



Ravijuhendi „Täiskasvanute kõrgvererõhktõve käsitus esmatasandil“ töörühma ja sekretariaadi koosolek nr 5

19.06.2019

Tartu Biomeedikumis, Ravila 19 kell 11.00 – 14.00

Osalesid töörühma juht Ruth Kalda ja liikmed Alar Irs, Eret Jaanson, Margus Viigimaa, Irina Tohus, Kaja-Triin Laisaar; sekretariaadi liikmed Signe Alliksoo, Liina Kask-Flight, Elise Lätt.

Koosolekut juhatas Ruth Kalda, protokollis Kaja-Triin Laisaar.

Puudusid töörühma liikmed Külli Friedemann.

Koosoleku päevakord:

1. Huvide deklareerimine

Kõik koosolekul osalenud kinnitasid suuliselt, et neil ei ole tekkinud uusi võimalikke huvide konflikte.

2. Ravijuhendile laekunud retsensentide tagasiside arutelu

Juhendi retsensendid olid Ravijuhendite Nõukoja liige Eve-Merike Sooväli ja Eesti Perearstide Seltsi (kui juhendi peamise sihtrühma) esindaja Katrin Martinson.

Retsensendid tõid välja, et juhendi töörühmas ei olnud patsientide esindajat ja nefroloogi. Patsientidel avanes võimalus juhendi kaasajastamisel avatud kliinilistele küsimustele vastusena antud soovitude kohta tagasisidet anda, kui juhend tehti (samaaegselt retsensentidega) kättesaadavaks avalikkusele – nii patsientide ühendustele, erialaseltsidele kui tervishoiuasutustele. Nefroloogina oli juhendi koostamisel valmis konsultandina osalema dr. M. Luman, kuid see ei osutunud töörühma hinnangul juhendi kaasajastamisel avatud küsimuste juures vajalikuks.

Retsensendis tekitas mõningat segadust madala tõendatuse astme korral tugeva soovitude andmine. Juhendite koostamisel järgitakse Eestis kindlat metoodikat (GRADE-metoodikat), mille kohaselt võetakse soovitude tugevuse määramisel lisaks teadusliku tõendusmaterjali tugevusele (tõendatuse astmele) arvesse ka muud kriteeriumid – kõnealuse meetodi/tegevuse kasu-kahtu tasakaal, patsientide eelistused ja väärtushinnangud, meetodi/tegevuse vastuvõetavus, teostatavus ja ressursivajadus. Nende soovitude puhul, mis anti vastusena juhendi kaasajastamisel avatud kliinilistele küsimustele, on juhendis iga vastava soovitude (kastikese) järel selgituses üles loetud kõik soovitude koostamisel arvestatud kriteeriumid, mis mõnel juhul ongi muutnud mitte väga tugevale teaduslikule tõendusmaterjalile tugineva soovitude ikkagi tugevaks. Nende soovitude puhul, mille aluseks olevat kliinilist küsimust juhendi kaasajastamisel ei avatud, soovitudele järgneva selgitava teksti sõnastust ei muuta ei saa.

Retsensent tõi välja, et soovitus „Selgitage patsiendile põhjalikult kõiki südameveresoonehaiguste riski mõjutamise võimalusi ja nõustage patsienti vastavalt Euroopa Kardioloogide Seltsi (ESC) ägeda ja kroonilise südamepuudulikkuse eestikeelsele taskujuhisele (Eesti Kardioloogide Selts 2016, Ponikowski 2016), vajadusel määrake teisi riskitegureid mõjutav ravi.“ vajaks täpsustamist. Tegemist on aga soovitusel, mida juhendi kaasajastamisel ei avatud ja seega selle sõnastust ei muuta ei saa.

Retsensent tõi välja, et soovitusete loetelus on üks soovitus esitatud topelt. Vastav nn näpuviga on parandatakse.

Veel tegi retsensent ettepaneku ravimite hinnainfo esitamise kohta. Töörühm otsustas vastava tabeli juhendist eemaldada ning lisada juhendile Eestis saadaolevate asjakohaste ravimite tabeli ilma hinnainfota.

Retsensent tõi välja, et patsiendile soovitatavate analüüside loetelus puudub türeostimuleeriva hormoon. See oli töörühma teadlik otsus, sest käesolev juhend ei käsitle sekundaarset hüpertensiooni. See otsustati ära ja on kirja pandud ka käeoleva (kaasajastatud) juhendi käsitlusalas.

Retsensent nimetas, et jääb arusaamatuks, miks on juhendi rakenduskavas juhendi rakendumise barjääradena nimetatud perearstide ja õdede teadlikkust ning motivatsiooni. Töörühm leidis, et siin ei ole tegemist eeldusega, et juhendi sihtrühmal teadlikkus ja motivatsioon puuduvad, vaid silmas on peetud seda, et kui juhendit sihtrühmale piisavalt (hästi) ei tutvustata ning sihtrühm ei pea seda asjakohaseks ja igapäevatoos kasulikuks, siis ei hakata juhendit ka kasutama. Silmas on peetud üksnes potentsiaalseid barjääre ning oluline on, et juhend viiakse tulemuslikult sihtrühmani ja sihtrühma motiveeritakse seda kasutama. Selleks on töörühm läbi mõelnud ja juhendi rakenduskavva kirja pannud ka terve rea tegevusi.

Retsensent tõi veel välja, et juhendis on motiveeriva nõustamise juures mitmed näidisküsimused „kinnised“. Töörühm nõustus tähelepanekuga. Otsustati, et töörühma juht R. Kalda korrigeerib vastavad näidisküsimused ning käsikirja viiakse vastavad muudatused.

3. Ravijuhendile avalikkusest (erialaorganisatsioonidest, tervishoiuasutustest ja patsiendiorganisatsioonidest) laekunud tagasiside arutelu

Juhendile andis tagasisidet kuues erialaühenduses ning ühest anti teada, et tagasisidet ei laekunud. Sekretariaadi juht S. Alliksoo valmistas töörühma koosolekuks ette kõiki tähele- ja ettepanekuid koondava tabeli, mille töörühm koosolekul punktide kaupa läbi arutas. Töörühma otsused allpool ära toodud.

Eesti Laborimediitsiini Ühing

A. Laborimediitsiini puudutavad ettepanekud (terminite muudatused vastavalt ELMÜ terminoloogia töörühma poolt antud soovitustele):

1) Lk 5

- suure tihedusega lipoproteiinid asemel HDL-kolesterool
- väikese tihedusega lipoproteiinid asemel LDL-kolesterool

Töörühm ettepanekutega nõus, käsikiri korrigeeritakse.

2) Lk 18

- vereseerumi kreatiniinisisaldus tõusnud asemel seerumi kreatiniinisisaldus suurenenud
- lisada siia ka eGFR vähenenud (seerumi kreatiniinisisaldus suurenenud, eGFR vähenenud)

Töörühm ettepanekutega nõus, käsikiri korrigeeritakse.

- täpsustada, mida tähendab 'uriinianalüüsis patoloogiline leid' – kas koostajad on siin mõelnud uriini ribaanalüüsi ja sademe mikroskoopiat, albuminuuriat vm?

Töörühm pidas kõikvõimalikke kõrvalekaldeid neeruhaiguste korral (nt albuminuuria, hematuuria jm), mida käesolev juhend aga ei käsitle, mistõttu otsustati täpsustus tegemata jätta.

3) Lk 23

- paastu veresuhkur asemel glükoos paastuseerumis/-plasmas
- vereseerumi üldkolesterool asemel seerumi kolesterool
- väikese tihedusega lipoproteiinid (LDL) asemel LDL-kolesterool
- suure tihedusega lipoproteiinid (HDL) asemel HDL-kolesterool
- vereseerumi kaalium asemel seerumi kaalium
- vereseerumi kreatiniin asemel seerumi kreatiniin
- uriinianalüüs testribaga asemel uriini ribaanalüüs
- mikroalbuminuuria asemel albumiini ja kreatiniini suhe uriinis

Töörühm ettepanekutega nõus, käsikiri korrigeeritakse.

4) lk 24 tabel

- paastu veresuhkur asemel glükoos paastuseerumis/-plasmas
- glükoositaluvuse test asemel glükoosi taluvuse proov
- perekonnas varases eas alanud..... – lause lõpp puudu
- kerge vereseerumi kreatiniinisalduse tõus asemel seerumi kreatiniinisalduse suurenemine
- mikroalbuminuuria asemel albuminuuria (albumiini ja kreatiniini suhe uriinis > 3 g/mol) – soovitame mitte kasutada mõistet mikroalbuminuuria, sest rahvusvahelises (https://kdigo.org/wp-content/uploads/2017/02/KDIGO_2012_CKD_GL.pdf) ja ka Eesti kroonilise neeruhaiguse käsitlemise juhendis (<https://www.ravijuhend.ee/tervishoiuvarav/juhendid/10/kroonilise-neeruhaiguse-ennetus-ja-kasitus>) on mõistena albuminuuria. Samuti soovitame lisada albuminuuria numbrilise väärtuse, nii nagu seda on tehtud eGFR puhul.

Töörühm ettepanekutega nõus, käsikiri korrigeeritakse.

5) Lk 39

- vereseerumi kreatiniinitaseme asemel seerumi kreatiniinitaseme
- sõnastada ümber lause: AKEI-d vähendasid statistiliselt oluliselt albuminuuria teket, potentseerisid regressiooni albuminuriast füsioloogilise valgurerituse ja vähendasid lõppstaadiumi neerupuudulikkuse kujunemise tõenäosust platseeboga võrreldes.

Töörühm ettepanekutega nõus, käsikiri korrigeeritakse.

6) Lk 44

- lõpust kolmandas lõigus eGRF asemel eGFR

Töörühm parandusega nõus, käsikiri korrigeeritakse.

B. Üldised ettepanekud

1) Väga paljudes kohtades on suhtelise riski (RR) ja selle 95% CI piirid esitatud arvuliselt ka juhul, kui need pole olulised. See koormab lugejat numbrita, millel pole mingit olulist väärtust ja võiks seetõttu ära jätta. Näide lk 25 "Sama analüüs ei näidanud ka olulist mõju hüpertensiooniga patsientide üldsoremusele (suhteline risk (RR) = 0,97; 95% CI: 0,83–1,13) ega südameveresoonehaigustesse haigestumisele (RR = 0,84; 95% CI: 0,57–1,23)." Ka lk 40–41 on esitatud mitteoluliste erinevuste arvud.

Töörühma arutas ettepanekut, kuid leidis, et kuna uuringu tulemus on alati hinnang, on selle kohta lisaks punkthinnangule oluline esitada ka usaldusvahemik, et lugeja saaks uuringus saadud tulemust paremini interpreteerida. Juhendis on uuringute tulemused, kus erinevate meetodite vm vaheline erinevus ei osutunud statistiliselt oluliseks, analoogselt olulistega arvuliselt välja toodud, et veenda lugejat, et tegemist ei ole subjektiivse hinnanguga, vaid konkreetse uuringu tulemusega. Käsikiri jäetakse selles osas muutmata.

2) Kui RR ja selle piire esitatakse, siis võiks igal pool olla see ühtemoodi esitatud. Näitena on lk 31 "Uuringus näidati, et 130 mmHg süstoolse vererõhu algväärtusega patsientidel, kellel saavutati 120 mmHg vererõhk, kardiovaskulaarset kasu. Uuritud populatsioonis langes üldsuremus 13% (0,87; 0,84–0,91)." On teisigi kohti, kus numbrite eest on puudu, mida nad tähendavad.

Töörühm ettepanekuga nõus, vastavad parandused viiakse sisse käsikirja keeleteoimetus käigus.

3) Lk 34–36 tabeli sissejuhataavaks lauseks on "Statistiliselt olulised erinevused on esitatud järgnevas tabelis:". Tabelis on aga välja toodud paljud mitteolulised tulemused. RR puhul, mille 95% piiridesse jääb 1, ei ole olulised ja koormavad lugejat mittevajalike numbritega. Näide: BB vs tiasiiddiureetikumide võrdluses on (01) Suremus, (02) MI ja (03) Insult kõik statistiliselt mitteoluliste tulemustega. Sellisel juhul võiks lisada tabeli viimasesse lahtrisse märkuse "mitteoluline".

Käsikirjas uuringute tulemuste esitust ei muudeta, küll aga muudetakse tulemuste esitamise juures kasutatavat sõnastust – „Statistiliselt olulised erinevused“ asendatakse „Tulemused on esitatud järgnevas tabelis“. Lisaks vt ka töörühma seisukohta 1. üldise ettepaneku juures.

4) Lk 43 on kasutatud terminit “südameinsult” – kas see on korrektne?

Töörühm nõus, et tegemist ei ole korrektse terminiga, käsikiri korrigeeritakse.

5) Lk 46 esimeses lõigus on osade SMD-de 95% CI piirid miskipärast negatiivsed.

Töörühm otsustas, et vastava tõendusmaterjaliga tegelenud sekretariaadi liige vaatab uuringu tulemused üle ja juhendi käsikirjas tehakse parandused.

6) Refereeritud on väga paljusid väikeseid uuringuid, mille olulisus on väike. Kas neid on niipalju vaja?

Töörühm leidis, et kui erinevate kliiniliste küsimuste puhul jäid süsteemsel tõendusmaterjali otsingul jäid sõelale kas ainult või muuhulgas väikesed uuringud, ei saa neid üksnes väikse valimi tõttu tõendusmaterjali hulgast välja heita, sest algselt uuringu suurust uuringu tõendusmaterjali hulka kaasamise vs mittekaasamise jaoks tingimuseks ei seatud.

Mitme teema juures viitab uuringute väiksus suuremate teadusuuringute vajadusele.

7) Juhendis esineb palju juhuslikke kirjavigu. Soovitame kindlasti keelekorrektuuri.

Töörühm ettepanekuga nõus. Juhend läheb pärast Ravijuhendite Nõukojas kinnitamist keelekorrektuuri.

Eesti Perearstide Selts:

1) Ravijuhend käsitleb arteriaalse vererõhu klassifikatsiooni, kõrgvererõhktõve diagnoosimist, ravi ja jälgimist. Vererõhu klassifikatsiooni ja hüpertensiooni diagnoosimise soovitus on selged, arusaadavad ja praktikasse rakendatavad.

Töörühm oli positiivse tagasiside eest tänulik.

2) Soovitus: „Suunake patsient eriarsti juurde alles siis, kui mittefarmakoloogilise ravi ja nelja ravimi piisavate annuste kombinatsiooniga ei ole vererõhu eesmärkväärtusi 2–3 kuu jooksul õnnestunud saavutada ning olete veendunud, et patsient kasutab ravimeid korralikult.“

Juhendist ei loe välja, mis on piisavad ravimite annused. Praktilisest kogemusest on sageli olnud kardioloogide ja sisearstide tagasiside see, et perearst ei julge ravimite annuseid tõsta maksimum lubatud doosideni. Ettepanek – defineerida piisavad annused.

Töörühm arutas ettepanekut ja leidis, et kuna piisav annus on individuaalne, ei saa selle kohta juhendis üldisi ettekirjutusi teha. Juhendis asendati 'piisava annuse' mõiste maksimaalse talutava annusega'. Abiks praktikule koostatakse ka kõrgvererõhktõve ravis kasutatavate ravimite kohta uus tabel ning pannakse see juhendi lisaks 3. Seal on ära toodud nii ravimite ühekordsed annused kui annustamiste arv ööpäevas. Tabelile on lisatud ka soovitus konkreetse ravimi kohta vajadusel täpsemat info vaadata ravimi tooteomaduste kokkuvõttest. Tabeli koostab sekretariaadi juht S. Alliksoo.

3.) Tabel 5. Ravimirühmade odavaimate esindajate aastase ravi maksumus – mille järgi on otsustatud see ravimi annus, mille hind on kantud tabelisse? Näiteks ramipriili maksimum annus on 10mg (praktiliselt ja Ameerika Kardioloogide hüpertensioonijuhendis isegi 20mg), telmisartaanil 80 mg (ravimiamet.ee -lt kontrollitud ravimite spc alusel). Ühel ravimil on tabelis maksimum annuse hind, teisel ravimil keskmise annuse hind. Kas ei oleks mõistlik hinnata omavahel maksimumannuste hindasid või siis kõige väiksemate annuste hindasid?

Ravijuhendis on kirjas, et hinnad muutuvad pidevalt, kas siis on üldse vajalik need hinnad juhendis välja tuua, kui juba praegu esitatud info on eksitav?

Ravimite toimeainete tabel (mis on Eestis kättesaadavad) peab ravijuhendis olema, sest kõik arstid ja õed ei pruugi teada, mis ravim kuhu gruppi kuulub ning toimeainete tabel on abiks ravimi valikul. Parima praktilise väärtuse annaks alg- ja maksimumannuste kirjeldus ning lisakommentaari kasutamise kohta. Näide Ameerika Kardioloogide Hüpertensiooni ravijuhendist tabel 18

(http://www.onlinejacc.org/content/accj/71/19/e127.full.pdf?_ga=2.18763769.1360709574.1560713306-802640277.1560713306).

Töörühm kaalus ettepanekut hoolega ja eelkirjeldatud tabel eemaldatase juhendist. Juhendile lisatakse aga uus ülevaatlik tabel Eestis saadaolevate kõrgvererõhktõve ravimite kohta (juhendi lisa 3), kus hindu siiski välja ei tooda.

4) Ravijuhendist võimalikult suure praktilise kasu saamiseks, võiks olla juhendis ka tabel erinevate ravigruppide vastunäidustuse kohta nagu on olemas näiteks Euroopa Kardioloogide Seltsi viimases hüpertensiooni ravijuhendis (Tabel 20

<https://academic.oup.com/eurheartj/article/39/33/3021/5079119#133825593>).

Töörühma otsusel lisatakse juhendile lisatakse aga uus ülevaatlik tabel Eestis saadaolevate kõrgvererõhktõve ravimite kohta (juhendi lisa 3)

5) Ravijuhendis puuduvad soovitusel teistesse rassidesse kuuluvatele patsientidele esmase ravivaliku tegemiseks. Teiste rasside esindajaid on patsientuuris järjest rohkem. Ettepanek – sõnastada juhendis see, et teise rassi kuuluvatel patsientidel ei ole esmavalik samasugune, ning anda soovitus, missugusest allikast vajalikku infot otsida. Näide Ameerika Kardioloogide ravijuhendist peatükk 10.1. Race and Ethnicity

http://www.onlinejacc.org/content/accj/71/19/e127.full.pdf?_ga=2.13394167.1360709574.1560713306-802640277.1560713306 .

Töörühm arutas küsimust põhjalikult. Kuna juhendi kaasajastamist algatades eksperdid (sh töörühma liikmed) seda küsimust ei tõstatanud, siis seekordse uuendamise käigus seda

küsimust ei käsitletud. K.-T. Laisaar mh ka ravijuhendite püsisekretariaadi esindajana pani aga selle ettepaneku juhendi järgmise kaasajastamise jaoks kirja.

6) Dokumendis esinevad mitmed trükivead. Näiteid: lehekülj 28: (nii kodus, arstivisiidi kui ka auomaatselt ambulatoorselt määratud vererõhk). Lehekülj 43: Lisaks alndas AKEI + KKB kardiovaskulaarselt riski efektiivsemalt.

Töörühm tähelepanekutega nõus, käsikirjas tehakse vajalikud parandused.

7) Leheküljel 43, teine lõik - on kasutatud mõisteid: südameinsult ning ebastabiilne angiin. Antud mõisted ei ole valed. Ettepanek - Lugejas segaduse vältimiseks kasutada väljendeid südameinfarkt ja ebastabiilne rinnaangiin/ ebastabiilne stenokardia. (Meditšiinisõnastik 2004).

Töörühm tähelepanekuga nõus, käsikirjas tehakse vajalikud parandused.

8) Ravijuhend on üldiselt tekstimahukas ja vajaliku info ülesse leidmine, kui on vaja soovitusel kohta täpsemalt lugeda, võtab aega. Kasutaja saab kiiremini ja mugavamalt info kätte tabelitest ja skeemidest. Neid võiks antud juhendis rohkem olla.

Töörühm põhimõtteliselt ettepanekuga nõus, kuid antud juhendi teksti (sh tabelite, jooniste) muutmise piiratud seetõttu, et juhendi kaaskajastamisel avati vaid teatud kliinilised küsimused. See tähendab, et nende soovitusel kohtas käivaid selgitusi, mille aluseks olevaid kliinilisi küsimusi ei avatud, muuta ei saa. Tulevikus on Eestis plaanis ravijuhendid esitada elektroonses vormis. Sellisel juhul näeb lugeja kõigepealt soovitusi ning täpsem info, selgitus avaneb vastavale soovitusel klikkides jne. Nii saab juhendi kasutaja valida, milline on talle antud hetkel vajalik info ning jätta muud juhendi osad kõrvale. Samuti võimaldab elektroonne juhend (märk)sõnade otsingut jmt.

Töörühma otsusel lisatakse käesolevale juhendile vaid üks tabel – Eestis saadaolevate kõrgvererõhktõve ravimite kohta (juhendi lisa 3).

9) Rakenduskavas planeeritud e-koolitus ja videokoolitus koos täienduspunktidega on väga oodatud, loodetavasti võimaldab ravijuhendit tutvustada suuremale hulgal meditsiinitöötajatele. Töörühm tähelepanekuga nõus. Juhendi rakenduskavasse lisatakse veel ka üks venekeelne koolitus Ida-Viru maakonna arstidele-õdedele.

Eesti Geriaatrite Selts: Üldine hinnang juhendile positiivne, välja toodi vaid keeleteoimetuse vajadus. Juhend läheb pärast Ravijuhendite Nõukojas kinnitamist keelekorrektuuri.

Eesti Sisearstide Ühendus: Üldine hinnang juhendile positiivne, välja toodi vaid see, et üks soovitus on juhendi alguses soovitusel loetelus esitatud topelt. See viga parandatud.

L. Puusepa nim Neuroloogide ja Neurokirurgide Seltsil ning Eesti Kõrva-Nina-Kurguarstide ja Pea- ja Kaelakirurgide Seltsil juhendile täiendusi ei ole.

Ida-Viru Keskhaiгла ülemarst andis teada, et nende haiglast tagasisidet ei laekunud.

Töörühm otsustas, et sekretariaadi juht S. Alliksoo ja töörühma liige K.-T. Laisaar viivad käsikirjas vajalikud parandused sisse, töörühma liikmed kinnitavad korrigeeritud juhendi elektroonselt juulis 2019 ning juhend esitatakse Ravijuhendite Nõukojale kinnitamiseks 10.09.2019 koosolekul.

4. Patsiendijuhendi arutelu

Patsiendijuhendi lühendas ja kaasajastas töörühma liige I. Tohus. Töörühma teiste liikmetega on patsiendijuhendi arutelu (küsimused-vastused) käinud elektroonselt ning arvestades suvise puhkusteperioodi algust on töörühmal plaanis patsiendijuhend kinnitada elektroonselt juulis 2019. Patsiendijuhend esitatakse Ravijuhendite Nõukojale koos ravijuhendiga kinnitamiseks 10.09.2019 koosolekul.