



Ravijuhendi „Insuldijärgse taastusravi käsitlusjuhend“ töörühma ja sekretariaadi koosolek nr 2

28.11.2018

Mäo Grill OÜ konverentsiruum (Mäo, Paide vald), kell 14.00–17.00

Koosolekul osalejad

Koosolekult oli 17 osalejat.

Osalesid töörühma liikmed Aare Sinirand, Tiina Kompus, Katrin Koit, Anne Uriko, Heili Piilberg, Aet Lukmann, Evelin Männik, Helve Kansi, Riina Pettai, Janika Kõrv, Tiina Tammik, Regina Palatu; sekretariaadi liikmed Annelii Jürgenson, Kateriine Orav, Alo-Rainer Leheste ning ravijuhendite püsisekretariaadi liikmed Minni Saapar ja Kaja-Triin Laisaar.

Ei osalenud sekretariaadi liikmed Annika Suurküla ja Piret Väljaots.

Koosolekul osalesid kõik 12 töörühma liiget – otsuste tegemiseks oli kvoorum koos.

Koosolekut juhatasid Minni Saapar ja Kaja-Triin Laisaar, protokollis Minni Saapar.

Koosoleku päevakorrapunktid

1. Töörühma uue juhi valik.

Töörühmast lahkunud dr Kruus soovitas töörühma juhiks Aet Lukmanni, kes koosolekute-vahelisel ajal ettepanekuga nõustus. Tema kandidatuurist lähtuvalt toimus hääletus. Kõik osalejad olid poolt, vastuhääli ja erapooletuid ei olnud.

Otsus: Dr Aet Lukmann kinnitati ühehäälselt töörühma uueks juhiks.

2. Kliinilise küsimuse 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?” meenutamine.

Lühikokkuvõtte sekretariaadi liikmelt Kateriine Oravalt (GRADEpro andmetabelid edastatud e-kirjaga). Meenutati, et töös on täpselt sama teema kohta käiv Cochrane metanalüüs, mille avaldamisel tuleb ilmselt ravijuhendis kliinilistele küsimustele nr 1 ja 2 vastuseks koostatud soovitused üle vaadata. Tõdeti, et praegu häid uuringuid pole – valdavalt jälgimisuuringud, mis on leidnud, et ravi pikkus sõltub eelkõige insuldi raskusastmest, kuid ravil võib olla laefekt. Esimene ja teine kliiniline küsimus on vahetult seotud.

Hetkel tundub, et ühest soovitusel taastusravi pikkuse kohta anda ei saa, kuna see sõltub insuldi raskusest. Üldjoontes on see küsimus, mille puhul tuleb mitme küsimuse (KK1, KK2, taustaküsimus) kohta kogutud tõendusmaterjali põhjal soovitus n-ö kokku kombineerida. Käesolev kliiniline küsimus muutub sisuliselt pigem tervishoiukorralduslikuks küsimuseks – sellele antakse vastus koos teiste tervishoiukorralduslike küsimustega.

Otsus: Esimese kliinilise küsimuse soovituste osas langetatakse otsus teise küsimuse materjali ülevaatamise järel, ilmselt koos teiste tervishoiukorralduslike küsimustega

3. Kliinilise küsimuse nr 2 “Kas kõik mõõduka või raske funktsioonihäirega insuldijärgsed patsiendid vajavad parema ravitulemuse saavutamiseks suure intensiivsusega vs väikese-keskmise intensiivsusega statsionaarset taastusravi (taastusravi intensiivsus päeva ja nädala lõikes)?” arutelu jätk.

Lühikokkuvõtte sekretariaadi liikmelt Kateriine Oravalt (GRADEpro andmetabelid edastatud e-kirjaga). Erinevates ravijuhendites on antud soovitus minimaalselt 3 h päevas teraapiat, vähemalt 2 h sellest aktiivne tegevus (nt Austraalia juhendis). Soovitusi on siiski erinevaid, mainitud on veel nt vähemalt 40 min iga teraapiat iga päev, aga ka 3 h päevas 5 p nädalas. Edasi tutvustati vastavaid metaanalüüse. Arutelu käigus toodi välja, et metanalüüsides on üks probleem, et kõik ei olnud insuldiga patsiendid. Lisaks rõhutati, et oluline on ka see, kus meie poolt kasutatavad metanalüüsid avaldatud on. Seal on edasi tõstatatud küsimus, kas mitte ei tuleks minna tagasi üksikuuringuteni ja teha ise metaanalüüs. Seda takistab aga (püsi)sekretariaadi ressursinappus. Olemasolevaid metaanalüüse saab siiski kasutada, isegi kui sealne tõendus on kaudne.

Töörühma arutelust selgus, et taastusravi intensiivsuse tõstmise juures on oluline probleem personalipuudus, kusjuures puudu on pea kõigist spetsialistidest. Lisaks sõltub palju patsiendi enda motivatsioonist. Ka on taastusravi korraldus asutusesti erinev, nt saab taastusravi plaani osades kohtades patsient nädalaks ette, teistes korraldatakse see aga jooksvalt. Täpsete tundide määramisel on oluline märkida, et teraapiatundide arv ei kajasta ainult kontakt-tegevusi.

Üldjoontes ollakse seisukohal, et olemasolevad uuringud näitavad, et intensiivsem taastusravi on tõhusam, kuid küsimus on piiri määramises. Teadusuuringud taastusravi optimaalse pikkuse kohta (päevades) vastust ei anna – erineva kestusega taastusravi variante ei ole omavahel otseselt võrreldud. Arutelu käigus tekkis küsimus, milline ravi-variant on kõige kulutõhusam? Selgitati, et kulutõhususe analüüs kui selline on suurem ja eraldi teema – kui mujal maailmas tehtud analüüsides võrreldakse erinevate variantide/stsenaariumite kulusid ja tõhusust, ei tarvitse need Eestis olemasolevate ja ka sobivate variantide/stsenaariumitega kattuda. Kulutõhususe analüüs tugineb alati paljudele (kohalikele) eeldustele. Käesolevas juhendis soovitusena andmiseks on ehk eraldi rahvusvaheliste kulutõhususe analüüsiväljaotsimisest mõttekam teha sõelale jäävate variantide/stsenaariumite eelarvemõju analüüs. Selles saab abi paluda Eesti Haigekassalt.

Iga soovitusel on vaja selgitust. Juhendi koostamise protsess on selline, et alguses toob sekretariaat konkreetse küsimuse kohta kogutud tõendusmaterjali lauale, seejärel töörühm täiendab seda materjali ning põhjenduse kirjutab lõpuks ikkagi kokku sekretariaat.

Leiti, et insuldijärgselt peaks patsient taastusravi saama vastavalt enda haigusjuhule, kuid see võiks olla minimaalsel 2-3 h päevas 5 p nädalas.

Otsus: Mõõduka ja raske funktsioonihäirega insuldijärgsed patsiendid peaksid statsionaarsel taastusravil viibides saama funktsioone taastavaid teraapiaid vähemalt kolm tundi päevas vähemalt viiel päeval nädalas. (nõrk/tingimuslik soovitus)

4. Kliinilise küsimuse nr 3 “Kas funktsionaalse iseseisvuse paranemise hindamiseks kõigil insuldijärgsetel patsientidel tuleks kasutada funktsionaalse iseseisvuse mõõdikut (FIM) või kombineeritud mõõdikut FIM+FAM või muud mõõdikut” arutelu.

Ettekanne sekretariaadi liikmelt Alo-Rainer Lehestelt. Uuringutega tutvumisel selgus, et valik taandub eelkõige FIMile ja Bartheli indeksile, kuna teisi, sh FIM + FAM'i kajastavad ainult üksikud uuringud, milles ka nende paremust ei selgu. Teaduskirjandus ei näita ühe mõõdiku selget eelist, sealjuures on FIM tasuline, eeldab meeskonda, väljaõpet ja hindamiseks mitut päeva. Samas see, et FIM nõuab meeskonnatööd, ei ole reeglina miinus, vaid pluss, kuna insuldi taastusravi peaks niikuinii olema meeskonnatöö ning tegelik ajakulu võib selle mõõdikuga olla hoopis väiksem, sest iga

funktsioonihäirega tegelev spetsialist jälgib ja hindab niikuinii pidevalt oma patsienti. Koostati tabel erinevate mõõdikute plusside ja miinuste kohtas. Kõik kolm eelnimetatud mõõdikut on täna Eestis kasutusel.

Osalt on olemas selge soov hindamiste ühtlustamise ja ühe kõikjal kasutatava mõõdiku järele. Teisalt on igal mõõdikul omad plussid ning ei teaduses ega praktikas eelistata üht selget teisele.

Arutelu seis koosoleku lõpuks kell 17:00: koosolekul ei jõutud kolmanda kliinilise küsimuse osas soovitusi koostada. Samuti jäi seekord käsitlemata tervishoiukorraldusliku küsimus nr 4 „Kuidas käsitleda potentsiaalselt ohtlikku patsienti – juhtimisõiguse peatamine, relvaloa peatamine“.

Järgmist koosolekut (16.01.2019) alustatakse kliinilise küsimuse nr 3 materjalide põgusa meenutusega, misjärel on eesmärgiks jõuda soovituseni.