

Ilmar Kaur: juhend ühtlustab bariaatrilist ravi

Ravijuhend „Bariaatrilise patsiendi käsitus enne ja pärast kirurgilist sekkumist” aitab mitmeid erinevaid spetsialiste hõlmavat bariaatrilist ravi korraldada terviklikkuse printsiibist lähtudes, rääkis juhendi koostanud tööühma juht, Põhja-Eesti Regionaalhaigla üldkirurg ja osakonna juhataja - ülemarst Ilmar Kaur. Teda küsitles Med24 toimetaja Madis Filippov.



Ilmar Kaur

Kuidas sündis ravijuhend „Bariaatrilise patsiendi käsitus enne ja pärast kirurgilist sekkumist”?

Ravijuhendi koostamise algatas Eesti Bariaatrilise ja Metaboolse Kirurgia Selts 2012. aastal. Bariaatriline ravi ei piirdu ainult operatsiooniga, vaid patsient vajab enne ja pärast kirurgilist sekkumist lisateenuseid, eeskätt nõustamist ja harimist. Seni on raviasutused püüdnud neid erineva intensiivsusega pakkuda, kuid on selge, et käsitlust tuleb ühtlustada ja korrastada. Eesmärk on tagada kõigile bariaatrilistele patsientidele kokkulepitud määral mittekirurgilisi raviteenuseid, mis selle ravi juurde kuuluvad. Bariaatrilise patsiendiga võivad kokku puutuda väga paljude erialade spetsialistid ja sestap leidsime, et konsensusliku ravijuhendi loomiseks peame enamiku neist n-ö laua taha tooma. Haigekassa ravijuhendi koostamise protsess on selleks sobivaim formaat. Täna kõiki, kes tööühma aruteludel intensiivselt osalesid ja kaasa mõtlesid.

Missuguseid spetsialiste bariaatriline ravi hõlmab, kes peaksid seda ravijuhendit kasutama?

Laiema sihtrühmana näeme perearste, endokrinolooge, kardiolooge, kopsuarste ja ortopeede ehk neid, kes meile peamiselt patsiente suunavad. Üks juhendi eesmärk on, et perearst ei näeks patsiendi operatsioonile suunamist tema jälgimise, nõustamise ja kõrvaltoimete lahendamise näol kui enesele lisanduvat probleemi, vaid tal oleksid selged suunised, mida sellise patsiendiga teha. Kitsamalt on sihtrühmaks spetsialistid, kes igapäevaselt bariaatriliste patsientidega tegelevad: kirurgid, bariaatriaõded, toitumisnõustajad, füsioterapeudid ja psühholoogid.

Ravijuhendi kaasväljaanne on patsientdijuhend, kus on patsientidele arusaadavas keeles selgitatud ravi olemuse ja selle õnnestumise eeltingimusi. See peaks olema kõigile tulevastele patsientidele kohustuslik lugemismaterjal. Juhendit saab loodetavasti kasutada ka rasvumise ohjamise kohta tervishoiupoliitiliste otsuste tegemisel.

Mis on olulisemad kohad juhendis, mille võiks välja tuua?

Kindlasti on oluline ravijuhendiga hõlmatud teemaring, käsitletud on bariaatriliste patsientide psüühika-, söömis- ja sõltuvushäireid. Juhend annab selged soovitusend nende häirete skriininguks bariaatrilise ravi kandidaatidel ja häirete olemasolu korral edasiseks käsitluseks. Oluline on sõnum, et psüühikahäire ei ole operatsiooni vastunäidustus, kuid see tuleb ära tunda ja sellega tegeleda.

Teine oluline juhendis käsitletud teema on bariaatrilise kirurgia ravimeeskonna osutatava operatsioonieelse ja -järgse ravi, nõustamise ja jälgimise minimaalne ajaline ja sisuline maht. Räägin umbes kaheaastasest perioodist, mille vältel suudab enamik patsiente professionaalse nõustamise abil omandada edukaks hakkamasaamiseks vajalikud oskused, harjumused ja eluviisi.

Milline on bariaatria olukord Eestis?

Vaadates operatsioonide hulka ja kvaliteedinäitajaid, on olukord hea. Eestis tehakse umbes 650 operatsiooni aastas. Murekohaks on pikad ravijärjekorrad. Ooteaeg haigekassa rahastatavale operatsioonile on 18–24 kuud. Minu arvates võiks olla lahenduseks patsiendi omaosaluse suurendamine plaanilise ravi rahastamisel, sest see tõstaks patsiendi motivatsiooni ja nõudlikkust ravi

tulemuste ja kvaliteedi suhtes. Nii võiks ravi jõuda enamate abivajajateni kui praegu.

Missugused on näidustused bariaatriliseks raviks?

Bariaatrilist operatsiooni võib kaaluda patsientidel, kelle kehamassiindeks on üle 35, sõltuvalt sellest, kas ja millised rasvumisega seotud kaasuvad haigused tal esinevad. Veerandil meie patsientidest on teist tüüpi diabeet, 60 protsendil kõrgvererõhktõbi, lisaks erinevad liigesehaigused, uneapnoe, metaboolne sündroom. Haigekassa rahastatavate operatsioonide arv on praeguste näidustuste ja võimaluste juures arusaadav, aga kui tuleksid uued näidustused, on selge, et patsiente lisanduks hulgaliselt. Näiteks, kui hakkame teist tüüpi diabeeti käsitlema kirurgilise haigusena, siis võib pilt täiesti muutuda. See on bariaatria valdkonnas väga suur teema, sest on teada, et kolm neljandikku bariaatrilistest patsientidest, kellel on teist tüüpi diabeet, paraneb diabeedist pärast operatsiooni.

Missugused on olnud patsiendid?

Praegu on patsientide keskmine vanus 47 aastat. Domineerivad naised, mehi on patsientide seas 20–25 protsenti. Meest on keerulisem veenda, et tal on probleem. Naiste enesehinnangut ja rahulolu mõjutab ülekaal rohkem. Samas näitavad uuringud, et rasvumine laastab mehe tervist märksa rohkem kui naise tervist. Kui kõrvutada meie keskmine meespatsient keskmise naispatsiendiga, siis mehe opereerimisest saadav tervisekasu kipub olema suurem, kuna tal on oluliselt rohkem kaasuvaid haigusi ja tema kehamassi indeks on suurem.

Millised võimalikud tüsistused välja tooksite?

Eestis on opereeritud kokku üle 4000 patsiendi ja on teada viis perioperatiivsetest tüsistustest tingitud surmajuhtumit. Üks surmajuhtum tuhande operatsiooni kohta on rahvusvaheliselt aktsepteeritav kvaliteet. Raskeid perioperatiivseid tüsistusi, mis surmaga ei lõppe, kuid vajavad raviks erakorralisi kordusoperatsioone, vereülekandeid või pikemat haiglaravi, esineb 2–3 protsendil patsientidest. Esineb hilisemaid kõrvaltoimeid ja tüsistusi. Naispatsientidel

on sagedasimaks kõrvaltoimeks rauavaegusaneemia. Võimalikke probleeme on palju: hüpoglükeemiaepisoodid, soolesulgus, *dumping*-sündroom, seedetraktihaavandid, liigne nahk, kaalutõus. Selliseid patsiente on väga vähe, kellel ühtegi kõrvaltoimet või tüsistust kunagi ei esine, aga saadav kasu kaalub üldjuhul kõrvaltoimed üles. Küsitledes patsiente, keda on Eestis viis või enam aastat tagasi opereeritud, vastas 97 protsenti neist, et operatsioon on muutnud nende elukvaliteeti ja tervises seisundit paremaks ning hoolimata kogetud kõrvaltoimetest teeksid nad selle igal juhul uuesti.

Millal juhend käiku läheb?

Ta on kinnitatud ja käigus. Praegu käib töö juhendi rakenduskava kallal, et fookustada tegevused, millega viia juhendi soovitusid igapäevasesse praktikasse. Näitena toon siin bariaatriaõdede ja toitumisnõustajate koolituskava rakendamise koostöös erialaseltisega, teabeüritused perearstidele, raviautustele ning patsientidele.

Juhendi kaugem eesmärk on tervikliku ja integreeritud ravi tagamine patsiendile, aitamaks ta n-ö ree peale, et omandatud oskuste ja teadmistega peaaegu iseseisvalt edasi sõita. Selle saavutamise nõuab erinevate spetsiifiliste teadmistega inimeste koostööd. Inimkapitali ja oskuste tõhusamaks rakendamiseks kaalume ühe võimalusena bariaatriliste patsientide regionaalsete nõustamiskeskuste rajamist.

Kui rahul olete ravijuhendi koostamise protsessiga?

Nähes, kui intensiivne ja töömahukas on ravijuhendi koostamise protsess, olen veendunud, et ilma haigekassa toeta oleksime jäänud hätta. Kindlasti on sel viisil koostatud juhend oluliselt suurema kandepinnaga, kui seda oleks kitsalt erialases ringis koostatud juhend.

Minu soovitus ravijuhendite nõukojale on mõelda püsisekretariaadi palkamisele. Sekretariaat on selle protsessi selgroog. Pannes iga ravijuhendi puhul sekretariaadi kokku projektipõhiselt, võtab see aega, enne kui asjad sujuma hakkavad. Lisaks võiks haigekassa ise julgelt püstitada tema jaoks olulisi ravijuhendite teemasid ja pöörduda ettepanekuga erialaseltside poole.