Põletikuliste polüartropaatiatega täiskasvanu (M05-M14 RHK-10) rehabilitatsioonijuhis

2023

Sisukord

1. Üldine teave 4

1.1 Üldine informatsioon 4

1.2 Mõisted ja lühendid 6

2. Rehabilitatsioonijuhise üldeesmärgid 8

2.1 Häirete põhine jagunemine. Rahvusvaheline funktsioneerimisvõime, puude ja tervise klassifikatsioon (RFK) klassifikaatori põhiselt 8

3. Rehabilitatsioonijuhise sisu 12

3.1 Sihtgrupp 12

3.1.1 Terviseolukord 12

3.1.2 PP iseloomulikud omadused 12

3.1.3 Sihtgrupi haigusspetsiifiline ravi 13

3.1.4 Rehabilitatsiooni teenuse näidustused ja vastunäidustused 14

3.2 Soovituslikud hindamisvahendid 15

3.2.1 Funktsioonide hindamine 16

3.2.2 Tegutsemis- ja osaluspiirangute hindamine 19

3.3 Soovituslikud kasutatavad metoodikad 23

3.4 Soovituslikud kasutatavad meetodid 24

3.4.1 Funktsioonihäired 24

3.4.2. Tegevuse ja osaluse toetamine 30

3.5 Soovituslikud sekkumismahud ja rehabilitatsiooni põhimõtted 32

3.5.1 Rehabilitatsiooni teenuse peamised põhimõtted 32

3.5.2 Funktsionaalsel hindamisel põhinevad REH eesmärkide püstitamine 35

3.6 Interdistsiplinaarne meeskond 35

4. Oodatavad tulemused 38

5. Riskid ja eelised 39

Kasutatud allikad 41

LISA 1. Funktsioonid, tegevus-ja osalus ning keskkonnategurid 53

LISA 2. Valu nõustamine: funktsioone toetavad protseduurid 53

LISA 3. Ortoosid 57

LISA 4. TEREKK sihtrühma küsimustik 63

LISA 5. Rehabilitatsioonijuhise lühiversioon 73

1. Üldine teave

Rehabilitatsioonijuhis on koostatud Sotsiaalkindlustusameti tellimusel. Juhise koostamist rahastatakse Euroopa Sotsiaalfondi programmi meetme „Tööturul osalemist toetavad hoolekandeteenused“ alategevuse 1.3 „Rehabilitatsioonialaste hindamis- ja sekkumismetoodikate arendamine ja koolituste pakkumine“ raames (2014-2020.2.02.001.01.15-0002). Tegemist on sotsiaalse rehabilitatsiooniteenuse juhisega. Rehabilitatsioonimeeskonnale vajalik terviseseisundi meditsiiniline taustainfo on toodud sissejuhatuses ning tervishoiuteenuste ülevaatlik info on juhise lisas valu nõustamise all.

Juhis on koostatud ekspertide poolt Tallinna Ülikooli Haapsalu kolledži Tervisedenduse ja Rehabilitatsiooni Kompetentsikeskuse (TERE KK) eestvedamisel. Juhise loomisse on kaasatud multidistsiplinaarne meeskond spetsialiste sealhulgas huvigrupi esindaja Reumaliidust.

Rehabilitatsioonijuhise koostajad: Varje-Riin Tuulik (taastusarst), Eve Sooba (taastusarst), Riina Kallaste (taastusarst), Hillar Reissaar (füsioterapeut), Julia Nesterova (füsioterapeut), Tatjana Charmillot Varik (tegevusterapeut, käe terapeut), Katrin Klementsov (tegevusterapeut), Liina Vahter (kliiniline psühholoog, neuro-psühholoog), Silvia Pütsep (kogemusnõustaja/psühholoog), Eva Makienko (projektijuht)

1.1 Üldine informatsioon

Luu- ja lihaskonna vaevused on arenenud riikides kõige sagedasem puude põhjus. Põletikuliste polüartropaatiate (PP) kaks kõige tüüpilisemat haigust on reumatoidartriit (RA) ja spondüloartropaatia. Kuigi puude ja töövõime hindamise metoodikad erinevad eri riikides, siis nende haiguste puhul on leitud, et keskmiselt 50%-l reumatoidartriidi (RA) ja 40%-l spondüloartropaatiaga haigetest esineb talitlusvõime langus (Sooba, Butšelovskaja 2022). Itaalia RA-ga inimestel on leitud 50%-l puue igapäevategevustega toimetulekul ning 22,7%-l on osaline või täielik töövõimekaotus (Maddali Bongi *et al.* 2014).

Eesti PP rehablitatsiooni (edaspidi REH) juhise loomisel on kasutatud TEREKK sihtrühma küsimustiku andmeid ja Soome (KELA), Rootsi, Austria, Ühendkuningriigi (Prodinger *et al*. 2015), Norra (Dager *et al*. 2017), Hong Kongi (Siu *et al.* 2004), Itaalia (Maddali Bongi *et al.* 2014) ja Poola (Szewczyk *et al.* 2021) reumahaigete REH programmide näiteid. Liigeshaigete ravijuhised soovitavad holistilist lähenemist. PP diagnoosi puhul on lisaks medikamentoossele ravile vajalikud ka mittemedikamentoossed sekkumised (Vliet Vlieland, van den Ende 2011; NICE 2018; Gossec *et al.* 2006).

Tegeleda ei tule mitte üksnes patsiendi vaevustega, nagu valu, unehäired, jõuetus, vaid tegeleda tuleb ka haigusesse suhestumise, valmisolekuga enese aitamiseks ning ootustega ravitulemuste osas. Suurt tähelepanu tuleks pöörata koostööd pidurdavatele psühhosotsiaalsetele faktoritele, sh töö- ja elutingimused, psühholoogilised probleemid jms (Sooba, Butšelovskaja 2022).

Kõikidele PP-tele on iseloomulik, et liigesepõletik võib viia liigeste kahjustuste tekkeni ning sellest tulenevalt liigeste funktsioonihäireni ja haigestunute elukvaliteedi languseni. Samuti võib haiguse laastav mõju organismile põhjustada füüsilise võimekuse langust ja passiivsust, mis kõik koos põhjustab ka haigestunute elukvaliteedi langust (Rauch Osthoff *et al.* 2018). Liigesepõletikuga seonduv valu ja väljakujunenud liigeste deformatsioonid vähendavad oluliselt haigestunute töövõimet, muutes nad haiguse arenedes üha enam sõltuvaks kõrvalabist ja sotsiaalsüsteemist (Laas *et al.* 2020; Sooba, Butšelovskaja 2022).

PP omab mõju organismile tervikuna, lisaks liigeste funktsioonihäirele on sageli probleemiks ka väsimus, jõuetus, depressioon ning luude hõrenemine ehk osteoporoos. Viimasega kaasnevate lülisamba murdudega kaasnevad omakorda seljavalud. Krooniline põletik organismis tõstab ka kardiovaskulaarsete haiguste riski. Mõnedel juhtudel võib esineda organkahjustusest tingitud hingamispuudulikkus ja südame funktsioonihäireid (Maitin *et al.* 2015; Birkenfeld *et al.* 2012; Hochberg *et al.* 2003).

PP prognoos on viimaste aastakümnete jooksul siiski oluliselt paranenud tänu varasemale diagnoosimisele, uutele ravimitele ning arusaamale, et varane intensiivne ravi parandab märgatavalt haiguse prognoosi. Õigeaegse ravi korral saab haigestunu jätkata oma tavapärast elu ning säilitab töövõime ja iseseisva toimetuleku paljudeks aastateks.

RA korral soovitatakse REH-i nii haiguse varases kui hilises haigusfaasis, kuna see vähendab vaevusi ja parandab toimetulekut (Combe *et al.* 2017). Ka raskesti ravile alluva RA puhul vähendavad mittemedikamentoossed sekkumised (harjutused, psühholoogiline abi, patsiendiõpetus ja haridus) funktsioonipuuet ja parandavad toimetulekut (Roodenrijs *et al*. 2021).

1.2 Mõisted ja lühendid

- **Rehabilitatsioonijuhis** - tõenduspõhine ja ühtne juhis sotsiaalse rehabilitatsiooni teenust pakkuvatele asutustele tööks kindlaks määratud sihtgrupiga.
- **Metoodika** - on korrastatud lähenemine suuremale tegevusele. Metoodika jaotab protsessi väikemateks osadeks, püstitab osadele eesmärgid ning võib näidata ära meetodid nende eesmärkide saavutamiseks.
- **Meetod** - otstarbekohane ning kavakindel toimimisviis mingi eesmärgi saavutamiseks.
- **Ekspert** - mingi ala asjatundja, keda rakendatakse eriteadmisi nõudvate küsimuste lahendamiseks.
- **Rehabilitatsioon** - on inimese tegevus- ja osalusvõime arendamise kompleksne protsess, mille eesmärgiks on saavutada ja hoida puude ja/või piiratud töövõimega inimeste võimalikult kõrget füüsilise, meelelise, intellektuaalse, psüühilise ja/või sotsiaalse funktsioneerimise taset, võimaldades neile nii suuremat iseseisvust.
- **Sotsiaalse rehabilitatsiooni teenus** - on sotsiaalteenus, mis mõeldud puudega ja/või piiratud töövõimega inimese toetamiseks igapäevaeluga toimetuleku, õppimise, suhtlemise, töövõime eelduste arendamise valdkonnas.
- **Rehabilitatsiooni teenuse osutaja** - rehabilitatsiooni teenust pakkuv asutus.
- **Rehabilitatsiooni teenuse spetsialist** – rehabilitatsiooni teenust osutav eriharidusega spetsialist.
- **Rehabilitatsiooni teenuse saaja** – puudega ja/või piiratud töövõimega inimene, kes vajab rehabilitatsiooni teenuseid toimetuleku parandamiseks.
- **REH** - rehabilitatsioon
- **PP** - põletikuline polüartropaatia ehk põletikuline liigeshaigus
- **RA** - reumatoidartriit
- **FT**- füsioterapeut
- **TT** - tegevusterapeut
- **PSÜ** - psühholoog

- **VAS -** visuaalanaloogskaala
- **MTO -** Maailma Terviseorganisatsioon
- **RHK-** Rahvusvaheline haiguste klassifikaator
- **RFK -** Rahvusvaheline funktsioneerimisvõime, puude ja tervise klassifikatsioon
- **EULAR -** European Alliance of Associations for Rheumatology - Euroopa liigesehaiguste organisatsioon
- **Polüartriit -** 5 ja enama liigese põletikuline haigus
- **Oligoartriit -** 1-4 liigese põletikuline haigus
- **Monoartriit -** ühe liigese põletik

2. Rehabilitatsioonijuhise üldeesmärgid

Rehabilitatsioonijuhise eesmärk on:

- anda nii teenuseosutajale, spetsialistile kui ka teenuse saajale teadmised, mida sisaldab rehabilitatsiooni teenus PP diagnoosiga täiskasvanule ja kuidas planeerida sekkumisi
- anda riiklikul tasemel konkreetsem ülevaade REH teenuste sisust PP-ga täiskasvanule

Rehabilitatsioonijuhis:

- annab REH-i teenuse osutajale selged juhised kvaliteetse teenuse osutamiseks PP-ga täiskasvanule, lähtudes PP-ga kaasuvatest funktsioonipiirangutest, nõrkustest ja tugevustest ning soovitud tulemustest
- annab REH teenuse osutajale asjakohased tõenduspõhised hindamisvahendid ja metoodikad parima tulemuslikkuse saavutamiseks
- tagab REH teenuse saajale kvaliteetsed ja tulemuslikud sekkumised
- annab REH-i teenuse saajale aimu eesolevast, et teenuse saaja oleks teadlik endaga REH-i teenusel toimuvast

REHABILITATSIOONIJUHISE ÜLDEESMÄRK ON PP DIAGNOOSIGA TÄISKASVANU VAEVUSTE VÄHENDAMINE, ELUKVALITEEDI TÕSTMINE NING ISESEISVA TOIMETULEKU TOETAMINE JA/ VÕI ARENDAMINE

2.1 Häirete põhine jagunemine. Rahvusvaheline funktsioneerimisvõime, puude ja tervise klassifikatsioon (RFK) klassifikaatori põhiselt.

Taastusravis ja rehabilitatsioonis on terviseandmete ühtlustatuks esitamiseks kasutusel Maailma Terviseorganisatsiooni (MTO) haiguste klassifikatsioon (RHK-10) ja Rahvusvaheline funktsioneerimisvõime, puude ja tervise klassifikatsioon (RFK).

Antud juhis käsitleb PP-ga täiskasvanute (RHK-10 alusel koodid M05-M14) REH-i. Haigusest tuleneva talitlusvõime languse kirjeldamiseks kasutatakse standardse keelena RFK-d (Gikaro *et al.* 2022), mille igapäevatöös kasutamiseks on välja töötatud seisundite spetsiifilised lühivormid (ingl. keeles *core-set*). RA spetsiifilise lühiversiooni väljatöötamisel osalesid 17 eksperti 12 erinevast riigist (7 taastusarsti, 7 reumatoloogi, 1 õde, 1 tegevusterapeut ja 1 füsioterapeut). Selline kokkulepitud koodide loetelu (*ICF*

Core Set for Rheumatoid Arthritis) on abiks RA-ga inimeste talitlusvõime multidistsiplinaarsel hindamisel (Stucki *et al*. 2004).

PP-ga täiskasvanu REH teenuse saajana on kõige olulisem meeskonna liige ja REH sisu kujundaja. REH peab vastama teenuse saaja enda püstitatud eesmärgi lahendamisele. Selleks tuleb enne REH kaardistada probleemsed valdkonnad ja koos REH meeskonnaga sõnastada realistlikud eesmärgid. Tegevused ei saa olla spetsialisti ega asutuse põhised, vaid inimesekesksed ja tema elukohas rakendatavad. Pikaaegne elukohas rakendatav talitlusvõimet toetav tegevusplaan on üks oluline osa REH-st.

PP diagnoosi korral on elu osaks krooniline valu ja organismi põletikust tulenev üldväsimus. Samuti mõjutab igapäevaelu ja REH planeerimist haiguse raskesti prognoositav remissioonide ja ägenemistega kulg. Sagedamini esinevad PP probleemid koos RFK koodiga on toodud tabelis 1.

Tabel 1. Sihtgrupi kehaliste ja vaimsete funktsioonide ning tegutsemise ja osaluse probleemsed valdkonnad

Funktsioonihäire	Selgitused
Valuaisting b280	Valu on PP diagnoosiga kaasnev enamlevinud sümptom Teadmine, kuidas valu juhtida, aitab paremini valu kontrollimisega toime tulla (Geenen *et al.* 2018). Kauakestnud PP on sage kroonilise valu ja puude põhjustaja (Al Maini *et al*. 2015). Kindla piirkonna valu võib viidata struktuursele kahjustusele, üldisem valu on pigem mitte-spetsiifiline (Geenen *et al.* 2018).
Vaimse energia ja tungi funktsioonid b130 ja Emotsioonide funktsioonid b152	Reumatoloogiline haigus on ise stressi põhjustaja. Alla 45 aastastel inimestel on RA puhul suurem tõenäosus kogeda vaimse tervise häireid (van't Land *et al.* 2010). Kogetakse psühholoogilist stressi, vähenenud on une kvaliteet ja passiivseid valuga toimetulekustrateegiate kasutamist (Rupp *et al.* 2006; Löwe *et al.* 2004). 16.8 % kogeb depressiooni, eluläbiselt koguni 14 – 48 % (Matcham *et al.* 2013). See mõjutab ravisoostumust, puude kujunemist ja elukvaliteedi langust (Hyphantis *et al.* 2013; Piccinni A *et al.* 2006). 16 % kogeb eluläbist ärevust (Lok *et al.*, 2010).
Koormustaluvuse funktsioonid b455 Väsimine b4552	Kardiorespiratoorne võimekus on PP haigetel 20-30% madalam oma eakaaslastest (Cooney *et al.* 2011). PP diagnoosiga inimesed on sageli teistest passiivsemad ja kardiovaskulaarsete haiguste risk võib suureneda lausa

	1,5 kordselt (Sooba, Butšelovskaja 2022).
Liigeste liikuvuse funktsioonid b710	RA puhul esineb kätel 3 peamist deformatsiooni (pöidla deformatsioon, sõrmede deformatsioonid (luigekaela ja Boutonnière'i deformatsioon) ja randme deformatsioonid. Jalgadel on kõige tüüpilisem ristivõlvi ulatuslikust lamenemine, varvaste deformatsioonid ja hüppeliigese deformatsioon.
Lihasjõu funktsioonid b730 Lihaste vastupidavuse funktsioonid b740	PP diagnoosi korral esineb nii põletikuliste liigeste ümber asuvate lihaste nõrkust kui üldist jõuetust. Käe pigistusjõu mõõtmine võib aidata ennustada pikaajalist haiguse kulgu: käte haaratus PP varajases staadiumis on osutunud tugevaks ennustavaks faktoriks haiguse halva pikaajalise prognoosile.
Tasakaaluelundi funktsioonid b235	Ühendkuningriigis tehtud uuring näitas, et RA põdejatest (vanuses 18–88 a) oli 36,4% aasta jooksul vähemalt ühe korra kukkunud (Stanmore *et al.* 2013). Nooremad täiskasvanud kukkusid sama sageli kui vanemad täiskasvanud (Stanmore *et al.* 2015), eriti oluline on kukkumiste ennetus osteoporoosiga postmenopausis naistel (Metli *et al.* 2015). RA esinemine mõjub negatiivselt just dünaamilisele tasakaalule. Haiguse aktiivsus posturaalsele tasakaalule ei mõju. Posturaalse tasakaalu tulemused näisid selgelt sõltuvat KMI-st, vanusest ja soost (Aydoğ *et al*. 2006).
Kehakaalu säilitamise funktsioonid b530	Luu-ja liigesehaigustest (sh PP) tingitud vaevuste vähendamiseks ja ravimite efektiivse toime tõstmiseks on vajalik tasakaalustatud, mitmekesine ja vajadustele vastav toitumine, mis arvestab kehakoostise iseärasusi ja füüsilist aktiivsust (Tallinna Reumaühendus. Liikumise ja toitumise põhitõed).
Tegevusvõime	Selgitused
Igapäevaste rutiinsete tegevuste sooritamine d230	Eakatel RA-ga inimestel on võrreldes üldpopulatsiooniga rohkem raskusi igapäevatoimingutes ja sotsiaalses elus. RA esinemisel on talitlusvõime tase kõikides RFK komponentides nii meeste kui naiste seas kontrollgrupiga võrreldes oluliselt madalam (Häkkinen *et al.* 2009). On leitud, et ligikaudu 45% inimestel, kellel oli osteoartriit või RA, on raskusi ühe või mitme igapäevaelu tegevuse

	sooritamisel või elusituatsioonides osalemisel (Gikaro *et al.* 2022) ning ligikaudu 43% artriidiga inimestest kogeb artriidist tingitud aktiivsuse piiranguid (Barbour *et al.* 2017).
Käte peenmotoorika d440, Käte ja käsivarte kasutamine d445	30%-l uuringus osalenud RA-ga inimestest esines mõni tegevuspiirang. Seost haiguse kestuse ja tegevuspiirangu esinemise vahel ei leitud: tegevuspiiranguid esines ka juba haiguse varastes staadiumites (Horsten *et al.* 2010).
Kõndimine d450	Liikumine on valulike liigeste ja liigesjäikuse tõttu probleemiks enamikele PP diagnoosiga täiskasvanutele. See võib saada takistuseks nii igapäevategevustes, aga ka tööle ja REH-i teenusele jõudmisel.
Hoiakud, täpsustamata e499	Kroonilise haiguse diagnoosimisel peab haigestunu hakkama kohandama oma elukorraldust ja rolle vastavalt haiguse poolt ettekirjutatule. PP diagnoosiga kaasnevad sagedased probleemid on: oma murega üksinda olemine, leppimine oma diagnoosiga, meeleolu kõikumine, elukvaliteedi säilitamine kodus ja tööl, abivahendite kasutamine, muutuste tegemine oma elus, suhted lähedastega. Ka PP-ga inimese lähedased võivad vajada tuge (Fallatah *et al.* 2014).

3. Rehabilitatsioonijuhise sisu

3.1 Sihtgrupp

3.1.1 Terviseolukord

PP-d on rühm haigusi, mida iseloomustab autoimmuunse põletiku esinemine liigestes ja teistes kudedes ning organites. Haigus avaldub tavaliselt nooremas täiskasvanueas 30-40 aastastel, aga see võib vallanduda ka eakatel ning seetõttu tuleb PP diferentsida liigese madala intensiivusega põletikuga kulgevast liigese nn kulumishaigusest ehk artroosist.

PP-te üla-ja alajäsemete liigeste haaratusega tüüpiliseks esindajaks on RA ja lülisammast haarava PP tüüpiliseks esindajaks on jäigastav lülisambapõletik ehk anküloseeriv spondüliit.

- **Reumatoidartriit** (RA) on kõige sagedasem põletikuline liigesehaigus Eestis. RA avaldub tüüpiliselt sümmeetrilise hulgiliigespõletiku ehk polüartriidina (viie ja enama liigese haigus). RA levimus Eestis on 0,46% (Laas *et al.* 2020). Kõige enam haigestuvad 55–74-aastased inimesed, naised kuni kolm korda sagedamini kui mehed (Laas *et al.* 2020).

- **Juveniilne idiopaatiline artriit** (JIA) on lapseeas algav põletikuline liigesehaigus. Tavaliselt kulgeb JIA oligoartriidina (2-4 liigese haigus), mõnevõrra harvem mono- või polüartriidina. Aastatel 1998–2000 Eestis tehtud JIA esmasjuhtude uuringu andmetel oli esmashaigestumus 21,7 juhtu 100 000 0–15-aastase lapse kohta (Laas *et al.* 2020). Kõige sagedamini haigestutakse väikelapse- või murdeeas.

- **Spondüloartriidid** on rühm põletikulisi haiguseid, kuhu kuuluvad anküloseeriv spondüliit, psoriaatiline artriit, reaktiivne artriit ja põletikulise soolehaigusega seostuv artriit. Spondüloartriidid avalduvad tavaliselt oligoartriidina, psoriaatiline artriit võib aga sageli kulgeda ka polüartriidina ja olla esialgu RA-st raskesti eristatav (Laas *et al.* 2020).

3.1.2 PP iseloomulikud omadused

- PP-d on kroonilise kuluga süsteemsed **kogu organismi haaravad haigused**, st et põletikuline protsess on terves kehas. Haiguse süsteemseks väljenduseks on palavik, väsimus, kaalulangus ja vahel ka lümfisõlmede suurenemine ehk lümfadenopaatia. Pikaajalise kulu korral esineb PP-te korral sageli aneemia, mis omakorda süvendab väsimustunnet.

- Süsteemse toime tõttu võib PP kahjustada erinevaid organeid, sh. süda (nt perikardiit), kopsud (nt pleuriit, interstitsiaalne kopsuhaigus, pulmonaalse hüpertensiooni teke skleroderma korral jm), neerud (neerude amüloidoos, neerupuudulikkus, luupusnefriit jt), veresoonte kahjustus (vaskuliit, haavandid).

- PP-d annavad tunda end hulgiliigespõletikuna, kus esineb **valu ja üle 2 tunni kestev hommikune liigeskangus**, liigestursed jt vaevused. Paljude PP grupi haiguste, nt RA korral on tüüpiline käte-jalgade väikeste liigeste sümmeetriline haaratus. Jala vaevused võivad olla nii häirivad, et inimene ei saa käia. Käe vaevuste korral ei saa inimene haiguse ägenemisel kirjutada, hoida hommikul kohvitassi käes, panna riidesse jne. Haiged võivad olla ka teised liigesed (põlv, õlg, küünarliiges jne).

- Raske ja pikaajalise kulu korral võib RA puhul tekkida muutused lülisambas ja **ohtlik potentsiaalselt seljaaju kahjustav ebastabiilsus kaelaosas (esimene ja teine kaelalüli).**

- Viimastel aastatel on lisandunud rohkelt teadmisi PP-ga inimeste **kõrgemast kardiovaskulaarsete haiguste (KVH) riskist** võrreldes üldpopulatsiooniga, mida seostatakse osaliselt organismis esineva üldise kõrgema põletikufooniga. Lähtuvalt sellest on oluline PP diagnoosi korral hinnata KVH riske ja vajadusel rakendada ravimeetmeid. **Üliioluline on elustiilinõustamine!**

- Mitmete PP-te korral võivad esineda naha muutused (nt sklerodermia, luupus, psoriaatiline artropaatia jt), veresoonte põletikud ehk vaskuliidid ja mõnel juhul ka silmapõletik. Muutusi võib olla ka nahaaluskoes (nt RA korral nn reumaatilised sõlmed). Skleroderma korral võivad verevarustushäired tekitada sõrmeotstesse haavandeid. Seoses nii ravimite kui haiguse mõjuga immuunsüsteemile võivad lahtised haavandid olla tõsiste infektsioonide põhjuseks ja vajavad hoolikat ravi (sh sidumisõde, jalaravi jm).

- PP korral esinev artriit on liigeseid ja neid ümbritsevaid kudesid destrueeriv, eriti kui haigust ei ravita ja/või esineb raske haiguskulg. Erinevate PP-te kulg on erinev, ka on erinev liigeshaaratus ja radioloogiline leid (Maitin *et al.* 2015; Birkenfeld *et al.* 2012).

3.1.3 Sihtgrupi haigusspetsiifiline ravi

- PP kulg võib olla väga erinev ning ravimite valik on haigusspetsiifiline ja individuaalne. PP diagnoosimise ja raviga tegelevad reumatoloogid (Laas *et al.* 2020).

- Spetsiifiline põletikuvastane ravi ehk haigust modifitseeriv ravi on sh glükokortikortikosteroidid (Medrol, Prednisolon), Trexan, Salazopyrin, Plaquenil ning bioloogilised ravimid pidurdavad põletikku ja ennetavad organ- ja liigeskahjustusi. Seepärast on vajalik haiguse diagnoosi õigeaegne täpsustamine ja kiire ravi alustamine.

- PP-ga võib pikaajalise kestvuse korral kaasneda luude hõrenemise e. osteoporoosi teke ja haiged on ohustatud luumurdudest, sh lülikehade kompressioonmurdudest. Osteoporoos on iseseisev protsess ja ei ole üksnes seotud glükokortikosteroidraviga, kuigi nende kõrgete annuste kasutamine soodustab osteoporoosi teket ja PP-te korral on vajalikud regulaarsed luutiheduse uuringud. Osteoporoosi esinemisel tuleb rakendada ravi ja täiendavaid mittemedikamentoosseid meetmeid luumurdude ennetamiseks.

PP-te käsitlus Eestis on kirjeldatud ravijuhises (Laas *et al.* 2020) ja liigeshaige taastusravi ja rehabilitatsiooni põhimõtted on toodud Eesti Arsti Taastusravi erinumbri artiklis „Kuhu liigub liigeshaigete taastusravi?“ (Sooba, Butšelovskaja 2022).

3.1.4 Rehabilitatsiooni teenuse näidustused ja vastunäidustused

Rehabilitatsiooni teenuse saaja antud juhise käsitluses on PP diagnoosiga täiskasvanud inimene:

- kelle terviseseisund on stabiilne (haigus on remissioonis)
- kes soovib oma liigesfunktsioone taastada või säilitada
- kellel on eesmärgiks parandada toimetulekut igapäeva- ja tööelus ning õppimise valdkonnas
- kes vajab kompleksset multidistsiplinaarset REH-i
- kes suudab ilma pideva abita piisavalt iseseisvalt tegutseda, et teenusepakkuja ruumides ringi liikuda ja REH-s osaleda

Rehabilitatsiooni teenus ei sobi inimesele:

- kelle PP on ägedas, ravimitega kompenseerimata faasis
- kellel esineb teiste ägedate haiguste avaldumine või ägenemine, sh. ägedad infektsioonid, värske südameinfarkt, värske ajuinfarkt, äge tekkinud rütmihäire, ravimata ebanormaalne vererõhk, värske luumurd, diagnoosimata muu haigus või patoloogia, mis halvendab patsiendi seisundit jt sarnased seisundid, kus REH meeskond ei tohi töötada enne haiguse ravi, seisundi stabiliseerimist ja arsti poolt REHi lubamist

- kelle vaimne tervis ei võimalda osalemist aktiivses REH-s. REH ei sobi ka juhul kui esineb püsiv kognitiivse funktsiooni langus, kus inimene ei saa aru REH-i eesmärkidest
- kelle puhul PP raske kulu ja kaugele arenenud tüsistuste tõttu ei ole komplekse REH teenusega enam võimalik saavutada elukvaliteedi paranemist

3.2 Soovituslikud hindamisvahendid

Esmane enesehindamine võiks toimuda REH eelsel perioodil, REH planeerimisel, et REH eesmärgid oleksid varakult selged ja edasine REH oleks tulemusrikas. Selleks võib kasutada RFK põhiseid patsiendi küsimustikke.

Esmasel kohtumisel REH meeskonna esindajatega on võimalik välja selgitada, kas antud REH asutus on sobilik, et just antud inimesele olulised REH eesmärgid realiseerida. Arvestades sihtrühma liikumispuuet peaks REH meeskond olema valmis intervjuusid ja nõustamisi viima läbi ka näiteks videosillana. Esmasel kohtumisel on võimalik planeerida juba ka teenuseid.

REH teenuse alguses spetsialisti poolt läbiviidud talitlusvõime hindamine on oluline, et aidata inimesel paremini mõista, mis on probleemsed valdkonnad ja mis on tema tugevusteks, millele tuginedes saaks parandada igapäevast talitlusvõimet. Algne hindamine on vajalik selleks, et täpsustada REH teenuseid ja hiljem hinnata REH tulemuslikkust.

Spetsialisti poolt läbiviidud funktsionaalne hindamine REH lõpus: hinnata tuleks samu valdkondi ja kasutada tuleks samu meetodeid kui esmasel hindamisel. See võimaldab välja selgitada, milline muutus teenuse saaja jaoks on toimunud. Selleks, et hinnata, kas REH oli tulemusrikas ka pikemas perspektiivis, soovitatakse kasutada REH tulemuse hindamist ka 1 aasta ja hiljem peale teenuse lõppu (Puolakka *et al.* 2007, Dager *et al.* 2017).

Kliendi funktsioneerimisvõime hindamiseks kasutavad REH spetsialistid erialaspetsiifilisi hindamisvahendeid või meetodeid. Tulemuste sidumine RFK-koodide ja määrajatega toimub meeskonnatööna. Funktsioneerimisvõime raskuse ulatuse määraja skaala on 0–4 punkti: **0** – ei ole probleemi (0-4%), **1** – kerge probleem (5-24%), **2** – mõõdukas probleem (25-49%), **3** – raske probleem (50-95%), **4** – täielik probleem (96-100%).

3.2.1 Funktsioonide hindamine

Organismi funktsioonid on RFK alusel elundsüsteemide füsioloogilised funktsioonid ja talitused. Funktsioonide hindamine ei ole eesmärk omaette ja sellele ei tohi kuluda REH-i osutamisel ebaproportsionaalselt palju aega ning see ei tohiks põhjustada valu või ebamugavust (näit lihasjõu testimisel). Mõningaid teste on võimalik kasutada ka teenuse/treeningu osana. Milliseid teste (tabel 2) ja mis mahus kasutada, on REH spetsialisti otsus, mis lähtub konkreetse inimese probleemidest, vajadustest ja REH-i eesmärkidest. Oluline on viia hindamise tulemused kokku RFK kategooriatega (LISA 1), et need oleksid edaspidi mõistetavad ja võrreldavad ka teiste REH teenuse osutajate juures. Funktsioonihäirete ja tegevusvõime eri aspektide hindamine põhineb spetsialisti poolt läbiviidud funktsionaalsetel testidel. Näiteks Tegevusterapeutide Liidu *Soovituslikud mõõdikud tugielundkonna häiretega patsientide hindamiseks,*.

Tabel 2. Funktsioonihäirete ja tegevusvõime eri aspektide hindamine, hindamist läbiviiv spetsialist, hindamisvahendi sisu

Valu hindamine	Hindamisvahendi sisu lühikirjeldus
Objektiivne uurimine	**Hindaja:** FT, TT, arst. **Teostus:** Objektiivselt peab uurima ja dokumenteerima vähemalt need liigesed, mille valu, turse ja/või funktsioonihäire üle teenuse saaja kaebab. Üle 4 liigese haaratuse korral võib piirduda liigeste piirkondade nimetamisega. Lisaks tuleb uurida, millised liigesed on turses, kas liigesevalu ja kangus on näiteks pigem hommikul või õhtul, kas valu esineb rahuolekus (sh öösel) või on seotud mingi koormusega. Objektiivsel läbivaatusel tuleb hinnata ka välist muutust (nahavärvi muutus, turse, deformatsioon), palpatoorset valu ning lokaalset temperatuuri.
VAS skaala	**Hindaja:** arst, FT, TT, õde. **Mõõdab:** subjektiivset valutunnet. **Vahend** 10-palli skaala, kus 0 tähendab valu puudumist ja 10 talumatut valu.
Vaimse tervise ja emotsionaalse heaolu hindamine	Hindamisvahendi sisu lühikirjeldus
Emotsionaalse enesehinnangu küsimustik (EEK-2)	**Hindaja:** PSÜ, vaimse tervise õde. **Hindab:** depressiooni, üldist ärevushäiret, paanikahäiret, sotsiaalfoobiat, vaimset kurnatust, depressiooni ja ärevusega kaasuvate võimalikke unehäireid (Aluoja *et al.* 1999). **Vahend:** EEK-2 küsimustik
Koormustaluvuse hindamine	Hindamisvahendi sisu lühikirjeldus
Borgi skaala	**Hindaja:** arst, FT. **Hindab:** koormusele tekkivat hingeldust. **Vahend:** 10 palli Borg'i skaala (Puudub 0/ Väga, väga kerge (vaevu tajutav) 0,5/ Väga kerge 1/ Kerge 2/ Keskmine 3/Küllalt raske 4/Raske 5-"- 6/ Väga raske 7-"- 8/ Väga, väga raske (peaaegu maksimaalne) 9/ Maksimaalne 10).

Liigeste liikuvuse hindamine	Hindamisvahendi sisu lühikirjeldus
Vaatlus	**Hindaja:** arst, FT, TT. **Hindab:** liigeste struktuurimuutustest põhjustatud liikumispiiranguid: vähenenud liikumisulatus, deformatsioonid randme, kämbla ja sõrmede ja pöidla liigestes, sh luigekaela deformatsioon, Boutonnière deformatsioon, Bouchard ja Heberdeni sõlmed, z kujuline pöial jt. Deformatsioonid võivad prognoosida ka haiguse kulgu: Boutonniere, ulnaar- ja luigekaela deformatsiooni esinemine viitab haiguse kiiremale progresseerumisele (Toyama *et al.* 2021). **Tulemust** võib patsiendi nõusolekul dokumenteerida fotoga.
Goniomeeter Cochin goniomeeter sõrmeliigeste hindamiseks	**Mõõdetakse:** probleemsete liigeste aktiivset ja passiivset liikuvusulatust (Dziedzic, Hammond 2010, p.220). **Vahend:** goniomeeter ja tulemus märgitakse kraadides. Normväärtused olemas. Passiivse liikuvusulatuse hindamisel tuleb olla ettevaatlik, eriti lülisamba kaelaosas ja haiguse ägenemisel. Aktiivse liikuvusulatuse puudulikkus täieliku passiivse liikuvusulatuse puhul viitab probleemile lihastes, kõõlustes või närvides, mitte liigestes. Hinnata tuleks ka liigese hüpermobiilsust.
Lihasjõu hindamine	Hindamisvahendi sisu lühikirjeldus
Manuaalne lihasjõu mõõtmine	**Hindaja:** FT. **Hindab:** lihasjõudu isotoonilise kontraktsiooniga olemasolevas liikuvusulatuses. **Tulemust** hinnatakse Medical Research Council skaalale vastavalt: 0 – kontraktsioon puudub: 1 – lihase värin, minimaalne kontraktsioon; 2 – aktiivne liigutus, gravitatsioon on elimineeritud; 3 – aktiivne liigutus gravitatsioonile vastu 4 – aktiivne liigutus gravitatsiooni ja manuaalse vastupanu vastu; 5 – Normaalne lihasjõudlus Lihasjõud sõltub patsiendi vanusest, soost, kehaehitusest ja tavapärasest kehalise aktiivsuse tasemest. Mõned lihased on inaktiviteedi ja sellest tuleneva jõu kaotuse suhtes tundlikumad. Sellisteks testlihasteks on: **eesmine saaglihas, trapetslihas, suur, keskmine ja väike tuharalihas, niude-nimmelihas, keskmine pakslihas, külgmine pakslihas** (Petty, Ryder 2018, p.55).
Hüdrauliline sõrmede pigistusjõu mõõtja e. pinchmeeter	**Hindaja:** TT. **Mõõdab:** sõrmede pigistusjõudu standardses asendis. **Tulemust** hinnatakse kilogrammides. Normid vanuse ja soo lõikes. Erinevatel täppishaaretel on erinevad normid. Sõrmede pigistusjõu mõõteriist e pinchmeeter on soovituslik hindamisvahend käte funktsioonihäirete hindamiseks täiskasvanud RA puhul isegi haiguse madala aktiivsuse puhul (Palamar *et al.* 2017).

Käe pigistusjõu mõõtmine dünamomeetriga:	**Hindaja:** TT, FT. **Mõõdab:** käe pigitusjõudu kasutades Mathiowetzi protokolli (Higgins *et al.* 2018). Inimene istub õlad addutseeritud ja neutraalselt roteerunud, küünarnukk 90 kraadi nurga all, käsivars neutraalasendis, randme dorsaalfleksioon 0 kuni 30 kraadi ja ulnaardeviatsioon 0 kuni 15 kraadi. Domineeriv käsi peab olema testitud esimesena. Testitavat tuleks ka verbaalselt julgustada. Iga käe pigistusjõu mõõtmiseks tuleb registreerida kolme järjestikuse katse punktid. Katsete vaheline aeg on umbes 15 sekundit (Mathiowetz 1990). **Tulemust** hinnatakse kilogrammides. Normid vanuse ja soo lõikes. Alanenud käte haardejõud on tugev indikaator tegevuspiirangutele RA sihtrühmas (Sferra da Silva *et al.* 2018). Käe dünamomeeter on soovituslik hindamisvahend käte funktsioonihäirete hindamiseks täiskasvanud RA puhul isegi haiguse madala aktiivsuse korral (Palamar *et al.* 2017).
Tasakaalu hindamine	Hindamisvahendi sisu lühikirjeldus
Rombergi test	**Hindaja:** arst, FT. **Hindab:** staatilist tasakaalu. **Tulemust** hinnatakse visuaalselt, kas inimene suudab seista kindlalt kinnisilmi käed ette sirutatud.
Tõuse ja kõnni test Istu ja tõuse test	**Hindaja:** FT, TT. **Mõõdab:** funktsionaalset mobiilsust ja kukkumisohtu. **Varustus**: üks käetugedega tool, stopper, lint 3 m märgistamiseks. **Teostus**: testitavad kannavad tavalisi jalatseid ja saavad vajadusel kasutada liikumisabivahendeid. Testitav alustab istuvas asendis, siis tõuseb püsti ja kõnnib 3 meetrit, pöörab ringi, kõnnib tagasi toolini ja istub. **Tulemus** antakse sekundites. Täiskasvanutel, kellel kulub testi soorituseks aega rohkem, kui 14 sekundit, on kukkumisoht suurem (Shumway-Cook *et al.* 2000). Lisaks võib kasutada ka 30 sek *sit to stand* testi, mis on levinud meetod alakeha lihasjõudluse hindamiseks, mis samuti korreleerub suhteliselt hästi selliste näitajatega nagu trepist kõndimine,kõnnikiirus ja kukkumisrisk. Testi ajal loetakse mitu korda suudab inimene istumisasendist püsti tõusta 30 sekundi jooksul, ilma käte abita (Rikli, Jones 1998).
Ette küünitamise test (ingl.k. *Functional Reach Test*)	**Hindaja:** FT. **Mõõdab:** dünaamilist tasakaalu (Vieira Rosa *et al*. 2019). **Teostus:** Testitav võtab ära kingad ja sokid ning paneb käe rusikasse ja sirutab ette. Funktsionaalset ulatust mõõdetakse mõõdetakse tasandatud "mõõdupuu", abil, mis on kinnitatud seinale parema õla (akroomioni) kõrgusel. FT registreerib kolmanda kämblaluu asendit. Seejärel peab testitav käega küünitama nii kaugele ette, kui ta saab, ilma tasakaalu

	kaotamata või sammu astumata ning kolmanda kämblaluu asetus registreeritakse uuesti. Ülajäse ei tohi selle manöövri ajal seinaga kokku puutuda. Testitav teeb 2 harjutuskatset ja siis 3 sooritustkatset (Duncan *et al.* 1990). **Tulemus**: stabiilsuse piirang tähendab kui maksimaalselt kaugele võib oma keha raskuskeset liigutada ilma toe alust muutmata.
Ühel jalal seismise test (ingl.k. *Single leg stance test*)	**Hindaja:** FT. **Hindab:** kukkumisriski. **Teostus:** Sooritatakse lahtiste silmadega ja käed puusas. Testitav peab seisma ilma abita ühel jalal, aeg määratud hetkest, millal jalg maast lahkub, kuni hetkeni, mil jalg puudutab uuesti maad või käed lahkuvad puusadest. **Tulemust** hinnatakse sekundites. Võib kasutada suurema (ebaõnnestunud test) ja väikesema kukkumisriski eristamiseks (inimene suudab vähemalt 10 sekundit seista) RA diagnoosi puhul (Wiegmann *et al*. 2022).
Kehakaal	Hindamisvahendi sisu lühikirjeldus
Kehamassiindeks (KMI)	**Hindaja:** arst, õde, FT. **Mõõdab:** inimese kehakaalu ja pikkuse suhet. **Teostus:** arvutamisel jagatakse kehakaal kilogrammides pikkuse ruuduga meetrites. Käesolev valem sobib täiskasvanutele (kes ei ole rasedad ega tegevsportlased, kuna nende puhul on rasvaprotsendi norm suhteline või ei ole teada). **Tulemus:** Väärtus alla 18,5 viitab alakaalule, üle 25 ülekaalule ning üle 30 rasvumisele. PP puhul võib olla probleemiks just alakaal. Üle 65 aasta vanuste inimeste soovitatav kehamassiindeks on 23–29,9. Sellesse KMI vahemikku jäävate inimeste kehakaal on ideaalne, seda seostatakse pikema elueaga, tervemalt elatud aastate ja väiksema haiguste esinemise riskiga Normist madalam KMI eakatel võib viidata ka ainete defitsiidile organismis.
Vööümbermööt	**Hindaja:** õde, FT. **Mõõdab:** vööümbermõõtu, mis on oluline südametervise näitaja. **Tulemus** üle 88 cm naistel ja üle 102 cm meestel viitab südametervise riskidele. Normist suurema vööümbermõõdu korral võib ka 1 cm võrra selle vähendamine olla REH üheks alaeesmärgiks.

3.2.2 Tegutsemis- ja osaluspiirangute hindamine

Tegutsemise (inimese poolt läbiviidavad toimingud ja tegevused) ja osaluse (isiku kaasatus elulisse situatsiooni) hindamisel kasutatakse samuti nii teste kui küsimustikke. Erinevalt üksikute funktsioonide (valu, lihasjõud, kehakaal) hindamisest hõlmavad need

testid tegevusi laiemalt. Soovitused ja näited erinevate tegutsemispiirangute hindamiseks on toodud tabelis 3.

Milliseid teste konkreetsel juhul kasutada, on REH spetsialisti otsus. **RFK kasutamine meeskonnatöös kliendi talitlusvõime dokumenteerimisel on tugevalt soovitatav, et võrrelda andmeid asutuste vahel ja rahvusvaheliselt.**

Tabel 3. Tegutsemis- ja osaluspiirangute hindamine, hindamise läbiviija, hindamisvahendi lühikirjeldus

Igapäevategevuste hindamine	Hindamisvahendi sisu lühikirjeldus
RFK	**Hindaja:** REH meeskond. **Teostus** – põhineb küsimustel ja teiste testide mõõtmisväärtustel. Kaardistab probleemsed valdkonnad. Soovitav kasutada meeskonnatöö dokumenteerimiseks ja infovahetusel asutuste vaheliselt. RA lühivormil on kõrge valiidsus kasutamiseks tegevusterapeutide poolt RA puhul (Kirchberger *et al.* 2007).
Käte peenmotoorika, käsivarte kasutamise hindamine	Hindamisvahendi sisu lühikirjeldus
Ülajäseme hindamiseks (Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand)	**Hindaja:** TT, FT. **Hindab:** teatud ülajäsemetega sooritatavaid tegevusi. **Vahend:** 30-osaline küsimustik. **Teostus:** teenuse saaja hindab raskusi ja häireid igapäevategevuste sooritamisel Likert'i 5-palli skaalal. Piisav reliaablus ja valiidsus Sobib kasutada RA-i puhul (Bilberg *et al*. 2012). On pikk ja lühike versioon.
Box and Block Test	**Hindaja:** TT, FT. **Mõõdab:** jämemotoorset käelist osavust (käte liikumiskiirust ja koordinatsiooni) ja sõrmede haardefunktsiooni. **Vahend:** kast ja standard klotsid, stopper. **Tulemus** mitu kuubikut suudab teisaldada etteantud ajaühikutes. Normid soo ja vanuse lõikes. Kiire, lihtne ja odav mõõdik, mille kasutamine ei eelda spetsiifilist väljaõpet. On hea reliaablusega kasutamaks RA haigete käelise osavuse hindamiseks (Ranjan *et al*. 2016).
Nööpide test	**Hindaja:** TT. **Mõõdab** ülajäsemete suurte ja väikeste liigeste sooritusvõimet. **Vahend**: särk, stopper. **Teostus:** Inimesel palutakse selga panna tavaline kaheksa nööpidega särk. Stopper pannakse käima siis, kui testitav võtab uurija käest särgi, ja pannakse seisma siis, kui viimane nööp on kinni pandud. **Hindamine:** Tulemused on väljendatud nööpidega minutis. Neile, kes ei saanud särki selga panna, määratakse hindeks 0 nuppu minutis (Escalante *et al.* 2003).
Purdue	**Hindaja:** TT. **Mõõdab:** sõrmede, labakäe ja küünarvarre jämemotoorset osavust (koordinatsiooni) ja sõrmede osavust.

Pegboard test	**Vahend:** testikomplekt (sh diskid ja pulgad) ja nupud, stopper. **Teostus:** jälgida standardjuhendit. **Tulemus:** etteantud ajaühikus soorituse hindamine. Testi tegemise aeg 5-10 min. Valiidsus ja reliaablus hea.
Nine Hole Peg Test	**Hindaja:** TT. **Mõõdab:** käelist osavust. **Teostus:** uuritav isik peab võtma konteinerist üheksa pulgakest ja asetama nii kiiresti kui võimalik alusel olevatesse aukudesse ning seejärel tagasi konteinerisse. **Vahend:** stopper ja testikomplekt. **Tulemust** hinnatakse sekundites. Kiire ja lihtne, ei vaja spetsiifllist väljaõpet.
Liikumise hindamine	Hindamisvahendi sisu lühikirjeldus
Igapäevaelu tasakaalu ja liikumisvõime test (Community Balance and Mobility Scale)	**Hindaja:** FT, TT. **Mõõdab:** tasakaalu- ja liikumisoskusi, mis on vajalikud kogukonnaelus osalemiseks. **Teostus:** ülesannete keerukuse tõttu sobilik neile, kes on saavutanud nö "lae efekti" muude objektiivsete meetmete (nt Bergi tasakaalutesti ja *Timed Up and Go*) puhul. Vahendid: stopper, pesukorv või suur jäik kast, 1kg ja 3,5 kg raskused, visuaalne sihtmärk (20 cm läbimõõduga paberist ring, mille keskel on 5 cm must ring), kott ubadega (Takacs *et al*. 2014).
6-min kõnnitest (6MWT- 6min walking test)	**Hindaja:** FT. **Hindab:** liikumist. **Vahend:** kõnnirada (saalis, koridoris). **Teostus:** test tuleks teostada siseruumides, mööda pikka, tasast, sirget koridori. Kui ilm lubab, võib testi läbi viia ka õues. Kõndimisrada peab olema 30m pikk. Koridori pikkus tuleks märkida iga 3 m järel. Pöördepunktid tuleks tähistada koonusega (näiteks oranži liikluskoonusega). Stardijoon, mis tähistab iga 60-meetrise ringi algust ja lõppu, tuleks märgistada põrandale erksavärvilise teibiga. Jooksulindi kasutamine testi läbiviimiseks ei ole soovitatav. **Varustus**: taimer (või stopper), mehaaniline (ringide) loendur, kaks väikest koonust pöördepunktide tähistamiseks, tool, mida saab kõndimisrajal hõlpsalt liigutada, vajadusel lisahapnik, vererõhumõõtja, telefon, elektrooniline defibrillaator. 1) Variaabluse minimeerimiseks tuleks kordustestimine läbi viia umbes samal kellaajal; 2) Soojendusperioodi enne testi läbi viima ei pea; 3) Testitav peab istuma puhkeasendis toolil, mis asub stardi lähedal, vähemalt 10 minutit enne testi algust. Selle aja jooksul kontrollige vastunäidustusi, mõõtke pulssi ja vererõhku ning veenduge, et riided ja jalanõud on sobivad; 4) Pulssoksümeetria testi ajal on vabal valikul; 5) Tetsitav läbib vahemaa enda poolt valitud tempos. 6) FT peab tähelepanelikult jälgima ringide arvu (American Thoracic Society, 2002). **Tulemus:** 6 min jooksul käidud vahemaa meetrites Normväärtused olemas. Enim kasutatud koormustest ja väga tundlik REH efektiivsuse näitaja. Läbitud vahemaa pikenemine on testitavale muljetavaldav ja julgustav.
10 meetri kõnnitest	**Hindaja:** FT. **Mõõdab:** kõnnikiirust. **Vahend:** mõõtevahend distantsi määramiseks ja stopper. **Teostus:** Märkige põrandal ära 10 m (andmete kogumiseks 6m, kiirenduseks 2 m ja aeglustuseks 2 m). **Tulemus:** aeg, mis kulub 6 m läbimiseks. Loendage 6m alal

	astutud samme (nii vasaku kui parema jala omad). Arvutage kõndimiskiirust (distants÷aeg), rütmi (sammud÷aeg) ja sammu pikkus (kõnnikiirus÷1/2 rütm) (Adams, Cerny 2018, p.22-23). Kõndimiskiirus ennustab funktsionaalset osalust, tervislikku seisundit, kognitiivseid häireid ja suremust (Adams, Cerny 2018, p.21).
Elukvaliteedi hindamine	Hindamisvahendi sisu lühikirjeldus
Küsimustikud	**Hindaja:** REH meeskond. **Vahend:** HAQ, - Patsiendi funktsionaalset võimekust hindav HAQ-DI (ingl.k. *Disability Index*) on kõige laialdasemat kasutust leidnud küsimustiku osa. See koosneb 20 igapäevase tegevuse loetelust, mille sooritamise raskust hindab uuritav 4 palli skaalal, ja 21 küsimusest teise isiku abi või abivahendite vajaduse kohta. Küsimused jaotuvad kaheksasse alateemasse: riietumine, tõusmine, söömine, kõndimine, hügieen, ulatamine, haaramine ja tavalised tegevused. Uuringutes ja rahvusvaheliselt enim kasutatud. See on valideeritud ka Eestis (Tammaru 2003). HAQ ennustab töövõime langust (Puolakka *et al.* 2007). RA-spetsiifiline elukvaliteedi küsimustik (näit. *Rheumatoid Arthritis Specific Quality of Life Instrument*, RAQol) (Tammaru 2003).
Sooritusi takistavate ja hõlbustavate tegurite, sh teiste inimeste hoiakute analüüs	**Hindaja:** REH meeskond. RFK keskkonnategurite osa. (Sotsiaalkindlustusamet, *Rahvusvaheline funktsioneerimisvõime klassifikatsioon 2017. aasta versioon*). Suurem perekonna toetus haiguse esimesel aastal on seotud väiksema haiguse aktiivsusega 2 aastat hiljem. Lähedaste kaasamine REH protsessi on väga oluline (Bergström *et al.* 2021).

3.3 Soovituslikud kasutatavad metoodikad

Tabel 4. Metoodika nimetus, sisu ja intensiivsus

Metoodika nimetus	Metoodika sisu ja intensiivsuse kirjeldus
Biopsühhosotsiaalne mudel	Biopsühhosotsiaalne käsitlus tähendab seda, et inimese funktsioneerimisvõime ehk igapäevaeluga toimetuleku mõistmiseks tuleb vaadelda tema olukorda tervikuna võttes arvesse nii **bioloogilisi** ehk tervisega seotud (diagnoos, geneetilised eelsoodumused jm), **psühholoogilisi** (näiteks inimese elustiil, harjumused, strateegiad teatud olukorraga toimetulekuks jm) kui ka **sotsiaalseid** asjaolusid (inimese elukeskkond, sotsiaalsed suhted, perekond, kultuuriline taust). (Sotsiaalkindlustusamet, Praktiline käsiraamat)
Meeskonnatöö	**Multidistsiplinaarne meeskondlik käsitlus** tähendab erinevate erialaspetsialistide kaasatust. PP-ga inimese rehabilitatsioon toimub eelistatult **interdistsiplinaarse meeskonnatöö printsiibil, kus spetsialistid teevad tihedat koostööd**. See tähendab, et iga meeskonna liige osaleb teenuse saaja talitlusvõime hindamisel, rehabilitatsiooni eesmärgi püstitamisel, REH tegevusplaani koostamises ning tegevustes, et tagada inimesekeskne terviklik käsitlus. Töömeetod on meeskonnakoosolek. Teenuse saaja ja tema pereliige on meeskonna osa.
Supervisioon (Coaching)	Eestis on kasutusel CARe (ingl.k. *Comprehensive Approach of Rehabilitation*) metoodika, mis tähendab eesti keeles kõikehõlmavat rehabilitatsiooni käsitlust. Keerulise mõiste taga on tegelikult lihtne ja inimlik sisu: kuidas võimalikult hästi toetada inimest nii, et igaüks oleks oma eluga võimalikult rahul (Wilken, den Hollander 2017). (CARe metoodika kui kõikehõlmav rehabilitatsioonikäsitlus | Tervise Arengu Instituut)
Tele-rehabilitatsioon	Lisaks traditsioonilistele teraapia meetoditele saavad spetsialistid selleks, et integreerida terapeutilisi tegevusi kliendi igapäevaellu kasutada telerehabilitatsiooni võimalusi, näit konsooliravi või telefoniäppe (nt *CareHand*). Teleteenused on vajalikud kuna PP sihtrühmas võib esineda haiguse ägenemisi, mille tõttu on võimatu REH kohapeal osaleda ning samuti aitab valmisolek kaugkonsultatsioonideks leevendada piirkonniti heal tasemel spetsialistide puudust.

3.4 Soovituslikud kasutatavad meetodid

Kõikide meetodite rakendamisel tuleks silmas pidada eelnevalt kirjeldatud metoodikate printsiipe: bio-psühhosotsiaalne mudel, meeskonnatöö põhine käsitlus ja kliendi jõustamine REH tulemuste rakendamisel igapäevaelus.

3.4.1 Funktsioonihäired

Tabel 5. Funktsioonihäire, soovitusliku kasutatava meetodi sisu ja intensiivsus

Valu	Meetodi sisu ja intensiivsuse kirjeldus
Nõustamine: valuga toimetulek	**Teostaja:** REH meeskond. **Sisu:** Haiguse ja sümptomitega toimetuleku õpetamine, liigeskaitse printsiipide ja energia säästmise õpetamine, psühho-sotsiaalsed tehnikad, valuga toimetulek (Carandang *et al.* 2016), sh. õpetus haigusega seotud valu iseärasused, eneseabi võtted ja valu leevendavad ravi meetodid (sh ravimid, füüsikaline ravi, kodused ravivõtted (vt Lisa 2). **Intensiivsus:** Võrreldes ühekordse nõustamisega on tulemus valu jt. funktsioonihäirete sh. unehäirete osas parem, kui kohtuda nõustamiseks vähemalt **4 korda** (Sooba, Butšelovskaja 2022). **Efektiivsus:** Tugev tõenduspõhisus: valuga toimetuleku parendamisel, väsimuse vähendamisel ja positiivse meeleolu säilitamisel näitab TT-s kasutatavate hariduslike sekkumiste efektiivsust RA korral. (Carandang *et al.* 2016). Mõõdukas tõenduspõhisus: psühho-hariduslikud sekkumised (PP-ga inimese harimine ja enesega toimetuleku õpetamine) vähendavad valu, depressiooni, ärevust, stressi, parendavad elukvaliteeti ja funktsiooni (Poole *et al.* 2019).
Terapeutilised harjutused	**Teostaja** FT. **Sisu:** Füüsiline aktiivsus ja harjutused vähendavad valu (Geenen *et al.* 2018), ei ägesta põletikku, vaid võivad seda alandada (Sveaas *et al.* 2017). **Intensiivsus:** Valuravis tuleb arvestada biopsühhosotsiaalsete mehhanismidega ning vältida koekahjustust liialt kõrge koormamise läbi (Geenen *et al.* 2018). **Efektiivsus:** Erinevates treeningprogrammides osalemine on efektiivne vähendamaks valu PP diagnoosi korral (Jahanbin *et al.* 2014; Geenen *et al.* 2018). **8 nädalane jõuharjutuste ja aeroobse treeningu programm (30-45 min 3-4 x nädalas**), vähendas PP korral põlvevalu (Rahnama, Mazloum 2012). **8 nädalane aeroobsete, isomeetriliste ja isotooniliste harjutuste sooritamine (45 min 2 x nädalas)** vähendas PP valutundlikkust (Jahanbin *et al*. 2014).
Terapeutilised harjutused vees	**Teostaja:** FT. **Sisu:** Vesivõimlemine on valutavatele liigestele enamasti soodsa toimega ja võimaldab kergemini harjutusi teha, kuid sellega ei ole saadud saalis tehtavatest harjutustest suuremat efekti. Liigesehaigete vesivõimlemise vee temperatuur on soojem, 28–34 kraadi (Pedersen, Saltin. 2015; Alaranta 2003; Combe *et al.* 2017). **Intensiivsus: 12 nädalane treeningprogramm 2x nädalas 45-60 min sessiooni kohta 30 kraadises vees** vähendas PP

	inimeste valutundlikkust (Rintala *et al.* 1996). On leitud, et PP diagnoosiga naistel **16 nädala** pikkune mõõduka intensiivsusega treening 30 kraadises vees leevendab põlveliigese valu, kõrge intensiivsusega vesivõimlemine võib aga ägestada PP korral liigese valu (Siqueira *et al.* 2017). **Efektiivsus:** tugev tõenduspõhisus: harjutused valu vähendamiseks, elukvaliteedi parendamiseks ja sõltumatuse säilitamiseks: aeroobsed harjutused, vastupanuharjutused, harjutused vees (Siegel *et al*. 2017).
Koduste harjutuskavade koostamine Iseseisev treening	**Teostaja:** FT **Sisu:** juhendamine iseseisvalt tehtavate treeningviiside ja adekvaatse koormuse valikul. Igale inimesele tuleb läheneda individuaalselt, arvestades tema liigesekahjustust, üldist füüsilist võimekust, füüsilist aktiivsust ja suhtumist treeningutesse (Pedersen, Saltin 2015; Geenen *et al.* 2018). **Intensiivsus:** PP korral ei sobi tegeleda kõrge põrutuse tasemega spordialadega nagu pallimängud, jooksmine, hüppamine, maadlus jt. Valesti doseeritud treening ja liiga kõrge intensiivsus võivad põhjustada nii kardiovaskulaarse süsteemi häireid ja/või vigastusi ning harjutuste määramisel peab olema veendunud medikamentoosse ravi efektiivsest toimimisest, vastasel juhul on PP ägenemise risk suurem (Metsios *et al*. 2021). Kõndimine on odav ja lihtne füüsilise aktiivsuse vorm. Kõndimise sekkumisrühma enesetõhusus ja üldine heaolu paranesid; kontrollgrupis nendes tulemustes muutusi ei täheldatud. Lisaks kõndimine on ohutu: teatatud kõrvalnähud ning valu tasemed ei erinenud sekkumis- ja kontrollgruppide vahel (Baxter *et al.* 2015). **Efektiivsus:** Mõõdukas tõenduspõhisus. Füüsilised harjutused (venitusharjutused ühe osana kodusest programmist) (Roll *et al.* 2017). Terapeutilised harjutused, Tai Chi ja jooga vähendavad kurnatust ja depressiooni ning suurendavad vitaalsust (Siegel *et al*. 2017). Liikumisel põhinevad harrastused, sh jooga, pilates, Tai Chi jt, on ohutud, kulutulusad ja toetavad klassikalist ravi (Phuphanich *et al.* 2020).
Vaimne energia ja emotsioonid	Meetodi sisu ja intensiivsuse kirjeldus
Kognitiiv-käitumuslik teraapia (KKT)	**Teostaja:** PSÜ. **Sisu:** KKT teraapia aluseks on teooria, et negatiivsete mõtete muster lähtub isiklikest hoiakutest ja toimetuleku reeglitest, mis omandatakse elu jooksul. Negatiivsed mõtteahelad kutsuvad esile negatiivseid emotsioone, millele reageerib juba ka keha, ja mille tulemusena hakkab inimene ebakohaselt käituma, või hoopis vältima teatud tegevusi. Inimese arusaamu ja seoseid mõtete, emotsioonide ja käitumise vahel läbi struktureeritud raamistiku analüüsides paraneb inimese käitumuslik toimetulekumehhanism ja kognitiivne tõlgendus. **Efektiivsus:** KKT võib märkimisväärselt leevendada ärevust ja depressiooni ning leevendada kurnatuse sümptomeid RA korral (Shen *et al.* 2020). Tugev tõenduspõhisus: psühho-hariduslik sekkumine, mis kasutab kognitiiv-käitumisteraapiat, vähendab valu, depressiooni, ärevust, stressi, parendab elukvaliteeti ja

	talitlusvõimet (Poole *et al*. 2019; Geenen et al., 2018).
Mindfulnessil (eesti keeles "ärksa-meelsusel") Keha ja meele teraapiad	**Teostaja:** PSÜ. **Sisu:** Ärksameelsus juhatab pöörama tähelepanu oma kehale, hingamisele, tajudele, liikumisele ja emotsioonidele läbi visualiseerimise ja muude protsesside. Antud kogemus suurendab võimet luua sõbralik suhe oma sisemaailmaga ja seeläbi ka välisega. Teised treeningviisid, mille kasulikkusest on tõendeid, on jooga – mis on näidanud, et see parandas oluliselt HAQ skoori, valu ja enesehinnangut ning Tai Chi ja tantsimine. Soovitatav on küsida kõigilt artriidihaigetelt, mis harjutusi nad on teinud ja hinnata konkreetselt kahjustatud liigeseid hõlmavate treeningprogrammide sobivust (Prodinger *et al.* 2015).
Enesekohased teraapiad	**Teostaja:** PSÜ, kogemusnõustaja **Sisu:** hõlmab endas kognitiiv-käitumusliku teraapia elemente (lõdvestumine, tulemuslik probleemilahendus, eesmärkide püstitamine) ja haiguse kohta teadmiste saamine. **Intensiivsus:** 6-nädalane teraapia. Kogemusnõustamisi 6-10, täpne vajadus selgub meeskonnatöös.
Tegevus-kavade koostamine Motiveeriv intervjuu	**Teostaja:** REH meeskond **Sisu:** Norra näitel eeskujul (Dager *et al.* 2017) on kasutusel multidistsiplinaarne statsionaarne REH programm, kus programmi on lisatud tutvumine eneseabi teemalise teatmikuga, kus toimuvad struktureeritud eesmärkide seadmise vestlused ja programmi järgselt saab programmis osalejale kõne, mis põhineb motiveerival intervjuul eesmärgiga suurendada motivatsiooni ja aidata kaasa pikaajaliste eesmärkide saavutamisele. **Teostus:** Telefonikõned tegi antud programmis mõne erandiga REH osutaja, kes kohtus ja tutvus teenuse saajaga REH ajal ning oli suunatud eesmärgi saavutamisele ja jätkuvate pingutuste motiveerimisele. REH programmis oli 4 olulist teemat: individuaalsed sekkumised, enesejuhtimine, uue mõtteviisini jõudmine ja neljas läbiv teema- kuidas olla järjepidev REH tulemuste säilitamisel. **Intensiivsus:** Kõned tehti 1 nädala ja 1, 3 ja 5 kuu jooksul pärast programmi.
Kogemus-nõustamine	Kogemusnõustamisteenuse eesmärk on kliendi puude või tervisehäirega toimetuleku toetamine, motivatsiooni ja enesekindluse suurendamine ning ettevalmistamine õpinguteks, tööotsinguteks, tööeluks või töötamise jätkamiseks. Kogemusnõustamine on sarnase puude või tervisehäirega inimeste vahel toimuv teadmiste ja kogemuste vahetus ning nõustamine. Kogemusnõustaja jagab oma teadmisi ja kogemusi, mis aitasid ja/või aitavad temal puude või tervisehäirega toime tulla (Töötukassa).
Loovteraapia	Kunstiteraapiad on loovus- ja kunstipõhiste meetodite ja tehnikate süsteemne ja teaduspõhine rakendamine kliendi tervislikust seisundist lähtuvate eesmärkide saavutamiseks ja heaolu soodustamiseks. Kunstiteraapiad hõlmavad nelja spetsialiseerumissuunda: muusikateraapia, kunstiteraapia

	(visuaalkunstiteraapia), tantsu- ja liikumisteraapia ning draamateraapia. Eestis on kunstiteraapiate sünonüümina kasutusel mõiste „loovteraapiad" (Tallinna Ülikool). Krooniliste haiguste holistilises käsitluses on kunstiteraapiatel oluline koht (Khedekar *et al.* 2017).
Koormus-taluvus Väsimus	Meetodi sisu ja intensiivsuse kirjeldus
Aeroobne treening	**Sisu:** Aeroobseks koormuseks saab lugeda ühetaolist füüsiliselt aktiivset tegevust, mis tekitab inimesel kerget, mõõdukat või intensiivset hingeldust. Sobivad hästi jalutamine, rattasõit (ka veloergomeetril), elliptiline treening, treppidel üles-alla kõndimine, ujumine, vesivõimlemine, tantsimine, rühmatreeningud jpt. **Teostus: Kerge intensiivsusega** aeroobsed treeningud - kõnd, ujumine, veloergomeeter, ellips, sõudeergomeeter, golf, aeroobika (ka vees), kepikõnd jt. **Keskmise intensiivsusega** - jalgrattasõit, kiirkõnd/sörk, matkamine, rulluisutamine, suusatamine, lauatennis, vastupanuga lihastreening, purjetamine jt. **Kõrge intensiivsusega** - pallimängud, jooks, reketispordid, kontaktspordid (rägbi), motosport jt. **Intensiivsus:** Üldiselt soovitatakse **kerget ja/või mõõdukat aeroobset treeningut 150 min nädalas ja võimalusel intensiivset 70 min nädalas.** EULAR 2018 soovitused kardiovaskulaarse aktiivsuse osas on **65-80% intensiivsus max südame löögisagedusest, 3-5x nädalas, ühe treeningu kestus 20-45 min.** Parandab mitmeid tervisega seotud asjaolusid juba 3 kuu jooksul (Metsios *et al*. 2021). Progresseeruv aeroobne treening on PP korral äärmiselt oluline. Treeningust saadud tulemused innustavad inimest jätkama. Treeningu lõpetamisel kaovad positiivsed kehalised muutused üsna kiiresti (Metsios *et al.* 2021). **Efektiivsus:** Aeroobsed ja vastupidavusharjutused koos personaalse juhendamisega parandasid RA-ga eakatel täiskasvanutel aeroobset võimekust, üldist vastupidavust ja lihasjõudlust (Lange *et al.* 2019). Rootsi REH programmi põhjal leiti et RA-puhul vastupidavustreening **30 minutit 2–3 korda nädalas 5–24 nädala jooksul** tulemuseks oli puude vähenemine tervise hindamise küsimustiku alusel [HAQ] skoor), aga ka funktsionaalse kahjustuse, erütrotsüütide settekiiruse ning tundlike ja turses liigeste arvu vähenemine. Mõju elukvaliteedile DAS28 alusel ei leitud ja liigeskahjustus ei vähenenud. Üldiselt on kõige sobivamad vähese koormusega harjutused, mille puhul rakendatakse liigestele vähem jõudu. Vähese koormusega tegevuste hulka kuuluvad näiteks kõndimine, lihasjõu treening, jalgrattasõit, jooga, *Tai Chi* või harjutused vees, sealhulgas ujumine, raskusteta kõndimine või jooksmine ujuvvahendiga või füsioterapeudi juhendatud vesivõimlemine.

Elustiili nõustamine	**Teostaja:** REH meeskond. **Sisu:** Nõustamine peab sisaldama sh. toitumine, füüsiline aktiivsus, suitsetamisest loobumine või selle vältimine (Combe *et al*. 2017). Sobiva koormusega regulaarne füüsiline aktiivsus ning eriti aeroobne treening on ka siinkohal raviskeemis (Rauch Osthoff *et al.* 2018). PP korral tuleb pöörata erilist tähelepanu südameveresoonkonnahaiguste (SVH) ennetusele, kuna pooled RA surmajuhtumitest on tingitud SVH-test. SVH riski hindamine on soovitatav kõigil RA, anküloseeriva spondüliidi, psoriaatilise artriidiga inimestel. SVH riski skoori mudeleid tuleb RA-ga inimeste jaoks kohandada. (Sooba, Butšelovskaja 2022) SVH riski hindamine on soovitatav kõikidele PP diagnoosiga inimestele **vähemalt kord 5 aasta jooksul,** et vajadusel saaks alustada elustiili nõustamist ja SVH ennetavat ravi. Praegu puuduvad tõendid, et iga-aastane SVH riski hindamine võrreldes 5-aastase riskihinnanguga tooks kaasa PP-te korral SVH suremuse või haigestumuse olulise vähenemise. Heaks abivahendiks on kõrge riskiga SVH tabel või riskikalkulaator. SVH riski prognoosimise mudeleid tuleks kohandada RA-ga inimestele korrutada 1,5 -ga kui see pole juba riski algoritmi lisatud (EULAR update 2016).
Lihasjõud	Meetodi sisu ja intensiivsuse kirjeldus
Vastupanuga lihastreening	**Teostaja:** FT. **Sisu:** Harjutused, mis on suunatud probleemsete liigeseid ümbritsevate lihaste tugevdamiseks, on mõjusad liigesvalu leevendamiseks ja liikumisfunktsiooni parandamiseks. Seda, milliseid harjutusi, millise intensiivsusega ning milliselt doseerida, tuleb otsustada patsiendi füüsilise võimekuse ja valu järgi (Turner *et al.* 2020). **Intensiivsus:** Jõuharjutustest hea efekti kättesaamiseks on vaja treenida **2-3x nädalas vähemalt 30 minutit korraga**. Hea on treenida kõiki keha suurimaid lihasgruppe, mitte ainult valutavate liigeste ümber olevaid (Latham, Liu 2010). **EULAR 2018 soovitused vastupanuga treeninguks on koormus 50-80% maksimaalsest, iga harjutust 8-12 kordust 1-3 seeriaga, sagedus 1-3x nädalas ja kestus ühe treeningu kohta 20-30 min.** Akuutsete PP korral sobivad isomeetrilised jõuharjutused. Pingutust tuleks hoida minimaalselt 6 sekundit ja teha 6-10 korda päeva jooksul. Lisaks tuleks haaratud liigeseid liigutada **vähemalt korra päeva jooksul valuvaba ROM piires**, et vältida kontraktuure (Kavuncu, Evcik 2004). **Efektiivsus:** Parandab lihasjõudu juba kahe kuu jooksul (Metsios *et al.* 2021). On ebatõenäoline, et PP inimesed suudavad vastupanuga treeningut alustada 80% maksimaalsest, seetõttu on oluline selgitada välja patsiendi füüsiline võimekus ja PROGRESSEERUVALT tõsta aja jooksul koormuseid. Lihastreening (nii aeroobne kui vastupanuga harjutused) on kõige efektiivsem viis valu vähendamiseks ja liikumisfunktsiooni parandamiseks haiguse iga staadiumi puhul. Lihastreening on

	efektiivne vähendamaks kinesiofoobiat (hirm liikumise ees), mis on erinevate akuutsete ja krooniliste valude korral liikumist piiravaks faktoriks. Artriidi korral ei saa eeldada, et lihastreening toob kiire vaeguste leevenemise. 16 nädalase treeningprogrammi tulemustest (51.0 ± 12.8 aastastele) RA-ga inimestele oli selgelt näha lihasjõu kasvu treenitud lihastes, kõnnikiiruse suurenemist ja valu vähenemist VAS järgi haiguse poolt mõjutatud liigestes (Flint-Wagner *et al.* 2009). Vanemaealistel võib jõutreening vähendada valu 35% ja tõsta lihasjõudu 33%.
Tasakaal	Meetodi sisu ja intensiivsuse kirjeldus
Tasakaalu harjutused	**Teostaja:** FT. **Sisu:** tasakaalutreening kukkumisriski vähendamiseks. Neuromotoorsed harjutused (sh tai-chi, jooga jt): sisaldavad tasakaalu, koordinatsiooni. **Intensiivsus:** vähemalt 20–30 minutit päevas, ≥ 2–3 päeval nädalas. (Sooba, Butšelovskaja 2022).
Kehakaal	Meetodi sisu ja intensiivsuse kirjeldus
Toitumis-nõustamine	**Teostaja:** Toitumisnõustaja. **Sisu:** tervislikud eluviisid – õige toiduvalik, piisav füüsiline aktiivsus ja suitsetamisest hoidumine on olulised PP korral tervise hoidmisel ja parandamisel. Tervislik toitumine on väga oluline toetav meede PP korral, kuid see ei asenda ravimeid. Kirjanduses leidub kõige enam soovitusi harrastada nn Vahemere dieeti (Agca *et al.* 2017; Alunno *et al*. 2021; Gioia *et al.* 2020), kus toidumenüüs on köögivilju, külmpressitud õli, kala , kaunvilju ja pähkleid. Puu- ja köögiviljad sisaldavad rohkelt antioksüdante. Kala (eriti rasvane kala) ja oliivõli on jälle küllastumate rasvhapete rikkad ja seega põletikuvastase toimega (Agca *et al.* 2017; Alunno *et al.* 2021; Gioia *et al.* 2020). Vahemere dieeti ja kala soovitatakse ateroskleroosi ennetavalt toimivana ka kardiovaskulaarsete haiguste ennetuses (Agca *et al.* 2017). Metotreksaat ravi korral tuleb pöörata tähelepanu, et dieet sisaldaks piisavalt foolhapet. Luude tugevuse tagamiseks on dieedis vajalik piisav kogus D vitamiini ja kaltsiumi. Piimatooted on kaltsiumirikkad, aga neid süües tuleks eelistada väiksema rasvasisaldusega tooteid, kuna nad sisaldavad tahkeid rasvu. PP korral on võrdselt oluline pöörata tähelepanu nii üle-, kui alakaalule. Ülekaalulistele ja rasvunutele tuleb soovitada aeglase kuid järjekindla kehakaalu langetamise saavutamiseks mõõdukalt piiratud kaloraazi, süsivesikute ja tahkete rasvade vähendamist toidus, liha, eriti punase liha tarbimise piiramist ning toidu töötlemise õigeid valikuid jms. Taimse toidu suurendamine menüüs on üldjuhul soovitatav, kuid mitte alakaalu puhul (KMI alla 20). Reeglina on alakaalulised ja aneemiaga inimesed ka valguvaeguses ja siis tuleb igasugune valkude tarbimine kasuks. Liha ja veretooted on ka parimad loomse raua ja B12 vitamiini allikad.
Individuaalne treening-	Rasvunutele on vajalik individuaalselt koostatud treeningprogramm. •Treeningu koguhulka kasvatada vähemalt 60 minutile päevas.

programm	•Suurem treeningaeg ja intensiivsus annavad suurema efekti kehakaalu langetamisel ja saavutatud tulemuse püsimise. •Pikaajalise kaalulanguse saavutamiseks on soovitatav treenida ≥ 250–300 minutit nädalas. (Sooba, Butšelovskaja 2022).

3.4.2. Tegevuse ja osaluse toetamine

Tabel 6. Tegevust ja osalust toetavad meetodid: teostaja, meetodi sisu kirjeldus

Igapäevaelu	Meetodi teostaja ja sisu kirjeldus
Igapäevaelu toimetuleku oskuste õpetamine, harjutamine, võimaldamine	**Teostaja:** TT. **Sisu:** Kliendi ja tema lähedaste harimine haiguse, selle sümptomite ja mõju suhtes tegevusele (Schell *et al.* 2014). Efektiivsus: TT-l on positiivne mõju RA haigestunu funktsionaalsele võimekusele. TT sekkumised nagu kliendi õpetamine/nõustamine, liigeskaitseprintsiipide õpetamine, ortooside/lahaste kasutamine parendab funktsiooni ja osalust igapäevaelutegevustes ja vähendab valu. RA haigusega inimesed sooritavad igapäevatoiminguid paremini peale tegevusteraapilist treeningut ja nõustamist (Steultjens *et al.* 2004).
Liigeste säilitamine ja kaitse Ortooside soovitamine	**Teostaja**: TT, FT. **Sisu**: aitab välja selgitada nõustab teenuse saajat ja rakendada tehnikaid säilitamaks või parendamaks liigeste seisundit ja vähendamaks sümptomeid. (Schell *et al.* 2014). Efektiivsus: Liigeskaitseprintsiipide rakendamine aitas liigeshaigetel sooritada igapäevatoiminguid paremini (Steultjens *et al.* 2004; NICE 2018). Vt. Ortoosid (Lisa 3)
Tegevuste (ingl.k. *Task Modification*) kohandamine.	**Teostaja:** TT. **Sisu:** Muudetakse tegevusi, sageli abivahendeid kasutades nii, et suureneb kliendi võime sooritada tegevusi talle rahuldustpakkuval tasemel (Schell *et al.* 2014).
Abivahendi-nõustamine	**Teostaja:** REH meeskond. **Sisu:** Abivahendite vajaduse hindamine, sobiva abivahendi soovitamine ja kasutama õpetamine, võimaluse korral isiku tegevuskeskkonnas. Isiku ja tema võrgustikuliikmete nõustamine keskkonnakohanduste tegemisel.
Elustiili nõustamine	**Teostaja:** TT, PSÜ. **Sisu:** väsimusega toimetulek ja energia säästmine. Selgitatakse välja väsimust tekitavad tegevused ja leitakse alternatiivsed või modifitseeritud tegevused energia säästmiseks ja funktsiooni ning osaluse parendamiseks (Schell *et al.* 2014).
Tempo kohandamise strateegia (*Pacing*)	**Teostaja:** TT. **Sisu:** tegevuste tempo kohandamine eesmärgiga säilitada tegevusaktiivsus ühtlasena kogu päeva vältel/suurendada tegevusaktiivsust ilma väsimuse suurenemiseta. See on oluline valuga toimetuleku strateegia kroonilise valuga inimestega töötavatel tegevusterapeutidel. **Efektiivsus:** "*Pacing*" strateegia kasutamine aitab vähendada liigesjäikust ja üldist väsimust (Guy, McKinstry 2019).
Keskkonna kohandamine,	**Teostaja:** TT. **Sisu:** Selgitatakse välja ja viiakse läbi muudatused töökohas, koolis või kodus parendamaks kliendi tegevusvõimet

sh töökoha kohandamine	(Schell *et al.* 2014). **Efektiivsus:** Liigeskaitsegrupi toimetulek igapäevategevustes parenes märgatavalt võrreldes kontollgrupiga. Kodukohandus ja kohandused telefoni kasutuses parendasid osalust ja enese-tõhusust igapäevategevustes (Hand *et al*. 2011).
Sotsiaal teenuste nõustamine	**Teostaja:** ST. **Sisu:** Võrgustikutöö teiste vajalike teenuse osutajatega REH jätkusuutlikuks planeerimiseks.
Käelised tegevused	Meetodi teostaja ja sisu kirjeldus
Terapeutilised harjutused	**Teostaja:** TT, FT. **Sisu:** Käte mistahes reumatoidse seisundi korral on soovitatav regulaarselt teha käte harjutusi. Efektiivsus: Käteharjutused on näidustatud: liigeste liikumisulatuse säilitamiseks; lihasjõu suurendamiseks; funktsionaalsete liigesdeformatsioonide jäigastumise vältimiseks; funktsionaalse puude vähendamiseks. Harjutusi õpetab spetsialist. inimene teostab harjutusi iseseisvalt individuaalse harjutustekava järgi ja spetsialisti juhendamisel. Intensiivsus: harjutuste tegemine individuaalse harjutuste kava järgi päevas 30 minutit, vähemalt 5 päeva nädalas kodutreeningu põhimõttel (Boutan, Thomas 2013)
Käeliigeseid säästvate põhimõtete õpetamine Abivahendid ortoosid	**Teostaja:** TT. **Sisu:** Liigeste kaitseprogrammid. Nõustamine sisaldab: žestiõpe, et hõlbustada igapäevast käelist tegevust vähendades liigesevalu ja stress, et vältida deformatsioone ja säilitada funktsionaalsed võimed. Nõustamine puudutab peamiselt, kuid mitte ainult, käelist tegevust.Info andmine tehniliste abivahendite, kodu/töö keskkonna kohandamise ja ortooside kohta. Efektiivsus: Hariduslikud liigeste kaitse nõustamised on tõestanud oma tõhusust hommikuse liigeste jäikuse ja valu vähendamisel ja funktsionaalsete võimete arendamisel. Käeliste tegevuste teostamisel soovitavad ergonoomilised töövõtted, et vähendada koormust **habrastele liigestele** igapäevaelu tegevuste teostamisel. Soovitav on: -Hoiduda korduvatest liigutustest pikema aja jooksul, teisendada käelisi liigutusi tegutsemisel. -Hinnata valu. Kohandada tegevused vastavalt, tegutseda valu vabal perioodil. Lõpetada tegevus, mis põhjustab tugevat valu ja teha puhkepaus. -Arvestada päevas vähemalt ühe tunnise puhkepausiga. -Vältida tugevat haaret ja pööravaid liigutusi kätega, (purgikaaned, võtmed jm) kasutada abivahendeid. -Arvestada käelistes tegevustes jõu telgesid, hoida ranne ja labakäsi tegevuse ajal sirgel teljel ehk nn 0 -asendis. -Säästa väiksemaid liigeseid, kasutades enam suuremaid ja tugevamaid liigeseid, käelistes tegevustes (näiteks, purgi avamisel kasuta sõrmede asemel peopesa). -Vähendada haaramiseks vajaminevat jõudu, suurendada väikeste esemete diameetrit (näit, pastakas, võti, pangakaart jm). -Vältida liigutusi, mis rõhuvad deformeerunud liigeseid, eriti kui

	liigutuse teostamiseks on vaja palju jõudu (kööginoa või kääridega lõikamine, aiatööd). -Kasutada ergonoomiliselt kohandatud abivahendeid (saagnuga, vedrukäärid). -Vältida raskete esemete kandmist /hoidmist (jaotada koormus kahe käe ja erinevate liigeste vahel. -Soetada kergekaalulised tarbeesemed (nõud, käekotid jne).
Liikumine/ käimine	Meetodi teostaja ja sisu kirjeldus
Liikumisabi-vahendi soovitamine	**Teostaja:** FT. **Sisu:** Liikumis ja kõndimisabivahendid on soovitatavad, kui kõndimine või liikumine on valulik ja/või raske, et parendada funktsionaalsus ja hõlbustada liiklemist ning vähendada istuvat eluviisi. Liikumisabivahendid soovitatakse peale liikumisfunktsiooni hindamist, võttes arvesse ülajäsemete puuet ja inimese kodu/töö keskkonda.
Spetsiaalsed jalatsid ja tallatoed	**Teostaja:** FT. **Sisu:** Abivahendite eesmärk on vähendada valu ja seeläbi parandada kõndimisvõimet. Erinevate ortooside ja tallatugedega saab soodsalt mõjutada jäsemete teljelisust ning vajadusel ka koormust vähendada (Sooba, Butšelovskaja 2022). Tõenduspõhisus kerge kuni mõõdukas (NICE 2018; EULAR 2018; Laas *et al*. 2020).
Hoiakud/ keskkond	Meetodi teostaja ja sisu kirjeldus
Juhendamine/ Nõustamine	**Teostaja:** kogemusnõustaja, sotsiaaltöötaja. **Sisu:** nõustamine, juhendamine (näit KKT või CAR metoodikal põhinev). Reumaühingutes osalemise jõustamine.
Võrgustikutöö	**Teostaja:** Sotsiaaltöötaja. **Sisu:** Koostöö elukohajärgsete tugiteenuste osutajatga. Oluline on võrgustikutöö eri asutuste vahel ning abivajaja ja tema elukeskkonna vastastikuse mõju arvestamine. Vajadusel kasutada telerehabilitatsiooni võimalusi (telefoni ja videokonsultatsioonid) või õpetada kuidas inimene saaks endale vajalikke teenuseid (sh arsti ja psühholoogi konsultatsioonid) teleteenustena.

3.5 Soovituslikud sekkumismahud ja rehabilitatsiooni põhimõtted

3.5.1 Rehabilitatsiooni teenuse peamised põhimõtted

- Multiprofessionaalne meeskond ja interdistsiplinaarne meeskonnatöö
- Võrgustikutöö teiste vajalike teenuse osutajatega
- Individuaalne lähenemine sh nõustamine haiguse, füüsilise aktiivsuse ja harjutuste tähtsuse osas, liigeste säästmise osas
- Grupiteenused ja kogemusnõustamine
- Funktsionaalsete testide kasutamine programmi alguses ja lõpus
- Pikaajaliste (üle 1 aasta kestvusega) tegevuskavade koostamine
- Tõenduspõhiste meetodite kasutamine reaalsele vaevuste ja funktsioonihäirete vähendamiseks ning sotsiaalse kaasatuse ja tööhõive parandamiseks

Kõigi sekkumiste mahtude korral tuleb arvestada teenuse saaja reaalsete vajadustega: mõnel juhul on vajalik enam psühhoteraapiat, teisel aga näiteks kogemusnõustamist. REH teenus peab olema paindlik ja abivajaja keskne.

Keskmiselt võiks arvestada 4 kuni 10 kohtumist individuaalseteks **motiveerivateks intervjuudeks**. **Kehaliste funktsioonide** sisuliseks parendamiseks on soovitatud minimaalselt 30-45 min treeningut 2-3 x nädalas kestvusega 8-12 nädalat (36 tundi). Mõnel juhul sobib funktsioone toetava teenusena füsioteraapia ka 1 x nädalas 6-12 kuud (48 tundi).

Näiteks keskmiselt **viiepäevane kolm tundi päevas REH kasutaks ära 15 tundi REH mahust** ja vajadusel võiks seda korrata või jätkata kodust teenusele käimist ambulatoorselt.

Soome KELA poolt pakutav PP REH programm on 15 päevane jagatuna kolmeks viiepäevaseks perioodiks. Antud programmis osaleja saab ööbida REH asutuses või iga päev kodust kohale sõita (päevaprogramm). Teenusepakkuja võtab inimesega ühendust enne ja pärast REH ning REH perioodide vahel. Programmis on grupiarutelusid ja väikestes rühmades töötamist, erinevaid tegevusi ning individuaalseid intervjuusid, kohtumisi ja arutelusid REH ekspertidega (KELA).

Võimalusel tuleks eelistada REH teenuseid kodulähedaste ja kogukonna põhiste teenustena, mis sobivad PP-ga teenuse saajale ja on jätkusuutlikud ka pikemas perspektiivis. Ajaliselt piiratud kompleksele REH-le peab vajadusel järgnema elukohajärgne REH või kaugteenus. Ööbimine REH asutuses talitlusvõime paranemisele lisaväärtust ei anna (Puolakka *et al*. 2007), kuid võib osutuda vajalikuks juhul, kui teenuse saaja elab kaugel või kui töö- ja igapäevakohustuste kõrval osutub liikumispuude ja energiapuuduse tõttu raskeks osaleda ambulatoorsetel teenustel.

Järgnevalt on näitena toodud kompleksne viiepäevane REH teenus. Näitena toodud mooduleid on võimalik kasutada kas viiepäevase kompleksteenusena, ühepäevastena või lausa eraldi teenustena elukohajärgselt, juhul kui on võimalik koondada sarnase probleemiga PP diagnoosiga inimesi ja vastava väljaõppega spetsialiste.

Motivatsiooni moodul, sh REH teenuse juhendamine, sotsiaaltöötaja,kogemusnõustaja või psühholoogi grupiteenus, loovteraapia grupiteenus.

Liikumise ja toitumise moodul, sh füsioteraapia grupiteenus, füsioteraapia individuaalteenus, õe, arsti ja/või toitumisnõustaja teenus nii grupis kui individuaalselt.

Energia säästmise ja liigeskaitse moodul, sh füsioteraapia grupiteenus, tegevusteraapia grupiteenus, tegevusteraapia individuaalteenus.

Vaimu ja kehalise tervise moodul, sh füsioteraapia grupiteenus, psühholoogi grupiteenus, REH nõustamine grupiteenus, loovteraapia grupiteenus.

Elukohapõhiste teenuste moodul, sh füsioteraapia grupiteenus, psühhoteraapia individuaalteenus, sotsiaaltöötaja või kogemusnõustaja teenus (REH juhendamine).

Tabel 7. PP rehabilitatsiooni teenuse saaja REH näidis viie moodulina (veergudes), sh grupiteenused ja ajad individuaalteenusteks eeldusel, et tegevusplaan on juba koostatud

Motivatsiooni moodul	**Liikumise ja toitumise moodul**	**Energia-säästmise ja liigeskaitse moodul**	**Vaimu ja keha tervise moodul**	**Elukoha-põhiste teenuste moodul**
	Terapeutilised harjutused basseinis või saalis	Terapeutilised harjutused basseinis või saalis	Terapeutilised harjutused basseinis või saalis	Terapeutilised harjutused basseinis või saalis
Individuaalsed motiveerivad intervjuud			Pikaajaliste ind REH plaanide täiendamine, nõustamine	psühholoogi individuaal-nõustamine
	Raviharjutuste Üldpõhimõtete tutvustus füsioterapeudi juhendamisel	**Liigeskaitse grupp TT juhendamisel**		**Kutse-nõustamine Töökoha kohandamine**
Tutvumisgrupp Kogemus-nõustaja/ psühholoogi juhtimisel		Tegevus- terapeudi individuaaltund	**Stressijuhtimise töötuba psühholoogi juhendamisel**	**KOV teenused ja võimalused**
Loovteraapia võimaluste tutvustamine	**Toitumis-põhimõtete Tutvustamine**		**Valu leevendamise tehnikate teooria töötuba**	**Lõpuring kogemus-nõustaja juhtimisel**
	Individuaalsed harjutuskavad füsioterapeudi juhendamisel	**Abivahendite tutvustamine TT juhendamisel**		
			Loovteraapia töötuba	

Teenuste mahud tuleks planeerida vastavalt teenuse saaja reaalsetele vajadustele.

Rahastusmudelid: 2023. aastal on võimalik leida informatsiooni Sotsiaalkindlustusameti kodulehelt REH programmide vormistamise kohta**.**

Keskkond: rehabilitatsiooniasutus (nt grupitööd või kohtumine spetsialistiga) või teenuse saaja kodus, näit teleteenuse puhul, kodukohanduse vajadusel. REH

spetsialistidel peab olema võimalik teenuse saajaga suhelda individuaalselt selleks ettenähtud ruumis. On vajalik tagada ligipääs ka liikumispuudega teenuse saajatele. Grupiteenuste läbiviimiseks on vajalik ruum, mis mahutab vähemalt 10 inimest. REH asutustes on vajalikud funktsionaalse hindamise võimekus, sh hindamisvahendid, internetiühendused, veebikohtumiste võimalused, lisaplussiks on termoneurtraalne bassein ning toitlustus ja majutusvõimalus teenuse saajale.

Teenuse saaja ei vaja üldjuhul erivahendid. Osalemine nõuab teenuse saajalt eelkõige piisavat füüsilise/vaimse funktsioneerimise võimekust. Soovitatav on moodustada võimalikult homogeenne rühm, mis toimiks tugisüsteemina ning motiveeriks inimest osalema tugirühmas ja sooritama koduseid harjutusi.

3.5.2 Funktsionaalsel hindamisel põhinevad REH eesmärkide püstitamine

Rehabilitatsiooniteenus peab olema individualiseeritud, abivajajat kaasav, ja võimalusel tema soove arvestav ning eneseabile suunav

REHs on oluline abivajaja keskne lähenemine + tulemusele suunatud, mõõdetav, kindla ajakavaga, konkreetse realistliku eesmärgiga.

Teenuse kvaliteedi hindamiseks soovitav:

- REH teenuse lõpus teenuse saajate hulgas viia läbi tagasiside küsimustiku täitmine teenusega rahulolu hindamiseks

- REH sekkumiste tulemuslikkuse hindamiseks (kliendi funktsionaalses seisundis toimunud muutused) analüüsida alg ja lõpphindamiste tulemusi (RFK, elukvaliteedi küsimustikud, HAQ küsimustik vm.)

- Programmi pikaajalise mõju hindamiseks 1 aasta möödudes teenuse saaja tagasisideuuring. Selline kaugtulemuste hindamine on soovituslik ja vajalik rehabilitatsiooniasutusele, et parandada teenuse tõhusust

Järgida EV Sotsiaalkindlustusameti REH teenuse kvaliteedinõudeid. Eestis on SHSiga 2018. aastast sätestatud kvaliteedipõhimõtted ja Sotsiaalkindlustusameti poolt on koostatud kvaliteedijuhised erinevate sotsiaalteenuste lõikes, mida tuleb järgida. Juhised on leitavad Sotsiaalkindlustusameti kodulehel.

3.6 Interdistsiplinaarne meeskond

Teenuse osutaja peaks kasutama PP spetsiifikat tundvaid spetsialiste. **NICE 2018 aasta RA juhise järgi on vajalik multidistsiplinaarne meeskond**, kes suudab tegeleda

järgmiste terviseprobleemidega: valu, väsimus, igapäevaelu tegevuspiirangud, mobiilsus, töövõime, sotsiaalne kaasatus, elukvaliteet, meeleolu, lähisuhted.

Spetsialistidest on kaasatud arst, füsioterapeut, tegevusterapeut, psühholoog, õde, kogemusnõustaja, sotsiaaltöötaja, loovterapeut jt. Olenevalt individuaalsetest vajadustest võivad osaleda ka teised rehabilitatsioonispetsialistid ja abipersonal.

NICE 2018 RA juhistes on välja toodud, et PP-dega tegelev REH spetsialist peab olema hea pädevusega PP spetsiifiliste REH meetodite osas (NICE 2018). Eestis spetsiifilist REH spetsialistide spetsialiseerumist ei ole, kuid vajalik oleks läbida vähemalt 8 tunni ulatuses reumaspetsiifilisi täiendkoolitusi viimase viie aasta jooksul pädeva koolitaja juures (sealhulgas näiteks Eesti Reumaliit, Eesti Reumatoloogia Tervisespetsialistide Selts, Eesti Taastusarstide Selts, Eesti Reumatoloogia Selts jt).

Füsioterapeut tegeleb üldise füüsilise tervisega sealhulgas annab regulaarse füüsilise aktiivsuse soovitused ja korraldab regulaarseid treeninguid, õpetab harjutusi vähendamaks liigesjäikust, suurendamaks lihasjõudu ja parandamaks teisi funktsionaalseid liigutushäireid. Füsioterapeut või õde õpetab sümptomaatilisi valuravi võtteid, sh TENS ja soojaravi. Füsioteraapia grupiteenuse ühe võimalusena sobivad PP puhul tõestatult hästi raviharjutused termoneutraalses basseinis.

Tegevusterapeut tegeleb igapäevaelu tegevusvõime piirangute vähendamise ja kompenseerimisega, ning käeliste tegevuste funktsiooni taastamisega. Õpetab harjutusi ja soovitab/valmistab ortoose käeliste tegevuste toetamiseks ning valu ja kontraktuuride vähendamiseks randme ja labakäe piirkonnas.

Jalaravi spetsialist/arst/õde/füsioterapeut hindab jalalaba funktsionaalsust ja soovitab ortoose ja ortopeedilisi jalanõusid.

Psühholoog tegeleb lõõgastusmeetodite ja stressijuhtimisega ning kognitiivsete tehnikate õpetamisega (näit negatiivsete mõtetega toimetulek), et tulla toime PP kaasnevate sümptomite sealhulgas meeleolu langusega.

Toitumisnõustaja/õde tegeleb dieedi nõustamise ja toiduvaliku soovitustega (näit leib, puuviljad, juurviljad, kala, vähem liha, või ja juustu asendamine taimsete õlidega). Samuti käsitleb üle ja alakaaluküsimusi ning annab elustiili soovitusi.

Arst ja õde tegelevad meditsiiniliste teemade nõustamisega sealhulgas valuravi nõustamisega (sh lühiajalised sümptomaatilised ravid, mis ei asenda traditsioonilisi sekkumisi).

Kogemusnõustaja on sarnase kogemusega inimene, kes on läbinud täismahus kogemusnõustajate koolituse ja läbinud atesteerimise Kogemusnõustajate Kojas.

Loovterapeut on REH spetsialist, kes rakendab eesmärgipäraseid ja planeeritud loovus- ja kunstipõhiseid meetodeid ja tehnikaid kliendi tervislikust seisundist lähtuvate

eesmärkide saavutamiseks. Loovterapeut (ingl k *creative arts therapist*) on psühhoterapeutilise rehabilitatsiooni spetsialist. Loovteraapia on põhjendatud, eesmärgipärane ja planeeritud tegevus psühhoterapeutilises rehabilitatsioonis, kus rakendatakse loovus- ja kunstipõhiseid meetodeid ja tehnikaid kliendi tervislikust seisundist lähtuvate eesmärkide saavutamiseks.

Loovteraapia hõlmab nelja spetsialiseerumissuunda: visuaalkunstiteraapia, muusikateraapia, draamateraapia ning tantsu- ja liikumisteraapia. Loovteraapia loob võimaluse jõuda loomingulise protsessi kaudu oluliste ressursside ja edasiviivate lahendusteni, mis verbaalses suhtluses ei pruugi esile tulla. Kunstiteraapia uuringud on näidanud meetodi efektiivsust erinevate sümptomite puhul: depressioon, ärevus, meeleolu langemine, distress, elukvaliteedi muutus, kohanemisraskus, enesehinnangu langus.

Sotsiaaltöötaja on REH spetsialist, kelle töö eesmärk on arendada teenusevajaja suhtlust tema elukeskkonnas, pakkuda toetust ja leida lahendused iga kliendi igapäevaelu korraldust ja enesehooldust või teisi toiminguid puudutavatele küsimustele.

RFK järgi on fookuses inimese interaktsioon tema sotsiaalse keskkonnaga, st elementaarne inimestevaheline lävimine (d710), komplitseeritud inimestevaheline lävimine (d720) (RFK e3).

Töömeetodina kasutatakse sotsiaalnõustamist, psühho-sotsiaalse rehabilitatsiooni metoodikat. Sekkumine on kliendipõhine, enamasti individuaalne samm sammult kinnitatud tegevus konkreetse funktsiooni parandamiseks või säilitamiseks. Töös rakendatakse meeskonnatöö ja CARe meetodite põhimõtteid.

Rehabilitatsiooniteenuse raames toimuvad infotunnid nii kliendile kui kliendi lähedastele, et selgitada kliendi seisundi olemust ja tähendust kliendi ja pere/ võrgustikuliikme(te) jaoks laiemas mõttes; selgitatakse võimalusi, kuidas kliendi aktiivsust ühiskonnas säilitada või tõsta; jagatakse informatsiooni erinevate hobirühmade kohta, toetatakse perekonda/võrgustikuliikmeid. Ühelt poolt on kohtumiste eesmärk info jagamine, teiselt poolt aga ka informatsiooni kogumine kliendi seisundi, pere- /võrgustikusuhete ja kliendi rahulolu ning emotsioonide kohta.

Sotsiaaltöötaja vahendab informatsiooni ka teistele spetsialistidele kogu protsessi vältel.

4. Oodatavad tulemused

Oodatava tulemuse sõnastusel on võetud aluseks sihtrühma küsimustiku (Lisa 4) vastused. Sihtgrupi kehaliste ja vaimsete funktsioonide paranemise saavutamiseks on oodatavad tulemused välja toodud tabelis 8 ja tabelis 9.

Tabel 8. Funksioonihäire: kood, kirjeldus, REH oodatav tulemus

Kood	Funktsioonihäire kirjeldus	Oodatav tulemus
b280	Valuaisting	Liigesvalu vähendamine
b130 b152	Vaimse energia ja tungifunktsioonid Emotsioonid	Motivatsioon ennast aidata ja meelerahu saavutamine, positiivne meeleolu
b455	Koormustaluvuse funktsioonid	Vastupidavuse kasv, hea enesetunne ja parem füüsiline tervis. Tulen toime väsimusega
b710	Liigeste liikuvuse funktsioonid	Liigesliikuvuse paranemine
b730 b770	Lihasjõu funktsioonid, kõnnimustri funktsioonid	Aktiveeritud lihased
b235	Tasakaaluelundi funktsioonid	Kukkumiste vähendamine
b530	Kehakaalu säilitamise funktsioonid	Tervislikum toitumine

Tabel 9. Tegevusvõime: kood, kirjeldus, REH oodatav tulemus

Kood	Tegevusvõime kirjeldus	Oodatav tulemus
d230	Igapäevaste rutiinsete tegevuste sooritamine	Parem toimetulek igapäevaelus
d440 d445	Käte peenmotoorika Käte ja käsivarte kasutamine	Käte kasutamine erinevates igapäevaelu ja hobitegevustes on lihtsam

d450	Kõndimine ja liikumine	Hea enesetunne ja parem liikuvus
e499	Hoiakud, täpsustamata	Saan olla mina ise
d839	Õppimine ja hariduse omandamine	Parem toimetulek õpingutega
d859	Töölkäimine ja tööhõives osalemine	Parem toimetulek tööelus

5. Riskid ja eelised

Riskide ja eeliste sõnastusel on võetud aluseks sihtrühma küsimustiku (Lisa 4) vastused.

REH eelisteks on sihtrühma küsitluse alusel:

- Teenusele jõudmine on arusaadav. Teenusele registreerimise eelduseks on selged eesmärgid.
- Kõik vajalikud spetsialistid on kohapeal olemas või kaasatud üle videosilla. Hea meeskonnatöö ja teenuse saajat väärtustav suhtumine.
- REH asutusel on hea ligipääs, mugav parkimine, ootealadel on sobivad toolid ja kliendid saavad kasutada sooja bassein.
- REH ajal on võimalus inimestel omavaheliseks suhtlemiseks läbi ühistegevuste, graafikus on piisavalt aega ka individuaalseteks konsultatsioonideks.
- REH pööratakse võrdselt tähelepanu nii keha kui vaimse poole toetusele.
- Teenus on kompleksne, sest **teenustele jõudmine võib füüsilise seisundi tõttu olla raske**.
- Teenuse ajal täiendatakse REH plaani teenuste ja võrgustikutöö tegevuste järjepidevuse tagamiseks elukohas.
- Teenus sisaldab ka töökoha kohandamise ja abivahendite nõustamise teenust.
- Lisaks pakutakse erinevaid tervisliku liikumise (Pilates, jooga jt) võimalusi, füsioteraapiat saalis ja basseinis, elustiili nõustamise võimalusi, sh toitumisnõustamine, kogemusnõustamist, erinevaid teraapiad vaimse tervise toetamiseks.

REH riskid, millega tuleb arvestada:

- Palju bürokraatiat ja pikad järjekorrad teenusele jõudmiseks ja liiga palju aega hindamiste läbiviimiseks. Puudub ülevaade, milliste asutuste teenus oleks sobiv.
- REH asutus asub kaugel ja teenuste graafik ei sobi kliendi vajaduste/võimalustega.
- Spetsialiste ei jätku.
- REH keskendub vaid psühhosotsiaalsele teemadele, ei käsitleta kehalisi probleeme.
- Programm on liiga tihe ja väsitav.

Kasutatud allikad

Agca R, Heslinga SC, Rollefstad S, Heslinga M, McInnes IB, Peters MJ, Kvien TK, Dougados M, Radner H, Atzeni F, Primdahl J, Södergren A, Wallberg Jonsson S, van Rompay J, Zabalan C, Pedersen TR, Jacobsson L, de Vlam K, Gonzalez-Gay MA, Semb AG, Kitas GD, Smulders YM, Szekanecz Z, Sattar N, Symmons DP, Nurmohamed MT. EULAR recommendations for cardiovascular disease risk management in patients with rheumatoid arthritis and other forms of inflammatory joint disorders: 2015/2016 update. Ann Rheum Dis. 2017 Jan;76(1):17-28. doi: 10.1136/annrheumdis-2016-209775. Epub 2016 Oct 3. PMID: 27697765.

Adams, J.M. and Cerny, K. Observational gait analysis: a visual guide. SLACK incorporated. 2018.

Al Maini M, Adelowo F, Al Saleh J et al. The global challenges and opportunities in the practice of rheumatology: **white paper by the World Forum** on Rheumatic and Musculoskeletal Diseases. Clin Rheumatol. 2015 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25501633/

Alaranta H. Fysiatria. Duodecim 2003 Al-Qubaeissy K; et al. The Effectiveness of Hydrotherapy in the Management of Rheumatoid Arthritis: A Systematic Review. Musculoskeletal Care 2013 Mar;11(1):3-18.

Aluoja, A., Shlik, J., Vasar, V., Luuk, K., Leinsalu, M. (1999). Development and psychometric properties of the Emotional State Questionnaire, a self-report questionnaire for depression and anxiety. Nordic Journal of Psychiatry, 53, 443-449

Alves AC, de Carvalho PT, Parente M, Xavier M, Frigo L, Aimbire F, Leal Junior EC, Albertini R. Low-level laser therapy in different stages of rheumatoid arthritis: a histological study. Lasers Med Sci. 2013 Feb;28(2):529-36. doi: 10.1007/s10103-012-1102-7. Epub 2012 Apr 27. PMID: 22538842.

Alunno A, Carubbi F, Bartoloni E, Grassi D, Ferri C, Gerli R. Diet in Rheumatoid Arthritis versus Systemic Lupus Erythematosus: Any Differences? Nutrients. 2021 Feb 27;13(3):772. doi: 10.3390/nu13030772. PMID: 33673487; PMCID: PMC7997440.

American Thoracic Society, (2002). ATS Statement: Guidelines for the Six-Minute Walk Test. Am J Respir Crit Care Med Vol 166. pp 111–117, 2002

Aydoğ, E., Bal, A., Aydoğ, S. T., Çakci, A. (2006). Evaluation of dynamic postural balance using the Biodex Stability System in rheumatoid arthritis patients. Clin Rheumatol (2006) 25: 462–467

Barbour, K.E., Helmick, C.G., Boring, M., Brady, T.J. (2017). Vital signs: prevalence of doctor[1]diagnosed arthritis and arthritis-attributable activity limitation — United

States, 2013–2015. *Morbidity and Mortality Weekly Report/ March 10, 2017* / 66(9);246–253

Baxter, S.V., Hale, L.A., Stebbings, S., Gray, A.R., Smith. C.M. and Treharne, G.J. (2015). Walking is a feasible physical activity for people with rheumatoid arthritis: a feasibility randomized controlled trial. Musculoskelet. Care 14 (2016) 47–56

Bergström, M, Dahlström, Ö, Thyberg, I, Björk, M. The role of support from significant others in the association between disease-related factors and sickness absence in early rheumatoid arthritis: a longitudinal study, Scand J Rheumatol 2021;00:1–8

Bilberg A, Bremell T, Mannerkorpi K. Disability of the Arm, Shoulder and Hand questionnaire in Swedish patients with rheumatoid arthritis: A validity study. J Rehabil Med. 2012 Jan;44(1):7-11. doi: 10.2340/16501977-0887. PMID: 22124512.

Birkenfeld R , Haviko T, Kallikorm R Reumatoloogia. Medicina 2012

Boutan M, Thomas D (kinésithérapeute).), Sylvain Cé-lérierRééducation de la main et du poignet: anatomie fonctionnelle et techniques Elsevier Masson 2013, 40, p 382-391

Brosseau L, Judd MG, Marchand S, Robinson VA, Tugwell P, Wells G, Yonge K. Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for the treatment of rheumatoid arthritis in the hand. Cochrane Database Syst Rev. 2003;2003(3):CD004377. doi: 10.1002/14651858.CD004377. PMID: 12918009; PMCID: PMC8826159.

Brosseau L, Robinson V, Wells G, Debie R, Gam A, Harman K, Morin M, Shea B, Tugwell P. Low level laser therapy (Classes I, II and III) for treating rheumatoid arthritis. Cochrane Database Syst Rev. 2005 Oct 19;2005(4):CD002049. doi: 10.1002/14651858.CD002049.pub2. PMID: 16235295; PMCID: PMC8406947.

Carandang K, Pyatak EA, Vigen CL. Systematic Review of Educational Interventions for Rheumatoid Arthritis. Am J Occup Ther. 2016 Nov/Dec;70(6):7006290020p1-7006290020p12. doi: 10.5014/ajot.2016.021386. PMID: 27767950.

Cameron, M, Monroe G.L, Physical Rehabilitation Evidence-Based Examination, Evaluation, and Intervention, 2022

Casimiro L, Brosseau L, Robinson V, Milne S, Judd M, Well G, Tugwell P, Shea B. Therapeutic ultrasound for the treatment of rheumatoid arthritis. **Cochrane** Database Syst Rev. 2002;(3):CD003787. doi: 10.1002/14651858.CD003787. PMID: 12137714.

Celerier S Isel M , Merle M Reeducation et appareilage du poignet et de la mainrhumatoides, du stade medical au stade chirugical. Elsevier Maison Paris, 26- 220-B-30, 2008

Chia WC, Chang CH, Hou WH. Effects of Laser Therapy on Rheumatoid Arthritis: A Systematic Review and Meta-analysis. Am J Phys Med Rehabil. 2021 Nov 1;100(11):1078-1086. doi: 10.1097/PHM.0000000000001711. PMID: 33538487.

Combe B, Landewe R, Daien CI et al. 2016 update of the EULAR recommendations for the management of early arthritis. Ann Rheum Dis. 2017

Cooney J, et al. Benefits of Exercise in Rheumatoid Arthritis. J Aging Res. 2011; 2011: 681640

Cuccurullo, Sara Physical Medicine and Rehabilitation Board Review 2nd Edition 2002

Dager TN, Kjeken I, Berdal G, Sand-Svartrud AL, Bø I, Dingsør A, Eppeland SG, Hagfors J, Hamnes B, Nielsen M, Slungaard B, Wigers SH, Hauge MI. Rehabilitation for patients with rheumatic diseases: Patient experiences of a structured goal planning and tailored follow-up programme. SAGE Open Med. 2017 Nov 10;5:2050312117739786. doi: 10.1177/2050312117739786. PMID: 29163943; PMCID: PMC5682579.

Dilek, B al, Efficacy of paraffin bath therapy in hand osteoarthritis: a singel-blinded randomized controlled trial. Arch Phys Med Rehabi, 2013.94(4) p 642-9

Dziedzic, K., and Hammond A. Rheumatology. Evidence-based practice for physiotherapists and occupational therapists. Elsevier Ltd., 2010.

Duncan, P.W., Weiner, D.K., Chandler, J. and Studenski, S. (1990). Functional Reach: A New Clinical Measure of Balance. Journal of Gerontology: MEDICAL SCIENCES 1990, Vol. 45. No. 6, M192-197

Escalante, A., Haas, R. W. and Rincón, I. (2003). Measurement of global functional performance in patients with rheumatoid arthritis using rheumatology function tests. Arthritis Res Ther 2004, 6:R315-R325

Fallatah, F & Edge, DS Social Support Needs of Families: The Context of Rheumatoid Arthritis Applied nursing research: 2014, ANR 28 (2)

Fernandez-Gonzalez, M.; Fernandez-Lao, C.; Martin-Martin, L.; Gonzalez-Santos, A.; Lopez-Garzon, M.; Ortiz-Comino, L.; Lozano-Lozano, M. Therapeutic Benefits of Balneotherapy on Quality of Life of Patients with Rheumatoid Arthritis: A Systematic Review. Int. J. Environ. Res. Public Health 2021, 18, 13216. https:// doi.org/10.3390/ijerph182413216

Flint-Wagner; et al. Assessment of a sixteen-week training program on strength, pain, and function in rheumatoid arthritis patients. J Clin Rheumatol 2009 Jun;15(4):165-71.

Geenen R, Overman CL, Christensen R et al. EULAR recommendations for the health professional's approach to pain management in inflammatory arthritis and osteoarthritis. Ann Rheum Dis. 2018

Gikaro, G. M., Xiong, H. and Ling, F. (2022). Activity limitation and participation restriction in osteoarthritis and rheumatoid arthritis: findings based on the National Health and Nutritional Examination Survey. BMC Musculoskeletal Disorders (2022) 23:647

Gioia C, Lucchino B, Tarsitano MG, Iannuccelli C, Di Franco M. Dietary Habits and Nutrition in Rheumatoid Arthritis: Can Diet Influence Disease Development and Clinical Manifestations? Nutrients. 2020 May 18;12(5):1456. doi: 10.3390/nu12051456. PMID: 32443535; PMCID: PMC7284442.

Gossec L, Pavy S, Pham T, Constatin A, Poiraudeau S, Combe B, et al. Non pharmacological treatments in early rheumatoid arthritis. Clinical practice guidlaines based on published evidence and expert opinion, Joint Bone Spine 2006, 73(4): 396-402

Guillot X, Tordi N, Mourot L, Demougeot C, Dugué B, Prati C, Wendling D. Cryotherapy in inflammatory rheumatic diseases: a systematic review. Expert Rev Clin Immunol. 2014 Feb;10(2):281-94. doi: 10.1586/1744666X.2014.870036. Epub 2013 Dec 18. PMID: 24345205.

Guy L, McKinstry C, Bruce C. Effectiveness of Pacing as a Learned Strategy for People With Chronic Pain: A Systematic Review. Am J Occup Ther. 2019 May/Jun;73(3):7303205060p1-7303205060p10. doi: 10.5014/ajot.2019.028555. PMID: 31120836.

Hand C, Law M, McColl MA. Occupational therapy interventions for chronic diseases: a scoping review. Am J Occup Ther. 2011 Jul-Aug;65(4):428-36. doi: 10.5014/ajot.2011.002071. PMID: 21834458.

Hammond A, Prior Y, Cotterill S, Sutton C, Camacho E, Heal C, Adams J, Hough Y, O'Neill TW, Firth J. Clinical and cost effectiveness of arthritis gloves in rheumatoid arthritis (A-GLOVES): randomised controlled trial with economic analysis. BMC Musculoskelet Disord. 2021 Jan 8;22(1):47. doi: 10.1186/s12891-020-03917-8. PMID: 33419426; PMCID: PMC7792116.

HAS Recommandations professionelles – Plyarthrite rhumatoide. Aspectstherapeutiques hors medicaments et chirurgie. Mars 2007

Higgins, S.C., Adams, J., Hughes, R. (2018). Measuring hand grip strength in rheumatoid arthritis. Rheumatology International (2018) 38:707–714

Hochberg, M.C. et al. Rheumatology, 3Ed. (2003).

Horsten NC, Ursum J, Roorda LD, van Schaardenburg D, Dekker J, Hoeksma AF. Horsten NC, Ursum J, Roorda LD, van Schaardenburg D, Dekker J, Hoeksma AF. Prevalence of hand symptoms, impairments and activity limitations in rheumatoid arthritis in relation

to disease duration. J Rehabil Med. 2010 Nov;42(10):916-21. doi: 10.2340/16501977-0619. PMID: 21031287.

https://sotsiaalkindlustusamet.ee/sites/default/files/content-editors/Rehabilitatsioon/insult_rehab_kasiraamat.pdf

https://www.cdc.gov/arthritis/basics/physical-activity-overview.html

https://www.itmedicalteam.pl/articles/rehabilitation-in-patients-with-rheumatoid-arthritis-105726.html

https://www.kela.fi/rheumatism-and-osteoarthritis-ehabilitation-courses-adults

https://www.praxis.ee/wp-content/uploads/2014/03/2012_Autoimmuunsed_liigesepoletikud.pdf

https://www.statista.com/statistics/1256140/osteoarthritis-incidence-in-europe-by-joint/#statisticContainer

https://www.tai.ee/et/sotsiaaltoo/rahvusvaheline-funktsioneerimisvoime-klassifikatsioon

Häkkinen, A., Arkela-Kautiainen, M., Sokka, T., Hannonen, P. and Kautiainen H. (2009). Self-report functioning according to the ICF Model in elderly patients with rheumatoid arthritis and in population controls using the multidimensional Health Assessment Questionnaire. The Journal of Rheumatology 2009; 36:2

Hyphantis T, et al. The relationship between depressive symptoms, illness perceptions and quality of life in ankylosing spondylitis in comparison to rheumatoid arthritis. Clin Rheumatol. 2013; 32:635–644. [PubMed: 23329349]

Isel M, Merle M Ortheses de la main et du poignet, Protocoles de reeducation, Ch 11, p151- 194. 2012

Jahanbin I, Hoseini Moghadam M, Nazarinia MA, et al.: The effect of conditioning exercise on the health status and pain in patients with rheumatoid arthritis: a randomized controlled clinical trial. Int J Community Based Nurs Midwifery, 2014, 2: 169–176.

Johnson MI, Paley CA, Jones G, Mulvey MR, Wittkopf PG. Efficacy and safety of transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for acute and chronic pain in adults: a systematic review and meta-analysis of 381 studies (the meta-TENS study). BMJ Open. 2022 Feb 10;12(2):e051073. doi: 10.1136/bmjopen-2021-051073. PMID: 35144946; PMCID: PMC8845179.

Karagülle M, Kardeş S, Dişçi R, Karagülle MZ. Spa therapy adjunct to pharmacotherapy is beneficial in rheumatoid arthritis: a crossover randomized controlled trial. Int J

Biometeorol. 2018 Feb;62(2):195-205. doi: 10.1007/s00484-017-1441-y. Epub 2017 Sep 7. PMID: 28884308.

Kavuncu V, Evcik D. Physiotherapy in rheumatoid arthritis. MedGenMed. 2004 May 17;6(2):3. PMID: 15266230; PMCID: PMC1395797.

Khedekar, S, Shimpi, A, , Shyam, AK, Sanchet, P. Use of art as therapeutic intervention for enhancement of hand function in patients with rheumatoid arthritis: A pilot study. Journal of Indian Rheumatology Association 2017, 12(2)

Kirchberger I, Stamm T, Cieza A, Stucki G. Does the Comprehensive ICF Core Set for rheumatoid arthritis capture occupational therapy practice? A content-validity study. Can J Occup Ther. 2007;74 Spec No.:267-80. doi: 10.1177/00084174070740S308. PMID: 17844981.

Laas K, Raussi EK, Pruunsild C jt. Põletikulise liigeshaigusega patsiendi käsitlus esmatasandil. Eesti Haigekassa. 2020

Lange, E., Kucharski, D., Svedlund, S., Svensson, K., Bertholds, G., Gjertsson, I. and Mannerkorpi, K. (2019). Effects of Aerobic and Resistance Exercise in Older Adults With Rheumatoid Arthritis: A Randomized Controlled Trial. Arthritis Care & Research Vol. 71, No. 1, January 2019, pp 61–70

Latham N., Liu C. Strenght training in older adults: The benefits for osteoarthritis. Clin Geriatr Med. 2010 Aug: 26(3); 445-459.

Lok EYC, Mok CC, Cheng CW, Cheung EFC. Prevalence and determinants of psychiatric disorders in patients with rheumatoid arthritis. Psychosomatics. 2010

Löwe B, et al. Psychiatric comorbidity and work disability in patients with inflammatory rheumatic diseases. Psychosom Med. 2004; 66:395–402. [PubMed: 15184703]

Maddali Bongi S, Del Rosso A, Matucci Cerinic M. Rheumatologic rehabilitation: towards recommendations. Reumatismo. 2014 Nov 6;66(3):197-207. doi: 10.4081/reumatismo.2014.722. PMID: 25376954.

Maitin, I.B. et al Current diagnosis and treatment: Physical Medicine and Rehabilitation; 379-398,(2015).

Matcham F, Rayner L, Steer S, Hotopf M. The prevalence of depression in rheumatoid arthritis: a systematic review and meta-analysis. Rheumatology. 2013; 52:2136–2148. [PubMed: 24003249]

Mathiowetz, V. (1990). Effects of Three Trials on Grip and Pinch Strength Measurements. Volume 3, Issue 4, October–December 1990, Pages 195-198

Meesters J, Verhoef J, Tijhuis G, Vliet Vlieland T. Functional disability in patients with rheumatoid arthritis admitted for multidisciplinary rehabilitation from 1992 to 2009. Rheumatology (Oxford). 2013 Oct;52(10):1879-83. doi: 10.1093/rheumatology/ket232. Epub 2013 Jul 16. PMID: 23861533.

Metli, N. B., Kurtaran, A., Akyüz, M. (2015). Impaired Balance and Fall Risk in Rheumatoid Arthritis Patients. J Phys Med Rehab 2015;61:344-51

Metsios G; et al. Position Statement on Exercise Dosage in Rheumatic and Musculoskeletal Diseases: The Role of the IMPACT-RMD Toolkit. Mediterr J Rheumatol. 2021 Dec; 32(4): 378–385.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Rheumatoid arthritis in adults: management. 2018

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) 2020 Royal College of Occupational Therapists juhis (https://www.rcot.co.uk/orthoses-guideline

Oosterveld FGJ et al. Effect of local heat and cold therapy on the intraarticular and skin temperature of knee. Arthritis Rheum 1994;35:1578–65.

Palamar, D., Er, G., Terlemez, R., Ustun, I., Can, G., Saridogan, M. (2017). Disease activity, handgrip strengths, and hand dexterity in patients with rheumatoid arthritis. *Clin Rheumatol. 2017* Oct;36(10):2201-2208.

Pedersen B, Saltin B. Exercise as medicine - evidence for prescribing exercise as therapy in 26 different chronic diseases. Scand J Med Sci Sports 2015 Dec;25 Suppl 3:1-72.

Petty, N.J. and Ryder, D. Musculoskeletal examination and assessment. A handbook for therapists. Fifth edition. Elsevier ltd., 2018.

Phuphanich ME, Droessler J, Altman L, Eapen BC. Movement-Based Therapies in Rehabilitation. Phys Med Rehabil Clin N Am. 2020 Nov;31(4):577-591. doi: 10.1016/j.pmr.2020.07.002. Epub 2020 Sep 7. PMID: 32981580; PMCID: PMC7476461.

Piccinni A, et al. Clinical significance of lifetime mood and panic-agoraphobic spectrum symptoms on quality of life of patients with rheumatoid arthritis. Compr Psychiatry. 2006; 47:201–208. [PubMed: 16635649]

Poole JL, Bradford JD, Siegel P. Effectiveness of Occupational Therapy Interventions for Adults With Systemic Lupus Erythematosus: A Systematic Review. Am J Occup Ther. 2019 Jul/Aug;73(4):7304205020p1-7304205020p21. doi: 10.5014/ajot.2019.030619. PMID: 31318666.

Prodinger B, Ndosi M, Nordenskiöld U, Stamm T, Persson G, Andreasson I, Lundgren-Nilsson Å. Rehabilitation provided to patients with rheumatoid arthritis: a comparison of three different rheumatology clinics in Austria, Sweden and the UK from the

perspectives of patients and health professionals. J Rehabil Med. 2015 Feb;47(2):174-82. doi: 10.2340/16501977-1914. PMID: 25385492.

Puolakka K, Kautiainen H, Möttönen T, Hannonen P, Pohjolainen T, Korpela M, Vuori K, Ilva K, Yli-Kerttula U, Järvinen P, Leirisalo-Repo M. Cost of Finnish statutory inpatient rehabilitation and its impact on functional and work capacity of patients with early rheumatoid arthritis: experience from the FIN-RACo trial. Scand J Rheumatol. 2007 Jul-Aug;36(4):270-7. doi: 10.1080/03009740701286847. PMID: 17763204.

Puuetega inimestele võrdsete võimaluste loomise standardreeglid : Eesti Vabariigi invapoliitika üldkontseptsioon : lühendatud ja kohandatud ÜRO Peaassamblee resolutsioonist 48/96. Eesti Puuetega Inimeste Koda, United Nations. General Assembly, Kirjastaja:Eesti Puuetega Inimeste Koda, 2004

Rahnama N, Mazloum V: Effects of strengthening and aerobic exercises on pain severity and function in patients with knee rheumatoid arthritis. Int J Prev Med, 2012, 3: 493–498.

Ranjan A, Raj LE, Kumar D, Sandhya P, Danda D. Reliability of Box and Block Test for manual dexterity in patients with rheumatoid arthritis: a pilot study. Int J Rheum Dis. 2016 Dec;19(12):1272-1277. doi: 10.1111/1756-185X.12655. Epub 2015 Jul 14. PMID: 26171869.

Rausch Osthoff AK, Niedermann K, Braun J et al. 2018 EULAR recommendations for physical activity in people with inflammatory arthritis and osteoarthritis. Ann Rheum Dis. 2018

Riebe D, Ehrman JK, Liguori G, Magal M. ACSM's guidelines for exercise testing and prescription. Tenth Edition. 2018.

Rikli, R.E., & Jones, C.J. (1998). The Reliability and Validity of a 6-Minute Walk Test as a Measure of Physical Endurance in Older Adults. *Journal of Aging and Physical Activity, 6*, 363-375.

Rintala P, Kettunen H, McCubbin JA (1996). Effects of a water exercise program for individuals with rheumatoid arthritis. Research in Sports Medicine 7: 31– 8.

Robinson V, Brosseau L, Casimiro L, Judd M, Shea B, Wells G, Tugwell P. Thermotherapy for treating rheumatoid arthritis. Cochrane Database Syst Rev. 2002;(1):CD002826. doi: 10.1002/14651858.CD002826. Update in: Cochrane Database Syst Rev. 2002;(2):CD002826. PMID: 11869637.

Roll SC, Hardison ME. Effectiveness of Occupational Therapy Interventions for Adults With Musculoskeletal Conditions of the Forearm, Wrist, and Hand: A Systematic Review. Am J Occup Ther. 2017 Jan/Feb;71(1):7101180010p1-7101180010p12. doi: 10.5014/ajot.2017.023234. PMID: 28027038; PMCID: PMC5182014.

Roodenrijs NMT, Hamar A, Kedves M, et al Pharmacological and non-pharmacological therapeutic strategies in difficult-to-treat rheumatoid arthritis: a systematic literature review informing the EULAR recommendations for the management of difficult-to-treat rheumatoid arthritis RMD Open 2021;7:e001512. doi: 10.1136/rmdopen-2020-001512

Rupp I, et al. Poor and good health outcomes in rheumatoid arthritis: the role of comorbidity. J Rheumatol. 2006; 33:1488–1495. [PubMed: 16832850]

Sadura-Sieklucka T, Sołtysiuk B, Karlicka A, Sokołowska B, Kontny E, Księżopolska-Orłowska K. Effects of whole body cryotherapy in patients with rheumatoid arthritis considering immune parameters. Reumatologia. 2019;57(6):320-325. doi: 10.5114/reum.2019.90825. Epub 2019 Dec 31. PMID: 32226165; PMCID: PMC7091479.

Schell, Barbara, and Glen Gillen. Willard and Spackman's Occupational Therapy. 12th ed., Wolters Kluwer Health, 2014.

Shen B, Li Y, Du X, Chen H, Xu Y, Li H, Xu GY. Effects of cognitive behavioral therapy for patients with rheumatoid arthritis: a systematic review and meta-analysis. Psychol Health Med. 2020 Dec;25(10):1179-1191. doi: 10.1080/13548506.2020.1736312. Epub 2020 Mar 4. PMID: 32129673.

Shumway-Cook, A., Brauer, S., Woollacott, M. (2000). Predicting the probability for falls in community-dwelling older adults using the Timed Up & Go Test. Phys Ther. 2000;80:896–903

Siegel P, Tencza M, Apodaca B, Poole JL. Effectiveness of Occupational Therapy Interventions for Adults With Rheumatoid Arthritis: A Systematic Review. Am J Occup Ther. 2017 Jan/Feb;71(1):7101180050p1-7101180050p11. doi: 10.5014/ajot.2017.023176. PMID: 28027042.

Sferra da Silva, G., de Almeida Lourenço, M., de Assis, M.R. (2018). Hand strength in patients with RA correlates strongly with function but not with activity of disease. *Advances in Rheumatology (2018)* Aug 3;58(1):20

Siqueira US, Orsini Valente LG, de Mello MT, Szejnfeld VL, Pinheiro MM (2017) Effectiveness of aquatic exercises in women with rheumatoid arthritis: a randomized, controlled, 16-week intervention-the hydra trial. Am J Phys Med Rehabil 96:167–175.

Siegel P, Tencza M, Apodaca B, Poole JL. Effectiveness of Occupational Therapy Interventions for Adults With Rheumatoid Arthritis: A Systematic Review. Am J Occup Ther. 2017 Jan/Feb;71(1):7101180050p1-7101180050p11. doi: 10.5014/ajot.2017.023176. PMID: 28027042.

Siu AM, Chui DY. Evaluation of a community rehabilitation service for people with rheumatoid arthritis. Patient Educ Couns. 2004 Oct;55(1):62-9. doi: 10.1016/j.pec.2003.08.001. PMID: 15476991.

Sokka, T. (2005). Assessment of pain in rheumatic diseases. Clin Exp Rheumatol 2005; 23 (Suppl. 39): S77-S84.

Sooba E., Butšelovskaja A., Eesti Arsti taastusravi erinumber 2022, lk 58-61 https://etas.ee/wp-content/uploads/2022/09/EA_taastusravi_erinumber_2022_31.05.pdf

Soovituslikud mõõdikud tugielundkonna häiretega patsientide hindamiseks“ (https://tegevusterapeudid.ee/wp-content/uploads/2017/06/tugi.pdf)

Srbely J. Ultrasound in the management of osteoarthritis: part I: a review of the current literatuure. J Can Chiropr Assoc. 2008 Mar; 52(1): 30–37.

Stanmore, E. K. (2013). The importance of falls assessment in people with rheumatoid arthritis. Journal of Health Visiting › February 2013 › Volume 1 Issue 2

Stanmore, E. K. (2015). Recommendations for assessing and preventing falls in adults of all ages with rheumatoid arthritis. British Journal of Community Nursing November 2015 Vol 20, No 11.

Steultjens EM, Dekker J, Bouter LM, van Schaardenburg D, van Kuyk MA, van den Ende CH. Occupational therapy for rheumatoid arthritis. Cochrane Database Syst Rev. 2004;2004(1):CD003114. doi: 10.1002/14651858.CD003114.pub2. PMID: 14974005; PMCID: PMC7017227.

Stucki, G., Cieza, A., Geyh, S., Battistella, L., Lloyd, J., Symmons, D., Kostanjsek, N and Schouten, J. (2004). ICF core sets for rheumatoid arthritis. J Rehabil Med 2004; Suppl. 44: 87–93.

Sveaas S H et al. Effect of cardiorespiratory and strength exercises on disease activity in patients with inflammatory rheumatic diseases: a systematic review and meta-analysis. Br J Sports Med 2017 Jul;51(14):1065-1072. doi: 10.1136/bjsports-2016-097149.

Szewczyk D, Sadura-Sieklucka T, Sokołowska B, Księżopolska-Orłowska K. Improving the quality of life of patients with rheumatoid arthritis after rehabilitation irrespective of the level of disease activity. Rheumatol Int. 2021 Apr;41(4):781-786. doi: 10.1007/s00296-020-04711-4. Epub 2020 Oct 1. PMID: 33006009; PMCID: PMC7952341.

Zwolińska J, Gąsior M, Śnieżek E, Kwolek A. The use of magnetic fields in treatment of patients with rheumatoid arthritis. Review of the literature. Reumatologia. 2016;54(4):201-206. doi: 10.5114/reum.2016.62475. Epub 2016 Oct 5. PMID: 27826175; PMCID: PMC5090029.

Tammaru, M. Reumatoidartriidi-spetsiifilise elukvaliteediküsimustiku kohandamine Eestis. Eesti Arst 2003; 82(5):357–9.

Takacs , J., Garland, S.J., Carpenter, M.G., Hunt, M.A. Validity and reli[1]ability of the Community Balance and Mobility Scale in individuals with knee osteoarthritis. Phys Ther. 2014;94:866–874.

Toyama S, Tokunaga D, Tsuchida S, Kushida R, Oda R, Kawahito Y, Takahashi K. Comprehensive assessment of alterations in hand deformities over 11 years in patients with rheumatoid arthritis using cluster analysis and analysis of covariance. Arthritis Res Ther. 2021 Feb 27;23(1):66. doi: 10.1186/s13075-021-02448-4. PMID: 33640011; PMCID: PMC7913439.

Turner M, et al. The Role of Resistance Training Dosing on Pain and Physical Function in Individuals With Knee Osteoarthritis: A Systematic Review. Sports Health. 2020 Mar-Apr; 12(2): 200–206.

van der Heijde D, Ramiro S, Landewé R et al. 2016 update of the ASAS-EULAR management recommendations for axial spondyloarthritis. Ann Rheum Dis. 2017

van't Land H, et al. The association between arthritis and psychiatric disorders; results from a longitudinal population-based study. J Psychosom Res. 2010; 68:187–193. [PubMed: 20105702]

Verhagen AP, Bierma-Zeinstra SM, Boers M, Cardoso JR, Lambeck J, de Bie R, de Vet HC. Balneotherapy (or spa therapy) for rheumatoid arthritis. **Cochrane Database** Syst Rev. 2015 Apr 11;2015(4):CD000518. doi: 10.1002/14651858.CD000518.pub2. PMID: 25862243; PMCID: PMC7045434.

Vieira Rosa, M., Rodrigues Perracini, M., Aquaroni Ricci, N. (2019). Usefulness, assessment and normative data of the Functional Reach Test in older adults: A systematic review and meta-analysis. Archives of Gerontology and Geriatrics Volume 81, March–April 2019, Pages 149-170.

Vliet Vlieland TP, van den Ende CH. Nonpharmacological treatment of rheumatoid arthritis. Curr Opin Rheumatol. 2011 May;23(3):259-64. doi: 10.1097/BOR.0b013e32834540fb. PMID: 21346575.

Ward MM, Deodhar A, Gensler LS et al. 2019 Update of the American College of Rheumatology/Spondylitis Association of America/Spondyloarthritis Research and Treatment Network Recommendations for the Treatment of Ankylosing Spondylitis and Nonradiographic Axial Spondyloarthritis. Arthritis Rheumatol. 2019

Wiegmann, S., Armbrecht, G., Diana Borucki, D., Bjoern Buehring, B., Buttgereit. F., Christian Detzer, C., Désirée Schaumburg, D., Kim Nikola Zeiner, K.N. and Roswitha Dietzel, R. (2022). Balance and prospective falls in patients with rheumatoid arthritis. BMC Musculoskeletal Disorders (2022) 23:549

Wilken, J.P., den Hollander, D. Kuidas klientidest saavad kodanikud. Taastumise ja kaasatuse toetamine CARe metoodika abil. Duo kirjastus 2017.

LISA 1. Funktsioonid, tegevus-ja osalus ning keskkonnategurid

Programmi eesmärgid/ oodatavad tulemused põhinevad samuti sagedamini esinevatel talitlusvõime piirangutel ja neid mõjutavatel keskkonnateguritel, mis on põhineb RA tuumikvormil ja on leitav https://www.icf-core-sets.org/en/page2.php

LISA 2. Valu nõustamine: funktsioone toetavad protseduurid

Patsiendi nõustamisprogrammis osalenud patsiendid, kes on saanud informatsiooni medikamentoosse ravi kasulikkuse ja kõrvalmõjude, füsioteraapia olulisuse, ortoosi kasutamise, psühholoogiliste toimetulekumeetodite, eneselõõgastamise ja erinevate dieetide kohta, on näidanud haigusega seotud puude paranemist.

Kõik reumaatiliste haiguste raviga tegelevad spetsialistid peaksid pakkuma nõustamist ja informatsiooni liigeshaige seisundi ning erinevate füsioteraapia ja REH võimaluste kohta elukvaliteedi parandamiseks (Kavuncu, 2004). Liigeshaige adekvaatne koolitamine on oluline, sest tema iseseisev informatsiooni otsimine haiguse taastusravi kohta erinevatest allikatest viib sageli ka alternatiivmeditsiini keskkonda (Sooba, Butšelovskaja 2022).

Nõustamine raviteenuste /sümptoome leevendavate protseduuride osas.

- Enamik füüsikalise ravi protseduure on sümptomaatilised, st leevendavad haigussümptoome ravi perioodil.
- Füüsikaline ravifaktor on stiimul väliskeskkonnast, mille õige intensiivsuse ja kestvusega doseerimisel järgneb keha füsioloogiline vastusreaktsioon ja funktsiooni mõningane paranemine, edasine sõltub juba keha enda vastusreaktsiooni püsivusest.
- Kroonilise haiguse korral on sarnaselt tablettraviga võimalik füüsikalise raviga **leevendada ajutiselt haiguse sümptoome** (valu, turse, jäikus). Toime pikendamiseks on tavaliselt vaja kas uut ravimiannust või korduvat füüsikalise teguri toimet.
- Mõnedel füüsikalistel ja balnoloogilistel ravidel võib ravikuuri järgselt ilmneda ka pikem toime, so **haiguse kulgu modifitseeriv toime**.
- Tänapäeval on ühe enam võimalusi, et kasutada mõningaid füüsikalisi (soe, külm, aparaatne ravi, vesiravi, mudaravi) ravitegureid ohutult ka kodus. REH osana on võimalik võimalik seda teadlikkust suurendada.

RA ravijuhend Eestis kirjeldab sekkumistena, lisaks koolitamisele ja nõustamisele, liikumisravi (liikumist parandavad aktiivsed harjutused; isotooniline lihastreening; aeroobne treening: sobivad vesivõimlemine, jalgrattasõit, kõnd, ujumine), tegevusteraapiat, käsimassaaži, veealust massaaži, mineraalveevanne, soojusravi (osokeriit-, savimähised), mudaravi, aparaatset füsioteraapiat (magnet, ultraheli, laserravi, impulssvoolud, TENS) https://www.ers.ee/http-ers-ee-materjale/ra-ravijuhend

Tabel 10. Liigeshaigetel füüsikalise ja balneoloogilise teraapia kasutuse sobivus, põhjendus

Teraapia	**Põhjendus**
Külma aplikatsioonid	Sobib kasutada ägedas põletikus liigese korral. Eesmärk valu ja põletiku, sh turse vähendamine (Cuccurullo 2002). Kasutatakse erinevatest materjalidest aplikatsioone - geelikotid, jääkotid, „*Freezsnow*“ (randme mähis), paigaldatakse lokaalselt valu asukohale 15 minutiks. Naha ja külmakoti vahele on soovitav asetada riie. Külmaaplikatsiooni võib päevas mitu korda korrata, kuid arvestama vaheaega vähemalt 1 tund. Lokaalselt soovitatakse külma aplitseerida 20 min, 15–min 3–4 korda päevas (ägedate protsesside korral ka iga 2 tunni järgselt) (Alaranta 2003). Keskmine temperatuur langes põlveliigeses külmakotiga 31.9°C-22.5°C ja külma õhuga 32.9°C - 28.8°C (Oosterveld *et al.* 1994).
Külmravi Ülikülmravi kamber	Liigesehaigetel on uuritud ka külma üldist toimet (talisupluse ja külmakambri mõju). Üldisel külmal arvatakse olevat valuvaigistav toime, mis võimaldab pärast külmaprotseduuri liikumisravi valutult teha. Uuringutes ilmnenud valuvaigistav toime kestis 90 min, pikaajaline toime ei olnud märkimisväärne. Uuema meetodina on kasutusel külmakambrid, kus temperatuur on –110°C ja haige viibib kambris keskmiselt 1-2 minutit ka mitu korda päevas. Ülikülmkambril on leitud olevat valuvaigistav ja põletikumediaatoritesse toimiv efekt. Külmaravi põhineb temperatuuri langusel erinevates kudedes, mis viib lihaslõõgastuse ja valu vaigistamiseni. Ülikülmravi soovitataks toetava ravina RA puhul (Guillot *et al.* 2013; Sadura-Sieklucka *et al.* 2019).
Pindmised sooja aplikatsioonid	Toime sügavus u 1 cm. Toime valuvaigistav ja kollageeni venitatavust suurendav. Võib põhjustada liigeskahjustuse

	suurenemist. (Cuccurullo 2002; Oosterveld *et al*. 1994). Pindmist niisket (*moist heat*) soojendust võib kasutada sümptoome leevendava ravina. Parafiin vanne võib soovitada koos harjutustega lühiajalise positiivse efekti saavutamiseks. (Robinson *et al*. 2002, NICE 2018, Dilec 2013). EULAR 2018 toob soojaravi nõrga tugevusega (+) soovitusena. Soojaravi kasutamisel tuleks olla äärmiselt ettevaatlik, kuna soojus võib põletikku ägestada. **NB!!! Soojusravi võib kasutada ainult remissioonis kui liiges ei ole põletikuline.** Soojaravi positiivne tulemus on lihaspingeid lõõgastav ja liigesliikuvust soodustav.
Laserravi	EULAR 2018 soovitusena (+). Hõbeda taseme tõenduspõhisus, et madala energiaga laser vähendab RA patsiendil kuni 4 nädalaks valu ja hommikust jäikust. Madala energiaga laser sobib nii RA varasele kui hilisstaadiumis moduleerides põletikureaktsiooni (Alves *et al*. 2013). Soovitusena: RA puhul liigesvalu ja jäikuse vähendamiseks (Brosseau *et al.* 2005; Cameron 2022). Laserravi annab kiire ja olulise valu vähenemise ja parandab RA puhul funktsionaalsust, kuid ei oma mõju hommikuse jäikuse kestvusele ja toimet ei leitud 3 kuud hiljem (Chia *et al*. 2021).
Ultraheliravi (UH)	Võib kasutada et suurendada pigistusjõudu, vähemal määral ka randme dorsaalfeksiooni, vähendada hommikust jäikust, turses ja valulike liigeste arvu. Nõrk tõenduspõhisus. (Casimiro *et al*. 2002). Osteoartriidi korral on leitud UH positiivne toime valu vähendamisele funktsionaalsuse paranemisele. Samuti on leitud positiivset mõju liigeskõhre paranemise (Srbely 2008).
TENS / elektriravi impulssvooludega	On mittespetsiifiline (ei ole diagnoosispetsiifiline) lühiajaline ja ohutu võimalus valu leevendamiseks (Johnson *et al*. 2022; NICE 2018). RA käte valuravi uuring siiski kindlat soovitust ei anna (Brosseau *et al*. 2003).
Magnetravi	Pehme toimega ja ohutu füüsikaline ravifaktor liigeshaiguse ravis. Tõenduspõhisus eri autorite uuringutes on üsna varieeruv (Zwolińska *et al*. 2016).
Balneoteraapia (looduslike mineraalvete,	Balneoteraapia- looduslike mineraalvete, vannravi või ravimuda kasutamine ravi eesmärgil. Ravimuda on unikaalne mineraalide

ravimudade toime)	ja humiinainete kompleks. Ravimuda osakeste surve ja temperatuuri mõju naharetseptoritele mõjutab „väratikontrolli teooria“ järgi valutunnet, kuid mudaravi spetsiifilise toime alus on konkreetse ravimuda bioloogiliselt aktiivsete ainete toime. Ravimuda on võimalik kasutada ka kodus nii kompresside kui jalavannidena. Lokaalne ravimuda võib parandada valulike liigeste seisundit, radoonivannid võivad parandada üldist heaolu ja vähendada valu 6 kuud ravi järgselt: madal tõenduspõhisus (Verhagen *et al*. 2015). On leitud, et balneoteraapia (BT) tõstab RA haigete elukvaliteeti (Fernandez-Gonzalez *et al*. 2021), 2 nädalane BT lisamine ravimitele annab positiivse tulemuse ka 6 kuud hiljem (Karagülle *et al*. 2018).

LISA 3. Ortoosid

Labakäe ja randme ortooside soovitamise põhimõtted

Ortoose soovitatakse/valmistatakse patsiendi individuaalseid näidustusi arvestades, taastusravi spetsialisti poolt. Individuaalsete ortooside valmistamiseks kasutatavate temperatuuritundlikke materjalide valik on mitmekesine, materjali valik jääb spetsialisti otsustada, tulemus peaks olema mugav ja esteetiline. Sotsiaalkindlustusamet ortooside valmistamisega tegelevate ettevõtete nimed ja teeninduskohad.

Individuaalseid ortoose valmistatakse temperatuuri tundlikkust plastikust, patsiendi mõõtude kohaselt.Vabrikus valmistatud seeria ortoose soovitatakse vastavalt tootja juhendile, spetsialisti poolt. **Vabrikus valmistatud seeria ortoose**, mis on plastikust ja valmis lõigatud kujuga ning spetermtsialisti poolt töötlemisel individuaalselt kohandatavad.

Ortooside regulaarse kasutamise/kandmise soodustamiseks peaks ortoos olema: mugav, kerge, lihtne puhastada, ortoosi iseseisev paigale panemine ja ära võtmine peaks olema lihtne, ortoosi välimus peaks olema esteetiline ja diskreetne. Ortoosi, nii individuaalselt valmistatud kui ka seeria ortoosi, valmistamisele/väljakirjutamisele peaks eelnema spetsialisti poolne täpne hinnang – milline ortoos ja ortoosi ravitoime eesmärgi kirjeldus. Ortoosi määramisel peaks arvestama ja kontrollima deformatsioone randme- ja sõrmeliigestes. Ortoos peab olema kergelt paigaldatav ning eemaldatav, vastupidav ja mugav. Ortoosi kandmine peaks olema kergelt talutav ja liigese korrigeerimine ei tohiks põhjustada uusi deformatsioone liigestes.

PP-te puhul kasutatavate käeortooside biomehaanilised põhitüübid on: puhkeortoosid, korrigeerivad ortoosid ja käe funktsiooni toetavad ortoosid (Celerier *et al*. 2008).

Ühised soovitused kõikidele ortoosidele:

Ortoosid on näidustatud valuvaigistavatel, funktsiooni toetaval või korrigeerivatel eesmärkidel.

Ortoos määratakse kliinilise hindamise põhjal juhul, kui on vajadus

- põletikuliste liigeste ajutiseks immobiliseerimiseks (ortoosi kandmine puhkeajal),
- kahjustatud liigeste stabiliseerimiseks (ortoosi kandmine tegevuse ajal),
- teatud kergete deformatsioonide korrigeerimiseks või süvenemise ennetamiseks.

Spetsialistid hindavad regulaarselt ortooside kasulikkust ja annavad vajadusel lisasoovitusi.

Spetsialist hindab ortoosi sobivust, valuvaigistavat mõju ja vastavust deformatsioonidele. Individuaalsed eritellimusel valmistatud ortoosid sobivad üldiselt paremini kui valmistooted, kuid valiku ühe või teise kasuks teeb REH spetsialist.

Ortoos peab olema kerge ja liigese kuju järgiv ning lihtne kasutada ja hooldada. Ortoosidega toetamist vajavad PP korral enim käe- ja randme piirkond, aga ka kael ja põlv ja alajäse (HAS 2007).

Käteortoosid aitavad stabiliseerida liigeseid valu ja põletiku vähendamiseks, hoiavad liigesed õiges asendis maksimaalse tegevusvõime tagamiseks ning ennetavad soovimatuid liigutusi ja deformatsioone.

Individividuaalselt valmistatud termoplastist pöidlaortoosi kasutamine RA-st tingitud Boutonniere'i deformatsiooni puhul funktsionaalsete tegevuste ajal vähendab märkimisväärselt valu (Roll, Hardison 2017). Meetod: süstemaatiline ülevaade Tugev tõenduspõhisus (materjalide tõenduspõhisus tase I ja II)

Käeortoosidel on oluline osa põletikuliste liigeshaiguste rehabilitatsioonis. Piirates valulike liigeste liikumist kasutatakse ortoose valuvaigistavad eesmärgil, samuti on ortoosid asendamatud liigeste deformatsioonide ennetamiseks ning muundunud liigeste korrigeerimiseks.

Haigestumise algfaasis on sobivad standardsed ortoosid. Individuaalselt valmistatud ortoosid on sobivamad liigeshaigetele deformatsiooni staadiumis ja peale kirurgilist vahelesekkumist (HAS 2007).

Individuaalselt valmistatava termoplastist pöidlaortoosi kasutamine RA-st tingitud Boutonniere'i deformatsiooni puhul funktsionaalsete tegevuste ajal vähendab märkimisväärselt valu; hõbedast sõrmusortoosid ja termoplastist ortoosid aitavad sõrmede luigekaela-deformatsioonide puhul parendada käte osavust peale 4-näd kasutust; funktsioon parenes ka haamersõrme puhul (Roll, Hardison 2017).

Tõenduspõhisus NICE © 2020 Royal College of Occupational Therapists juhise alusel Hand and wrist orthoses for adults with rheumatological conditions - RCOT

Funktsionaalsed randmeortoosid

Tõendid, funktsionaalsete randmeortooside kasutamise kohta reumatoidartriidi korral, on valu vähendamise osas tugevad. Valu vähenemine oli järjepidev tulemus kõigis uuringutes, mõõdetuna visuaalsete analoogskaalade abil. Sümptomite, nagu valu, vähendamine on ka peamine motivaator ortoosi kandmisel. Funktsionaalse

randmeortoosi kandmisega seotud riske uuringutes konkreetselt ei kirjeldatud, kuid rõhutati võimalikku negatiivset mõju osavusele käelistes tegevustes.

Puhke-/ööortoosid

Puhke- või öise asendi ortoosi efektiivsus ei ole lõplik. Kuigi kahe uuringu tulemused võivad kasu suunas olla erinevad, on oluline märkida erinevad kaasamise kriteeriumid ning kõik ortoosi disaini ja käte paigutuse erinevused. Positiivset mõju käte valule, haarde- ja pigistusjõule, ülajäsemete funktsioonile ja funktsionaalsele seisundile teatati osalejatel, kelle haigus kestis keskmiselt 9–10 aastat, kuigi kasu pärast kolmekuulist kasutamist ei uuritud.

Läbi vaadatud tõendid ei võimalda anda konkreetset soovitust puhke- või öise asendi ortoosi määramise kohta reumatoidartriidiga inimestele. Need kaks uuringut näitavad siiski, kui oluline on kasutada teenustele juurdepääsu saavate isikute subjektiivseid vaatenurki ja objektiivseid tulemusnäitajaid, et jälgida mis tahes ettenähtud ortoosi edenemist ja tõhusust.

Ortoosid luigekaela deformatsiooni korral

Mõned tõendid toetavad käelist osavust parandava ortoosi määramist, kui RA-ga inimestel esineb korrigeeritav luigekaela deformatsioon. Hõberõngaste lahaste või Oval-8® rõngasortooside kasutamisele on omased kahjulikud kõrvalmõjud ning valikut mõjutavaid positiivseid ja negatiivseid tegureid tuleks arvesse võtta ortopeediliste vahendite väljakirjutamisel. Luigekaela deformatsiooni ortoosi saajad tuleb hoolikalt hinnata, kuna sellised tegurid nagu pikaajaline deformatsioon võivad tähendada, et ortoosi ei taluta. Vaata ka ortooside tabel 11.

Korsetid seljale on näidustatud kompressioonmurdude korral varases faasis valu vähendamiseks ja siirdumiste soodustamiseks. Osteoporoosi korral pidevalt ortoose ei kasutata, ainult siis kui esineb väga väljendunud valu.

Käteortoosid aitavad stabiliseerida liigeseid valu ja põletiku vähendamiseks, hoiavad liigesed õiges asendis maksimaalse tegevusvõime tagamiseks ning ennetavad soovimatuid liigutusi ja deformatsioone (Schell 2014).

Lahased/ortoosid parendavad koheselt käte haardejõudu, samas vähendavad nad liikumisulatust (Steultjens *et al.* 2004).

Individuaalselt valmistatava termoplastist pöidlaortoosi kasutamine RA-st tingitud Boutonniere'i deformatsiooni puhul funktsionaalsete tegevuste ajal vähendab märkimisväärselt valu; hõbedast sõrmusortoosid ja termoplastist ortoosid aitavad sõrmede luigekaela-deformatsioonide puhul parendada käte osavust peale 4-näd kasutust; funktsioon parenes ka haamersõrme puhul (Roll, Hardison 2017).

NICE © 2020 Royal College of Occupational Therapists juhise alusel:

- Funktsionaalne randmeortoos on soovitatav määrata patsiendile, kellel on RA-i tagajärjel tekkinud randmevalu.

- Öö- või puhkeortoosi peetakse potentsiaalselt kasulikuks RA-ga patsiendile sümptomite vähendamiseks.

- Luigekaela deformatsiooni ortoosi määramisel soovitatakse, kaaluda võimalikku positiivset mõju käelisele osavusele peaks tasakaalustama kõrvaltoimed, nagu liigese rõhumine ja paresteesia.

Tabel 11. Ortoosid biomehhaanilise toime järgi (Isel, Merle 2012; Boutan, Thomas 2013)

Ortoosi tüüp	Anatoomiline piirkond	Soovitav toime	Soovitav kasutamine	Valmistaja
Puhkeortoos				
Staatiline puhkeortoos	Immobiliseerib randme, labakäe, kõik sõrmed.	Oodatav toime on valuvaigistav, põletiku ennetav ja kahjustatunud kudesid kaitsev.	Kerge ja mugav ortoos on öösel kasutamiseks, mitte aktiivsetel hetkedel. Eriti soovitav kui põidlaliigeste osa on põletikus ja turses.	Saadaval valmistootena, soovitav individuaalne valmistamine.
Staatiline randme ja kämbla ortoos	Immobiliseerib randme, labakäe.	Oodatav toime on valuvaigistav, põletiku ennetav ja kahjustatunud kudesid kaitsev.		Saadaval valmistootena, soovitav individuaalne valmistamine.
Korrigeeriv ortoos	Soovitav labakäe, sõrmede ja põidla liigestele	Oodatav toime on vähese deformatsiooni-ga liigesete liikuvuse amplituudi korrigeerimime ja deformeeru-nud liigese kuju	Ortoosi kandmine peaks olema kergelt talutav ja liigese korrigeerimine ei tohiks põhjustada uusi deformatsioone liigestes.	

		korrigeerimine.		
Staatiline randme ja kämbla ortoos	Immobiliseerib randme, labakäe	Valulike randmeluude deformatsiooni puhul oodatav pigem valu leevendav kui deformatsiooni korrigeeriv toime.	Ortoosi saab kasutada päeval käe funktsiooni toetava ortoosina ja öösel valu leevendava puhkeortoosina.	Valmistatakse individuaalselt thermo-plastikust või valmistootena.
Staatiline ortoos „Beasley“ ortoos numer 8 kujuline	Sõrme PIP liiges	PIP liigeste, Luigekaela deformatsiooni korrigeerimi-seks.	Soovitav kandmiseks päeval kuna toetab liigest tegevuste teostamisel.	Valmistatakse individuaalselt termo-plastikust või valmistootena plastikust“ Finger Splints Oval 8“ või metallist.
Staatiline ortoos„ Michon“ tüüpi ortoos	DIP liiges	DIP liigeste korrigeeri-miseks „Maillet finger“ korrigeeri-miseks.	Ortoosi kanda nii öösel kui päeval 8 nädala jooksul	Valmistatakse individuaalselt termo-plastikust ja olemas valmistootena „Distal Stax“.
Funktsiooni toetav ortoos	Ortoos võib olla määratud eraldi randme, pöidla ja sõrmede liigestele.	Oodatav toime haigestunud liigese liikuvus piirangu vähendamine ja puudulikku funktsiooni täiendamine. Ortoos vähendab valu liigestes ja käeliste tegevustega hakkama saamine paraneb.	Soovitav kanda päevasel ajal, igapäevaelu tegevustega tegelemisel.	Valmistatakse individuaalselt termo-plastikust ja olemas valmistootena
Staatiline rannet stabiliseeriv ortoos.	Ortoos katab randme ja kämbla dorso-palmaar osa ja kinnitus/ava asub	Rannet toetav stabiliseeriv funktsioon, aitab kaasa sõrmede liikumisele	Kandmine päevasel ajal, käelistes tegevustes.	Erinevad tootjad ja erinevad materjalid, eelistada elastseid, kuid

	küünarvarre dorsaal poolel radiuse ja ulna vahelisel alal. Sõrmed jäävad vabaks alates MCP liigestest, pöial on vaba alates TM.	käelistes tegevustes.		toetavaks funktsiooniks piisavalt jäikasid materjale. Valmistatakse individuaalselt termo-plastikust.
Staatiline pöidla „ lühike ortoos“.	I MCP ja I CMC liiges	Ortoos stabiliseerib pöidla-randme-kämbla liigest, laseb I sõrme IP liigesel ja II – V sõrmedel vabalt liikuda.	Kandmine soovitav päeval, käeliste tegevuste teostamisel.	Valmistatakse individuaalselt, on olemas seeria tootena RhizoFlex® Metagrip.
Staatiline „pikk pöidlaortoos“.	Ortoos katab randme ja kämbla, I sõrme IP liiges ja II-V sõrmed on vabad.	Stabiliseerib randme ja pöidla liigesed.	Ortoos on käe funktsiooni toetav, kuid võib olla ka öösel puhkeortoosina.	Saadaval valmis tootena ja individuaalselt valmistamisel termo-plastikust.
Staatiline (MCP) kämbla-faalanksi liigeseid stabiliseeriv ortoos „Malick tüüpi“.	MCP dorso palmaarne nö võru koos sõrmede vahel eraldi asetsevate osadega,mis aitavad korrigeerida sõrmede asendit.	Oodatav eesmärk on II - V sõrmede ulnaarse deviatsiooni piiramine.	Soovitav ortoosi regulaarne kandmine, kuna sõrmede painutamine/siruta-mine MCP liigestest on toetatud sobib käeliste tegevuste teostamiseks.	Valmistoode Velcro materjalist või individuaalne termo-plastikust.
„Arthritis gloves Isotoner“ Terapeutilised, komressioon-teraapia meetodil põhinevad, kindad (Hammond *et al*. 2021)		Oodatav toime valuvaigistav ja turseid alandav.	Kindaid võib kanda mõlemas või ainult ühes käes vastavalt vajadusele igapäevaelu tegevuste teostamisel ja öösel valu ning tursete leevendamiseks (Järgida 8 tunni reeglit).	Valmistatakse käemõõtudele vastavalt venivast kangast , saadaval valmistootena. Oluline on õige mõõtude võtmine.

LISA 4. TEREKK sihtrühma küsimustik

Hea küsitluses osaleja!

Antud küsimustik on üks osa põletikulise liigeshaige rehabilitatsioonijuhise koostamise projektist ja mõeldud vastamiseks põletikulise liigeshaigusega inimestele. Juhise koostamisel soovime kaardistada põletikulisest liigeshaigest abivajaja probleemid ning saada tagasisidet senisele rehabilitatsiooniteenusele.

Küsimustikus on küsitud nii Teie tervise kui igapäevategevuste ja toetavate teenuste kohta. Küsimustik järgib puuetega inimeste õigusi austavat WHO Rahvusvahelist funktsioneerimisvõime klassifikatsiooni, mille kohaselt on funktsioneerimisvõime „isiku terviseseisundi, keskkonnategurite ja personaalsete tegurite vaheline dünaamiline vastastikune mõju".

Teie vastused on väga olulised põletikulise liigeshaigusega inimestele tõendus- ja vajaduspõhise rehabilitatsiooniteenuse pakkumist toetava rehabilitatsioonijuhise koostamisel.

Küsimustikule vastamine on vabatahtlik ja vastused on anonüümsed. Küsimustikule vastamine võtab aega ligikaudu 30 minutit.

Juhise koostamist rahastatakse Euroopa Sotsiaalfondi programmi meetme „Tööturul osalemist toetavad hoolekandeteenused" alategevuse 1.3 „Rehabilitatsioonialaste hindamis- ja sekkumismetoodikate arendamine ja koolituste pakkumine" raames (2014-2020.2.02.001.01.15-0002).

Projekti sihtrühma kontaktisik on Silvia Pütsep.
Lisaküsimuste korral kirjutage silviapytsep@gmail.com
--

1. Kas olete saanud Sotsiaalkindlustusameti (SKA) rehabilitatsiooniteenust?
Jah
Ei
2. Kas olete saanud Eesti Töötukassa rehabilitatsiooniteenust?
Jah
Ei

3. Kas olete saanud Eesti Haigekassa taastusravi tervisekeskuses/ polikliinikus?
Jah
Ei
4. Kas olete saanud Eesti Haigekassa taastusravi haiglas?
Jah
Ei
5. Kas Teil on määratud
- *osaline töövõime kaotus*
- *täielik töövõime kaotus*
- *sügav puue*
- *raske puue*
- *keskmine puue*

6. Mis maakonnas Te elate?
- *Harjumaa*
- *Hiiumaa*
- *Ida-Virumaa*
- *Jõgevamaa*
- *Järvamaa*
- *Läänemaa*
- *Lääne-Virumaa*
- *Põlvamaa*
- *Pärnumaa*
- *Raplamaa*
- *Saaremaa*
- *Tartumaa*
- *Valgamaa*
- *Viljandimaa*
- *Võrumaa*

7. Mis on Teie sugu?
Naine
Mees
Muu

8. Mis on Teie vanus?
18-39
40-64
65-79
80 ja enam

9. Teie haridustase
Algharidus
Põhiharidus
Keskharidus
Keskeriharidus
Kõrgharidus

10. Mis on Teie kodune keel?
eesti
vene
inglise
muu (palun täpsustage)_____

11. Kui kaua olete põdenud liigeshaigust?

kuni 3 a
4 - 10 a
üle 10 a

12. Kas Te töötate?
Jah
Ei
**Kui vastaja vastas jah, siis liigub edasi vastamiseks küsimusele 13*
**Kui vastaja vastas ei, siis liigub edasi vastamiseks küsimusele 14*

13. Millises töövaldkonnas töötate?
Vaimne töö
Füüsiline töö
Muu

14. Palun märkige enda kohta sobivad vastusevariandid
töötan täistööajaga
töötan osaajaga
olen vanaduspensionil
õpin
ei soovi osaleda tööturul
ei saa tervise tõttu osaleda tööturul
Muu (palun täpsustage):_____

--

Edasine küsimustik puudutab ainult rehabilitatsiooniteenust!

15. Kust olete saanud infot endale sobiva rehabilitatsiooniteenuse leidmiseks? Saate valida mitu vastusevarianti.
Tuttava käest
Perearstilt
Taastusarstilt
Reumatoloogilt
Töötukassa nõustajalt
Sotsiaaltöötajalt
Muu (palun täpsustage)_____

16. Kas olete saanud valida endale sobiva rehabilitatsiooniteenuse?
Jah
Ei

17. Kuidas esitatud väited iseloomustavad Teie terviseseisundit? Palun andke vastus kõikide esitatud valikute kohta

Probleemid	***Ei ole probleem***	***Kerge probleem***	***Mõõdukas probleem***	***Raske probleem***	***Täielik probleem***	***Ei oska öelda***
Minu energiatase on madal, mul on raske end motiveerida tegutsema						
Minu uni on halb						
Liigesvalu on häirinud minu tegevusi viimase						

nädala jooksul						
Minu koormustaluvus / üldine füüsiline vastupidavus on madal, väsin kiiresti						
Minu liigesed on jäigad/kanged						
Ma kardan oma valutavaid liigeseid liigutada						
Minu liigesed ei ole stabiilsed ja vajavad tuge (näit ortoose)						
Minu tasakaal on halb						
Minu lihaste jõud on vähenenud (näit käe pigistusjõud)						
Minu lihased väsivad kiiresti						
Minu kõnnak on ebakindel ja aeglane						
Minu lihased on jäigad ja valulikud						
Mul on halb söögiisu ja esineb märgatav kaalulangus						

Muu probleem (palun täpsustage): _____

18. Kuidas esitatud väited iseloomustavad Teie terviseseisundit? Palun andke vastus kõikide esitatud valikute kohta

Tegutsemispiirangud	***Ei ole probleem***	***Kerge probleem***	***Mõõdukas probleem***	***Raske probleem***	***Täielik probleem***	***Ei oska öelda***
Ma ei saa oma haiguse tõttu (hommikune valu, ägenemisperioodid) planeerida oma päevaseid tegevusi sarnaselt teiste inimestega						
Stressi ja psüühiliste						

pingetega toimetulek						
Istumast püsti tõusmine						
Püsti seismine						
Poekoti tõstmine ja kandmine						
Kohvitassi tõstmine						
Pudelikorgi lahtikeeramine						
Kartulite koorimine						
Kodu koristamine						
Toast kööki liikumine						
Tänaval ühe bussipeatuse vahemaa käimine						
Treppidel liikumine						
Ka kepiga/ küünarkarguga/ rulaatoriga liikumine						
Riietumine, sh jalatsite jalga panek						
Huvitegevustega (aiandus, käsitöö jm) tegelemine						
Tööülesannetega toimetulek						

*Muu tegutsemispiirang (palun täpsustage):*_____

19. Kuivõrd olete oma kogemusele tuginedes nõus/ ei ole nõus alltoodud väidetega? Palun andke vastus kõikide esitatud valikute kohta.

Väited	***Olen nõus***	***Pigem nõus***	***Aegajalt esineb probleeme***	***Pigem ei ole nõus***	***Ei ole nõus***	***Ei oska öelda***
Saan vajadusel osta soodustusega õla- ja käe eri osadele mõeldud ortoose						

Saan vajadusel osta soodustusega abivahendeid enesehoolduseks ja majapidamistöödeks						
Saan vajadusel osta soodustusega puusa, põlve ja jalgadele mõeldud ortoose						
Saan vajadusel osta soodustusega keppe, karke jt liikumisabivahendeid						
Ühiskondlike hoonete ligipääsetavus liikumispuudega inimesele on mulle piisav						
Minu kodu sissepääs ja kodu on mulle hea ligipääsuga						
Mul ei ole probleeme saada kontakti arstiga (sh. pikendada retsepte, saada vajadusel saatekirju)						
Saan vajadusel kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötaja nõustamist						
Saan vajadusel konsultatsioone ja toetust töökeskkonna kohandamiseks						
Saan vajadusel konsultatsioone ja toetust kodu (näit vannitoa)						

kohandamiseks.						
Saan vajadusel taastusravi kodule lähimas tervisekeskuses						
Saan vajadusel taastusravi kompleksravi kuurina haiglas						
Saan vajadusel rehabilitatsiooniteen useid						
Saan vajadusel Töötukassa teenuseid						
Saan soovi korral osaleda oma koduläheda spordiklubi /sotsiaalkeskuse treeningutel						
Saan vajadusel osta soodustusega õlale ja käe eri osadele mõeldud abivahendeid						
Saan vajadusel osta soodustusega puusa, põlve ja jalgadele mõeldud abivahendeid						

Muu (palun täpsustage) _____

20. Mis oleks Teie isiklik eesmärk rehabilitatsiooniprogrammis osalemisel? Saate valida mitu vastusevarianti.

Parem toimetulek igapäevaelus
Parem toimetulek tööelus
Hobidega tegelemine on hõlpsam
Muu (palun täpsustage): _____

21. Milliseid spetsialiste vajaksite oma eesmärkide (vt eelnev küsimus) saavutamiseks rehabilitatsiooniteenusel? Saate valida mitu vastusevarianti.

Taastusarst
*Muu arst (palun täpsustage):*_____
Füsioterapeut
Tegevusterapeut

Psühholoog
Sotsiaaltöötaja
Kogemusnõustaja
Loovterapeut
Toitumisterapeut
Muu (palun täpsustage): _____

22. Milliseid teenuseid olete rehabilitatsiooniteenusel eelistanud?
individuaalseid
grupiteenuseid
palun põhjendage miks_____

23. Märkige palun enda jaoks ideaalse rehabilitatsiooniprogrammi kestus. Saate valida ühe vastuse:
1 nädal
3 kuud
6 kuud
12 kuud

24. Märkige palun enda jaoks ideaalse rehabilitatsiooniprogrammi intensiivsus. Saate valida ühe vastuse:
iga päev
2-3 x nädalas
1 x nädalas
1 x kuus

25. Märkige palun enda jaoks ideaalse rehabilitatsiooniprogrammi tundide kogumaht aastas. Saate valida ühe vastuse:
10- 15 tundi
16-30 tundi
31-50 tundi
rohkem kui 50 tundi

26. Kas eelistate rehabilitatsiooniteenusel? Saate valida ühe vastuse:
Majutusega kompleksteenust
Protseduure ilma majutuseta
Kompleksset päevaprogrammi ilma ööbimiseta

27. *Millist rehabilitatsiooniprogrammi läbiviimise asukohta Te eelistate? Saate valida ühe vastuse:*
Rehabilitatsiooniteenuse osutaja haigla juures
Rehabilitatsiooniteenuse osutaja erakeskuses
Rehabilitatsiooniteenuse osutaja ravispaas
Kodus
Töökohal
Haridusasutuses
Muu keskkond (palun täpsustage):_____

28. Kellega peaks rehabilitatsiooniasutus tegema koostööd? Saate valida mitu vastusevarianti:
Perekond
Lastel kooli, lasteaia õpetajad, tugipersonal
Tööandja
Kohalik omavalitsus
Tugiisik
Muu (palun täpsustage):_____

29. Kas Teile on vajalik? Saate valida mitu vastusevarianti:
Tööalane rehabilitatsioon

Sotsiaalne rehabilitatsioon igapäevaeluga toimetulekuks

30. Kas Teie jaoks on oluline, et rehabilitatsiooniasutus on kodule lähedal?

Jah
Ei

31. Kas Teie puhul on spetsialistid hinnanud/ küsitlenud Teie tegevusvõimet (näiteks toimetulek igapäevategevustega, liikumine väljaspool kodu jm) programmi sisenemisel ja selle lõppemisel?

Jah
Ei

32. Milliseid teenuseid olete oma rehabilitatsiooni käigus saanud? Saate valida mitu vastusevarianti.

rehabilitatsiooniplaani ja tegevuskava koostamine
füsioteraapia
tegevusteraapia ja -nõustamine
loovteraapia
kogemusnõustamine
psühholoogiline nõustamine
õe nõustamine
toitumisnõustamine
sotsiaalnõustamine (sh kliendi lähivõrgustiku nõustamine)
arsti (sh psühhiaatri) nõustamine
Muu (palun täpsustage): _____

33. Milliseid teenuseid oleksite soovinud saada? Saate valida mitu vastusevarianti.

rehabilitatsiooniplaani ja tegevuskava koostamine
füsioteraapia
tegevusteraapia ja -nõustamine
loovteraapia
kogemusnõustamine
psühholoogiline nõustamine
õe nõustamine
toitumisnõustamine
sotsiaalnõustamine (sh kliendi lähivõrgustiku nõustamine)
arsti (sh psühhiaatri) nõustamine
Muu (palun täpsustage):_____

34. Kas olete pidanud oma rehabilitatsiooniteenuseid ise rahastama?

Jah
Ei
Muu (palun täpsustage): _____

35. Kas Teie tagasisidet on küsitud peale rehabilitatsiooniteenuse saamist? Saate valida mitu vastusevarianti:

Ei ole küsitud
Jah, on küsitud kohe peale rehabilitatsiooniteenuse saamist
Jah, on küsitud 1 aasta pärast peale rehabilitatsiooniteenuse saamist

36. Hinda 5-palli skaalal enda jaoks rehabilitatsiooniteenuse komponentide olulisust: 1=väheoluline; 5= väga oluline

Sõbralikkus
Professionaalsus
Kiired vastused sinu küsimustele
Asutuse asukoht ja parkimisvõimalused
Teenuste paindlik ajagraafik
Lühike ooteaeg teenustele
Asutuse puhtus ja kord

Teenuse privaatsus
Piisavalt pikad teraapiaajad
Registratuuri hea töö
Arusaadav rahastusmudel
Minu soovidega arvestamine
Perekonna kaasamine
Spetsialistide selgitused on mulle arusaadavas keeles
Minu isiklikud andmed on hästi hoitud
Rehabilitatsioonimeeskonna üldine toetus minu isiklike rehabilitatsioonieesmärkide saavutamisel

Vabas vormis vastustega küsimused:

37. *Mis on Teie isiklik parim tulemus, mida olete rehabilitatsiooni käigus saavutanud?* __

38. *Millist Eesti rehabilitatsiooniasutust soovitaksite ka teistele?* _____
39. *Mis teeb Teie arvates rehabilitatsiooniteenuse Teie jaoks edukaks?* _____
40. *Mis on Teie jaoks rehabilitatsiooniteenuse puudused, mida olete kogenud?*_____

41. *Teie mõtted, milline oleks parim rehabilitatsioon Teie terviseseisundi jaoks:* _____

Aitäh vastamast!

--

LISA 5. Rehabilitatsioonijuhise lühiversioon

Rehabilitatsioonijuhis on koostatud Sotsiaalkindlustusameti tellimusel. Tegemist on sotsiaalse rehabilitatsiooniteenuse juhisega. Rehabilitatsioonimeeskonnale vajalik terviseseisundi meditsiiniline taustainfo on toodud sissejuhatuses ning tervishoiuteenuste ülevaatlik info on juhise lisas valu nõustamise all. Juhise koostamist rahastatakse Euroopa Sotsiaalfondi programmi meetme „Tööturul osalemist toetavad hoolekandeteenused" alategevuse 1.3 „Rehabilitatsioonialaste hindamis- ja sekkumismetoodikate arendamine ja koolituste pakkumine" raames (2014-2020.2.02.001.01.15-0002). Juhis on koostatud ekspertide poolt Tallinna Ülikooli Haapsalu kolledži Tervisedenduse ja Rehabilitatsiooni Kompetentsikeskuse (TERE KK) eestvedamisel. Juhise loomisse on kaasatud multidistsiplinaarne meeskond spetsialiste sealhulgas huvigrupi esindaja Reumaliidust.

Rehabilitatsioonijuhise koostajad: Varje-Riin Tuulik (taastusarst), Eve Sooba (taastusarst), Riina Kallaste (taastusarst, sotsiaalteaduste magister), Hillar Reissaar (füsioterapeut), Julia Nesterova (füsioterapeut), Tatjana Charmillot Varik (tegevusterapeut, käe terapeut), Katrin Klementsov (tegevusterapeut), Liina Vahter (kliiniline psühholoog, neuro-psühholoog), Silvia Pütsep (kogemusnõustaja/psühholoog), Eva Makienko (projektijuht).

Sihtgrupp: PP diagnoosiga täiskasvanud inimene, kelle terviseseisund on stabiilne (haigus on remissioonis), kes soovib oma liigesfunktsioone taastada või säilitada, kellel on eesmärgiks parendada toimetulekut igapäevaelus või tööelus, kas vajab komplekset multidistsiplinaarset REH-i, kes suudab ilma pideva kõrvalabita piisavalt iseseisvalt tegutseda, et teenusepakkuja ruumides ringi liikuda ja REH-s osaleda.

Probleemid järgmistes RFK valdkondades: valuaisting (b280), vaimne energia (b130), emotsioonid (b152), koormustaluvus (b455), liigeste liikuvus (b710), lihasjõud (b730), lihaste vastupidavus (b770), tasakaal (b235), kehakaalu säilitamine (b530), igapäevategevuste sooritamine (d230), käte peenmotoorika (d440), käte ja käsivarte kasutamine (d445), liikumine, kõndimine (d450), teiste hoiakud (e499), õppimine ja hariduse omandamine (d839) või töölkäimine ja tööhõives osalemine (d859).

Tegevused: REH teenus koosneb moodulitest, mis toetavad teineteist kogu protsessi vältel: motivatsiooni moodul, liikumise ja toitumise moodul, energiasäästmise ja liigeskaitse moodul, vaimu ja keha tervise moodul, elukoha-põhiste teenuste moodul.

Meeskond: vähemalt seitse riiklikult tunnustatud erialase haridusega spetsialisti: arst, füsioterapeut, psühholoog, sotsiaaltöötaja, kogemusnõustaja, loovterapeut ja tegevusterapeut.

Teenuse kestus ja korraldus: mooduleid võib kasutada komplekse viiepäevase programmina või eraldi moodulitena. Tundide kogumaht sõltub teenuse saaja vajadusest ja varieerub just individuaaltundide osas.

Keskkond: rehabilitatsiooniasutus (nt grupitööd või kohtumine spetsialistiga) või teenuse saaja kodu, näit teleteenuse puhul, kodukohanduse vajadusel.

Oodatav tulemus: teenuse saaja toimetulek igapäevaelus ja elukvaliteet paranevad.

Muu oluline info: REH-i ajal peab spetsialistidel olema võimalik teenuse saajaga suhelda individuaalselt selleks ettenähtud ruumis. On vajalik tagada ligipääs ka liikumispuudega teenuse saajatele. Grupiteenuste läbiviimiseks on vajalik ruum, mis mahutab vähemalt 10 inimest.

Teenuse saaja ei vaja üldjuhul erivahendid. Osalemine nõuab teensue saajalt eelkõige piisavat füüsilise/ vaimse funktsioneerimise võimekust.

REH asutustes on vajalikud funktsionaalse hindamise võimekus sealhulgas hindamisvahendid.

Soovitatav on moodustada võimalikult homogeenne rühm, mis toimiks tugisüsteemina ning motiveeriks inimest osalema tugirühmas ja sooritama koduseid harjutusi.