**”** BARIAATRILISE PATSIENDI KIRURGILINE KÄSITLUS**”**

ravijuhendi töörühma ja sekretariaadi koosoleku

**PROTOKOLL nr.9**

|  |  |
| --- | --- |
| Kuupäev | **23. märts 2015** |
| Koht | Tallinn, Haigekassa Harju osakond/ Tartu, Haigekassa Tartu osakond |
| Algus  Lõpp | 14.15  18.00 |
| Osalejad | **Ilmar Kaur,** Tatjana Toomsoo, Kaja Ottoson, Kristel Janvest, Merit Kudeviita, Kaia Kuppart, Ülli Adamson, Toomas Sillakivi, Märt Elmet, Jaan Tepp, Katrin Nõukas, Peeter Kivik, Andre Trudnikov, Külvi Peterson  Sekretariaadi liikmed: Kaur Liivak, Sirje Vaask, Siret Saarsalu, Kirsti Akkermann, Jane Alop, Edgar Lipping  Muu: Ulla Raid |
| Puudujad | Triin Habicht,  Sekretariaadi liikmed: Anastasia Parts, Kaire Heilman |
| Juhatas | Ilmar Kaur |
| Protokollis | Sirje Vaask |
| Päevakord | 1. Huvide deklaratsioonid ja koosoleku otsustusvõimelisus 2. Kliiniliste küsimuste kinnitamine 3. Järgmise koosoleku aeg ja käsitletavad teemad |
|  | 1. **Huvide deklaratsioonid**   HD täiendusi ei ole. Koosolek on otsusevõimeline, kohal on 11 liiget. |
|  | Töörühma koosolek on otsustusvõimeline kui kohal on ¾ liikmetest. Otsused võetakse vastu konsensuse alusel.  **Eelnevalt arutatud soovituste terviktekstide ülevaatamine**  **K7.4**  Arutelu:  Kaur Liivak: Kas midagi tuli veel lisaks olemasolevale?  Siret: Tsinki soovitatakse samuti ja samuti oleks vajalik TSH analüüs ja glükohemoglobiin.  Erinevate tasandite vaheline suhtlemine. Perearsti jaoks võiks olla selgitatud, et ta teeks kolesterooli, ferritiini, TSH ja glükohemoglobiin. Teised analüüsid tehakse eriarstiabis vahetult enne lõikust.  Osteoporoosi ei ole täheldanud lõigatud haigetel, kas on vajalik kaltsiumi määramine? Kas kaltsium või ioniseeritud kaltsium?  Nõrk positiivne: Enne kirurgilist sekkumist võiks kõikidele bariaatrilise kirurgia patsientidele ravitulemuse parandamiseks määrata:   * PTH * Foolhape ja B12-vitamiin * Ioniseeritud kaltsium * 25(OH) D3 vitamiin   **Praktiline soovitus:**  Perearstiabi tasandil peaks eelnevalt määrama bariaatrilistele patsientidele: kolesterool ja verelipiidid, glükohemoglobiini, TSH, kliiniline veri ja ferritiin.  Ravijuhendi lisasse: Kokku leppida miinimumandmed saatekirjale, mida perearst peaks saatekirjale märkima kui ta saadab patsiendi bariaatrilisele lõikusele. Selts teeb ettepanekud.  **K 9.**  *Kas bariaatrilise kirurgia patsiendi kasutada RYGB vs SG vs LAGB ravitulemuseks operatsioonimeetoditega saavutatavad ravitulemused?*  K. Otteson – patsiendi ja arsti vahelised eelistused peaks ümber sõnastama.  T. Sillakivi – järjestus peaks jääma samaks, enam kirjeldada põhjendusi.  **Kinnitada K9 sõnastus**  **nõrk positiivne**  **Valige operatsioonimeetod arsti ja patsiendi vahelises koostöös. Uuringutest ei selgu ühe meetodi eelised võrreldes teiste operatsioonimeetoditega.**  **K10**  *10. Kas kõigile bariaatrilise kirurgia patsientidel kasutada operatsioonijärgselt parema ravitulemuse saavutamiseks järgmisi sekkumisi (vs sekkumiste mittekasutamisega)- 10.1 Psühholoogiline nõustamine,- 10.2 Toitumisnõustamine,- 10.3 Kehalise aktiivsuse nõustamine*  K. Akkermann – kolm ülevaateartiklit, patsientide osalemine operatsioonijärgses tugigrupis on soovitatav kõigile. Uuringute alusel vaadeldi mõju pikaajalist, kasutatakse kognitiiv- käitumuslikke meetodeid. 5-6 sessiooni, võiks alata poolaastat peale operatsiooni – grupisekkumine, et hoida motivatsiooni elustiili muutuste tegemiseks. Vajalik hinnata kui reaalne on see korralduslikult. USA RJ soovitatakse patsiente julgustada. Kui ei ilmne soovitav kehakaalu langus – vajalik on jälgida operatsioonieelses perioodis. Operatsioonijärgne hindamine vajalik ca 6 kuud peale operatsiooni.  K. Otteson – nõustun, alates 6 kuust muutub vajalikuks. Hetkel neid tugigruppe ei eksisteeri. Vajalik selgituses täpsustada mida tugirühma all mõeldakse. Tugirühmi oleks vaja kõigile. Kas samu skriinimismeetodeid rakendatakse operatsioonijärgselt. Ravijärgsed visiidid sõltuvad patsiendi võimalustest.  M. Kudeviita –preoperatiivselt alustatud häirete ravi vajab jälgimist ja korrigeerimist. Metabolismi muutuse mõju on vaja jälgida. Kui ravimite kõrvaltoime on kaalutõus, siis kaalutõus on paratamatu. Kas peaks olema kajastatud ravijuhendis, peaks olema psühhiaatri pädevuses. Operatsioonijärgselt võivad ilmneda häired –kas vajalik varem hinnata.  K. Kuppart – vajalik arendada tulevikuks.  T. Sillakivi – osa numbreid, s.h. ajalised soovitused võiks panna selgitavasse ossa. Ei peaks soovituses täpsustama, kes seda peaks tegema  T- Toomsoo – võiks täpsustada, mida 3 korda tehakse ning mida siis teha kui ta ei käi visiitidel.  K. Peterson – reeglina tekib vajadus külastada täiendava terviseprobleemi tekkimisel.  **Kinnitada küsimuse K10.1 soovitus**  **10.1 nõrk positiivne**  **Julgustage patsienti osalema patsientide tugigrupis, et soodustada toimetulekut elustiili muutustega.**  **Kontrollimatu söömiskäitumisega indiviididele soovitage operatsiooni järgselt kognitiiv-käitumuslikke ravimeetodeid, et suurendada impulsikontrolli ja toetada patsiendi toimetulekut operatsioonijärgse elustiilimuutusega (toitumine, liikumine). Preoperatiivselt alustatud krooniliste psühhiaatriliste häirete ravi ja jälgimine peaks jätkuma operatsioonijärgses perioodis.**  Selgituses tuua välja mida mõeldakse tugigrupi all, et operatsioonijärgselt tuleb patsienti skriinida ka söömishäire osas ja teavitada patsienti võimalikust riskist. Tuua välja erinevad riskid, hindamismeetodid, 6 kuuline ajaperspektiiv ja selgitada täpsemalt soovitusi.  **10.2 ja 10.3 nõrk positiivne**  **Bariaatrilise operatsiooni järgselt hinnake patsiendi terviseseisundit vähemalt 3 korda aasta ja edaspidi vähemalt kord aastas (s.h. toitumise ja liikumise alaseks nõustamiseks).**  **Toitumis- ja liikumisnõustamine on vajalik operatsioonijärgsete toitumispõhimõtete rakendamiseks, kehakaalu ohjeks ja toitainete defitsiidi ennetamiseks, liikumisnõustamine kehakaalu ohjeks, kardiorespiratoorse seisundi parandamiseks ning keha rasvavaba massi kao ennetamiseks (aeroobsed ja vastupidavusharjutused).**  P. Kivik – vajalik on ka rõhutada, et patsient ka ise järelkontrollidele pöörduks.  K. Ottoson – vajalik on järelkontrollid kirjeldada patsiendijuhendis – võimalik on kontakteeruda patsiendiga ka telefonitsi kui uuringud on nt perearstil tehtud ja terviseprobleeme ei esine.  **K11 – nõrk positiivne**  11.1 Bariaatrilise operatsiooni järgselt kaaluge patsiendile ülemise seedetrakti endoskoopia tegemist, kui tal esinevad püsivad seedetrakti kaebused.  11.2 Operatsioonist kahe aasta möödudes kaaluge luutiheduse uuringut kõikidele patsientidele.  11.3 Bariaatrilise operatsiooni järgselt teostage patsiendil järgmised analüüsid kaks korda aastas (6 kuud ja 12 kuud) peale operatsiooni, seejärel korra aastas:  • Kolesterool ja verelipiidid  • B12- kord aastas, lisandite tarvitamisel 3-6 kuu tagant  • Foolhape  • feritiin  • Tsink- peale malabsorptiivset protseduuri või spetsiifiliste sümptomite korral  • PTH  • ioniseeritud kaltsium  • 25(OH) D3 vitamiin  • Glükohemoglobiin-jälgida diabeedi ja hüpoglokeemiliste sümptomite puhul  \***Lisaks:** Albumiini osas otsida lisamaterjali.  **K12** Kas kõigil patsientidel kasutada vs mitte kasutada bariaatrilise lõikuse järgselt tekkiva veresuhkru languse ennetamiseks ravimeid, et vähendada hüpoglükeemia episoodide esinemist?  **Kliinilise küsimuse juurde tuleb laiendus: Kas lõikusjärgse hüpoglükeemia episoodidega patsientidel, kellel ei piisa dieedi korrigeerimisest, kasutada vs mitte kasutada ravimeid veresuhkru languse ennetamiseks.** Praktiline soovitus: Lõikusjärgse hüpoglükeemia episoodidegapatsientidel, kellel ei piisa dieedi korrigeerimisest, kasutagemedikamentoosset ravi veresuhkru languse ennetamiseks. Patsient vajabendokrinoloogi konsultatsiooni.Ravimotivatsiooni küsimustikud: M. Kudeviita – kas on vajalik täpsustada ravijuhendis missuguseid instrumente kasutatakse ravimotivatsiooni hindamisel? Võin otsida ja vaadata võimalusi- vajalik täpsustada mis aspekte peab hindamine hõlmama.  K. Akkermann – olemas soovitatav nimekiri, AUDIT jt mida saaks suhteliselt lihtsalt kasutada. Jäi seisukoht et iga keskus kasutab oma küsimustikke. Osad protokollid on väga lühidad – koosnevad vaid 3 küsimusest.  P. Kivik – kas instrumendid peaks olema valideeritud, mõistlik valida 1 instrument.  J. Alop – elukvaliteedi küsimustikud ei sobi ravimotivatsiooni hindamiseks. Kes peaks motivatsiooni hindama?  K. Ottoson – küsimustikud on reeglina asukohapõhised, ei pruugi Eestile sobida.  I. Kaur – 3 küsimuse küsimine patsiendilt, kes on tulnud sooviga operatsiooni teha, tema seisukohta oluliselt ei mõjuta. Hinnata võib esmaselt patsiendiga kokkupuutuv tervishoiutöötaja, nt bariaatriaõde.  K. Liivak – ei ole asjakohaseid uuringuid ravimotivatsiooni tõendatud soovituse andmiseks.  **Patsiendijuhendite teemad**  Juhendi koostajad on Ülli Adamson, Kristel Janvest ja Kaja Otteson.  **Teemad:**  1. Millal kaaluda kirurgilist ravi   * + Kehakaal ja oodatavad tulemused   + Sõltuvusseisundid   2. Ettevalmistus bariaatriliseks lõikuseks  3. Kirurgilise ravi meetodid ja alternatiivid  4. Kirurgilise ravi tüsistused  5. Kirurgilise sekkumise efektiivsus  6. Elu pärast kirurgilist sekkumist   * + Toitumine   + Liikumine   + Liigne nahk   + Suhteteemad (kaassõltuvus)   + Alkohol jt sõltuvusseisundid   + Rasedus ja viljakus (sõltuvalt patsiendi eesmärkidest)   KOKKUVÕTE: Töörühma liikmetele saadetakse patsiendijuhendite teemad hindamiseks.  **Rakenduskava indikaatorid**  K.Ottoson- vajalik oleks detailsem informatsioon enne operatsiooni, allkirjastamine on patsiendi vastutus. Tallinnas on treener – ülekaalulistega tegelemisel kompetentne, pakutavad toitumiskavad bariaatrilistele haigetele ei sobitu. Patsiendist on pikemaajalisem vaade perearstil. Kehamassiindeksist olulisem on inimese rahulolu.  K.Peterson – tervisedeklaratsioon – e-tervises – vajalik vormistada. Autojuhilubade puhul täidetakse eelnevalt tervisedeklaratsioon. Oluline et haiget ei jooksutataks asjata perearsti juurde. Teatud osas võib olla ka patsiendi omaosalus – motiveeriv.  J.Alop – eesmärgiks nii vastutus kui teavitus- praktiline väärtus. Nõusoleku vorm võiks olla elektrooniline ja kättesaadav nt patsiendiportaalis. Rakenduskavasse võiks kirjeldada ka nõustaja pädevus, nt toitumisnõustamise pädevus – haigekassa tasub teenuse eest vaid teatud juhtudel (sarnaselt kliinilisele psühholoogile). Teraapiafondis on arvestatud vajadusega suunata psühholoogile või uuringutele. Rakenduskava jälgimine võiks olla teostatud lihtsamal meetodil kui kliinilise auditiga. Võimalik on kavandada rakendusuuringuid.  I. Kaur - kasutatakse operatsiooni nõusoleku lehte. Vajalik on kinnitus, et patsienti on võimalikest ohtudest teavitatud, see võib olla vajalik probleemide tõendamise korral. Vorme kasutatakse kõigi operatsioonide puhul. Võiks kaaluda, kas võimalike probleemide korral on mõeldav küsida ravinud psühhiaatri arvamust. Kliiniline audit on protsessi hindamiseks. Hindamiseks on võimalik vaadelda protsessiindikaatoreid – nt kas on jälgitud. Teatud andmed võiks olla tulevikus saadavad digiloost. Võiks koheselt planeerida elukvaliteediuuringu – siis on ravijuhendi rakendumisel olemas baasandmestik millega võrrelda. Tulevikus võiks olla kompleksne tervikteenus, mille osad on ka muud tugiteenused lisaks lõikusele.  S. Vaask –tutvustan kavandatavat toitumisnõustaja ja toitumisterapeudi kutsestandardit – vajadus tulenes turusituatsioonist – hindamisstandardid on välja töötamisel ning kutseeksamil vaadatakse baasharidust, täiendkoolitusi, on eksam ja juhtumianalüüs esmase kliendiga. Bariaatrilise haige kontekstis on teemaks eelkõige operatsiooni järgne nõustamine – see peaks olema kas tervishoiutöötaja või kutset omav toitumisterapeut. Täna riiklikult väljaõpet ei toimu, standard on aluseks ka koolitusprogrammidele. TLÜ Haapsalu kolledžis koolitatakse kõrval erialana toitumisnõustajaid – eesmärgiga nõustada terveid inimesi, s.h. kaaluprobleemides.  M. Kudeviita – vajalik oleks seisukohad täpsustada Psühhiaatrite Seltsiga. Ei saa välistada et riskipatsient ei satuks operatsioonile, ent saame teha endast oleneva et võimalust vähendada.  A. Trudnikov – eriarstid näevad patsiente enam, peaks olema täpsustatud kes teeb vajalikud uuringud. Indikaatoritena saab jälgida kas kaalulangus on toimunud, kas kaasuvad haigused on vähenenud, mis on inimese elukvaliteet.  T. Sillakivi –vajalik on sätestada pädevusnõuded teenuse osutajatele.  **KOKKUVÕTE: kaaluda võimalusel rakendada üleriigiliselt ühtne patsiendi nõusoleku vorm, s.h. kättesaadav elektroonselt.**  **Täpsustada ravijuhendi kontekstis, kas teenust peaks tegema kas tervishoiutöötaja või kutsetunnistust omav kliiniline toitumisterapeut.**  **Indikaatoritena on võimalik kasutada protsessi- ja tulemusindikaatoreid (operatsioonijärgne jälgimine, kehamassiindeks, elukvaliteet).** |
|  | 1. Järgmiste koosolekute aeg ja vahepealne töö sekretariaadile   Järgneva koosoleku aeg on **22 aprillil 2015 kell 15-18,** vajalik on saada kokku otsuste vastuvõtmiseks vajalik ¾ töörühmaliikmete kvoorum. Koosolekul tööversiooni ja rakenduskava arutelu. Lisaks albumiini kohta kokkuvõte (K11.3). Eelnevalt hinnatud ja lisatud patsiendijuhendi teemasid.  Järgmised koosolekud palun märkida kalendrisse:  **11 mail. 2015 kl 14.30-18**  **17 august 2015. kl 14.30-18**  Materjalid saadetakse töörühmale vähemalt nädal aega ette. |
|  | Protokollis Sirje Vaask |