

Ravijuhendi

„Kroonilise obstruktiivse kopsuhaiguse käsitus esmatasandil“

töörühma ja sekretariaadi koosolek nr. 4

24. mail 2019. a.

Sämmi Grillis, Mäos kell 14.00-18.00

Osaesid töörühma liikmed: Rain Jõgi, Anne Minka, Argo Lätt, Argo Aug, Anneli Poola
Diana Ingerainen, Aino Orgla, Egle Seppo, Angela Eensalu-Lind

ja sekretariaadi liikmed: Kai Kliiman, Martin Link, Kaarel Kisant, Viktoria Ivanova.

Püsisekretariaadi esindaja: Tatjana Meister.

Puudusid: töörühma liikmetest Alan Altraja ja sekretariaadi liikmetest Birgit Vatter.

Protokollis: Kai Kliiman.

Koosolekul osales 9 töörühma liiget, kvoorum oli koos.

Päevakord:

- 1. Ravijuhendi käsitusala täiendamine vastavalt RJNK tagasisidele (ravijuhendi sisu, taustaküsimused, kliinilised ehk PICO küsimused).*
- 2. KOKi haigete taastusravi. Soovituste koostamine.*
- 3. Raske KOKiga patsientide telemonitooring. Soovituste koostamine*

1. Ravijuhendi käsitusala täiendamine vastavalt RJNK tagasisidele (ravijuhendi sisu, taustaküsimused, kliinilised ehk PICO küsimused).

Tatjana Meister tutvustas kaasaegse ravijuhendi nädisena elektroonilist inglise keelset rinnavähi ravijuhendit.

Rain Jõgi tõstatas küsimuse kas ravijuhendi nimetuses peaks olema „esmatasand“ kuna ravijuhend on mõeldud kõigile arstidele parandamaks hetkel KOKi käsitluse murekohti

(puuduv taastusravi, KOKi hiline diagnoosimine ja patsientide jälgimine) ning ka edaspidiseks suhtlemiseks Sotsiaalministeeriumi ja Haigekassaga. Otsustati, et pealkirja peab jääma „esmatasandil“, see rõhutab et ravijuhend on fokusseeritud esmatasandile ning sel juhul jõuavad ka soovitud paremini perearstideni ja paraneb KOK diagnoosimine. Kui „esmatasand“ pealkirjast ära võtta peaks ravijuhend olema praegusest palju põhjalikum.

Hetkel on põhiprobleem, et KOKi haigetel ei ole juurdepääsu taastusravile ja ei ole ka vastavat rahastust. Haigekassa esindaja Argo Aug ütles, et kui ravijuhend on hästi koostatud, tõendusmaterjal tugev ja tehakse tugevad positiivsed soovitud taastusravi kohta, järgneb sellele ka kulutõhususe hinnang ning selle tulemuste alusel teeb Haigekassa ka ravijuhendi soovitude alusel edaspidised taastusravi rahastamise otsused. Kaaluda võiks edaspidi detailse KOKi taastusravi ravijuhendi algatamist.

Ravijuhendi sissejuhatuses KOKiga seotud probleemide käsitlemisel tuleb kindlasti märkida ka hetkel puuduvat taastusravi.

Seejärel vaatas töörühm üle T.Meistri poolt koostatud uue käsitusala projekti. Senisele 5 kliinilisele küsimusele otsustati täiendavalt lisada järgnevad kliinilised küsimused:

1. Kas kõiki üle 40 aastaseid asümptomaatilisi täiskasvanud patsiente peab skriinima KOKi suhtes enesekohaste küsimustike abil vs mitte?
2. Kas kõiki üle 40 aastaseid suitsetavad või suitsetamise anamneesiga (vähemalt 10 pakk aastat) patsiente peab skriinima KOKi suhtes spirograafia abil parema ravitulemuse saavutamiseks vs mitte?
3. Kas KOKi diagnoosimiseks kasutada spiromeetria fikseeritud suhet FEV1/FVC alla 0,7 vs NAP (normi alumine piir)?
4. Kas kõiki KOKi diagnoosiga patsiente peab uurima alfa-1-antitrüpsiini puudulikkuse suhtes vs mitte?
5. Kas KOKi ravi alustamine esmatasandil vs eriarstiabis on seotud parema ravitulemusega?
6. Kas lühitoimeliste bronhilõõgastite (SAMA, SABA) kasutamine KOKi ravis on näidustatud vs mitte?
7. Kas KOKi diagnoosiga patsiendile esmaseks raviks määrata lühitoimelised vs pikatoimelised bronhilõõgastid?

8. Kas KOKi diagnoosiga patsiendile esmaseks raviks määrata LAMA vs LABA vs kombinatsioon?
9. Kas kõik KOKi diagnoosiga patsiendid peaksid kasutama mukolüütikume vs mitte?
10. Kas kõiki suitsetavaid KOKi haigeid peab nõustama suitsetamisest loobumise osas vs mitte?
11. Kas KOKi diagnoosiga patsientide vaksineerimine ülemiste hingamisteede nakkushaiguse vastu (pneumokokk, gripivaktsiin, H.influenzae) aitab vähendada ägenemiste arvu võrreldes nende vastu mitte vaksineerimisega?
12. Kas kõigile KOKi ägenemisega patsientidele määrata antibiootikumravi vs mitte?

Seniste taustaküsimuste läbivaatamisel otsustati:

1. Ravijuhendile tuleb lisada KOKi sümptomite hindamiseks kasutatavad CAT ja mMRC küsimustikud lisadena.
2. Otsustati ära jätta järgmised taustaküsimused: inhaleeritavate ravimite manustamine nebulisaatoriga, KOKi puhuse pulmonaalse hüpertensiooni puhul vastunäidustatud ravimid, ventilaatorravi näidustused, KOK-haigete reisisoovitused.
3. Kliinilises küsimuses käsitletavatele vaktsiinidele lisatakse Haemophiluse vaktsiin

2. KOKi haigete taastusravi. Soovituste koostamine.

T.Meister tutvustas töörühmale otsingu teostamisel kasutatud strateegiat.

Kaarel Kisand tutvustas seejärel tõendusmaterjali alusel koostatud GRADE tabelleid.

Tõendatuse aste oli keskmine või madal seetõttu, et meetoodika ei võimalda seda hinnata tugevaks kuna taastusravi vs standardravi uuringuid ei saa teha topeltpimendatult.

Egle Seppo tõi välja, et uuringute tulemuste hindamisel on oluline arvestada mõistete erinevust- taastusravi on kompleksne ravi kuid hinnatud uuringud käsitlevad enamasti üksnes füsioteraapiat monoteraapiana. Inglise keelne termin *rehabilitation* tähendab meditsiinilist taastusravi.

Ravijuhendis tuleb eraldi mõistetena välja tuua taastusravi (laiem) ja rehabilitatsioon (kitsam). Ravijuhendit kirjutades peab kindlasti välja tooma milliseid sekkumisi konkreetsetes uuringutes kasutati.

Taastusravisse peab olema kaastatud palju spetsialiste ning seejärel tekkis diskussioon,

kas peame tegema eraldi küsimused KOKi haigete psühholoogilise nõustamise (eelkõige kognitiivkäitumuslik teraapia) ja toitumise nõustamise kohta. Töörühm tegi täiendavalt 2 kliinilist küsimust:

1. Kas kõik KOKi haiged vajavad psühholoogilist nõustamist vs mitte
TN ravisooustumus, elukvaliteet, kulutõhusus, tööturul püsimine
2. Kas kõik KOKi haiged BMI < 20 ja > 30 vajavad toitumisnõustamist vs mitte
TN peaks kasutama füüsilise/kehalise soorituse taseme paranemist 6 MKT asemel.

Ravijuhendi teksti peab lisama ka kriteeriumid kuna saata KOK-i pt taastusravi arstile ning milliseid patsiente ei peaks saatma taastusravile (teatud fn näitajad, terminaalstaadium jms).

Seejärel vaadati üle Soovituste kokkuvõtte vorm ning lisati töörühma poolt täiendavad kaalutlused (vt detailselt vastav vorm).

GOLD 2019 andmetel on pulmonaalne rehabilitatsioon üks kõige kuluefektiivsem KOKi ravistrateegia hinnangulise maksumusega QALY 2000- 8000 naela, see arvutus tuleks teha konkreetseid Eesti andmeid kasutades. Peamine probleem on et hetkel puudub Eestis kopsuhaigete süsteemse taastusravi korraldus ja rahastus. Ambulatoorsete patsientide süsteemne taastusravi on puudulik. Praegu on statsionaarse taastusravi näidustuseks üksnes ägedalt tekkinud mõõdukas liikumisfunktsiooni piirang.

T.Meister palub järgmiseks koosolekuks Haigekassast kulu andmed erinevate KOK patsientide füsioteraapiate kohta.

Seejärel koostati tugevad positiivsed soovitused:

1. Kõigile mõõduka ja raske KOKi diagnoosiga patsientidele soovita osalemist spetsialiseeritud pulmonaalse rehhabilitatsiooni programmides.
2. Mõõduka ja raske KOKi diagnoosiga patsientidele on näidustatud taastusravi.
3. Raske ja mõõduka KOKi haigetele soovita osalemist taastusravi programmides kestvusega vähemalt 12-16 nädalat
4. Soovita kõigile mõõduka ja raske KOKigapatsientidele aeroobsset treeningut sisaldavat füsioteraapia programme.

Praktilise soovitusena lisatakse patsiendigrupid kellele taastusravi on vastunäidustatud.

Järgmine koosolek toimub 18.06.19 Mäos ning plaanis on arutada 2 kliinilist küsimust:

1. Raske KOKiga patsientide telemonitooring. Soovituste koostamine
2. KOKi haigete taastusravi ägenemise järgselt. Soovituste koostamine.