

Multidistsiplinaarne geriaatriline hindamine – võimalus eaka inimese probleemide ja vajaduste objektiivseks hindamiseks ning ressursside otstarbekaks kasutamiseks

Helgi Kolk^{1, 2, 3}

Eesti rahvastik, nagu ka kogu maailma rahvastik, vananeb ajaloos senitundmatu kiirusega. Ühelt poolt näitab see nüüdisaegse meditsiini saavutusi, teisalt on suur hulk inimesi, kes elavad krooniliste haigustega, kasutavad samal ajal paljusid ravimeid ning sõltuvad kõrvalabist. Demograafiliste muutuste mõju tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemile on märkimisväärne, suureneb vajadus spetsiifiliselt eakatele suunatud teenuste järele. Rohkem on vaja geriaatriat kui eakate probleemidele suunatud arstlikku eriala ning õendus- ja hoolekandeteenuseid.

Käesoleval, 2018. aastal on eakate sotsiaalhoolekande teema Eestis aktuaalne, nenditud on riigipoolset tagasihoidlikku panust ja õiguslikke lünki hoolekande korraldamisel ning planeeritakse muudatusi. Eakate arstiabi teemad on vähem üldsuse tähelepanu leidnud. Positiivse arenguna saab siinkohal märkida geriaatria õpetamise alustamist arstiüliõpilastele järgmisel õppeaastal, samuti Alzheimeri tõve ravijuhendi valmimist. Nii geriaatria arendamine erialana kui ka valdavalt eaka elanikkonna probleeme käsitleva ravijuhendi rakendamine eeldab tervishoiu ja sotsiaalsüsteemi koostööd, milleks on vaja tegevusi koordineerida, rakendada ühine metoodika toimetulekuprobleemidega isikute seisundi hindamiseks

kõikidel tervishoiu- ja hoolekandetasanditel ning seostada andmebaasid.

Rahvusvahelised mitme keskuse uuringud näitavad, et kõige tõhusam meetod mitmete terviseprobleemidega eakatele tervishoiuteenuste pakkumisel on igakülgne geriaatriline hindamine (*Comprehensive Geriatric Assessment*). Hospitaliseeritud eakate seisundi hindamisel peetakse seda kuldstandardiks.

Igakülgne geriaatriline hindamine (IGH) on mitmete meditsiiniliste probleemidega eaka isiku tervisliku, funktsionaalse, psühholoogilise ja sotsiaalse seisundi hindamine ning tulemuste põhjal ravi, hoolduse ja ennetuse tegevusplaani kujundamine. IGH läbiviijaks on interdistsiplinaarne meeskond, mille koosseisus on geriaatriline koolitusega spetsialistid: arst, õde, sotsiaaltöötaja ning vajaduse korral ka füsioterapeut, tegevusterapeut ja teised spetsialistid. IGH on näidustatud funktsionaalse seisundi ja toimetuleku ebaselge põhjusega halvenemisel, korduvalt hospitaliseeritud ja ulatuslikku meditsiini- ning sotsiaalabi vajavatel inimestel.

IGH metoodikat kasutatakse ka noorematel mitmete meditsiiniliste probleemidega patsientidel, näiteks AIDSi või närvisüsteemi degeneratiivsete haiguste puhul, eakate hooldustaseme (kodune või institutsionaalne) muutmise kaalumisel, aga ka sõeltestina vanust arvestades (enamasti 85aastastel ja vanematel). Eesti statsionaarse

õendusabi ja sotsiaalhoolekande erineva rahastamise (kas haigekassa või suurel määral isiku omafinantseering) puhul on IGHd kasutatud ka õendusabisse või hoolekandetasutusse suunamise valiku põhjendamiseks. Alternatiivide, eelkõige koduste tugisüsteemide leidmine ja arendamine, on selles kontekstis jäänud tagaplaanile.

IGH puhul ei lähtuta tervisliku seisundi hindamisel ainult diagnoosidest, vaid hinnatakse ka spetsiifiliste geriaatriliste sündroomide (kukkumine, haprus, kognitiivsete ja sensoorsete võimete halvenemine, dementsus, deliirium, meeleolu- ja unehäired, kusepidamatus, sarkopeenia, osteoporoos, lamatised, vaegtoitumus, iatrogenesed kahjustused) esinemist ja mõjutamise võimalusi. Näiteks on uriinipidamatuse diagnoos meie haiguslugudes kaasuva haigusena märgitud harva, probleemi märkamiseni jõutakse abivahendite (eelkõige mähkmete) soodustingimustel ostmise vormistamisel. Pidamatuse põhjused, mis võivad olla seotud kuseteede haigusega, jäävad selgitamata ja ravimata ning see põhjustab omakorda inimesele hügieeni- ja sotsiaalprobleeme. Kusepidamatus ei ole füsioloogilise vananemisega kaasnev normaalne nähtus. Mitmes rahvusvahelises uuringus on kusepidamatus kõrvuti dementsusega üheks sagedasematest eaka hooldusasutusse paigutamise põhjustest, mida on õigeaegse ravi ning patsiendi ja tema lähedaste nõustamisega võimalik vältida.

¹ Eesti Geriaatrite Selts,

² TÜ kliinilise meditsiini instituut,

³ TÜ Kliinikumi traumatoloogia ja ortopeedia kliinik

Tihti on korrigeerimist vajavaks probleemiks polüfarmakoteraapia – paljude erinevate ravimite samaaegne kasutamine. Lisaks ravimite ebasoovitavatele koos- ja kõrvaltoimetele esineb eakatel nägemise ja mootorsete võimete halvenemise tõttu raskusi ravimite õigel doseerimisel, samuti kognitiivse võimekuse vähenemisest tingitud juhenditest arusaamise ja ettekirjutuste järgmise probleeme. Aastatel 2013–2014 korraldatud ja Eesti Teadusagentuuri rahastatud uuringus „Eaka elanikkonna tervisevajaduste piirkondlik hindamine (EAKAS)“ leiti, et vaid veidi enam kui pooled haiglaravilt lahkuvatest eakatest patsientidest (65aastased ja vanemad, keskmine vanus 78 a) on suutelised ravimeid täiesti iseseisvalt tarvitama, samas 18%-le TÜ Kliinikumi erinevatest osakondadest väljakirjutatud eakatele määrati samaaegseks tarvitamiseks 9 või rohkem erinevat ravimit, ühele patsiendile isegi 15 erinevat toimeainet.

Kuivõrd Eesti patsiendid pärast aktiivravi ettekirjutusi järgida saavad ja suudavad, ei ole selge. Maailmapanga tööühma 2015. aastal avaldatud aruande „Ravi terviklik käsitus ja osapoolte koostöö Eesti tervishoiusüsteemis“ põhjal jäeti haiglast väljakirjutamisel paljudele patsientidele rahvusvaheliste ravijuhendite alusel soovitatud ravimid välja kirjutamata, kuid sama uuringu järgi ei osta paljud ägedate haigustega patsiendid neile määratud ravimeid välja. Samuti märgiti aruandes puudusi insuldi, reieluu proksiimaalse murru, südamepuudulikkuse ja müokardiinfarkti jätkuravis.

Muu hulgas märgiti: „Kuna paljud krooniliste haigustega patsiendid vajavad nii tervishoiu- kui ka sotsiaalteenuseid, siis võiks selgelt defineeritud rollid ja nende kahe sektori vaheline koostöö parandada ravijuhistest kinnipidamist ning tagada õigeaegse tervishoiuteenuste kättesaadavuse. See on vajalik komplikatsioonide tekkimise vältimiseks, mis muidu

vajaksid haiglaravi. Üks suuremaid takistusi partnerluse loomisel tuleneb tervishoiu- ja sotsiaalsektore tegevuse eraldi korraldamisest ja rahastamisest“.

Aruandes analüüsitud haigusjuhud pärinesid 2013. aastast, kahjuks ei ole järgnenud 5 aastaga olukord kahe süsteemi koostöös märkimisväärselt muutunud. Autori hinnangul võiks just Eesti Haigekassa olla initsiaatoriks tervishoiu sotsiaaltöö arendamisel, eeldatavalt oleks nii võimalik vältida isikute toimetulematuses tekkivaid ravi probleeme, mis omakorda suurendavad tervishoiukulutusi.

Eakate IGH rakendamine võimaldaks objektiivselt hinnata erinevate õendusteenuste (statsionaarne õendusabi ja koduõendus), taastusravi ja rehabilitatsiooniteenuste vajalikku mahtu ning planeerida nende korraldamist ja rahastamist. Nentimine, et vajadusi pole mõtet hinnata, kuna vajalikke teenuseid ei ole nagnui võimalik pakkuda, süsteemi ei arenda.

Tulles tagasi IGH komponentide juurde, on eaka toimetuleku aspektist olulisimad kognitiivse ja funktsionaalse seisundi hindamine. Kognitiivse võimekuse hindamiseks kasutatakse analoogseid skriinimismeetodeid nagu Alzheimeri tõve kahtluse korral, alustades anamneesist, täiendades seda lähedastelt ja hooldajatelt saadava infoga ning kasutades objektiivse(ma) mõõdikuna vaimse seisundi lühiuuringut (MMSE – *Mini-Mental State Examination*). Rahvusvahelises praktikas püstitatakse võimaliku dementsuse diagnoos sageli just IGH tulemusena.

Igapäevategevuste hindamise meetodid ADL (*Activities of Daily Living*) ja IADL (*Instrumental Activities of Daily Living*) on osa IGHst. ADLiks ehk igapäevasteks toiminguteks on pesemine ja hügieenitoimingud, tualeti kasutamine, riietumine, valmis toidu söömine, liikumine ruumis. Instrumentaalsete tegevustena lisanduvad toidu valmistamine, igapäevased majapidamistööd, telefoni ja transpordi

kasutamine, poes käimine ja rahaga arveldamine, samuti ravimite tarvitamine ja treppidest käimine. Arusaadavalt määrab funktsionaalne, kognitiivne ja psühholoogiline seisund olulisel määral inimese toimetuleku.

IGH-l selgitatakse lisaks abivajadusele ressursid ja võimalused toimetulekuks eesmärgiga säilitada ja toetada iseseisvat toimetulekut võimalikult kaua, leida sobivaim abistamise viis ning sellega vältida ravi- või hooldusasutusse suunamist või lükata seda edasi. Lisaks geriaatria osakondades läbiviidavatele IGHdele hinnatakse eakate seisundit ambulatoorselt, õendus- ja hooldusasutustes. IGHd on kasutatud ka onkoloogiliste haigete käsitlemise planeerimisel, kirurgias on eakaid patsiente hinnatud nii pre- kui ka postoperatiivselt, kardioloogias seoses sekkumistega. Psühho- ja ortogeriaatriast on kujunenud geriaatria põhiprintsiipe järgivad alamedialad.

Eesti kontekstis on vajalik ühtse hindamismetoodika kasutamine kõikidel tervishoiu- ja hoolekandetasanditel. Integreeritud digitaalne andmebaas koos eri süsteemide vahelise efektiivse infovahetusega tagaks andmete õigeaegse kättesaadavuse. See on eriti oluline juhtudel, kui patsiendi seisund ei võimalda tal endal adekvaatselt infot edastada ja/või abi saamiseks pöörduda. Mittestandarditud, erinevate hindamismetoodikate kasutamine ei võimalda andmete ülekandmist, adekvaatset statistikat ega analüüsi. Ka on mugandatud ja ühe asutuse baasil loodud hindamisvahendite puhul (hinnates näiteks kohaliku omavalitsuse pakutavate teenuste vajalikkust isikule) suur risk eaka tegelikku toimetulekut ja elukvaliteeti mõjutavaid probleeme uurin- gust välja jätta. IGH on isiku, mitte teenuste keskne.

Viimase 15 aasta vältel on Eestis hinnatud ja kasutamiseks kohandatud rahvusvaheline interRAI instrument (*Resident Assessment Instrument*). InterRAI metoo-

dika sisaldab vahendeid seisundi igakülgeks hindamiseks pikaajalise hooldusvajadusega inimestel: interRAI HO – asutushooldus, interRAI KO – koduhooldus ja -õendus, interRAI AR – hooldus aktiivravahaigetes, interRAI KH – patsiendi hindamine perearsti või sotsiaaltöötaja vastuvõtul. InterRAI tulemuste alusel leitakse inimesele õiged teenused ja nende maht ning on võimalik planeerida inimeste jaotumist teenuste vahel. Rahvusvahelised uuringud on näidanud teenuste kvaliteedi paranemist ning soodsat mõju piirkondlike ja riiklike teenuste planeerimisele ja rahastamisele.

2018. aastal Briti Geriaatrite Seltsi ajakirjas Age and Ageing avaldatud ülevaadete ülevaates IGHst akuutravi haiglates on nenditud, et kuigi IGH on haiglaravis järjest enam kasutatav koos uute teenuste ja regulatsioonide lisandumisega, on IGH mõju haiglaravi kulude vähenemisele ebapiisavalt uuritud. Varasemad metaanalüüsid on siiski näidanud geriaatrilise töö ja rehabilitatsiooni efektiivsust: on saavutatud suremuse vähenemine, funktsionaalse võimekuse ja elukvaliteedi paranemine ning haigla- ja hooldusasutuse kulude vähenemine. Samad eesmärgid võiksid olla olulised ka Eesti tervishoiu ja hoolekande süsteemidele.

LISALUGEMIST

1. Harwood RH, Sayer AA, Hirschfeld M. Current and future worldwide prevalence of dependency, its relationship to total population, and dependency ratios. *Bulletin of the World Health Organization* 2004;82:251–8.
2. Fisher JM, Masud T, Holm EA, et al. New horizons in geriatric medicine education and training: The need for pan-European education and training standards. *Eur Ger Med* 2017;8:467–73.
3. Parker SG, McCue P, Phelps K, et al. What is comprehensive geriatric assessment (CGA)? An umbrella review. *Age Ageing* 2018;47:149–55.
4. Saks K, Kalda R, Kolk H, Kree S. Eaka elanikkonna tervisevajaduste piirkondlik hindamine (EAKAS). <http://www.etag.ee/wp-content/uploads/2014/01/Eaka-elanikkonna-tervisevajaduste-piirkondlik-hindamine-EAKAS-Tulemused.pdf> (21.03.2018).
5. InterRAI tarkvara kasutuselevõtmise võimaluste analüüs. Lõppraport. https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Ministeerium_kontaktid/Uuringu_ja_analuusid/Sotsiaalvaldkond/interai_tarkvara_kasutuselevotmise_voimaluste_analuys.pdf (21.03.2018).
6. Ravi terviklik käsitlus ja osapoolte koostöö Eesti tervishoiusüsteemis. Maailmapanga töögrupp aruanne. https://www.haigekassa.ee/sites/default/files/Maailmapanga-uuring/veeb_est_summary_report_hk_2015_mai.pdf (21.03.2018).

LÜHIDALT

Flutikasoonfuroaat koos vilanterooliga on astma ravis efektiivne

Astma käsitlus- ja ravijuhendid on üles ehitatud valitud patsientidel täheldatud toimete põhjal, kuid sageli on välja arvatud nendest kaasuvate haigustega ja suitsetavad patsiendid. See tähendab, et sellistes uuringutes saadud tulemused ei pruugi tegelikkusega ühtida. Juhuslikustatud uuringuid, mis sarnanevad rohkem tavapärase kliinilise praktikaga, on vähe.

Seetõttu korraldati Ühendkuningriigis Salfordis ja Lõuna-Manchesteris juhuslikustatud kontrolluuring 74-s üldarstiabi pakkivas kliinikus. Uuringusse kaasati üle 18aastased patsiendid, kel oli üldarst diagnoosinud astma ja alustanud inhaleeritava preparaadiga baasravi (inhaleeritav kortikosteroid monoterapiana või kombineerituna pikatoimelise beeta-agonistiga). Uuringu käigus manustati neile 100 või 200 µg flutikasoonfuroaati (glükokortikoid) koos 25 µg vilanterooliga (ülipika toimega beeta-2 retseptori agonist) või tõhustati tavapäras

ravi. Järelkontroll tehti 12 kuu möödudes.

Hinnati, kui suur hulk patsiente saavutas astma kontrolltestil minimaalselt skoori 20 või kellel skoor suurenes vähemalt 3 palli võrra 24 nädala möödudes. Seejuures eeldati, et esialgne skoor oli alla 20. Lisaks hinnati astma ägenemise episoodide esinemist (igasugune hingamisteede sümptomaatika ägenemine, mida raviti antibiootikumidega, süsteemsete kortikosteroididega või mille korral oli vaja patsient hospitaliseerida).

Uuring toimus ajavahemikul 2012–2016 ning hõlmas kokku 4233 uuritavat. Valdavalt oli patsientidel pikk astmaanamnees (üle 5 aasta), esines sümptomeid päevasel ajal, nad olid vajanud rohkem kui kahel korral nädalas lühitoimelisi beeta-agoniste ning olid viimasel nädalal astma sümptomite tõttu öösel ärganud. Kolmandikul oli viimase aasta jooksul esinenud raske ägenemine.

Uuritavatest 2114 said flutikasoonfuroaati vilanterooliga ning 2119 tavapäras ravi. 3026 patsiendil (71%) oli astma kontrolltesti skoor alla 20 ning 1207-l (neist 605 said tavapäras ravi ja 602 fluti-

kasoonfuroaati vilanterooliga) oli astma kontrolltesti algne tulemus 20 või rohkem ja seega arvati nad esialgselt tulemuse hindamisest ja analüüsist välja. 91% tarvitas ettenähtud annuses ravimeid kogu uuringuperioodi vältel.

24 nädala möödudes reageerisid ravile rohkem need, kes said flutikasoonfuroaati vilanterooliga (71% reageerijaid) võrreldes tavapärase ravi rühmaga (56%). Selle aja jooksul oli astma kontrolltesti skoor suurenenud keskmiselt 4,4 palli võrra esimeses rühmas ja 2,8 palli võrra tavaravi saavas rühmas. Selline tulemus püsis kogu uuringu vältel. Kopsupõletiku ja teiste raskete kõrvaltoimete esinemises rühmade vahel erinevust ei olnud.

Flutikasoonfuroaat ja vilanterool on üks kord päevas manustatuna efektiivsed astma sümptomaatiliseks raviks, suurendamata raskete kõrvaltoimete esinemise riski.

REFEREERITUD:

Woodcock A, Vestbo J, Bakerly N, et al. Effectiveness of fluticasone furoate plus vilanterol on asthma control in clinical practice: an open-label, parallel group, randomised controlled trial. *The Lancet* 2017;390:2247–55.