



Ravijuhendi „Reumatoidartriidi kahtluse ja diagnoosiga patsientide käsitus esmatasandil” töörühma 2. koosolek

15.02.2019

TÜ Tallinna esindus, Teatri väljak 3 kell 11.00–15.00

Osalesid töörühma liikmed Karin Laas, Eve-Kai Raussi, Katti Kõrve, Anneli Virks, Külvi Peterson, Irina Tohus, Annika Pöder, Eve Sooba, Lembe Kullamaa, Chris Pruunsild; sekretariaadi liikmed Cärolin Metusala, Liisi Sarapuu, Kadi Kallavus.

Kutsutud oli ravijuhendite metoodika-konsultant Kaja-Triin Laisaar.

Töörühma nõusolekul osales koosolekul haigekassa praktikant Katrin Keerma.

Puudusid sekretariaadi liikmed Siiri Paiste ja Anna Tisler-Sala.

Koosolekut juhatasid Kadi Kallavus ja Kaja-Triin Laisaar, protokollis Kadi Kallavus.

Koosoleku päevakord ja arutelu:

1. Huvide deklaratsioonid

Ravijuhendi töörühma ega sekretariaadi liikmetel ei ole muudatusi huvide deklaratsioonides.

2. Käsitusala koostamine

Ühiselt käidi läbi püsisekretariaadi koostatud käsitusala mustand, millesse tehti parandusi ja täiendusi.

Järgnevalt on esitatud käsitusala punktid koos töörühma aruteluga.

- **Ravijuhendis käsitletavat teemad.**

Kuna ravijuhend hõlmab ka lapsi, lisati lisaks reumatoloogile ka lastereumatoloogile suunamine teemade hulka.

ENNE REUMATOLOOGILE SAATMIST

- **Esmane ravi**

Arutati, kuidas peaks olema korraldatud esmase põletikulise liigeshaigusega patsiendi ravi. Leiti, et käsitlema peaks ravimite kombineerimist ning ravimite (NSAID-ide) annuseid.

Otsus: esitada ravijuhendi lisas tabelina esmatasandil kasutatavad ravimid ja annused.

Praktiline soovitus: mitte alustada süsteemset hormoonravi esmase artriidi puhul. Kui muud tunnused puuduvad (millised?), aga CRV näit on kõrge, siis antibiootikume mitte määrata.

- **Anamnees**

Dr Peterson pani kokku küsimused, mida anamnees sisaldada võiks. Seda täiendas lastereumatoloog dr Pruunsild. Arutati, kas on vajalik lisada anamneesi küsimus puugihammustuse

kohta. Otsustati, et puugi diferentsiaaldiagnostika jääb reumatoloogile ning küsimus võeti anamneesist maha.

- **Analüüsid ja uuringud**

Töörühma liikmetega võetakse ühendust ning palutakse kirja panna analüüsid ja uuringud, mida peaks perearst enne reumatoloogile saatmist ära tegema. Nimekiri saadetakse kõigile kommenteerimiseks.

Kui perearst ei saada patsienti esimese ravikuuri järel edasi ning kutsub uuesti vastuvõtule, siis teha kordusanalüüsid. Töörühm kirjutab, milliseid kordusanalüüse teha.

Mida ei ole mõtet esmatasandil esmasel haigel teha: ANA (antinukleaarne antikeha) ja ANCA määramine

- **Patsiendi edasi suunamine**

Patsiendi edasi suunamise peaks jagama kolmeks, kusjuures kaks esimest punkti käivad tervishoiukorraldusliku küsimuse „Milline patsient reumatoloogile suunata?“ alla ning kolmas punkt küsimuse „Milline patsient EMOSse suunata?“ alla.

1. Kui pole edasi suunamisega kiire – vähem kui kolm turses liigest.
2. „Kollased lipud“ – kolm või rohkem turses liigest – suunata kohe edasi reumatoloogile.
3. „Punased lipud“ – kahtlus: septiline artriit, süsteemne sidekoehaigus raske organhaaratusega, vaskuliit raske organhaaratusega – suunata edasi EMOSse.

Otsus: Sekretariaat vaatab ARC-i ja EULAR-i (varase artriidi) juhendeid ning toob välja, milliste tunnustega patsient on seal soovitatud edasi suunata nii reumatoloogile kui EMOSse ning kas kollaste ja punaste lippude jaotus on juhendites samasugune. Teiste juhendite põhjal täiendame siin esitatud suunamise kriteeriume.

Töörühm arutas, kuidas peaks perearst neid patsiente jälgima, keda ta kohe edasi ei saada.

- Kui perearst määrab esmase ravi, siis peale seda peaks perearst kahe nädala (sõltuvalt juhust) möödudes patsiendiga kontakti saama ning olukorda uuesti hindama.
 - Soovitatav esimese ravikuuri pikkus on kaks nädalat.
 - Kahe nädala möödudes saab otsustada, mida patsiendiga edasi teha. Kui sümptomid on vähenenud, siis jätkata sama raviga. Kui algsetes sümptomites (nt turse ja valu) ei ole olulist paranemist toimunud, siis otsustada, kas suunata patsient edasi või vahetada ravi.
 - Kui ilmnevad kõrvaltoimed, siis vahetada ravi.
 - Kui patsiendile on määratud sama või uus ravi, siis hinnata patsienti mõistliku aja pärast. Teine ravikuur võib olla pikem kui kaks nädalat.
 - Kui sümptomid tekivad taas või on püsivad, siis saata edasi reumatoloogile.
-
- Lapse peaks perearst kohe lastereumatoloogile saatma. Laste puhul ei kehti edasi suunamise puhul samad põhimõtted, mis täiskasvanutel. Nn kollased lipud on teised. Siiski võiks perearst määrata kohe NSAID-i, kui on turse, aga kui on ainult valu, siis võib määrata paratsetamooli.

Eve-Kai Raussi liitus koosolekuga kell 12.20.

- **E-konsultatsioon.** Arutati, kas anda praktiline soovitus suunata kõik patsiendid reumatoloogile e-konsultatsiooni kaudu. E-konsultatsioonil otsustab reumatoloog, kas ja kui kiiresti peab patsiendi reumatoloogi vastuvõtule tulema. Kutsuja on reumatoloogi meeskond ehk kas reumatoloogia õde või sekretär, kes lepib patsiendiga aja kokku. Kaalutakse praktilise soovitus andmist, kas kõik patsiendid suunata reumatoloogile e-konsultatsiooni.
Otsus: rakenduskavasse lisada, et e-konsultatsiooni vorm vajab üle vaatamist.
- **Haigusleht.** Arutati, kas peaks haiguslehe teemat ravijuhendis käsitlema. Laste puhul on vanemate hooldusleht, täiskasvanutel haigusleht. Haiguslehel olemise aeg, selle pikendamine või lõpetamine sõltub juhust ja seda on keeruline selle juhendiga reguleerida.
Praktiline soovitus: saatekirja peaks üles märkima, kas patsient on haiguslehel või hoolduslehel.

Lembe Kullamaa lahkus kell 12.45.

PÄRAST DIAGNOOSI KINNITUMIST

- **Patsiendi jälgimine**

Arutati, millise intervalli tagant peaks reumatoloog ja perearst patsienti jälgima. Reumatoloogid ei näe vajadust visiidiks iga kolme kuu tagant, kui patsient on saavutanud raviga hea tulemuse, patsient on remissioonis või haigus on madala aktiivsusega. Baasravimite kontroll, sh analüüs on aga iga kolme kuu tagant. Selline patsient võiks reumatoloogide juures käia üks kord aastas ning iga kolme kuu taguste analüüside tegemine võiks kuuluda perearstile.

Töörühma ettepanek: remissioonis olevat patsienti peaks reumatoloog jälgima kord aastas, iga kolme kuu taguseid analüüse peaks patsient tegema perearsti juures.

Perearstidel tekkis küsimus, kes vastutab sellisel juhul raviohutuse eest. Aitaks, kui oleks reumatoloogi poolt epikriis kirjas, mis tegevusi perearst (analüüse jm) patsiendi jälgimisel tegema peab ning millistel juhtudel patsient reumatoloogile saata. Arutati, et patsiendi jälgimise üldised põhimõtted peaks olema ravijuhendis käsitletud, et oleks koht, kust vaadata, kui reumatoloog ei ole lisanud vastavat infot epikriisi.

Praktiline soovitus: reumatoloogid peaks epikriisi kirja panema juhised perearstile patsiendi jälgimiseks.

Töörühma ettepanek: oleks vaja koostada ravijuhendi lisana tabel (mõiste baasravi ehk haiguse kulgu modifitseeriv ravi) ravimitega seotud soovitusete kohta. Sõltuvalt ravimist võib olla jälgimise (analüüside) vajadus erinev. Kirjas peaks olema, mis näidu puhul peaks perearst patsiendi reumatoloogile saatma või tegema e-konsultatsiooni. Kirjas peaks olema, millistel juhtudel soovitab perearst ravi ajutiselt katkestada niikaua, kui reumatoloogilt uus otsus tuleb.

Kui perearstil on rohkem kroonilisi haigeid, siis on vaja ka rohkem raha analüüsideks. Töörühm arutas, kas teha ettepanek suurendada **perearsti uuringufondi** krooniliste põletikuliste liigeshaigustega patsientide uuringute tegemiseks. Perearstid töötavad juba praegu suure koormusega ning veel ühe grupi inimeste jälgimine suurendab seda koormust veelgi. Samas leiti, et kroonilise põletikulise liigeshaigusega haigeid on vähe (kuni 10 patsienti nimistu kohta) ning uuringute ja analüüsidega ei kaasne nii suurt koormust.

Tõstatati küsimus **retsepti pikendamise** kohta. Perearst saab anda ravimitele vaid 50%-lise soodustuse. Patsiendil võib puududa teadmine, kellele ja mis numbrile helistada, et saada

reumatoloogilt retsepti pikendamist. Kui patsient helistab registratuuri, siis saab ta reumatoloogile aja mitme kuu pärast, aga ravim võib otsa lõppeda juba varem. Samas on kroonilistele haigetel vähemalt Tallinnas PERHis ja ITKs on võimalik helistada õe numbrile ning paluda retsepti pikendamist. Toodi välja, et näiteks Pärnus selline süsteem ei toimi. Peab uurima, milline süsteem Tartus toimib ning kas teiste haiglate arstid saavad digilugu vaadata kordusretsepti kirjutamiseks. Lahendus oleks see, et kui puudub digiretsepti telefoni teel pikendamise võimalus, siis tuleb seda teha perearsti juures. See tähendab, et vastutus patsiendi ravi eest on reumatoloogi ja perearsti vahel jagatud. Perearstile õigused baasravi retseptide soodustingimustel pikendamiseks?

Praktiline soovitus: patsient võiks saada reumatoloogilt kaasa infolehe, kus on kirjas numbrid, millele retsepti pikendamiseks helistada saab. Haiglad, kus sellist infolehte kasutatakse, võiksid vaadata üle, kas seal olev info on ammendav. Näidise sellest infolehest võib panna ravijuhendi lissasse.

Lastereumatoloogi visiidil käivad lapsed sõltuvalt vajadusest umbes neli korda aastas. Üks vahepealne analüüs tehakse perearsti juures ning siis kaks korda jälle reumatoloogi juures. See teeb perearstile umbes kaks analüüsi aastas patsiendi kohta. Bioloogilise raviga patsiendid on kõik ainult reumatoloogi jälgimisel. Laste puhul toimib see süsteem praegu hästi.

Koostati järgmised tervishoiukorralduslikud küsimused:

1. Kes ja millise ajavahemiku järel teeb analüüsid ja hindab ravi ohutust?

See kehtib stabiilse patsiendi kohta. Kui patsiendil haigus ägeneb, siis peab ta reumatoloogile saatma või e-konsultatsiooni tegema. Töörühm koostab eraldi tabeli, milliste analüüsi tulemuste korral patsient reumatoloogile saata või e-konsultatsioon teha. Koostatakse ka algoritm. Kirjeldatakse lahti tööjaotus esmatasandi ja reumatoloogi vahel.

2. **Kuidas hinnata kroonilise põletikulise liigeshaigusega patsiendi ravi efektiivsust ja võimalikke kõrvaltoimeid?**

Arutati, kas ja kuidas peaks olema juhendis käsitletud anamnees ja objektiivne leid. Ägeda patsiendi puhul peavad olema need kindlasti tehtud. Arutati, kas stabiilse patsiendi puhul piisab analüüside tegemisest ning üldisest küsimusest patsiendi seisundi ning kõrvaltoimete kohta. Otsustati, et koostatakse üldine soovitus patsiendi ravi efektiivsuse ja kõrvaltoimete hindamiseks.

3. Kuidas käsitleda infektsiooni kahtlusega stabiilse kroonilise põletikulise liigeshaige patsiendi ravi?

4. **Kuidas ajastada stabiilse kroonilise põletikulise liigeshaigusega patsiendi vaksineerimine?**

Saab viidata vaksineerimise juhendile, kus on kirjas kohustuslikud vaktsiini. Haigekassas on töös eri rühmade vaksineerimise juhend. Selle valmimisest sõltub, kas me saame juhendis sellele viidata. Ägeda patsiendi vaksineerimise küsimustega tegeleb reumatoloog.

5. **Kuidas juhtida plaanilisele operatsioonile mineva stabiilse põletikulise liigeshaigusega patsiendi ravi?**

Antakse juhised, kuidas käsitleda plaanilisele operatsioonile mineva patsiendi ravi.

- **Koostati järgmisel kliinilised küsimused:**

1. Kas esmase põletikulise liigeshaiguse puhul on taastusravi vajalik ning millal taastusraviga alustada?
Taastusravi hõlmab nii füsioteraapiat kui tegevusteraapiat.

Taastusravi hõlmab taastusarsti vastuvõttu ja tema poolt määratud ravi, nagu füsioteraapia, tegevusteraapia, psühholoog ja logopeed. Vajadusel määrab taastusarst ka füüsilist ravi valude leevendamiseks. Samuti hinnatakse ravi ajal abivahendi vajadust, sotsiaalabi, sotsi töötaja vajadust (seda kompleksset ravi ei saa, kui suunata otse füsioterapeudile või tegevusterapeudile). *Sisuline küsimus, millega tegeleda, kui kiiresti peab saatma, sellest sõltub, kas perearst, reumatoloog....sõnastada!*

2. Kas esmase põletikulise liigehaiguse puhul on füsioteraapia vajalik ja millal alustada?
3. Kas esmase põletikulise liigehaiguse puhul on tegevusteraapia vajalik ja millal alustada? Püütakse välja selgitada, millal oleks kõige õigem aeg patsiendi suunamiseks. Varajase artriidi all mõeldakse siin neid patsiente, kes on diagnoosi juba saanud. Taastusravi hõlmab nii füsioteraapiat kui tegevusteraapiat. Küsimus, millele vastust otsitakse – kas patsiendi saadab taastusravile perearst või reumatoloog. Kui selgub, et tegevusteraapia soovitamiseks on tõendusmaterjal olemas, siis saab anda sellega selge signaali, et tegevusterapeute on juurde vaja. Hetkel on neid Eestis liiga vähe. Arutati eelmisel koosolekul tõstatatud jalaravikabineti teemat. Otsustati, et jalaravikabineti kohta ei otsita tõendusmaterjali, vaid pannakse ravijuhendisse kirja, et selline võimalus on olemas.
4. Kas esmase põletikulise liigehaiguse puhul abivahendi kasutamine vs mittekasutamine aitab vähendada valu, säilitada funktsiooni ja töövõimet? Kolm tegurit võib asendada elukvaliteediga, kui teha otsinguid.

- **Ravijuhendi pealkiri**

Muudeti ravijuhendi pealkiri vastavalt „Põletikulise liigehaigusega patsiendi käsitus esmatasandil“.

Järgmiste koosolekute ajad

Töörühma ja sekretariaadi liikmed leppisid kokku järgmiste koosolekute ajad:

26.03.2019 kell 12.30-16.30	3. koosolek Tallinnas TÜ esinduses
26.04.2019 kell 11.00-15.00	4. koosolek Tartus Biomeedikumis
31.05.2019 kell 11.00-15.00	5. koosolek Tallinnas TÜ esinduses

Lühikokkuvõte ja edasised tegevused:

- Täideti käsitusala.
- Sõnastati kümme tervishoiukorralduslikku ja neli kliinilist küsimust.
- Järgmisel koosolekul tegeletakse tervishoiukorralduslike küsimustega. Enne järgmist koosolekut kirjutab sekretariaadi liige töörühma liikmetel ning palub koostada kokku lepitud dokumendid (analüüsid ja uuringud; mis peab olema objektiivselt uuritud jm), mida sekretariaadi liige viimistleb ja koosolekul ette kannab. Järgmiseks korraks valmistavad sekretariaadi liikmed ette need THK küsimused, milleks on vaja läbi vaadata teiste riikide ravijuhendid. Koosolekul kantakse leitud materjalid ette.

Lisad: Ravijuhendi materjalid on leitavad OneDrive'i lingil:
https://1drv.ms/f/s!Ao_l6VaZO9TmjF8Nr74Nf0IAZmrQ

