

Taastusravivõrgu arengukava.

Taastusravi on aktiivravi liik, mis on suunatud häirunud funktsioonide taastamisele, säilitamisele või puudega kohanemisele.

Taastusravi rakendab ravi ja menetlusi, et taastada komplekselt inimese häirunud funktsioone meditsiinilisest, kehalisest, psüühilisest ja sotsiaalsest aspektist.

/LISA TERMINOLOOGIA/

1. Lähteolukord 2000-2003 andmetel.

1.1. Statsionaarse taastusravi asutused.

- Piirkondlikud haiglad: SA TÜK juurde on loodud statsionaarne taastus- ja järelravi osakond, kus teostatakse intensiivset taastusravi meeskonnatöö käsitluses peamiselt SA TÜK patsientidele ja üksikutele mujalt suunatud patsientidele. Varajast taastusravi saavad SA TÜK patsiendid ambulatoorse taastusravi osakonna baasil teiste osakondade vooditel. SA PER intensiivse neuroloogilise taastusravi vajadust katab suures osas AS Keila Taastusravi, ortopeedilisi patsiente suunatakse elukohajärgsetesse taastusravi osakondadesse või taastusravihaiglasse. Varajast taastusravi saavad SA PER patsiendid ambulatoorse taastusravi osakonna baasil teiste osakondade vooditel.
Keskhaiglad: Kohtla-Järve ja Pärnu Haiglas on taastusravivoodid neuroloogia ja ortopeedia osakonnas, LTKH- ei ole statsionaarset taastusravi, ITKH Järve üksuses on 2 taastusravi osakonda (neuroloogiline, ortopeediline).
- Üldhaiglad: eksisteerib mitmeid hästi funktsioneerivaid väikesi osakondi üldhaiglate juures (Võru, Põlva), mõned on siiski osakonnana töö lõpetanud (Kuressaare Haiglas - voodid teistes osakondades). Viljandi Haiglas on taastusravipalatiid neuroloogia osakonnas, Narvas hooldusosakonnas.
- Erihaigla: Haapsalu Neuroloogiline Rehabilitatsioonikeskus
- Lasterehabilitatsiooni alast abi interdistsiplinaarse meeskonnatöö käsitluses osutatakse käesolevalt alljärgnevates asutustes: SA TÜK Lastekliinik, Haapsalu Neuroloogiline Rehabilitatsioonikeskus, Pärnu Haigla taastusravi osakond, SA Tallinna Lastehaigla, Kuressaare Haigla taastusravi osakond, AS Põlva Haigla taastusravi osakond

1.2. Personal.

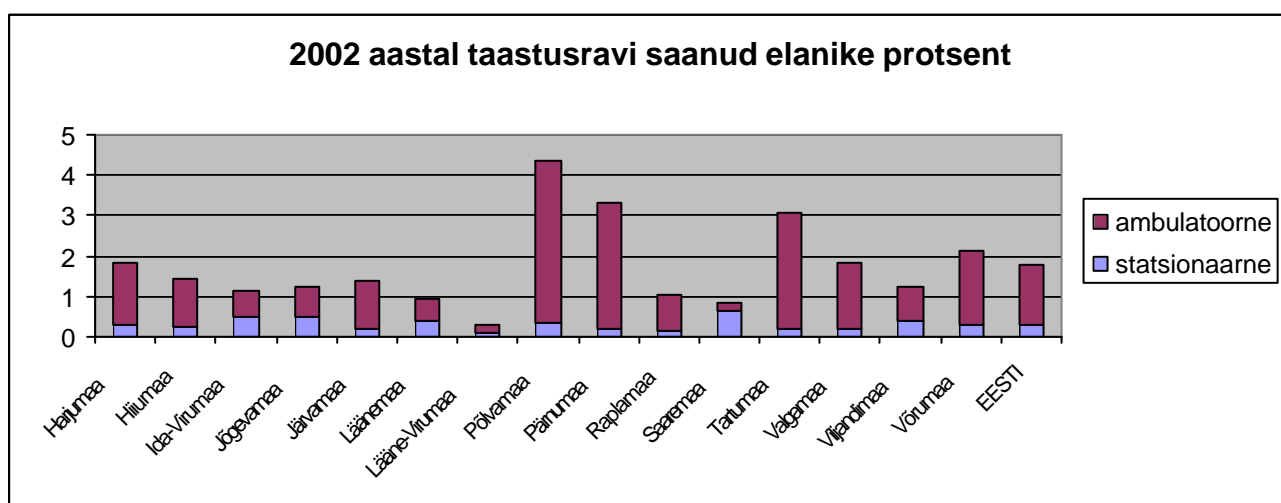
- Taastusravimeeskondadesse on raske leida **kõrgharidusega spetsialiste**, keda tervishoiuteenuste korraldamise seadus ei nimeta tervishoiuteenuse osutajatena: füsioterapeute, logopeede, tegevusterapeute, kliinilisi psühholooge ja sotsiaaltöötajaid. Nende spetsialistide tasustamine tervishoiusüsteemis ei ole piisav.

12.10.03 koostanud Varje-Riin Tuulik Leisi koostöös Eesti Taastusarstide Seltsi, Eesti Füsioterapeutide Liidu, Eesti Tegevusterapeutide Liidu ja Afaasialiidu esindajatega.

- Taastusarstide ja füsioterapeutide **koolitus** TÜ-s on toonud juurde tänapäevaste teadmistega spetsialiste. Endiselt on puudu kliinilisi logopeede, tegevusterapeute, füsioterapeute ja neuropsühholooge. **KOOLITUSLISA**
- Liikumisravi spetsialistid, kõrgharidusega kehalise kasvatusõpetajad, treenerid, ravivõimlemise instruktorid, ravikehakultuuri instruktorid, taastusõed, füsioatriaõed, kes töötavad füsioteraapia alal, vajavad **täiendõpet**, et saada füsioterapeudi kvalifikatsioon. Samuti oleks vaja täienduskursusi taastusravi alal töötavatele teiste erialade arstidele.

1.3. Taastusravi teenuse kättesaadavus.

- **Intensiivse taastusravi teenus** ägeda haiguse ja trauma järgselt ei ole kõigile tagatud, mis soodustab tööealistel inimestel jääva puude kujunemist. Teenuse kättesaadavust piirab patsiendi omaosalus statsionaarse taastusravi puhul ning haigekassa poolt finantseeritud vähesed taastusravi teenuse mahud.
- Funktsioone **toetava taastusravi teenus** kättesaadavus puuetega inimestele vastavalt rehabilitatsiooniplaanis ettenähtule on SM hoolekande osakonna 2003 a. küsitluse andmetel: tegevusterapia puhul 15%, psühhoteraapia 30%, liikumisravi 40%, kõneravi 40%. Teenuse kättesaadavus on vähene, kuna nimetatud teenused ei leia rahastamist. Kuna transporditeenuse kättesaadavus on samadel andmetel 15% ja ajutise hoolduse teenuse kättesaadavus 10%, on selge, miks on suur vajadus ka statsionaarse taastusravi teenuse järele.
- **Ambulatoorse taastusravi** kasutamist piiravad vähesed taastusravi teenuse mahud ning elukohajärgsete taastusravi võimaluste puudumine ja



transpordiprobleem maapiirkondades.

12.10.03 koostanud Varje-Riin Tuulik Leisi koostöös Eesti Taastusarstide Seltsi, Eesti Füsioterapeutide Liidu, Eesti Tegevusterapeutide Liidu ja Afaasialiidu esindajatega.

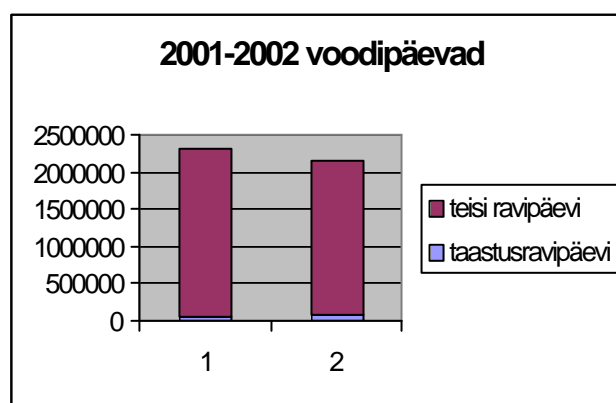
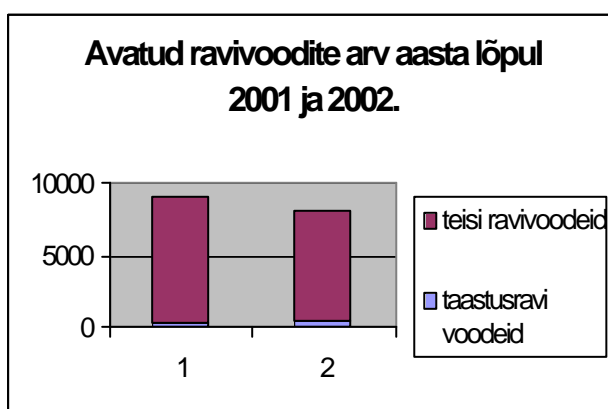
- **Puudega laste** elukohajärgsed taastusravi võimalused on maakonniti väga erinevad; meditsiinilise, psühhosotsiaalse ja haridusliku rehabilitatsiooni koostoitumine on kujunemisjärgus.

STATSIONAARNE TAASTUSRAVITEENUS

	2001	2002
Avatud ravivoodite arv aasta lõpul	9160, sellest TR 348=3,8%	8088, neist TR 381=4,7%
Hospitaliseeritute arv	268741/ neist TR 4172	259978/ 6017
Neist lapsi	39906/ neist TR 310	
Voodipäevade arv	2337531/ sellest TR 66054	2172638/ 84271
Voodikoormus	249,6/ TR 199,2	245,6/ 211,4
Voodihoive	68,4/ 54,6	67,3/ 57,9

2001-2002: hospitaliseeritute arv on tõusnud 31% ja voodipäevade arv on tõusnud 22%, seda ka suhtes teiste raviteenustega (1,6%→2,3%-ni hospitaliseeritutest ning 2,8%→3,9%-ni voodipäevadest). Ka voodikoormus ja -hoive näitab tõusutendentsi.

Tabelis on arvestatud ainult haigekassa poolt finantseeritud teenust ja ei ole arvestatud patsiendi enda, kindlustuste ja rehabilitatsioonitoetuste eest tasutud taastusravi teenuste mahtusid.



Keskmine ravitud haigete arv taastusravi voodil 2001. aastal oli 4328 haigusjuhtu keskmise ravikestusega 14,7 päeva ja 2002. aastal 6136 haigusjuhtu keskmise ravikestusega 13,5 päeva.

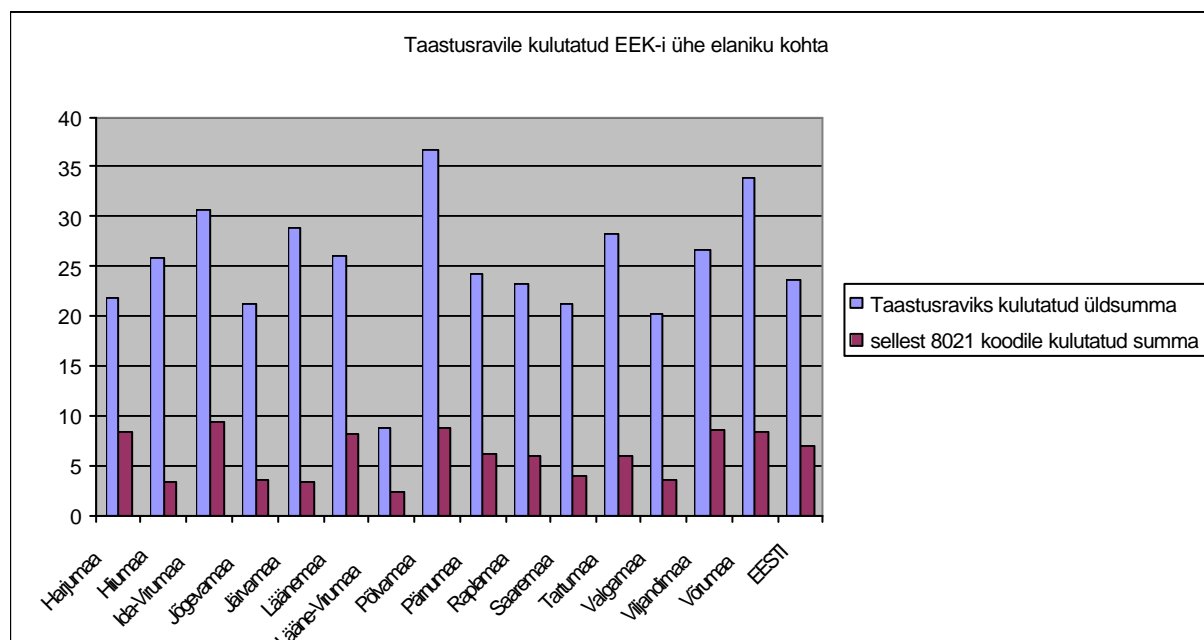
1.4. Taastusravi rahastamine.

- Haigekassa leping ei kata kõiki avatud taastusravi voodikohti.

12.10.03 koostanud Varje-Riin Tuulik Leisi koostöös Eesti Taastusravide Seltsi, Eesti Füsioterapeutide Liidu, Eesti Tegevusterapeutide Liidu ja Afaasialiidu esindajatega.

- 2002. aasta taastusravi lepingu maht oli ~35 miljonit krooni, sellest statsionaarseks raviks ~21,4 miljonit krooni, ambulatoorseks ~13,4 miljonit krooni.
- 2003 a. saavutati statsionaarse taastusravipäeva hinnatõus, mis läheneb ravipäeva omahinnale.
- Taastusravi tervishoiuteenuse osutamist arvestatakse käesoleval ajal vastavalt haigekassa hinnakirjale kahel erineval meetodil:
 1. taastusravi tervishoiuteenuse arvestus **üksikute protseduuride alusel**, kus Haigekassa lepingud katavad hinnanguliselt alla 50% tehtud protseduuridest. Samas on protseduuride hinnad alla omahinna.
 2. **ravipäeva hinnana**: a). statsionaarse taastusravi voodi V98 voodipäeva hinnaga vastavalt koodidele, b). ambulatoorne taastusravi A98 ravipäev. (peab sisaldama 3 protseduuri, mis ei ole paljudel juhtudel patsiendile meditsiiniliselt näidustatud. Erikokkuleppel haigekassaga on lubatud teha 2 protseduuri teatud koefitsendiga.)
- Päevastatsionaaril ja kodutaastusravil ei ole hinda.

2002 aasta Haigekassa andmete analüüs: Põlva, Tartu ja Võru maakonna elanikele osutatud Eesti keskmisest kõrgemat ambulatoorse taastusravi osakaalu on mõneti seletatav nendes maakondades esineva kõrge puuetega inimeste arvuga. Ida-Viru ning Jõgevamaa on tõenäoliselt samal põhjusel kõrge statsionaarse taastusravi saanute %. Ambulatoorse taastusravi % on üle või võrdne 90% -ga Pärnu, Põlva, Tartu ja Valga maakonnas. Põhjuseks tõenäoliselt tugevad taastusravi osakonnad ja statsionaarse ravivõimaluste vähesus või puudumine. Alla 60% jääb ambulatoorse taastusravi protsent aga Ida-Viru, Jõgeva, Lääne ja Saare maakondades. Põhjuseks võib olla, et statistika kajastab ainult haigekassa taastusravi rahade eest osutatud



12.10.03 koostanud Varje-Riin Tuulik Leisi koostöös Eesti Taastusarstide Seltsi, Eesti Füsioterapeutide Liidu, Eesti Tegevusterapeutide Liidu ja Afaasialiidu esindajatega.

teenuse mahtusid, mitte aga kindlustuste, rehabilitatsioonitoetuste ja patsiendi enda poolt ostetud ambulatoorset taastusravi.

1.5. Hindamissüsteem.

Kuna kasutatakse erinevaid teste patsientide funktsionaalse seisundi määramiseks, ei ole tulemused osakondade vahel võrreldavad. Ka ei ole võimalik hinnata süsteemi efektiivsust. Hetkel puudub ühtlustatud statistika ja arstiabi etappide ning sotsiaalhoolekande süsteemi omavaheline andmevahetuse skeem. On alustatud Rahvusvahelise Funktsioonide Klassifikatsiooni juurutamist Eesti taastusravi ja rehabilitatsioonisüsteemis.

1.6. Ravijuhised.

2002 loodi Eesti Taastusarstide Seltsis töögrupid taastusravi ravijuhiste koostamiseks (neuroloogilise, ortopeedilise, kardioloogilise, laste taastusravi töögrupp).

1.7. Sihtgrupp

2000 aasta uuringu alusel (I. Tiirmaa 2001) on taastusravi klientideks: **0-20 a. – 46%** (neist 73% 0-1 aastased), **41-60 a. –21%**, 61-80 a. –16%, 21-40 a. 16%. Lääne, Harju, Pärnu ja Tartu maakonnas, kus on heal tasemel laste taastusravi, teenindati kõige rohkem 0-20 a vanuseid isikuid. Kagu regioonis teenindati võrdselt nii 0-20 kui 41-60 a vanuseid, Ida-Viru regioonis kõige enam 61-80 a. vanuseid patsiente. Kõige enam vajasid patsiendid taastusravi närvisüsteemi haiguste korral 39%, terviseedenduse 22% (sh. 0-1 a laste ennetav arendusravi) ja skeleti-lihassüsteemi haiguste korral 19%. Laste puhul on kõige haavatavamad vanusgrupid on 0-4-aastased ja teismelised (10 - 15 a.), mil haigestumus ealistest iseärasustest tingituna on suur. Krooniliste haiguste ja/või puudega/erivajadustega on (ja seega otseselt rehabilitatsiooni vajavaks sihtgrupiks on) ~ 10 % lastest. 2000.a. 1. juuli seisuga oli Eestis 4801 puudega last. 2001. aastal omistati esmane puue 42272-le isikule, neist 577 lapsele.

2. Visioon

Taastusravi on aktiivravi lahutamatu osa. Taastusravi pädevuskeskused asuvad sarnaselt teiste erialadega piirkondlikes ja keskhaiglates, kus siduserialade ja piisava praktika olemasolu tagab eriala igakülgse arengu ja spetsialistide kompetentsuse. Osakonnad suurte haiglate juures loovad paremad seosed taastusravi ja teiste aktiivravi teenuste vahel (patsient leiab kergemini tee taastusravile) ning teenivad

12.10.03 koostanud Varje-Riin Tuulik Leisi koostöös Eesti Taastusarstide Seltsi, Eesti Füsioterapeutide Liidu, Eesti Tegevusterapeutide Liidu ja Afaasialiidu esindajatega.

väga olulise hulga patsientide huve. Taastusravi toimub valdavalt meeskonnatöö põhimõttel. Taastusravi meeskonna moodustavad: taastusarst, füsioterapeut, sotsiaaltöötaja ning vastavalt vajadusele teised taastusraviga tegelevad spetsialistid (logopeed, psühholoog, õde, ravimassöör, tegevusterapeut, eripedagoog jt.). Vajadusel kaastakse ka teiste erialade esindajaid. Taastusravi meeskonda kuulub ka patsient, lapseas patsiendi korral lapse perekond, vajadusel ka tugiisikud.

3. Missioon

Taastusravivõrgu arengukava käsitleb täiskasvanute ja laste taastusravi süsteemi perspektiiviga pakkuda Eesti elanikele võimalikult kvaliteetselt ja piisavas mahus taastusravi teenust.

4. Sihtgrupp

- Närvisüsteemi haigustega haiged (sh. funktsionaalsete närvisüsteemi haigustega haiged
- Tugi-liikumisaparaadi haigustega (sh. endoproteesidega patsiendid)
- Lihas- ja sidekoehaigustega haiged (sh. nahahaigustega patsiendid)
- Kroonilise valu patsiendid
- Südame-veresoonkonna haigustega haiged (sh. haiged kardiokirurgiliste operatsioonide järgses perioodis)
- Hingamisteede haigustega haiged

Kahe viimase grupi patsientide taastusravi toimub valdavalt ambulatoorselt.

Spetsiifiliste haigusgruppide (sõltuvus-, psüühika-, nägemis-, kuulmishäiretega haigete) taastusravi leiab käsitlemist vastavate erialade arengukavades.

Laste (0-18 a) taastusravi sihtgrupid:

- puudega lapsed
- krooniliste haigustega lapsed
- puuete suhtes riskigrupi lapsed (tüsistunud perinataalne anamnees jne.)
- hariduslike, psüühiliste jm. erivajadustega lapsed
- ägedate haiguste järgselt ja funktsionaalsete häirete tõttu taastusravi vajavad lapsed (sh. somaatilised haigused, tugi-liikumisaparaadi haigused jne.)

5. Taastusravi etapid. / LISA ETAPID /

Varajane taastusravi	Aktiivravi osakonnas intensiivsusega 30-60 minutit/päevas olenevalt patsiendi seisundist
----------------------	--

12.10.03 koostanud Varje-Riin Tuulik Leisi koostöös Eesti Taastusarstide Seltsi, Eesti Füsioterapeutide Liidu, Eesti Tegevusterapeutide Liidu ja Afaasialiidu esindajatega.

Intensiivne taastusravi	Peamiselt ägeda haiguse järgne ja statsionaarne intensiivsusega vähemalt 3 tundi/päevas aktiivset tegevust: taastusravi osakonnas, taastusravihaiglas, päevastatsionaaris; võimalusel ambulatoorne taastusravi
Toetav taastusravi	Peamiselt krooniliste haiguste puhune ja ambulatoorne: taastusravikeskus, sanatoorium, tervisekeskus, kodune taastusravi, vajadusel statsionaarne
Laste arendusravi	<p>I etapp (ambulatoorne)- esmatasand (perearst, lastearst)</p> <p>II etapp (ambulatoorne ja statsionaarne) maakonna üldhaiglate taastusarstid või vastava ettevalmistusega pediaatrid ja keskhaiglate taastusarstid, üldhaiglate ja/või omavalitsuste juures lasterehabilitatsiooni alal pädev meeskond</p> <p>III etapp (statsionaarne ja ambulatoorne) taastusravihaigla, regionaalhaiglad, kus toimub ka II tasandi ambulatoorne rehabilitatsioon vastavalt Tartu ja Tallinna lastele.</p>

TEENINDUSTASANDID

Miinimum teenused teenindustasanditel:

Üldhaigla füsioteraapia (liikumisravi, massaaž, füüsikaline ravi)

Keskhaigla füsioteraapia
+kõneravi
+psühhoteraapia
+sotsiaalnõustamine

Piirkondlik haigla füsioteraapia
+kõneravi
+psühhoteraapia
+sotsiaalnõustamine
+tegevusterapia
+arendusravi

Erihaigla füsioteraapia
+kõneravi
+psühhoteraapia
+sotsiaalnõustamine
+tegevusterapia
+arendusravi
+vesi- ja mudaravi

6. Eesmärgid.

Aastaks 2005

- on toimunud üleminek protseduurikeskselt ravilt taastusravile kui meeskonnatööpõhisele ravimeetodile;
- loodud on heal tasemel taastusravi meeskonnad piirkondlikes ja keskhaiglates. Tagatud on lisaks varasele ka intensiivse taastusravi võimalus kõikidele seda vajavatele kõrgema etapi haiglate patsientidele;
- on välja töötatud ja kasutuses kõikides taastusravi etappides põhiliste haigusrühmade taastusravi ravijuhised;
- prioriteetselt suurendada ambulatoorse taastusravi mahtu ja sealjuures mitte vähendades statsionaarse taastusravi mahtu, et tagada piisavas mahus taastusravi teenuse osutamine Eesti elanikkonnale;
- sisse viia päevastatsionaarne ravivorm taastusravis ja/või luua pansionaadi võimalus ambulatoorse taastusravi üksuste juurde;
- meditsiinilise, haridusliku ja psühhosotsiaalse rehabilitatsiooni ühtne käsitlus Sotsiaal- ja Haridusministeeriumi vahelises koostöös. Seatakse sisse efektiivne andmeside sotsiaalhoolekandesüsteemiga;
- klassifitseerimisel kasutatakse Rahvusvahelist Funktsioonide Klassifikatsiooni ICF;
- koostöös TÜ-ga (vastavalt Arstiteaduskonna arengukavale 2003-2007 ning Spordibioloogia ja Füsioteraapia Instituudi arengukavale) leida võimalusi taastusravi kui eriala arenguks;
- taastusravi spetsialistide koolitus Eestis toimub ainult EL standarditele vastavate õppekavade järgi;
- on lahendatud kõigi taastusravi meeskonna spetsialistide töö tasustamine.

Aastaks 2010

- taastusravi teenuste osutamine ning rahastamine toimub vastavalt ravijuhistele;
- tagatud on taastusravi ühtlane kättesaadavus kõikides piirkondades;
- välja on kujunenud statsionaarse ja ambulatoorse taastusravi süsteem, suhe 20:80, närvisüsteemi haigusseisundite/puute puhul 30:70 kõigi maakondade lõikes;
- rehabilitatsiooni edasise planeerimise aluseks on loodud ühtne andmebaas, mis põhineb rahvastikuregistril;
- piirkondlike haiglate juures töötavad krooniliste lastehaiguste rehabilitatsioonimeeskonnad (diabeet, astma, krooniline juveniilne artriit, epilepsia, tsüstiline fibroos, lihashaigused jt.). Kroonilise haigusega lapsed ja nende vanemad saavad ambulatoorselt toimetulekuõpetust.

Aastaks 2015

Seoses teiste erialade aktiivravi päevade vähenemisega kasvab vajadus heal tasemel varajase ja intensiivse taastusravi järele. Selleks on lisaks taastusravihaiglale loodud ja tegutsevad pädevuskeskustena väga heal tasemel taastusravi osakonnad kesk- ja piirkondlikes haiglates. Igas maakonnas on kättesaadav ambulatoorse ja päevastatsionaari teenus üldhaiglate taastusraviüksuste või teiste ambulatoorse taastusravi asutuste baasil, vajadusel saab osutada ka kodutaastusravi/ rehabilitatsiooni teenust. Ägeda haigestumise (sh.trauma) järgselt on patsiendile tagatud koht taastusravi süsteemis. Kohese intensiivse taastusravi hea kättesaadavus noorte ja tööealiste patsientide hulgas soodustab nende isikute kiiremat tagasipöördumist aktiivsesse igapäevaellu ja vähendab kulutusi sotsiaalabile.

Ka kroonilise haiguse ja puudega inimestele on tagatud funktsioone toetava taastusravi teenus. Oma koht on ka ennetaval taastusravil, sh. laste arendusravil ja täiskasvanute tugiliikumisaparaadi haiguste ennetaval füsioteraapial.

Suunamine statsionaarsele taastusravile toimub vastavalt ravijuhistes toodud objektiivsetele kriteeriumidele. Taastusravi ja hooldusravi teenuste vahel on selge erinevus. InterRAI hindamissüsteemi juurutamisega leiavad hooldust vajavad patsiendid koha hooldusravisüsteemis.

Suureneb aktiivse füsioteraapia osakaal (passiivse/aktiivse suhe 20/80).

Füsioterapeutidest on üle 50% kõrgharidusega. Taastusravi spetsialistide pädevus on määratud kutsestandarditega ning vastutusala Võlaõigusseadusega.

Taastusarstile lisandub kohustusi meeskonnatöö koordineerijana, patsiendi terviklike rehabilitatsioonivajaduste hindajana ja nõustajana, ka on seoses aktiivravi lühenemisega vaja kureerida raskemas üldseisundis patsiente. Enamik füsiaatriaõdesid on saanud täienduskoolitust ja on võimelised iseseisvalt töötama liikumisravi alal, teised leiavad koha hooldusravi süsteemis või sanatooriumides.

Taastusravi spetsialistide koguarvus on saavutatud vähemalt 3/4 Euroopa taastusravispetsialistide keskmisest 100.000 elaniku kohta.

Taastusravi asutused (taastusravihaigla, haiglate taastusravi osakonnad, sanatooriumid jt.) suudavad pakkuda konkurentsi Euroopa turul.

7. Regionaalne planeerimine

STATSIONAARNE: Lähtudes haigestumuse näitajatest ja üldisest voodifondi prognoosist oleks orienteeruv statsionaarsete intensiivse taastusravi voodite vajadus Eestis **400**.

12.10.03 koostanud Varje-Riin Tuulik Leisi koostöös Eesti Taastusarstide Seltsi, Eesti Füsioterapeutide Liidu, Eesti Tegevusterapeutide Liidu ja Afaasialiidu esindajatega.

Vastavalt Eesti haigla liikide nõuetele ja haiglavõrgu arengukavale koondatakse spetsialiseeritud statsionaarse taastusravi osakonnad 6-7 haiglasse (piirkondlikesse ja keskhaiglatesse ning taastusravihaiglasse).

Piirkondlikes haiglates on kuni kolmandik taastusravi voodite üldarvust (33%), taastusravihaiglas neljandik voodite üldarvust. Kuni piirkondlikes ja keskhaiglates pole piisavas mahus võimalust statsionaarseks intensiivseks taastusraviks tuleks jätkata teenuse osutamist nendes üldhaiglates, kus on olemas nõutaval tasemel meeskond ning kus seda praegu osutatakse (Viljandi, Võru, Põlva, Narva, Kuressaare).

Kuna Kagu regioonis ei ole keskhaiglaid koonduks kogu Lõuna-Eesti piirkonna statsionaarne taastusravi TÜK-sse, mis tähendaks piirkonna vajadust arvestades ülisuurt (ligi 90 voodiga) taastusravi osakonda. Seetõttu on otstarbekas säilitada ühes üldhaiglas (Lõuna-Eesti Haiglas) statsionaarse taastusravi võimalus ka pikemas perspektiivis. Teistes üld- ja kohalikes haiglates osutatakse statsionaarset teenust ambulatoorse taastusravi üksuse baasil aktiiv- ja järelravi vooditel. Eakatele neuroloogilistele patsientidele on otstarbekas osutada taastusravi teenust ka hooldusravi vooditel kuna suure osa neile haigetele antavast abist moodustab õendus-hooldus. Taoline skeem on kasutusel mitmetes üldhaiglates juba praegu. Kuressaare Haiglas peaks säilima statsionaarse taastusravi võimalus tingituna Saare maakonna eripärast kuni ühenduse olulise paranemiseni mandriga.

SAPER-i neuroloogilist taastusravi vajavaid patsiente teenindab suures osas AS Keila Taastusravi. Perspektiivis peaks taoline üksus tegutsema regionaalhaigla osana ning arvestades ortopeediliste operatsioonide suurt osakaalu tuleb luua võimalused ka nende haigete intensiivseks statsionaarseks taastusraviks meeskonnatöö põhimõttel. LTKH-s peaks keskhaiglana osutatavate teenuste profiili ja mahtusid arvestades olema võimalus osutada statsionaarset taastusravi hiljemalt 2010 aastaks. Regionaalse planeerimise tabelis on toodud voodikohtade jaotamine Tallinna haiglate vahel arvestades hetkeolukorda. Haiglavõrgu struktuuri muutumisel võib muutuda taastusravi voodikohtade jaotamine haiglati, kuid voodikohtade üldarv peaks piirkonnas jääma samaks.

Haapsalu NRK kui spetsialiseeritud taastusravihaigla (erihaigla) jääb osutama statsionaarse taastusravi teenust kogu Eesti liikumispuudega ja harvaesinevate haigustega patsientidele. Arvestades seljaaju kahjustusega haigete arvu on ravikvaliteeti silmas pidades otstarbekas koondada need patsiendid ühte keskusse – HNRK-sse, kus kogemus on kõige pikaajalisem.

Pediaatrilise pädevusega taastusarstid annavad abi keskhaiglates, piirkondlikes haiglates ja taastusravihaiglas, kus osutatakse statsionaarset taastusravi teenust,

12.10.03 koostanud Varje-Riin Tuulik Leisi koostöös Eesti Taastusrstide Seltsi, Eesti Füsioterapeutide Liidu, Eesti Tegevusterapeutide Liidu ja Afaasialiidu esindajatega.

spetsialiseeritud (sealhulgas psühhosotsiaalse) rehabilitatsiooni keskustes ja ka mõningates maakonnakeskustes.

AMBULATOORNE : Ägeda haiguse ja trauma haigete taastusravi vajaduse tagamiseks tuleks vähendada korduvale statsionaarsele taastusravile suunatute hulka ambulatoorse taastusravi kättesaadavuse suurendamisega. Sellele aitab kaasa päevastatsionaaride ja pansionaadi võimaluse loomine üld- ja kohalike haiglate taastusravi üksuste juurde, sanatooriumide ravibaasi võimaluste kasutamine ning kvaliteetse füsioteraapia teenuse viimine esmatasandini.

Regionaalse planeerimise tabel.

Piirkond	maa-	Amb. TR	Raviasutus	Stats. tk kohad	Stats laste kohad	Stats. TR kohad	Stats. TR kohad	Arvutuslik vajadus
	konnad	2005-2015		2015	2015	2010	2005	
Kagu	Tartu	+	TÜK	50	20	50	50	10
	Jõgeva	+	Jõgeva H.	0	0	0	0	
	Viljandi	+	Viljandi H.	0	0	10	12	
	Võru	+	Lõuna-Eesti H.	20	0	20	20	
	Valga	+	Valga H.	0	0	0	0	
	Põlva	+	Põlva H.	0	0	0	10	
Kirde	Ida-Viru	+	IVKH	30	4	34	20	5
			Narva H.	0	0	0	10	
	Lääne-Viru	+	Rakvere H.	0	0	0	0	20
Loode	Harju	+	ITKH	60	0	60	60	
		+	TLH	0	30	30	30	
		+	PERH	40	0	40	40	
		+	LTKH	20	0	20	0	
	Lääne	+	Läänemaa H.	0	0	0	0	
	Hiiu	+	Hiiumaa H.	0	0	0	0	
	Järva	+	Järvamaa H.	0	0	0	0	
	Rapla	+	Rapla H.	0	00	0	0	
Edela	Pärnu	+	Pärnu H.	20	4	24	24	3
	Saare	+	Kuressaare H.	0		10	12	
Eesti tervikuna		+	HNRK	70	32	102	102	
Eesti kokku				310	90	400	400	40

8. Taastusravi rahastamine.

1. Ägeda haiguse järgse intensiivse taastusravi kättesaadavuse tagamiseks kaotada patsiendi 20% omaosalus.
2. Tagada kõigi avatud taastusravi voodite rahastamine.
3. Saavutada taastusravi meeskonnatöö ja selles osalevate spetsialistide töö tasustamine.

9. Seadusandlus ja teised standardid:

12.10.03 koostanud Varje-Riin Tuulik Leisi koostöös Eesti Taastusarstide Seltsi, Eesti Füsioterapeutide Liidu, Eesti Tegevusterapeutide Liidu ja Afaasialiidu esindajatega.

- Vajalik on määratleda vastutuse piirid Sotsiaal- ja Haridusministeeriumi ning Haigekassa ja kohalike omavalitsuste vahel täiskasvanute ja laste taastusravi ning rehabilitatsiooni korraldamisel ja finantseerimisel.
- Vajalik on kõrvaldada vastuolud EV lastekaitseseaduse jm. seadusandluse vahel lapseea vanuselise piiri käsitlemisel: Puuetega inimeste sotsiaaltoetuste seadusse viia parandused, mis sätestaksid lapseea ülempiiriks puudega lapse puhul 18 a.(praegu 16 a.).
- Töötada välja: standardid taastusravi osakondade (-kabinettide) väljaehitamisel, ohutustehnika nõuded taastusravis, taastusravi õdede spetsialiseerumise kavad (üldõe alaeriala, väljaõpe töökohal), töökoormuse normatiivid taastusravi spetsialistidele

10. TR spetsialistid /LISA TERMINOLOOGIA/

Euroopa Ühenduse 24 maal on füüsikaline meditsiin ja rehabilitatsioon eraldi meditsiini eriala. See teeb 500 milj elaniku kohta nendes maades kokku üle 11 tuhande praktiseeriva taastusarsti.

Taastusravi spetsialiste: taastusarste, füsioterapeute, tegevusterapeute ja logopeede kokku on:

- Euroopas keskmiselt 92/100.000,
- Soomes 89/100.000,
- Sloveenias 68/100.000 (74% Euroopa keskmisest)
- Eestis 26/100.000 (28% Euroopa keskmisest).

/LISA PERSONAL JA KOOLITUS/

Taastusravi spetsialistide suhtarvud aastaks 2015 võiksid olla:

1taastusarst: 12 füsioterapeuti: 3 tegevusterapeuti: 2 logopeedi (mis vastab umbes 2 miljonilise elanikkonnaga Sloveenia taastusravi spetsialistide suhtarvudele 71 taastusarsti, 900 füsioterapeuti, 240 tegevusteraputi, 150 logopeedi).

Täpsem spetsialistide vajadus aastaks 2015 on käsitletud personali ja koolituse lisas.

KOOLITUS: Koolitusprogrammid peavad olema vastavuses EL standarditega ning aktsepteeritud Eesti vastava eriala liidu poolt.

Rehabilitatsioon on kompleksne tegevus, mille eesmärgiks on ennetada elukvaliteedi langust ja taastada inimestel võimalikult kõrget kehalist, meelelist, intellektuaalset, psüühilist ja sotsiaalset aktiivsust. Rehabilitatsioon sisaldab interdistsiplinaarset funktsioonide taastamist või puuduva funktsiooni kompenseerimise meetmeid – taastusravi, psühholoogilist, sotsiaalset, pedagoogilist ja ametialast abi. Rehabilitatsioonil tuleb arvestada ealisi iseärasusi.

Taastusravi rakendab ravi ja menetlusi, et taastada komplekselt inimese häirunud funktsioone meditsiinilisest, kehalisest, psüühilisest ja sotsiaalsest aspektist.

Taastusravi on ravi liik, mis on suunatud häirunud funktsioonide taastamisele, säilitamisele või puudega kohanemisele.

Arendusravi (habilitatsioon) on lasterehabilitatsiooni kaasaegne kontseptsioon (inglise k. *neurodevelopmental treatment*), meditsiinilise rehabilitatsiooni osa, mida kasutatakse eelkõige varasest kesknärvisüsteemi kahjustusest tingitud haigusseisundite ravis, kus üheks juhtivaks sündroomiks on spastiline motoorikahäire

Füsioteraapia on kehalistel harjutustel, asendravil, massaažil ja füüsilistel meetoditel põhinev taastusravi osa, mille eesmärgiks on täielikult või osaliselt taastada tugijookimis-aparaadi või organsüsteemi funktsionaalne võime, et patsient saaks paremini integreeruda normaalsesse elu – ja töökeskkonda.

1. Liikumisravi (ravivõimlemine) – kehalistel harjutusel põhinev funktsiooni parandamisele, säilitamisele või kompenseerimisele suunatud tegevus.

2. Ravimassaaž on taastusravis rakendatav massaaž, mis arvestab haiguste omapära. Baseerub klassikalisel massaažil.

3. Füüsikaline meditsiin on mitmesuguste naturaalsete ja preformeeritud looduslike faktorite kasutamine haiguste ravis (eestkätt taastusravis) ja ennetamisel.

Füüsikalise ravimeetodite nimistusse kuuluvad sealhulgas:

1. elektriravi
2. ultraheliravi
3. magnetravi
4. valgusravi ehk fototeraapia (sh. laserravi)
5. inhalatsioonravi
6. hüdroteraapia ehk vesiravi
7. venitusravi
8. vibratsioonravi ja vibroakustiline teraapia
9. soojusravi (sh. saviravi, liivravi, parafiinravi, osokeriitravi)

10. külmaravi

11. mudaravi ehk peleidoteraapia

Logopeedia (kõneravi) on interdistsiplinaarne ja intergratiivne teadus kõne- ja keelepuuetest, nende ennetamise, hindamise, korrigeerimise ja kompenseerimise võimalustest.

Kliiniline psühholoogia on suunatud psüühilise düstressi, psüühika- ja käitumishäirete, vaegurluse ja riskikäitumise hindamisele, leevendamisele, ravimisele ja ennetamisele.

Tegevusteraapia – inimese füüsilise ja psüühilise seisundi mõjutamine eesmärgipäraselt valitud tegevuste kaudu, et aidata saavutada maksimaalset toimetuleku taset igapäevaelus vajalike toimingute sooritamisel.

SPETSIALISTID

Taastusravi meeskonna moodustavad: taastusarst, füsioterapeut, sotsiaaltöötaja ning vastavalt vajadusele teised taastusraviga tegelevad spetsialistid (logopeed, psühholoog, õde, ravimassöör, tegevusteraapeut, eripedagoog jt.). Vajadusel kaastakse ka teiste erialade esindajaid. Taastusravimeeskonda kuulub ka patsient, lapseas patsiendi korral lapse perekond, vajadusel ka tugiisikud.

Taastusarst on eriarst, kes patsiendi kaebuste ja objektiivse leiu ning vajadusel täiendavate uuringute alusel hindab patsiendi seisundit ja määrab antud patsiendile sobiva ja konkreetsetes tingimustes võimaliku taastusravi. Taastusarst planeerib patsiendi taastusravi eesmärgid ja tegevuskava nende optimaalseks realiseerimiseks lähi- ja kaugemas perspektiivis ning juhib taastusravi meeskonna tööd.

Füsioterapeut on taastusravi spetsialist, kes taastab või säilitab patsiendi/kliendi häirunud liikumis- ja tegevusvõimet kasutades selleks kehalisi harjutusi, massaaži ja erinevaid füüsilise ravi võimalusi. Samuti kohandab füsioterapeut abivahendeid ja nõustab patsienti või tema lähedasi liigutusliku tegevusvõime säilitamisel või parandamisel.

- **Liikumisravi spetsialist** (ravivõimlemise instruktor, ravikehakultuuri instruktor) on kõrgema või keskeriharidusega spetsialist, kes töötab füsioteraapia valdkonnas, kuid ei ole läbinud füsioteraapia või liikumisravi õppekava. Kontingent, kes vajab ümberõpet, et saada füsioterapeudi kvalifikatsioon.
- **Taastusõde füsioteraapiakabineti õde** – elektri-, soojus- ja vesiraviga tegelev õde, kes on lõpetanud vastavad spetsialiseerumis-kursused. Perioodil, kus väheneb passiivse

taastusravi maht ja suureneb liikumisravi osakaal, oleks otstarbekas täiendõppena füsioteraapiaõdedele õpetada nii liikumisravi kui massaaži – üleminek kõrgema kutseharidusega füsioterapeudiks. Üleminekuperiood aastani 2010. Taastusraviõendus on Sotsiaalministri 16. juuli 2002. a määrus nr 99 alusel üldõenduse alaeriala, mille spetsialiseerumine toimub tööalase väljaõppe kaudu.

Ravimassöör – meditsiinilise eriharidusega spetsialist, kes on lõpetanud ravimassaažialased spetsialiseerumiskursused.

Logopeed on erialase kõrgharidusega spetsialist, kelle ülesandeks on kõne- ja keelepuuete diagnoosimine ning korrigeerimine ja ravi.

Sotsiaaltöötaja on erialase kõrgharidusega spetsialist, kelle tegevus on suunatud indiviidide, perede ja rühmade toimetuleku toetamisele ning kogukonna ja ühiskonna vastavusse viimisele tema liikmete vajadustega.

Kliiniline psühholoog on erialase kõrgharidusega spetsialist, kes tegeleb inimese isiksuseomaduste, psüühiliste protsesside ja probleemide hindamisega ja mõõtmisega kehaliste ja psüühiliste haiguste ning inimese psühhosotsiaalse funktsioneerimise raskendatuse puhul, psüühika- ja käitumishäirete diagnoosimisega, psühhoteraapiaga, nõustamisega, ning eksperthinnangute andmisega kliinilise psühholoogia valdkonda kuuluvates küsimustes.

Tegevusterapeut on erialase kõrgharidusega tegevuse ja tegevusvõime spetsialist, kelle töö eesmärgiks on häirunud tegevusvõimega inimese tegevusvõime säilitamine ja edendamine. Tegevusterapeudi ülesanneteks on tegevusvõime hindamine, igapäevaelu oskuste õpetamine, tegevuseelduste arendamine, taastamine ja säilitamine, igapäevaelu tegevuste sooritamist toetavate abivahendite soovitamise ja kasutamise õpetamine, keskkonna kohandamine tegevusvõimet toetavaks ning tegevusvõimealane juhendamine ja nõustamine.

TAASTURAVI ARENGUKAVA LISA: TAASTURAVI ETAPID

<p>Varajane TR (early rehabilitation)</p>	<p>Taastusravi algab kohe kui patsiendi seisund on piisavalt stabiilne.</p> <p><u>Intensiivsus</u> sõltub patsiendi jõudlusest ja seisundi raskusest. Tavaliselt 30(-60) min/p, 5-7x/näd</p> <p><u>Koht</u>: Akuutravi haigla.</p>	<p><u>Sisu</u>:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. esmane patsiendi ja omaste õpetamine, 2. füsioteraapia vastavalt probleemi raskusele/diagnoosile. 3. Tüsistuste profülaktika: Lamajal haigel on olulised hingamis-harjutused, trombide profülaktika, ortostaatilise tolerantsuse treenimine. halvatuste olemasolul asendiravi kontraktuuride ja lamatiste ennetamiseks. Tähelepanu tuleb pöörata neelamisfunktsioonile ja aspiratsioonipneumoonia ennetamisele. 4. Vajadusel logopeedi konsultatsioon, ravi
<p>Järelravi (siirdevoodid/ transitional beds)</p>	<p>Ravi kestab seni, kuni patsient on võimeline jätkama intensiivses taastusravis või suunatakse interRAi kaudu hooldusravi süsteemi.</p> <p><u>Sihtgrupp</u>:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. patsiendid, kelle seisund ei võimalda osalemist intensiivses taastusraviprogrammis (tüsistused või vajalik seisundi pidev monitoorimine), 2. potentsiaalsed hooldusravi patsiendid, kes vajavad uuringuid või ravi, mida hooldusravis kinni ei maksta. <p><u>Koht</u>: järelravi osakond/ elukohajärgne haigla</p>	<p><u>Sisu</u>:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. aktiivravi madalama intensiivusega 2. vajadusel varajase TR jätkamine (30-90 min/p, 5-6x/näd). 3. selektsioon /testimine järgmisse etappi (taastus-või hooldusravi/ koju suunamiseks)

TAASTURAVI ARENGUKAVA LISA: TAASTUSRAVI ETAPID

<p>Intensiivne TR</p>	<p><u>Iseloomustus:</u> Töö toimub interdistsiplinaarse meeskonnatöö printsiibil.</p> <p><u>Eesmärk:</u> patsiendi reintegratsioon ühiskonda; 1.Kaotatud funktsiooni taastamine füüsiliste ravimeetodite abil, 2. Arendada oskusi, mis on vajalikud ADL-i, töö ja teiste produktiivsete tegevuste sooritamiseks, samuti jätkuv probleemilahenduste leidmine adapteerumiseks keskkonnas.</p> <p><u>Suunatud:</u> inimesele kui isikule ja tema suhetele ühikonnaga Meeskonda kuuluvad ka omaksed</p> <p><u>Intensiivsus:</u> enamasti üle <u>3 tunni päevas, 5-7x/näd.</u> Ravi peamiselt individuaalne, kuid sisaldab ka grupitööd.</p> <p><u>Sihtgrupid:</u> Ägeda haigestumise ja trauma järgsed patsiendid. Näidustustel ka kroonilise haiguse ägenemise või funktsionaalse seisundi olulise muutumise korral. Lapseeas arendusravi kuuridena sageli aastate jooksul, sageduse määrab taastusarst</p> <p><u>Koht:</u> Statsionaarne taastusravi/rehabilitatsiooni keskus/osakond, võimalusel ambulatoorne</p>	<p><u>Sisu:</u> vastavalt vajaduse le/ raviarsti ettekirjutusele</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. medikamentoosne ravi, uuringud 2. patsiendi omaste/ patsiendi õpetuse neuroloogilise puudega kaasnevatest meditsiinilistest ja psühhosotsiaalsetest probleemidest 3. infot abivahenditest ja sotsiaaltoetustest 4. hooldaja väljaõppe 5. intensiivset füsioteraapiat (harjutused nii halvatud kui tervetele lihastele, tasakaalu ja koordinaatsiooni harjutused, abivahendite kasutamine) 6. tegevusteraapiat, 7. kõneravi 8. neuropsühholoogilist nõustamist 9. teisi terapeutilisi meetmed või konsultatsioone vastavalt individuaalsetele vajadustele (näiteks uroloog, androloog, ortosist, dieetõde, psühhiaater, audioloog, töönõustaja, juhtumikorraldaja) <p>Raviplaan koostatakse koos patsiendi ja tema perekonnaga, et selgitada välja ravi eesmärgid ja eeldatav tulemus. Eesmärgid on individuaalsed ja ajaliselt määratletud ning mõõdetavad.</p>

TAASTURAVI ARENGUKAVA LISA: TAASTUSRAVI ETAPID

Funktsioone toetav TR	<p><u>Sihtgrupp:</u></p> <ol style="list-style-type: none">1. krooniliste haigustega patsientidele, kroonilisi haigusi (peamiselt kopsu ja liigehaigused remissiooni staadiumis) põdevatele patsientidele, kes vajavad funktsioone toetavaid protseduure2. kutsehaigetele3. patsientidele, kes halva üldseisundi tõttu ei ole võimelised osalema intensiivses taastusravis. <p><u>Koht:</u> peamiselt ambulatoorne, sanatoorne, tervisekeskus kuid näidustusel ka haigla taastusravi osakond/voodi,</p>	<p><u>Suunatud: organi või organsüsteemi seisundi parandamisele</u></p> <p><u>Eesmärk:</u> teatud organite/ organsüsteemide funktsioonide (hingamine, liigesliikuvus, lihastoonus vms) taastamine või säilitamine</p> <p><u>Funktsioone toetava taastusravi sisu:</u></p> <ol style="list-style-type: none">1). side- ja lihaskoe funktsioone säilitav füsioteraapia,2).patsiendi ja pereliikmete õpetust hilitüüstuste ennetamisest ja puude kompenseerimisest erinevates olukordades,
------------------------------	---	--

Taastusravi ja rehabilitatsiooni etapid laste ja noorukite sihtgrupi puhul

I ETAPP (ambulatoorne)

A. Esmatasand - perearst ja esmatasandil töötav lastearst tegelevad peamiselt sagedamini esinevate taastusravi vajavate haiguste diagnostikaga ja ennetamisega, puuete suhtes riskigrupi laste jälgimisega.

B. II tasand

Lapsi ja noorukeid teenindavad:

- maakonna üldhaiglate taastusarstid v. vastava ettevalmistusega pediatrid
- keskhaiglate taastusarstid (näit. Pärnu)

Hetkel puudub paljude maakonnahaiglate ja/või omavalitsuste juures lasterehabilitatsiooni alal pädev või piisava koosisuga meeskond, tagamaks lisaks pere nõustamisele ka regulaarset rehabilitatsiooni.

II ETAPP (ambulatoorne ja statsionaarne)

II tasandi ambulatoorse rehabilitatsiooni sisuks on:

- perearstide ja eriarstide poolt saadetud laste konsulteerimine, raviplaani koostamine ja korrigeerimine, rehabilitatsiooni tulemuslikkuse hindamine ja järjepidevuse tagamine III tasandi statsionaarsete ravikuuride vaheaegadel, lapse ja tema pereliikmete nõustamine
- meeskonnatöö juhtimine
- rehabilitatsiooniasutuse litsentsi olemasolul laste rehabilitatsiooniplaanide koostamine

II tasandi statsionaarse rehabilitatsiooni sisuks on:

- interdistsiplinaarne meeskonnatöö kontseptsiooni järgimine sarnaselt ambulatoorsele rehabilitatsioonile
- teatud haiguste spetsiifiline järelravi
- taastus- ja järelravi elukohajärgsete antud lapsele vajalike rehabilitatsioonivõimaluste puudumise puhul

III ETAPP (statsionaarne ja ambulatoorne)

C. III tasandi statsionaarne taastusravi

Maakonnahaiglates kokku on pediatrilisi voodeid 367.

Pediatrilistest haiglatest toimub statsionaarne III tasandi lasterehabilitatsioon Haapsalu Neuroloogilises Rehabilitatsioonikeskuses (20 kohta närvisüsteemi ja tugiaparaadi haigustega laste taastusraviks), SA TÜ Kliinikumi lastekliiniku arendus- ja taastusravi keskus ja Tallinna Lastehaigla taastusravi osakonnas. Nendes kliinikutes toimub ka II tasandi ambulatoorne rehabilitatsioon vastavalt Tartu ja Tallinna lastele.

TAASTURAVI ARENGUKAVA LISA: TAASTUSRAVI ETAPID

D. III tasandi ambulatoorne taastusravi

Lapsi teenindavad taastusarstid regionaalhaiglates ja -polikliinikutes, koostöös interdistsiplinaarse meeskonnaga (mittemeditsiinilise kõrgharidusega spetsialistid, õed jt.)

Laste ambulatoorse rehabilitatsiooni III tasandi asutused on: :

- SA TÜ Kliinikumi lastekliinik;
- SA Tallinna Lastehaigla (selle koosseisus Keslinna lastepoliinik) ;

III tasandi ambulatoorse rehabilitatsiooni sisuks on:

- perearstide, eriarstide ja II tasandi taastusarstide poolt saadetud laste konsulteerimine, raviplaani koostamine ja ravi tulemuslikkuse hindamine, lapse ja tema pereliikmete nõustamine
- konsulteerimine ebaselge ja/või komplitseeritud ja/või harva esineva diagnoosiga haigusjuhtude korral
- pikaajaliste arendusravi ja rehabilitatsiooniprogrammide koostamine
- puuetega laste isiklike rehabilitatsiooniplaanide koostamine

Lasterehabilitatsiooni teenuste järjekorrad meditsiinasutustes on 1 nädal kuni 1 kuu.

Lähtuvalt Eesti haiglate arengukavas käsitletud haiglate funktsioonidest, kujuneb erinevate haigusgruppide puhul osutatava arendusravi ja rehabilitatsiooni tervikteenuse paiknevus järgnevalt:

1. Ägeda haiguse puhul

- ambulatoorselt esmatasandil või üldhaigla juures
- keskhaigla juures ambulatoorselt või statsionaarselt (samal ajal oli ravil ka ägeda haigusega)
- spetsialiseeritud taastusraviosakonnas või -keskuses

2. Kroonilise haiguse puhul:

- ambulatoorselt esmatasandil või üldhaigla juures
- spetsialiseeritud taastusraviosakonnas või -keskuses (kui laps vajab

TAASTURAVI ARENGUKAVA LISA: TAASTUSRAVI ETAPID

kompleksset rehabilitatsiooni - meditsiinilist, sotsiaalset, hariduslikku ja kutsealast)

- sanatooriumis (kui laps vajab vaid meditsiinilist rehabilitatsiooni).

3. Puudega lapse puhul:

1) ambulatoorselt elukohajärgselt esmatasandil, üldhaigla juures vm. kuuluvad rehabiliteerimisele järgmised puuete grupid: laste tserebraalparalüüs (kerge vorm), mittediferentseeritud vaimne mahajäämus, epilepsia (kooskõlastatud regionaalse keskusega), kerge ajutrauma, kerge kõnepuue, kerge nägemispuue, kerge kuulmispuue, teised puuded, mis ei kajastu kõrgema astme puuete loetelus

Vastavalt ÜRO puuetega inimestele võrdsete võimaluste tagamise standardreeglitele peavad kõik rehabilitatsiooniteenused olema kättesaadavad elukohajärgselt. Kohalikul tasandil läbi viidava rehabilitatsiooni eelised on:

1. Nõuab vähem materiaalseid kulutusi
2. Laps saab elada kodus
3. Pere osalus rehabilitatsiooniprotsessis on suurem

2) spetsialiseerunud rehabilitatsiooniosakonnad või -keskused -

rehabiliteerimisele kuuluvad puuete ja erinevate haigusseisunditega lapsed

järgmistel juhtudel: alla 3 aasta vanused, laste tserebraalparalüüsi rasked vormid, lapsee autisim, seljaaju trauma, raske ajutrauma, raske liitpuue, progresseeruvad närvihaigused, lihashaigused, motoneuroni haigused, raske kuulmis-, nägemis-, kõne-, vaimupuue või käitumishäired, rasked pärilikud haigused, muud harvaesinevad puuded

Spetsialiseeritud taastusraviosakonnad paiknevad üldreeglina regionaalhaiglate juures iseseisvate osakondadena.

Spetsialiseerunud taastusravikeskused on iseseisvad (või suurema taastusravikeskuse osakonnad), kus töötavad teatud kindlatele puudeliikidele spetsialiseerunud meeskonnad ning mis on kompetentsikeskusteks selle puude alal.

TAASTURAVI ARENGUKAVA LISA: TAASTUSRAVI ETAPID

Lisatingimusi suunamiseks erinevate tasandite vahel:

1. Kui ambulatoorselt pole saavutatud püstitatud rehabilitatsiooni eesmäärke, suunatakse laps spetsialiseeritud taastusravi keskusesse v. regionaalhaigla juures paiknevasse taastusravi osakonda (kui on vajadus funktsioone toetava ravi, arendusravi, sotsiaalse ja psühholoogilise nõustamise järele)
2. Kui juhtivaks rehabilitatsiooniprotsessi takistavaks teguriks on diagnostiline probleem, on eelistatavim saata laps regionaalhaiglasse uuringuteks (rehabilitatsioonimeeskonna osavõtul)

TAASTUSARSTID: Eestis taastusarstidena registreeritud arstide arv ei ole Euroopaga võrreldav, kuna siia on arvatud ka nõelraviarstid ja spordiarstid. Neid välja jättes saaksime suhtarvuks ca 4,5 (ca 63 TA). TÜ Taastusravi ja Spordimeditsiini Kliiniku seisukoht: 2015 aastaks 50-60 taastusarsti (3,6-4,3 TA/ 100.000) raviasutustes. 1999. a. seisuga töötas laste taastusravi ja rehabilitatsiooni valdkonnas (peamiselt endised pediatrid) orienteeruvalt 15. Lisaks töötab meditsiinasutustes lasterehabilitatsiooni alal mitmeid kogunud pediatreid, kes valdavad rehabilitatsiooni kaasaegset käsitlust, kuid kel puudub taastusarsti nimetus.

Statsionaarses intensiivses taastusravis tuleb arvestada 15-20 patsiendi kohta 1 taastusarst. Prognoositav taastusravi voodikohtade arv Eestis on maksimaalselt 400, mis teeb statsionaari arstide vajaduseks umbes 20 arsti. Eesti Kuurort- ja Taastusravi Liidu meditsiinikomisjon prognoosib taastusarstide vajaduseks sanatooriumides aastateks 2005, 2010 ja 2015 vastavalt 60, 80, 100 (arvestatud 50 patsiendi kohta 1 arst).

Taastusarstide koolitus toimub taastusravi ja füüsilise meditsiini residentuuris. Õppeaeg on kolm aastat, sellest teoreetilise õppemaht 6AP. Residentuur toimub Tartu Ülikooli Spordimeditsiini ja Taastusravi Kliinikus ning Sotsiaalministeeriumis fikseeritud õppebaasides.

Lähiaastatel pikeneb taastusarstide residentuuri kestus neljale aastale, mis ühtlustab taastusarstide koolituse enamiku EL liikmesriikide õppekavadega. Toetada tuleb tasulise residentuuri võimaluse taastamist, mis koolitaks spetsialiste erasektori (sanatooriumid) tarbeks.

Taastusravi residentuuri eesmärk on anda taastusarsti kutseoskused, teadmised ja kogemused, arendada üldarstlikke kutseoskusi ja kujundada vajadust iseõppimiseks ja uurimistegevuseks.

Taastusarst peab valdama:

- haiguste diagnoosimist,
- füüsilise ja taastusravi meetodeid;
- elundsüsteemide kahjustuse astme hindamist;
- elundsüsteemide funktsionaalsete reservide hindamismeetodeid
- sekundaarset ennetust
- abivahendite kasutamist.

Neid ainevaldkondi käsitletakse teoreetilises ja praktilises koolituses.

Taastusarstide täiendkoolitus toimub Tartu Ülikooli Arstiteaduskonna täienduskeskuses ja taastusarstide seltsi poolt aktsepteeritud teistel koolitustel.

Taastusravi residentuuri koolitustellimuse ettepanek on Sotsiaalministeeriumi andmetel 2002/2003 a - 4 residenti ja 2003/2004 a - 5 residenti.

FÜSIOTERAPEUDID:

Eestis töötas 2002 a. Eesti Füsioterapeutide Liidu poolt atesteerituna 275 füsioterapeuti ja 60 liikumisravi spetsialisti (keskmeditsiiniharidusega taastusraviõed, kes olid läbinud vastava Tartu Ülikooli Avatud Ülikooli kursuse). Füsioteraapia teenuse osutamise õigus on vastavalt Eesti füsioterapeutide kutsestandardile füsioterapeutidel ja aastani 2005 ka kutseliidu poolt atesteeritud liikumisravi spetsialistidel. Erinevatel hinnangutel töötab ravikehaku kultuuri instruktorina Eestis praegu peale eelmainitute 130-150 inimest (koolitust mitteläbinud taastusraviõed, kehakultuurialase haridusega spetsialistid).

Euroopa riikides on erinevaid koolitusvariante, kuid enamikus EU maades on füsioterapeutide koolitus viidud diplomiõppe tasemelt akadeemilisele ülikoolihariduse tasemele (*Post Basic Professional Physiotherapy Education in the European Region Including Continuing and Postgraduate Education. European Region of World Confederation for Physical Therapy, June 2000. lk 10*). Akadeemilise komponendi tähtsust füsioteraapia õppekavades rõhutab ka *European Physiotherapy Benchmark Statement*.

Peamised dokumendid, mis määratlevad füsioterapeudi koolitusega seonduvaid küsimusi:

1. **European Physiotherapy Benchmark Statement.** Adopted Final Version at the Extraordinary General Meeting 04 June 2003, Barcelona, Spain.
2. **Post Basic Professional Physiotherapy Education in the European Region** Including Continuing and Postgraduate Education. European Region of World Confederation for Physical Therapy, June 2000.
3. **Physiotherapy Education in the European Community.** Standing Liaison Committee of Physiotherapists Within the E.E.C., March 1993.

Vastavalt füsioterapeudi kutsestandardile põhineb FT koolitus akadeemilisel ja kliinilisel haridusel. Füsioterapeut võib spetsialiseeruda laste-, töö- või vanemaealiste füsioteraapia valdkonda.

Füsioterapeut III kvalifikatsiooni taotlemise eelduseks on erialane kõrgharidus, III kvalifikatsiooni võib taotleda ka meditsiinilise kutsekeskhariduse baasil taastusravialase töökogemusega vähemalt 10 aastat; meditsiinilise või kehakultuurialase kõrghariduse baasil taastusravialase töökogemusega vähemalt 8 aastat.

Füsioterapeut IV kvalifikatsiooni taotlemise eelduseks on III kvalifikatsiooni olemasolu, magistriõppe läbimine ning füsioteraapiaalane töökogemus vähemalt 3 aastat või III kvalifikatsiooni olemasolu, täiendkoolitus, füsioteraapiaalane töökogemus III kvalifikatsioonitasemel vähemalt 8 aastat ning vähemalt 1 artikli avaldamine eelretsenseeritavas eriala ajakirjas.

Füsioterapeut V kvalifikatsiooni taotlemise eelduseks on füsioterapeut IV kvalifikatsiooni olemasolu, täiendkoolitus, füsioteraapiaalane töökogemus vähemalt 10 aastat ning vähemalt 2 artikli avaldamine rahvusvahelise levikuga eelretsenseeritavates eriala ajakirjades.

Sotsiaalministeeriumi andmetel on Tartu Ülikooli magistriõppes koolitavate füsioterapeutide koolitustellimuse ettepanek 2003/2004 a - 15; 2002/2003 a - 15 ja Tartu Meditsiinkoolis rakendusliku kõrgharidusõppe raames koolitavate füsioterapeutide koolitustellimus ettepanek 2002/2003 a - 15 ja 2003/2004 a – 15. Füsioterapeutide erialaliidu andmetel vastab eelnimetatud Euroopa dokumentide nõudmistele Tartu Ülikooli programm, kus toimub füsioterapeutide koolitus 3 aastases bakalaureuseõppes (alates 2002/2003 õppeaastast), millele järgneb magistriõpe, kus antakse kõrgem kutsealane ettevalmistus kitsamas füsioteraapia valdkonnas. Optimaalne riiklik koolitustellimus TÜ füsioteraapia erialale õppeaastateks 2004/2005 – 2014/2015 on 30 üliõpilast aastas, kellest 75%-l võimaldatakse õpinguid jätkata magistriõppes. Riiklik koolitustellimus füsioteraapia alaseks ümber/täiendõppeks on 2004-2007 aastal kuni 64 inimest aastas. Ümberõpet viiakse läbi TÜ kaugkoolituskeskuses registreeritud täienduskoolituskursuse "Täiendõpe füsioteraapia alal" (25 AP) alusel. Vajalik on arengukavas püstitatud eesmärkide realiseerimiseks planeerida tervishoiu ja hoolekandetasutustes töötavatele (taastus)õdedele riigieelarvelistest vahenditest täiendõppe programmid füsioterapeudi kutse saamiseks.

Füsioterapeutide planeeritav vajadus Eestis aastaks 2010- 795 ja aastaks 2015- 945 . 2015 aasta eesmärgiks peaks seadma, et nn riiklikus sfääris töötab 50% ja erasektoris 50% füsioterapeutidest.

Füsioterapeutide jagunemine etteantud struktuuride vahel võiks olla umbes selline jättes arvestamata, kas tegemist on riikliku või erastruktuuriga:

1. Haiglates 30%
2. Haiglate juures ambulatoorses süsteemis 20%

arvan, et kvaliteetse teenuse osutamiseks peaks looma FT-le võimalused tegeleda oma patsiendiga nii statsionaarses kui ka ambulatoorses faasis

3. Polikliinikud ja perearstikeskused 15%
4. Sanatooriumid 15%
- (juhul kui nad hakkavad osutama füsioteraapia teenuseid mitte ei tegele nn mugavusravi pakkumisega)
5. Rehabilitatsiooniasutused 10%
6. – 7. Mujal riiklikus ja erasektoris 10%

Koolisüsteem, lasteaiad, akadeemilised institutsioonid, teaduslikud uurimiskeskused, tööstus jne

Statsionaarsete voodikohtade ja füsioterapeutide suhtarvud (Institute for Employment Studies, 1994 England)

Teenus	Minimum	Maksimum
Neurokirurgia	1:15	1:5
Neuroloogia	1:15	1:10
Kardioloogia	1:30	1:15
Spinaalkeskus	1:8	1:5
Rehabilitatsioon	1:15	1:10
Laste kirurgia	1:15	1:10
Vanemaealised		
järeldravi	1:40	1:30
pikaravi	1:200	1:50

TEGEVUSTERAPEUDID: Eestis on 2003 aastal 7 tegevusterapeudi haridusega inimest (99.a. Oulus kutse omandanud). Tegevusterapeudi assistendi kursused on lõpetanud 2 rühma, kummaski lõpetanud 18-19 in. Praegu õpib kolmas rühm, kus 16 inimest. Viimased lõpetavad 19.dets.2003. Kursustel saadakse algteadmised tegevusteraapiast 160 tunni ulatuses. Põhimõtteliselt peaksid TT assistendid töötama kvalifitseeritud TT kõrval, kuid nende puudumise tõttu on assistentide iseseisev töötamine aktsepteeritud, kuni tekib piisavalt kvalifitseeritud tegevusterapeute. Tallinna Meditsiinikoolis rakendusliku kõrgharidusõppe raames õpetatava tegevusterapeutide riikliku koolitustellimust 2003/2004 a ega ka 2002/2003 a kohta ei ole Sotsiaalministeeriumileesitatud. Tallinna meditsiinikool koolitab 2001 a vastuvõetud õpilasi Rootsi ekspertide kaasabil. Edaspidi peab tegevusteraapia koolitus Eestis vastama WORLD FEDERATION OF OCCUPATIONAL THERAPISTS poolt välja antud "Minimum Standards for the

Education of Occupational Therapists 2002” nõuetele. Miinimumnõuded kajastuvad TT kutsestandardis. Tegevusterapeudi III kvalifikatsiooni taotlemisel on nõutav erialane kõrgharidus. Tegevusterapeudi IV kvalifikatsiooni taotlemisel on nõutav erialane töökogemus III kvalifikatsioonitaseme tegevusterapeudina vähemalt 2 järjepidevat aastat, magistrikraad või täiendkoolitus mingis tegevusteraapia valdkonnas.

Tegevusterapeutide vajadust arvestatakse erialaliidu andmetel mujal maailmas esmatasandil 1: 10 000 elaniku kohta ning statsionaaris on seatud eesmärgiks 1 TT: 2 FT kohta. Eesti oludes on reaalne katta aastaks 2015 haiglate statsionaarse taastusravi ning rehabilitatsiooniasutuste vajadused saavutades tegevusterapeutide koguarvuks u 100.

KLIINILINE LOGOPEED: Kliinilised logopeedid on tänase Eesti kontekstis logopeedid, kes töötavad haiglates ja polikliinikutes täiskasvanud kõnekahjustusega inimestega (ca 15 spetsialisti üle Eesti, osad neist täiskasvanutega vaid osalise koormusega), patoloogilise kõnearengu või kõnekahjustusega lastega (30 – 40 spetsialisti) spetsialiseeritud laste hoolekande või õppeasutustes (ca 50 spetsialisti). Kliiniliste logopeedide vajadus Eestis oleks ca 150.

Peale nimetatute töötab Eesti haridussüsteemis kõne arenduse, ja kõnekorrektsiooniga ca 100 logopeedi. Haridusasutuste töötavaid logopeedide koolitatakse praegu Tartu Ülikoolis keskmiselt 5 spetsialisti aastas, mis samuti ei ole piisav.

Logopeedide jaotumine süsteemis:

Taastusravihaiglates umbes iga 30 voodi kohta 1 logopeed, **10**

Laste arendusraviga tegelevates haiglates lisaks **12**

Haiglate juures ambulatoorsel tööil Tallinnas 1 logopeed ca 20 000 elaniku kohta maakonnas kokku **75** (Harju 25, Hiiu 1 Ida-Viru 9, Jõgeva 2 Lääne-Viru 8, Põlva 2, Pärnu 5, Rapla 2, Saare 2, Tartu 8, Valga 2, Viljandi 3, Võru 2)

Rehabilitatsiooniasutustes **30**

eratööl **10**

puuetega laste hoolekandeaasutustes (väikelastekodud) **20**

EUMS 1999 a. tabel (spetsialistide arv erinevates riikides) kajastab logopeedia erialal erinevalt kogutud andmeid. Osades riikides on antud ainult kliinilised logopeedid, osades ka kõnearendusõpetajad. Ka logopeedide arv on Taani näite varal tänaseks juba muutunud. 1999 aastal, mil see tabel on kokku pandud, oli seal 200 spetsialisti

tööl afaasia ravis. 2002 aastast pärast ravi efektiivsust uurivat eksperimentaalprogrammi kolmekordistati logopeedide arvu ja nüüd on neid 600.

Ettepanek riiklikuks koolitustellimuseks kliinilise logopeedia erialal.

Aasta	Vajalik riiklik koolitustellimus	Eeldatavad logopeedia eriala lõpetajad	Ümberõppe riiklik koolitustellimus
2003/2004	5	5	
2004/2005	15	5	10
2005/2006	15	5	15
2006/2007	30	5	15
2007/2008	30	5	15
2008/2009	30	15	30
2008/2009	30	15	30
2009/2010	30	30	30
2010/2011	15	30	30
2011/2012	15	30	
2012/2013	15	30	
2013/2014	15	30	
2014/2015	15	15	
2015/2016	15	15	

Taastusravis on oluline kliiniliste logopeedide arv. Kliinilise logopeedi tasemed on määratud kutsestandardiga:

Logopeedi III kvalifikatsiooni taotlemise eelduseks on erialase kõrghariduse olemasolu. Ravi- ja/või rehabilitatsiooniasutuses töötaval logopeedil (vt p. 6.3.1) on nõutav praktika läbimine meditsiini-asutuses. Koolis või koolieelses lasteasutuses töötaval logopeedil (vt p. 6.3.2) on nõutav praktika läbimine koolis või koolieelses lasteasutuses.

Logopeedi IV kvalifikatsiooni taotlemise eelduseks on erialane kõrgharidus ja töökogemus 5 aastat ning erialase täiendkoolituse läbimine.

Logopeedi V kvalifikatsiooni taotlemise eelduseks on erialane kõrgharidus ja töökogemus 10 aastat, erialane täiendkoolitus, teaduslik-metoodiliste uurimuste ning ettekannete esitamine ja/või avaldamine.

KLIINILINE PSÜHHOLOOG.

Vajalik haridustase on määratud kliinilise psühholoogi kutsestandardiga.

Vajadus taastusravi süsteemis - vastavalt haiglaliikide nõuetele peab kliiniline psühholoog peab töötama iga keskhaigla ja piirkondliku haigla taastusravi osakonnas ning taastusravihaiglas.

Riiklik koolitustellimus kujuneb kui liita meditsiini- ja rehabilitatsioonisüsteemi vajadused.

JANVIER - JANUARY 1999

	Physiotherapists	Occupational therap	Speech therap.	inhabitants
BELGIQUE	17000	4000	7000	10.000.000
ESPAGNE	7000	600	1000	39.000.000
ITALIE	40000 ?	70	2000	57.000.000
FRANCE	44000	3500	10500	56.000.000
PORTUGAL	1300	550	300	10.000.000
DANEMARK	3000	800	200	5.500.000
SUISSE	3049 (7000 ?	1400	?	6.300.000
FINLANDE	8000	650	800	5.000.000
SUEDE	9500	5550		8.500.000
LUXEMBOURG	250	45	20	400.000
ISLANDE	275	65		270.000
PAYS-BAS	15700:25%Pri.	1620:80%S	3390:50%P	15.000.000
AUTRICHE	4000	800	850	7.300.000
ALLEMAGNE	48000	15000	4000	80.000.000
GRECE	2000:75%P	350	180	10.000.000
CROATIE	1620	35	90	4.572.477
HONGRIE	1800	0, assist: 200	1200	10.300.000
POLOGNE	2500(after 5 years of high degree education) 6000 (3 years in schools)	450	130, education in Universities	38.000.000
SLOVENIE	900	240	150	2.000.000
ROYAUME-UNI	27000	13100	5800-10000	56.000.000
IRLANDE	530	295	250	3.500.000
NORVEGE	6000	1393		4.300.000
TURQUIE	950 :10%P	20	100	60.000.000

PERSONALILISA: TAASTUSARSTE EUROOPA MAADES 2001

05/2001	Residen- tuuris	töötavad	/100.000	Elanikke milj	Eriala nimetus
ISLAND		15	5,5	0,27	Orku-og-endurhaefingarlaekningar
HORVAATIA	40	225	4,76	4.9	Fizikalna Medicina i Rehabilitacija
BELGIA	64	458	4,58	10.	Médecine Physique et Réadaptation
HISPAANIA	240	1500	3,85	39.	Medica Fisica y de Rehabilitacion
ITAALIA	350	2200	3,85	59.	Medicina Fisica e Riabilitazione
SLOVEENIA	6	71	3,55	2.	Physical Medicine and Rehabilitation
PORTUGAL	100	325	3,25	10.	Medicina Fisica e de Reabilitação
PRANTSUSMAA	95	1760	2,87	61.3	Médecine Physique et de Réadaptation
SOOME	15	142	2,84	5.	Fysiatria
NORRA	39	106	2,46	4.3	Fysikalk medisn og rehabitering
POOLA	120	930	2,44	38.	Medical Rehabilitation
AUSTRIA	42	174	2,38	7.3	Physikalische Medizin
TAANI	0	120	2,18	5.5	Fysiurgi og Rehabilitering
ROOTSI	30	180	2,11	8.5	Rehabilitation Medicine
SVEITS	50	130	2,06	6.3	Médecine Physique et Réhabilitation
LUXEMBURG	0	8	2,00	0,4	Rééducation et Réadaptation Fonctionnelles
SAKSAMAA		1569	1,96	80.	Physikalische und Rehabilitative Medizin
MADALMAAD	89	280	1,86	15.	Revalidatiegeneeskunde
TÜRGI	200	850	1,41	60.	Physical Medicine and Rehabilitation
UNGARI	30	141	1,37	10.3	Mozgasszervi rehabilitacio (rehabilitation of physical disabilities)
KREEKA	18	90	0,90	10.	Médecine Physique et de Réadaptation
IIRIMAA	1	8	0,23	3.5	Rehabilitation Medicine
RUMEENIA	72	105	0,18	59.	

Ameerikas 6700 füsiaatrit

PERSONALILISA: FÜSIOTERAPEUTE EUROOPAS 2003

Number of Physiotherapists

Information provided by the Member Organisations, June 2003

Country	Number of Inhabitants	Number of Physiotherapists	Inhabitants per Physiotherapist	Unemployment	Percentage of unemployment
1. ITALY	57844017	40000	145	No	0
2. BELGIUM	10309725	29000	356	Yes	NA
3. FINLAND	5194901	11500	452	Yes	6
4. NORWAY	4524066	9300	486	Yes	0.5
5. ICELAND	286575	500	573	No	0
6. DENMARK	5368354	8790	611	Yes	4.2
7. SWITZERLAND	7261210	10000	726	No	0
8. SWEDEN	8909128	12000	742	No	0
9. NETHERLANDS	16105285	18650	864	No	0
10. GERMANY	82440309	85000	970	Yes	3
11. France	59344025	55000	1079	No	0
12. Austria	8139310	6000	1357	No	0
13. Luxembourg	444050	300	1480	Yes	NA
14. Bulgaria	7891065	5000	1578	Yes	13
15. Czech Republic	10269726	5000	2054	No	0
16. Cyprus	759100	280	2711	No	0
17. Spain	40409330	13000	3108	Yes	10
18. Hungary	10174853	2800	3634	No	0
19. Poland	38632453	10000	3863	Yes	5.5
20. Estonia	1366959	300	4557	No	0
21. Portugal	10335559	2000	5168	No	0
22. Serbia and Montenegro	10645156	1500	7097	Yes	NA
23. Latvia	2345768	250	9383	No	0
24. Romania	22430457	860	26082	No	0
25. Turkey	67308928	1487	45265	No	0
26. Greece	10554404	NA	NA	Yes	15
27. Ireland	3882683	Not known	NA	No	0
28. United Kingdom	59862820	NA	NA	No	0
29. Liechtenstein	33525	NA	NA	No	0