

## **Ravijuhendi „Põletikulise liigeshaigusega patsiendi käsitus esmatasandil“ töörühma 6. koosolek**

19.09.2019

Tallinnas, Tartu Ülikooli Tallinna esinduses, kell 11.00–14.15

Osalesid töörühma juht Karin Laas ja liikmed Katti Kõrve, Anneli Virks, Annika Põder, Eve Sooba, Lembe Kullamaa, Chris Pruunsild, Eve-Kai Raussi ja Külvi Peterson; sekretariaadi juht Liisi Sarapuu ning liikmed Cärolin Metusala ja Siiri Paiste.

Puudusid töörühma liige Irina Tohus ning sekretariaadi liige Anna Tisler-Sala.

Kohal viibis 10st töörühma liikmest 9 – koosolek otsustusvõimeline.

Koosolekut juhatas ja protokollis Kaja-Triin Laisaar, kes TÜ meditsiiniteaduste valdkonna ravijuhendite püsisekretariaadi liikmena võttis juhendi koostamise koordineerimise üle Minni Saaparilt, kes lahkus töölt püsisekretariaadis.

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

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

Töörühma liige L. Kullamaa teatas, et temast on saanud rahvatervishoiu magistrant. Magistriõpe toimub TÜ meditsiiniteaduste valdkonnas, kus asub ka ravijuhendite koostamist koordineeriv ravijuhendite püsisekretariaat. Töörühma hinnangul L. Kullamaa õppima-asumine huvide konflikti ei tekita. Ülejäänud koosolekul osalenud töörühma ja ka sekretariaadi liikmed kinnitasid suuliselt, et neil ei ole tekkinud võimalikke huvide konflikte, mistõttu huvide deklaratsioonid täiendusi ei vaja.

#### **2. Eelmise (31.05.2019) koosoleku protokoll**

Töörühma eelmise koosoleku protokoll oli juhendi koostajatele enne käesolevat koosolekut ette saadetud. Juhendi koostajatel protokollile kommentaare, täiendusi ei olnud.

Otsus: Kinnitati 31.05.2019 koosoleku protokoll.

#### **3. Retsensendid valmivale juhendile**

Töörühm arutas, milliste erialade esindajad võiks valmivale juhendile retsensentideks paluda. Senise korra kohaselt on üks retsensent olnud Ravijuhendite Nõukoja liige ning teine juhendi peamise sihtrühma (eriala) esindaja. Töörühma liikmetel konkreetseid ettepanekuid ei olnud.

Püsisekretariaadi esindaja K.-T. Laisaare ettepanekul saadab püsisekretariaat Eesti Perearstide Seltsile palve nii sellele kui teistele juhenditele, mis eelkõige esmatasandile suunatud, retsensent määrata ning vaatab üle, kelle nõukoja liikmetest, arvestades seniseid retsenseerimisi, retsensendiks võiks paluda.

#### **4. Patsiendile mõeldud infomaterjal**

Töörühm arutas, kas ja millist käesoleva juhendi esmatasandi tervishoiutöötajatele antud soovitusetega haakuvat infomaterjali võiks vajada põletikulise liigeshaigusega patsient. Pakuti välja erinevaid ideid – nt abimaterjal, mille esmatasandi tervishoiutöötaja annab põletikulise liigehaigusega patsiendile koju kaasa, kuid siis tekkis küsimus, kas keskendumaks peaks eelkõige esmase või kroonilise haigusega patsiendile jmt. Anti teada, et kroonilise haigusega patsiendi jaoks on juba varasemalt (käesolevast juhendist sõltumatult) infovoldik välja töötatud. Selles kajastatud info võib aidata töörühmal otsustada, millele käesoleva juhendi põhjal koostatud patsiendi infomaterjal keskendumaks võiks. Infomaterjali koostamise vajadust patsiendile, kes esmakordselt põletikulisele liigeshaigusele viitavate kaebustega perearsti poole pöördub, hindas töörühm aga küsitavaks, sest sel hetkel puudub patsiendil isegi veel kindel diagnoos.

Töörühm leidis aga, et patsiendi infomaterjali koostamine on eraldi töö – selleks võiks töörühma liikmetest moodustada töögrupi.

Otsus: Töörühma juht K. Laas saadab kroonilise haigusega patsiendile mõeldud infovoldiku (näidise) K.-T. Laisaarele. K.-T. Laisaar koostab juhendi soovitude loetelu ning eelnimetatud materjalide põhjal peetakse töörühma perearstist liikme K. Petersoni kaasabil nõu nii perearstidega (Eesti Perearstide Seltsiga) kui ka patsientide esindajast töörühma liikme L. Kullamaaga. Järgmisel töörühma koosolekul esitatakse K.-T. Laisaare eestvõttel töörühmale visioon, milline võiks olla patsiendile mõeldud infomaterjali fookus ja vorm.

### **5. Kliinilised küsimused „Kas kõik esmase põletikulise liigeshaigusega patsiendid suunata parema ravitulemuse saamiseks taastusravile vs mitte suunata?“ ja „Millal suunata esmase põletikulise liigeshaigusega patsiendid taastusravile?“**

Jätkati 31.05.2019 koosolekul pooleli jäänud patsientide taastusravile suunamise küsimuste (kliinilised küsimused nr 2 ja 3) arutelu. Tõendusmaterjali ülevaate kandis korrigeeritud tõendusmaterjali kokkuvõtte ja soovitude koostamise tabelite (GRADEpro) põhjal ette sekretariaadi liige C. Metusala. Oluliseks täpsustuseks oli töörühma otsus keskenduda taastusravis füsio- ja tegevusteraapiale.

Ehkki kliinilised küsimused puudutasid esmast patsienti, leiti varase artriidi (reumatoidartriidi diagnoosist möödas < 5 a) kohta vaid 3 uuringut, ülejäänud ... uuringut valdavalt hõlmasid uuringud väljakujunenud reumatoidartriidiga patsiente. ... randomiseeritud kontrollitud uuringud näitasid, et füsioteraapia, tegevusteraapia ning nende kombinatsiooni korral vähenes valu vähesel kuni mõõdukal määral, samuti paranes patsientide funktsioonivõime, ilma et haigus oleks ägenenud. Seeläbi paranes ka patsientide toimetulek igapäevaste tegevustega ning elukvaliteet üldiselt. Lisaks täheldati füsioteraapia ja tegevusteraapia korral ka patsientide lihas-/haardejõu paranemist, mõningast üldise füüsilise ja psüühilise tervisliku seisundi paranemist ning elukvaliteedi paranemist. Töörühma hinnangul kaalub teraapiast saadav kasu kindlasti üles teadusuuringutest välja tulnud harva tekkida võiva kahju – olemasoleva suure liigeskahjustuse korral selle süvenemise. Töörühm pidas aga vajalikuks lisada, et vahel on patsientidel raske mõista, miks nad peaksid füsioteraapiasse minema, kui liigesed valutavad.

Teadusuuringud näitasid ka füsioteraapia (erinevate harjutuste programmide) kulutõhusust.

Töörühm töö veel välja, et kuigi Eestis on füsioteraapia on oluliselt paremini kättesaadav kui tegevusteraapia (tegevusteraapiateenuste vähesuse tõttu), on ka füsioteraapiateenuste osutamine enamasti siiski koondunud suurematesse keskustesse ja maapiirkondades nt juba ainuüksi (ühis)transpordi piirangute tõttu raskemini kättesaadav. Teenuse kättesaadavust vähendavad ka ootejärjekorrad perearsti, eriti aga taastusarsti ja füsioterapeudi juurde pääsemisel.

Töörühm leidis, et esmast põletikulise liigeshaiguse kaebuste/tunnustega patsienti ei ole perearstil põhjust taastusarsti juurde suunata, sest diagnoos ei ole veel kindel, diagnoosi paneb aga reumatoloog. Seetõttu leidis töörühm, et perearst peaks esmase patsiendi kõigepealt suunama reumatoloogi juurde (e-konsultatsiooni vormis). Ja taastusarsti juurde suunab selle patsiendi siis juba reumatoloog. Reumatoloogi juurde suunamist käsitleb aga kliiniline küsimus nr 1 ning vastav soovitus antakse vastusena sellele küsimusele.

Kokkuvõttes leidis töörühm, et perearsti roll esmase põletikulise liigeshaigusega patsiendi taastusravile jõudmisel peaks olema kontroll, kas patsient on pärast esmast põletikulise liigeshaigusele viitavate kaebustega/tunnustega tema poole pöördumist 1 aasta jooksul taastusravile jõudnud.

Et algselt esitatud kliinilised küsimused ei puudutanud kroonilise põletikulise liigeshaigusega patsiendi taastusravi, kuid perearsti poole võib ägenenud ja/või lisandunud kaebuste tõttu pöörduda ka kroonilise põletikulise liigeshaigusega patsient, siis sellises olukorras on perearstil võimalus suunata patsient taastusarsti juurde (e-konsultatsiooni vormis). Perearst saaks patsiendi suunata ka otse füsioterapeudi, mitte aga tegevusteraapi juurde. Samas otse füsioterapeudi juurde suunamisele seab piirangu perearsti teraapiafondi suurus ning taastusarst on pädevam otsustama, kas ja millist taastusravi (kas füsioteraapiat ja/või tegevusteraapiat ja/või muud) iga konkreetne patsient vajab.

Töörühm pidas füsioteraapia maksumuse osas veel välja tuua, et tasulisel juhul maksab füsioteraapiateenus patsiendi jaoks keskmiselt 30–50 EUR / 40–60min.

**Otsus:** Anti praktiline soovitus, et perearst peab kontrollima, kas põletikulise liigeshaigusele viitavate tunnustega tema poole pöördunud patsient on ühe aasta jooksul jõudnud taastusarsti vastuvõtule ning kui ei ole, siis patsiendi taastusarsti juurde e-konsultatsioonile suunama.

Soovituse sõnastus vaadatakse koos kõigi juhendis antud soovituste sõnastusega järgmisel töөрühma koosolekul 31.10.2019.

## 6. Kliiniline küsimus „Kas kõik esmase põletikulise liigeshaigusega patsiendid tuleks parema ravitulemuse saamiseks suunata reumatoloogi vastuvõtule esimese kahe kuu jooksul või hiljem?“

Tõendusmaterjali ülevaate reumatoloogile suunamise küsimuse (kliiniline küsimus nr 1) kohta oli kokkuvõtte koostanud sekretariaadi liige A. Tisler-Sala, selle esitas püsisekretariaadi liige K.-T. Laisaar. Uuringuid, mis oleks võrrelnud *disease modifying antirheumatic drugs* (DMARD) ravi alustamist erineva aja jooksul, tõendusmaterjali otsinguks koostatud otsistrateegiaga leitud ligi 400 uuringu hulgas ei olnud – uuringud keskendusid järgmistele teemadele: *treatment gaps, DMARDs uptake gaps, DMARDs adherence, underuse of DMARDs, prescription pattern* jm. Nii pöördus sekretariaadi liige tagasi algselt käesoleva juhendi koostamisel AGREE II tööriistaga piisavalt kvaliteetseks hinnatud 12 ravijuhendi juurde ning tegi kokkuvõtte neis käesoleva kliinilise küsimusega haakuvatest soovitustest.

Ravijuhend	DMARD soovitus	Reumatoloog
AMERICAN COLLEGE OF RHEUMATOLOGY, 2015	No recommendation on timing	No recommendation on timing
ASAS-EULAR fo AS, 2016 BCMA, 2012	1. Axial SpA diagnosis by rheumatologist 2. NSAIDs 3. Evaluate after 2-4 weeks 4.1 in case of insufficient response in purely axial disease start bDMARDs 4.2 mainly peripheral symptoms No recommendation on timing	No information on timing of referral. axSpA is severe diseases and management should be coordinated by rheumatologist
Update of Canadian Rheumatology Association, 2014	No recommendation on timing. 1. Diagnosis of SpA. 2. NSAIDs 2 week. 3. In case of inadequate response in peripheral SpA start DMARDs. There is no evidence for the efficacy of DMARD, including SSZ and MTX, for the I A 4.8 treatment of axSpA. Combination therapy with DMARD should be considered in peripheral SpA, particularly in patients with poor prognostic features, moderate-high disease activity and in patients with recent-onset disease. Combination therapy should also be considered in patients with inadequate response to monotherapy. There is no evidence to support the obligatory use of DMARD before, or concomitant with, TNFi in patients with axSpA.	
ESPOGUA, 2015	Traditional DMARDs (methotrexate, leflunomide, sulfasalazine) are recommended as first line treatment for active peripheral psoriatic arthritis	No recommendation on timing
EULAR FOR EARLY ARTHRITIS, 2016	Patients at risk of persistent arthritis should be started on DMARDs as early as possible (ideally within 3 months), even if they do not fulfil classification criteria for an inflammatory rheumatologic disease	Within 6 weeks after the onset of symptoms
NICE PSORIASIS, 2012	No timing recommendation	As soon as psoriatic arthritis is suspected, refer the person to a rheumatologist for assessment and advice about planning their care
NICE SpA, 2017	No timing recommendation. In adults whose disease has responded inadequately to conventional therapy (NSAIDs or TNF-alpha inhibitors). Adalimumab, certolizumab pegol, etanercept, golimumab and infliximab are recommended, within their marketing authorisations, as options for treating severe active ankylosing spondylitis in adults whose disease has responded inadequately to, or who cannot tolerate, NSAIDs	Perform an HLA-B27 test. If the test is positive, refer the person to a rheumatologist for a spondyloarthritis assessment. Urgently refer people with suspected new-onset inflammatory arthritis to a rheumatologist for a spondyloarthritis assessment.
NICE, RA 2018	Offer first-line treatment with cDMARD monotherapy using oral methotrexate, leflunomide or sulfasalazine as soon as possible and ideally within 3 months of onset of persistent symptoms	
NHMRC, 2009 SIGN, 2010	Commence DMARDs within 12 weeks of onset in consultation with a rheumatologist No recommendation on timing	No recommendation on timing Referral for a rheumatology opinion is appropriate in psoriasis if joint swelling or dactylitis is present, or when spinal pain with significant early morning stiffness is present.
SIGN, 2013	Early initiation of treatment with DMARDs is recommended to control the symptoms and signs of RA as well as limiting radiological damage.	All patients with suspected inflammatory joint disease should be referred to a specialist as soon as possible to confirm the diagnosis and evaluate disease activity.

Töörühm leidis kiirkorras varast artriiti käsitleva EULAR 2016 juhendi läbivaatusel, et seal tuginetakse uuringutele, milles on võrreldud erineva aja jooksul alustatud DMARD-ravi tulemusi. Lisaks soovitati sekretariaadil veelkord üle vaadata ka American College of Rheumatology (ACR) 2015. a juhend.

**Otsus:** Järgmiseks töөрühma koosolekuks koostab küsimusega tegelenud sekretariaadi liige A. Tisler-Sala neis juhendeis, kus oli antud DMARD-ravi ajastuse teemal soovitus, tõendusmaterjalina kasutatud uuringute põhjal tõendusmaterjali kokkuvõtte tabeli (GRADEpro's).

## **7. Patsientide käsitusalgorithm**

Juhendi soovitudele tugineva põletikulise liigeshaigusega patsientide käsitusalgorithmi kavand on töörühmal koostatud, olemas foto tahvlile joonistatud algoritmist. Koosolekule eelneval päeval leppis püsisekretariaadi liige K.-T. Laisaar seni juhendi koostamist koordineerinud püsisekretariaadi liikme M. Saapariga kokku, et M. Saapar paneb algoritmi 10. oktoobriks elektroonsesse vormi. Seda e-versiooni saab siis töörühmaga nii koosolekul kui vajadusel koosolekute-vahelisel ajal arutada, täiendada.

Otsus: Patsientide käsitusalgorithm esitatakse töörühmale elektroonselt (meili teel) läbivaatamiseks enne järgmise koosoleku toimumist, et töörühma liikmed saaksid vajadusel konkreetsete (täiendus)ettepanekutega järgmisele koosolekule tulla.

## **8. Juhendi koostamise edasine kava**

Lepiti kokku järgmiste töörühma koosolekute ajad, kohad:

- (1) 31.10.2019 kell 11–15 Tallinn (tavapäraselt TÜ esindus);
- (2) 27.11.2019 kell 11–15 Tartu (Biomedikum, Ravila 19).