



## **Ravijuhendi „Reumatoidartriidi kahtluse ja diagnoosiga patsientide käsitus esmatasandil” töörühma 4. koosolek**

26.04.2019

Tartus, Biomedikumi Schmidt keskkuses, 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, Siiri Paiste, Kadi Kallavus.

Puudus sekretariaadi liige Anna Tisler-Sala.

Kutsutud: ravijuhendite metoodikanõunik Minni Saapar.

Koosolekut juhatasid Kadi Kallavus ja Minni Saapar, protokollis Kadi Kallavus.

### **Koosoleku päevakord ja arutelu:**

#### **1) Uus püsisekretariaadi esindaja Minni Saapar**

Uus püsisekretariaadi esindaja selle juhendi juures on ravijuhendite metoodikanõunik Minni Saapar. Minni võtab praeguse püsisekretariaadi esindaja Kadi Kallavuse töö üle. Edaspidi saata kõik meilid otse Minnile (minni.saapar@ut.ee).

#### **2) Huvide deklaratsioonid**

Ravijuhendi töörühma ega sekretariaadi liikmetel ei ole muudatusi huvide deklaratsioonides.

#### **3) 26.03 protokoll kinnitamine**

Kinnitati 26.03.2019 toimunud koosoleku protokoll.

#### **4) Käsitlusala arutelu**

Tutvustati ravijuhendite nõukojalt ravijuhendi käsikirjale saadud tagasisidet. Nõukoda sooviks näha rohkem kliinilisi küsimusi. Taastusravi küsimused tunduvad üksteist kordavad.

Minni vaatab üle teiste ravijuhendite (eelkõige selliste, kuhu on kaasatud esmatasand) kliinilised küsimused ja PICO vormid. Teistest juhenditest saab võtta eeskju, milliseid kliinilisi küsimusi võiks veel koostada.

#### **5) Tervishoiukorralduslike küsimuste arutelu**

Lastereumatoloog C. Pruunsild täiendab järgmiseks koosolekuks tervishoiukorralduslike küsimusi.

##### **1. Mis peab sisalduma anamneesis?**

Küsimusi võiks võimalusel veel kokku koondada, muus osas töörühmale sobib.

##### **2. Mis peab olema objektiivselt uuritud (läbivaatus)?**

Parandati sõnastust, kuid muuga ollakse nõus.

C. Pruusild tegi ettepaneku kaasata GALS (*gait, arms, legs and spine*) läbivaatus, mida lastereumatoloogid kasutavad. Teised töörühma liikmed ei olnud nimetatud läbivaatuse metoodikaga tuttavad, seda ei kasutata igapäevatöös. Selle kasutuselevõtt eeldaks lisaks

töörühma koolitamist omakorda ka perearstide- ja õdede koolitamist. GALSi küsimused on anamneesis kaetud. Otsustati, et GALSi metoodika rakendamine lisatakse edasiste soovitude hulka. Oluline on see ära mainida, sest tegemist on järjest enam kasutust leidva praktikaga.

Arutati, kas lisada ravijuhendi lisana joonise liigete nimetuste kohta. Otsustati, et selline joonis juhendisse lisatakse.

### **3. Milliseid analüüse ja uuringuid peab tegema?**

Parandati sõnastust. HLA-B27 määramine tõsteti loetelus viimaseks, selle määramine ei ole kohustuslik. Sisuliselt ollakse koostatud loeteluga rahul. Laste osa koostatakse eraldi.

### **4. Milline patsient reumatoloogile suunata?**

Täpsustati sõnastust. Muus osas ollakse nõus. Lastele kehtivad samad kriteeriumid.

Algoritm peaks olema lihtsasti arusaadav, nt nagu NICE'i 2018. a juhendi oma. Algoritmi näidise (kas arvutis või paberil) koostab sekretariaadi juht L. Sarapuu ja vajadusel konsulteerib töörühma juhi K. Laasiga. Vormistamisega aitab M. Saapar.

### **5. Milline patsient EMOsse suunata?**

Täpsustati sõnastust ja lühendati teksti.

### **6. Ravi esmatasandil enne reumatoloogile suunamist**

Täiendati ravi käsitlevaid punkte.

Perioperatiivse valuravi juhises oleva tabeli eeskujul koostatakse tabel ravimitest ja annustest.

K. Kallavus sisestab tabelid Wordi programmi ning saadab laste ravi käsitleva tabeli C. Pruunsillale ning täiskasvanute oma E-K Raussile korrigeerimiseks.

### **7. Kes ja millise ajavahemiku järel teeb kroonilise põletikulise liigeshaigusega patsiendi analüüsid ja hindab ravi ohutust?**

L. Sarapuu koostas EULARi koolitusmaterjalide põhjal tabeli. Tabelit korrigeeriti ja täiendati. Täpsustama peaks, mida mõeldakse infektsioonide all (bioloogiliste ravimite ja JAK-inhibiitorite tabelis). Peab otsima informatsiooni JAK-inhibiitorite ja ravi katkestamise kohta enne plaanilist operatsiooni ja planeeritavat rasedust (muuhulgas vaadata üle ravimiomaduste kokkuvõtet).

C. Pruunsild vaatab tabeli üle laste ravi aspektist.

Arutati, kas lisada juhendisse lisaks kardiovaskulaarsete riskifaktorite jälgimisele ka patsiendi hambatervise ja eluviisi jälgimine. Nende riskifaktorite jälgimine võiks sellisel juhul olla perearsti tulemustasu osa. Nimetati riskirühma kuuluvad patsiendid, kellel võiks nimetatud tegureid jälgida.

**Otsustati**, et tehakse ettepanek lisada nimetatud riskirühma kuuluvate patsientide hambatervise ja eluviisi jälgimine perearsti kvaliteedisüsteemi.

### **8. Kuidas käsitleda infektsiooni kahtlusega stabiilse kroonilise põletikulise liigeshaigusega patsiendi ravi?**

Täiendati loetelu ja parandati sõnastust. Töörühm on loeteluga rahul.

### **9. Kuidas ajastada stabiilse kroonilise põletikulise liigeshaigusega patsiendi vaksineerimine?**

Arutati, kas koostada sellest küsimusest kliiniline küsimus. E-K Raussi, kes on ERS vaksineerimise juhendiga seotud, pakub välja, millise(d) kliinilise(d) küsimuse(d) võiks vaksineerimise kohta koostada.

*Kell 12.40 saabus töörühma liige Külvi Peterson.*

### **10. Kuidas juhtida plaanilisele operatsioonile mineva stabiilse kroonilise põletikulise liigeshaigusega patsiendi ravi?**

Otsustati, et peaks vaatama teistest juhenditest (sh perioperatiivse valuravi juhendist), kas COX-2 inhibiitorite jt NSAIDide kohta on antud soovitusi (või koostatud kliinilisi küsimusi). Võimalusel koostada kliiniline küsimus.

E. Sooba tegi ettepaneku lisada lause selle kohta, et plaanilisele operatsiooni korral on vaja eelnevalt taastusravi interventsioon. E. Sooba sõnastab lause ning seda arutatakse järgmisel koosolekul.

## **6) Kliiniliste küsimuste arutelu**

Ravijuhendite nõukojal tekkis küsimus kolme esimese kliinilise küsimuse kohta (taastusravile, füsioteraapiasse ja tegevusteraapiasse suunamine), et kas need peaksid olema käsitletud ühe küsimusena. Sekretariaadi liikmed leidsid tõendusmaterjali otsingutega peamiselt uuringuid, mis olid mõne konkreetse sekkumise kohta, kuid mitmel juhul tekkis küsimus, et mis käib füsioteraapia ja mis tegevusteraapia alla. Ühtlasi ei ole võimalik leida taastusravisse saatmise aja kohta võrdlevaid uuringuid, sest selliseid uuringuid, kus inimesed saadetakse erinevatel aegadel taastusravisse ja hinnatakse sekkumise mõju, ei tehta. Oleks vaja, et erialaspetsialist vaataks uuringud läbi ning hindaks, millisel juhul on tegemist tegevusteraapia ja millisel juhul füsioteraapia sekkumisega. Ainult sellisel juhul saame anda eraldi soovitusel kahe sekkumise kohta.

E. Sooba parandas, et esimene küsimus peaks olema siiski sisuliselt taastusravisse suunamise kohta, ehk nn multi-sekkumine, mis sisaldab endas mitmeid erinevaid sekkumisi (nt psühholoogi, taastusravi jm) lähtuvalt patsiendi vajadusest. Teine ja kolmas küsimus on juba konkreetsele sekkumisele (füsioteraapia, tegevusteraapia) suunamine, mis tähendab ka kiiremat sekkumise saamist patsiendile. E. Sooba soovitas vaadata läbi NICE'i juhendi soovitusel ja nende viited varase saatmise taastusravisse saatmise kohta.

Arutati mõistete üle. E. Sooba kirjeldas taastusravi mõistet kui aktiivse taastusravi liiki, mis hõlmab füsioteraapiat, psühholoogi (jm tegevusi) – see on nn kompleksne lähenemine (*rehabilitation, medical rehabilitation*, nimetatud ka *multi-dimentional treatment, multiprofessional treatment, non-pharmacological treatment*).

### **KK 2. Kas kõik esmase põletikulise liigeshaigusega patsiendid suunata parema ravitulemuse saamiseks füsioteraapiasse vs mitte suunata ning millal füsioteraapiaga alustada?**

Kuna selle küsimusega alustati varem ning mõneti oli keeruline jagada tegevusi füsioteraapia ja tegevusteraapia vahel, siis lisati esialgu suurem osa tegevusi just füsioteraapia alla. Tegevusteraapia alla lisati muud tegevused, mida füsioteraapia küsimusega ei käsitletud.

Sekretariaadi liige tutvustas GRADE'i vormi sisestatud teadusuuringuid tulemusnäitajate kaupa. Sisestati 18 uuringut ning üldiselt tõendasid need sekkumise positiivset mõju (või et sekkumine ei halvenda patsiendi olukorda) nii varase artriidi (*early arthritis*) kui edasi arenenud artriidi (*established arthritis*) puhul, üks süstemaatilise ülevaate oli ka juveniilse idiopaatilise

artriidiga patsiendi kohta, kus leiti füsioteraapia positiivne mõju. Tegemist oli enamasti madala või väga madala kvaliteediga uuringutega, kus olid väikesed sekkumisrühmad.

### **KK 3. Kas kõik esmase põletikulise liigeshaigusega patsiendid suunata parema ravitulemuse saamiseks tegevusteraapiasse vs mitte suunata ning millal tegevusteraapiaga alustada?**

Süsteemaatilised ülevaated tegevusteraapia kohta on väga üldsõnalised, sh pole numbrilisi näitajaid välja toodud. Ülevaate koostajale tekitas palju segadust, mis on tegevusteraapia ja mis mitte.

Arutati, kuidas oleks kõige mõttekam tõendusmaterjali GRADE tabelites esitada, kas kasutada eraldi tabeleid füsioteraapia ja tegevusteraapia kohta või panna need kokku. E. Sooba arvas, et neid peaks ikkagi eraldi käsitlema, sest tegemist on erinevate sekkumistega. E. Sooba aitab määrata, milline tegevus kuulub füsioteraapia ja milline tegevusteraapia alla.

Tõstatati küsimus, et kas kogu see käsitlus läheb esmatasandi juhendile mõeldes natuke liiga spetsiifiliseks. Perearst saab suunata taastusrstile või füsioteraapiasse, tema ei saa otsustada ühe või teise konkreetse sekkumise kasuks.

C. Pruunsild kirjeldas Tartu Ülikooli kliinikumi lastereumatoloogia praktikat, kus kõik suunatakse edasi taastusrstile, kes otsustab edasi, millist sekkumist patsient vajab. Reumatoloog ei otsusta konkreetse sekkumise, sh ka mitte füsioteraapia kasuks. Seega võib haiglates praktika erineda.

Sekretariaadi esitatud materjalide põhjal saab vastata küsimuste esimesele poolele – kas kõik esmase põletikulise liigeshaigusega patsiendid suunata füsioteraapiasse/tegevusteraapiasse. Tõendusmaterjali põhjal võib öelda, et peaks suunama. Vastust aga ei saa anda küsimuste teisele poolele – millal suunata (kas esimesel võimalusel või on aega oodata).

**Otsustati**, et koostatakse kolme küsimuse asemel kaks küsimust. Esimene neist puudutab ainult taastusravi, aga soovitusel antakse nii füsioteraapia kui tegevusteraapia kohta eraldi:

### **Kas kõik esmase põletikulise liigeshaigusega patsiendid suunata parema ravitulemuse saamiseks taastusravile vs mitte suunata?**

Küsimuse selgituses kirjutatakse lahti, et taastusravi all mõeldakse nii füsioteraapiat kui tegevusteraapiat ning vajadusel kirjutatakse, mida see mõiste EI hõlma. Tegevusteraapiasse hetkel perearst suunata ei saa, kuid kui leidub tõendust tegevusteraapiasse suunamise vajalikkuse kohta, siis selline soovitus juhendis ka antakse. Taastusrstile suunamise kohta uuringuid ei leidunud. Töörühmal tekkis küsimus, et kuidas perearst otsustab, millal saata füsioteraapiasse ja millal tegevusteraapiasse. Töörühma liikmed avaldasid arvamust, et seda peaks otsustama taastusrst ning perearst peaks suunama ainult taastusrstile. Samas on perearstil võimalus otse füsioteraapiasse saata.

#### **Koostati soovitus:**

Kõik esmase põletikulise liigeshaigusega patsiendid suunata parema ravitulemuse saamiseks taastusravile.

Soovituse tugevus: tugev soovitus

Tõendatuse tase: mõõdukas

Soovituse põhjenduses seletatakse lahti, mida parema ravitulemuse all mõeldakse.

Koostati teine kliiniline küsimus, mis käsitleb ajalist aspekti:

### **Millal suunata esmase põletikulise liigeshaigusega patsiendid taastusravile?**

Suunamise aja kohta praeguste otsingutega tõendusmaterjali ei leitud. Sekretariaat koostab veel ühe otsingu ning vaatab läbi teiste ravijuhendite soovitusel ning kliinilised küsimused. Kui tõendusmaterjali ei leidu, siis antakse praktiline soovitus. Perearstidele on oluline, kas perearst peaks saatma patsiendi kohe või peaks saatma reumatoloog.

E. Sooba soovitas vaadata EULARi early arthritis juhendit ning otsida tõendusmaterjali reumatoloogile suunamise kiiruse kohta (mis tõendusmaterjali põhjal soovitataks EULARi juhendis, et reumatoidartriidi puhul peab patsiendi võimalikult kiiresti reumatoloogile saatma). See oleks üks kliiniline küsimus, millele võiks tõendust otsida.

Arutati 4. kliinilise küsimuse (Kas esmase põletikulise liigeshaiguse puhul abivahendi kasutamine vs mittekasutamine aitab vähendada valu, säilitada funktsiooni ja töövõimet?) tõendusmaterjali üle, mida sekretariaadi liige on esmase otsinguga leidnud. See tõendusmaterjal kantakse ette järgmisel koosolekul. E. Sooba poole võiks pöörduda, et üle vaadata otsingusõnad. Kliinilises küsimuses on esmase põletikulise liigeshaigusega patsient, kuid artiklites on kõik põletikulise liigeshaigusega patsiendid. Kui esmase haiguse kohta tõendusmaterjal puudub, siis saab käsitleda leitud tõendusmaterjali kaudsena.

### **5) Edasised tegevused**

K. Kallavus saadab sellel koosolekul kokku lepitud ülesanded tervishoiukorralduslike küsimuste kohta vastutavatele inimestele.

M. Saapar tegeleb käsitusala küsimuste täiendamisega (teiste ravijuhendite eeskujul).

Nõukojale peab 21. mail muudetud käsitusala saatma, seega peab tööühm muudatused kinnitama enne seda meili teel.

### **6) Järgmise koosoleku ajad**

Selle poolaasta viimane koosolek ning uue poolaasta esimene koosolek:

31.05.2019 kell 11.00-15.00	5. koosolek Tallinnas TÜ esinduses
19.09.2019 kell 11.00-15.00	6. koosolek Tallinnas TÜ esinduses

**Lisad:** Ravijuhendi materjalid on leitavad OneDrive'i lingil:

[https://1drv.ms/f/s!Ao\\_I6VaZO9TmjF8Nr74Nf0IAZmrQ](https://1drv.ms/f/s!Ao_I6VaZO9TmjF8Nr74Nf0IAZmrQ)