

## Meditsiinilise tõendus põhise hinnang

<b>Teenuse nimetus</b>	Tegevusteraapia igapäevases keskkonnas
<b>Taotluse number</b>	1142

### 1. Meditsiiniline näidustus teenuse osutamiseks;

Tegevusteraapia on suunatud **inimese iseseisvuse** suurendamisele **igapäevaelus**. Tegevusteraapeut on tegevuse ja tegevusvõime spetsialist, kelle töö eesmärk on häirunud tegevusvõimega isiku tegevusvõime säilitamine ja edendamine. (1). Teenus „Tegevusteraapia igapäevases keskkonnas“ oleks suunatud inimestele, kes on viibinud haiguse või trauma tagajärjel haiglaravil, kuid vajavad parima toimetuleku saavutamiseks tegevusteraapeudi sekkumist ka tema tegelikus elukeskkonnas.

Hetkel töötavad Eestis tegevusteraapidid patsiendiga haiglas, kus õpetatakse simuleeritud keskkonnas igapäevaelu tegevustega toimetulemist. Taastusravi seisukohast on selline lähenemine hädavajalik, kuid tihtilugu jääb haiglaravist täieliku toimetuleku toetamiseks väheseks, kuna haiglakeskkond ja vahendid võivad osaliselt erineda nendest, millega patsient peab toime tulema nt kodus. Kui terapeut näeb patsienti ainult haiglaravil või ambulatoorsel taastusravil, siis terapeutiline sekkumine ja nõustamine ei pruugi vastata patsiendi tegelikele vajadustele. See mõjutab patsiendi elukvaliteeti ning võib ühtlasi tekitada uusi lisakulusid tervishoiusüsteemile. Kui patsient ei saa jätkuravi kodus situatsioonis, siis võivad tegevusvõimega seotud eesmärgid jääda saavutamata (nt patsient tuleb hügieenitoimingutega toime haigla ruumikas ning hästivarustatud duširuumis, kuid ei oska või ei suuda kasutada kodust vannituba).

Taastusravi arengukava näeb ette, et 2012.-2020.a luuakse tervishoiukorralduslikud võimalused ka koduteenuse osutamiseks. See on hädavajalik, kuna ambulatoorne taastusravi on rakendatav eelkõige iseseisva liikumisvõime saavutanud patsientidele, kuid need, kelle tervislik seisund ei võimalda ambulatoorsest taastusravist osa saada, jäävad vajalikust sekkumisest ilma. Taastusravi arengukava kirjeldab, et kui ambulatoorsel ravil käimine ei ole patsiendi seisundi tõttu (kõrge iga, vähene funktsionaalne võimekus) võimalik, siis taastusravi koostatud raviplaani alusel määratakse ravi koduteenusena. Koduse taastusravi vajadusega võib olla nt eakas reieluukaela-murru järgne patsient, juba haiguseelselt vähese funktsionaalse jõudluse või langenud kognitsioonivõimega patsient peale suure liigese endoproteesimist jms. Taastusravispetsialistide (eeskätt tegevusteraapudi) tegevus on suunatud baastoimetuleku saavutamisele või kohandamisele. (2).

Antud teenuse asjakohasust ja põhjendatust võib siduda ka 2015. aastal läbiviidud uuringuga „Ravi terviklik käsitlus ja osapoolte koostöö Eesti tervishoiusüsteemis“ mille eesmärgiks oli hinnata, kas patsiendikäsitlus Eestis järgib integreeritud ravi põhimõtteid, ning mis on seda soodustavad ja takistavad tegurid. Uuringu tulemustest selgus, et ravi koordineerimine pärast haiglaravi on nõrk, ning et suur osa ägeda haigusseisundi või operatsiooni tõttu hospitaliseeritud patsientidest ei saa vajaliku aja jooksul jätkuravi. Vähem kui 36% uuritud haigusseisunditega patsientidest käis 30 päeva jooksul pärast haiglast väljakirjutamist perearsti juures järeelvisiidil. (3).

## 2. Tõenduspõhisus

### 2.1. kliiniliste uuringute järgi

Taotluses esitatud kliiniliste uuringute asjakohasuse ja usaldusväärsuse hinnang esitatakse vastavalt taotluses esitatud järjekorrale.

**Artikkel nr 1.** Avlund jt 2002 aastal avaldatud „*Effects of Comprehensive Follow-up Home Visits after Hospitalization on Functional Ability and Readmissions among Old Patients. A Randomized Controlled Study*“ on prospektiivne randomiseeritud kontrollitud uuring, mis vastab uuringu kvaliteedi hindamismäärajale B. Uuring on avaldatud ajakirjas *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, mille mõjutegur (*impact factor*) on 1.090. Uuringu eesmärk oli uurida haiglaravil viibinud eakate patsientide regulaarsete interdisiplinaarsete koduviisitide mõju funktsionaalsele võimekusele ja uuesti hospitaliseerimisele. Kuna artikkel on avaldatud 2002. aastal (14 aastat tagasi) ja sisaldab andmeid, mis on ligikaudu 20 aastat vanad (uuring viidi läbi 1996 veebruarist kuni 1997 oktoobrini), on artikkel teaduslikus mõttes vana. Ekspert hinnangu kirjutajale ei ole teada sama valimiga ja sarnastes tingimustes läbiviidud uuringuid, ja kuna uuringu meetodika on sobilik antud uuringu läbiviimiseks, siis võib uuringut antud teenuse asjakohasuse hindamisel arvestada. Uuringu usaldusväärsust tõstab ka asjaolu, et osalejate koduviisitide mõju funktsionaalsele võimekusele hinnati Bartheli indeksi kasutades, mis on valideeritud mõõdik (võimaldab anda kaalutud hinde inimese kümnele põhilisele igapäevategevusele). Uuringu tulemused näitavad, et regulaarsed interdistsiplinaarsed koduviisidid on efektiivsed raviosakonnast väljakirjutatud patsientide jaoks ( $p=0.02$ ), kuid mitte nii efektiivsed geriaatrilisest osakonnast väljakirjutatud patsientide jaoks. Sekkumine on samuti efektiivne pulmonaarsete diagnoosidega ja traumaga (peamiselt reieluumurrud) patsientide korral. Antud uuringus ei leitud statistilist olulisust taashospitaliseerimisele. (4)

**Artikkel nr 2.** Cumming jt 1999. aastal avaldatud uuring „*Home visits by an occupational therapist for assessment and modification of environmental hazards: a randomized trial for fall preventions*“ vastab uuringu kvaliteedi hindamismäärajale B. Uuring on avaldatud ajakirjas *Journal of the American Geriatrics Society*, mille mõjutegur on 4.572. Uuringu eesmärk oli teada saada, kas tegevusterapeudi koduviisidid vähendavad keskkonnast tulenevaid ohte kukkumisele. Uuringu valim ( $n=530$ ) moodustati kindlate kriteeriumide alusel ning seal osalesid kahe haigla patsiendid erinevatest osakondadest, patsiendid kes käisid ravil ambulatoorselt ( $n=26$ ) ja kohaliku päevakeskuse eakad ( $n=60$ ). Uuringus osaleja pidi olema vähemalt 65 aastat vana ja elama kogukonna kindlas piirkonnas. Kõikide osalejatega viidi läbi intervjuu enne uuringurühmadesse jaotamist. Intervjuu käigus selgitati välja kukkumise sagedus minevikus, ravimite tarvitamine, kodus olevad ohtlikud kohad ja igapäevategevuste sooritamine standardiseeritud hindamisvahenditega *Spector – Katz Index* ja *Smiths modification of the Rosow Breslau Scale*. Osalejate jaotus uurimisrühmadesse (sekkumisrühmas  $n=264$ , kontrollrühm  $n=266$ ) tehti juhusliku valiku alusel. Enamus koduviisite viidi läbi kolme nädala jooksul peale gruppidesse jaotamist. Uurimistulemuste usaldusväärsust tagab asjaolu, et tegevusterapeudil, kes viis koduviisite läbi, oli antud valdkonnas eelnev töökogemus. Üks koduviisit kestis umbes üks tund, mille käigus tegevusterapeut andis spetsiifilisi soovitusi ja nõustas kodu kohandamise osas. Kaks nädalat peale koduviisiti tegevusterapeut helistas eesmärgiga uurida, kas kodukohandusi rakendatakse, ja et julgustada rakendama antud soovitusi. Peamised soovitusel kodukohanduseks olid põrandavaiba eelmaldamine, vannitoas mittelibiseva mati kasutamine. Märkimisväärselt paljudele soovitati kanda ohutumaid jalanõusid ja muuta sooritusviise kodustes tegevustes. Ainult 28 osalejat (16%) tundsid, et nad ei vaja

kodukohandamist või soovitusi sooritusviiside ja jalanõude kandmise osas. Asjakohased tulemused kukkumisohtu väljaselgitamisel tagab uuringu läbiviimise periood ja andmete sisestamise järjepidevus. Kukkumised fikseeriti 12 kuu jooksul kukkumiskalendri igapäevase täitmisega. Andmed sisestati järjepidevalt iga kuu lõpus. Uuringu täpsus tagatakse sellega, et muutusi hinnati erinevate hindamismeetodite kaudu. Lisaks kukkumiskalendri täitmisele ja standardiseeritud hindamisvahendite kasutamisele, viidi uuringu lõpus juhuslike uuringusosalejatega läbi ka intervjuu (n=377). Statistiline analüüs viidi läbi SAS statistilise tarkvaraga. Uurimistulemustest selgus, et sekkumisrühmas esines 1 aasta jooksul kodus kukkumisi 33%-l ning kontrollrühmas 43%-l. Sekkumine oli efektiivne nende osalejatega (n=206), kes olid kukkunud enne uuringusosalemist rohkem, kui ühe korra (osalejate kukkumise risk oli 0.64). (5)

Artikli hindaja ei leidnud sama meetodilise lähenemisega teisi uuringuid, kuid leiab, et kuna on kasutatud standardiseeritud hindamisvahendeid ja läbimõeldud meetodikat, siis antud uuringut on võimalik korrata ning saada sarnaseid tulemusi.

**Artikkel nr 3.** Johnston jt 2002 aastal avaldatud uurinu „*Relationship between pre-discharge occupational therapy home assessment and prevalence of post-discharge falls*“ puhul on tegemist prospektiivse randomiseeritud kontrollitud uuringuga, mis vastab uuringu kvaliteedi hindamismäärajale B. Uuring on avaldatud ajakirjas *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, mille mõjutegur on 1.084. Artikkel on enne avaldamist eelretsenseeritud. Uuringu eesmärk oli uurida seost kukkumiste ja tegevusterapeudi koduse keskkonna hindamise vahel. Tegevusterapeudid viisid koduvisiidid läbi enne patsientide kojujõudmist ning kukkumisi kodus keskkonnas kaardistati ühe kuu jooksul peale haiglast kojunaasmist. Uuring on avaldatud 2010 aastal ja viidi läbi 2004-2005. Antud uuringu läbiviimiseks on kasutatud sobivat meetodikat. 1820 rehabilitatsiooni haigla patsientide hulgast, kellest 1042 said koduse keskkonna hindamist, valiti välja 400 patsienti (vastavalt sellele kas tegevusterapeutilist sekkumist saadi või mitte). Uuringus osales kokku 342 patsienti (sekkumisrühmas n= 223, keskmine vanus 78; kontrollrühmas n=119, keskmine vanus 77). Uuringu usaldusväärsust tõstab asjaolu, et patsiendid valiti uuringusse kindlate kriteeriumide alusel. Uuringusse ei sobinud patsiendid, kellel esines kognitiivne defitsiit, tõsine psühhiaatiline seisund ning võimetus mõista nii suulist kui ka kirjalikku inglise keelt. Kognitiivset aspekti hinnati *Folsteini Minimental State Examination* testiga ning testi tulemus ei tohtinud olla vähem kui 24 (30st). Sellega tagati, et uuringus ei osalenud dementseid patsiente ning kõik osalejad olid võimelised vajalikus ulatuses igapäevaseid situatsioone mõistma. Nii tõsine psühhiaatiline seisund kui ka kognitiivne defitsiit oleks võinud kukkumiste esinemise sagedust oluliselt mõjutada ning uuringu tulemused oleksid olnud ebaselged. Uuringu läbiviimiseks kasutati standardiseeritud hindamisvahendeid *Fall Risk Assessment Scoring System*, ja *Functional Independence Measure*. Statistiline analüüs viidi läbi programmiga SAS Version 8.2. Kirjeldavaid statistilisi tunnusoone gruppide vahel, kes said ja kes ei saanud kodust hindamist, ning nende gruppide erisusi hinnati sõltumatu *t*- testiga või *chi-square* testiga. Et hinnata seost kukkumiste ja koduse keskkonna hindamise vahel kasutati universaalset logistilist regressiooni. Uurimistulemused näitavad, et sekkumisrühmas esines kukkumisi 10,3%-l patsientidest ning kontrollrühmas 23,1%-l. Eristus kaks diagnoosi-põhist gruppi, kellel vähenes kukkumiste hulk tänu tegevusterapeutilisele sekkumisele olulisel määral: ortopeedias traumajärgsed patsiendid (sekkumisrühmas 43 ja kontrollrühmas 15 patsienti p=0.0002) ja ortopeedias liigesteoperatsiooni-järgsed patsiendid (sekkumisrühmas 103 ja kontrollrühmas 36 p<0.0001). Patsientidel, kellele ei tehtud kojumineku eelset tegevusterapeudi visiiti keskkonnakohanduste vajaduse kaardistamiseks ja rakendamiseks, oli oht ühe kuu jooksul kukkuda 2,6 korda kõrgem (OR=2,6, 95% CI 1,4–4,7). (6).

**Artikkel nr 4.** Doig jt 2011. aastal avaldatud uuring „*Comparing the experience of outpatient therapy in home and day hospital settings after traumatic brain injury: patient, significant other and therapist perspectives*“ on randomiseeritud ümberlülitamisega uuring ning vastab kvaliteedi hindamismäärajale B. Uuring on avaldatud ajakirjas *Disability and Rehabilitation*, mille mõjutegur on 1.985 ja kõik avaldatud artiklid on eelretsenseeritud. Uuringu eesmärk oli välja selgitada, kuidas teraapia kodus ja haiglas mõjutab rehabilitatsiooniprotsessi ja selle tulemusi patsiendi, lähedase ja tegevusterapeudi perspektiivist lähtuvalt. 14 tõsise peaaajakahjustusega osalejat said kuus nädalat individuaalset, eesmärgipärast, kliendikeskset tegevusteraapiat kodus ja kuus nädalalt teraapiat haiglas. Mõlemas teraapiakeskkonnas hinnati patsiendi, tema lähedase ja tegevusterapeudi kogemust poolstruktureeritud intervjuu abil. Valimi moodustasid Queenslandi haigla patsiendid, kes olid hiljuti väljunud statsionaarsest peaaajakahjustuse rehabilitatsiooni osakonnast ja suunatud tegevusteraapia osakonda päevaravile. Osalejate keskmine vanus oli 27.4 (SD=10,7), peamiselt meesterahvad, keskmine posttraumaatiline amneesia 85,6 päeva (SD= 51.1), keskmine statsionaarne rehabilitatsioonipäevade arv 134.2 (SD= 109.4). Uuringus on arvestatud standardiseeritud hindamisvahendite tulemusi nagu FIM (*Functional Independence Measure*), DRS (*Disability Rating Scale*), MPAI (*Mayo-Portland Adaptability Index*), SPRS (*Sydney, Psychosocial Reintegration Scale*). Enamusel osalejatel esines peale statsionaarset rehabilitatsiooni mõõdukas (n=5) või raske (n=4) kahjustus eneseteadlikkuse osas. Uuringus osalenud tegevusterapeutidel oli eelnevalt antud valdkonnas töökogemus ning tegevusteraapia programmid baseerusid klindikesksel eesmärgipärasel lähenemisel. Sekkumine kodus kestis 6x 1h ja kontekstis, mis oli seatud eesmärgile kõige lähedasem (nt kui eesmärk oli hommikusöögi valmistamine, siis teraapia toimus köögis). Sekkumine haiglas sisaldas 6x1h teraapiat simuleeritud keskkonnas. Haiglas oli suur ruum teraapialaudadega ja -vahenditega, avatud köök, võimalus viibida vaikselt ruumis, TV, riietusruum, vannituba koos duširuumi ja pesuruumiga. Poolstruktureeritud intervjuu tulemused traskribeeriti ja analüüsiti kvantitatiivse sisuanalüüsiga (*qualitative manifest content*), mis on sobiv metoodika fenomenoloogilises uuringus. Usaldusväärset uurimistulemust tagab asjaolu, et uurimistulemuste analüüsimisega tegelesid kaks uurijat osaliselt koostöös, kuid uurimistulemuste väljaselgitamisel sõltumatult, ning mõlema töö tulemusel saavutati uurimistulemuste osas konsensus. Uurimistulemustest selgus, et haiglas teraapiate läbiviimisel kogesid nii patsiendid, terapeudid, kui ka kliendi lähedased piiranguid. Näiteks toodi välja, et haiglas häirivad teised inimesed, haigla ei ole harjumuspärane ja loomulik keskkond, ja et haigla tuletab meelde õnnetust. Kodus läbiviidud teraapiat kogetakse rohkem rahustavamalt, loomulikumalt, rahuldust pakkuvamalt ja efektiivsemalt. Kodust tegevusteraapiat seostati rohkem mõistega „päris elu“ ja haiglapõhist teraapiat „simuleeritud päris elu“. Patsiendid seostasid terapeutilist suhet kodus „sõprusega“, kus terapeut oli „külaline“, haiglas aga seostati terapeuti mõistete „boss“ ja „õpetaja“. Terapeudid leidsid, et efektiivsem on töötada patsiendiga nende tegelikus elukekkonnas. Patsiendid eelistasid teraapiakeskkonnana kodu, kuna kodus läbiviidud teraapia võimaldas patsiendi lähedasi suuremal määral kaasata ning selline sekkumine on kliendikesksem ja rohkem eesmärkidele suunatud.(7)

Kuna tegemist oli kogemuspõhise uuringuga, kus fenomenoloogia seisukohalt tekib andmete küllastumine, võib uuringu üldistada laiemale tasemele. Samuti on tõenäoliselt uurimistulemused teises kohas ja teisel ajal uuemate uuringutega korratavad. Uurimistulemuste interpreteerimisel tuleb aga arvestada valmi moodustanud inimeste sotsiaalmajanduslikku tausta, mis võib tulemusi muuta.

**Artikkel nr 5.** Wuang jt poolt 2013. aastal läbiviidud uuring *Occupational therapy home program for children with intellectual disabilities: A randomized, controlled trial*“ on randomiseeritud kontrollitud uuring ning vastava kvaliteedi hindamismäärajale B. Uuring on avaldatud ajakirjas *Research in Developmental Disabilities*, mille mõjutegur on 1.887. Uuringu eesmärk oli uurida koduse tegevusteraapia programmi efektiivsust intellektipuudega lastel. Uuringu valim (n=114, keskmine vanus 9.99) moodustati kindlate kriteeriumide alusel 6-12 aastastest intellektipuudega lastest, kuid välja jäeti need, kellel lisaks intellektipuudele esines ka autism, tserebraalparalüüs, pimedus, kurtus, eelnevad neuroloogilised kahjustused, ning lapsed, kes olid eelneva aasta jooksul saanud kas füsioteraapiat või tegevusteraapiat. Teraapiate efektiivsust hinnati 10. ja 20. nädalal standardiseeritud hindamisvahenditega: *Canadian Occupational Performance Measure (Test-retest reliabilities from 0.84 to 0.92)*, *Bruininks-Oseretsky Test of Motor Proficiency-Second Edition* ja *The Children's Assessment of Participation and Enjoyment (Test-retest reliabilities from 0.72 to 0.81)*. Peamiselt sooviti teada saada, kas sekkumisrühma (n= 57) ja kontrollrühma (n= 57) tulemused on erinevad motoorses võimekuses, tegevustes osalemises ja vanemate rahulolus. Uurimistöökäik tagab objektiivsed uurimistulemused. Usaldusväärsust tagavad järgnevad asjaolud: hindamise ja sekkumise viisid läbi kogenud terapeudid, kes ei olnud kontaktis uurimuse läbiviijatega, testi *Bruininks-Oseretsky Test of Motor Proficiency-Second Edition* läbi viinud terapeudid oli saanud vajaliku koolituse. Statistiline analüüs viidi läbi SPSS tarkvaraga Windowsile (15.0 SPSS Inc., Chicago, IL). Et selgitada välja kahe rühma erinevusi, kasutati dispersioonanalüüsi (ANOVA). Koduprogramme viidi läbi ühes kuus keskmiselt 16.44 päeva (range=11-27, SD=2.6) ja keskmine programmi kestvus oli 15,77 minutit ühe päeva kohta (range=8-46, SD=8.33). Tulemused näitasid, et 20 nädalased tegevusteraapia koduprogrammid parandasid sekkumisrühmas tulemusi kõikides mõõdetud valdkondades. Näiteks *Canadian Occupational Performance Measure* abil mõõdetud tulemus paranes juba 10. nädalaks (p = 0.02). Sekkumine tõi kaasa olulisi muutusi peenmotoorikas, tegevustes osalemises ja vanemate rahulolus tegevuste sooritusega. (8).

**Artikkel nr 6.** Walker jt 1999. aastal avaldatud uuring „*Occupational therapy for stroke patients not admitted to hospital: a randomised controlled trial*“ vastab uuringu kvaliteedi hindamismäärajale B. Uuring on avaldatud ajakirjas *Lancet* mille mõjutegur on hinnatud 2015 aastal 45.217, kus kõik artiklid on eelretsenseeritud, ning mis on vanim meditsiiniajakiri. Uuringu eesmärk oli hinnata tegevusteraapia mõju patsientidele, kellel oli olnud insult, kuid kes ei viibinud haiglaravil. Uuringu valim ja uurimistöökäik on selgelt kirjeldatud. Patsiendid kaasati uuringusse kindla kogukonnaregistri abil, kuhu kuulus 494 insuldihaiget patsienti. Uuringus osalesid patsiendid (n=185), kes vastasid WHO insuldi definitsioonile ja kes ei viibinud haiglaravil. Uuringusse ei kaasatud patsiente, kes elasid hooldekodus, ei rääkinud ega mõistnud inglise keelt ja kellel esines enne insuldi dementsus. Juhusliku valiku abil osales sekkumisrühmas 94 (keskmine vanus 73,6) ja kontrollrühmas 91 (keskmine vanus 75,1) patsienti. Uuringu lõpus ei olnud võimalik hinnata 33 patsienti (kellest 13 suri). Sekkumisrühma patsiente külastas tegevusteraapeut viis kuud. Teraapia eesmärk oli tõsta iseseisvust igapäevaelu tegevustes ning julgustada patsiente osalema vabaaja tegevustes. Kuue kuu jooksul saavutati märkimisväärsed erinevused sekkumisrühma ja kontrollrühma vahel. Tulemuste hindamiseks oli valitud mitu standardiseeritud hindamisvahendit, mis kõik sobivad seatud eesmärgi mõõtmiseks: *Barthel Index* (p=0.002, 95% CI 0 kuni 1), *Nottingham Extended Activities of Daily Living* (p=0.009, 95% CI 1 kuni 4), *Rivermead Gross Function* (p=0.004, 95% CI 0 kuni 2), *Caregiver Strain Index* (p= 0.02, 95% CI 0 kuni 2) ja *London Handicap Scale* (p=0.03, 95% CI 0.3 kuni 13.5). Uuringu tulemustest selgust, et

tegevusteraapia kodus parandab insuldihaigete toimetulekut igapäevategevustes. Uuring on kõrge usaldusväärsusega. Antud uuringus on kasutatud standardiseeritud hindamisvahendeid (*The Northwick Park Index of Independence in ADL*, *London Handicap Scale*, mis on spetsiaalselt kujundatud epidemioloogiliste ja randomiseeritud kontrollitud uuringute läbiviimiseks insuldihaigetel patsientidel. Kuna teraapia tulemusi mõõdavad mitmed standardiseeritud hindamisvahendid, mis kinnitavad igapäevategevuste soorituste paranemist, siis võib öelda, et uuringu tulemus on stabiilne. Usaldusväärsuse tagab ka asjaolu, et hindamine oli sõltumatu (lõpphindamise viis läbi terapeut, kes ei teadnud, kas patsient on sekkumisrühmas või kontrollrühmas). Artikli hindaja leiab, et antud uuringu sarnastel tingimustel kordamisel saadakse sarnased tulemused. (9)

**Artikkel nr 7.** Helewa jt 1991. aastal avaldatud uuring „*Effects of occupational therapy home service on patients with rheumatoid arthritis*“ on randomiseeritud kontrollitud ümberlülitusega uuring ning vastab uuringu kvaliteedi hindamismäärajale B. Uuring on avaldatud ajakirjas *Lancet* mille mõjutegur on 45.217 ja kus kõik artiklid on eelretsenseeritud. Antud uuring on avaldatud 25 aastat tagasi, artikli hindajale teadaolevalt ei ole rohkem reumatoidartriidiga (RA) ja koduviitidega seoses uuringuid tehtud. On võimalik leida uuringuid, kus tegevusteraapia mõju RA patsiendile uuritakse haiglas. Antud uuringu eesmärk oli hinnata tegevusteraapia koduteenuse mõju reumatoidartriiti põdevatele patsientidele. Uuring viidi läbi Kanadas ja uuringule oli tehtud ka pilootuuring. Uuringu valim ja uurimistöö käik on kirjeldatud selgelt. Uuringus osales 105 patsienti vanuses 18-70 aastat (sekkumisrühmas n= 53, kontrollrühmas n=52), kelle haigusseisund ja ravimite tarvitamine oli stabiilne, kellel ei esinenud teisi puuet tekitavaid haigusi, kes ei olnud eelneva kahe kuu jooksul saanud liigesesisest ravi, kellel ei olnud tehtud eelneva kolme kuu jooksul ega olnud planeeritud järgmise kuu nädala jooksul liigese operatsiooni. Patsiendid jagati juhusliku jaotusega rühmadesse vastavalt vanusele (18-44, 45-70) ja haiguse raskusastme järgi (raske, kerge). Uuringu alguses ei saanud kontrollrühm 6 nädala jooksul tegevusteraapiat, sekkumisrühm sai aga intensiivselt. Hiljem sai ka kontrollrühm intensiivselt 6 nädala jooksul teraapiat, ning sekkumisrühm sai teraapiat vähem intensiivselt. Usaldusväärsuste tulemuste saavutamiseks oli vajalik valimi suurus välja arvestatud pilootprojekti tulemusel. Andmete kogumismeetod oli kooskõlas uuristöö eesmärgiga ning tagas usaldusväärse tulemuse. Teraapia tulemuste hindamiseks kasutati sõltumatuid isikuid, kes ei teadnud, kumba rühma patsient kuulus ning mis oli uuringu eesmärk. Funktsionaalset võimekust hinnati uurimisrühma poolt koostatud küsimustikuga 0., 6., ja 12. nädalal. Küsimustik oli loodud tegevusteraapia valdkondade hindamiseks, ning sooritust hinnati järgmistes tegevustes: riietumine, söömine, hügieenitoimingud, enesehooldus, majapidamistoimingud, liikumine, sotsiaalsetes rollides osalemine, suhtlemine, vaba aja tegevused, välimuse sättimine. Tegevustes hinnati soorituse raskusastet. Antud küsimustik oli eelnevalt testitud, mis tagas selle tundlikkuse muutuste suhtes ja usaldusväärsuse. Andmeid analüüsiti `SPSS-X' (SPSS Inc, Chicago, Illinois, USA), `Release 2.2' (SPSS Inc), ja `Minitab 7.0' (Minitab Inc, Pennsylvania, USA) abil. Uuringu tulemustest selgus, et kuuendal kuul oli sekkumisrühmas funktsionaalne näitaja märkimisväärselt kõrgem kontrollrühma funktsionaalsest näitajast (*mean difference*=8.1, 95% CI 1.7 to 15.8, p=0.012). Kontrollrühm saavutas sarnased tulemused 12. nädala jooksul, sekkumisrühma tulemused 6-12 nädala jooksul olid stabiilsed. Tegevusteraapia programmid kodus keskkonnas on RA patsientide funktsionaalsuse parandamiseks kasulikud. Uuring oli läbiviidud oma valdkondade spetsialistide interdistsiplinaarse meeskonna poolt (tegevusteraapidid, reumatoloog, füsioterapidid). (10)

**Artikkel nr 8.** Ng jt 2005. aastal avaldatud uuring „*Effectiveness of Home-based Occupational Therapy for Early Discharged Patients with Stroke*“ on prospektiivne sekkumisuuring ning vastab kvaliteedi hindamismäärajale B. Artikkel on avaldatud ajakirjas *Hong Kong Journal of Occupational Therapy*, mille mõjutegur on hinnatud 0.667. See on ametlik Hong Kongi Tegevusteraapia Ühingu ajakiri, mis kaks korda aastas avaldab eelretsenseeritud publikatsioone Elsevier'is. Uuringu eesmärk oli hinnata insuldihaigete patsientide koduse tegevusteraapia mõju ohutule kojunaasmisele. Hinnati patsientide tegevusvõime muutusi kolme kuu jooksul peale insulti. Sekkumine sisaldas funktsioneerimise paremaks muutmist, keskkonnast tulenevate riskide vähendamist, lähedaste nõustamist, koduste oskuste treeningut nii sise- kui ka väliskeskkonnas. Uuringu valimi kriteeriumid olid selgelt kirjeldatud. Uuringusse kaasati 144 patsienti (noorim 31-aastane, 83% patsientidest olid üle 65-aastased). Kaasamise kriteeriumiks olid esmakordne insultihaiigestumine, haiglast otse kojukirjutamine ja kognitiivse kahjustuse puudumine. Uuringu usaldusväärsuse tagab erinevate meetodite kasutamine sekkumise mõju hindamiseks. Patsientide tegevusvõime muutusi hinnati usaldusväärsete hindamisvahenditega: *Modified Barthel Index*, (tulemus  $p < 0.05$ ); *Caregiver Strain Index* (mille sisemise järjepidevuse usaldusväärsus on 0.86); *SAFER indeks (Safety Assessment of Function and the Environment for Rehabilitation)*; *Self-efficacy scale for patients SEQ – HK* (testi *internal consistency* 0.92-0.93 and *re-test reliability* 0.75-0.94) *Safety Assessment of Function and the Environment for Rehabilitation (internal consistency* 0.83). Samuti viidi läbi telefoniintervjuu, et uurida osalejate subjektiivset hinnangut oma tervisele, enesehooldusvõimekusele, liikumisvõime ulatusele, väljaskäimise sagedusele, kukkumiste esinemisele ning hinnangut subjektiivsele õnnetundele. Telefonikõnede läbiviimisel kasutati uurijate poolt koostatud küsimustikku. Artiklist ei selgu, kas antud küsimustik oli valideeritud või mitte. Et hinnata muutusi enne ja pärast sekkumist, kasutati kirjeldavat analüüsi (*descriptive analysis*), andmete järjepidevuse t-testi ja andmete kategoriseerimiseks *sign rank testi*. Uuringu korrelatsioonianalüüsist selgub, et tegevusteraapia sekkumised on seotud tegevusvõime funktsionaalse paranemisega. Nii muutused *Modified Barthel Indexi* kui ka *Self-efficacy scale for patients* (testide omavaheline korrelatsioon  $p = 0.000$ ) punktide skaalal näitavad, et tegevusteraapia sekkumine kodus parandab oluliselt patsiendi funktsionaalset võimekust ja psühhosotsiaalset rahulolu. Antud uuringul puudus kontrollrühm. (11).

**Artikkel nr 9.** Sampson jt 2004. aastal läbiviidud uuring „*An Introduction to Economic Evaluation in Occupational Therapy: Cost-Effectiveness of Pre-Discharge Home Visits after Stroke*“ on randomiseeritud kontrollitud uuring ja vastab kvaliteedi hindamismäärajale B. Artikkel on avaldatud ajakirjas *British Journal of Occupational Therapy*, mille mõjutegur on 0.636. Uuringu eesmärk oli hinnata tegevusteraapia koduvisiitide kulutõhusust. Antud valdkonnas ei ole nii artikli autoritel kui ka eksperthinnangu kirjutajal teada teisi sarnaseid uuringuid. Uuring viidi läbi insuldi tõttu hospitaliseeritud patsientide seas ( $n=65$ ), sekkumiserühmas 37, kontrollrühmas 28 patsienti. Sekkumiserühm sai väljakirjutamise-eelset tegevusteraapia hindamist kodus. Kontrollrühm sai väljakirjutamise-eelset tegevusteraapia hindamist struktureeritud intervjuu läbi haiglas. Selline hindamine ei ole küll tavapärane, kuid on antud uuringus võrdlevate andmete saamiseks vajalik. Uuring sisaldas veel mitte-randomiseeritud kohortgruppi, mille moodustasid patsiendid, kellele puhul arstid nägid, et koduvisiit on hädavajalik. Koduvisiitide kulutõhuse hindamisel võeti arvesse tööjõu ajakulu, sõiduaega, transpordikulu, dokumenteerimise aega ja vajalikke vahendeid. Kuna kulu ja teenuse tõhususe määramine tervishoius on keeruline ja alati ei ole võimalik tervise ja tegevusvõimega seonduvaid tulemusi rahaliselt mõõta, siis uuringu läbiviimiseks oli

valitud sobiv meetod (*cost –effectiveness utility analysis*). Sellise meetodi kasutamisel ei hinnata teraapiasaavutusi rahaliselt, vaid tulemusi hinnatakse kvaliteedile kohandatud eluaastates (*quality – adjusted life year, QALY*), mille üks osa on tervisega seotud elukvaliteedi hindamine. Teenuse kasulikkust hinnati läbi elukvaliteedi küsimustiku (EuroQ Group, EQ-5D), mis on 6 erinevas riigis 8 erineva patsiendigrupiga valideeritud, ning mis oli asjakohane antud uuringu läbiviimiseks. Uuringu tulemuste järgi oli tegevusterapeudi koduviit kallim, kuid efektiivsem. EQ-5D (elukvaliteedi küsimustik) – kontrollrühmas tõusid keskmised tulemused 0,450-lt 0,512-le, sekkumisrühmas oli paranemine 0,406-lt 0,527-le. Tegevusterapeudi koduviidi keskmine maksumus oli 183£, haiglas läbiviidud teraapiatunni hind oli 75£. Uuringus ei võetud arvesse kulusid sotsiaal- ja tervishoiuteenustele ning ravimitele. (12)

## 2.2. ravijuhiste järgi;

**Insuldi** ravijuhis näeb ette, et insuldijuhu taastusravi ja sekundaarse preventsiiooni jätkamine toimub kodus või hooldusasutuses. Kas postakuutne ravi toimub taastusravi osakonnas, järelevalve osakonnas või hooldushaiglas (-asutuses), sõltub vastavalt patsiendi funktsionaalsele võimekusele ja sotsiaalsetele võimalustele. (13).

**Parkinsoni tõve Eesti ravijuhis** kirjeldab, et Parkinsoni tõve korral aitab tegevusterapia säilitada tegevusvõimet enesehooldus-, töö- (sh majapidamis- ja muud tööd) ja vabaajategevuste osas. Tegevusterapia aitab patsienti kodustes tingimustes kohaneda, keskkonda kohandada ja leida uusi jõukohaseid tegevusi. (14).

**Osteoartroosi ravijuhendi** järgi on tegevusterapia ravimeetod, mille eesmärgiks on soodustada patsiendi toimetulekut teda ümbritsevas keskkonnas. Tegevusterapia on kompleksne, käsitleb patsiendi koduseid ja töiseid tegevusi, harrastusi jms. (15).

**Laste tserebraalparalüüsi asendusravi juhend** näeb ette tegevusterapeudi koduviite, mille eesmärgiks on kodukeskkonna kohandamine puudega lapse toimetulekule vastavaks ja abivahendite kasutamise nõustamine. (16).

2005. aastal heakskiidetud **Insuldi taastusravi juhend** kirjeldab kodust taastusravi vastavalt patsientide vajadustele. Koduviitide läbiviija võib olla tegevusterapeut. Visiitide eesmärk on patsiendi ja tema lähedaste/hooldajate nõustamine, soovitude andmine kodu kohandamiseks ning tegevusterapia läbiviimine kodus. (17).

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

Taotluses on esitatud taotletava teenusega seotud olulised tulemused tervisele. Taotluses on viidatud ravijuhenditele ning välja toodud, et paraneb inimese toimetulek igapäevases keskkonnas, väheneb kõrvalabi vajadus, väheneb koormus meditsiinisüsteemile, ning et patsiendi lähedastel tekib võimalus minna tööle või õppima, samuti ka, et paraneb inimese võimalus iseseisvaks töötamiseks, ja et patsientide lähedastel tõuseb teadlikkus igapäevakeskkonna kohandamise ja inimese aitamise osas. Väljatoodud tulemusnäitajad on küll asjakohased ja kliiniliselt olulised, kuid ei ole esitatud tulemusnäitajate numbrilist väärtust, usaldusintervalli andmeid ning ka olulisuse tõenäosuse näitajat (*p-value*).

## 2.4. ravi võimalikud kõrvaltoimed;



Kuna antud teenus ei ole seotud ravimitega, siis ravi võimalikud kõrvaltoimed puuduvad.

## 2.5. teenuse kohaldamise tingimuste vajalikkus;

Taotluses on väljatoodud asjakohased teenuse väärkasutamise seotud aspektid. Hinnangu kirjutaja leiab, et teenuse väär-, ala- või liigkasutamise vältimiseks on vajalik täpsustada teenusele suunamise näidustused.

### 3. Eestis kasutatavad alternatiivsed raviviisid;

Taotluses punktis 3.5 on välja toodud, et nii Eestis kui ka rahvusvaheliselt kasutatavaid alternatiivseid tervishoiuteenuseid taotletavale teenusele ei ole. Samas on ka toodud, et osaliselt võib pidada selleks tegevusteraapia teenust haiglakeskkonnas. Teenust haiglakeskkonnas saab osaliselt pidada alternatiivseks teenuseks, kuna teraapias läbiviidavad sekkumised toimuvad simuleeritud keskkonnas ning teraapia toimub samade põhimõtete alusel, erineb vaid teraapia läbiviimise koht.

### 4. Tõendus põhisisus Euroopas aktsepteeritud ravijuhendite alusel;

- a) Puusaproteesimise järgne ravi. Ravijuhis „*Occupational therapy for adults undergoing total hip replacement: Practice guideline*“ toetab teenuse „Tegevusteraapia igapäevases keskkonnas“ kasutamist. Ravijuhis rõhutab koduse keskkonna hindamist ja kohandamist peale puusaliigese täielikku endoproteesimist. (18).
- b) Kukkumiste ennetamine. Ravijuhis „*Occupational therapy in the prevention and management of falls in adults: Practice guideline*“ toetab taotletava teenuse kasutamist. Ravijuhis toob välja tegevusterapeudi sekkumise vajalikkuse koduses keskkonnas kukkumise ennetamisel. (19).
- c) Huntingtoni tõbi. Ravijuhis „*Development of guidelines for occupational therapy in Huntington's disease*“ toetab taotletava teenuse kasutamist. Ravijuhis kirjeldab sh patsiendi koduse keskkonna hindamist ja teraapia läbiviimist kodus. (20)
- d) Parkinsoni tõbi. Ravijuhis „*Occupational therapy for people with Parkinson's: best practice guidelines*“ toetab taotletava teenuse kasutamist. Ravijuhis annab juhised ka koduse keskkonna kohandamiseks. (21)
- e) Insuldi rehabilitatsioon. Ravijuhis „*Stroke rehabilitation. Long term rehabilitation after stroke*“ toetab taotletava teenuse kasutamist. Ravijuhis näeb ette insuldihaigete koduvisiite nii enne patsiendi kojunaasmist kui ka teraapiat koduses keskkonnas. (22).

Antud teenuse kasutamiseks Eestis ei ole vaja luua kohalikke ravijuhiseid. Vajalik informatsioon (nt abivahendite ja keskkonna kohandamise soovitused) on kirjeldatud või võib kirjeldada tulevastesse ravijuhistesse.

### 5. Kogemus maailmapraktikas ja Eestis;

Taotluses esitatud andmed teenuse kasutamise kogemuse kohta maailmapraktikas on asjakohased ja korrektsed. Kõik viidatud materjalid on sobilikud ning vajalik informatsioon taotletava teenuse põhjenduseks on välja toodud. Samuti on korrektne ka, et Eestis on võimalik antud teenust saada kahe firma kaudu, kuid eksperthinnangu koostajale teadaolevalt on samalaadset teenus võimalik saada ka rehabilitatsiooniteenus kaudu rehabilitatsiooniplaani alusel.

### 6. Teenuse tegevuse kirjeldus;

- Taotluses on kirjeldatud, et teenuse osutamiseks ei ole erinõudeid, ja et teenust osutatakse patsiendi igapäevases keskkonnas (nt kodus, hooldusasutuses, koolis jne). Teenuse osutamiseks kirjeldatud koht on asjakohane, võimaldades saavutada teenusega seotud eesmärke.
- Eksperthinnangu kirjutaja nõustub, et patsiendi ettevalmistamiseks eelnevaid spetsiifilisi toiminguid vaja ei ole, ja et vajalik on patsiendi ja/või tema lähendase kohalolu ja vajadusel abivahendite olemasolu.
- Eksperthinnangu kirjutaja nõustub, et taotletav teenus ei erine olemasolevast tegevusteraapiast. Taotluses kirjeldatud tegevusteraapia ülesanded on õiged ning rakendatavad ka teenuse „Tegevusteraapia igapäevases keskkonnas“ raames. Teenuse kestvuseks pakutud 60 min on sobilik antud teenuse läbiviimiseks.
- Taotluses nähakse, et teenusele suunab eriarst, kes täpsustab teenuse vajaduse. See on asjakohane ettepanek, kuna eriarst teostab ka patsiendi hilisema jälgimise ning saab vajadusel patsienti uuesti antud teenusele suunata.

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

Taotluses toodud lause „Samas on väliskirjanduse andmetel tegevusteraapia koduteenuse rakendamine laialt levinud“ on õige. Näiteks Suurbritannias käis 2006. aasta uuringu andmetel 73% insuldijärgselt hospitaliseeritud patsientidest tegevusterapeut kodus hindamas keskkonda ja ohte eesmärgiga muuta igapäevane kodune keskkond võimalikult turvaliseks ning iseseisvat toimetulekut toetavaks. Teise, samuti Suurbritannias tehtud uuringu kohaselt insuldijärgsete patsientidega, moodustas tegevusterapeuti teenusest igapäevakeskkonnas 93% igapäevategevuste harjutamine kodukeskkonnas ning sellele järgnes 92% tegevustel esinevate ohtude väljaselgitamine. Ajaliselt kulus teenuse peale korraka keskmiselt 63 min (10-135 min). (26). 2007. a uuringu andmetel sooritavad 65% Suurbritannia tegevusterapeutidest 11-40 koduviisi kuus ainuüksi eakamate patsientide puhul, ning 11% tegevusterapeutidest sooritab samale klientuurile üle 60 visiidi kuus. Visiidile eelneb alati hoolikas hindamine, kas ja mil määral aitab tegevusteraapia konkreetse patsiendi igapäevast ohutut toimetulekut parendada. (27).

Taotluses esitatakse andmed 2013. ja 2014. aastatel tegevusteraapia teenuste osutamise kohta, mille kohaselt on teenuse osutamine aastate lõikes kasvanud. Kuna andmed tulenevad Tervise Arengu Instituudi Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaasist, võib andmeid lugeda usaldusväärseteks. Teenuse osutamise kasvu võib eelkõige seostada erialateadlikkuse tõusuga ja terapeutide arvu tõusuga (igal aastal lõpetab tegevusterapeuti eriala 10-13 inimest).

Taotluses tehakse ettepanek, et teenusele „Tegevusteraapia igapäevakeskkonnas“ prognoositav maht võiks moodustada 10% tegevusteraapia teenuste kogumahust.

Kuna võrdlusena on näiteks ainuüksi Inglismaal 56 tegevusterapeuti 100 000 inimese kohta (28), kuid Eestis vaid 7,9 ning see näitab vaid diplomeeritud tegevusterapeutide arvu, mitte realselt Haigekassa rahastusel teenuseosutajaid, on loogiline, et vastavad teenuste mahud Eesti jaoks on suhteliselt väikesed, mistõttu taotluses väljapakutud 10% tegevusteraapiasse suunatud patsientidest on igati sobilik esialgne maht.

#### 8. Patsiendi isikupära võimalik mõju ravi tulemustele;

Tegevusteraapiat osutatakse kliendikeskse teraapia põhimõtte alusel. Kliendikeskne teraapia tunnustab inimese autonoomiat, soove ja vajadusi otsuste langetamisel. Kliendikeskses tegevusteraapias on peamiselt patsient see, kes teeb lõpliku otsuse, milliste probleemidega tegeletakse, millised eesmärgid seatakse, kuidas keskkond kohandatakse ja millised abivahendid kasutusele võetakse. (23). Terapeut peab jagama oma teadmisi ja kogemusi, nõustama ning looma võimalusi, millele toetudes patsient saab teha oma valikud, et soovitud tulemused saavutada. Selline lähenemine nõuab terapeudilt täieliku kontrolli andmist patsiendile ja see on koostööl põhinev võrdväärne suhe terapeudi ja patsiendi vahel. (24). Kuna kliendikeskses teraapias nähakse igat patsienti ainulaadse indiviidina, kellel on oma tahe, tunded, mõtted, vajadused ja soovid, ning kes ise vastutab oma elu eest (25), siis võib öelda, et patsiendi isikupära mõjutab olulisel määral teenuse tulemuslikkust.

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

9.1. teenuse osutaja;

Taotluses on esitatud teenusele suunajaks eriarstiabi osutaja ja teenuse osutajaks tegevusterapeut. Eriarstiabi osutaja on asjakohane teenusele suunaja, sest eriarstiabi osutajal on teada patsiendi haiguslugu ja tegevusterapeudi roll patsiendi tegevusvõime toetamisel. Samuti võib teenusele suunajaks olla perearst.

Teenust „Tegevusteraapia igapäevakeskkonnas“ saab osutada ainult tegevusterapeut, kuna antud teenuse osutamiseks on vajalik erialane kõrgharidus.

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

Taotluses on esitatud, et täiendavat osakonda teenuse osutamiseks vaja ei ole. Antud teenuse jaoks ei ole küll vaja täiendavat osakonda, kuid teenuse tagamiseks on hädavajalik teenuse osutaja transport. See võib kaasa tuua asutuse infrastruktuurilisi muutusi transpordisüsteemis. Vajalik võib olla nt asutusele sõiduauto hankimine või transpordi tagamine mõnel muul moel. Kui tervishoiuasutuse juurde luuakse uus töökoht antud teenuse osutamiseks, siis võib olla vajalik sisustada terapeudile tööruum, kus on vajalikud vahendid dokumenteerimiseks, patsiendi hindamiseks ja teraapia läbi viimiseks.

9.3. personali täiendava väljaõppe vajadus;

Teenuse „Tegevusteraapia igapäevases keskkonnas“ osutamiseks ei vajata täiendavat väljaõpet. Vajalik on tegevusteraapia-alane kõrgharidus ning pädevuse tõestamiseks regulaarne kutseeksami sooritamine.

9.4. minimaalsed teenuse osutamise mahud kvaliteetse teenuse osutamise tagamiseks;

Taotluses on välja toodud, et tegevusterapeut, kes teenust osutab peab omama töökoormust vähemalt 0,25 ulatuses (ehk 10 töötundi nädalas). Antud teenuse puhul ei ole minimaalset teenuse mahtu ühe kliendi kohta asjakohane määratleda, kuna sekkumise vajaduse maht sõltub konkreetse patsiendi tegevusvõimest. Kvaliteetse teenuse tagab terapeudi kompetentsus, individuaalne lähenemine, patsiendi motivatsioon ja huvi parema toimetuleku vastu.

9.5. teenuse osutaja valmisoleku võimalik mõju ravi tulemustele;

Kuna teenust läbiviiva tegevusterapeudi teadmised, oskused ja motivatsioon mõjutavad otseselt tegevusteraapia protsessi läbiviimist, siis taotluses esitatud väide „Kui teenuse osutaja on teenuse osutamiseks valmis, on mõju ravile positiivne ehk püstitatud eesmärgid on täidetavad“ on asjakohane.

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

Taotluses on esitatud sobivad andmed uue teenuse seoste kohta kehtivaga. Välja tuuakse, et Haigekassa Tervishoiuteenuste loetelus on hetkel olemas seos kahe teenusega (7053 Tegevusteraapia individuaalne, 7054 Tegevusteraapia 2-3 haigele samaaegselt), ning et uus taotletav teenus täiendab neid teenuseid võimaldades tegevusteraapiat läbi viia patsiendi tegelikus igapäevakeskkonnas. Ekspert hinnangu kirjutaja leiab, et antud teenus ei saa asendada olemasolevaid teenuseid, vaid teenused tuleb valida vastavalt patsiendi vajadusele. Välja tuuakse, et taotletav teenus on seotud eriarstiabiga nii taastusravi statsionaarses kui ka ambulatoorsest faasis, mis on asjakohane, kuid siinkohas toob ekspert hinnangu kirjutaja välja, et antud teenus on seotud ka interdistsiplinaarse meeskonnatööga (füsioteraapia, psühholoogia, logopeedia, sotsiaaltöö jt).

11. Teenuse osutamiseks vajalike tegevuste kirjelduse asjakohasus ja õigsus

Teenuse hind ja hinna põhjendus on esitatud põhjendatult ning korrektselt. Teenuse hinna kujunemisel on arvestatud Sotsiaalministri määrust „Kindlustatud isikult tasu maksmise kohustuse Eesti Haigekassa poolt ülevõtmise kord ja tervishoiuteenuse osutajatele makstava tasu arvutamise meetodika“, kuid ei ole esitatud lisa 1 või 14 (mis on põhjendatud, kuna antud teenus ei vaja meditsiiniseadmeid, uusi tugiteenuseid jms).

Teenuse kestvuseks on taotletud 60 minutit, mis on sobiv aeg efektiivse teraapia läbiviimiseks. Terapeudi tööaja sisse on ka arvestatud transpordile kuluv aeg (30 min). Arvutusmudeli aluseks on võtud hetkel Haigekassa teenuse hinnakirjas oleva individuaalse tegevusteraapia teenuse (30min) hind (11,90 €) ning Koduõendusteenuses olev transpordikulu (1,92€ visiidi eest).

Teenuse „Tegevusteraapia igapäevases keskkonnas“ hinna arvutamise mudel:

Individuaalne tegevusteraapia teenus x 3 = 11,90 € x 3 = 35,70 € + transpordikulu 1,92 € = 37,62€

Antud mudel on sobilik teenusehinna arvutamisel ning teenuse hind 37,62€ on põhjendatud.

## 12. Kokkuvõte

	Vastus	Selgitused
Teenuse nimetus	Tegevusteraapia igapäevases keskkonnas	
Ettepaneku esitaja	Eesti Tegevusterapeutide Liit	
Teenuse tõenduspõhisus taotluses esitatud näidustustel võrreldes alternatiivi(de)ga	<b>B</b>	
Senine praktika Eestis	Teenus on vajadusel võimalik osutada rehabilitatsiooni teenuse raames rehabilitatsiooni plaani alusel	
Vajadus	~3600 patsienti 15 329 korda teenust nelja aasta lõikes	
Muud asjaolud	-	
Kohaldamise tingimuste lisamine	Jah	Liigsete ja põhjendamatu majanduslike kulutuste vältimiseks on vajalik täpsustada teenusele suunamise näidustused

### 13. Kasutatud kirjandus

1. Tegevusterapeut, tase 6. Kutsestandard. Tervishoiu ja Sotsiaaltöö Kutsenõukogu. 2012.Tallinn.  
<http://www.kutsekoda.ee/et/kutseregister/kutsestandardid/10453817/pdf/tegevusterapeuttase-6.5.et.pdf>.
2. Taastusravi ja füsiatria eriala arengukava aastani 2020. Eesti Taastusraviarstide Selts. 2012,lk18,19  
[https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid\\_ja\\_tegevused/Tervis/Tervishoiusüsteem/Arstide\\_erialade\\_arengukava/taastusravi\\_fusiaatria\\_arengukava.pdf](https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/Tervishoiusüsteem/Arstide_erialade_arengukava/taastusravi_fusiaatria_arengukava.pdf)
3. Ravi terviklik käsitlus ja osapoolte koostöö Eesti tervishoiusüsteemis. Kokkuvõttev aruanne. Maailmapanga Grupp. 2015,lk 39.  
[https://www.haigekassa.ee/sites/default/files/Maailmapanga-uuring/veeb\\_est\\_summary\\_report\\_hk\\_2015.pdf](https://www.haigekassa.ee/sites/default/files/Maailmapanga-uuring/veeb_est_summary_report_hk_2015.pdf)
4. Avlund K, Jepsen E, Vass M, Lundemark H. *Effects of Comprehensive Follow-up Home Visits after Hospitalization on Functional Ability and Readmissions among Old Patients. A Randomized Controlled Study. Scand J Occup Ther.* 2002;9:17–22
5. Cumming R, Thomas M, Szonyi G, Salkeld G, O'Neill E, Westbury C, et al. *Home visits by an occupational therapist for assessment and modification environmental hazards: a randomized trial for fall preventions. J Am Geriatr Soc.* 1999;47:1397–402
6. Johnston K, Barras S, Grimmer-Somers K. *Relationship between pre-discharge occupational therapy home assessment and prevalence of post-discharge falls.J Eval Clinical Pract.* 2010;16:1333–9.

7. Doig E, Fleming J, Cornwell P, Kuipers P. *Comparing the experience of outpatient therapy in home and day hospital settings after traumatic brain injury: patient, significant other and therapist perspectives. Disabil Rehabil.* 2011;33:1203–14.
8. Wang Y-P, Ho G-S, Su C-Y. *Occupational therapy home program for children with intellectual disabilities: A randomized, controlled trial. Res Dev Disabil.* 2013;34:528–37.
9. M F Walker, J R F Gladman, N B Lincoln, P Siemonsma TW. *Occupational therapy for stroke patients not admitted to hospital: a randomised controlled trial. Lancet.* 1999;354:278–80
10. Helewa A, Goldsmith C, Tugwell P, Hanes B, Bombardier C, Smythe H, et al. *Effects of occupational therapy home service on patients with rheumatoid arthritis. Lancet* 1991;337:1453–6.
11. Ng S, Chu M, Wu A, Cheung P. *Effectiveness of Home-based Occupational Therapy for Early Discharged Patients with Stroke. Hong Kong J Occup Ther.* 2005;15:27–36
12. Sampson CJ, James M, Whitehead P, Drummond A. *An Introduction to Economic Evaluation in Occupational Therapy: Cost-Effectiveness of Pre-Discharge Home Visits after Stroke (HOVIS). Br J Occup Ther .* 2014;77(7).
13. Kõiv, J., Roose, M., Kaasik, A-E., Asser, T., Kreis, A., Lüüs, S-M., Antsov, K.. Insuldi Eesti ravijuhend. L. Puusepa nim. Neuroloogide ja Neurokirurgide selts, 2004, lk 11  
[http://www.enns.ee/Ravijuhendid/Insuldi\\_ravijuhend.pdf](http://www.enns.ee/Ravijuhendid/Insuldi_ravijuhend.pdf)
14. Taba, P., Asser, T., Krikmann Ü., Tomberg, T., Paris, M., Tammik, T., Paju, T., Olt, E., Kanarik, E., Ennok, E., Ankrü, K., Kivil, H., Taurafeldt, E., Aasa, M. Parkinsoni tõve Eesti ravijuhend., 2007, lk38  
[http://www.enns.ee/Ravijuhendid/Parkinsoni\\_ravijuhend.pdf](http://www.enns.ee/Ravijuhendid/Parkinsoni_ravijuhend.pdf)
15. Birkenfeldt, R., Koorits, U., Kõöp, A., Peets, T., Sooba, E. Osteoartroosi ravijuhend Eestis. Eesti Arst, 2013;92, lk 25  
<http://ojs.utlib.ee/index.php/EA/article/viewFile/11444/6628>
16. Elstein, K., Kruus, Ü., Pettai, R., Stelmach, T., Sander, V., Jaanson, E., Maas, H., Jesse, K., Kaasik, B., Männamaa, M., Käämer, M. Laste tserebraalparalüüsi asendusravi juhend, Haigekassa, 2008, lk 14  
[https://www.haigekassa.ee/files/est\\_raviasutusele\\_ravijuhendid\\_andmebaas\\_tunnustatud/PCI\\_juhend1.pdf](https://www.haigekassa.ee/files/est_raviasutusele_ravijuhendid_andmebaas_tunnustatud/PCI_juhend1.pdf)
17. Pürg, K., Lukmann, A., Tammik, T. Insuldi taastusravi Eesti ravijuhend. Eesti Taastusrastide Selts, 2011, lk 18.  
<http://www.etas.ee/wp-content/uploads/2012/02/INSULDI-TR-JUHIS-2011-vers-06.02.12.pdf>
18. Sainty M (toim.). *Occupational therapy for adults undergoing total hip replacement: Practice guideline. London: College of Occupational Therapists; 2012.* lk2  
<https://www.cot.co.uk/sites/default/files/general/public/Total-Hip-Replacement.pdf>
19. *Occupational therapy in the prevention and management of falls in adults: Practice guideline. Londin: College of Occupational Therapists; 2015,* lk 37  
<http://www.cepn-align.org/sites/default/files/2College%20of%20OT%20Falls-guideline.pdf>
20. Cook C, Page K, Wagstaff A, Simpson SA, Rae D. *Development of guidelines for occupational therapy in Huntington's disease. Neurodegener Dis Manag* 2012;2:  
<https://www.huntingtonswa.org.au/resources/OT-for-people-with-HD-best-practice-guideline.pdf>

21. Aragon A, Kings J. *Occupational therapy for people with Parkinson's: best practice guidelines*. London: College of Occupational Therapists; 2010, lk 43.  
[https://www.parkinsons.org.uk/sites/default/files/publications/download/english/otparkinsons\\_guidelines.pdf](https://www.parkinsons.org.uk/sites/default/files/publications/download/english/otparkinsons_guidelines.pdf)
22. *Stroke rehabilitation. Long term rehabilitation after stroke*. National Clinical Guideline Centre; 2013, lk 24.  
<https://www.nice.org.uk/guidance/cg162/evidence/full-guideline-190076509>
23. Doig, E., Fleming, J., Cornwell, P., Kuipers, P. *Qualitative exploration of a client-centered, goal-directed approach to community-based occupational therapy for adults with traumatic brain injury*. *American Journal of Occupational Therapy*, 63(5), 2009, 559-568
24. Richardson, A. *Individual support for a person with motor neurone disease*. In: Addy, L. (Ed). *Occupational Therapy Evidence in Practice for Physical Rehabilitation*, Oxford: Blackwell Publishing, 2006
25. Phipps, S., Richardson. P. *Occupational Therapy Outcomes for Clients With Traumatic Brain Injury and Stroke Using the Canadian Occupational Performance Measure*. *American Journal of Occupational Therapy*, 61(3), 2007, 328- 334.
26. Drummond, A., Whitehead, P., Fellows, K., Edwards, C., Sprigg, N. *Occupational Therapy Predischarge Home Visits for Patients with a Stroke: What is National Practice? The British Journal of Occupational Therapy*, ,Vol.75(9), 2012, pp.396-402
27. Lannin, N. A., Clemson, L., McCluskey, A., Lin, C.-W., C., Cameron, I., D, Barras, S., *Feasibility and results of a randomised pilot-study of pre-discharge occupational therapy home visits*. *BMC Health Services Research*, 2007, Vol.7, p.42-42
28. *Summary of the occupational therapy profession in Europe*. 2015, Council of Occupational Therapists for the European Countries.  
<http://coteceurope.eu/COTEC%20Docs/Summary%20of%20Profession/Summary%20of%20Prof%202015.pdf>

## Kulutõhususe ja ravikindlustuse eelarve mõju hinnang

<b>Teenuse nimetus</b>	Tegevusteraapia igapäevases keskkonnas
<b>Taotluse number</b>	1142

### 1. Teenuse kulude (hinna) põhjendus;

Teenuse „Tegevusteraapia igapäevases keskkonnas“ kestvus on taotluses 60 minutit. Sõit patsiendi koju ja tagasi kuulub terapeudi tööaja sisse, keskmine vahemaa on 10 km ja keskmiselt kulub selleks 30 minutit.

Arvutuskäigu aluseks on sobilik võtta hetkel Haigekassa teenuse hinnakirjas oleva individuaalse tegevusteraapia teenuse (30 min) hind (11,90 €), sest teenus patsiendi kodus sisaldab samu tegevusi, mis hinnakirjas ettenähtud teenus. Transpordikulu arvestamiseks sobib aluseks võtta Koduõendusteenuses kehtiv hind (1,92€ visiidi eest). Antud hind sisaldab ka autohoolduskulu.

Teenuse „Tegevusteraapia igapäevases keskkonnas“ hinna arvustamise mudel:  
Individuaalne tegevusteraapia teenus x 3 = 11,90 € x 3 = 35,70 € + transpordikulu 1,92 € = 37,62€

Teenuse „Tegevusteraapia igapäevases keskkonnas“ hind on 37,62€

### 2. Kulude võrdlemine alternatiivsete teenuste kuludega

#### 2.1. teenuse kulude võrdlus alternatiivse teenusega

Alternatiivsed teenused puuduvad. Osaliselt võib alternatiivseks teenuseks nimetada individuaalset tegevusteraapia teenust haiglas (kood 7053), mis kestab 30 minutit ja mille hind on 11,90 €. Uue teenuse kestvus on 60 minutit+30 minutit sõiduks patsiendi koju ja tagasi, kuhu tuleb lisada ka transpordi hind. Uue teenuse hind on 37,62€

Eeldatavalt teenuse 7053 kasutamise vähenemine toimub pöördvõrdelises mahus uue teenuse kasutamise suurenemisega. Teenuse 7053 ajaline kestvus on 30 min, uue teenuse kestvuseks on aga planeeritud 90 minutit (60 minutit teenuse osutamine + 30 min sõiduaeg), seega 1 uus teenus võrdub kolme 7053 teenusega ehk ühe uue teenuse osutamisega võib osutamata jääda kolm teenust 7053. Näiteks 21 kalendripäeva pikkuse haigusloo korral pakutakse haigele 15-l tööpäeval 15 x 60 minutit tegevusteraapia teenust ehk 30 x teenus 7053. Juhul kui haiglas toimub ainult haige esmane hindamine ja edaspidi osutatakse teenust kodus keskkonnas 3 x nädalas, on teenuste kasutamine järgmine: 2 x teenus 7053 ja 8 x uus teenus (esimesel nädalal 1 kord tegevusvõime hindamine haigla keskkonnas ja 2 x uus teenus kodus keskkonnas, teisel ja kolmandal nädalal 3 x uus teenus kodus keskkonnas) ehk kasutamata jääb 24 korda teenust 7053.

Pöördvõrdeline seos ei ole alati kehtiv, kuna patsient võib vajada nii haiglaravil ettenähtud 7053 teenust, kui ka teenust kodus. Teenuse osutamist ei ole võimalik täpselt prognoosida, kuna see sõltub iga patsiendi haigusloost. Seega on oluline teenustele suunamisel määratleda täpsed näidustused.



## 2.2. patsiendi poolt tehtavad kulutused

Patsiendi poolt tehtavaid kulutusi antud teenusele ei ole, kuna eksperthinnangu kirjutaja ei pea otstarbekaks omaosaluse kohaldamist.

## 2.3. tulemuste hindamine ja võrdlemine alternatiivsete teenuste tulemustega

Taotluses ega ka meditsiinilise tõendus põhise hinnangus ei ole esitatud teenuse osutamise ja tulemuste (nt kvaliteediga kohandatud eluaastad) kohta numbrilisi andmeid, seetõttu ei ole võimalik välja arvutada uue teenuse lisanduvat kulu ühe tulemuse kohta.

Lähtudes Sampson jt 2004. aastal läbiviidud uuringu „*An Introduction to Economic Evaluation in Occupational Therapy: Cost-Effectiveness of Pre-Discharge Home Visits after Stroke*“ põhjal, mille eesmärk oli hinnata tegevusteraapia koduvisiitide kulutõhusust, võib öelda, et antud teenus on efektiivsem, kuid kallim. Teenuse kulutõhusust hinnati kvaliteedile kohandatud eluaastates (*quality – adjusted life year, QALY*), kasutades elukvaliteedi küsimustikku EuroQ Group, EQ-5D. Kontrollrühmas tõusid keskmised tulemused 0,450-lt 0,512-le, sekkumisrühmas oli paranemine 0,406-lt 0,527-le. Tegevusterapeudi koduvisiidi keskmine maksumus oli 183£, haiglas läbiviidud teraapiatunni hind oli 75£.(12)

## 2.4. kulutõhususe uuringud taotletava teenuse kohta

Sampson CJ, James M, Whitehead P, Drummond A. *An Introduction to Economic Evaluation in Occupational Therapy: Cost-Effectiveness of Pre-Discharge Home Visits after Stroke (HOVIS)*. *Br J Occup Ther* . 2014;77(7).

3. Teenuse lühi- ja pikaajaline mõju ravikindlustuse kulude eelarvele, sealhulgas tuuakse eraldi välja mõju tervishoiuteenuste, ravimite ja töövõimetushüvitiste eelarvele;

Seoses erialateadlikkuse tõusu ja igaaastase terapeutide arvu kasvuga kasvab prognoositavalt tegevusteraapia teenuste osutamise arv aastate lõikes ~10%. 2014. aastal osutati tegevusteraapia individuaalset teenust (kood 7053) 74457 korda.

Aasta	2017	2018	2019	2020
Prognoositav individuaalse tegevusteraapia teenuse maht (kood 7053)	99101	109011	119912	131903
Prognoositav teenuse tegevusteraapia igapäevases keskkonnas moodustab 10% teenuse 7053 mahust ning üks teenus sisaldab 3 x 7053 teenust	3303	3633	3997	4396
Teenuse kulu aastate lõikes Ühe teenuse hind 37,62€	124 258 €	136 673 €	150 367 €	165 377 €
Teenuse prognoositav kogukulu kokku				<b>576 675 €</b>

Teenuse kogukulu ei ole korrigeeritud tarbijahinnaindeksi muutuse prognoosiga

4. Teenuse mõju teenust osutavatele erialadele planeeritavatele rahalistele mahtudele ja seos teiste erialadega;

Teenus mõjutab tervishoiu teenuste loetelus taastusravi ja perearstiabi eelarvet. Kui palju antud teenust hakatakse osutama perearstiabi eelarvest ei ole teada. Eesti kontekstis, kus tegevusteraapia on suhteliselt uus ja veel vähetuntud eriala, ei oska perearstid alati patsiente teenusele suunata.

5. Teenuse väär- ja liigkasutamise majanduslikud mõjud

Et teenus ei tooks kaasa liigseid ja põhjendamatu majanduslikke kulutusi, on vaja täpselt määratleda teenusele suunamise näidustused.

6. Teenuse optimaalse kasutamise tagamise võimalikkus läbi kohaldamise tingimuste.

- 1) Patsiendil ei ole antud teenuse saamisel omaosalust
- 2) Vajalik on enne teenusele suunamist täpsustada teenuse suunamise näidustused
- 3) Sarnane teenus Haigekassa loetelus on „Tegevusteraapia individuaalne teenus“ kood 7053. Mõlema teenus korral hindab eriarst teenuse vajadust intervjuu ja vaatluse põhjal.

7. Kokkuvõte

Esitatakse lühikokkuvõtte koos hindaja selgituste ja põhjendustega tabelkujul:

	Vastus	Selgitused
<b>Teenuse nimetus</b>	Tegevusteraapia igapäevases keskkonnas	
<b>Ettepaneku esitaja</b>	Eesti Tegevusterapeutide Liit	
<b>Teenuse alternatiivid</b>	Osaliselt alternatiiv: individuaalset tegevusteraapia teenust haiglas (kood 7053)	
<b>Kulutõhusus</b>	Puuduvad numbrilised tuelemusnäitajad. Ei ole võimalik hinnata.	
<b>Omaosalus</b>	Ei	
<b>Vajadus</b>	~3600 patsienti 15329 korda	
<b>Teenuse piirhind</b>	37,62€	
<b>Kohaldamise tingimused</b>	Vajalik täpsustada teenuse suunamise näidustused	
<b>Muudatusest tulenev lisakulu ravikindlustuse eelarvele aastas kokku</b>	Teenuse lisakulu ravikindlustusele ~ 576 675 € kohaldamise tingimused lisakulusid ei tekita	
<b>Lühikokkuvõtte hinnatava teenuse kohta</b>	Kaaluda teenuse lisamist ravikindlustuse eelarvele. Teenus on hädavajalik patsientide parima toimetuleku saavutamiseks nende igapäevases keskkonnas.	

## 8. Kasutatud kirjandus

Sampson CJ, James M, Whitehead P, Drummond A. *An Introduction to Economic Evaluation in Occupational Therapy: Cost-Effectiveness of Pre-Discharge Home Visits after Stroke (HOVIS)*. *Br J Occup Ther* . 2014;77(7).

Hinnang ühiskonnale vajalikkuse ja riigi tervishoiupoliitikaga kooskõla kohta

taotlus nr 1142	<p><i>Taotluseniimetuse</i></p> <p><i>Tegevusteraapia iga päevas keskkonnas</i></p>	<p>teenuse vastavust tervishoiu arengukavadele</p>	<p>kindlustatud isikute omaosaluse kohaldamise lubatavus teenuse eest tasumisel lähtudes „Ravikindlustuse seaduse“ § 31 lõikes 3 sätestatud tingimustest</p>	<p>teenuse vastavust Eestis aktsepteeritud eetikaprincipidele</p>	<p>teenuse osutamiseks vajaliku infrastruktuuri olemasolu jätkusutlikkuse ja kvaliteedi tagamiseks;</p>	<p>teenuse võimalik mõju töötajate väljaõppele ja koolitusvajadusele ning loetelu muutmise ettepanekus esitatulolulus eriala arengu seisukohalt.</p>			<p>teenuse tervishoiu poliitiline prioriteetsus</p>	<p>Märkused</p>
		<p><i>vastab tervishoiu arengukavadele</i></p>	<p><i>ei saa rakendada omaosalust</i></p>	<p><i>vastab eetikaprincipidele</i></p>	<p><i>osutamiseks infrastruktuur on/ei ole olemas</i></p>	<p><i>ei nõua tervishoiutöötajate täiendavat väljaõpet</i></p>	<p><i>ei mõjuta tervishoiutöötajate koolitustellimust</i></p>	<p><i>oluline eriala arengu seisukohalt</i></p>	<p><i>prioriteetne</i></p>	