



Ravijuhendi „Terve täiskasvanu tervise jälgimise juhend“ töörühma koosolek nr 1

19.10.2021 kell 15.00–17.00

MS Teams

Osalesid töörühma liikmed Anneli Rätsep (juht), Katrin Martinson, Anne Kaldoja, Lauri Laas, Merike Toomik, Mikk Jürisson, Irina Tohus, Ester Sikk, Kersti Esnar, Kadri Paal.

Osalesid sekretariaadi liikmed: Kadi Kallavus (juht, püsisekretariaadi esindaja).

Koosolekule kutsuti ravijuhendite metoodikakonsultant Kaja-Triin Laisaar.

Koosolekut protokollis Kadi Kallavus.

Koosolekul osalesid kõik töörühma liikmed, seega oli kvoorum koos ja töörühm otsustusvõimeline.

Koosoleku päevakord ja arutelu kokkuvõte

1. Tutvustusring, huvide deklaratsioonid, edasised koosolekud

Töörühma liikmed tutvustasid end ning andsid ülevaate varasemast ravijuhendite koostamise kogemusest.

Püsisekretariaadi esindaja K. Kallavus tutvustas huvide deklaratsiooni koondtabelit. Ühe töörühma liikme huvide deklaratsioon oli puudu, see vaadatakse üle järgmisel koosolekul. Ülejäänud töörühma ja sekretariaadi liikmetest olid kahel huvid deklareeritud, kuid meetmed konflikti ohjamiseks ei olnud vajalikud. Ülejäänutel deklareeritavad huvid puudusid.

Lepiti kokku, et järgmised selle aasta koosolekud toimuvad R, 26.11 kl 12.00-16.00 ja T, 28.12 kl 12.00-16.00. Esialgu toimuvad koosolekud veebis. Kui selgub, et neli tundi on liiga palju, siis lühendatakse koosolekuid ühe tunni võrra. Seda otsustab töörühm jooksvalt.

2. Käsitlusala koostamise arutelu

Perearstide poole pöörduvad inimesed sooviga oma tervist kontrollida. See, milliseid riske hinnatakse ja milliseid uuringuid tehakse, võib perearstide seas erineda. Selleks, et välja selgitada, milliseid sekkumisi üldse tehakse ning kas tervisekontrollid on efektiivsed (vt raporti ptk 1. Raporti eesmärk ja uurimisküsimused), koostati Tervisetehnoloogia hindamise raport „Tervisekontrollid südame-veresoonkonnaaiguste ja diabeedi riski hindamiseks“, mis annab töörühmale sisendi selleks, et mitte minna juhendis käsitletavate teemade ringiga liialt laiali. Eesmärk on keskenduda rahvatervise mõttes olulisematele teemadele ja selliselt, et juhend oleks võimalik mõistliku ajaga (ühe aastaga) valmis saada. Töötervishoiuarstide Selts on koostamas oma patsientide käsitluse juhendit, kus lähenemine on riskipõhine. Terve täiskasvanu jälgimise juhendi koostamisel konsulteeritakse töötervishoiuarstide juhendi koostajatega.

Juhendi **pealkiri** lepitakse kokku siis, kui muud teemad on läbi arutatud.

Töörühm arutas **peamise kasutajate sihtrühma** üle. Esiti loetleti üles perearstid, pereõed ja töötervishoiuarstid. Arutati, mil määral võiks kuuluda selle juhendi kasutajate sihtrühma töötervishoiuarst, st kas töörühm peab käsitusala küsimusi koostades silmas ka töötervishoiuarste. Töötervishoiuarstide ja perearstide rahastamine on erinev – esimesi rahastab tööandja, teiste rahastus tuleb riigieelarvest. Töötervishoiuarst lähtub tööpõhistest riskidest, reeglina ei alusta ravi. Samas, töötervishoiuarst teeb analüüsi ja jälgib teatud riske, mis võiksid olla kooskõlas selle juhendiga – eesmärk on vältida tegevuste dubleerimist. Lisaks on selle juhendi koostamisel võimalik läbi mõelda töötervishoiuarstide ja perearstide omavahelise suhtluse küsimused (nt kes, millal peaks suunama, e-konsultatsioonile suunamine jmt). Selle jaoks saab koostada tervishoiukorralduslikud küsimused ning anda praktilised soovitusel. Töörühm otsustas, et esialgu jäävad töötervishoiuarstid ravijuhendite kasutajate sihtrühma. Veel lisati kasutajate sihtrühma töötervishoiuõed ja terviseõed (perearstiabis). Arutati, kas lisada ka ämmaemandad, kuid esialgu neid ei lisatud. Vajadusel täiendatakse kasutajate sihtrühma käsitusala koostamise käigus.

Arutati, kes võiksid olla **juhendiga hõlmatud patsiendid**. Kes on see patsient, kellele mõeldes juhendi kliinilisi küsimusi koostada ja soovitusi anda. Pakuti välja kaks lähenemist, mille üle arutama hakati:

1. inimene, kes tuleb mistahes põhjusel oma perearstikeskusesse (nt auto juhiloa uuendamine, vaktsineerimine jne), kellel ei ole teatud haigusi (nt diabeet, südame-veresoonkonna haigused (SVH)) diagnoositud.
2. inimene, keda perearst (selles juhendis kirjeldatud) riskitegurite alusel vastuvõtule kutsub.

Need kaks lähenemist on sisuliselt **oportunistlik (1) või organiseeritud sõeluuring (2)**. Oportunistlik sõeluuring toimub juhuslikult, võimaluste põhisel. Kui juhendis määratletud profiiliga (nt mingis vanus, ilma teatud diagnoosideta) inimene tuleb ükskõik, millise probleemiga perearsti juurde, siis tema teatud riske hinnatakse. Organiseeritud sõeluuring toimub mingi kindla kõigile kehtiva süsteemi alusel ja nõuab regulaarselt ressursse. Teada on, et oportunistlik sõeluuring nõuab väiksemaid ressursse. Süstemaatilistes ülevaadetes on leitud, et sümptomiteta täiskasvanute organiseeritud skriiningul olulist mõju üld- ja haigusspetsiifilisele suremusele ei ole ning TTH raportis leiti, et kogu rahvastiku sõelumine ei ole tõhus. Inglismaa National Health Service käivitas 2009. aastal üleriikliku terviseriskide hindamise ja ennetamise programmi „NHS Health Check“, mille raames kutsuti kõiki terveid inimesi vastuvõtule. Selle programmi tulemuste põhjal saab järeldada, et 2000 inimesega nimistu puhul tähendaks see 200 inimese visiiti aastas viieaastase intervalliga. See tähendaks, et pidevalt oleks aastas 200 inimest lisaks, kellega tegeleda. Selle käigus avastataks umbes kümnekond uut hüpertoonia juhtu, üks-kaks diabeedihaiget, üks neeruhaiguse juht. Leitakse u 70 suitsetajat, keda tuleb nõustada. Lisaks on perearstil u 500–600 juba olemasolevat kroonilist haiget, keda iga aasta jälgida. Lisaks laste jälgimine. Selline süsteemne lähenemine oleks väga suur kulu ja ilmselt eeldaks, et perearsti meeskond oleks veelgi suurem.

Edasi jõuti **patsientide vanuse** juurde. Leiti, et kui lapsi jälgitakse regulaarselt kuni 19. eluaastani, siis tuleb pärast seda jälgimises pikem paus, mille jooksul noor inimene arsti juurde ei pruugi sattuda. TTH raportis on ühe mudelina välja toodud 30–65-aastased mehed ja 40–70-aastased naised. See sihtrühm on võetud Eestis tehtud uuringust „Personaalmehitsiini kliinilised juhtprojektid rinnavähi ja südame-veresoonkonna haiguste täppisennetuses“ (2018–2021).

Töörühmas leiti, et selles vanuses (30–40aastased) võib, aga ei pruugi olla haiguste risk juba väga suur. Kõlas arvamus, et juba noortelt inimestelt (nt al 20aastastelt) peaks küsima füüsilise aktiivsuse ja suitsetamise kohta, sest nende teemadega tuleks varakult tegelema hakata. Jõuti järeldusele, et hetkel ei ole vanuse konkreetse vanusevahemiku määramine kõige olulisem. Kui töörühm pakub juhendis välja stsenaariumi, mis riske ja kuidas hinnata, siis TTH meeskonna analüütikud saavad eri vanustes inimestega neid stsenaariume läbi mängida. Selle põhjal saab lõplikus juhendis otsustada, millisele vanuserühmale töörühm soovitusel suunab, st milline sekkumine on kõige tõhusam.

Arutati **riskipõhise** lähenemise üle. Kõlas arvamus, et üles oleks vaja leida kõrge riskiga inimesed, sh kõrge riskiga noored inimesed, et saaks hakata varakult haigusi ennetama. Arutati, et keskendumine peaks inimestele, kellel on kõrge riskid (kõrge vererõhk, kõrge kolesteroolitase, ülekaal, suitsetamine jmt), mis Eestis põhjustavad enim haigestumist SVH-sse ja diabeeti, mille tüsistused on kõige ressursimahukamad. Üks mõte, mis kõlas, oli, et riskipõhise lähenemise puhul saaks kirja panna, et mis vanuses peaks milliseid riske hindama. Näiteks mida ja kuidas hinnata 20-aastastel, mida ja kuidas 30-aastastel jne. Samas leiti, et riskipõhise lähenemise puhul vanus nii oluline ei olegi. Lisaks on riskipõhise lähenemise puhul võimalik koostada skeem, millise riski esinemisel milliseid riske veel hinnata, mida patsiendilt küsida. Andmete põhjal on võimalik hinnata patsiendi koondriski, riskiprotsent. TTH raportis pt 7.3 joonis 4 (lk 60) on esitatud üks võimalik oportunistliku tervisekontrolli mudel, mida tutvustati. Selle näite eeskujul esitati üks võimalik selle juhendi lähenemine:

1. Inimene tuleb mistahes põhjusel oma perearstikeskusesse (nt auto juhiloa uuendamine, vaksineerimine jne) ja tal ei ole teatud haigusi (nt diabeet, SVH) diagnoositud.
2. Pereõde või -arst:
 - a. küsitleb inimest tervise ja eluviiside (suitsetamine, alkoholarvitamine, toitumine, füüsiline aktiivsus) osas. *Töörühm viitab selles juhendis teistele Eesti juhenditele; vajadusel koostab soovitusel, milliseid küsimustikke, mõõdikuid kasutada.*
 - b. mõõdab vererõhku, pikkust ja vööümbermõõtu, kaalub. *Töörühm annab selged juhised, kuidas mida mõõta.*
 - c. võtab vereproovi (üldkolesterool, LDL-kolesterool)
3. Edasine käsitus läheb lahku:
 - a. kui riskitegureid ei esine – järelkontrolli määramine?
 - b. kui esineb vähemalt üks riskitegur, hinnatakse diabeedi ja SVH riske (koondriski hindamine, korduval kontrollil kutsumine, nõustamine).

Riskipõhist lähenemist võib rakendada nii oportunistlikult kui organiseeritult. Meil on juba teadmine teaduskirjanduse põhjal, et kui teha seda organiseeritult, siis läheb see väga kalliks ja oleks perearstidele koormav ning saadav tervisekasu ei kaalu seda üles. Kõlas ka mõte, et see võiks siiski toimuda nii, et perearst vaatab oma nimistu läbi ja kutsub riskitegurite alusel inimesi visiidile. Samas kõlas töörühmas ka vastuarvamus, et ei taheta, et perearst peaks hakkama inimesi riskitegurite alusel kutsuma, sest sõelumine ja inimeste kutsumine on väga aja- ja ressursimahukas. Seega, **pooldatakse oportunistlikku lähenemist**, mille puhul hinnatakse ükskõik, mis põhjusel perearsti juurde tulnud inimeste riske.

Toodi ka välja, et juhendi üks eesmärkidest võiks olla see, et juhendis on konkreetselt kirjas, milliseid analüüse milliste riskidega inimesel teha. See aitaks arstil tugineda juhendile (ja teadusuuringutele) ning inimesele öelda, millised uuringud on tema riskidega inimesele näidustatud. Töörühmas kõlas arvamus, et sellise lähenemisega on ka oht, et mõnel inimesel jäävad olulised analüüsid tegemata.

Toodi välja oportunistliku lähenemise kitsaskohana seda, et mingi hulk inimesi võib sellise lähenemisega perearsti vaateväljast kõrvale jääda ning tähelepanu saavad need inimesed, kes ise vastuvõtule lähevad ja vereanalüüse soovivad.

Arutati, millised on veel viisid patsientide sihtrühmani jõudmiseks. Eestis kehtib töötervishoiu ja tööohutuse seadus, mille alusel on kohustatud kõik töötavad inimesed läbima tervisekontrolli. Kontrolli sagedus on vastavalt riskiteguritele (iga kolme, kahe või eriti ohtliku töö puhul iga aasta). Töörühmas kõlas mõte kasutada ära Kaitseressursside Ametit (KSA), sest Eestis on kõik mehed kaitsevägekohustuslased. KSA-ga koostööd tehes saaks riskiteguritega noored inimesed üles leida. Kõlas ka arvamus, et noorte inimeste jälgimine on väga ressursimahukas, mida on mainitud ka juba varem. Nooremad inimesed ei pruugi olla ise motiveeritud arsti juurde tulema, sest nende tervis on korras.

Arutati veel edasi, millise **fookusega** see juhend olema peaks. Terve täiskasvanu jälgimise teema on väga lai ning ravijuhendiga on mõttekas võtta sellest teemast hetkel Eestis kõige olulisemad riskitegurid ja kõige laiemalt levinud haiguste ennetus, st käsitleda seda, mille osas Eestis „king kõige rohkem pigistab“, sest kõiki teemasid ei jõua ühe juhendiga ära katta. Tegu on esimese sellist laadi juhendiga ning töörühm võib ausalt välja öelda, et kaetakse vaid osa haigustest ning edasised juhendid peaksid käsitlema järgmisi haigusi ja nende riskitegureid. Oluline on juhendi tööga pihta hakata ja mõistliku ajaga valmis saada. TTH raportis on suur töö juba ära tehtud ja on näidatud, milliste haiguste (riskitegurite) puhul on sõelumine tõhus. Võib alustada oportunistliku lähenemisega ning kui on näha, et see süsteem toimib, siis võib teha ettepaneku edaspidi organiseeritult läheneda.

Töörühmas kõlas ka arvamus, et oleks siiski vaja vaadata natuke laiemat pilti kui SVH ja diabeedi ennetus. Mõtlemine peaks, mida praktikud selles juhendis näha tahaks. Perearstid tegelevad SVH ja diabeedi ennetusega iga päev, sh autojuhi tervisetõendite uuendamisele tulevate inimeste näol. Jäid kõlama veel mõned haigused ja riskitegurid, mille sellesse juhendisse lisamist võiks kaaluda. Näiteks toodi välja glaukoomi (küsida perekonnas esinevate silmahaiguste kohta), silmakontroll, PSA testi tegemine (millise intervalliga teha), vaimse tervise probleemide (stress, depressioon) hindamine.

Töörühma järgmine samm ongi välja selgitada, milline saab olema juhendi fookus: kas lähtuda enamlevinud haigustest või suurema tervisekaoga haigustest, mille puhul on näidanud sõeluuringud tõhusust.

WHO järgi on maailmas kõige olulisemad mittenakkushaigused SHV, diabeet, KOK/astma, vähid ja vaimse tervise probleemid. Riskiteguritena alkoholi- ja tubakatarvitamine, toitumine, kehaline aktiivsus.

Loetleti **teised Eesti ravijuhendid**, mis selle juhendi teemaga haakuvad ja millele saame viidata.

Kokkuvõte

Juhendi pealkiri lepitakse kokku, kui muud teemad on paigas.

Juhendi peamine kasutajate sihtrühm: perearstid, pereõed, terviseõed (perearstiabis), töötervishoiuarstid, töötervishoiuõed. Vajadusel täiendatakse nimekirja töö käigus.

Võimalikud lähenemised, mida töörühm arutas:

1. oportunistlik sõeluuring: inimesel, kes pöördub ükskõik, mis põhjusel perearsti poole ning kellel ei ole varasemalt SVH või diabeedi diagnoosi, hinnatakse teatud riske
2. organiseeritud sõeluuring: perearst vaatab oma nimistu läbi ja kutsub teatud riskiteguritega inimesed vastuvõtule.

Kõlama jäi, et töörühm eelistab oportunistlikku lähenemist.

Kuidas läheneda tervise jälgimisele ja riskide hindamisele:

1. lähtuda kõige suurema suremuse ja haigestumusega haiguste ennetamisest, nende riskiteguritest. Sellise lähenemiseks võiks saada suuremat rahvatervise kasu.
2. lähtuda kõige suurema levimusega (kõige sagedamini esinevatest) haigustest, nende riskitegurite jälgimisest. Arvestama peab, et need haigused väga suurt tervisekadu ei põhjusta.

Milliste haiguste ennetusele peaks juhendis keskenduma:

1. Keskenduda nendele riskiteguritele, mille tõttu inimesed Eestis kõige enam enneaegselt surevad või mille tõttu inimesed kõige enam tervisekaoga elavad:
 - a. SHV (TTH raporti järgi)
 - b. diabeet (TTH raporti järgi)
2. Töörühm pakkus lisaks eelmistele välja järgmised teemad:
 - a. silmahaigused/nägemisprobleemid (glaukoom, nägemiskontroll)
 - b. vaimse tervise probleemid (stress, depressioon)
 - c. PSA testi tegemine (millise sagedusega teha)

Edasine töö

Töörühma liikmetele esitatakse mõtlemiseks ja arutamiseks mõned küsimused ravijuhendi fookuse seadmiseks.