



## **Ravijuhendi „Elulõpuravi ja palliatiivse ravi korraldus“ töörühma ja sekretariaadi koosolek nr 2**

15.06.2020 kl 12.00-15.40

Videokoosolek Vidyo kaudu.

**Osalesid:** töörühma liikmed Pille Sillaste, Liina Kivi, Mare Kolk, Vanda Kristjan, Jelena Leibur, Merike Värik, erakorralise meditsiini konsultant Kristiina Pöld ning sekretariaadi liikmed Pille Kilgi, Jana Lass, Ivi Normet, Marika Saar ja Anna Vesper

**Puudusid:** töörühma liikmed Made Bambus, Katrin Elmet (ette teatatud), Svetlana Gromova, Mari Lõhmus (ette teatatud), Kadri Suija (ette teatatud), sekretariaadi juht Kaire Pakkonen (ette teatatud)

**Kutsutud:** Merli Laissaar, Riina Hallik

Koosolekut juhatas Pille Sillaste, protokollis Anna Vesper

### **Koosoleku päevakord:**

#### **1. Ravijuhendi töörühma ja sekretariaadi liikmete huvide deklaratsioonid**

Ravijuhendi töörühma ega sekretariaadi liikmetel ei ole muudatusi huvide deklaratsioonides. Koosolekul osaleb kuus töörühma liiget, kvoorumit otsuste tegemiseks ei ole. Sõnastatakse esialgsed soovitusel.

#### **2. Kliinilise küsimuse 1 tõendusmaterjali arutelu jätk**

*Kas palliatiivset ravi vajaval patsiendil kasutada järgmiste erakorraliste seisundite lahendamisel farmakoloogilisi meetodeid või mittefarmakoloogilisi meetodeid või nende kombineerimist: intrakraniaalse rõhu tõus?*

Orienteeruvalt 13% palliatiivse ravi patsientidel esineb krampe, mis võivad tekkida haiguse progressioonist (ajumetastaasid), biokeemilistest muutustest või ravimite kasutamisel. Krampide esinemine võib olla ka üks elu lõpus tekkivatest sümptomitest. Igal juhul on krampide esinemine nii patsiendile kui lähedastele traumaatiline, vajalik on võimalusel krampide ravi, patsiendi ja lähedaste piisav informeerimine ja toetus.

Ajumetastaaside korral kasutatakse krampide tekke ennetamiseks deksametasooni, enamasti alustatakse madalamatest annustest (4-8mg/ööpäevas), intrakraniaalse rõhu tõusu korral suuremaid annuseid. Deksametasooni kõrvaltoimed näivad olevat annusest sõltuvad. Kindlasti tuleb patsienti jälgida seeninfektsiooni tekke ohu osas.

Analüüsitud kirjanduse põhjal on krambihooegade raviks kasutatud lorasepaami, midasolaami ja diasepaami. Eelistatud manustamisteedeks on nina või suu limaskestast kaudu või rektaalselt.

Koosolekul arutati, et intrakraniaalse rõhu tõusu korral tuleb kindlasti patsienti ja lähedasi teavitada võimalikust krampide tekke ohust ning õpetada neile esmaseid ravivõtteid.

Elulõpuravi\_palliatiivse ravi korraldus\_RJ\_II\_protokoll\_2\_15062020

Elulõpuravis tuleb arvestada patsiendi eelistusi ning hinnata krambiravi võimalikku mõju patsiendi elukvaliteedile. Krampide ennetamise ja ravi kohta on vajalik koostada algoritm, kus on mh välja toodud erinevad ravimid, manustamisviisid, ravimite annused ja nende muutmine, onkoloogiga konsulteerimise vajadus võimaliku kiiritusravi teostamise osas. Samuti on krampide ravi üks punkt tulevikujuhistesse.

### ***Töörühm sõnastas esialgsed soovitused:***

1. Kui patsiendil on ajumetastaasid või primaarne ajukasvaja, on näidustatud deksametasooni kasutamine.

- Kui ei ole veel tekkinud intrakraniaalse rõhu tõusule iseloomulikke kliinilist pilti, kasutada deksametasooni 4 mg ööpäevas.

- Kui on tekkinud intrakraniaalse rõhu tõusule iseloomulik kliiniline pilt, kasutada deksametasooni 16 mg ööpäevas (1-2 annusena, eelistatult hommikul ja lõunal). Sümptomite taandumisel vähendada annust kuni säilitusannuseni 4 mg ööpäevas. - *tugev positiivne soovitus, madal tõendatuse tase*

2. Krambihoo kupeerimiseks kasutada bensodiasepiine. Kui veenitee puudub, on eelistatud manustamine suu limaskestale, intranasaalselt (ninaaplikaator) või rektaalselt (vt algoritm). - *tugev positiivne soovitus, mõõdukas tõendatuse tase*

3. Terminaalses seisundis patsiendil tekkinud krambihogude korral ei ole näidustatud antiepileptilise ravi alustamine. - *praktiline*

4. Ravimite ordineerimisel hinnata ravimite kõrvaltoimete mõju elukvaliteedile. Kui alustada krambiravi, siis väikeste annustega ja aeglaselt tiitrides. - *praktiline soovitus*

5. Kui patsiendile on näidustatud keemiaravi, siis kaaluda CYP-ensüüme mitteindutseerivate antiepileptikumide kasutamist (lisada algoritmi). - *praktiline soovitus*

### **3. Kliinilise küsimuse 3 tõendusmaterjali arutelu.**

*Kas elulõpu ravis parandab järgmiste sekkumiste kasutamine patsiendi elukvaliteeti või mitte: antibakteriaalne ravi?*

Elulõpu ravis antibiootikumravi kasutamise kohta ei leidunud süstemaatilisi ülevaateid ega RCTsid. Info on kogutud retrospektiivsetest vaatlusuuringutest. Nende tulemuste põhjal kasutatakse antibiootikumravi elulõpu ravis üsna sageli, ka kuni viimaste elupäevadeni. Ravijuhendite soovitude põhjal tuleb antibiootikumravi elu lõpus kaaluda juhupõhiselt ning kasutada juhul, kui see tõesti on vajalik infektsioonisümptomite leevendamiseks (nt kuseteede infektsioonid).

Koosolekul arutati, et antibiootikumravi elu lõpus olevatele patsientidele ei peaks kindlasti olema näidustatud vaid analüüside tulemuste (põletikumarkerite tõus) põhjal. Antibiootikumravi kasud ja kahjud tuleb alati juhupõhiselt läbi arutada ning vajadusel selgitada ka lähedastele. Lähtuma peab patsiendi soovidest ja elukvaliteedi parendamisest. Antibiootikumravi on kliinilises praktikas aidanud osadel juhtudel vähendada kõhahogusid või kuseteede infektsioonist põhjustatud vaevusi ning sel juhul on need näidustatud.

#### **Töörühm sõnastas esialgsed soovitused:**

5. Elulõpuravi saaval patsiendil kaaluda antibiootikumravi, kui sellega leevendatakse võimalikust infektsioonist põhjustatud häirivaid/valulikke sümptomeid. – *praktiline soovitus*
6. Terminaalses seisundis patsiendil ei ole antibakteriaalne ravi põhjendatud. – *praktiline soovitus*
7. Põletikumarkerite tõusu ei ravita, kui patsiendil ei ole ebamugavust tekitavad sümptomid. – *praktiline soovitus*
8. Antibiootikumravi manustada võimalusel suukaudselt. – *praktiline soovitus*
9. Kui ravivastus puudub, kaalu antibiootikumravi lõpetamist. – *praktiline soovitus*
10. Elu lõpus tuleks antibiootikumravi käsitleda kui agressiivset ravi (kõrvaltoimed, ravikoormus jne). - *praktiline soovitus*

#### **4. Kliinilise küsimuse 1 tõendusmaterjali arutelu.**

*Kas patsiendi palliatiivse käsitlemise vajaduse terviklikuks hindamiseks eelistada süstemaatilist uurimist mõõdikuga või anamneesi kogumise ja objektiivse vaatlusega?*

Tallinna Tehnikaülikoolis tervishoiutehnoloogia magistriõppe lõpetanud Merli Laissaar koos juhendaja Riina Hallikuga tutvustab magistritööd „Integreeritud palliatiivravi tulemusmõõdiku (IPOS) tõlkimine ja kultuuriline kohandamine Eestis“. Magistritöö eesmärgiks oli tõlkida ja kultuuriliselt kohandada IPOS patsientide ja personali versioon eesti keelde. Mõõdikule on tehtud tõlge ja tagasitõlge, mõõdikut arutatud ekspertgruppides koos tõlkijate ja erialaspetsialistidega SA PERHs ja SA TÜKs. Seejärel viidi läbi kognitiivsed grupiintervjuud valdkonnas töötavate inimeste ja eraldi intervjuud patsientidega. Tõlgitud ja kohandatud mõõdik on IPOS arendusmeeskonna poolt heaks kiidetud ning seda võib Eestis kasutada. Edasi oleks vajalik mõõdiku valideerimine.

Tutvustus on sisendiks arutelule, kas ja millist mõõdikut võiks Eestis kasutada patsiendi palliatiivse käsitlemise vajaduse hindamiseks. Järgmisel koosolekul arutatakse läbi tõendusmaterjal ning tehakse otsused (sõnastatakse soovitused).

#### **3. Muud küsimused (koosolekute ajakava ja edasised tegevused)**

Järgmine töörühma ja sekretariaadi koosolek on plaanis 24.08. Arutati, et järgmine koosolek tehakse pikemalt ning ühiselt (asukohaks Sämmi Grill Mäos). Koosoleku esialgseks ajaks planeeritud **kl 10-16**. Koosoleku teemad:

- terminoloogia
- tulevikujuhised
- kliiniliste küsimuste 1, 2 ja 3 tõendusmaterjali arutelu.

Lepiti kokku sügiseste koosolekute ajad:

- 21.09.
- 26.10.
- 16.11.