



Ravijuhendi „Terve täiskasvanu tervise jälgimise juhend“ töörühma koosolek nr 3

28.12.2021 kell 12.00–15.00

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).

Koosolekut protokollis Kadi Kallavus.

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

Koosoleku päevakord ja arutelu kokkuvõte

1. Huvide deklaratsioonid, eelmise koosoleku protokoll

Töörühma ja sekretariaadi liikmed ei soovinud huvide deklaratsioone täiendada.

Kinnitati eelmise, 26.11 koosoleku protokoll.

2. Käsitlusala koostamine

Arutati depressiooni ja ärevushäire küsimust:

EEK-2 on Eestis valideeritud ja sõelumiseks seda perearstid kasutavad. Selles osas ei ole töörühmal kahtlusi. Probleem on selles, et see küsimustik on liiga pikk ja seda ei jõua esimese visiidi ajal ära küsida. Töörühm soovib teada, kas kusagil mujal riigis on kasutusel lühem küsimustik või paar küsimust, millega võiks sõeluda need välja, kes peaks järgmisel visiidil EEK-2 küsimustikku täitma.

K. Kallavus suhtles enne koosolekut kliinilise psühholoogia kaasprofessori Kirsti Akkermanniga, kes ütles et „ta on Haigekassaga algatamas projekti, et valideerida perearstidele depressiooni ja ärevushäirete hindamise meetodeid. EEK-2 on praegu siiski esmane sõelumisvahend, sealt edasi peaks täpsemalt hindama häirespetsiifiliste mõõdikutega. Depressiooni ja ärevushäireid ei saa sõeluda ühe-kahe küsimusega. Üks, mida soovitatakse on WHO-5 heaoluindeks (5 väidet), kus on väljatöötatud äralõikepunktid, millest lähtuvalt saab öelda kas on risk depressiooniks või mitte. Ärevushäirete jaoks on vaja eraldi hindamisvahendit, kuna see kategooria hõlmab väga erinevaid häireid (ka ravi mõttes).“

2011. aasta Eesti depressiooni ravijuhendis perearstidele ning Austraalia ravijuhendis on kaks küsimust depressiooni kohta. Tõendusmaterjali lugedes arvestada ka nendega. Ärevushäire kohta selliseid küsimusi teadaolevalt ei ole, kuid seda hakkab sekretariaat otsima.

Koostati järgmine kliiniline küsimus:

Kas kõigil 40–65aastastel kasutada EEK-2-e või mõnda muud meetodit, et võimalikult varakult avastada depressioon ja/või ärevushäire?

Arutati geneetiku juurde suunamise küsimust:

Püsisekretariaadi esindaja K. Kallavus rääkis geneetik dr Piret Laidrega, kes oli seisukohal, et tegemist on väga laia teemaga, kui arvestada, et lisaks vähkidele oleks hõlmatud ka diabeet ja SVH (Austraalia juhendi eeskujul). Lisaks peab arvestama, et geneetiku ei ole Eestis palju ning kõiki geneetilise riski hindamiseks saadeta vaid inimesi ei pruugi olla geneetikutel võimalik mõistliku aja jooksul vastu võtta. Vähipatsientide käsitlemise kohta on kliinikumil koostatud mõned juhendid. Uuendamisel on rinna- ja munasarjavähiga patsientide geneetilise konsulteerimise ja jälgimise juhend:

https://www.kliinikum.ee/geneetikakeskus/pildid/artiklid/Tigane_2009_Parilik_rinna-ja_munasarjavahk.pdf. Koostatud on päriliku jämesoolevähiga patsientide geneetilise konsulteerimise ja jälgimise juhend:

https://www.kliinikum.ee/geneetikakeskus/pildid/artiklid/Mikita_2012_Parilik_jamesoolevahk.pdf. Dr Laidre oli seisukohal, et see teema vajaks pikemat arutelu ning arutellu peaks kaasama ka kliinilise geneetika keskuse juhataja dr Katrin Õunapiga. K. Kallavus suhtub dr Õunapiga.

K. Kallavus tõi välja, et Ravijuhendite Nõukoja (RJNK) lähtub põhimõttest, et jätkujuhendid võetakse koostamisele eelisjärjekorras. Seega on töörühmal võimalus geneetilise riski hindamise kohta koostada jätkujuhend.

Üks mõte oli, et kui teema läheb väga laiaks, siis võiks keskenduda ainult vähkidele. Saaks Eesti juhendite info üle võtta ja koondada ning vajadusel tõendust juurde otsida nende vähkide kohta, mida teistes juhenditel pole käsitletud.

Töörühmas arutati, kas tahetakse perekonnas esinevad geneetilised haigused välja selgitada selleks, et inimesi geneetiku juurde saata, või selleks, et perearstid ise patsiendi käsitlemist muudaksid vastavalt välja selgitatud haiguste riskidele. Geneetiku juurde näiteks perekonnas esineva kardiovaskulaarse haiguse tõttu saadetakse väga väike osa patsientidest. Kõrge riskiga inimestega tegeleb järjest rohkem perearst – selgitab riski välja ja vastavalt sellele patsiendi käsitlemist korraldab. Selle küsimusega võikski välja selgitada, kes on see väike rühm inimesi, keda võiks geneetiku juurde saata ehk millal kaasatakse geneetik. Enamikel juhtudel geneetiku vastusest patsiendi käsitlemist perearsti poolt ei muutu – ta tegeleb nagunii lähtuvalt riskiteguritest.

Toodi ka välja, et küsimustik ei saa olla väga pikk, sest vastuvõtu aeg on lühike. Võiks olla üks-kaks küsimust, mille alusel vajadusel patsiendiga pikemalt tegeleda. Sellest lähtuvalt arutati, et võiks välja selgitada haigused, mille teada saamise puhul erineb ravipraktika. Oleks vaja teada, milliste haiguste puhul on varajasel sekkumisel kõige suurem mõju. Näiteks maovähi esinemisel perekonnas, peaks esimese astme sugulasi skriinima (gastroskoopiat tegema). Kardiovaskulaarse riski puhul geneetilise riski ilmumine käsitlemist ei muuda. Päriliku hüperkolesteroleemia puhul on pereanamnees oluline, kuid kui nagunii kolesterooli mõõtmise soovitus selles juhendis antakse, siis leitakse kõrge kolesterooliga patsiendid üles. Vähiennetuse programmide puhul on juba välja selgitatud, milliste vähkide puhul on skriinimisel mõju ning strateegiad on juba välja töötatud.

Arutati järgmiste küsimuste üle:

Milliste geneetiliste haiguste puhul on varajane sekkumine/küsimine tõhus? Kas küsimine muudab patsiendi jaoks midagi?

Kas kõigil 40-65aastastel võtta pereanamnees küsimustiku või muu meetodi abil, et välja selgitada geneetilise haiguse eelsoodumuse tõenäosus / et haiguseid varem avastada? TN: varajasem avastamine, tüsistuste tekkimine, elulemus, suremus.

Millal suunata geneetiku juurde?

Otsustati, et selle teema arutamiseks võetakse eraldi aeg. Kliiniline küsimus on võimalik juurde lisada ka siis, kui käsitlusala on kinnitatud.

Arutati SCORE vs SCORE2 küsimust:

See on lihtne ja kasutatav küsimustik, mida kasutab kogu maailma. Küll on sellel omad puudused, see ei ole täielik, sest ei hinda kõigi riskitegureid, nt geneetilisi riske, kuid hetkel ei ole selle asemele ka midagi pakkuda. Selle olukorra võiks ravijuhendis lahti kirjutada.

Tõendus peaks olema Euroopa Kardioloogide Seltsi 2021. aasta juhendis olemas. Sekretariaat vaatab selle üle ja vajadusel otsib tõendust juurde.

Koostati järgmine kliiniline küsimus:

Kas kõigil 40-65aastastel kasutada kardiovaskulaarse riski hindamiseks SCORE või SCORE2, et võimalikult varakult avastada kardiovaskulaarne haigus?

Arutati 2. tüüpi diabeediriski hindamine küsimust:

Valmimas on 2. tüüpi diabeedi Eesti ravijuhend, kus on refereeritud Ameerika Diabeedi Assotsiatsiooni sõeluuringu kriteeriumid¹. Eesmärk on üles leida kõrgenenud riskiga inimesed. Töörühm arvas, et skriinimise seisukohalt peaks võrdlema paastuglukoosi ja glükohemoglobiini määramist ning glükoosi taluvuse proovi. Praktikast kasutatakse glükoosi taluvuse proovi aina vähem ning töörühm soovib selle kohta uuemat tõendust.

Koostati järgmise kliiniline küsimus:

Kas kõigil 40-65aastastel hinnata 2. tüüpi diabeedi riski paastuglukoosi, glükohemoglobiini või glükoosi taluvuse proovi alusel, et võimalikult varakult avastada 2. tüüpi diabeet?

Arutati osteoporoosi riski hindamise küsimust:

Eelmisel koosolekul tõi töörühm välja, et Eestis kasutatakse murruriski kalkulaatorit FRAX. K. Kallavus oli kirjavahetuses reumatoloog dr Karin Laasiga, kelle hinnangul on FRAX väga hea küsimustik, et hinnata ravivajadust. See on Eestis valideeritud ja kasutatav luumurru riski hindamiseks järgmise 10 aasta jooksul. Dr Laas lisas, et kui küsida, keda saata osteoporoosikabinetti luutiheduse mõõtmiseks, siis rahvusvahelised soovitused on: vanuses > 50 kui on olnud luumurd või esineb vähemalt 3 riskifaktorit; loomulik või kirurgiline menopaus

¹ American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes – 2021. Diabetes Care, 2021.

enne 45. eluaastat; röntgenpildil esineb osteoporoosile iseloomulikke muutuseid; minimaalse traumaga või sageli korduvad luumurrud; kehapikkuse vähenemine > 5 cm või osteoporootilise kүүru kujunemine.

Töörühm arutas, et ei taheta hinnata ravivajadust, vaid hinnata, kellel on suurem risk haiguse väljakujunemiseks. Lähtuma peaks riskifaktoritest ning kui need on inimesed olemas, siis peaks tõenäoliselt tegema FRAXi, kuid igal inimesed ei hakata esimese tegevusena FRAXi tegema.

Võimalik, et töörühm ei leia konkreetset küsimustikku vaid peab ise paika panema, mis küsimusi küsida. Eesmärk on koostada võimalikult lihtne küsimustik, mille abil leida inimesed, kellega edasi tegeleda. Olemasolevad küsimustikud võivad sisaldada erinevaid tunnuseid, nagu varane menopaus, suitsetamine, söömishäired, glükokortikoidide kasutamine jmt, kuid töörühm peab koostama selle juhendi jaoks sobivaima küsimustiku.

Koostati järgmine kliiniline küsimus:

Kas kõigil 40-65aastastel kasutada osteoporoosi suurenenud riski hindamiseks küsimustikku või muud meetodit, et võimalikult varakult avastada osteoporoos?

Arutati glaukoomi riski hindamise küsimust:

Austraalia juhendis soovitatakse küsida, kas esimese astme sugulastel on diagnoositud glaukoom. Austraalia juhendis on soovitus, et inimese peaks nägemiskontrolli saatma 5–10 aastat varem (5–10 aastat nooremas vanuses), kui esimese astme sugulasel diagnoositi glaukoom. Tegemist on A-taseme soovitusel. Sekkumisena tuuakse välja ka tonomeetriat ja perimeetriat. Arutati, et kas enne peaks tegema kindlaks glaukoomi esinemine sugulastel ja siis suunata tonomeetria või perimeetria või tehakse kõigile kohe tonomeetria või perimeetria.

Koostati järgmine kliiniline küsimus:

Kas kõigil 40-65aastastel küsida esimese astme sugulasel esineva glaukoomi kohta või teha tonomeetria või perimeetria või mitte midagi, et võimalikult varakult avastada glaukoom?

Arutati statiinide määramise küsimust:

Töörühm soovib teada, kas kõrge KVH riskiga inimestele määrata statiinid või mitte. Madala riskiga inimesed jättis töörühm kohe välja, sest selle kohta on teadmine olemas, et statiinide määramine ei ole efektiivne. Euroopa düslipideemia ravijuhend käsitleb seda teemat (tabel 5)².

Koostati järgmine kliiniline küsimus:

Kas kõigile kõrge südame-veresoonkonna haiguste riskiga 40-65aastastele inimestele määrata statiinid või mitte, et vähendada südame-veresoonkonna haigustesse haigestumist?

² <https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/1/111/5556353#207091310>

Arutati D-vitamiini määramise küsimust:

Otsustati, et võiks teha kaks eraldi küsimust – üks selle kohta, kas peaks tegema vereanalüüsi ja teine selle kohta, mis annuses soovitada D-vitamiini. Eesmärk on välja selgitada, kas D-vitamiini annustamise soovitus peaks sõltuma D-vitamiini tasemest veres ehk kas peaks kõigile tegema esmalt vereanalüüsi või peaks kõigile meie kliimavöötme inimestele ilma vereanalüüsi tegemata soovitada D-vitamiini tarvitada. Praktilises elus teevad perearstid analüüse, sest inimesed soovivad neid. Tihti selgub, et analüüsi tulemus on madal ning see inimese peaks D-vitamiini juurde võtma. Kui aga anda kõigile soovitus tarvitada D-vitamiini, siis pole analüüsi tegemine justkui vajalik ja saaks hoida raha kokku. Arutati ka, et kas peaks käsitlema, millised on D-vitamiini puuduse tunnused, ehk et kas oleks võimalik leida kriteeriumid, mille alusel oleks vereanalüüs näidustatud. Järgmisena arutati annuste üle. Toitumissoovitustes soovitatakse tarvitada sellel vanusrühmas 10 mcg, kuid tõendust on ka 25 ja 100 mcg kohta. Töörühm soovib näha uuemat tõendust annuste kohta. Töörühmas kõlas ühelt poolt arvamus, et inimestel peaks elu jooksul vähemalt ühe korra D-vitamiini määrama, teisalt kõlas arvamus, et seda tehakse liialt palju ja pigem ei taheta seda teha.

Koostati järgmised kliinilised küsimused:

Kas kõigil 40-65aastastel teha D-vitamiini vereanalüüs või soovitada tarvitada D-vitamiini, et ennetada hüpovitaminoosist tingitud haigestumist?

Kas kõigil 40-65aastastel soovitada tarvitada D-vitamiini 10 mcg või 100 mcg annuses või muus annuses, et ennetada hüpovitaminoosist tingitud haigestumist?

Arutati PSA testi küsimust:

Töörühm tahab teada, kellel ja kui sageli PSA testi teha, et parandada eesnäärmevähi ravitulemust. Selle juhendi vanusrühmas võib olla soovitus teha teatud riskidega inimestel.

Koostati järgmised kliinilised küsimused:

Kas kõigil 40-65aastastel meestel teha PSA test või mitte, et avastada eesnäärmevähk võimalikult varakult?

Tervishoiukorralduslikud (THK) küsimused

Tubaka- ja nikotiinitooted

Tubaka- ja nikotiinitoodete küsimuse peamine eesmärk on, et arst küsiks tubaka- ja nikotiinitoodete tarvitamise kohta. Oluline on, et küsimusega oleks kaetud huuletubakas jm suitsuvabad tubakatooted, mida kasutatakse. Seega peaks küsima suitsetamise ning muude tubaka- ja nikotiinitoodete kohta. Küsimus peab olema kookõlas valmiva ravijuhendiga „Tubaka- või nikotiinitoodetest loobumise nõustamine“. Pakuti välja, et peaks sel teemal rääkima Kersti Pärnaga, kes on tubaka- ja nikotiiniteemalisi uuringuid korraldanud ning selles valdkonnas teadustööd teinud. K. Kallavus uurib K. Pärnalt, milliseid küsimusi tema soovib kasutada.

Koostati järgmine THK küsimus:

Kuidas küsida tubaka- või nikotiinitoodete tarvitamise kohta?

Kehaline aktiivsus

Toitumis- ja liikumissoovituste põhjal formuleerida küsimus perearstile. Peab mõtlema, kuidas lihtsustada. Olemas on erinevaid küsimustikke, nt IPAQ, mis on selles kontekstis ilmselt liiga pikad. Sekretariaat ei lähe tõendust küsimustike kohta otsima, töörühm peab kokku leppima sobivad küsimused. Oluline on, et inimene 150 minutit ükskõik, mis viisil aktiivne oleks. K. Kallavus arutab ka seda teemat K. Pärnaga.

Koostati järgmine THK küsimus:

Kuidas küsida kehalise aktiivsuse kohta?

Toitumine

Toitumis- ja liikumissoovituste põhjal formuleerida küsimus perearstile. Oluline on küsida magustatud/gaseeritud jookide kohta, kiudainete, köögi- ja puuviljade tarvitamise kohta. Need põhipunktid saab toimumissoovitustest võtta ning nende põhjal lühike küsimustik koostada.

Koostati järgmine THK küsimus:

Kuidas küsida toitumise kohta?

Alkoholitarvitamine

AUDIT-test on küll liiga pikk küsimustik, kuid AUDIT-C võiks oma kolme küsimusega olla kasutatav. AUDIT-test (sh AUDIT-C) on ka integreeritud Perearst2 ja 3 programmi ning laialdaselt kasutatav. Selle küsimuse puhul ei peaks mõnda teist küsimustikku sisse võtma.

Koostati järgmine THK küsimus:

Kuidas küsida alkoholitarvitamise kohta?

Patsiendi edasise käsitluse küsimus

Iga kliinilise küsimuse puhul peab mõtlema, mida patsiendiga edasi teha – nõustamine, kliiniline intervjuu, mõnel juhul ravi, kuhu edasi suunata, millise intervalliga tagasi kutsuda vms –, kui leitakse madala, keskmise või kõrge riskiga inimene. Kõige olulisem on, et riskiga patsientidel haigusi ennetada, mis tähendab eelkõige nõustamist. TTH raportis on kardiovaskulaarse riskiga inimeste jälgimise intervallide soovitusel järgmised: madala riskiga inimesed iga viie aasta järel, keskmise riskiga kolme aasta järel ja kõrge riskiga igal aasta järel visiidile kutsuda. Käesolev juhend võiks olla TTH raportiga selles osas kooskõlas. Erinevate teemade puhul viidata olemasolevatele juhenditele.

Koostati järgmine küsimus:

Milline on nende patsientide edasine käsitlus, kellel leitakse küsimustes 1 (depressioon, ärevushäire), 2 (kardiovaskulaarne haigus), 4 (2. tüüpi diabeet), 5 (osteoporoos), 6 (glaukoom) käsitletavate haiguste puhul suurenenud risk?

Immuniseerimine ja vähi sõeluuringud

Selles juhendis kajastatakse immuniseerimiskava ja vähi sõeluuringute teema. Vähi sõeluuringud on juba perearstide otsustustoes, immuniseerimine mitte (v.a

gripivaktsineerimine). Kõik täiskasvanute immuniseerimised võiksid olla otsustustoes nähtavad.

Koostati järgmised THK küsimus:

Kuidas parimal viisil tagada patsientide immuniseerimine vastavalt kehtivale immuniseerimiskavale?

Kuidas parimal viisil tagada patsientide osalemine vähi sõeluuringutes?

Juhendi pealkiri

Eialgu oli pealkirjas „terve täiskasvanu“, kuid see ei ole päris täpne, sest patsientidel võib olla muid diagnoose. Arutati, kas ennetuse saaks pealkirja panna. TTH raporti pealkirja lisati ennetuse mõiste: „Tervisekontrollid südame-veresoonkonna haiguste ja diabeedi ennetuseks“. Ka selle juhendi olulisim eesmärk on haiguste ennetus ning see võiks olla pealkirjas kajastatud.

Otsustati, et juhendi pealkiri võiks olla "Täiskasvanu tervise jälgimise ja haiguste ennetamise juhend".

Patsientide sihtrühm

Sihtrühm peab olema üheselt mõistetav. Kui inimesel on nt glaukoom, mis on üks selle juhendi teemadest, siis teda võiks teiste haiguste osas ikka sõeluda. Juhend käsitleb riskide hindamist ja ennetamise meetmeid. Lisati lapse tervise jälgimise juhendi eeskujul lause: juhend hõlmab täiskasvanu tervisega seotud riskid ennetamise meetmeid.

Edasine töö

K. Kallavus korrigeerib koostöös metoodikakonsultandi K.-T. Laisaarega käsitusala. Töörühmal palutakse lisada iga küsimuse juurde tulemusnäitajad. Seejärel töörühm hindab tulemusnäitajad. Pärast neid toiminguid kinnitab töörühm käsitusala ning see saadetakse RJNK kinnitamiseks.

Järgmine koosolek toimub 12. jaanuaril. Selleks koosolekuks saadetakse töörühmale lugemiseks ühe või kahe kliinilise küsimuse tõendusmaterjal.