



Ravijuhendi „Insuldijärgse taastusravi käsitusjuhend“ töörühma ja sekretariaadi koosolek nr 4

13.02.2019

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

Koosolekul osalejad

Osalesid töörühma juht Aet Lukmann ja liikmed Katrin Koit, Arne Sinirand, Tiina Kompus, Anne Uriko, Heili Piilberg, Evelin Männik ja Janika Kõrv; sekretariaadi juht Annelii Jürgenson ja sekretariaadi liige Annika Suurküla; ravijuhendite püsisekretariaadi liikmed Minni Saapar ja Kaja-Triin Laisaar.

Ei osalenud töörühma liikmed, Regina Palatu, Helve Kansil, Riina Pettai ja Tiina Tammik ning sekretariaadi liikmed Kateriine Orav, Alo-Rainer Leheste ja Piret Väljaots

Koosolekul osales 8 töörühma liiget – otsuste tegemiseks ei olnud kvoorumi koos. Otsused kinnitati elektroonsel järelehääletusel (osales 11 töörühma liiget).

Koosolekut juhatas ja protokollis Minni Saapar.

Koosoleku päevakorrapunktid

1. Huvide deklaratsioonide uuendamine

Koosolekul osalenud kinnitasid suuliselt, et neil ei ole tekkinud juhendi koostamisel huvide konflikte.

2. Patsiendijuhendi koostamine

Koosolekul osalejad said registreerida enda huvi patsiendijuhendi koostamisel osalemise kohta. Selgitati kahte võimalikku teed patsiendijuhendi koostamiseks: infovoldik paralleelselt juhendi koostamisega või mahukam patsiendijuhend hilisema Haigekassa rakendustegevusena. Eialgu kalduti teise variandi poole, kuna varasemast patsiendijuhendist on juba mahukamaid materjale olemas.

3. FIM ja FIM+FAM mõõdikute võrdlus (KK3,THKK1), soovitude sõnastamine. (*materjalid: Alo-Rainer Leheste, Annelii Jürgenson, Minni Saapar*)

Kõigi käsitletud mõõdikute (BI, FIM, FIM+FAM) efektiivsus on kinnitust leidnud. FIM+FAM ei ole tõestatud parim, kuid on asutusele kuluefektiivsem. Soovituse andmisel on eesmärk, et Eestis võiks olla kasutusel ühtne mõõdik. Mõõtmisel on mitu eesmärki, mh taastusravi tulemuslikkuse hindamine, patsiendi kohta ühtselt arusaadava toimetulekuhinnangu edastamine teistele spetsialistidele ning patsiendi seisundi dokumenteerimine võimalikeks teadusuuringuteks.

Otsus: kokku lepiti kahes alljärgnevas algse sõnastusega soovitusel:

Tervishoiukorralduslik soovitus 1: insuldijärgse esmase statsionaarse taastusravi tulemuslikkuse mõõtmiseks kasutage FIM+FAMi esimese kolme päeva jooksul ja statsionaarse taastusravi lõpus.

Tugev soovitus, väga madal tõendatuse aste.

Tervishoiukorralduslik soovitus 2: ravi jätkamisvajaduse hindamise eesmärgil kasutage insuldijärgse esmase statsionaarse taastusravi tulemuslikkuse mõõtmiseks FIM+FAMi kahe-kolme nädala järel.

Tugev soovitus, väga madal tõendatuse aste.

4. Edasiste koosolekute aegade kinnitamine

Järgmine koosolek toimub **06.03.2019**, nagu eelmisel koosolekul kokku lepiti. Sellest järgmine planeeritud koosolek toimub **03.04.2019** (ehk nädal hiljem kui algselt planeeritud 27.03!). Viimane koosolek, mis korraldatakse vastavalt vajadusele kas kohtumisena või interneti vahendusel, toimub **15.05.2019** nagu eelmisel koosolekul kokku lepitud.

5. Kliinilise küsimuse nr 4 meenus ja soovitus sõnastamine: Kas kõik insuldijärgsed funktsioonihäirega patsiendid peaksid saama ambulatoorset taastusravi või kodust taastusravi või asukohapõhist ehk kogukondlikku taastusravi? (materjal: Kateriine Orav)

Kui algselt domineeris mõte, et patsiendid tõenäoliselt eelistavad kodust taastusravi, kuna selleks ei pea ise kodust lahkuma, siis arutelu käigus tõdeti, et paremini taastunud patsiendid võivad eelistada just visiitidel käimist, kuna see sunnib oma keskkonnast välja tulema. Seega patsientide eelistused erinevad mh funktsionaalse taseme järgi. Küll aga võivad ambulatoorse ja muu koduvälise taastusravi puhul taastusravile jõudmisel takistuseks olla transpordiraskused ning seda ka patsientidel, kellel ei ole olulist liikumisraskust.

Kodune taastusravi võib pakkuda nii patsiendile kui ka omastele suuremat turvatunnet, kuna sageli on statsionaarselt taastusravilt lahkudes hirm koduse hakkamasaamise ees. Võimalik, et kodustes tingimustes on patsientidel seeläbi ka suurem motivatsioon taastusravi jätkamiseks. Koduse taastusravi käigus on võimalik paremini kaardistada patsiendi probleeme ja püstitada eesmärgid, mis on tihedalt seotud just patsiendi igapäevase hakkamasaamisega.

Teisalt on ambulatoorset taastusravi spetsialistil rohkem võimalusi ja vahendeid. Kui kodune taastusravi on keskendunud rohkem konkreetsetele oskustele, siis ambulatoorne taastusravi üldisele võimekusele ja treeningule.

Asukohapõhise ja koduse taastusravi suurimaks piiranguks on organisatoorsed põhjused, hetkel pole Eestis adekvaatset võrgustikku teenuse pakkumiseks. Kuna teenuse arendamisel suureneks mittestatsionaarse taastusravi saajate hulk, siis on vajalik lisaressursse (personali, rahalist). Eesti kontekstis ei ole ka üldse levinud praktikat varajase toetava koduse taastusravi osutamiseks.

Teadusinfo põhjal ei ole tugevat eelistust ühele viisile. Taastusravi liik sõltub patsiendi funktsioonihäirest, ravi vajadustest, ning piirkondlikest võimalustest. Oluline on vajadusel taastusravi jätkumine statsionaarse taastusravi lõppedes.

Otsus: Funktsioonihäirega insuldijärgsele patsiendil, kellel pole statsionaarne taastusravi (enam) näidustatud, rakendage funktsioonihäire põhiselt parema ravitulemuse saavutamiseks ambulatoorset ja/või kodust taastusravi.

Tugev soovitus, nõrk tõendatuse aste.

6. Kliinilise küsimuse nr 5 tutvustus ja esmane arutelu: Kas kõik kõnehäirega insuldijärgsed patsiendid peaksid saama kõneravi üks kord nädalas vs kõneravi mitu korda nädalas? (materjal: Annika Suurküla)

Kõneravi osutamisel – nagu ka teiste taastusravi komponentide juures – on oluline patsiendi valmisolek teraapiaga tegelemiseks. Kõneravi osutamise kontekstis ei ole statsionaarsel taastusravil ilmselt intensiivsus probleem, samas ambulatoorsel taastusravil võib korralduslikult sagedasem olla keerulisem. Väga sagedane teraapia võib tuua kaasa suurema ravi katkestamise.

Intensiivseks logopeediliseks sekkumiseks on vaja ka piisavalt logopeede. Hetkel (arvestades logopeediliste teenuste keskvast minutites - 90) saab üks täiskohaga logopeed ühe päeva jooksul osutada umbes 5 logopeedilist teenust. Eestis ei ole logopeede piisavalt, sealjuures venekeelseid logopeede ei koolitata Eestis üldse.

Otsus: Soovituse koostamisega ei jõutud lõpule, kuid esialgne soovitus on, et kõik insuldijärgse kõnehäirega patsiendid vajavad parema ravitulemuse saavutamiseks võimalikult intensiivset kõneteraapiat. Veelkord tullakse selle küsimuse juurde tagasi järgmisel koosolekul, kui on olemas ka kõneravi pikkust käsitlev info.

Edasiseks aruteluks jäävad ka THKK 2: Kas insuldijärgsetel patsientidel peaks ambulatoorset vahehindamist tegema taastusarst intervalliga 3 kuud vs 6 kuud vs 12 kuud vs 18 kuud? ning THKK4 Kuidas käsitleda potentsiaalselt ohtlikku patsienti – juhtimisõiguse peatamine, relvaloa peatamine? (materjalid: Piret Väljaots). Järgmine koosolek toimub **06.03.2019**.

7. Otsuste kinnitamine

Koosoleku otsused kinnitati elektroonilisel hääletusel, milles osales 11 töörühma liiget. Laekusid soovitused kasutada viimase soovitus juures „võimalikult intensiivset“ asemel lihtsalt „intensiivset“, et vähendada ebamäärasust; kirjutada FIM+FAM nimetus pikalt välja ning lisada sellele mõõdik/skaala vms; sõnastada THKK1 soovitus näiteks "Insuldijärgse esmase statsionaarse taastusravi tulemuslikkuse mõõtmiseks ravi jätkamisvajaduse hindamise eesmärgil kahe-kolme nädala järel kasutage FIM+FAMi mõõdikut."; lisada THKK1 soovitusele põhjendus (tõsi, seda tehakse nagunii) ning kaaluda ajaperioodi sõnastamist päevades mitte nädalates; sõnastada KK4 nii, et ei kasutataks sulgudes „enam“, vaid nt "Funktsioonihäirega insuldijärgsele patsiendile, kellele pole statsionaarne taastusravi näidustatud või pole enam näidustatud, rakendage funktsioonihäire põhiselt parema ravitulemuse saavutamiseks ambulatoorset ja/või kodust taastusravi." Kõiki sõnastusega seotud soovitusi võetakse arvesse ning täpsem sõnastamine toimub ravijuhendi kokkukirjutamise käigus, mille eestvedaja on Annelii Jürgenson. Sõnastuste täpsustamise võimalusi saab töörühm tööprotsessi käigus veel.