgid ning jälgida nende täimist. (Canadian Best Practice Recommendations for Stroke Care, 2010)
- Suurbritannia – meeskonnatööd raviperioodi eesmärgistamiseks on kasutusel mh:
 - o Insuldi-järgses taastusravis (National Clinical Guideline Centre, 2013)
- USAs – meeskonnatöö eesmärgiga raviperioodi eesmärgistamiseks sisalduvad: Medicare taastusravi juhendites üldiselt (Medicare Learning Network)
 - o Insuldi taastusravi juhendis (Management of Stroke Rehabilitation Working Group, 2010)
- Austraalia

⁸ <http://www.guideline.gov/>

⁹ <http://scholar.google.com>

- Meeskonnatööd ravi eesmärgistamiseks Insuldi taastusravis (Hill, 2008; National Stroke Foundation, 2005)
- Šotimaa –
 - Insuldi rehabilitatsioonis iganädalased interdistsiplinaarsed meeskonnatööd (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2010)

3.4 Teenuse osutamise kogemus maailmapraktikas ja Eestis punktis 3.1 esitatud näidustuste lõikes;

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 taastusravis ka Põhja-Eesti Taastusravikeskuses (PETK) (3 aasta vältel).

Meeskonnatöö korraldus HNRK näitel

Meeskonnatööl osalevad lisaks patsiendile ja/või tema lähedastele järgnevad spetsialistid: taastusarst; õde ja/või hooldaja; sotsiaaltöötaja-juhtumikorraldaja; lisaks sõltuvalt konkreetse patsiendi vajadustest spetsialistid valikust: füsioterapeut, tegevusterapeut, psühholoog, logopeed, kogemusnõustaja.

Meeskonnatöö käigus toimub arutelu patsiendi olukorra üle nii sotsiaalsetest kui meditsiinilistest teguritest lähtuvalt. Arutelu eesmärgiks on viia vastavusse patsiendi soovid ning isiklikud eesmärgid ravipersonali hinnangul realistlike prognoosidega raviperioodi tulemuslikkuse osas. Lisaks arutelule toimub patsiendi hindamine ravimeeskonna poolt kasutades FIM[®]-instrumenti. Eelnevat arvesse võttes sõnastatakse ühiselt patsiendi jaoks tähenduslikud, ajaliselt raamistatud ning mõõdetavad eesmärgid raviperioodile. Raviperioodi lõpus toimuva meeskonnatöö käigus hinnatakse ravi tulemuslikkust lähtuvalt püstitatud eesmärkidest ning funktsionaalse võimekuse muutusest. Samuti antakse ühiselt hinnang ravi jätkamise vajaduse ning selle vormi osas.

Üldreeglina toimuvad meeskonnatööd vähemalt 2 korda raviperioodi vältel. Enam kui kaks meeskonnatööd toimub pikemate raviperioodide vältel, kus minimaalne toimumissagedus on kord 30 ravipäeva vältel. Meeskonnatööde vahelise perioodi piiramine 30 päevaga tagab raviperioodi eesmärkide relevantsuse nii patsiendi kui meeskonnaliikmete jaoks.

Meeskonnatööga seonduvad korralduslikud ülesanded nagu koosoleku kokku kutsumine, selle juhtimine, tulemuste protokollimine jne, on sotsiaaltöötaja-juhtumikorraldaja ülesandeks. Tulemused säilitatakse selleks otstarbeks välja töötatud tulemuste visualiseerimist ning võrdlemist võimaldavas andmebaasis, millest väljastatud raport lisatakse ka patsiendi haigusloole.

Meeskonnatöö korraldus PETK näitel

Meeskonnatööl osalevad lisaks patsiendile ja/või tema lähedastele, alati ka arst, füsioterapeut, tegevusterapeut ning õde-juhtumikorraldaja. Vajadusel kaasatud ka logopeed ja/või psühholoog. Koosolekul osalemise eeldusena on spetsialistid eelnevalt patsiendiga kohtunud ning viinud läbi tema seisundi hindamised.

Meeskonnatööga seonduvad juhtumikorralduslikud ülesanded (koosoleku kokku kutsumine, patsiendi ja tema lähedaste teavitamine meeskonnatöö olemusest jne) on ravimeeskonda kuuluva õe kanda.

Meeskonnatöö toimub 2-3 päeval pärast ravile saabumist. Üldjuhul on selle toimumise eelduseks planeeritav raviperiood pikkusega vähemalt 14 päeva. Eelnevalt läbi viidud hindamiste põhjal teeb iga osalev spetsialist lühikese ettekande patsiendi olukorra kohta,

andmaks sisendit ühiselt läbiviidavaks ravi planeerimiseks. Koosoleku käigus toimub ka patsiendi funktsionaalse võimekuse hindamine kasutades FIM/FAM hindamisinstrumenti. Meeskonna poolt hinnatud vajaduse ilmnemisel korraldatakse teine meeskonnatöö enne raviperioodi lõppu. Meeskonnatöö juhtimine, dokumenteerimine ning tulemustest kokkuvõtete tegemine on ravimeeskonda kuuluva arsti ülesanne.

Meeskonnatöö tulemused säilitatakse haigusloo juures. Spetsiaalses andmebaasis säilitatakse ka FIM/FAM hindamistulemuste kokkuvõte.

Meeskonnatöö tulemused: rahastaja

Meeskonnatööd on ülal nimetatud taastusravikeskustes leidnud efektiivset kasutust ning saanud tavapäraseks intensiivsel statsionaarsel taastusravil viibivate patsientide interdistsiplinaarses käsitluses. Samuti on meeskonnatööd saanud rohkelt positiivset tagasisidet patsiendi ja tema pereliikmete poolt.

Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu (2014) § 13 lõige 3 alusel võtab Haigekassa koodiga 8029 taastusravi eest maksmise kohustuse üle juhul kui patsiendi funktsioonid ja ravivajaduse on hinnanud ning dokumenteerinud ravimeeskond. Sama määruse § 13 lõike 11 alusel „...võib taastusravi koodidega 8028 ja 8029 voodipäevade maksimaalset hulka suurendada [...] juhul kui on dokumenteeritud senise ravi tulemuslikkus ning põhjendatud ravi jätkamise vajadus.“ Ravi korraldamiseks vajalike eesmärkide seadmise ning nende põhjal tulemuslikkuse hindamiseks on meeskonnatööd ülal nimetatud taastusravikeskuste näitel seni leidnud efektiivset kasutust. Meeskonnatöö tulemused annavad selge ning struktureeritud ülevaate senise ravi tulemuslikkusest¹⁰ ning võimaldavad meeskonnal anda kompleksseid bio- psühhosotsiaalseid aspekte arvestavad hinnangud:

- selle kohta, kas patsiendil on kompleksed vajadused, mis nõuavad interdistsiplinaarset lähenemist statsionaarse funktsioone taastava taastusravi vormis;
- millise kestvuse ning intensiivsusega ravi on patsiendi vajadustest lähtuvalt sobivaim; kas ja milline on patsiendi ravi jätkamise vajadus pärast maksimaalse voodipäevade hulga ammendumist.

Meeskonnatöö tulemused: ravimeeskond ja patsient

Meeskonnatöö käigus arutatakse meeskonna ja patsiendi (tema lähedaste) koostöös läbi hetkeolukord ning patsiendi probleemid struktuuri ja funktsiooni, tegevuste, ning osaluse tasandil. Selline teave annab aluse patsiendi jaoks tähenduslike, realistlike ning väljakutseid pakkuvate pika- ja lühiajaliste eesmärkide seadmiseks. Nii meeskonnatöö kui ka raviperioodi vältel toimuvate teraapiate käigus sõnastavad ja selgitavad terapeudid patsiendile ning tema lähedastele, kuidas panustavad konkreetset teraapia eesmärgid meeskonnatöö käigus püstitatud eesmärkide täitumisse.

Meeskonnatöö protokollimiseks on mitmetel taastusravi teenusepakkujatel (sh HNRK ning PETK) kasutusele võetud funktsionaalse hindamise tulemusi ning püstitatud eesmärgid säilitav andmebaas. See võimaldab ravi planeerimisel ning eesmärkide püstitamisel kasutada ka patsiendi eelmiste raviperioodide tulemusi. Samuti saab süsteemi kasutada koosoleku käigus senise ravi tulemuste visualiseerimiseks ning patsiendi ning meeskonna tagasisidestamiseks.

¹⁰ Mh annavad meeskonnatööd võimaluse objektivate hindamismeetodite kasutuselevõtuks taastusravi tulemuslikkuse hindamiseks. Nt kasutatakse mõlema ülal nimetatud teenusepakkuja näitel lisaks raviperioodi eesmärgistamisele ka funktsionaalse sõltumatuse mõõdikut FIM (+FAM) ([www]About The FIM System; [www]Evidence-Based Review of Moderate to Severe Acquired Brain Injury)

Meeskonnatöö protokoll – kokkuvõtte patsiendikesksest arutelust – peaks olema lisatud patsiendi haigusloku ning sisaldama vähemalt järgmist infot: patsiendi kirjeldatava haigusloko kesksed toimetulekut mõjutavad probleemid, püstitatud eesmärgid ja nende saavutatus raviperioodi jooksul, funktsionaalse võimekuse kirjeldus ja/või seda objektiviseeriv mõõdetud tulemus ning toimunud muutus, nägemus patsiendi edasisest ravi või teenuste vajadusest ja nende korraldusest.

3.5 Meditsiinilise tõendus põhise võrdlus Eestis ja rahvusvaheliselt kasutatavate alternatiivsete tervishoiuteenuste, ravimite jm,

Meeskonnatööle ei ole taastusravi kontekstis häid alternatiive. Erinevaid meditsiinisüsteemis kasutatavaid mudeleid meeskonna töö korraldamiseks on kirjeldatud pt. 3.1 all. Interdistsiplinaarse mudeli kasutamisel on raske näha meeskonnatööle alternatiive, mis tagaks meeskonna-sisese kommunikatsiooni ning koostöö toimivuse.

3.6. Teenuse seos kehtiva loeteluga, sh uue teenuse asendav ja täiendav mõju kehtivale loetelule;

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 ning kokku lepitud ravi plaan võimaldavad tõsta taastusravi tulemuslikkust.

Meeskonnatöö on koosolek, mil kõik vajalikud osapooled on samal ajal samas kohas arutamas samadel teemadel mitte vähem kui 30 minutit korraga. Praegune meeskonnapõhine voodipäevakood (8029) on statsionaarse taastusravi – kui keeruka meeskonnapõhise sekkumise – aluseks ehk töö meeskonnana: mitu erinevat spetsialisti teevad tööd sama patsiendiga, kuid mitte samas füüsilises ruumis. Meeskonnatöö sisukuse tagamiseks eesmärkide püstitamisel ning mõistliku patsiendikesksuse tagamisel on vajalik suurem ühine ajahulk informatsiooni jagamiseks ja patsiendikesksete probleemide ja lahenduste arutamiseks, mida praegune teenuse korraldus mõistlikus hulgas ei võimaldada. Selmet vajalik uue teenuse lisamine.

Meeskonnatöö teenus peaks olema lisatud nende patsientide käsitlusse, kelle taastusravi protsessi on kaasatud rohkem kui kaks spetsialisti ehk vajalik on meeskonnapõhine lähenemine. Meeskonnatöö koosolekute peamine funktsioon on tagada (häda)vajalik võimalus meeskonnasiseseks kommunikatsiooniks. Ainult vahetu ja süsteemse kommunikatsiooni läbi on võimalik saavutada patsiendikesksus ning ühtsed alused patsiendile oluliste tulemuste saavutamisele kaasa aitamiseks. Meeskonnatöö teenuse rakendamise vajadus ei ole eraldi defineeritav patsiendi funktsioonihäire ulatuse kaudu.

Ambulatoorsetel juhtudel ning voodipäeva 8030 raames on meeskonnatöö rakendamine vajalik juhul kui (1) on vajalik meeskonna ehk rohkema kui kahe erineva spetsialisti kaasamine taastusravi protsessi ning (2) kui on olemas kompleksne küsimus/probleem, mis vajab mitmekülget lahendamist.

3.7. teenuse seos erinevate erialade ja teenuse tüüpidega;

Eesti Haigekassa poolt tellitud Maailmapanga Grupi poolt koostatud ravi terviklikkuse ning tervishoiusüsteemi osapoolte koostööd käsitlevas raportis tuuakse Eesti tervishoiusüsteemi ühe nõrkusena välja ravi koordineerimine enne ja pärast haiglaravi (Maailmapanga Grupp, 2015). Ühe probleemi kajastava mõõdikuna on kajastatud suurt ebapiisaval määral järelravi saavate

patsientide osakaalu. Ühe võimaliku põhjusena seejuures mainitakse kommunikatsiooni puudumist statsionaarse ning ambulatoorse raviteenuse pakkujate vahel. Samuti jätkuravi koordineerimises tervishoiu- ja sotsiaalteenuste pakkujate vahel. Taastusravi meeskonnatöösse on võimalik hõlmata erinevaid spetsialiste nt sotsiaalteenuste (sh rehabilitatsiooniteenus) ning ambulatoorse raviteenusepakkujate hulgast. Teadlik siirde planeerimine aitab hõlbustada patsiendi lahkumist taastusravilt ning taaskohanduda eluga kogukonnas, samas tagades vajalik ravi- ja sotsiaalteenuste kättesaadavus ning vähendades statsionaarse ravi vajadust tulevikus (Gräsel, Schmidt, Biehler, & Schupp, 2006; Outpatient Service Trialists, 2004; Goldberg, Segal, Berk, Schall, & Gershkoff, 1997). Meeskonnatöö annab võimaluse tegevuste senisest efektiivsemaks koordineerimiseks taastusravi ning rehabilitatsioonisüsteemi vahel, mis omakorda omab potentsiaali ressursside kokkuhoiuks, tegemata kompromisse teenuste tulemuslikkuses. Arvestades et meeskonnatöösse on eelduslikult kaasatud patsient ja/või tema lähedane, on tegu ka selgelt patsiendikeskse integreeritud teenuste planeerimise võimalusega, mis säästab nimetatud teemadel kõigi meeskonnatööl osalejate aega, kuna ühiselt arutatud ja jagatud info ei vaja teraapiates enam eraldi, ka korduvat, käsitlemist.

Arvestades, et patsiendi igapäevase toimetuleku analüüsimine, eesmärkide püstitamine ning meeskonnas töötamine on kaasatud erinevate taastusravi spetsialistide – taastusarst, füsioterapeut, tegevusterapeut, logopeed, psühholoog, õde, sotsiaaltöötaja – kutsestandarditesse ja/või õppekavadesse, ei too meeskonnatöö teenuse lisamine EHK teenuste loetellu juurde erakorralist vajadust täiendõppeks. Täiendõppe vajadus võib kerkida spetsiifilise hindamisinstrumendi kasutusele võtmisel või töö käigus ilmnenud koolitusvajaduse lahendamisel, mis ei ole erinev tavapärasest praktikast.

4. Teenusest saadav tulemus ja kõrvaltoimed

4.1.teenuse oodatavad ravitulemused ning nende võrdlus punktis 3.2 esitatud alternatiividega (ravi tulemuslikkuse lühi- ja pikaajaline prognoos):

Teenusest loodetavad tulemused on kirjeldatud pt 3.1

P 3.2. tabeli uuringu jrk nr.	Teenusest saada tulemus	tulemus Taotletav teenus	Alternatiiv 1 -	Alternatiiv 2 -
1	2	3	4	5

4.2.teenuse kõrvaltoimed ja tüsistused, nende võrdlus punktis 3.2 esitatud alternatiivide kõrvaltoimetega:

Kõrvaltoimeid ja tüsistusi ei ole

P 3.2. tabeli uuringu jrk nr.	Teenuse kõrvaltoimed ja tüsistused	Taotletav teenus	Alternatiiv 1 - FORMTEXT	Alternatiiv 2 - FORMTEXT

4.3.punktis 4.2. ja 3.5 esitatud kõrvaltoimete ja tüsistuste ravi kirjeldus (kasutatavad tervishoiuteenused ja/või ravimid (k.a ambulatoorsed ravimid));

Ei esine
4.4. taotletava teenuse osutamiseks ja patsiendi edasiseks jälgimiseks vajalikud tervishoiuteenused ja ravimid (s.h ambulatoorsed) vm ühe isiku kohta kuni vajaduse lõppemiseni ning võrdlus punktis 3.5 nimetatud alternatiividega kaasnevate teenustega;
Ei esine
4.5. teenuse võimalik väär-, ala- ja liigkasutamine; teenuse optimaalse ja ohutu kasutamise tagamiseks teenusele kohaldamise tingimuste seadmise vajalikkus; Otseselt ei esine kuid mõistlik teenuse osutamise maht võiks olla 2-3 korda ühe akuutse ravijuhu kohta.
4.6. patsiendi isikupära võimalik mõju ravi tulemustele; Punktis 3.4 nimetatud teenusepakkujate poolt omandatud kogemuste põhjal meeskonnatööde korraldamisel, võib öelda, et nendel osalenud patsiendid on enam motiveeritud ravitulemuste saavutamiseks. Samuti võib öelda, et koosolekute läbi paranenud patsiendi ja/või tema lähedaste kaasatus raviprotsessi ning teadlikkus selle olemuse kohta, aitab vältida valearusaamu prognoosi ja paranemise osas. Patsiendi ja/või tema lähedas(t)e isikust tulenevad eripärad võivad meeskonnatööl mõju avaldada, kuid seda kindlasti mitte suuremas matus kui teiste meeskonnaliikmete isiksusest tulenevad faktorid. Patsiendi osalemise meeskonnatööl välistab teadvusetu seisund või väga madal kognitiivne võimekus. Sellistel juhtudel peaks meeskonnatöösse olema kaasatud patsiendi lähedane.

5. Vajadus																				
5.1. Eestis teenust vajavate patsientide arvu hinnang (ühe aasta kohta 4 aasta lõikes), kellele on reaalselt võimalik teenust osutada taotletud näidustuste lõikes: Täpseid andmeid teenust vajavate patsientide kohta ei ole taotluse koostamise käigus õnnestunud leida, kuid Haapsalu Neuroloogilises Rehabilitatsioonikeskuses (HNRK) on analoogilist teenust juba alates 2011 aastast kasutatud siis on võimalik saada üldine ettekujutus eeldatavast teenuste mahust. Kokku menetleti HNRK-s 2017. aastal 2442 statsionaarset taastusravi juhtu millest 2084 oli rahastatud EHK poolt. Meeskonnatööd tehti kokku 1753 korda neist 857 ravijuhul ehk 35,1% kõigist ravijuhtudest. Esmast meeskonnatööd raviperioodi alguses tehti 857 korda, teist ravi lõpus või pikenduse taotlemiseks 815 korda ning kolmandat 71 korda, rohkem kui kolm korda tehti meeskonnatööd 3 korda ja seda eriti pikkade ravijuhtude puhul. Eestis keskmiselt võiks meeskonnatöö toimuda 30-40% statsionaarsetest ravijuhtudest ja arvestada võiks kahe meeskonnatööga juhtumi kohta. Teine võimalus: võib arvestada teenuste mahuks ka 100% koodiga 8028 ja 2029 haigusjuhtudest ilma pikenduseta 2 teenust juhu kohta ja pikenduse puhul kuni kolm teenust.																				
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Teenuse näidustus</th> <th>Patsientide arv aastal t^*</th> <th>Patsientide arv aastal $t+1$</th> <th>Patsientide arv aastal $t+2$</th> <th>Patsientide arv aastal $t+3$</th> </tr> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Teenuse näidustus	Patsientide arv aastal t^*	Patsientide arv aastal $t+1$	Patsientide arv aastal $t+2$	Patsientide arv aastal $t+3$	1	2	3	4	5										
Teenuse näidustus	Patsientide arv aastal t^*	Patsientide arv aastal $t+1$	Patsientide arv aastal $t+2$	Patsientide arv aastal $t+3$																
1	2	3	4	5																
* t – taotluse menetlemise aastale järgnev aasta;																				
5.2. Teenuse mahu prognoos ühe aasta kohta 4 järgneva aasta kohta näidustuste lõikes: 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. 2016 ja 2017 aasta prognoos tuleneb 2013, 2014 ja 2015 aasta andmetest ning selle tegemiseks on kasutatud lineaarset regressiooni.																				

t = 2014

Teenuse näidustus: taastusravi voodipäeva kood	Teenuse maht aastal t	Teenuse maht aastal $t+1$	Teenuse maht aastal $t+2$	Teenuse maht aastal $t+3$
1	2¹¹	3¹¹	4	5
8028	5302	5270	6246	6916
8029	1798	1794	1998	2150
8031	1116	1210	1324	1434

6. Taotletava teenuse kirjeldus

6.1.teenuse osutamiseks vajalik koht (palat, protseduuride tuba, operatsioonituba, vm);

Teenuse osutamiseks on tarvis ruumi, kus meeskond saaks koguneda; patsiendil oleks ligipääs. Meeskonnatööd on võimalik korraldada ka tele-konverentsi vormis, mis eeldab vajaliku tehnilise sisseseade kättesaadavust.

6.2.patsiendi ettevalmistamine ja selleks vajalikud toimingud: premedikatsioon, desinfektsioon või muu;

Patsiendile ja/või tema lähedastele tuleb selgitada meeskonnatöö olemust ning tema rolli selles.

6.3.teenuse osutamise kirjeldus tegevuste lõikes;

Meeskonnatöö planeerimine

Esimene meeskonnatöö registreeritakse patsiendi haiglasse sattumisel tulenevalt tema raviperioodi planeeritavast pikkusest. Edasised koosolekud registreeritakse meeskonna otsusena juhtumikorraldaja¹² poolt. Juhtumikorraldaja ülesandeks on enne esimest meeskonnatööd tutvustada patsiendile ja tema lähedastele selle vajalikkust ning innustada neid selles aktiivselt osalema.

Meeskonnatöö läbi viimine

Meeskonnatöö käigus arutatakse meeskonna ja patsiendi (tema lähedaste) koostöös läbi hetkeolukord ning patsiendi probleemid struktuuri ja funktsiooni, tegevuste, ning osaluse tasandil. Selline teave annab aluse patsiendi jaoks tähenduslike, realistlike ning väljakutseid pakkuvate pika- ja lühiajaliste eesmärkide seadmiseks. Samuti peaks meeskonnatöö käigus toimuma patsiendi funktsionaalse suutlikkuse hindamine kasutades mõnda valideeritud hindamisinstrumenti.

Koosolekutulemuste dokumenteerimine

Pärast meeskonnatööd vormistatakse selle põhjal protokoll ning lisatakse see haigla patsiendihaldussüsteemi.

Koosolekutulemuste hõlmamine ravitöösse

¹¹ 2. ja 3. tulbas on esitatud hinnang teenuse vajadusele mitte selle tegelik maht, kuna 2014 ja 2015 aastal teenust ei rahastatud.

¹² Juhtumikorralduslikud ülesanded on pt 3.4 nimetatud teenusepakkujate puhul lisatud erinevate spetsialistide ülesannete hulga, nt HNRKs on selleks sotsiaaltöötaja, PETKs – öde. Juhtumikorralduslike ülesannete jagamisel on otstarbekas lähtuda spetsialistide erialastest oskustest ning ressusside võimalikult otstarbeka kasutuse põhimõtetest.

Nii meeskonnatöö kui ka raviperioodi vältel toimuvate teraapiate käigus sõnastavad ning selgitavad terapeutid patsiendile, kuidas panustavad konkreetsed teraapia eesmärgid meeskonnatöö käigus püstitatud eesmärkide täitumisse.

7. Nõuded teenuse osutajale

7.1. Teenuse osutaja (regionaalhaigla, keskhaigla, üldhaigla, perearst, vm);

Haigekassaga statsionaarse taastusravi lepingut omavad teenusepakkujad.

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

Vajadus puudub

7.3. Personali (täiendava) väljaõppe vajadus;

Meeskonnatöö toimimiseks on vajalik, et meeskonda kuuluks inimene, kes suudab rakendada strateegiaid patsiendi kaasamiseks töösse ning organiseerida/juhtida vajadusel koosolekut.

Ravimeeskond või selle liikmed võivad vajada ka täiendavat väljaõpet raviprotsessi tähenduslikuks ning patsiendikeskseks kompleksset arengut toetavaks eesmärgistamiseks. Samuti eeldab meeskonnatöö läbiviimine ravimeeskonnalt teadmisi ja oskusi selle käigus kasutatavate valideeritud mõõdikute kohta.

7.4. Minimaalsed teenuse osutamise mahud kvaliteetse teenuse osutamise tagamiseks;

Vähemalt 2 meeskonnatööd raviperioodi vältel, mitte suurema kui 30 päevase intervalliga.

Raviperioodi esimene meeskonnatöö toimub 3-5 kalendripäeva jooksul alates patsiendi ravile jõudmisest.

Viimane - perioodi viimase 3 päeva vältel.

7.5. teenuse osutaja valmisoleku võimalik mõju ravi tulemustele.

Meeskonna suutlikkus töötada inter-distsiplinaarsetel alustel ning patsiendi kaasamine töösse on oskused, mille olemasolust on oluline faktor meeskonnatöö tulemuslikkuse tagamisel.

8. Kulutõhusus

8.1. teenuse hind; hinna põhjendus/selgitused;

- Järgnev teenuse hinna kalkulatsioon on tehtud arvestades meeskonnatöösse hõlmatud spetsialistide teenuste piirhindadega 2017. aasta Haigekassa tervishoiuteenuste loetelus. Meeskonnatöösse on hõlmatud taastusarst ning õde ja/või hooldaja kelle teenus sisaldub voodipäeva maksumuses
- Lisaks on hõlmatud 2-4 spetsialisti järgnevast nimestikust (hinnaarvutuses on arvestatud keskmiselt kolme osalejaga)
 - o Füsioterapeut (0,5h) – 11,15€
 - o Tegevusterapeut (0,5h) – 12,07€
 - o Logopeed (0,5h) – 13,48€
 - o Psühholoog (0,5h) – 15,93€
 - o Spetsialisti keskmine hind 0,5h – 13,16€
- Kuna hõlmatud on keskmiselt 3 spetsialisti siis keskmine hind * 3 ~ 39,47€

Teenuse hind kokku võiks seega olla 39,47€

8.2. teenuse osutamisega kaasnevate teenuste ja soodusravimite, mis on nimetatud p 4.4, isiku kohta kuni vajaduse lõppemiseni esitatud kulude võrdlus alternatiivsete teenuste kuludega isiku kohta kuni vajaduse lõppemiseni;

Alternatiivseid teenuseid ei ole

8.3.ajutise töövõimetuse hüvitise kulude muutus ühe raviepisoodi kohta tuginedes tõenduspõhistele uuringutele võrreldes alternatiivsete teenustega;
Muutust ei toimu

9. Omaosalus

9.1.hinnang patsientide valmisolekule tasuda ise teenuse eest osaliselt või täielikult
Valmisolek puudub

10. Esitamise kuupäev

27.12.2017

11. Esitaja nimi ja allkiri

Kaja Elstein
/allkirjastatud digitaalselt/

12. Kasutatud kirjandus

About The FIM System. (kuupäev puudub). Kasutamise kuupäev: 28. 10 2015. a., allikas Uniform Data System for Medical Rehabilitation:

http://www.udsmr.org/WebModules/FIM/Fim_About.aspx

Anderson, L. M., Oliver, S. R., Michie, S., Rehfuss, E., Noye, J., & Shemilt, I. (2013).

Investigating complexity in systematic reviews of interventions by using a spectrum of methods. *Journal of Clinical Epidemiology*, 66, 1223–1229.

Baird, T., Tempest, S., & Warland, A. (2010). Service users' perceptions and experiences of goal setting theory and practice in an inpatient neurorehabilitation unit. *British Journal of Occupational Therapy*, 73(8), 373-378.

Behm, J., & Gray, N. (2012). Interdisciplinary Rehabilitation Team. rmt: K. Mauk, *Rehabilitation Nursing: A Contemporary Approach to Practice.*

Bravata, D. M., McDonald, K. M., Shojania, K. G., Sundaram, V., & Owens, D. K. (2005).

Challenges in systematic reviews: Synthesis of topics related to the delivery, organization, and financing of health care. *Annals of Internal Medicine*, 42(12), 1056-1065.

(2010). *Canadian Best Practice Recommendations for Stroke Care.* Ottawa: Canadian Stroke Network.

Child, J. (1977). *Organization: A Guide to Problems and Practice.* New York: Harper & Row.

Coppack, R. J., Kristensen, J., & Costas, K. I. (2011). Use of a goal setting intervention to increase adherence to low back pain rehabilitation: a randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 26(11), 1032–1042.

Crepeau, E. B. (1993). Three Images of Interdisciplinary Team Meetings. *The American journal of Occupational Therapy.*

Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu. (2014). Kasutamise kuupäev: 28. 10 2015. a., allikas <https://www.riigiteataja.ee/akt/129122014055>

Eldar, R., Marincek, C., & Kullmann, L. (2008). Need for Rehabilitation Teamwork Training in Europe. *Croatian medical journal*(49(3)), 352-357.

ESO Stroke Unit Certification Committee. (2012). European Stroke Organisation Recommendations to Establish a Stroke Unit and Stroke Center.

Evidence-Based Review of Moderate to Severe Acquired Brain Injury. (kuupäev puudub). Allikas: Functional Assessment Measure: <http://www.abiebr.com/set/17-assessment-outcomes-following-acquiredtraumatic-brain-injury/functional-assessment-measure>

Goldberg, G., Segal, M. E., Berk, S. N., Schall, R. R., & Gershkoff, A. M. (1997). Stroke Transition after Inpatient Rehabilitation. *Stroke Rehabilitation*, 4(1), 64-79.

- Gräsel, E., Schmidt, R., Biehler, J., & Schupp, W. (2006). Long-term effects of the intensification of the transition between inpatient neurological rehabilitation and home care of stroke patients. *Clinical Rehabilitation*, 20(7), 577-583.
- Hill, K. (2008). Australian Clinical Guidelines for Acute Stroke Management 2007. *International Journal of Stroke*, 3, 120-129.
- Hunt, M. R., & Ells, C. (2013). A Patient-Centered Care Ethics Analysis Model for Rehabilitation. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 92(9), 818-827.
- Jesus, T. S., & Silva, I. L. (2015). Toward an evidence-based patient-provider communication in rehabilitation: Linking communication elements to better rehabilitation outcomes. *Clinical Rehabilitation*, 1(14).
- Levack, W. M., Taylor, K., Siegert, R. J., Dean, S. G., McPherson, K. M., & Weatherall, M. (2006). Is goal planning in rehabilitation effective? A systematic review. *Clinical Rehabilitation*, 20(9), 739-755.
- Levack, W. M., Dean, S. G., Siegert, R. J., & McPherson, K. M. (2006). Purposes and mechanisms of goal planning in rehabilitation: The need for a critical distinction. *Disability and Rehabilitation*, 28(12), 741-749.
- Lewin, S., Skea, Z., Entwistle, V., & et al. (2009). Interventions for providers to promote a patient-centered approach in clinical consultations. *Cochrane Database Syst Rev*, 1-62.
- Liberman, R. P., Hilty, D., Drake, R., & Tsang, H. (2001). Requirements for Multidisciplinary Teamwork in Psychiatric Rehabilitation. *Psychiatric Services*, 1331-1342.
- Maaailmapanga Grupp. (2015). *Ravi terviklik käsitus ja osapoolte koostöö Eesti tervishoiusüsteemis*. Eesti Haigekassa.
- Malec, J. F. (1999). Goal Attainment Scaling in rehabilitation. *Neuropsychological Rehabilitation*, 9, 253-275.
- Management of Stroke Rehabilitation Working Group. (2010). *VA/DoD clinical practice guideline for the management of stroke rehabilitation*. Washington (DC): Veterans Health Administration, Department of Defense.
- Mays, N., Pope, C., & Popay, J. (2005). Systematically reviewing qualitative and quantitative evidence to inform management and policy-making in the health field. *The Journal of Health Services Research & Policy*, 10, 6-20.
- National Clinical Guideline Centre. (2013). *Stroke rehabilitation. Long-term rehabilitation after stroke*. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE).
- National Stroke Foundation. (2005). *Clinical Guidelines for Stroke Rehabilitation and Recovery*.
- O'Daniel, M., & Rosenstein, A. H. (2008). Professional Communication and Team Collaboration. rmt: R. G. Hughes, *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Agency for Healthcare Research and Quality (US).
- Outpatient Service Trialists. (2004). *Rehabilitation therapy services for stroke patients living at home: systematic review of randomised trials*. The Lancet.
- Pawson, R., Greenhalgh, T., Harvey, G., & Walshe, K. (2005). Realist review—a new method of systematic review designed for complex policy interventions. *The Journal of Health Services Research & Policy*, 10, 21-34.
- Schut, A. H., & Stam, H. J. (1994). Goals in rehabilitation teamwork. *Disability and Rehabilitation*, 16, 223-226.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network. (2010). *Management of patients with stroke: Rehabilitation, prevention and management of complications, and discharge planning - A national clinical guideline*. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Allikas: <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign118.pdf>
- Zwarenstein, M., Goldman, J., & Reeves, S. (2009). Interprofessional collaboration: effects of practice-based. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(3).

Whittemore, R., & Knafl, K. (2005). The integrative review: Updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52, 546–553.

Young, C. A., Manmathan, G. P., & Ward, J. C. (2008). Perceptions of goal setting in a neurological rehabilitation unit: a qualitative study of patients, carers and staff. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 40(3), 190–194.