

**TÄISKASVANUTE UNEHÄIRETE ESMANE DIAGNOSTIKA JA RAVI  
TÖÖRÜHMA JA SEKRETARIAADI TÖÖKOOSOLEKU PROTOKOLL nr. 9**

<b>Kuupäev</b>	28. märts 2018
<b>Koht</b>	Eesti Haigekassa 1. korruse saal, Tallinn
<b>Algus</b>	kl 12.15
<b>Lõpp</b>	kl 15.45
<b>Osalejad</b>	Töörühma liikmed: Erve Sõõru, Tuuliki Hion, Hepp Nigol, Merike Porosaar, Andrus Helenurm, Anu Hedman, Ivika Leik, Triin Jagomägi, Tiina Siilak  Sekretariaadi liikmed: Katrin Põld, Moonika Viigimäe, Kaire Pakkonen, Anneli Truhanov (EHK koordinaator)  Metoodik: Kaja-Triin Laisaar
<b>Puuduvad liikmed</b>	Töörühmast puudusid: Marli Veldi  Sekretariaadist puudusid: Kristiina Lepik, Maarika Liik, Maarja Kaarlõp
<b>Juhatas</b>	Erve Sõõru
<b>Protokollis</b>	Anneli Truhanov
<b>Päevakord</b>	1. Huvide deklaratsioonide uuendamine; 2. Küsimuste 12, 16, 7, 13, 14, 19 arutelu; 3. Järgmiste koosolekut päevakava kokku leppimine
<b>Ülevaade toimunud aruteludest</b>	<p><b>1. Koosoleku kvoorum ja huvide deklaratsioonid</b> Koosolekul osales 9 töörühma liiget 10st. Keegi ei soovinud oma huvide deklaratsioone uuendada.</p> <p><b>2. Kliiniline küsimus nr 12 „Kas kõigil liigunisuse kahtlusega patsientidel tuleb kasutada unepäevikut vs mitte?“:</b> Aktigraafia on unepäevikule täpsem alternatiiv, aga kuna Eestis on kasutus marginaalne, ei saa kindlasti seda käsitleda kui esmatasandil käsitletavat meetodit. Küsimuse kohta on väga madal tõendus põhisis: ei ole randomiseeritud kontrollitud uuringud, uuritavate arv on väike ja uuringud ei vasta täpselt küsimusele (uuritud on unekeskuse patsiente). Käsitletavates uuringutes kasutatakse unepäevikut selleks, et hinnata patsiendi uneharjumusi ja selekteerida välja patsiendid, kelle ei ole liigunisus on tingitud sekundaarsetest põhjustest nt vähene uneaeg, vahetustega töö jne. Unepäeviku andmed on ebatäpsed kuid alternatiivi puudumisel on kasutamine põhjendatud. Unepäevikut on vaja kindlasti täita vähemalt 2 nädala jooksul (sissekanded igal hommikul). Töörühm arutas, et praktikas peaks uneprobleeme kaebav patsient saama pereõelt/registraatorilt suunise enne arsti visiiti 2 nädala jooksul unepäevikut täita ja siis tulla visiidile/saata unepäevik visiidi eelselt elektroonselt arstile ja siis oleks arstil juba ülevaade võimalikest probleemidest. See võimaldab patsienti rohkem kaasata oma raviprotsessi ja sellega patsienti võimendada. Unepäeviku täitmine ei ole ressursimahukas tegevus ei patsiendile ega ka arstile. Patsiendid ei pruugi tahta/jõuda/olla motiveeritud unepäevikut täitma ja ei pruugi seda igal hommikul teha, mis teeb tulemused ebatäpsemaks.</p> <p><b>Töörühm sõnastas nõrga positiivse soovitusse väga madala tõendusmaterjali pealt:</b> Kõigil liigunisuse kahtlusega patsientidel on liigunisuse diagnoosimisel soovitatav kasutada unepäevikut vähemalt kaks nädalat.</p>

Soovituse all olevasse teksti lisada täiendav lause seadmetest (aktiivsusmonitorid jm) tuleneva info kasutamise kohta unehäirete diagnostikaks.

### **3. Kliiniline küsimus 8 ja nr 16:**

#### **Varem sõnastatud küsimuse 8 negatiivne soovitus muudeti nõrgaks positiivseks soovituseks:**

Uneaegse hingamishäire kahtlusega patsientidel on soovitatav kasutada uneaegse hingamishäire diagnoosimisel STOP-BANG küsimustikku.

Selgitavasse teksti lisatakse „Madal skoor ei välista uneaapnoe esinemist. Küsimustikud võivad aidata välja selekteerida raske uneaapnoe kahtlusega patsiendid“.

Kliinilise küsimuse nr. 16 osas teostati kaks Medinfo otsingut. Esimese otsingu (PICO 1) tulemuseks oli 866 (inglise keelset) kirjet, teise otsingu (PICO 2, meetmes kasutatud STOP BANG questionnaires, STOP questionnaire) tulemuseks 20 kirjet. Kriteeriumitele vastavaid uuringuid ei leitud. Kirjete seas olid mitmed uuringud, mida on juba kasutatud tõenduspõhise kirjandusallikana kliinilise küsimuse 8 soovituse koostamisel.

**Küsimuse 8 kaudse tõendusmaterjali pealt sõnastati küsimuse 16 tööühma praktiline positiivne soovitus:** Liigunisuse kahtlusega patsientidel on soovitatav kasutada uneaegse hingamishäire diagnoosimisel STOP-BANG küsimustikku.

Selgitavasse teksti lisatakse: „Küsimustikud võivad aidata liigunisuse kaebusega patsientide hulgast välja selekteerida raske uneaapnoega patsiendid“.

### **4. Kliiniline küsimus 7 „Kas kõigil unetuse kahtlusega patsientidel tuleb kasutada väsimuse küsimustikke vs mitte?“:**

Väsimuse puhul raske aru saada, millega konkreetselt tegu võib olla, kas depressioonist tuleneva väsimusega, unisuse vms. Kaebusi on raske diferentsida. Küsimustikud ei aita otseselt unetust diagnoosida, aga võivad aidata välja selgitada päevase unisuse raskust.

K.-T. Laisaar: kui perearsti juures on unetusega patsient, kes on ka väsinud, siis kas see teadmine on tähtis?

T. Hion: kui patsiendil on ka väsimus unetusele lisaks, siis hakatakse ravimeid tarvitama. Kui väsimust pole, siis ravimeid kohe kasutusele ei võeta. Samas võimalik, et esmatasand nii seda ei tee.

K. Põld: Ravijuhendites (AASM kroonilise insomni juhend, Schutte-Rodin et al., 2008) on soovitatud insomnia sümptomite tõsiduse hindamiseks Fatigue Severity Scale'i. Riemann et al. 2017 a Euroopa ravijuhendis ei ole väsimuse küsimustikke mainitud. ICSD-3 insomni diagnoosi kriteeriumites on väsimust ühe kriteeriumina mainitud. Kirjanduse alusel on insomni uurimustes enim kasutatud väsimuse küsimustikke Fatigue Severity Scale (FSS; Krupp *et al.*, 1989) ja Multidimensional Fatigue Inventory (MFI; Smets *et al.*, 1995)

Otsingu tulemusena (vt strateegia eraldi failis) tuli 18 kirjet, nendest valiti välja 5 artikli täistekstid. **Gradisar *et al.*, 2007** töötasid välja Flinders Fatigue Scale'i ja testisid seda algul online 1093 vabatahtlikul (vs PSQI) ning uuringu teises pooles valideerisid seda 113 eelnevalt diagnoositud insomniaga patsiendil, kes said unetuse kognitiiv-käitumuslikku teraapiat. Flinders Fatigue Scale (FFS) on 7-alapunktiline skaala väsimuse hindamiseks päevasel ajal viimase 2 nädala vältel. Skoorid 0-31. Cut-off skoorid 13-15 piiripealne, keskmine 16-20 ja raske väsimus üle 21. Autorid järeldasid, et tegu on heade psühhomeetrislike omadustega skaalaga, mis on tundlik ka ravile ning eristab väsimust päevasest unisusest (korrelatsioon ESS-ga puudus).

**Seow et al., 2018** uurisid ambulatoorsetel psühhiaatrilistel patsientidel kuue küsimustiku (PSQI, ISI, ESS, Flinders Fatigue Scale, Functional Outcomes of Sleep Questionnaire ja Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep Questionnaire) valiidsust insomni diagnoosimisel vs Brief Insomnia Questionnaire, mis hõlmab nii DSM-V kui RHK-10 insomni kriteeriume. 32% ja 31.8% patsientidest sobisid vastavalt RHK-10 ja DSM-V insomni kriteeriumitele.

**Tulemus:** The area under the ROC curve (AUC) values were interpreted and used to define the accuracy of a measure according to the following threshold: 0.5-0.7 as “poor,” 0.7-0.8 as “fair,” 0.8-0.9 as “good,” and >0.9 as “excellent”. Flinders fatigue Scale had “fair” accuracy for ICD-10 and “low” accuracy for DSM-5.

Uuringutest võib järeldada, et väsimuse küsimustikku kasutatakse ravitulemuse hindamiseks.

**Töörühm sõnastas nõrga positiivse soovitusena väga madala tõendusmaterjali pealt:**

Unetuse kahtlusega patsientidel, kes kaebavad väsimust, on soovitatav väsimuse hindamiseks kasutada Flinders Fatigue skaalat.

Selgitavasse teksti läheb dünaamika jälgimise osa. Skaala kasutusele võtuks on vaja küsida luba autorite käest.

**5. Kliiniline küsimus nr 13** „Kas kõigil liigunisuse kahtlusega patsientidel tuleb kasutada liigunisuse küsimustikku vs mitte?“:

Ravijuhendites sellist küsimust ei käsitletud. Selget üht liigunisuse küsimustikku ei olegi, aga enim kasutusel on Epworthi liigunisuse küsimustik. Kirjanduse ostingul leiti 80 vastet, millest vaid 1 (Zallek et al, 2008) käsitles liigunisust mõõtvat skaala kasutuselevõttu võrreldes Epworthi küsimustikuga unekliiniku patsientidel. Tegemist on üheküsimuselise liigväsimuse skaalaga (ÜS), mida võrreldi mahukama Epworthi liigunisuse küsimustikuga (ESS). Selles on vaja patsiendil hinnata oma unisust tüüpilisel päeval skaalal 0-10. Diagnoos kinnitati *multiple sleep latency test* (MSLT).

303 patsienti oli valitud Illinoisist Neuroloogiakeskuse unekeskusest 2001-2004 a.

Kohordis oli erinevaid unehäireid, sealhulgas 43,9% unepnoe, 8,9% narkolepsia ja 13,5% idiopaatilise hüpersomnia, 15,2% perioodiliste jäsemeliigutuste, 10,6% rahutute jalgade sündroomi), 19,8% insomni, 23,1% ebaadekvaatse unehügieeniga patsiente. Liigunisuse patsiente oli kohordis kokku 22,4%.

ESS skoor  $\geq 11$  loeti „subjektiivselt unisteks“ patsientideks. ÜS alla 3 puhul oli ka ESS skoor alla 11. ÜS skooriga  $\geq 8$  patsientidel oli positiivne ennustusväärtus >80% et nad said ka ESS skaalal >11. Selget korrelatsiooni ÜSi erinevate väärtuste ja MSLT vahel ei olnud.

Kokkuvõttes tuli nentida, et ei ESS ega ÜS pole täiuslikud võrreldes MSLT-ga. ESS ja MSLT vahel oli korrelatsioon vaid ESSi väärtuste 11, 12, 16 ja 18 korral.

Kokkuvõttes ei peaks arst toetuma vaid liigunisuse patsientide skriinimisel ühele testile. ÜS ega ESS ei asenda objektiivset unisuse mõõtmist MSLT-ga. Küll aga ÜS  $\leq 2$  ja  $\geq 9$  ennustavad vastavalt normaalset ja ebanormaalset ESSi väärtust, mistõttu ESS võiks sobida skriinimiseks esmatasandile. Samas puudub piisav tõendus selle kohta, kas just liigunisuse patsientidel on need testid esmatasandil kasutamiseks piisavad sensitiivsed ja spetsiifilised.

	<p><b>Töörühm sõnastas praktilise negatiivse soovitus</b> „Liigunisuse kahtlusega patsientidel liigunisuse küsimustikke mitte kasutada.</p> <p>Pole tõendust ühegi liigunisuse küsimustiku kasutamise kohta liigunisusega patsientidel liigunisuse diagnoosimiseks. On üks uuring unekeskuse patsientidel kus võrreldi üheküsimuselist küsimust Epworthi liigunisuse skaalaga, aga selles olid hõlmatud vaid osaliselt liigunisuse patsiendid ja selle tulemused ei näidanud küsimustiku kõrget spetsiifilisust ega sensitiivsust liigunisuse suhtes.</p> <p><b>6. Kliiniline küsimus nr 14</b> „Kas kõigil liigunisuse kahtlusega patsientidel tuleb kasutada meeleolu- ja ärevushäirete küsimustikku vs mitte?“:</p> <p>Ükski uuring ei andnud täpset vastust, et kas saab liigunisust nendega diagnoosida. Selle küsimuse juures on suurimaks eesmärgiks ära diferentseerida komorbiidsed patsiendid jt.</p> <p>Kui on liiguline patsient, siis on igal juhul vaja meeleolu- ja ärevushäiret hinnata. Kui depressiooni ravis x aja jooksul paranemist ei toimu, siis on samuti vaja liigunisuse kaebuse juurde tagasi tulla ja käsitleda seda kui unehäiret.</p> <p>Töörühm otsustas, et sekretariaadil on vaja teha lisaotsing konkreetsete küsimustike nimesid kasutades. Vaadata, milliseid küsimustikke soovitatakse depressiooni ravijuhendis (nt EEK2) ja otsida tõendusmaterjali, kas need liigunisuse patsientidel võiksid toimida.</p> <p>Täpsem otsing komorbiidsuse hindamise küsimustike kohta.</p> <p><b>7. Kliiniline küsimus nr 19</b> „Kas kõigil une-ärkveloleku rütmi häire kahtlusega patsientidel tuleb kasutada unepäevikut vs mitte?“ täiendava otsingu tulemused:</p> <p>Eelmisel koosolekul käsitletud küsimus, kus tõendusmaterjal vajas täpsustamist. Poola juhendis on välja toodud rahvusvahelised kriteeriumid, tõendusmaterjali allikaid välja toodud ei ole. USA juhendis on konsensusotsusel põhinev soovitus ja tõendusmaterjali välja toodud ei ole.</p> <p><b>Töörühma praktiline positiivne soovitus kuna tõendusmaterjal puudub ja tuginetakse diagnoosikriteeriumitele ja konsensusotsustele:</b></p> <p>Kõigil une-ärkveloleku rütmi häire kahtlusega patsientidel on soovitatav kasutada unepäevikut vähemalt kaks nädalat.</p> <p>Selgitavasse teksti läheb täiendav lause seadmetest (aktiivsusmonitorid jm) tuleneva info kasutamise kohta unehäirete diagnostikaks.</p>
<p><b>Vastuvõetud otsused:</b></p>	<p><b>1.</b> Järgmised töörühma koosolekud toimuvad 2. mai Tartu ja 4. juuni Tallinn.</p> <p><b>2.</b> 2. mai koosolekul tuleb arutelule küsimuse 14 täiendava otsinguga leitud tõendusmaterjal, ravijuhendi soovitude põhjal koostatud algoritm, ravijuhendi käsitlusalas kokku lepitud tervishoiukorralduslikud küsimused:</p> <p>- Millisel juhul unetuse kahtlusega patsient edasi suunata diagnoosi täpsustamiseks unehäiretega tegeleva spetsialisti konsultatsioonile? - Millisel juhul uneaegse hingamishäire kahtlusega patsient edasi suunata diagnoosi täpsustamiseks unehäiretega tegeleva spetsialisti konsultatsioonile?</p>

- |  |  |
|--|--|
|  | <ul style="list-style-type: none"><li>- Millisel juhul liigunisuse kahtlusega patsient edasi suunata diagnoosi täpsustamiseks unehäiretega tegeleva spetsialisti konsultatsioonile?</li><li>- Millisel juhul une-ärkveloleku rütmi häire kahtlusega patsient edasi suunata diagnoosi täpsustamiseks unehäiretega tegeleva spetsialisti konsultatsioonile?</li><li>- Millisel juhul parasomnia kahtlusega patsient edasi suunata diagnoosi täpsustamiseks unehäiretega tegeleva spetsialisti konsultatsioonile?</li><li>- Millisel juhul uneaegsete liigutushäirete (sh bruksismi) kahtlusega patsient edasi suunata diagnoosi täpsustamiseks unehäiretega tegeleva spetsialisti konsultatsioonile?</li></ul> |
|--|--|