



Ravijuhendi „2. tüüpi diabeedi mittefarmakoloogiline ravi“ töörühma ja sekretariaadi koosolek nr 7

Koosoleku toimumisaeg ja -koht: 17.03.2023 kl 12-16 veebikoosolekuna Microsoft Teamsis

Osalesid: töörühma liikmed Mart Roosimaa, Kristel Ehala-Aleksejev, Aune Rehema, Evelin Raie, Maarja Randväli, Katrin Kõre, Laura Keidong, Ulvi Tammer-Jäätes, Mairi Laane ning sekretariaadi liikmed Lisette Lindam, Kristi Tamela, Leel Jaer-Eer, Sale-Liis Teesalu, Elisabeth Kelner, Anna Vesper

Puudus: Katrin Kõre (ette teatatud)

Kutsutud: Liina Vassil

Koosolekut juhatas Mart Roosimaa, protokollis Anna Vesper

Koosoleku päevakord:

1. Ravijuhendi töörühma ja sekretariaadi liikmete huvide deklaratsioonid

Töörühma liikmed Evelin Raie ja Laura Keidong on koosolekutevahelisel ajal teatanud muudatustest huvide deklaratsioonides. Muudatused arutatakse koosolekul läbi, need ei mõjuta töörühmas osalemist ega otsuste tegemist.

Koosolekul osaleb üheksa töörühma liiget, kvoorum otsuste tegemiseks on koos.

2. Kliinilise küsimuse 8 (algne küsimus 9) täiendatud tõendusmaterjali arutelu

Kas 2. tüüpi diabeediga patsientidel glükoosisensorite kasutamine aitab parandada ravitulemusi või mitte?

18.11.2022 toimunud koosolekul arutati kliinilise küsimuse tõendusmaterjali ning sõnastati algne soovitus. Soovitus ei kinnitatud, töörühm palus Tervisekassalt ülevaadet võimalikust patsientide sihtrühma suurusest ning kuludest. Tervisekassa esindaja Liina Vassil saatis pärast koosolekut Tervisekassa seisukoha (konsulteritud ravimite ja meditsiiniseadmete osakonna juhi Erki Laidmäe ja ekspert Kärt Velistega). Nende seisukoht oli, et glükoosisensorite kasutamise soovitamiseks ravijuhendis ei ole kogutud piisavalt tõendust ning seda ei peaks tegema. Kui soovitus tugineb madalal tõendusel, ebasoodsal kulutõhususel ja suurel lisakulul, siis tekitab see suure tõenäosusega praktikas palju segadust, sest tekib ootus, et ka nõrga soovitusega sekkumised on riigi poolt rahastatud. Põhjendustena olid toodud:

- kulutõhususe kohta eraldi tõendusmaterjali ei otsitud, kuid kulutõhusus on üheks oluliseks näitajaks, millega soovituse andmisel arvestada. 2. tüüpi diabeedi puhul on tegemist laialt levinud diagnoosiga ning potentsiaalne lisakulu - kas Tervisekassale või inimesele endale - on märkimisväärne ning seda ei peaks ignoreerima;
- NICE (ravijuhend) hindas reaalaja CGMi mittekulutõhusaks;

- CGMi rahastamise kaalumiseks tuleks minimaalselt otsida sekretariaadil rahvusvahelisi publikatsioone, mis analüüsiksid sensorite kulutõhusust antud sihtgrupil;
- rahastame 2. tüüpi diabeediga patsientidele, kes saavad raviks süstitavaid diabeediravimeid, kuni 900 testriba eest kalendripoolaastas (st ca 4,9 mõõtmist päevas). Korduva ja raske hüpoglükeemia (E16.2) esinemise korral kuni 1300 testriba kalendripoolaastas (st ca 7,1 mõõtmist päevas). Seega täna ei ole Tervisekassa poolt testribasid + lantsette rahastatud sellises mahus, mille korral NICE või eesti eksperdid on asendust mõistlikuks pidanud. See teadmine mõjutab lisakulu arvutust;
- töörühma ettepanek, et tulevikus võiks 2. tüüpi diabeedi patsient saada ise valida, kas kasutab oma soodustust testribadele või glükoosisensorile, tänases meditsiiniseadmete rühmade tehnilises loogikas rakendatav;

Töörühma hinnangul on glükoosisensorid esimest aastat on soodustusega 1. tüüpi diabeediga patsientidele, kuid see võimalus ei tohiks jääda kättesaamatuks 2. tüüpi diabeediga patsientidele. Dexcom One on nt Inglismaal kasutusel 2. tüüpi diabeediga patsientidel. Rahvusvahelise kogemuse alusel on teada, et insuliinravigi olevad 2. tüüpi diabeetikud vajavad glükoosisensoreid. Ravijuhendit tehakse siiski tulevikku vaatavalt ja kui glükoosisensorite kasutamine on meditsiiniliselt põhjendatud, siis peaks olema tulevikus patsientidele kättesaadav.

NICE soovitus on tegelikult sarnane hetkel töörühma poolt sõnastatud soovitusele. Töörühm on nõus, et selle tõendusmaterjali põhjal on keeruline tugevat soovitusi anda. Tervisekassa soovib seda küsimust eraldi arutada, soovitus sõnastusega praegusel kujul ei nõustuta. Töörühm on nõus, et üle tuleb vaadata kulutõhususe analüüs (nii NICE analüüs kui ka otsida lisaks). Eelmisel korral oli juttu, et Tervisekassa teeb analüüsi potentsiaalsest sihtrühmast, seda hetkel ei ole.

Järgmisele koosolekule kutsutakse antud küsimuse aruteluks Tervisekassa ravimite ja meditsiiniseadmete osakonna peaspetsialist Kärt Veliste.

OTSUS: küsimuse lisandunud tõendusmaterjali ja soovitus sõnastamist arutatakse järgmisel koosolekul.

3. Kliinilise küsimuse 4 (algne küsimus 5) tõendusmaterjali täpsustus

Kas 2. tüüpi diabeediga patsientidel saavutatakse paremad ravitulemused Vahemere tüüpi dieediga võrreldes madala süsivesikusisaldusega dieedi või ajas piiratud söömise või DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) dieedi või valdavalt taimse toitumisega?

Algsed soovitusid on sõnastatud, kuid oli kokkulepe, et need vaadatakse üle. Hetkel ei ole uued riiklikud toitumissoovitused veel valmis. Ülekaalu langetamise osas algselt eraldi tõendusmaterjali ei otsitud, kuid töörühm pidas vastava soovitus sõnastamist oluliseks. Lahtiseks jäi, kas soovitada 5% või 7% kehakaalu langetamist. Rahvusvaheliste juhendite soovitus põhjal peaksid ülekaalulised 2. tüüpi diabeediga patsiendid langetama kehakaalu vähemalt 5%, seejuures suurem kehakaalu langus on parema mõjuga, üle 10% kehakaalu langusel on juba haigust modifitseeriv mõju. Rahvusvaheliste juhendite soovitus põhinevad DPP või Look AHEAD uuringute tulemustel, kuid on siiski konsensuslikud.

Töörühm on varasemalt arutanud, kas on vajalik panna kindel protsent või pigem patsiendiga kokku lepitud eesmärk. Peamine mõte on see, et tegemist on diabeedi ravijuhendiga ja siin ei

peaks olema esimene eesmärk kehakaalu langus vaid ikkagi haigusseisundi paranemine. Näiteks, kui kehakaal ei muutu, võib see patsiendile mõjuda motivatsiooni vähendavalt. Samas on osade töörühma liikmete hinnangul siiski tegemist mittefarmakoloogilise sekkumisega (toitumise muutmine) ja, kui patsient neid rakendab, saab ta tulemuse ehk kehakaalu languse. Pigem võiks olla selgelt sõnastatud soovitus koos eesmärkväärtusega, see on vajalik nii patsiendile kui tervishoiutöötajale.

Soovituse juures peab täpsustama, kuidas seda soovitust rakendada. Sama põhimõte kehtib ka juhendi teiste soovituste juures, need peavad olema toodud koos lisade ja/või algoritmidega. Vajalik on teha juhend, mida praktik saab kasutada. Selgitavas tekstis tuleb välja tuua, milleks on oluline kehakaalu langetamisega tegeleda, kuidas seda teha.

Töörühm vaatab üle sõnastatud soovitused ja tugevuse:

1. Prediabeedi korral soovitused lähtuge toitumisel riiklikest toitumissoovitustest. - *praktiline soovitus*
2. Ülekaalu korral on vajalik kehakaalu langetamine. Seadke kehakaalu languse eesmärk koostöös patsiendiga (soovitavalt vähemalt 5%) - *praktiline soovitus*
3. 2.tüüpi diabeedi korral soovitame järgida Põhjamaade dieedi toitumissoovitusi - *nõrk soovitus, madal tõendatuse tase*

OTSUS: Töörühm kinnitab sõnastatud soovitused.

4. Kliinilise küsimuse 5 (algne küsimus 6) tõendusmaterjali täpsustus

Kas kõikidel 2. tüüpi diabeediga patsientidel on vajalik suurendada kehalist aktiivsust sarnaste põhimõtete alusel või mitte paremate ravitulemuste saavutamiseks?

Kliinilise küsimuse tõendusmaterjal on arutatud ja algsed soovitused sõnastas töörühm 16.12.2023 koosolekul. Tõendatuse kvaliteet on varieeruv, sest võrreldakse erinevaid, erineva intensiivsuse ja kestusega treenimisviise. Uuringud vastasid pigem küsimusele, millist tüüpi treeninguid sekkumistena kasutada, või oli võrreldud treenimist mitte treenimisega.

Ravijuhendites soovitatakse kehalist aktiivsust vähemalt 150 min nädalas. Analüüsitud uuringutes oli toodud ka 90-100 min ja leitud, et 120 min isegi ei suurendanud treeningutest saadavat efekti. Uuringud on läbi viidud 2. tüüpi diabeediga või prediabeediga patsientidel. Töörühm arutab, kas on võimalik teha kaks erinevat soovitust - üks käsitleb kogu liikumist üldiselt ja teise soovitusega täpsustatakse aeroobse treeningu osakaalu. 150 min on arvestatud kõik kokku, kogu liikumine. Uued riiklikud liikumissoovitused ei ole veel valmis, juhendi soovitused võiksid olla nendega kooskõlas. Samas peab kaaluma, kas diabeedist lähtuvad soovitused peaksid olema täpselt samad kui üldised liikumissoovitused. Lugejal peab olema üheselt arusaadav, kuidas kogu liikumist ja erinevate treeningute kestust nädalas arvutada.

Tuleb mees pidada, et selle juhendi soovituste rakendamine ei peaks tingimata tähendama eraldi nõustaja koolitamist või teenust. Juhendi soovitused peaksid olema perearsti, pereõe või diabeediõe poolt rakendatavad.

Töörühm vaatab üle eelmisel koosolekul sõnastatud soovitused ning koostab tõendusmaterjali analüüsi ja arutelu põhjal järgmised soovitused:

1. 2. tüüpi diabeediga patsientidel soovitage vähendada istuvat eluviisi - *praktiline soovitus*
2. 2. tüüpi diabeediga patsientidele soovitage kehalist aktiivsust vähemalt 150 min nädalas. - *tugev positiivne soovitus, madal tõendatuse aste*
3. Kehalisest aktiivsusest peaks keskmise intensiivsusega aeroobne liikumine moodustama 100 minutit nädalas. - *tugev positiivne soovitus, kõrge tõendatuse aste*

Selgitavase tekstis tuleb kindlasti välja tuua et lähtuma peab inimese individuaalsetest. Samuti tuleb lahti kirjutada, mis on aeroobne treening (pulsisagedus, milline on sobiv intensiivsus), jõutreening, kombineeritud treening. Juhendi lisades tuua erinevad liikumisviisid (-võimalused), samuti välja tuua, mida on siiski mõeldud aeroobse liikumise all (et peab olema tajutud koormus). Tuleb üle vaadata, kuidas seda välja tuua juhendis ja eraldi patsiendijuhendis. Mõisted vajavad ühtlustamist riiklike liikumissoovitustega ning üle vaadata WHO liikumissoovitused krooniliste haigetele.

OTSUS: Töörühm kinnitab sõnastatud soovitused.

5. Kliinilise küsimuse 7 (algne küsimus 8) tõendusmaterjali arutelu

Kas kõigil 2. tüüpi diabeediga patsientidel saavutatakse eluviisisekkumiste puhul paremad ravitulemused individuaalsel nõustamisel võrreldes grupinõustamise või kaugnõustamise või mobiilirakenduste kasutamisega?

Kristi Tamela teeb ülevaate tõendusmaterjalist. Teemakohased soovitused olid toodud kolmes kaasatud rahvusvahelise juhendis (SIGN 2017, ADA 2022, VA/DoD 2017). Telemeditsiinilised sekkumised on juhendite soovituste põhjal efektiivsed haiguse kontrolli all hoidmiseks, neid võib kasutada lisaks tavapärasele kontaktile (vastuvõtule) tervishoiutöötajaga.

Lisaks analüüsiti mitmeid süstemaatilisi ülevaateid ja metaanalüüse. Uuritud on väga erinevaid sekkumisi, erineva intensiivsuse ja kestusega. Telemeditsiinil oli erinevates uuringutes erineva tähendus, st on uuritud nii telefoni- kui videokõnede, äppide, videote kasutamise, sõnumite saatmise efektiivsust. Ka uuringutes leiti, et telemeditsiin on üldiselt efektiivne lisatuna tavapärasele patsiendi ravile.

Rühmapõhine sekkumine on leitud olevat sama tõhus kui individuaalne sekkumine erinevate tulemusnäitajate osas. Seejuures sõltus tulemuse ka asjaolust, kas grupinõustamises osalesid just 2. tüüpi diabeeti haigestunud või pikema haiguse kestusega patsiendid. Just diagnoosi saanud patsientide jaoks oli efektiivsem individuaalne nõustamine, pikemalt haiged olnud patsiendid said paremad tulemused grupinõustamisest, sest nad said jagada kogemusi. Uuringute kvaliteet on varieeruv (vt täpsemalt kliinilise küsimuse 8 TõKo ja SoKo), pigem madal ja osadel juhtudel mõõdukas.

Töörühm arutab, et küsimusega sooviti selgitada, kas efektiivsem on kontaktvastuvõtt, kaugvastuvõtt heli ja pildiga või kaugvastuvõtt ainult heliga. Selliseid uuringuid ei olnud. Juurde peaks ka otsima, mida erinevad diabeedi nõustamise (koolitamise) programmid sisaldavad, kas on leitud, millised neist on efektiivsemad (kas efektiivsem on pilt ja heli koos või ainult heli jms). Nt USAs rakendatud programmid peavad olema riiklikult heaks kiidetud.

Programmi kestuse osas leiti, et 6-9 kuud oli efektiivne, pikema kestuse korral efektiivsus enam ei paranenud. Peab täpsustama minimaalse efektiivse kestuse. Sekkumise intensiivsus on samuti uuringute lõikes erinev, nt Look AHEAD uuringu puhul on näha efekti vähenemine aja möödudes, kuid samuti vähenes ka kohtumiste sagedus ja intensiivsus. Need on ilmselt omavahel seotud. Sellist efektiivset sekkumiste sagedust on keeruline uuringute tulemustena leida, kuid võib leida programmides. USA programmid on enamasti mudeldatud DPP põhjal.

Praegu saab uuringute tulemustest järeldada, et muud sekkumised peaksid olema lisaks kontaktkohtumistele (mitte neist loobudes) ning grupisekkumised on sama efektiivsed kui individuaalsed. Lisaks oleks vaja selgitada, milline on sekkumiste efektiivne intensiivsus, kestus ja sagedus (või vähemalt minimaalne sagedus). Hetkel ei ole grupinõustamisel tervishoiuteenuse koodi ega hinda. Töörühmal liikmete kogemused grupinõustamisest on erinevad – ühel juhul ei saadud head tulemust (patsiendid eelistasid individuaalset nõustamist), teise kogemuse põhjal patsientidele meeldis grupinõustamine, seast patsientidega tegeles korraka mitu spetsialisti. Varem koostatud ravijuhendis „Ülekaalulise või rasvunud patsiendi käsitus esmatasandil“ leiti samuti, et grupinõustamine on efektiivne ja soovitati, et patsientidega tegeleksid erinevad spetsialistid (see on pigem programmi läbimine).

Oluline on, et patsient esitab vajalikud andmed õigeaegselt. Üks võimalus on tulevikus patsiendiportaal, kus inimene saab oma andmeid ise kanda. Kui Tervisekassa saab selle arenduse valmis, siis kindlasti paraneb suhtlus patsiendi ja tervishoiutöötaja vahel. Samas analüüsitud uuringute tulemustest ei selgu, kas selline patsiendipoolne tegevus on efektiivne ravitulemuste parandamiseks. See eeldaks, et tervishoiutöötaja (kui patsiendil on võimalud andmeid laadida erinevatest allikatest) tunneks kõiki erinevaid vahendeid. Need andmed peaksid olema kontrollitud, üheselt mõistetavate andmetega ehk standardse kuvana, ennekoike tuleks siis arvestada siiski meditsiinilisi abivahendeid. Antud juhendi kontekstis on olulised glükomeetri ja glükooosensori andmed. Teine küsimus on, kuidas patsient need andmed sinna kannab, see on tema jaoks lisategevus. See on kindlasti patsiendi jaoks kontrollimehhanism ja võib teada motiveerida. Samas, kui tulemused ei ole korras, võib patsient end hoopis halvasti tunda.

Kui soovitus teha, siis praktiline soovitus võiks olla, et enne visiiti peaks patsient tegema eeltööd (nt täitma päevikut). Minimaalsed andmed, mida patsient peaks märkima ja kaasa võtma. Patsiendile peaks muidugi sel juhul saatma õigeaegselt meeldetuletuse. Hetkel ei ole põhjust soovitada mingi rakenduse välja töötamist, seda rolli täidab patsiendiportaal.

Võiks kaaluda nõrga soovitusena grupinõustamist. Nt kui on võimalik töökorralduslikult teha. Kindlasti tuleb nii virtuaalselt kui kontaktina toimuval grupinõustamisel arvestada personalikulu, hetkel on seda ressurside piiratuse tõttu keeruline teha. Samas tuleb leida lahendus, sest hetkel osad patsiendid ei saa (piisavalt) nõustamist. Kaugnõustamine peaks siiski jääma (nt patsient ei saa liikuda terviseseisundi või geograafilise paiknemise tõttu). Üks võimalus on tõsta nõustamise teenus väljapoole tervishoiuasutusi, kuid siis tekib kohe pädevuse küsimus. USAs on olemas eraldi erialana diabeetikoolitajad, nad on selleks saanud väljaõppe. Soomes teevad patsientide organisatsioonid kampaaniapäevi (koolitused, õppepäevad kogenud koolitajatega) erinevates asukohtades. Töörühm on siiski seisukohal, et grupinõustamine teenusena peaks olema Tervisekassa poolt rahastatud (TTL kood) ja universaalse grupinõustamise teenusena (ka teiste

kroonilise haiguste puhul). Töörühmal ettepanek teha soovitus, et kaaluda grupinõustamist. Kindlasti tuleb siin arvestada võimalikku peremeditsiini (esmatasandi) ressursi, arvestades kui palju kohustusi soovitakse sellele tasandile suunata.

Järgmiseks koosolekuks vaatab sekretariaat üle, kuidas on koostatud rahvusvahelised diabeediprogrammid (teenused, sekkumised, spetsialistid, kuidas rakendatakse, minimaalne kestus esmakordsel rakendamisel ja korduvalt). Millist nõustamist patsiendid vajavad, millest on neil puudus. Eestis toimub nõustamine praegu ilma standardita, igaüks nõustab vastavalt oma teadmiste ja oskustele, ning on juhtumeid, kui ei nõustata. Selle küsimusega on seotud ka tervishoiukorralduslikud küsimused.

Kaugvastuvõtude (telefoni teel, video, Zoom jms) osas peaks saama selguse, kas need on sama efektiivsed kui kontaktvastuvõttud 2. tüüpi diabeediga patsientidel. Hetkel neid kombineeritakse, nt patsient käib kontaktvastuvõtul ja siis edasi kaugvastuvõtt.

OTSUS: Sekretariaat täiendab järgmiseks koosolekuks tõendusmaterjali.

4. Muud küsimused

Järgmine ravijuhendi koosolek toimub 21.04. kl 12-16 video koosolekuna. Arutatakse kliinilise küsimuse 7 tõendusmaterjali, kliiniliste küsimuste 8 ja 9 tõendusmaterjali täiendusi ning tervishoiukorralduslikke küsimusi.