

**Insuldi taastusravi juhendi töörühma 1. koosolek**

<b>Kuupäev</b>	11.04.2018
<b>Koht</b>	Neli kuningat hotell, Paide, kell 14.00-17.00
<b>Osalesid</b>	<b>Töörühm:</b> Ülle Kruus, Aet Lukmann, Tiina Tammik, Anne Uriko, Katrin Koit, Janika Kõrv, Evelin Männik, Aare Sinirand, Riina Pettai <b>Sekretariaat:</b> Annelii Jürgenson <b>Metoodik:</b> Kaja-Triin Laisaar <b>EHK:</b> Sirje Kree
<b>Puudusid</b>	Heili Piilberg, Tiina Kompus, Regina Palatu, Helve Kansi
<b>Juhataja</b>	Kaja-Triin Laisaar
<b>Protokollija</b>	Anneli Truhanov
<b>Päevakord</b>	Sirje Kree sissejuhatus Kaja-Triin Laisaare sissejuhatus Ravijuhendi käsitlusala küsimuste ülevaatamine ja täpsustamine
<b>Arutelu põhipunktid, otsused</b>	<p>Mis hetke insuldi patsienti ravijuhend käsitleb, kes on see patsient, keda juhend käsitleb. Juhendis saaks ära kirjeldada, et neuroloogia osakonnas peavad olema ära tehtud teatud tegevused, hindamised (saab kirjeldada sissejuhatuses) ja enne neuroloogia osakonnast välja kirjutamist tehtav hinnang on aluseks edasisele suunamisele ja tegevustele. Akuutravist suunatakse patsient (alates 19a täiskasvanu) järelravi voodi kohale (kergemas seisundis patsiendid) või hooldusravisse (sügavam funktsionaalse häirega patsiendid, prognoos ei pruugi nii kiiresti selgineda), iseseisev statsionaarne õendusabi, ambulatoorne ravi, kodune taastusravi või koju (funktsionaalset häiret ei ole).</p> <p>Mis osa insuldi taastusravist ravijuhendiga kirjeldame, kas võtame selle osa, kuidas me tervishoiusüsteemis patsiendi jagame või on see ikkagi kliiniline töö? Sekretariaadi juhi hinnangul võiks see olla patsiendi logistikale suunatud, sest see põhjustab enim küsimusi. Millised seisundid mõjutavad patsiendi ravimist ühes või teises kohas. Kuidas toimub protsess, kes mingi lõigu eest vastutab ja kes koordineerib patsiendi tervikkäsitlust. Rollide kirjeldused – akuutravi: kes mida ja mis aja jooksul teeb, kuidas hindab; taastusravi: kes mida ja mis aja jooksul teeb, kuidas hindab.</p> <p>Kui pika aja jooksul patsienti selle juhendiga jälgitakse? Eelmises juhendi versioonis arvasime, et aasta jooksul pärast insulti. Praegune tervishoiukorraldus sätestab, et poole aastata pärast hinda patsienti, aktiivravi lõppeb ja rohkem seda teha ei ole võimalik.</p> <p>Kes on spetsialist (eriala), kellele ravijuhend ennekõike suunatud on? Arstid, kes insuldi patsiendiga kokku puutuvad, sest nemad otsustavad kuhu patsient edasi liigub - neuroloogid, neurokirurgid, taastusarstid, perearstid, sisearstid.</p> <p>Kui patsiendid on neuroloogia osakonnas ära hinnatud, jagunevad nad gruppidesse (saab võtta andmed käsiraamatutest) vastavalt funktsioonihäirete olemasolule. Toome välja, milliste funktsioonihäiretega patsiente selles ravijuhendis käsitletakse.</p>

Lisaks vajab juhendis täpsustamist, et kas räägime juhendis „värsked“ insuldipatsiendist, mitte korduvast – RHK-10 koodide erinevus. Akuutse koodi kasutus on meelevaldne ja korralikku statistikat meil ei ole võimalik välja võtta. Selguse mõttes oleks vaja võtta „värsked“ patsiendid. Ravijuhendiga käsitletakse akuutseid/hiljutisi/ägedaid patsiente seni kuni nad saavutavad oma maksimaalse võimekuse funktsioonides. Sekretariaadi juhi hinnangul peaks 12 või 18 kuul olema kohustuslik taastusarsti visiit, et hinnatakse patsiendi taastumist.

Hõlmamata küsimused: Juhendiga ei käsitleta patsiente, kellel on varasemalt tehtud otsus, et saavutatud on maksimaalne funktsionaalsus ja edasine taastusravi ei ole vajalik. Neile jäävad ikkagi funktsioone taastava taastusravi võimalused, aga seda me juhendis käsitlema ei hakka. Sekundaarset preventtsiooni juhendis ei käsitleta.

**Töörühma arutelu käigus otsustati varasemast käsitusala välja jätta alltoodud küsimused ning käsitleda neid juhendi sissejuhatavas osas (koos suunamise kriteeriumitega) kui töörühma konsensust:**

1. Kas kõik insuldipatsiendid vajavad parema ravitulemuse saavutamiseks varast taastusravivajaduse hindamist vs mitte?
2. Kas kõikidel insuldipatsientidel tuleb parema ravitulemuse saavutamiseks taastusravivajaduse hindamisel kasutada funktsioonihäire põhist standardiseeritud mõõdikut ühekordselt vs standardiseeritud mõõdikut korduvalt vs standardiseeritud mõõdikut vajadusepõhiselt vs mitte kasutada?
  - käeline tegevus
  - liikumisfunktsioon
  - kõne
  - neelamine
  - põie- ja/või soolefunktsioon
  - kognitiivsed jm funktsioonid
  - emotsionaalne seisund
  - igapäevaelu tegevused (ADL)
3. Kas kõikide insuldijärgsete patsientide taastusraviks sobivuse (teadvuse seisund, stabiilne hemodünaamika, üldfüüsiline koormustaluvus, patsiendi motivatsioon) ning taastusravile suunamise vastunäidustuste hindamiseks tuleb paremate ravitulemuste saavutamiseks kasutada kindlaid kriteeriume vs mitte?
4. Kas kõik patsiendid vajavad paremate ravitulemuste saavutamiseks pärast insulti taastusravi vs mitte:
  - varast taastusravi akuutravietaapis
  - statsionaarset taastusravi

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ambulatoorset taastusravi</li> <li>- kodust taastusravi.</li> </ul> <p><b>5. Kas paremate ravitulemuste saavutamiseks tuleb statsionaarse taastusravi etapis kõikidele insuldijärgsetele patsientidele taastusravimeeskonna poolt püstitada ravieesmärgid ning koostada raviplaan:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- kohe pärast funktsionaalse seisundi esmast hindamist vs hiljem</li> <li>- regulaarselt taastusravi kestel vs vastavalt patsiendi seisundi muutustele</li> </ul> <p><b>Töörühm otsustas varem koostatud küsimuse nr 4 alajaotusest „kodune taastusravi“ moodustada uue käsitlusala küsimuse:</b></p> <p><i>Kas kõik mõõduka funktsioonihäirega insuldiga patsiendid vajavad ravitulemuste saavutamiseks ambulatoorset või kodust (asukohapõhist) taastusravi (community based therapy)?</i></p> <p>Selle küsimuse osas on vastuolu rahvusvahelise praktika ja Eesti käsitlusega. Eestis pakutakse kodust füsioteraapiat neile patsientidele, kellel on tugev liikumishäire ja ei ole võimalik ambulatoorsele taastusravile tulla. Maailmapraktikas on kodune taastusravi süsteemselt kogukonnapõhine, funktsiooni toetav teenus. Teenuse taotluse sisu oli tulenevalt rahvusvahelisest kirjandusest, aga tervishoiuteenuste loetelus tehti kitsendused ainult liikumisvõimetutele patsientidele. <i>Community based therapy</i>’l põhinevat käsitlust Eestis ei rakendata (nt hooldekodudes, et ei peaks patsiente kusagile viima hakkama). Tervisekeskuste jm arengute valguses oleks vaja sellise teenusele mõelda.</p> <p><b>Töörühm otsustas muuta varem koostatud küsimust nr 6 ja sõnastada see järgmiselt:</b></p> <p><i>„Kas kõik insuldijärgsed patsiendid vajavad statsionaarsetes tingimustes suure intensiivsusega taastusravi vs väikese-keskmise intensiivsusega taastusravi (taastusravi intensiivsus päeva ja nädala lõikes, taastusravi kestus).“</i></p> <p>Selleks, et sekretariaat saaks hakata suvel tööle, on vaja kindlasti mai kuus koosolek korraldada. 22. mail toimub RJNK koosolek, kuhu saaks uuendatud käsitlusala kinnitamiseks esitada või siis kutsutakse kokku RJNK e-koosolek käsitlusala kinnitamiseks.</p>
<b>Kokkuvõte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Järgmine koosolek 8. mail kell 14-17 Neli kuningat hotellis, Paides.</li> <li>- Jätkatakse käsitlusala küsimuste ülevaatamise ja muutmise.</li> </ul>