

## Ravijuhendi

### „Kroonilise obstruktiivse kopsuhaiguse käsitus esmatasandil“

#### töörühma ja sekretariaadi koosolek nr. 3

26. märtsil 2019. a.

Sämmi Grillis, Mäos kell 14.00-17.00

Osalesid töörühma liikmed: Rain Jõgi, Anne Minka, Argo Lätt, Argo Aug, Veronika Närripä ja sekretariaadi liikmed: Kai Kliiman, Martin Link, Birgit Vatter, Kaarel Kisant, Viktoria Ivanova.

Püsisekretariaadi esindaja: Tatjana Meister.

Puudusid: Anneli Poola, Alan Altraja, Diana Ingerainen, Aino Orgla, Egle Seppo, Angela Eensalu-Lind.

Protokollis: Kai Kliiman.

#### Päevakord:

1. *Huvide deklaratsioonide uuendamine.*
2. *Ülevaade AGREE II hinnatud KOK-i ravijuhenditest.*
3. *Ülevaade taustaküsimuste kohta ravijuhendites olevatest soovitustest.*
4. *KOK-i haigete ravisoostumuse parandamise strateegiate tutvustamine.*
5. *Ülevaade ravijuhendites kliiniliste küsimuste kohta olevatest soovitustest ja tõendusmaterjalist.*
6. *Küsimustike tutvustamine kõrge riskiga KOK-i haige väljaselgitamiseks.*
7. *Kliiniliste küsimuste jaoks otsingusõnade kokkuleppimine.*
8. *Ravijuhendi sisukorra kokkuleppimine.*
9. *Järgmiste koosolekute ajakava.*

Tatjana Meister teatas töörühmale, et Veronika Närripä osaleb töörühma koosolekul viimast korda, edasidi esindab töörühmas pereõdesid Angela Eensalu-Lind.

### **1. Huvide deklaratsioonide uuendamine**

Töörühma liikmed ei soovinud huvide deklaratsioone uuendada.

### **2. Ülevaade AGREE II hinnatud KOK-i ravijuhenditest.**

Tatjana Meister tutvustas Pubmed`i otsingut, millega ravijuhendite otsingul leiti 358 kirjet. AGREE II-ga hindamisele läks 14 juhendit. AGREE hindamisel selgus ravijuhendite pingerida ning tõendusmaterjali otsingul otsustati kasutada üldjuhul pingerea esimest 10 ravijuhendit.

### **3. Ülevaade taustaküsimuste kohta ravijuhendites olevatest soovitustest.**

Kai Kliiman andis ülevaate ravijuhendites taustaküsimuste kohta olevate soovituste kohta. Kõiki küsimusi on ravijuhendites käsitletud, kuid mõne küsimuse kohta paluti töörühma arvamust kas ravijuhendites olev informatsioon on piisav.

Küsimusele „ Millise sagedusega teha KOK haigel kopsu RÖ” on piisav GOLD soovitus et röntgenuuringut peab tegema üksnes sümptomite progresseerumisel.

Küsimuselele “Millal kerge püsiobstruktsioon pigem ei ole tingitud KOKst ja milline spirogaafia tulemus välistab kliiniliselt olulise KOKi?” on piisav NICE ja GOLD-i ravijuhendites olev selgitus. Oluline on KOKi diagnoosimisel lisaks püsiobstruktsiooni olemasolule ka vähemalt ühe KOK-ile viitava sümptomi kaasnemine. Oluline on lisada ka kommentaar, et mida vanem on inimene, seda rohkem ülehindab FEV1/FVC <70% fikseeritud suhe obstruktsiooni olemasolu. Õigem oleks hinnata FEV1/FVC suhet lähtuvalt selle väärtuse normi alumisest piirist (LLN). Rain Jõgi tegi ettepaneku, et edaspidi võiksime üle minna 2012 GLI (*Global Lung Initiative*) spiromeetria normidele, kus erinevate parameetrite normist kõrvalekaldumist hinnatakse z-skoorides, mis sisuliselt tähendab arvestatamist LLN-ga .

Taustaküsimus „Millal tuleks alustada KOK-i farmakoteraapiaga” on identne kliinilise küsimusega „ Kas kõik asümptomaatilised KOK-i diagnoosiga patsiendid parema ravitulemuse saavutamiseks peaksid saama farmakoteraapiat vs mitte?”. Kuna teadaolevalt ei ole tehtud uuringuid milles selgitatakse kas asümptomaatilisi KOK-i patsiente peab ravima ning KOK-i diagnoosimise eelduseks on KOK-ile iseloomulike sümptomite olemasolu siis

otsustas töörühm antud kliinilise küsimuse ära jätta ning käsitleda KOK-i ravi alustamist üksnes taustaküsimusena.

Taustküsimusena otsustati lisada hapnikravi alustamise kriteerimid ning lisaks pulmonaalhüpertensioonile peab taustaküsimusena käsitlema ka parema südamepoole ülekoormuse puhuseid ravisoovitusi.

#### **4. KOK-i haigete ravisoostumuse parandamise strateegiate tutvustamine.**

Kaarel Kisant tutvustas leitud tõendusmaterjali. Tõendusmaterjali on vähe, konkreetseid ravisoostumuse parandamise soovitusi ei ole. Ravijuhendites ning leitud artiklites soovitati eelistada (üli)pikatoimelisi inhaleeritavaid preparaate, kasutada metüülksantiine või digitaalset eneseabi programme (telemeditsiini). Argo Lätt tutvustas taanlaste kogemusi telemeditsiini kasutamisel patsientide jälgimiseks, kuid Rain Jõgi kommenteeris, et hetkel ei ole piisavalt tõendusmaterjali telemeditsiini kulutõhususe kohta. Ka on kliinikumi kogemusel telemeditsiini kasutamine kallis. Töörühm otsustas, et hetkel on Eestis KOKi käsitluses telemeditsiini kasutamisest olulisem rehabilitatsioon ning ravisoostumuse parandamise meetodite kohta ei tehta eraldi kliinilist küsimust.

#### **5. Ülevaade ravijuhendites kliiniliste küsimuste kohta olevatest soovitustest ja tõendusmaterjalist.**

Kliiniline küsimus “Kas kõigil KOKi kahtlusega patsientidel parema ravitulemuse saavutamiseks kasutada esmasel hindamisel küsimustikku (küsimustik A, B, C) vs mitte kasutada?” Kai Kliiman tutvustas otsingul leitud 4 rahvusvaheliselt valideeritud KOK skriining küsimustikku (*COPD Diagnostic Questionnaire, Lung Function Questionnaire, COPD Population Screener, Salzburg COPD-screening questionnaire*). Ravijuhendi *Screening for Chronic Obstructive Pulmonary Disease: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement* kohaselt soovitatakse esmatasandil KOKile viitavate sümptomitega patsientidel kasutada skriininguks küsimustikku ning positiivse tulemuse korral suunata patsient spiromeetriaale või suunata KOKile viitavate sümptomitega patsient koheselt spiromeetriaale. Perearstid kasutavad Eestis hetkel valideerimata küsimustikku KOKi riski hindamiseks sümptomitega või ägenemisega patsientidel. Patsiendid täidavad küsimustikku ning selle alusel otsustatakse patsiendi suunamine spirograafiale.

Rain Jõgi rõhutas, et sümptomitega patsiendi peaks igal juhul suunama spiromeetriaale ning küsimustiku eelnev täitmine ei anna täiendavat infot.

Töörühm otsustas küsimustike kohta kliinilist küsimust mitte teha ning muuta see taustaküsimuseks. Ravijuhendi teksti peab lisama soovitus kasutada patsientidelt anamneesi

kogumisel näidis küsimusi/soovitavaid küsimusi mille abil hinnata võimalikku KOKi riski (kas on KOKile viitavaid sümptomeid, kas on suitsetanud/kui palju, võimalik tööalane ekspositsioon jne). Arutati, kas asümptomaatilist indikaatorhaigusega patsienti peaks KOKi suhtes skriinima/spiromeetria suunama, otsustati et pigem mitte.

Korrektset spirograafiat tegev perearst peaks saama õiguse kirjutada KOKi haigete esmaselt välja soodustusega LAMA/LABA. Taustaküsimusena peaks lisama ka KOKi diagnoosimise kriteeriumid- milline peab olema KOKi diagnoosimiseks post BDT-ne spiromeetria leid.

Kliiniline küsimus “ Kas digitaalsete eneseabi programmide kasutamine vs KOKi haigete tava jälgimine on seotud parema ravitulemusega? ” Töörühm arutas, et senistes ravijuhendites käsitletakse eraldi mõistetena *self-management* ja *telemonitoring*. Selguse mõttes otsustati muuta küsimuse sõnastust, asendades mõiste digitaalse eneseabi programmid mõistega telemonitooring. Uus kliinilise küsimuse sõnastus: „Kas telemonitooringu kasutamine vs tavajälgimine on seotud parema ravitulemusega raske KOKi diagnoosiga patsientidel?“. Lisati tulemusnäitaja: ägenemiste arv.

Lisati uued mõisted „raske KOK“(FEV1 alla 50% või hingamispuudlikkus või sagedased ägenemised) ja „telemonitooring“- selgituse saadab A.Lätt T.Meistrile meili teel.

Lisati otsingusõnad: *digital self-management, digital self-help, digital self-care, telemedicine, remote monitoring, telerehabilitation, telecare, inhaler videos, web-based application.*

Kliiniline küsimus „Kas kõigile KOKi diagnoosiga patsientidele pakkuda taastusravi vs ainult standardravi parema ravitulemuse saavutamiseks?“ ja küsimus“Kas kõik KOKi haiged parema ravitulemuse saavutamiseks peaksid saama füsioteraapiat (esmatasandil) lisaks farmakoteraapiale vs ainult farmakoteraapia?“ on sisuliselt samad, seetõttu otsustati käsitlusalasse jätta ainult esimene küsimus.

Mõõdikuteks lisati 6 MKT, düspnoe skaala, elukvaliteet, ägenemiste arv.

Otsngusõnadeks lisati: *pulmonary rehabilitation, short-term versus long-term pulmonary rehabilitation, physiotherapy.*

Kliiniline küsimus „Kas KOKi diagnoosiga patsiendid peaksid saama taastusravi vahetult pärast ägenemist vs remissiooni perioodis vs mõlemad?“ Töörühm arutles, et selle küsimuse puhul on oluline selgitada milline peab olema taastusravi optimaalne pikkus ja intensiivsus. Ravijuhendi teksti peaks lisama taastusravi eesmärgid erinevatel patsientidel. Mõnel

patsiendil näiteks tööle naasmine, sel juhul peaks patsiendile pakkuma maksimaalset võimalikku taastusravi. Üliraskel KOKi haigel võib taastusravi maht olla teistsugune.

Ravijuhendites on soovitusel olemas, otsingosõnad peab vaatama uuringutest.

Kliiniline küsimus „Kas kõikidele KOKi ägenemisega patsientidele parema ravitulemuse saavutamiseks on näidustatud süsteemne hormoonravi?” Ravijuhendites on soovitusel olemas, peab vaatama kas soovitusel sobivad meie konteksti. Kellele on näidustatud süsteemne hormoonravi, milline peaks olema SKS annus, ravikuuri pikkus jne.

Kliiniline küsimus „Kas kõikide KOKi haigete proaktiivne jälgimine vs tava jälgimine perearsti poolt on kulutõhus?”

Töörühm arutas, et selle küsimusega soovitakse teada saada kas proaktiivne jälgimine annab parema ravitulemuse. KOKi haige proaktiivne jälgimine on haiguse süvenemist ennetav patsiendi jälgimine. Teatud regulaarsusega plaanilises korras patsiendi käsitlussüsteem. Tegemist on protsessiga, kus enne patsiendiga reaalselt kontakti tehakse uuringu plaan, esmaste tulemustega juhtumipõhine koosolek perearst-pereõde, hinnatakse ravi adekvaatsust, tehakse patsiendiga motiveeriv visiit, kinnitatakse järgmiseks perioodiks raviplaan ja lepitakse kokku järgmine visiit. Tegemist nn. kroonilise haige haldussüsteemiga, mille eesmärk on parandada ravi kvaliteeti eelkõige ravisoostumuse tõstmisega.

Täna ei ole KOK perearstide dispanseerses süsteemis ning KOK-i haigete jälgimine on probleemiks. Seetõttu otsustati muuta küsimuse sõnastust “Kas perearsti poolt KOKi haige regulaarne jälgimine vs mitte jälgimine on seotud parema ravitulemusega?”

Ning lisati uus mõiste KOKi regulaarne jälgimine- teatud regulaarsega patsiendi seisundi, sümptomite, kopsufunktsiooni ja ravimite kasutamise hindamine.

Juhendisse peab lisama ka konkreetsed soovitusel milliseid näitajaid peaks jälgima- sO2, FEV1.

Töörühm arutas, kas peaks lisama ka kliinilise küsimuse online rehabilitatsiooni kohta, otsustati sellist küsimust mitte lisada.

Kokkuvõtlikult jäeti ära 3 kliinilist küsimust ning käsitlusalasse jäi 5 kliinilist küsimust:

1. Kas telemonitooringu kasutamine vs tavajälgimine on seotud parema ravitulemusega raske KOKi diagnoosiga patsientidel?
2. Kas kõigile KOKi diagnoosiga patsientidele pakkuda taastusravi vs ainult standardravi parema ravitulemuse saavutamiseks?
3. Kas KOKi diagnoosiga patsiendid peaksid saama taastusravi vahetult pärast ägenemist vs remissiooni perioodis vs mõlemad?
4. Kas kõikidele KOKi ägenemisega patsientidele parema ravitulemuse saavutamiseks on näidustatud süsteemne hormoonravi?
5. Kas perearsti poolt KOKi haige regulaarne jälgimine vs mitte jälgimine on seotud parema ravitulemusega?

## **6. Kliiniliste küsimuste jaoks otsingusõnade kokkuleppimine.**

Lepiti kokku et otsingusõnad on inglise keeles, otsistakse üldjuhul viimase 10 aasta uuringuid ning eelistatult MA, SÜ ja RCT. Küsimused tehakse PICO formaadis. Sekretariaadi liikmed saadavad Tatjana Meistrile otsingusõned lähipäevil.

## **7. Ravijuhendi sisukorra kokkuleppimine**

Ravijuhend võiks sisaldada järgnevat:

Sisukord

Sissejuhatus ja eesmärk

KOK definitsioon

Sümptomid ja diagnostika

Stabiilse KOK-i haige käsitletus

- medikamentoosne ravi

- jälgimine

KOKi ägenemine

- Definitsioon

- hospitaliseerimise/edasisuunamise kriteeriumid vt e-konsultatsioon



KOKi ägenemise algoritm

Ravimid tabelina

Lisa SPG teostamise ning tõlgendamise kohta.

## **8. Järgmiste koosolekute ajakava**

Aprilli koosolek jääb ära, järgmine koosolek toimub 14.mail. Juuni koosolek võiks toimuda 17-21.06, Tatjana Meister teeb Doodle küsitluse sobiva kuupäeva kokkuleppimiseks.

Töörühm eelistaks võimalusel koosolekute toimumiskohana Mäod või Paidet.