



## **Ravijuhendi „Kroonilise südamepuudulikkusega täiskasvanud patsiendi käsitus esmatasandil“ töörühma koosolek nr 1**

13.05.2020 kell 11:00-15:00

Veebiplatvorm Webex

**Osalesid** töörühma juht Ruth Kalda, töörühma liikmed Tiina Uuetoa, Märt Elmet, Pentti Põder, Anni Hanst, Lembi Põlder, Merike Toomik, Marion Kalju ja sekretariaadi juht Alar Irs ning püsisekretariaadi liikmed Kaja-Triin Laisaar, Kairit Linnaste ja Tatjana Meister.

**Ei osalenud** töörühma liige Eha Pundonen (patsientide esindaja).

Koosolekul osales töörühma 9-st liikmest 8 – sisuliste otsuste tegemiseks oli kvoorum koos.

Koosolekut juhatasid töörühma juht Ruth Kalda ning püsisekretariaadi esindaja Kaja-Triin Laisaar, protokollis püsisekretariaadi liige Kairit Linnaste.

### **Koosoleku päevakord:**

#### **1. Sissejuhatus**

Tervitus ja sissejuhatus töörühma juhi Ruth Kalda poolt, töörühma liikmete tutvustusing.

#### **2. Huvide deklareerimine**

Võimalike huvide konfliktide läbivaatus. Käesolevad võimalikud huvid on dokumenteeritud ning kõik töörühma liikmed kinnitavad, et need ei mõjuta ravijuhendi koostamise protsessi.

#### **3. Töörühma kaasjuhi lisamise vajaduse arutelu**

Töörühm arutas juhendile kardioloogide seast kaasjuhi valimise vajadust. Otsustati, et kuna ravijuhend ei ole suunatud kardioloogidele, siis ei ole see vajalik ning töörühma jääb juhtima perearst Ruth Kalda.

#### **4. Tööprotsessi tutvustus**

Ravijuhendi koostamise töökorra ning kasutatava metoodika tutvustus (püsisekretariaadi metoodikakonsultant Kaja-Triin Laisaar)

- 2020. aastal Eestis koostatavad juhendid
- GRADE-metoodika tutvustus
- Kliiniliste küsimuste formaadi (PICO) ning tulemusnäitajate valimise põhimõtete tutvustus
- Töörühma ja sekretariaadi roll ravijuhendi koostamisel

## 5. Juhendi koostamise ajakava

Ravijuhendi valmimise eesmärgiks on 2020 aasta lõpp, kuid tegelik ajakulu selgub, kui on valmib juhendi käsitusala ning on teada, mitu kliinilist jm küsimust vastust vajab.

Järgmine töörühma koosolek toimub 08.06.2020 (esmaspäev). Sellele järgneva ehk augusti koosoleku kuupäev ning asukoht selgub Doodle`i küsimustiku põhjal.

## 6. Käsitusala koostamine

Enne töörühma esimest kohtumist toimus ravijuhendi fookuse seadmiseks püsisekretariaadi, sekretariaadi ja töörühma juhi arutelu. Töörühma liikmetele saadeti enne koosolekut tutvumiseks püsisekretariaadi koostatud käsitusala visand.

Käsitusala visandi jaoks kogus püsisekretariaat esialgset infot rahvusvahelistest ravijuhenditest (NICE, SIGN, ESC, ACC/AHA/HFSA). Tõendusmaterjali otsingul vaadatakse aga läbi ka muud asjakohaseks osutuvad ja AGREE II tööriistaga heakvaliteediliseks hinnatud ravijuhendid.

- **Juhendi pealkiri** – toimus arutelu selle üle, kas juhendi sihtrühmaks on esmatasand, perearstipraksis või muu tasand (nt kardioloogid k.a). Töörühm otsustas, et ravijuhendi pealkirjaks saab “Kroonilise südamepuudulikkusega täiskasvanud patsiendi käsitus esmatasandil”.
- **Juhendi kasutajad (sihtrühm)** – töörühm arutles, kas lisaks perearstidele ja -õdedele nimetada ära ka teised haiglavälise raviga tegelevad tervishoiutöötajad. Otsustati, et teisi spetsialiste erialade kaupa üles ei loeta, vaid nimetatakse üldistatult *a la* teised selliste patsientidega tegelevad spetsialistid.
- **Hõlmatud patsiendid** – kroonilise südamepuudulikkuse kahtlusega ja kroonilise südamepuudulikkusega täiskasvanud (vanuses  $\geq 18$  eluaasta) patsiendid esmatasandi jm haiglavälises arstiabis
  - Arutleti, kas lisada ka täiskasvanud patsiendid, kellel on kaasündinud klapirike, kuid otsustati, et seda kitsendusena mõjuvat täpsustust ei ole vaja eraldi välja tuua.
- **Juhendis käsitletavat teemat** – arutelu tulemusena otsustati, et ravijuhend käsitleb kroonilise südamepuudulikkuse diagnostikat, farmakoloogilist ja mittefarmakoloogilist ravi ning jälgimist (sh suunamist kardioloogi juurde) täiskasvanutel Eesti esmatasandi jm haiglavälises arstiabis.
  - Töörühm arutles, kas lisada suunamine kardioloogi juurde eraldi küsimusena, kuna see on sisuliselt osa patsiendi jälgimisest. Töörühm arvas, et see küsimus võiks olla eraldi käsitletud.
  - Sõelumine – et see teema on mõnes rahvusvahelises ravijuhendis sees, siis arutati, kuidas oluline oleks praegu Eesti kontekstis kroonilise südamepuudulikkusega patsientide (välja)sõelumine. Leiti, et nn klassikaline sõeluuringuprogramm vajalik ei ole, samas kindla(te) riskirühma(de)

sõelumine ehk võimalikult varane haiguse kindlakstegemine oleks selle (raskemate vormide) ennetamiseks meditsiiniliselt põhjendatud. Samas leiti, et kindla süsteemi loomine nõuaks suurt ressursi. Patsiendi jälgimine on perearsti töö, sõelumist (a.j haiguse riskitegurite ja esmaste sümptomite märkamist) võib lugeda osaks sellest.

- Anamneesi võtmine ja objektiivne hindamine võiksid olla ravijuhendisse sisse kirjutatud – konkreetsete praktiliste soovitusena (punktidena, et mida küsida, mida hinnata).
  - Kokkuvõttes leiti, et juhendis käsitletavate teemade all ei tooda sõelumist eraldi välja, kuid ravijuhendis kirjeldatakse neid patsiente/riskitegureid, kes/mis vajavad (südamepuudulikkuse tekke suurema tõenäosuse tõttu) varasemat tähelepanu.
  - Arutati ka seda, kas tuleks kaasata ka südamepuudulikkuse ennetuse teema, kuid otsustati, et see on eraldiseisva juhendi (mahuga) teema ja käesolevasse juhendisse ei mahu. Eesmärgiks on saada ravijuhend mõistliku aja jooksul valmis ja kasutusse.
- **Teemad, mida juhendis ei käsitleta** – südamepuudulikkus lastel; äge südamepuudulikkus täiskasvanutel (vanuses > 18 aasta); kroonilise südamepuudulikkusega patsiendi täiendavad uuringud ja ravi kardioloogi juures / statsionaaris; südamepuudulikkusega patsiendi palliatiivne ravi ja taastusravi.
- Jutuks tulid täiskasvanud kaasasündinud südamerikkega patsiendid. Otsustati, et neid loetellu siiski ei lisata, kuna siis peaks ka palju teisi patoloogiaid/diagnoose üles lugema.
- Mõtlemiseks ja järgmisel töörühma koosolekul arutamiseks jääb, kas oleks vaja teha nn jätkujuhend südamepuudulikkuse ennetuse, taastusravi ja palliatiivse ravi kohta. Kuna pereõed on osa juhendi sihtrühmast, siis nende jaoks võiks oluline olla, et need teemad oleksid käsitletud. Tekkis küsimus, mida oleks vaja taastusravi puhul kirjeldada – kas spetsiaalseid tehnikaid või lihtsalt seda, kas/millal patsient taastusarsti juurde suunata? Taastusarstile suunamise küsimuse võib jätta tervishoiukorralduslike küsimuste loetellu – selle juurde tullakse tagasi. Edasi arutati, kas kehalise aktiivsuse ja toitumise teemat käsitleda mittefarmakoloogilise ravi all või kuivõrd see üldse käesolevasse juhendisse – kas piirduda üldiste soovitustega või võtta Südamehaige taastusravi oleks kindlasti eraldi juhendi teema.
- **Teised asjakohased Eesti juhendid** – loetellu (käsitusala visandis) lisatakse palliatiivse ravi juhend, kroonilise obstruktiivse kopsuhaiguse (KOK) juhend, kõrgvererõhktõve juhend.
- **Mõisted** – lisatakse jooksvalt töö käigus. Südamepuudulikkuse (sh krooniline ja äge) diagnoosi mõiste/kirjeldus võetakse üle Euroopa juhendist (ESC-st).

- **Sissejuhatus** – siin esitatakse haiguse mõiste, klassifikatsioon, vastavad RHK-10 koodid (nende puhul küsitakse koosolekutevahelisel ajal infot sekretariaadi juhilt), haiguse levimuse ja tõsiduse kirjeldus. Vastav info palutakse dr. Uuetoal kokku panna ja siis saadetakse see töörühmale läbivaatuseks).

### **Kliinilised küsimused:**

- **Anamnees ja objektiivne läbivaatus** – kliinilist küsimust ei ole vaja püstitada, aga ravijuhendisse tuuakse need punktid praktiliste soovitusena.
- **Analüüsid ja uuringud** – millised on esmased ja esmatasandil tehtavad analüüsid ja uuringud (nt rindkere röntgen, EHHO, EKG)? Siinkohal võiks kasutada teiste ravijuhendite tehtud tööd. Soovitus võiks olla sõnastatud nii, et see ei muuda tegevust kõigile absoluutselt kohustuslikuks; arstidel jääb alles nõ arstikunst. Andmed võib esitada lisana, tekstisisese tabelina. EHHO uuring on tihti patsientide poolt väärnõutud, oluline on välja tuua selle kasutamise näidustused (kui on kahtlus südamepuudulikkusele ja proBNP analüüs seda kinnitab, siis tuleb teha EHHO). Kliinilist küsimust EHHO kohta ei esitata. Sekretariaat kogub anamneesi ja objektiivset läbivaatust puudutava info järgmiseks koosolekuks.
  - Analüüside kohta otsustati koostada järgnev kliiniline küsimus:

### **1. Kas kõigil kroonilise südamepuudulikkuse kahtlusega täiskasvanud patsientidel teha diagnostilise testina pro-BNP või mitte?**

- Arutelu selle üle, kas tuleks otsida teadusmaterjali ka referentsväärtuste kohta. Otsustati, et referentväärtuste kohta antakse praktiline soovitus, kuna väärtuste vahemikud on konsensuslikult kokku lepitud. Info loodetakse saada laboriarstidelt (sekretariaat võtab ühendust), samuti võib kasulikku infot saada teadusliku tõendusmaterjali läbitöötamisel. Vajadusel antakse küsimusele patsientide alarühmade lõikes vastusena mitu soovitus.
- **Ravi**
  - Töörühm arutas, et kuna edukas ravi lähtub korrektselt püstitatud diagnoosist, siis on vaja anda praktiline soovitus selle kohta, kuidas diagnoosi korrektselt vormistada (sõnastada). Mh on vaja välja tuua NYHA klassifikatsiooni aste. Samuti on oluline kokku leppida, kas südamepuudulikkus märgitakse peamiseks või kaasuvaks haiguseks.

Haigekassa auditist selgus, et südamepuudulikkuse diagnoosi kasutatakse nn vihmavarjudiagnoosina. Ravijuhendi roll peaks olema ka ravikorralduse korrastamine, seega on oluline seltsi(de) tasemel diagnoosimise kriteeriumid kokku leppida. Otsustati, et juhendi tööversioonis kirjeldatakse diagnoosimise kriteeriume (diagnoosikood, NYHA klassifikatsioon, EF väärtus), kuid see küsimus on nii oluline, et asjas peavad läbi kokku

leppima ka erialaseltsid/spetsialistid ning lõplik soovitus antakse siis, kui on saadud tagasiside kardioloogide seltsilt.

- Samuti leidis töörühm, et rakendustegevusena tuleks perearstide arvutiprogrammidesse ja otsustustoesse diagnoosikriteeriumid sisse viima (nõ kohustuslikuks muutma).

### **7. Edasine tegevuskava**

Järgmisel töörühma koosolekul jätkatakse käsitusala koostamist ning sekretariaat valmistab ette sellel koosolekul tekkinud küsimuste vastused. Vajadusel küsib sekretariaat töörühma liikmetelt koosolekutevahelisel ajal arvamust, tagasisidet.

Järgmine ravijuhendi töörühma koosolek toimub 08.06.2020 elektroonselt. Ravijuhendi käsitusala plaanitakse valmis saada juuni keskpaigaks.