



Kliiniline küsimus nr 1: Kas kõik mõõduka või raske funktsioonihäirega insuldijärgsed patsiendid vajavad statsionaarset taastusravi spetsialiseeritud osakonnas parema ravitulemuse saavutamiseks 14 päeva vs 28 päeva vs pikemaajalist taastusravi?

Tõenduse kvaliteedi hindamine							Mõju	Tõendatuse aste	Olulisus
Uuringute arv	Uuringukavand	Nihke tõenäosus	Mittekooskõllalisus	Kaudsus	Ebatäpsus	Muud kaalutused			

Taastusravi kestus (hinnatud millega: päevad)

1 ¹	jälgimisuuringud	väike	väike	suur ^a	väike	puudub	<p>Uuringu eesmärk oli luua Kanadas insuldi raskusastmest juhitud taastusravi pikkuse planeerimise süsteem. Pilooprojekti mõju hinnati aasta pärast keskmise taastusravi kestuse, FIM paranemise ja pt-i väljakirjutamise koha osas. Insuldiga patsientide jagamiseks erinevatesse taastusravi kestuse gruppidesse kasutati eelnevalt välja töötatud RPG (Rehabilitation Patient Group) meetodikat, mis põhines erineva raskusastmega patsientide erinevale taastusravi maksumusele. Patsiendid jaotusid seitsmesse gruppi sõltuvalt vastuvõtu motoorsest ja kognitiivsest FIM-skoorist ja vanusest (grupp 1160 - motoome FIM 69-84, kognitiivne FIM 30-35; 1150 - mFIM 51-68, cFIM 30-35; 1140 - mFIM>50, cFIM 26-29; 1130 - mFIM >50, cFIM 5-25; 1120 - mFIM 39-50; 1110 - mFIM 12-38, vanus >69; 1100 - mFIM 12-38, vanus <68). Varasema perioodi patsientidel hinnati retrospektiivselt keskmist FIM paranemist, FIM efektiivsust ja taastusravi kestust olenevalt RPG grupist. Pilooprojekti sihtmärk pikkused määrati iga RPG grupi jaoks eesmärgiga saavutada FIM tõhusus 1.0 ilma keskmise FIM-i paranemise vähenemiseta. Kõik sihtmärk pikkused kujundati lühemad, kui varasema perioodi taastusravi kestused. Kui eesmärk tuli ebarealistlikult lühikene, siis kasutati FIM tõhusust 0.75 uueks kalkulatsiooniks. Taastusravi ettenähtud pikkus oli igale patsiendile olenevalt grupist orientiiriks, vajadusel võidi pt-del ravi kestust pikendada. 1 aasta pärast eesmärk-pikkused optimeeriti olenevalt reaalistest taastusravi kestuse aegadest igas grupis. Uued eemärkväärtused püstitati arvestusega, et grupis oleks 40% patsientidest võimelised seda saavutama, jättes sedasi ruumi paranemiseks tulevikus. Korregeeritud taastusravi eesmärkestused grupiti olid järgnevad: 1100 - 48 päeva, 1110 - 37p, 1120 - 30p, 1130-24p, 1140-20p, 1150-20p, 1160-13p. 1 aasta pärast uue taastusravi algoritmi rakendamist vähenes keskmine taastusravi kestus 5.9 päeva võrra (41.2 vs 35.3 päeva; p < 0.05), ilma olulise FIM paranemise vähenemiseta või koju suunatud patsientide arvu muutuseta. Neljas grupis oli taastusravi kestus statistiliselt oluliselt lühem (p < 0.05). (n=643)</p>		KRIITILINE
----------------	------------------	-------	-------	-------------------	-------	--------	---	---	------------

Taastusravi kestus (hinnatud millega: päevad)

1 ²	jälgimisuuringud	väike	väike	väga suur ^b	väike	puudub	<p>Uuringu eesmärk oli hinnata, kui hästi AN-SNAP (Australian National Subacute and Nonacute Patient Case-Mix) grupid ennustavad insuldiga pt-de taastusravi kestust. An-SNAP-i alusel jaotati patsiendid retrospektiivselt 5 gruppi olenevalt motoorsest ja kognitiivsest FIM-ist ja vanusest (204: mFIM 63-91, cFIM 20-35; 205: mFIM 63-91; cFIM 5-19; 206: mFIM 47-62; 207 - mFIM 13-46; vanus>75; 208: mFIM 13 - 46; vanus<74). 5 muutujat ennustasid 41% taastusravi pikkuse variatsioonist - AN-SNAP grupp 21%, haigestumiseelne elamiskorraldus, akuutravi pikkus, insuldi tüüp ja kaasuvad haigused kõik ennustasid 4% varieeruvusest. AN-SNAP gruppide keskmised taastusravi kestused olid: grupp 204 - 20.1 päeva (17.4-23.2), 205 - 30.4p (21.6-42.6), 206 - 40.4p (33.5-48.8), 207 - 56.4 (45.4-70.0), 208 - 63.5 (50.9-79.0). Taastusravi pikemat kestust ennustas madalam mFIM skoor, eelnev üksi elamine, pikem akuutravi periood, kaasuvate haiguste esinemine. (n=406)</p>		KRIITILINE
----------------	------------------	-------	-------	------------------------	-------	--------	---	---	------------

Taastusravi tõhususe ja mõjususe tasakaalupunkt ("trade-off")

1 ³	jälgimisuuringud	väike	väike	väga suur ^b	väike	puudub	Uuringu eesmärk oli tuvastada insuldiga patsientide taastusravi tõhususe ja mõjususe tasakaalupunkt kahe Singapuri taastusravi haigla näitel. Patsiendi funktsionaalset seisundit hinnati Shah-modifitseeritud Bartheli indeksiga (BI). Taastusravi mõjususe protsent potentsiaalsest paranemisest, mis taastusraviga saavutatakse ((lõpp BI – algne BI)/(maksimaalne BI(i.e. 100)-algne BI)x100%). Taastusravi tõhusus on funktsionaalse paranemise määr taastusravi perioodi vältel (lõpp BI-algne BI)/hindamiste vahe päevades x100%). Log taastusravi pikkuse tõus 1 võrra (=taastusravi kestvus 2.7 päeva) ennustas mõjususe (effectiveness) tõusu 8% (95% CI 5.7-10.3), kuid log tõhususe (efficiency) vähenemist 0.82% võrra (95% CI 0.9-0.74; võrdne tõhususe vähenemisega 2.3 võrra 30 päeva jooksul). Taastusravi tõhusus ja mõjususe olid optimaalsed pt-del, kellel hospitaliseerimisel BI oli 30-62 ja taastusravi kestus 37-41 päeva. (n=2810)	⊕○○○ VÄGA MADAL	KRIITILINE
----------------	------------------	-------	-------	------------------------	-------	--------	--	--------------------	------------

Funktsionaalne paranemine (järelkontroll: keskmine 20.2; hinnatud millega: ADL, motoorne ja kognitiivne FIM, kogu FIM)

1 ⁴	jälgimisuuringud	suur ^c	väike	suur ^d	väike	puudub	Retrospektiivne kohortuuring, mis uuris funktsionaalse paranemise seost saadud taastusravi intensiivsusega. Mitmesel lineaarsel regressioanalüüsil ilmnas, et pikem taastusravi periood päevades oli oluliselt seotud kogu FIM paranemisega haiglast lahkudes (0.41, SE 0.10, p<0.001). (n=360)	⊕○○○ VÄGA MADAL	KRIITILINE
----------------	------------------	-------------------	-------	-------------------	-------	--------	---	--------------------	------------

Funktsionaalne paranemine (järelkontroll: vahemik 2 nädalat kuni 6 nädalat; hinnatud millega: Erinevad testid (6 min kõndimistest, "timed up and go", Berg, Bartheli indeks))

11 ⁵	randomiseeritud uuringud	suur ^e	suur ^f	väga suur ^g	suur ^h	puudub	Meta-analüüsi eesmärk oli hinnata tegevusele orienteeritud taastusravi ("task-oriented training") efekti. Enamikes uuringutes hinnati erinevate eksperimentaalsete meetodite efekti võrreldes tavateraapia/uuu teraapia või mitte mingi teraapiaga. 11-st uuringust ühes (n=30) oli taastusravi pikkus 2-nädalat, ühes 3 nädalat (n=10) ja ülejäänud uuringutes 4-6 nädalat. 2-nädalane treeningprogramm saavutas kõige suurema efekti suuruse (2.41 95% CI 1.47-3.36). 4- ja 6-nädalane teraapia põhjustasid samuti olulise mõõduka kuni kõrge efekti suuruse (vastavalt 1.571; 95% CI 0.84-2.30 ja 0.612, 95% CI 0.21-1.01). (n=469)	⊕○○○ VÄGA MADAL	KRIITILINE
-----------------	--------------------------	-------------------	-------------------	------------------------	-------------------	--------	--	--------------------	------------

CI: usaldusintervall

Selgitused

- Interventsioon ei olnud lühike vs. pikem taastusravi, tulemus ei olnud meile oluline tulemusnäitaja.
- Ei olnud võrdlust pikema ja lühema taastusravi perioodi suhtes, tulemus ei olnud meile oluline tulemusnäitaja.
- Ei ole teada, mille alusel terapeudid otsustasid, kellele mis ulatuses teraapiat pakuvad (parema prognoosiga patsientidele enam? halvema prognoosiga patsiendid lahkusid taastusravilt varem?)
- Ei olnud võrdlust pikema ja lühema taastusravi osas.
- Uuringud mõõduka kvaliteediga
- Esineb oluline uuringutulemuste heterogeensus.
- Kõik insuldiga patsiendid, enamasti oli tegemist ambulatoorse taastusraviga, kaasatud ka patsiente, kellel insuldi põdemisest aastaid möödas, osades uuringutes võrdlusgrupp ei saanud üldse teraapiat.
- Osades uuringutes vähe patsiente. Taastusravi pikkuse analüüsis 2-nädalase taastusravi grupis vaid 30 patsienti.

Viited

1. Meyer M, Britt E, Mchale HA, Teasell R. Length of stay benchmarks for inpatient rehabilitation after stroke. *Disability & Rehabilitation*; 2012.
2. Tooth L, McKenna K, Goh K, Varghese P. Length of Stay, Discharge Destination, and Functional Improvement Utility of the Australian National Subacute and Nonacute Patient Casemix Classification. *Stroke*; 2005.
3. Choon-Huat Koh G, Chen C, Cheong A, Choo TB, Pui CK, Phoon FN, Ming CK, Yeow TB, Petrella R, Thind A, Koh D, Seng CK. Trade-offs between effectiveness and efficiency in stroke rehabilitation. *International Journal of Stroke*; 2012.
4. Wang H, Camicia M, Terdiman J, Mannava MK, Sidney S, Sandel ME. Daily Treatment Time and Functional Gains of Stroke Patients During Inpatient Rehabilitation. *PM&R*; 2013.
5. Jeon B-J, Kim W-H, Park E-Y. Effect of task-oriented training for people with stroke: a meta-analysis focused on repetitive or circuit training. *Topics in Stroke Rehabilitation*; 2015.