



Ravijuhendi „Täiskasvanute astma käsitus esmatasandil“ töörühma koosolek nr 1

13.02.2020 kell 11.00–15.15

Tartu Ülikooli Kliinikum, Puusepa 8, ruum D207

Osalesid töörühma liikmed Helina Survo, Pilleriin Liiva, Kadi Pähn, Malle Avarsoo, Urmas Takker

Ei osalenud töörühma juhataja Kersti Veidrik (viibis välismaal ning vahetult enne koosolekut selgus, et halb internetiühendus ei võimalda telesilla kaudu osaleda), töörühma liige Airi Toode (etteteatamisega).

Koosolekul osales töörühma 7-st liikmest 5 – sisuliste otsuste tegemiseks oli kvoorum koos. Koosolekul vastu võetud otsused ehk koostatud käsitusala kooskõlastatakse enne Ravijuhendite Nõukojale kinnitamiseks esitamist koosolekult puudunud töörühma liikmetega.

Koosolekut juhatas ravijuhendite püsisekretariaadi esindaja Kaja-Triin Laisaar. Koosolekut protokollis ravijuhendite püsisekretariaadi esindaja Kairit Linnaste.

Koosoleku päevakord:

1. Huvide deklareerimine

Kõik koosolekul osalenud kinnitasid, et nad on esitanud huvide deklaratsiooni meili teel. Huvide konflikte ei esine.

2. Sissejuhatus ravijuhendi koostamise tööprotsessi

- Töörühma liikmete tutvustus

Töörühma juhatajaks on algse juhendi töörühma üks kahest kaasjuhist dr. Kersti Veidrik. Teine kaasjuht ei soovinud juhendi ajakohastamisel osaleda. Eesti Kopsuarstide Seltsi poolt on kopsuarste esindama esitatud dr. Pilleriin Liiva. Ülejäänud töörühma liikmed on algse juhendi töörühmast. Töörühmaga liitub ka patsientide esindaja, kes sellel koosolekul ei osalenud, kuna läbirääkimised on pooleli. Juhendi koostamise käigus kaasatakse konkreetsete küsimuste arutellu vajadusel ka konsultant(e).

- Tööprotsessi tutvustus
- Metoodika tutvustus, sh muutused võrreldes algse ravijuhendi koostamisega.

3. Käsitusala koostamine

Käsitusala koostamisel võeti aluseks algse juhendi käsitusala ning enne koosolekut töörühma liikmetelt ning Eesti Kopsuarstide Seltsilt laekunud arvamused selle kohta, millised küsimused vajavad läbivaatamist/avamist ning kas on teemasid, mille kohta oleks vaja esitada uus küsimus.

Töörühm arutles ning otsustas, et algses käsitusallas:

- pealkiri ei vaja muutmist;
- sihtrühm ei vaja muutmist;
- hõlmatud isikud/patsiendid ja alarühmad: täpsustuseks lisatakse astma korral kasutatavad diagnoosikoodid J45.0–J45.9
 - o Toimus arutelu selle üle, kas juhendisse peaks lisama praktilise soovitusena neljakohalise diagnoosikoodi kasutamise kohta. Et see ei too kaasa käsitusala lisaküsimuse esitamist, siis vastav otsus tehakse juhendi koostamise käigus (hiljemalt tervishoiukorralduslike küsimuste käsitlemise ajaks).
- ravijuhendis käsitletavat teemat (lühikirjeldus käsitusala sissejuhatuses) ei vaja muutmist
- ravijuhendis mittekäsitletavat teemat:
 - o Toimus arutelu, kas juhendisse peaks lisama nt kutseastma või muu tööst tingitud haiguse mõiste, kuna seda teemat ravijuhendis ei käsitleta. Järgmiseks töörühma koosolekuks teeb sekretariaat ülevaate asjakohastest haigustest/diagnoosidest.
- asjakohased juhendid: lisatakse KOKi ravijuhend, mis valmib märtsis 2020 ning KOKi taastusravi juhend, mille koostamist alustatakse 2020. a ning mis kõigi eelduste kohaselt valmib aastaga.
- tulemusnäitajad ei vaja muutmist: tulemusnäitajad hinnatakse ja pannakse pingeritta iga avatava kliinilise küsimuse juures; töörühm hindab tulemusnäitajad koosolekutevahelisel ajal elektroonselt.

Töörühm arutas, kas juhendis oleks vaja ajakohastada astma levimuse vm haigust puudutav n-ö taustainfo. Leiti, et Eesti kohta ei ole uusi täpseid andmeid saada. Tervise Arengu Instituudi andmeist selgub, et astma esineb 6–8% elanikkonnast (nii palju on ravi saajaid), samas ei suurenda sedalaadi andmed juhendi kasutaja jaoks juhendi praktilist väärtust, mistõttu otsustati, et sekretariaat ei pea nende otsimisele aega kulutama. Arutleti ka selle üle, kas juhendis on vaja täiendusi astma riskitegurite ülevaate osas. Otsustati, et kuna olulisi riskitegureid aja jooksul lisandunud ei ole, siis juhendi selle osa ajakohastamisele aega ei kulutata. Kokkuvõttes leidis töörühm, et astma taustainfo on juba algses juhendis kasutajate (sh patsientide) jaoks piisav.

3.1. Kliiniliste küsimuste avamise vajaduse hindamine

Koosolekule eelnevalt oli töörühma liikmetelt ja Eesti Kopsuarstide Seltsi esindajalt küsitud (elektroonselt) tagasiside küsimuste avamise/taaskäsitlemise vajaduse kohta. Informatsioon oli koondatud ühte faili, mille põhjal toimus koosolekul kõigi kommentaaride ja ettepanekute arutelu. Järgnevalt on esitatud töörühma arutelu ja otsused küsimuste kaupa.

Kliiniline küsimus nr 1 – ei vaja avamist

Kas astma kahtlusega patsientidel tuleks diagnoosimiseks kasutada:

a. Spirograafia (SPG) + bronhodilatatsioonitest $/(BDG)/(BDT)$ versus lihtne ekspiraatorse tippvoolu määramine (PEF-meetria)

b. Prooviravi versus SPG+BDT

c. SPG+BDT versus SPG+BDT + provokatsioonitestid

Samas tekkis astma diagnoosimise teema juures juhendi soovitus nr 1 (praktiline soovitus) “Astma diagnoos põhineb sümptomitel, uuringutel ja ravi tulemuslikkusel. Astma kindlakstegemiseks ei ole olemas üht ja ainsat diagnostilist meetodit või markerit. Astmat ei saa diagnoosida ainult küsimustike abil.” tulenevalt arutelu prooviravi kui diagnostikameetodi asjakohasuse üle. Nimelt pannakse teatud juhtudel köha korral astma diagnoos ja kirjutatakse välja astmaravi, enamikel juhtudel kombinatsioonravi. Köha esineb aga aeg-ajalt paljudel inimestel ning enamikul juhtudel möödub see ilma igasuguse ravita. Kui on öeldud, et astma diagnoos põhineb ravi tulemuslikkusel, võib see suurendada mittenäidustatud ravimi väljakirjutamist. Samas leidis töörihm, et põhjendatud juhtudel on prooviravi nt maapiirkonnas kiireim võimalus patsiendile abi anda ning patsiendil ettenähtud soodustusega ravi alustada. Otsustati, et soovitus sõnastust ei muudeta.

Arutelu käigus selgus mitu küsimust, mille juurde tullakse tagasi juhendi ajakohastamise lõppfaasis, tervishoiukorralduslikke küsimusi käsitledes:

- Millised on Eesti Kopsuarstide Seltsi poolt soovitatud spiromeetria referentsväärtused? Väljend “oluliselt madalam” ei ole piisavalt informatiivne.
- Kas patsienti on võimalik suunata otse spiromeetriaale? Arutelu käigus tuli välja, et TÜ kliinikum otsib võimalust, kuidas registratuuri kaudu otse sellele uuringule aeg panna.
- Milline on võimalus saada spetsialisti e-konsultatsiooni?

Kliiniline küsimus nr 2 – ei vaja avamist

Kas astma kahtlusel tuleks diagnoosimiseks kasutada kõiki järgmiseid meetodeid vs meetodi mittekasutamisega:

- a. valideeritud astmaküsimustike kasutamine (Astma Kontrolli Test – ACT)*
- b. kopsude röntgenuuring*
- c. testid võimalike allergeenide selgitamiseks*
- d. hingamisteede põletikumarkerite määramine*

Vaadati läbi küsimusele vastuseks antud soovitused ja otsustati, et küsimus ei vaja avamist.

Kliiniline küsimus nr 3 – ei vaja avamist

Kas astma diagnoosiga patsiente tuleks nõustada järgmistel teemadel:

- a. ülekaalulistel kaalu alandamine vs mittealandamine*
- b. allergilise astma korral allergeenist hoidumine vs mittehooldumine*
- c. füüsilise treenituse (fitness) parandamine vs mitteparandamine*

Otsustati, et vastavate soovitusete selgitused tuleb üle vaadata ja patsiendijuhendis anda kehalise aktiivsuse ja toitumise kohta ajakohased (nt Eesti toitumis- ja liikumissoovitustele viitavad) võimalikult konkreetsed tegevusettepanekud.

Arutati ka seda, kui hästi toimivad Eestis hetkel suitsetamisest loobumise kabinetid.

Tekkis ravisoostumuse (sh selles kliinilises küsimuses nimetatud teemadel antud soovitusete järgimise) kontrolli vajaduse ja võimaluste teemaline arutelu. Otsustati, et juhendi koostamise käigus arutatakse läbi, kas korrigeerida soovitus nr 39 (praktiline soovitus) “Patsiendile on soovitatav anda kirjalikud juhised ravi osas ning arutada patsiendile sobivaid viise ravisoostumuse parandamiseks.” ehk parimal viisil kontrollida seda, kui hästi patsiendid tervishoiutöötajate antud soovitusi järgivad ja kuidas tagada, et patsient n-ö ära ei kaoks.

Kliiniline küsimus nr 4 – vajab avamist

Kas astma diagnoosiga patsientidele tuleb määrata hooravile lisaks püsiravi (hooravi või hooravi + püsiravi või hooravi asemel püsiravi)?

Kuna rahvusvahelised ravisoovitused, nt Eesti kopsuarstide poolt kaustatavas Global Initiative for Asthma (GINA) juhendis on aja jooksul muutunud, otsustati antud küsimus avada. Et GINA juhendis ei ole võimalik soovitude aluseks olevale (kogu) teaduslikule tõendusmaterjalile ligi pääseda, võetakse küsimusele vastamisel esmajoones abiks NICE guideline [NG80] “Asthma: diagnosis, monitoring and chronic asthma management”, mis on koostatud 2017, ajakohastatud viimati 02.2020 (<https://www.nice.org.uk/guidance/ng80>).

Kliiniline küsimus nr 5 – ei vaja avamist

Kas astma diagnoosiga püsiravi vajavatele patsientidele tuleks manustada inhaleeritavat kortikosteroidi (ICS) või leukotrieeni retseptorite antagonistit?

Otsustati, et antud küsimust ei ole vaja avada, kuid ravimite teemat käsitledes kaalutakse praktilise soovitude andmist inhalaatorite kasutamise osas. Igal visiidil oleks vaja kontrollida inhalaatori kasutamise oskust ning kui on tegu uue inhalaatoriga, siis lasta patsiendil see apteegist välja osta ning kutsuda ta tagasi pereõe juurde, kes näitab, kuidas inhalaatorit kasutatakse. Lisaks soovitas töörühm sekretariaadil ühendust võtta apteekrite esindajatega, et uurida nende valmisolekut apteegis patsientidele inhalaatori ostmisel konkreetse inhalaatori kasutamist õpetada. See eeldaks apteekri väljaõpet ning näidisinhalaatorite olemasolu apteegis. Selline tegevus tuleks kõne alla juhendi rakendustegevusena – töörühm arutab seda küsimust juhendi rakenduskava koostades.

Kliiniline küsimus nr 6 – ei vaja avamist

Kas astma diagnoosiga püsiravi vajavatele patsientidele tuleks määrata ICS monoterapiiana vs ISC ja pikatoimeliste β 2-agonistide (LABA) kombineeritud teraapiiana?

Otsustati, et küsimus ei vaja avamist.

Kliiniline küsimus nr 7 – vajab avamist

Kas astma diagnoosiga püsiravi vajavatele patsientidele (sh krooniliste kardiovaskulaarhaigustega ja rasedad) tuleks ravi tiitrimisel (step-up) suurendada ICS annust (monoterapia) vs ICS (algannusele) LABA?

Põhimõtteliselt on sellele küsimusele vastuseks antud ravisoovitused ajakohased. Küsimuses on aga eraldi välja toodud rasedad, samas juhendis rasedaid ei mainita (ei soovitudes ega soovitude selgitustes). Arutelu käigus selgus, et töörühmale teadaolevalt on rasedatel praeguste raviseisukohtade kohaselt ICS lubatud, ent LABA pigem mitte. Tekkis ka küsimus, et kas astmaga rasedat peaks jälgima (sh tal vajadusel astmaravi korrigeerima) perearst või tuleks ta selleks kopsuarsti juurde suunata. Otsustati küsimus avada, et rasedate kohta täiendavat infot saada ja vajadusel täiendav soovitus anda. Seda, kas raseda astmaraviga tegeleb pere- või kopsuarst, käsitletakse vajadusel (kui rasedusegne ravi erineb tavaravist) tervishoiukorraldusliku küsimusena.

Kliiniline küsimus nr 8 – ei vaja avamist

Kas astma diagnoosiga püsiravi vajavatele patsientidele tuleks ravi tiitrimisel (step-up) määrata kahe ravimi kombinatsioonid ISC+LABA vs ISC+leukotrieeni?

Otsustati küsimust mitte avada, et see ei ole tänasel päeval aktuaalne. Algselt võis rolli mängida ravimite maksumus.

Kliiniline küsimus nr 9 – ei vaja avamist

Kas astma diagnoosiga püsiravi vajavatele patsientidele tuleks soovitada kombineeritud inhaleeritavat ravi fikseeritud kombinatsioonpreparaatidega vs samade ravimite eraldi inhalaatoritega?

Kuigi rahvusvahelised ravisoovitused on aja jooksul muutunud ja see teema vajab läbivaatamist, otsustas töörühm seda küsimust mitte avada, sest vastust sellele küsimusele otsitakse mh kliinilisele küsimusele nr 4 jaoks tõendusmaterjali sünteesides.

Kliiniline küsimus nr 10 – ei vaja avamist

Kas püsiravi saavate patsientide astma raske ägenemise korral on soovitatav kasutada süsteemset kortikosteroidi vs püsiravi annuste suurendamisega?

Otsustati, et küsimust ei ole vaja avada.

Kliiniline küsimus nr 11 – ei vaja avamist

Kas astma kontrolli saavutanud patsientidele tuleks soovitada püsiravi annuste allapoole tiitrimist (step-down) vs ravi jätkamisega samas annuses?

Töörühm oli seisukohal, et raviannuste allapoole tiitrimise küsimuse ei vaja avamist. Leiti, et enamiku patsientide puhul ei ole vaja annuste vähendamist eraldi rõhutada. Arutelu käigus tekkis aga küsimus, kas enne baasravi vähendamist tuleks teha spiromeetria, et objektiivselt fikseerida patsiendi funktsionaalsed näitajad.

Sekretariaadile anti ülesanne teha ülevaade mujal maailmas sellises olukorras spiromeetria kasutamise kohta ning vajadusel täiendada soovitus nr 22 (praktiline soovitus) “Hinnake baasravi toimet regulaarselt... Kui astma hea kontroll on püsinud ≥ 3 kuud, võite soovitada baasravi vähendamist.” ja vajadusel lisada spiromeetriat puudutav praktiline soovitus soovitus nr 38 “Astma kontrolli saavutanud patsientidele soovitage baasravi võimalikult väikese inhaleeritava glükokortikosteroidi annusega. Kui astma on püsinud hästi kontrollituna kolm kuud või kauem, võite soovitada patsiendile inhaleeritava glükokortikosteroidi annuse vähendamist 25–50% võrra.” juurde.

Kliiniline küsimus nr 12 – vaja avada, kuid mitte teadusliku tõendusmaterjali otsimiseks, vaid vastavate soovitude ühtlustamiseks

Kas astma diagnoosiga patsientidele, kellel on kaasuv krooniline kardiovaskulaarhaigus, tohib kasutada β -blokaatoreid vs mittekasutamisega?

Otsustati, et küsimus ei vaja täiendavat tõendusmaterjali otsingut, kuid üle kontrollitakse tugeva negatiivse soovitus nr 30 “Kardiovaskulaarhaiguse ravimisel ärge kasutage astmaga patsientidel mitteselektiivseid β -adrenoblokaatoreid (vt tabel 3).” ning praktilise soovitus nr 32 “Kõrgvererõhktõve ravimiseks ei ole astmaga patsientidel soovitatav kasutada β -

adrenoblokaatoreid.” haakumine 2019. a ajakohastatud Eesti kõrgvererõhktõve ravijuhendi vastava(te) soovitus(t)ega ning vajadusel kohendatakse soovituse ja/või selle selgituse sõnastus ning tabel 3.

Kliiniline küsimus nr 13 – vajab avamist

Kas astma diagnoosiga patsientidele, kellel on kaasuv krooniline skeletilihassüsteemi haigus, tohib kasutada mittesteroidseid põletikuvastaseid ravimeid (MSPVA) vs paratsetamool?

Kuigi kliiniline küsimus puudutab kõiki mittesteroidseid põletikuvastaseid ravimeid, käivad algses juhendis antud praktilised soovitused nr 33 ja 34 (vastavalt “Aspiriinist indutseeritava astmaga patsientidele soovitage valu leevendamiseks esmavalikuna paratsetamooli.” ning “Kui aspiriinist indutseeritava astmaga patsient vajab pidevat aspiriinravi, suunake ta pulmonoloogi-allergoloogi konsultatsioonile või soovitage ravi muu antiagregandiga.”) üksnes aspiriini kohta. Töörühm leidis, et vastuse peab andma nii aspiriini kui teiste MSPVAde kasutamise kohta aspiriinist indutseeritud astmaga patsiendil.

Otsustati küsimus uuesti avada.

Kliiniline küsimus nr 14 – ei vaja avamist

Kas astma diagnoosiga patsientidele, kellel on äge (ülemiste) hingamisteede infektsioon, tuleks kasutada antibakteriaalset ravi vs mittekasutamisega?

Töörühm otsustas, et kliinilist küsimust ei ole vaja avada.

Kliiniline küsimus nr 15 – ei vaja avamist

Kas ja missuguse sagedusega tuleb astma diagnoosiga patsientide jälgimisel kasutada valideeritud astma küsimustikke (ACT) vs nende mittekasutamisega?

Töörühm leidis, et astma-küsimustikud on kasutusel, samas igal visiidil ei ole vaja neid täita. Algses juhendis küsimustiku kasutamise kohta antud soovitus ei ole põhjust muuta, mistõttu küsimust ei avata.

Kliiniline küsimus nr 16 – ei vaja avamist

Kas astma diagnoosiga patsientidele tuleb teha spirograafiliste uuringuid regulaarselt vs ainult ägenemistel?

Töörühm leidis, et arvestades Eesti Haigekassa poolt 2014. a astma juhendi rakendumise hindamiseks tehtud auditi tulemust spiromeetria alakasutuse kohta astma diagnoosimisel ja jälgimisel tuleb juhendi ajakohastamisel tervishoiukorralduslike küsimuste arutelu käigus mh käsitleda vajalikke samme spiromeetria laialdasemaks (asjakohaseks) kasutamiseks Eestis. Vajadusel tuleb selleks juhendi rakenduskavas ette näha konkreetset tegevused. Huvi pärast palus töörühm sekretariaadil NICEi ja GINA juhendeist välja otsida astma jälgimisel spiromeetria kasutamist (soovituslikku intervalli) puudutava info.

Kliiniline küsimus nr 17 – ei vaja avamist

Kas astma diagnoosiga patsientide jälgimiseks tuleb kasutada regulaarset kodust PEF-meetriat vs mittekasutamisega?

Otsustati küsimust mitte avada.

Kliiniline küsimus nr 18 – ei vaja avamist

Kas astma diagnoosiga patsientidele kasutada ravisoostumuse parandamiseks / meeldetuletuse süsteeme (reminder) vs mittekasutamise?

Töörühm arutles meeldetuletussõnumite saatmist ja Eestis ühe sellise sekkumise kasutamisel saadud kogemuse põhjal tõdeti, tulemuslik oleks selline sekkumise vaid siis, kui see sobiks väga täpselt Eesti oludesse ehk arvestaks meie patsientide võimalusi ja vajadusi. See tähendab spetsiaalse meetodi/sekkumise kohandamist või väljatöötamist, kuid töörühm peab käesoleva juhendi kontkkestis seda väga ressursimahukaks ettevõtmiseks.

Töörühm leidis, et alguses juhendis antud praktiline soovitus nr 39 “Patsiendile on soovitatav anda kirjalikud juhised ravi osas ning arutada patsiendile sobivaid viise ravisoostumuse parandamiseks.” on jätkuvalt asjakohane – esmavajalik on patsiendile kirjaliku raviplaani andmine (ja vajadusel taas-andmine) ning seejärel regulaarselt tema ravi tulemuste hindamine. Otsustati küsimust mitte avada.

Kliiniline küsimus nr 19 – ei vaja avamist

Kas kõigil astma diagnoosiga patsientidel kasutada või mitte kasutada gripi vaksineerimist vs mittevaksineerimist astma ägenemise ennetamiseks?

Töörühm pidas gripivastase vaksineerimise kohta antud algset soovitusi igati asjakohaseks. Arutleti, kas peaks käsitlema mõne teise haiguse vastase vaksineerimise teemat, kuid otsustati, et seda ei ole vaja.

Otsustati küsimust mitte avada.

Tervishoiukorralduslikud küsimused:

1. *Kas astma kahtlusega patsientidel tuleks astma diagnoos kinnitada eriarsti või perearsti poolt?*

Töörühm leidis, et see küsimus ei ole käesoleval ajal enam asjakohane, mistõttu juhendi ajakohastamisel sellega ei tegeleta.

2. *Millal tuleb patsient edasi suunata eriarstile ja millal kasutada e-konsultatsiooni? / Mida peab perearst kirjeldama eriarsti juurde suunamisel?*

Saatekirja-teemalise arutelu käigus andis haigekassa esindajast töörühma liige teada, et hetkel saab perearst saatekirja välja anda ka nii, et ei ole koheselt kasutamiseks, vaid n-ö avaneb alles poole aasta pärast.

Töörühm soovib saada selgust, millised on Eestis praegu reaalsed spetsialisti e-konsultatsiooni võimalused ja nõuded (saatekirjas esitatavale infole), mistõttu vaadatakse suunamise (sh e-konsultatsiooni) korraldus Eestis üle ning vajadusel antakse selle parandamiseks soovitusid konkreetsete rakendustegevuste kohta.

3. *Millised on ravijuhendi soovitude mõjud perearsti uuringufondile ning kas on selles osas vajalikud muudatused?*

Arutelu käigus selgus, et muudatused haigekassa rahastuses on juba algatatud. Otsustati, et selle küsimusega ei ole juhendi ajakohastamisel vaja tegeleda.

4. Milline on soovitude mõju EHK soodusravimite piirangule?

Töörühm leidis, et see küsimus ei ole käesoleval ajal enam asjakohane, mistõttu juhendi ajakohastamisel sellega ei tegeleta.

Lisaks leidis töörühm protokollis eespool ära toodud aruteluste põhjal, et vastust vajavad järgmised tervishoiukorralduslikud küsimused:

- Millised on Eesti Kopsuarstide Seltsi poolt hetkel soovitatud spiromeetria referentsväärtused. Algses juhendis väärtusete muutuse kohta kasutatud väljend “oluliselt madalam” ei ole üheselt mõistetav ning link mujal maailmas kasutatavatele väärtustele praeguseks enam “ei tööta”, mistõttu juhendis tuleb esitada konkreetsed kehtivad väärtused (nt juhendile teha vastav lisa).
- Millised on patsiendi (otse) spiromeetria suunamise võimalused Eestis?
- Kes (pere- või kopsuarst) peaks Eestis tegelema raseda astmaraviga?
Seda küsimust käsitletakse juhul, kui vastavale kliinilisele küsimusele vastust otsides selgub teaduslikust tõendusmaterjalist, et astma rasedusaegne ravi erineb tavaravist.

3.2. Käsitlusala koostamise kokkuvõte

Töörühma otsusel avatakse 2014. a valminud juhendi kliinilistest küsimustest neli – küsimused nr 4, 7, 12 ja 13, millest ühe (nr 7) jaoks tehakse eelkõige rasedate astmaravi puudutatav teadusliku tõendusmaterjali (lisa)otsing ning ühe (nr 12) kohta teadusliku tõendusmaterjali otsingut ei tehta.

Lisaks tulevad arutamisele erinevad praktilised soovitusel (vt protokollis eespool).

Eesti Haigekassa audit 2014. a koostatud algse juhendi rakendumise kohta

(<https://eestiarst.ee/audit-astma-kasitlus-esmatasandil/>,

<https://www.haigekassa.ee/sites/default/files/kvaliteet/Kokkuvõte.pdf>) näitas, et kaugeltki kõiki juhendi soovitusi alati ei järgita. Seega leidsid töörühma liikmed, et juhendi ajakohastamisel on lisaks soovitude ajakohastamisele ka rakenduskava koostamine – konkreetsete tõhusate rakendustegevuste väljatöötamine/valimine.

4. Juhendi koostamise edasine ajakava

Järgmise koosolek on planeeritud 14.04.2020 (teisipäev). Selleks ajaks valmistab sekretariaat vähemalt kolme teema tõendusmaterjali.

Töörühm leppis kokku ka järgmiste koosolekute kuupäevad: 05.05.2020 (teisipäev) ning 09.06.2020 (teisipäev) ja üks koosolek (juhendile saadud tagasiside aruteluks ja juhendi lõplikuks viimistlemiseks) jäetakse augusti lõppu / septembri algusesse. Vastav kuupäev lepitakse kokku töörühma juunis toimuval koosolekul.

Planeeritavad koosolekuajad arutatakse läbi ka nende töörühma liikmetega, kes koosolekul osaleda ei saanud.