



## Ravijuhendi „Insuldijärgse taastusravi käsitusjuhend“ töörühma ja sekretariaadi koosolek nr 5

06.03.2019

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

### Koosolekul osalejad

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

**Ei osalenud** töörühma liikmed Regina Palatu, Riina Pettai ning sekretariaadi liikmed Kateriine Orav, Annika Suurküla ja Piret Väljaots.

Koosolekul osales 10 töörühma liiget – otsuste tegemiseks oli kvoorum koos.

Koosolekut juhatas ja protokollis Minni Saapar.

### Koosoleku päevakorrapunktid

#### 1. Huvide deklaratsioonide uuendamine

Koosolekul osalejatel ei olnud uusi huvide konflikte tekkinud.

#### 2. Edasise tasustamise ajaplaan

Lepiti kokku, et järgmised tasud planeeritakse pärast järgmist koosolekut ehk 3.04 seisuga. Töörühma osaletud koosolekud kogutakse kokku püsisekretariaadi poolt, sekretariaadi liikmed esitavad enda töötunnid 03.04 seisuga sekretariaadi juhile hiljemalt sama nädala reedel (05.04).

#### 3. THKK 2: Kas insuldijärgsetel patsientidel peaks ambulatoorset vahehindamist tegema taastusarst intervalliga 3 kuud vs 6 kuud vs 12 kuud vs 18 kuud? (*materjal: Piret Väljaots, esitas Annelii Jürgenson*)

Tegemist ei ole teemaga, mille kohta oleks RCT-sid tehtud või mille puhul oleks nende läbiviimine ka eeldatav. Tavalisema praktikad on 3 ja 6 kuu kui 12 ja 18 kuu kohta. Oluline on, et vahehindamisele jõuaks ka need, kes statsionaarset taastusravi ei saanud. Need on siis need inimesed, kelle puhul neuroloog ei pidanud taastusravi näidustatuks (kõige kergemad ja kõige raskemad insuldid). Teine oluline aspekt on see, mille suhtes tagasikutsumise aeg defneerida: aeg insuldist või aeg mingist ravietapist, näiteks neuroloogia osakonnast väljakirjutamisest.

Küsimus on, kuhu patsient taastusesse tuleb. Kui patsient suunatakse suvalise taastusarsti juurde (elukohale lähim), on eriti oluline ühtne mõõdik. See vahehindamine on vajalik konrtolliks/skriininguks, kust saab kohe omakorda edasi suunata ning ei peagi sisaldama kõige detailset hindamist. Patsiendile

(või tema lähedastele) on vajalik ka moment, kus tema ise saab oma kodus toimetulekut ning seisundit spetsialistiga arutada. Kerge insuldiga patsientidel ei pruugi mitmed probleemid akuutses faasis haigla keskkonnas veel nii selgelt ilmned, vaid nende tegelik ulatus selgub alles igapäevaellu ja tööle naasta proovides. Raske insuldiga patsientidel, kes esialgu suunati hooldusravile, võib olla paari kuuga toimunud täiendav bioloogiline paranemine, mis võimaldab neil nüüd taastusravil osaleda. Juba taastusravil olevate patsientide puhul on vahehindamisel senise taastusravi efektiivsuse hindamise ja/või edasise taastusravi planeerimise roll. Sellest lähtuvalt oleks ravikorralduslikult loogilisem kolme kuu piir, kuna siis jõuab inimese täiendavale taastusravile suunata veel efektiivsema taastusmisperioodi sees.

**Otsus:** Insuldijärgsetel patsientidel peaks taastusarst funktsionaalse seisundi hindamist tegema kolme kuu möödumisel haigestumisest.

Selgitusse: Taastusarst määrab edasiste hindamiste vajaduse ja intervalli.

#### **4. THKK 4: Kuidas käsitleda potentsiaalselt ohtlikku patsienti – juhtimisõiguse peatamine, relvaloa peatamine? (materjal: Piret Väljaots, esitas Annelii Jürgenson)**

Paljudes riikides on levinud insuldi järel automaatne juhiloa peatamine X ajaks. See oleks meil siis rakendustegevus, võimalik et vaja sõnastada seaduses vms. Küsimus on, kuidas info jõuab ARKini (teatis vms). Kui oleks mingi toimiv e-lahendus, kuidas info jõuaks eriarstilt kohe perearstile, siis perearst saab tervisetõendi peatada, mida ka ARK ja PPA näevad. Vajalik oleks hindamine statsionaarse ravi lõpus, hinnangu annaks meeskond. Vaja on sõnastada „Peab hindama“ (kes/mida) ja „Peab teavitama“ (kes/keda), et asi oleks võimalikult selgelt paigas. Liiklusseaduse § 33 lõige (11) Juhil on keelatud punkt 2) sisaldab „liiklusohtrikus terviseseisundis juhtida sõidukit või anda juhtimist üle sellises seisundis isikule“. Lisaks defineerib § 70 sõiduki juhtimist keelava terviseseisundi, mis sisaldab mh ahenenud vaatevälja, halvatust ja psüühikahäiret. Lisaks on sõnastatud, et (4) Liiklusohtriku terviseseisundi tuvastab arst ning (6) Arstil on õigus valida iseseisvalt meetoodika, mille alusel uurida liiklusohtriku terviseseisundi tuvastamiseks tervishoiuteenuse osutaja juurde toimetatud isikut, ja otsustada, kes viibivad liiklusohtriku terviseseisundi tuvastamise juures või samas ruumis. Seega on arstil võimalus anda hinnang, et patsiendi praegune seisund vastab LS järgi defineeritud kohtlikule seisundile. Analoogselt võiks toimuda ka relvaohutuse hindamine ja selle kohta liikuda teade PPA-le. Katmata jääb siinkohal näiteks ohtlike seadmetega töötamine, kuid siinkohal võib loota, et selles osas seisavad nii inimene kui tööandja ohutuse eest ka ise.

Alzheimeri tõve ravijuhendis öeldakse, et „Kui eriarsti tervisekontrolli käigus on selgunud meditsiiniline vastunäidustus auto juhtimiseks, teavitab eriarst patsiendi perearsti ning võimalusel ka patsiendi lähedasi kavatsusest juhtimisõiguse peatada patsiendi terviseseisundi halvenemise tõttu. Patsiendi perearst informeerib täiendavalt patsienti ning tema lähedasi juhtimisõiguse peatamise kavatsusest terviseseisundi halvenemise tõttu ja edastab patsiendi mootorsõiduki juhtimisõiguse peatamise otsuse maanteeametile terviseinfo süsteemi kaudu (vastavalt liiklusseaduse § 124 lg 5). Mootorsõiduki juhtimisõiguse peatatakse, kui mootorsõidukijuhi terviseseisund ei vasta liiklusseaduse § 101 lõike 10 alusel kehtestatud tervisenõuetele. Mootorsõiduki juhtimisõiguse peatub siis, kui maanteeamet otsuse inimesele kätte toimetab.“

Meie raviahelas võiks selle hindamise koht olla taastusravist väljakirjutamisel ning võimalus uut hindamist nõuda tekiks 3 kuu vahehindamisel. Tasuks kehtestada ka mingi sageduse piir, et patsient pidevalt uut hindamist nõuda ei saaks. Korralduslik probleem on info jõudmine perearstini.

**Otsus:** Taastusravi lõppemisel peab olema hinnatud mootosõiduki juhtimise loaga isikul mootorsõiduki juhtimise eeldused (kognitiivsed, füüsilised, sensoorsed võimed). Funktsioonihäired ja hinnang dokumenteerida haigusloos.

**Otsus:** Taastusravi lõppemisel peab olema hinnatud relvaloaga isiku relva käsitlemise eeldused (kognitiivsed, füüsilised, sensoorsed võimed). Funktsioonihäired ja hinnang dokumenteerida haigusloos.

**5. KK7: Kas kõik insuldijärgse kõnnihäirega patsiendid vajavad kõnnifunktsiooni parandavat füsioteraapiat parema ravitulemuse saavutamiseks kuni 6 kuud vs kuni 12 kuud vs kuni 18 kuud? (Alo-Rainer Leheste)**

Kuna ajalist kestlust võrdlevaid uuringuid sisuliselt pole ning esimese kuue kuu jooksul teostatud füsioteraapia efektiivsus on väga selgelt tõestatud, nihkus rõhuasetus seale, et kas ka hiljem kui 6 kuud tehtud teraapia on efektiivne. Ülemine piir oli küsimusest lähtuvalt 18 kuud. Leiti tõestust ka hilisema füsioteraapia efektiivsuseks, kuid see efekt oli väiksem ning efekti väljatulemine uuringutes ebaühtlasem kui esimese kuue kuu jooksul tehtud teraapiat kajastavates uurngutes.

**Otsus:** Kõnnihäirega insuldijärgsetel patsientidel peab taastusravi jätkama kuni tema kõnni parameetrites esineb positiivne dünaamika.

Selgitus: alguses võimalikult intensiivselt ja jätkata kuni jätkub funktsionaalne paranemine.

Arutelu seis koosoleku lõpus: Järgmiseks korraks jäid käsitleda KK5 „Kas kõik kõnehäirega insuldijärgsed patsiendid peaksid saama kõneravi üks kord nädalas vs kõneravi mitu korda nädalas?“ ja KK6: Kas kõik insuldijärgse kõnehäirega patsiendid vajavad kõneteraapiat parema ravitulemuse saavutamiseks kuni 6 kuud vs kuni 12 kuud vs kuni 18 kuud?“ lisaks sinna algelt planeeritud küsimustele. Seetõttu otsustati teha järgmine koosolek pikem, nihutades veidi nii koosoleku algust kui ka lõppu.