



Ravijuhendi „Insuldijärgse taastusravi käsitlusjuhend“ töörühma ja sekretariaadi koosolek nr 6

03.04.2019

Mäo Grill OÜ konverentsiruum (Mäo, Paide vald), kell 12.30–17.30

Koosolekul osalejad

Osalesid töörühma juht Aet Lukmann ja liikmed Anne Uriko, Heili Piilberg, Evelin Männik, Katrin Koit; sekretariaadi juht Annelii Jürgenson ja sekretariaadi liikmed Kateriine Orav, Annika Suurküla, Alo-Rainer Leheste; ravijuhendite püsisekretariaadi liikmed Minni Saapar ja Kaja-Triin Laisaar.

Ei osalenud töörühma liikmed Aare Sinirand, Helve Kansi, Janika Kõrv, Regina Palatu, Riina Pettai, Tiina Kompus, Tiina Tammik ning sekretariaadi liige Piret Väljaots.

Otsuste tegemiseks ei olnud kvoorum koos – otsused kinnitatakse koosoleku järel elektroonilise arutelu ja hääletusega.

Koosolekut juhatas ja protokollis Minni Saapar.

Koosoleku päevakorrapunktid

1. Huvide deklaratsioonide uuendamine

Koosolekul osalejatel ei olnud uusi huvide konflikte tekkinud.

2. KK 8: Kas kõik insuldijärgse käelise tegevuse häirega patsiendid vajavad käefunktsiooni parandavat taastusravi parema ravitulemuse saavutamiseks kuni 6 kuud vs kuni 12 kuud vs kuni 18 kuud? (*Annelii Jürgenson*)

Küsimus tahab saada vastust sellele, kas ka hilisemas faasis on vajadust ja mõtet teha käeteraapiat (esimesel aastal pärast insulti, kroonilises staadiumis). Akuutne on umbes esimene kuu, esimene kuni kuues kuu subakuutne ja krooniline faas alates kuuendast kuust. Kahtlust ei ole selles, et taastusravi on efektiivne ning efektiivsust kajastatakse ka kõigis staadiumites. Üldmulje uuringutest on see, et kroonilises faasis on efektiivne küll konkreetse motoorse funktsiooni treenimine, kuid see ei kandu üle elukvaliteedi, toimetuleku jt taoliste näitaja kujul mõõdetud efektiivsusele. Sisulist paranemist hilisemas faasis ei toimu. Hilisem (10p) taastusravi ei oma enam insuldist taastumise efekti, funktsioone säilitav taastusravi on küll vajalik, kuid võib-olla mitte sel kujul nagu see täna on. Lisaks on vaja ka tugistruktuuri ka elukestva toetuse jaoks. Kui raha/aeg läheb kroonilises faasis ebaefektiivseks tegevuseks, siis selle võrra jäävad ravist ilma teised. Insuldist põhjustatud käe funktsioonihäire ja funktsionaalne kasutatavus paraneb kõige suuremas mahus esimese 3 kuu jooksul. Kui käe motoorne funktsioon ei ole paranenud >6 kuu jooksul, siis käe funktsionaalsuse saavutamine tulevikus ei ole tõenäoline. Kui käes puuduvad tahtlikud liigutused 1 nädala lõpuks, siis

suure tõenäosusega käe funktsioon ei parane täielikult. Insuldihaiigel on emotsionaalselt raske taluda funktsionaalses mõttes ühekäelisust, mistõttu patsiendi ootused taastusravile käe funktsiooni paranemiseks on väga kõrged. Ka aastaid hiljem võib patsient või tema lähedased püstitada ravieesmärgina käe funktsionaalsuse parandamise, kuigi bioloogilises mõttes ei ole see reaalne. Patsiendile tuleks paranemiseprognosi selgitada ja pakkuda teenuseid funktsioonihäirega kohanemiseks, mitte aga anda põhjendamatult lootusi edasise ravi rakendamisega. Käeteraapias kasutatavad ravimeetodid/sekkumised on tõenäoliselt vastuvõetavad nii insuldihaigetele, teenuse pakkujatele kui teenuse eest tasujatele. Akuutses ja subakuutses faasis läbiviidud käeteraapial on suurem kasu kui kroonilises faasis. Tuleb arvestada, et kroonilises faasis läbiviidav käeteraapia ei muuda isiku üldist toimetuleku taset igapäevategevustes. Arutelu käigus täiendati soovituse koostamise tabelit.

Otsus: Käefunktsiooni parandavat käeteraapiat rakendada insuldi järgselt esimese kuue kuu jooksul kuni toimub mõõdetav funktsionaalne paranemine.

3. KK 9: Kas kõigil insuldijärgsetel patsientidel tuleb neelamisfunktsiooni hinnata parema ravitulemuse saavutamiseks ühekordselt vs korduvalt? (Annika Suurküla)

Kirjandusest on teada, et neelamisfunktsiooni skriinimine vähendab patsientide suremust, samuti on kajastatud erinevad skriinimismetoodikad. Selle kliinilise küsimuse sisu osas ei olnud liiga selge, millises ravietapist hindamisest käib juttu. Eesti kontekstis oleks näidustanud uurimine akuutfaasis (tehakse), taastusravi alguses (vähimagi kahtluse korral) ja taastusravi lõpus (eelistatult instrumentaalne uuring). Küsitav on see, kas on vaja täiendavat hindamist ka hiljem. Ühes ravijuhendis on kirjas soovitus hinnata neelamisfunktsiooni iga kuue kuu tagant, kuid sellele ei ole toodud mingit põhjendust. Üheselt on selge see, et eelistatud on instrumentaalne hindamine. Kujuneva soovituse selgitusse tuleks lisada ka kommentaar algselt neuroloogias tehtud hindamise kohta ning nimetada toitmisviisid ja hindamisviisid. Küsimus on ka kõigi hindamiste tegijas, kuid taastusravi alguses esmase hinnangu annab (juba korralduslikel põhjustel) taastusarst - hindamine sisaldab objektiivset uuringut, anamneesi võtmist, epikriisist info otsimist.

Otsus: Funktsioone taastavale taastusravile saabumisel taastusarst annab hinnangu neelamisfunktsioonile, neelamishäire kahtlusel suunab logopeedile ja neelamisfunktsiooni instrumentaalsele uuringule. Korduv instrumentaalne uuring teha neelamisfunktsiooni dünaamika hindamiseks ja toitmisviisi üle otsustamiseks.

4. KK 6: Kas kõik insuldijärgse kõnehäirega patsiendid vajavad kõneteraapiat parema ravitulemuse saavutamiseks kuni 6 kuud vs kuni 12 kuud vs kuni 18 kuud? (Annika Suurküla)

Meenutasime kliinilist küsimust nr 5 (kõneravi intensiivsus) ja läksime seotud kuuenda küsimuse juurde. Selle ja ka teiste küsimuste juures on vaja kuidagi toetada ka spetsialisti võimalust ravi lõpetamiseks, kui ravist enam sisulist kasu ei ole.

Otsus: Insuldijärgse kõnehäirega haigel teha kõneravi kuni toimub/kestab kõnefunktsiooni paranemine. (Tugev soovitus, väga madal tõendatuse aste) Praktiline soovitus: insuldijärgse kõnehäirega patsiendi kõneravi raames tuleb tema lähedast/suhtluspartnerit nõustada ja koolitada haigega kommunikatsiooni parandamiseks.

5. Rakenduskava ülevaatamine ja täiendamine (*Minni Saapar*)

Arutelu käigus korrati üle seisukoht, et juhendit raamatu kujul trükkida ei ole otstarbekas. Lisaks täiendati juhendi levikukanaleid täiendavate erialaorganisatsioonidega ning käidi üle eelnevalt veebis kogutud tagasiside.

Arutelu seis koosoleku lõpuks: rakenduskava paar viimast punkti võivad vajada veidi täiendamist, mille jaoks eraldi koosolekut kokku ei kutsuta, vaid suheldakse töörühmaga e-kirja teel.