

Kas insuldijärgsetel patsientidel peaks ambulatoorset vahehindamist tegema taastusarst intervalliga 3 kuud vs 6 kuud vs 12 kuud vs 18 kuud

Ravijuhendites on käsitletud patsiendi hindamist, kuid see puudutab eelkõige seisundi hindamist haiglasse saabumisel ning haiglast väljakirjutamisel. Ambulatoorse vahehindamise kohta oli sõnastatud konkreetne soovitus vaid ühes ravijuhendis (Royal College of Physicians 2016). Ambulatoorse taasturavi korral (tegevusterapeut, kõneterapeut, füsioterapeut) peab rehabilitatsiooniplaan olema koostatud taastusarsti poolt ning plaan tuleb üle hinnata iga 30 päeva järel, kuid konkreetse soovitusena seda sõnastatud ei ole (Winstein et al. 2016).

Ambulatoorse hindamise kohta on ravijuhendites sõnastatud järgmised soovitused:

- Insuldipatsientidele tuleb pakkuda struktureeritud tervise ja sotsiaalhoolduse hindamist 6 kuu ja 1 aasta järel pärast insulti ning seejärel iga-aastaselt. Hindamine peab välja selgitama, kas edasised sekkumised on vajalikud ja inimene tuleb suunata edasisele hindamisele spetsialisti poolt kui esineb uusi probleeme või inimese füüsiline või psüühiline seisund või sotsiaalne keskkond on muutunud (Royal College of Physicians 2016).
- On otstarbekas hinnata insuldipatsientide ADL ja IADL staatust, funktsionaalset liikuvust ja suhtlemisvõimekust 30 päeva jooksul pärast haiglast lahkumist, kui neile on määratud seisundi jälgimine (IIa klass, tõenduse tase B) (Winstein et al. 2016).
- Soovituslik on patsiendi jälgimine kindlustamaks, et patsient ja tema lähedased saavad neile vajalikke teenuseid (klass I, tõenduse tase C) (Winstein et al. 2016).
- Mobiilsuse ja aktiivsuse puudujääkide hindamisel on otstarbekas perioodiline hindamine sama hindamisinstrumendiga, et dokumenteerida seisundi progresseerumist rehabilitatsiooniteenusel (klass IIb, tõenduse tase C) (Winstein et al. 2016).

Kirjanduse otsinguga ei leitud ühtegi süstemaatilist ülevaadet, meta-analüüsi ega randomiseeritud kontrollitud katset, mis käsitleks taastusarsti vahehindamisi insuldipatsiendil. Leiti üks allikas, mis käsitleb insuldipatsientide jälgimist perearsti poolt ning vastavust kehtiva ravijuhendiga (Santos et al. 2018), tervishoiuteenuste tarbimist insuldi järgselt 6 kuu (Tuppin et al. 2016) ja ühe aasta jooksul (Tyagi et al. 2018), insuldipatsientide funktsionaalset paranemist 6 kuu (Lee et al. 2015) ja ühe aasta jooksul pärast insulti (Grabowska-Fudala et al. 2017) ning insuldijärgset kurnatust aasta jooksul pärast insulti (Douven et al. 2017)

Prantsusmaal kehtiva ravijuhendi alusel peab patsient külastama perearsti insuldijärgselt haiglast väljakirjutamisel ning seejärel iga 3 kuu järel. Ühtlasi on soovituslik külastada neuroloogi 6 kuu jooksul pärast haiglast väljakirjutamist. Perearst suunab vajadusel patsiendi eriarsti vastuvõttu, lähtudes patsiendil esinevates terviseprobleemidest. (Santos et al. 2018)

Tervishoiuteenuste tarbimine on seotud patsiendi taastumisega insuldist. Kõige märgatavam taastumine toimub 4 nädala jooksul, mis järel taastumine aeglustub (Lee et al. 2015). Kognitiivne ja sensoorne võimekus, kehatüve kontroll ning käe ja jala liikuvus paraneb suures jaos 3 esimese kuu jooksul ADL ja kõnd paranevad järjepidevalt 6 kuu jooksul (Lee et al. 2015; Grabowska-Fudala et al. 2017). Patsientidel, kellel esineb 3 esimese kuu jooksul pärast insulti paranemisel stagnatsioon, tuleb pakkuda intensiivset ravi mootorika ja sensoorsete funktsioonide paranemiseks (Lee et al. 2015). Funktsionaalne paranemine võib jätkuda patsientidel, kellel neuroloogiline paranemine on pidurdunud (Grabowska-Fudala et al. 2017).

Prantsusmaal läbi viidud uuringu tulemusel keskenduvad perearstid insuldipatsiendi jälgimisel eelkõige füüsilisele ja liikumisele seotud puudele ning kardiovaskulaarsele ennetustegevusele (üle

80% insuldipatsientidest suunati kardioloogi vastuvõtule), kuid tähelepanuta jäävad nõ silmale nähtamatud puudujäägid ehk emotsionaalsed ja kognitiivsed probleemid. Ehkki ligi pooltel uuringus osalenutel esines insuldijärgset ärevust ja depressiooni, suunas perearst vaid 6,3% patsientidest psühhiaatri vastuvõtule (Santos et al. 2018). Oluline on ka insuldijärgse depressiooni ja insuldijärgse kurnatuse varane märkamine ja ravi, kuna insuldijärgne kurnatus võib mõjutada igapäevast toimetulekut ja rehabilitatsiooniprotsessis osalemist, mis omakorda viib suurema abivajaduse ja kehvema elukvaliteedini (Douven et al. 2017).

Singapuris läbiviidud uuringust nähtub, et nii esmatasandi arstiabi kui eriarstiabivisiitide arvud vähenevad ajas ning kõige suurem on tervishoiuteenuste tarbimine kolme kuu jooksul pärast insulti (Tyagi et al. 2018). Ligi veerand insuldipatsientidest rehospitaliseeritakse kolme kuu jooksul pärast insulti (Tuppin et al. 2016).

Allikate loetelu

Douven, E. et al., 2017. Temporal Associations between Fatigue, Depression, and Apathy after Stroke: Results of the Cognition and Affect after Stroke, a Prospective Evaluation of Risks Study. *Cerebrovascular Diseases*, 44(5–6), pp.330–337.

Grabowska-Fudala, B. et al., 2017. Clinical recovery and health-related quality of life in ischaemic stroke survivors receiving thrombolytic treatment: a 1-year follow-up study. *Journal of Thrombosis and Thrombolysis*, 43(1), pp.91–97. Available at: <http://link.springer.com/10.1007/s11239-016-1419-3> [Accessed January 26, 2019].

Lee, K.B. et al., 2015. Six-month functional recovery of stroke patients: A multi-time-point study. *International Journal of Rehabilitation Research*, 38(2), pp.173–180.

Royal College of Physicians, 2016. Royal College of Physicians National Clinical Guideline for Stroke. 5th edit 2016. *British Medical Journal*.

Santos, E. et al., 2018. Post-stroke follow-up: Time to organize. *Revue Neurologique*, Article in, pp.6–11.

Tuppin, P. et al., 2016. Care pathways and healthcare use of stroke survivors six months after admission to an acute-care hospital in France in 2012. *Revue Neurologique*, 172(4–5), pp.295–306. Available at: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0035378716004744> [Accessed January 26, 2019].

Tyagi, S. et al., 2018. Healthcare utilization and cost trajectories post-stroke: role of caregiver and stroke factors. *BMC Health Services Research*, 18(1), p.881. Available at: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-018-3696-3>.

Winstein, C.J. et al., 2016. Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery: A Guideline for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*.