

EESTI HAIGEKASSA TERVISHOIUTEENUSTE LOETELU MUUTMISE TAOTLUS

1. Taotluse algataja	
Organisatsiooni või ühenduse nimi	MTÜ Eesti Tegevusterapeutide Liit
Postiaadress	Jäätma tee 1, Metsakasti küla, Viimsi vald, Harjumaa, 74019
Telefoni- ja faksinumber	-
E-posti aadress	tegevusteraapia@gmail.com
Kontaktisiku ees- ja perekonnanimi ning kontaktandmed	Heili Piilberg, ETL juhatuse esinaine 55524349

2. Teenuse nimetus, kood ja kohaldamise tingimus(ed)	
2.1. Teenuse nimetus	Tegevusteraapia igapäevases keskkonnas
2.2. Teenuse kood tervishoiuteenuste loetelus (edaspidi loetelu) olemasoleva teenuse korral	
2.3. Kohaldamise tingimus(ed)	
2.4. Ettepaneku eesmärk	<input checked="" type="checkbox"/> Uue tervishoiuteenuse (edaspidi 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 <input type="checkbox"/> Teenuse kustutamine loetelust ⁵ <input type="checkbox"/> Teenuse omaosaluse määra muutmine ⁶ <input type="checkbox"/> Muu (selgitada)
2.5. Peatükk loetelus, kus teenus peaks sisalduma	<input type="checkbox"/> Üldarstiabi <input type="checkbox"/> Ambulatoorne eriarstiabi <input type="checkbox"/> Meditsiiniseadmed ja ravimid <input type="checkbox"/> Statsionaarne eriarstiabi <input type="checkbox"/> Uuringud ja protseduurid <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 checked="" type="checkbox"/> Ei oska määrata/ Muu (selgitada)

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.

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. Tõenduspõhisus ja näidustused

3.1. teenuse osutamise meditsiinilised näidustused ja vajadus teenuse osutamiseks;

Tegevusteraapia teenuse pakkumine igapäevases keskkonnas tuleneb tegevusteraapia teoreetilistest alustest. Tegevusteraapia filosoofiliste aluste järgi mõjutab patsiendi tegevusvõimet keskkond (nii füüsiline, sotsiaalne, poliitiline, kultuuriline kui ka institutsionaalne) ja patsiendi tegevusvõime täpseks hindamiseks on vajalik tegevusvõimet hinnata patsiendi igapäevases keskkonnas. Patsiendi, eriti puuet omava isiku jaoks, on keskseks keskkonnaks kodu, sest puuetega inimesed veedavad kodus rohkem aega kui puuet mitte omavad inimesed (1).

Tegevusteraapia igapäevakeskkonnas on näidustatud taastusraviteenuste raames (2, 3). Tegevusteraapia teenust igapäevakeskkonnas defineeritakse kui tegevusteraapeudi visiiti patsiendi koju eesmärgiga selgitada välja, milline on patsiendi suutlikkus igapäevategevustes osalemiseks (kodu)keskkonnas või hinnata, mil määral on patsient suuteline olema igapäevategevustes iseseisev (4).

Näiteks insuldipatsientide ja nende lähedaste jaoks võib üleminek turvalisest haiglakeskkonnast iseseisvasse kodukeskkonda olla raske kogemus. Seetõttu loetakse patsiendi haiglast väljakirjutamisele eelnev kodukülastus (pre-discharge home visit) paljudes ravijuhistes ravi lõppemise ja kojumineku oluliseks osaks (1). Nimetatud kodukülastust viivad läbi erinevad multidistsiplinaarse meeskonna liikmed (tavaliselt tegevusteraapeut), kes oma hinnangu ja tagasiside kaudu annavad ravimeeskonnale ja patsiendile/ lähedastele võimaluse ära tunda tõenäolisi probleeme ning vajadusi, mida insuldipatsient võib kodus kogeda (4, 5). Eakate puusaluumurru ravijuhendites on kirjas, et tegevusteraapeudi kodukülastus ja kodukeskkonna hindamine eelneb varajasele kojulaskmisele (3). Lisaks eelpoolnimetatud diagnoosidele aitavad tegevusteraapid igapäevategevustega toime tulla veel diabeedihaigetel, kardioloogiliste probleemidega patsientidel, kroonilise kopsuhaigusega patsientidel ja kognitiivsete ning käitumisprobleemidega patsientidel (6). Samuti liigub laste tegevusteraapia kliinilisest keskkonnast koduse keskkonna poole (7). Sõltumata diagnoosist või tervises seisundist aitavad tegevusteraapid leida vastavuse patsiendi võimete, vajalike ja soovitud tegevuste ning koduse keskkonna vahel nii, et patsiendid saavad turvaliselt ja produktiivselt hakkama (6).

Viimastel aastatel on riigid nagu USA või Suurbritannia alustanud tervishoiuteenuste, sh tegevusteraapia teenuse viimist patsiendi kodule lähemale (8, 9).

3.2. teenuse tõenduspõhisus avaldatud kliiniliste uuringute alusel taotletud näidustuste lõikes;

Jrk nr.	Uuringu autori(te) nimed	Uuringu kvaliteet ⁷	Uuringusse hõlmatud isikute arv ja	Uuritava teenuse	Esmane tulemus	Muu(d) tulemus(ed), mida mõõdeti/	Alternatiiv(i) d) millega võrreldi	Jälgimise periood
---------	--------------------------	--------------------------------	------------------------------------	------------------	----------------	-----------------------------------	------------------------------------	-------------------

⁷ Märgitakse järgmiselt:

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

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

			<i>lühiseloomustus</i>	<i>kirjeldus</i>	<i>s, mida hinnati</i>	<i>hinnati</i>		
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>	<i>8</i>	<i>9</i>
<i>1</i>	Avlund K, Jepsen E, Vass M, Lundem ark H (10)	B – prospektiivne randomiseeritud kontrollitud uuring	Lõplikus valimis 149 patsienti. Uuritavad olid kõik kolme maakonnahaigla geriaatrilisest ja raviosakonnast koju väljakirjutatud patsiendid. Sekkumiserühmas oli 59 patsienti, kontrollrühmas 90.	Uuriti interdistsiplinaarse meeskonnaga (õde, hooldaja - abistaja, füsioterapeut, tegevusterapeut) poolt läbi viidud koduvisiitide efektiivsust patsientide funktsionaalsusele.	Funktsionaalne võimekus (mõõdetuna Barthel indeksit kasutades) paranes sekkumiserühmas 2,6 punkti võrra (kontrollrühmas oli muutus 0,5 punkti), erinevus ei olnud statistiliselt oluline. NNT (<i>number needed to treat</i>) oli 20. Leiti, et sekkumine oli efektiivne raviosakonnast väljakirjutatud patsientide hulgas. Sekkumine oli efektiivne	-	Sekkumise mitterakendamine.	Veebruar 1996–oktoober 1997

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

D – muu, selgitada.

					<p>pulmonaarsete diagnoosidega ja traumaga (peamiselt puusaurud) patsientide puhul. Taashospitaliseerimisel olulist erinevust seksimis- ja kontrollrühma vahel ei leitud. Raviosakonnast väljakirjutatud puhul oli seksimisrühmas taashospitaliseerimine 31%, kontrollrühmas 42%. Erinevus ei olnud statistiliselt oluline.</p>			
2	Cumming RG, Thomas M, Szonyi G, Salkeld G,	B – randomiseeritud kontrollitud uuring	530 uuritavat (vähemalt 65-aastased, keskmine vanus 77 a), kes kaasati uuringusse statsionaarsel	Tegevusterapeuti koduvisiit keskkonnanariskid	Kukkumised 12 kuu jooksul (uuritavad täitsid päeviku	-	Kodukeskonnariskifaktorite mitteamine, kohanduste mitterakendamine.	Uuringu avaldamise aasta 1999

	<p>O'Neil E, Westbury C, Frampton G (11)</p>		<p>ravil olles kahest erinevast haiglast erinevatest osakondadest. Sekkumisrühmas 264 patsienti, kontrollrühmas („tavapärase käsitlus“) 266 patsienti.</p>	<p>määratlemiseks.</p>	<p>t, mille saatsid uuringu keskusele iga kuu), päeviku mittesatunud uuritava tegevõeti ühendust telefoni teel ja küsiti andmed kukumiste kohta. Sekkumisrühmas esines 1 aasta jooksul kodus kukumisi 33%-l ning kontrollrühmas 43%-l. Tegevusterapeutiline sekkumine koduse keskkonnakohanduste rakendamise näol oli efektiivne isikute seas, kellel oli eelnevalt kukumisi</p>			
--	--	--	--	------------------------	--	--	--	--

					esinenu d.			
3	Johnston K, Barras S, Grimme r- Somers K (12)	B – randomi seeritud kontrolli tud uuring	Uuringusse kaasati 342 patsienti linnahaiplast arvestades patsientide kognitsiooni, kaasuvaid haiguseid. Uuringusse kaasati patsiendid, kes kirjutati haiglast koju (mitte hoolekandestus- sse). Kaasatud patsiendid olid erinevate diagnoosidega. Sekkumisrühma s oli 223 patsienti (keskmise vanus 78), kontrollrühmas 119 patsienti (keskmise vanus 77).	Tegevus teraapia koduvisi it patsiend i koduse keskkon na kohandu ste vajadus e kaardist amiseks , rakenda miseks.	Kukku mised 1 kuu jooksul (uuriti seost kukkum iste ja tegevus terapeu di koduvis iitide vahel). Lisaks koguti järgnev ad andmed : patsien di sugu, vanus, diagnoo sid, FRASS skoor (<i>Falls Risk Assess ment Scoring System</i>) , funktsio naalne võimek us (FIM mõõdik u järgi), tegevus teraapia teenuse saamine koduse keskko nna kohand amiseks . Hinnati ka patsient ide	Seosed kukkumiste ja patsientide diagnoosid e vahel; seos kukkumiste ja FRASS skoori vahel	Kodukeskko nna riskitegurite mittekaardist amine (ning kohanduste mitterakenda mine).	Novemb er 2004 – juuli 2005

					<p>suutlikk ust osaleda tegevus tes kodu- skonn as. Visiit viidi läbi enne patsien di kojukurj utamist. Sekkum isrühma s esines kukkum isi 10,3%-l patsient idest ning kontroll rühmas 23,1%- l. Leiti ka seoses diagnoo side, madala FRASS skoorig a. Patsient idel, kellele ei tehtud kojumi nekueel set tegevus terapeu di visiiti keskko nnakoh anduste vajadus e kaardist amiseks ja rakenda</p>			
--	--	--	--	--	---	--	--	--

					<p>miseks oli ühe kuu jooksul šanss kukkuda 2,6 korda kõrgem (OR=2,6, 95% CI 1,4–4,7). Diagnoosipõhisel leiti, et ortopeediliste haiguste ega patsientidel oli kukkumise risk kaheksa korda kõrgem sekkumist mittesaanute grupis.</p>			
4	Doig E, Fleming J, Cornwell P, Kuipers P (13)	B – randomiseeritud ümberlülitamise uuring, kvalitatiivne	Uuringusse kaasati linnahaiglas 14 patsienti, kelle diagnoosiks oli traumaatiline peaaajukahjustus, lisaks kaasati iga patsiendi puhul üks lähedane (patsiendiga koos elav isik). Patsientide keskmine vanus 27,4, peamiselt mehed.	Uuriti, kuidas teraapiakeskkonnad mõjutab taastumisprotsessi patsientide, nende lähedaste ning tegevusterapeutide arvates. Lisaks tavapärasele taastusravi	Osalejate arvamused ja kogemuste kirjeldus täiendava rõhuasetusega kogemuste erinevuse kirjeldamiseks kahe erineva teraapiakeskko	Lähedaste ning terapeutide arvamused, kogemused.	Sekkumine haiglakeskonnas (päevaravi).	Oktoober 2005 – aprill 2007

				ammile said patsiendid 6 nädala jooksul tegevust eraapia teenust kodus või haiglakeskkonnas (päevaravi vormis). Tulemuste hindamiseks kasutati poolstruktureeritud intervjuud.	nnaga (kodu, haigla). Patsiendid eelistasid teraapia keskkonnana kodu. Sekkumine läbiviimine kodus võimaldas patsiendi lähedasi rohkem kaasata; leiti, et selline sekkumine on kliendikeskne ja rohkem eesmärkidele suunatud.			
5	Wuang Y, Ho G, Su C (14)	B – randomiseeritud kontrollitud uuring	Intellektipuudega lapsed vanuses 6–12 kaasati uuringusse koolide või haiglate kaudu, uuring viidi läbi Taiwanis. Uuringu sekkumisrühmas oli 57 last, kontrollrühmas samuti 57 last.	Tegevusteraapia koduteenus 20 nädala jooksul (teraapia sessioon kestis keskmiselt 15 minutit ning toimus vähemalt 15-1 päeval kuus).	Tulemuste mõõtmisel kasutati COPM (<i>Canadian occupational performance measure</i>), CAPE (<i>The Children's assessment of particip</i>	-	Tegevusteraapia koduteenuse mitterakendamine.	2008–2011

					<p>ation and enjoyment), BOT-2 (Bruini nks-Oseretsky test of motor proficiency – second edition)</p> <p>. Sekkumisrühmas näitasid testide tulemusel paranemist kõikide skooride osas. Paranes laste peenmotoorika (kirjutamine, joonistamine, esemete ga manipuleerimine). Üldmootorika osas paranemist ei täheldatud (jõud, vastupidavus, koordineatsioon).</p> <p>.</p>				
6	Walker MF,	B – randomi	Registri kaasati	abil 185	Tegevusterapia	EADL (extend	RMA (Rivermead	Tegevusterapia	Veebruar 1994 –

	Gladman JRF, Lincoln NB, Siemonsma P, Whiteley T (15)	seeritud kontrollitud uuring	järjestikust patsienti, kellel oli viimase kuu jooksul olnud insult, kuid kes ei olnud hospitaliseeritud. Uuring viidi läbi Ühendkuningriigis. Sekkumiserühmas oli 94 patsienti (keskmine vanus 73,6a), kontrollrühmas 91 patsienti (keskmine vanus 75,1a).	patsiendi kodus mittehospitaalse patsientidele insuldijärgses perioodis.	<i>ed activities of daily living scale</i>). Keskmiselt 5,8 visiiti kestusega keskmiselt 52 minutit. Barthel indeksi tulemus järgi oli tegevuste terapeutiline sekkumine efektiivne.	<i>Motor Assessment gross function</i>), <i>London handicap scale</i> , üldine terviseküsimustik, hooldaja koormuse küsimustik. EADL, hoolduskooormuse ning <i>London handicap scale</i> tulemuste järgi oli sekkumine efektiivne.	mitterakendamise.	märts 1998
7	Helewa A, Goldsmith C, Tugwell P, Hanes B, Bombardier C, Smythe H, Lee P (16)	B – randomiseeritud kontrollitud ümberlülitusega uuring	Uuringusse kaasati reumatoidartriiti põdevad patsiendid (n=105) vanuses 18–70. Uuring viidi läbi Kanadas. Sekkumiserühmas oli 53 patsienti, kontrollrühmas 52 patsienti.	Tegevusteraapia koduleenus.	Küsimustik tegevuste osalemise raskendatuse hindamiseks (hinnati riitumist, söömist, hügieenitoimingu, majapidamist, liikumist, sotsiaalsid funktsioone, suhtlemist, vaba aega	AIMS (Arthritis Impact Measurement Scale), HAQ (Stanford health assessment questionnaire), Keitel instrument, British Rheumatism Council assessment.	Tegevusteraapia koduleenus mitterakendamise.	August 1984 – september 1986

					tegevused. Sekkumisrühmas paranes patsientide suutlikkus osaleda igapäevategevustes 6-nädalase sekkumise järgselt.			
8	Ng S, Chu M, Wu A, Cheung P (17)	B - sekkumisuuring	Uuringusse kaasati 144 patsienti (noorim 31-aastane, 83% patsientidest olid üle 65-aastased). Kaasamise kriteeriumiks oli esmakordne insulti haigestumine, haiglast otse kojukirjutamine, kognitiivse kahjustuse puudumine.	Tegevus teraapia kodus kokonnan	Barthel indeks. Patsientide tulemused Barthel indeksi järgi näitasid sekkumise efektiivsust.	Hoolduskoormuse indeks (Caregiver Strain Index), enesetõhususe skaalad patsiendile ja abistajale, SAFER indeks (<i>Safety Assessment of Function and the Environment for Rehabilitation</i>). Sekkumine oli efektiivne kõikide skaalade tulemuste järgi.	-	Uuringu avaldamise aeg 2005
9	Sampson CJ, James M, Whitehead P, Drummo	B - randomiseeritud kontrollitud uuring	Uuring viidi läbi insuldi tõttu hospitaliseeritud patsientide seas (n=65), sekkumisrühmas 37,	Tegevus teraapia koduvisiit (väljakirjutamise eelne)	QALY (kvaliteedile kohandatud eluaastad)	Võeti arvesse tööjõu ajakulu (erineva palgatasemega terapeudid)	Tegevusteraapia läbiviimine haiglateskonnas.	Uuringu avaldamise aeg 2015

	nd A (18)		kontrollrühmas 28 patsienti.		Tegevusterapeudi koduvisiidi keskmine maksumus oli 183£, haiglas läbiviitud teraapia tunni hind oli 75£. Uuringute tulemuste järgi on tegevusterapeudi koduvisiit kallim kuid efektiivsem.	ning transpordikulu. EQ-5D (elukvaliteedi küsimustik) – kontrollrühmas tõusid keskmised tulemused 0,450-lt 0,512-le; sekkumishmas oli paranemine 0,406-lt 0,527-le. Uuringus ei võetud arvesse kulusid sotsiaal- ja tervishoiuteenustele, ravimitele. Samuti ei arvestatud, kas ja millal patsient on suuteline tööle naasma.		
--	--------------	--	---------------------------------	--	--	---	--	--

3.3. teenuse sisaldumine punktis 3.1 esitatud näidustustel Euroopa riikides aktsepteeritud ravijuhistes;

Ravijuhiseid, kus sisaldub tegevusterapia teenus koduses keskkonnas, on mitmeid. Neist tuntumad on kindlasti Ühendkuningriigi ravijuhised (sulgudes viite number):

- a) Puusaproteesimise järgne ravi (3)
- b) Kukkumiste ennetamine (19)
- c) Huntingtoni tõbi (20)
- d) Parkinsoni tõbi (21)
- e) insuldi rehabilitatsioon (2)

Üheski Euroopa riigis ei ole eraldi ravijuhiseid tegevusterapia läbiviimiseks igapäevases keskkonnas, teenused igapäevases keskkonnas on kirjeldatud juhistes ühe osana tervikust.

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

Enamikes taastusravialastes ravijuhendites on kirjeldatud multidistsiplinaarse meeskonna liikmete kodukülastust, enamasti viib külastusi läbi tegevusterapeut (2–5, 22). Inglismaal

läbiviidud uuringu alusel olid kolm peamist eesmärki tegevusterapeudi kodukülastusteks: igapäevaelutegevuste harjutamine või hindamine kodus keskkonnas (93%); turvalisusega seotud probleemide hindamine/lahendamine (92%); kodus keskkonnas liikumise või siirdumiste harjutamine/hindamine (88%) (23). Tegevusteraapia teenuse raames hinnatakse ka patsiendi koduse keskkonna mõju tegevusvõimele ning soovitatakse kohandusi (19).

Eestis on hetkel tegevusteraapia teenust igapäevases keskkonnas võimalik saada ainult erapraksiste kaudu, Eesti Tegevusterapeutide Liidu teada pakub väikeses mahus seda teenust 2 firmat. Huvi vastava taotletava teenuse järele on olemas aga nii teenuse saajate kui teenuse osutajatel poolt.

3.5. Meditsiinilise tõenduspõhisuse võrdlus Eestis ja rahvusvaheliselt kasutatavate alternatiivsete tervishoiuteenuste, ravimite jm,

Alternatiivseid tervishoiuteenuseid ei ole. Osaliselt on alternatiivne teenus tegevusteraapia haiglakeskkonnas.

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

Hetkel on Haigekassa Tervishoiuteenuste loetelus § 27 lõikes 3 olemas kaks tegevusteraapia teenust:

7053 Tegevusteraapia individuaalne (kestus 30 min)

7054 Tegevusteraapia 2-3 haigele samaaegaselt (kestus 30 min)

Taotletav teenus tegevusteraapia igapäevases keskkonnas täiendab olemasolevaid teenuseid ning ei asenda ega välista juba olemasolevate teenuste kasutamist. Uus teenus võimaldab patsiendile mitmekesisemat ja kliendikesksemat teenust, kuna võimaldab terapeudil teenust läbi viia igapäevases keskkonnas (kodus, hooldusasutuses, koolis jne), kus patsient tegutseb.

Taotletav teenus asendab osaliselt teenuse 7053 kasutamist ning selle mõju on vähemalt sama, mis haiglakeskkonnas osutatav tegevusteraapia teenus.

3.7. teenuse seos erinevate erialade ja teenuse tüüpidega;

Sarnaselt juba olemasolevate tegevusteraapia teenustega on uus, taotletav teenus seotud eriarstiabiga - taastusraviga nii statsionaases kui ambulatoorses faasis.

Teenuse osutajateks on tegevusterapeutid, kes omavad erialast haridust ning/või kutsetunnistust (kooli lõpetamisest on möödas rohkem kui 5 aastat).

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):

Tegevusteraapia igapäevases keskkonnas oodatavad ravitulemused lähtuvalt ravijuhenditest:

- 1) paraneb inimeste toimetulek igapäevases keskkonnas, väheneb kõrvalabi vajadus ja seoses sellega koormus meditsiinisüsteemile. Patsiendi lähedastel tekib võimalus minna tööle/õppima ehk hakata täitma enda eakohast rolli ühiskonnas;*
- 2) paraneb inimeste võimalus iseseisvaks töötamiseks või kiiremaks naasmiseks tööturule;*

3) *patsiendi lähedased oskavad patsienti paremini aidata, väheneb üleabistamine (ja seoses sellega õpitud abituse fenomen), suureneb lähedaste teadlikkus igapäevakeskkonna kohandamisest ja sellest tulenevast kasutegurist patsiendi iseseisvuse suurendamisele.*

P 3.2. tabeli uuringu jrk nr.	Teenusest saada 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:

Teenusega seotud kõrvaltoimeid ja tüsistusi ei ole kirjeldatud. Võrreldes haiglakeskkonnaga väheneb tegevusteraapia teenuse osutamisel igapäevases keskkonnas kiire (erakorralise) medistiinilise abi kättesaadavus, mis haigla kontekstis on olemas.

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

Kuna kõrvaltoimeid ja tüsistusi ei ole kirjeldatud, ei ole võimalik kirjeldada ka nende ravi.

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;

Tegevusteraapia teenuseks igapäevases keskkonnas on eelnevalt vajalik eriarsti vastuvõtt, kes täpsustab tegevusteraapia vajaduse ning vormistab suunamise. Teenuse osutamise ajal ei ole arsti lisakonsultatsiooni vaja, kuna tegevusterapeut vahendab multi/interdisiplinaarses meeskonnas olevale arstile vajaliku info.

4.5.teenuse võimalik väär-, ala- ja liigkasutamine; teenuse optimaalse ja ohutu kasutamise tagamiseks teenusele kohaldamise tingimuste seadmise vajalikkus;

Teenuse väärkasutamine võib olla seotud:

- patsiendi demotiveeritusega,*
- teenuse hinnaga (transpordi osa tõttu on teenuse hind kõrgem kui nn. tavategevusteraapia).*

Hinnast tulenevad faktorid võivad mõjutada ka teenuse ülekasutamist või alakasutamist.

Teenuse väär-, ala- või liigkasutamist aitavad vältida järgmised meetmed:

- patsiendi omaosalus kuni 10% ulatuses;*
- arsti (ning vajadusel tegevusterapeudi) vastuvõtt teenuse vajaduse hindamiseks enne teenuse osutamist;*
- tegevusterapeut kuulub multi/interdistiplinaarsesse meeskonda ning sellega seoses on patsiendi ravi puudutavatesse otsustesse võimalik kaasata nii eriarst kui teised spetsialistid.*

4.6.patsiendi isikupära võimalik mõju ravi tulemustele;

Patsiendi isikupärast tulenevad faktorid, mis võivad mõjutada teenuse osutamist:

- a) *motivatsioon*
- b) *soov iseseisvalt toime tulla*
- c) *vanus*

5. Vajadus

5.1.Eestis teenust vajavate patsientide arvu hinnang (ühe aasta kohta 4 aasta lõikes), kellele on reaalset võimalik teenust osutada taotletud näidustuste lõikes:

Tegevusteraapia rakendamine igapäevakeskkonnas sõltub eelkõige patsiendi vajadusest. Eesti praktikas tervishoiuteenusena võrreldavat teenust hetkel kasutusel ei ole. Samas on väliskirjanduse andmetel tegevusteraapia koduteenuse rakendamine laialt levinud. Võttes arvesse tegevusterapeutide väikest arvu elanike (patsientide) arvu kohta Eestis, tuleb teenuse rakendamise otsus langetada juhtumipõhiselt tegevusterapeutide ning võimalusel ravimeeskonna osalusel. Olukorras, kus Eesti rahvastiku arv on 2013 ja 2014 aasta andmete põhjal vähenenud (24) ning taastusravi protseduuride arv langenud (25), rakendati nimetatud aastatel tegevusteraapiat suurenevas mahus (vt tabel 1). Põhjuseks võib olla nii suurenenud vajadus teenuse järele, suunamiste arvu tõus kui ka tegevusterapeutide arvu tõus.

*Lähtudes aastatel 2013 ja 2014 ostutatud teenuste arvust ning praktiseerivate tegevusterapeutide töökogemusest võiks erialaliidu ettepanekul teenuse tegevusteraapia igapäevakeskkonnas **prognoositav maht** moodustada 10% tegevusteraapiasse suunatud patsientidest. Maht suureneb aastate lõikes eeldusel, et tegevusterapeutide lisandub igal aastal seoses õpingute lõpetamisega.*

Tabel 1. Tegevusteraapia teenuse osutamine vanuserühmades (mehed ja naised koos)*

Aasta	Vanus	Ravi tüüp	Teenuste arv
2013	0-14	Haiglaravi	3344
		Ambulatoorne abi	2840
		Päevaravi	897
		Kokku	7081
	15 ja vanemad	Haiglaravi	35 580
		Ambulatoorne abi	4778
		Päevaravi	73
Kokku	40 431		
Aasta kokku		47 512	
2014	0-14	Haiglaravi	3856
		Ambulatoorne abi	3757
		Päevaravi	1768
		Kokku	9381
	15 ja vanemad	Haiglaravi	55 748
		Ambulatoorne abi	9247
		Päevaravi	81
Kokku	65 076		
Aasta kokku		74 457	

*2013. aasta märtsist alates on tegevusteraapia ühikuks 30 minutit, eelnevalt oli 60 minutit.

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.

5.3.teenuse mahu prognoos ühe aasta kohta 4 järgneva aasta kohta näidustuste lõikes:

Teenuse näidustus	Teenuse maht aastal t	Teenuse maht aastal $t+1$	Teenuse maht aastal $t+2$	Teenuse maht aastal $t+3$
1	2	3	4	5

6. Taotletava teenuse kirjeldus

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

Teenuse osutamise kohale ei ole erinõudeid. Teenust osutatakse patsiendi igapäevases keskkonnas (kodus, hooldusasutuses, koolis jne).

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

Patsiendi ettevalmistamiseks eelnevaid spetsiifilisi toiminguid vaja ei ole. Vajalik on patsiendi ja/või tema lähedaste kohaolu ning patsiendi igapäevaselt kasutatavate abivahendite olemasolu. Isikukaitsevahendeid (desinfektsioonivahendid, kummikindad jne) kannab tegevusterapeut endaga kaasas.

6.3.teenuse osutamise kirjeldus tegevuste lõikes;

Tegevusteraapia teenus igapäevases keskkonnas ei erine praegu olemasolevatest tegevusteraapia teenustest. Tegevusteraapia teenus sisaldab järgmisi komponente:

- 1) tegevusvõime hindamine;*
- 2) igapäevaelu oskuste õpetamine ja harjutamine;*
- 3) tegevuseelduste arendamine, taastamine ja säilitamine;*
- 4) igapäevaelu tegevuste sooritamist toetavate abivahendite määramine, soovitamine ning kasutama õpetamine;*
- 5) keskkonna kohandamine patsiendi tegevusvõimele vastavaks;*
- 6) individuaalsete ortooside valmistamine;*
- 7) tegevusvõimealane juhendamine ja nõustamine;*
- 8) teenuste osutamist tõendavate dokumentide vormistamine ning patsiendile tervishoiuteenuse osutamisega seotud andmete töötlemine tervise infosüsteemis.*

Ühe tegevusteraapia teenuse igapäevases keskkonnas kestvus on 60 minutit, millele lisandub transpordile kuluv aeg.

7. Nõuded teenuse osutajale

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

Teenuse suunajaks saab olla eriarstiabi osutaja. Teenust osutab tegevusterapeut.

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

Täiendavat osakonda teenuse osutamiseks vaja ei ole.

7.3.personali (täiendava) väljaõppe vajadus;

Täiendavat väljaõpet tegevusteraapia erialasele haridusele ei ole. Erialase pädevuse tõendamiseks on 5 aastat peale eriala lõpetamist vajalik kutsetunnistuse olemasolu.

7.4.minimaalsed teenuse osutamise mahud kvaliteetse teenuse osutamise tagamiseks;

Tegevusterapeut, kes teenust osutab, peab omama töökoormust vähemalt 0,25 ulatuses (ehk 10 töötundi nädalas).

7.5.teenuse osutaja valmisoleku võimalik mõju ravi tulemustele.

Kui teenuse osutaja on teenuse osutamiseks valmis, on mõju ravile positiivne ehk püstitatud eesmärgid on täidetavad.

8. Kulutõhusus

8.1.teenuse hind; hinna põhjendus/selgitused;

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

Taotletava teenuse sisu ja osutaja on võrdsed Haigekassa teenuse hinnakirjas oleva individuaalse tegevusteraapia teenusega ning taotletava teenuse hinna aluseks on võetud individuaalse tegevusteraapia teenuse hind (11,90 €). Individuaalne tegevusteraapia teenus kestab 30 minutit, taotletava teenuse hinnaks on arvestatud 60 minutit. Individuaalse teenuse hind korrutati kahega ning lisati üks teenus (30 minutit) transpordile kuluva aja eest.

Individuaalse tegevusteraapia ja tegevusteraapia igapäevases keskkonnas teenuste hinna vahe tuleneb teenuse osutamise kohast. Tegevusteraapia igapäevases keskkonnas teenuse korral toimub teenuse osutamine patsiendi juures ehk teenusele lisandub transpordikulu ja transpordile kuluv aeg (mis kuulub terapeudi tööaja hulka); teenuse hinnast jääb aga välja ruumikomponent, mis on arvestatud individuaalse tegevusteraapia teenuse sisse.

Transpordikomponendi arvutamisel on transpordikulu aluseks võetud Koduõendusteenuses olev transpordikulu (1,92€ visiidi eest).

8.2.teenuse osutamise kaasnivate 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;

Puudub.

8.3.ajutise töövõimetuse hüvitise kulude muutus ühe raviepisoodi kohta tuginedes tõendus põhiste uuringutele võrreldes alternatiivsete teenustega;

Puudub.

8.4.patsiendi poolt tehtavad kulutused võrreldes alternatiivsete teenuste korral tehtavate kuludega

Patsiendi omaosalus 10% taotletava teenuse hinnast ehk $10\% \times 37,62 = 3,76\text{€}$.

Patsient ei pea tasuma transpordi eest, mida on vaja tasuta minekuks ambulatoorsele või statsionaarsele tegevusteraapia teenusele.

9. Omaosalus

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

Patsiendi omaosalus võiks olla 10% ühe teenuse hinnast ühe visiidi kohta ehk punktis 8.1 toodud hinna korral oleks $\% \times 37,62 = 3,76\text{€}$.

10. Esitamise kuupäev	30.12.2015
11. Esitaja nimi ja allkiri	Heili Püilberg (allkirjastatud digitaalselt)

12. Kasutatud kirjandus

1. Harris S, James E, Snow P. PredischARGE occupational therapy home assessment visits: towards an evidence base. Australian Occupational Therapy Journal 2008;55:85-95.
2. Stroke rehabilitation. Long term rehabilitation after stroke. National Clinical Guideline Centre; 2013.
3. Sainty M (toim.). Occupational therapy for adults undergoing total hip replacement: Practice guideline. London: College of Occupational Therapists; 2012.
4. Brain injury rehabilitation in adults: a national clinical guideline. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN); 2013.
5. Management of patients with stroke. Rehabilitation, prevention and management of complications, and discharge planning: a national clinical guideline. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN); 2010.
6. Siebert C, Vance K. Fact sheet. Occupational therapy's role in home health. The American Occupational Therapy Association; 2013.
7. Hinojosa J, Anderson J. Pediatric occupational therapy in the home. Am J Occup Ther. 1988;42:17-22.
8. Moving healthcare closer to home: Summary. Monitor. 2015;
9. American Occupational Therapy Association. Senate bill would expand occupational therapy's role in home health. (<http://www.aota.org/Advocacy-Policy/Congressional-Affairs/Legislative-Issues-Update/2015/senate-bill-would-expand-OT-home-health.aspx>).
10. 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.
11. 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.
12. 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.
 13. 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.
 14. 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.
 15. 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.
 16. 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.
 17. 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.
 18. 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).
 19. Occupational therapy in the prevention and management of falls in adults: Practice guideline. London: College of Occupational Therapists; 2015.
 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;2:79–87.
 21. Aragon A, Kings J. Occupational therapy for people with Parkinson's: best practice guidelines. London: College of Occupational Therapists; 2010.
 22. Management of hip fracture in older people: a national clinical guideline. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN); 2009.
 23. Drummond A, Whitehead P, Fellows K, Edwards C, Sprigg N. Occupational therapy pre-discharge home visits for patients with a stroke: What is national practice? *Br J Occup Ther.* 2012;75:396–402.
 24. Eesti Statistikaamet. Statistika andmebaas: Rahvastik - Rahvastikunäitajad ja koosseis (http://pub.stat.ee/px-web.2001/Database/Rahvastik/01Rahvastikunaitajad_ja_kooseis/04Rahvaarv_ja_rahvastiku_kooseis/04Rahvaarv_ja_rahvastiku_kooseis.asp).
 25. Tervise Arengu Instituut. Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas (<http://pxweb.tai.ee/esf/pxweb2008/Database/Tervishoiuteenused/04Diagnostika/04Diagnostika.asp>).