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

ravijuhendi töörühma ja sekretariaadi koosoleku

**PROTOKOLL nr.6**

|  |  |
| --- | --- |
| Kuupäev | **26.november 2014** |
| Koht | Tallinn, Haigekassa Harju osakond |
| Algus  Lõpp | 11.30  16.00 |
| Osalejad | **Ilmar Kaur,** Toomas Sillakivi, Jane Alop, Andre Trudnikov, Merit Kudeviita, Tatjana Toomsoo, Kristel Janvest, Peeter Kivik, Toomas Sillakivi, Kaja Otteson  Sekretariaadi liikmed: Kaur Liivak, Kirsti Akkermann, Sirje Vaask, Edgar Lipping, Siret Saarsalu  Muu: Ulla Raid |
| Puudujad | Jaan Tepp, Ülli Adamson, Katrin Nõukas, Külvi Peterson, Märt Elmet, Kaia Kuppart  K. Peterson on saatnud koosolekule eelnevalt kirjalikud kommentaarid.  Sekretariaadi liikmed: Anastasia Parts, Kaire Heilman |
| Juhatas | Ilmar Kaur |
| Protokollis | Sirje Vaask |
| Päevakord | 1. Kliinilised küsimused 12, 4,10, 11 2. Ülevaade RJ soovituste sõnastamise protsessist 3. Sekretariaadi täpsustavad küsimused 4. Järgmise koosoleku aeg ja käsitletavad teemad |
|  | 1. **Huvide deklaratsioonid**   HD täiendusi ei ole. Koosolek ei ole otsusevõimeline, kohal on 10 liiget. |
|  | Töörühma koosolek on otsustusvõimeline kui kohal on ¾ liikmetest. Otsused võetakse vastu konsensuse alusel. Otsustati ettevalmistatud teemad arutada ning lõplikud otsused järgneval koosolekul kinnitada.  **Otsus: Soovituste lõplikud sõnastused kinnitatakse töörühma koosolekul, kui kohal on ¾ liikmetest.**   1. **Kliiniliste küsimuste arutelu**   **Kliiniline küsimus 12.** *Kas kõigil patsientidel kasutada vs mitte kasutada bariaatrilise lõikuse järgselt tekkiva veresuhkru languse ennetamiseks ravimeid, et vähendada hüpoglükeemia episoodide esinemist? Kas lõikusjärgse hüpoglükeemia episoodidega patsientidel, kellel ei piisa dieedi korrigeerimisest, kasutada vs mitte kasutada ravimeid veresuhkru languse ennetamiseks.*  T. Toomsoo – hüperglükeemia jaoks ei kasutata mao resektsiooni ja gastrostoomiat, vajab täpsustamist ja artiklite ülevaatamist. Medikamentoosse ravi osas on esitatu praktikale vastav.  I. Kaur – kes võiks olla patsiendi nõustaja, kas glükomeetrid antakse opereeritutele kasutamiseks. Kuidas fikseerida, kas on hüpoglükeemia, kas on vajalik koduse glükomeetri kasutamine. II tüüpi diabeet esineb ca 20% opereeritutest.  T- Toomsoo – oleme teinud toitumisnõustamist ise ja seda teevad diabeediõed – kasutatakse toidupäevikut. Glükomeetreid praktikas patsientidele ei anta, probleem tekib neile, kes ei ole diabeedihaiged. Enamasti on veresuhkur korrigeeritav dieediga. Diabeedihaigele glükomeeter kompenseeritakse, teistele mitte. Hüpoglükeemia võib tekkida ca 1%-l, tõestatud hüpoglükeemia (veresuhkur alla 3,5) tekib 1-3 tundi peale sööki. Kodune mõõtmine on sobiv meetod. Insulinoom tuleb välistada, patsient suunata endokrinoloogile. Endokrinoloogile tulevad konsultatsioonile patsiendid, kellel on juba probleem selgitatud.  K.Ottenson – rühmas jagatakse teavet ja glükomeetreid – patsiendid soovitavad. Kõigil ei ole võimalik glükomeetrit saada. Kui eesmärk on, et inimesed saaksid testitud, peaks olema süsteemis lahendus. Patsiendid jagavad teavet, et ohtu teataks märgata ja patsiendid õpivad ise toime tulema. Perearstile võib vajalik olla teave, et osata näha probleemi.  M. Kudeviita – võiks olla võimalus glükomeetrit laenutada. Vajalik on patsiendi käsitluse süsteemi kirjeldamine, et perearstid suunaks vajadusel.  U. Raid –vahendi tagamine peaks olema rakenduskava teema. Selgitavas tekstis on võimalik tuua välja nt ravimid. Vajalik on täpsustada, missuguse tugevusega on soovitus, mille lisandub lühike selgitus.  T. Sillasoo – vajalik määratleda kuidas probleem tuvastatakse ja mida tehakse. Ainus võimalus diagnostikaks on kasutada glükomeetrit. Ravijuhend ei peaks olema üldine, vaid siiski sisaldama konkreetseid suuniseid, nt ravimite osas.  A. Trudnikov – peab täpsustama, et on võimalus hüpoglükeemiaks, see võib olla seostatav toimunud operatsiooniga. Kui haigel on halb enesetunne, vajalik objektiviseerida ja suunata endokrinoloogile.  **Soovitus (esmane)** Tõenduspõhisus ei kinnita vajadust rakendada hüpoglükeemiate ennetavat medikamentoosset ravi kõikidele bariaatrilise kirurgia patsientidele.NÕRK POSITIIVNE SOOVITUS. Lõikusjärgse hüpoglükeemia episoodidega patsientidel, kellel ei piisa dieedi korrigeerimisest, võib kasutada medikamentoosset ravi veresuhkru languse ennetamiseks. Patsiendid, kellel on tekkinud hüpoglükeemia, vajavad endokrinoloogi konsultatsiooni.T. Toomsoo vaatab üle soovituse sõnastuse järgnevaks korraks. |
|  | **Kliiniline küsimus 4.2. ja 4.3.**  *4. Kas kõigile bariaatrilise kirurgia patsientidel kasutada operatsioonieelselt parema ravitulemuse saavutamiseks järgmisi sekkumisi (vs sekkumiste mittekasutamisega)*  *- toitumisnõustamine*  *- kehalise aktiivsuse nõustamine*  S- Vaask – kombineeritud sekkumise – eelnev toitumis- või liikumisnõustamine millele järgneb operatsioon, kaugtulemustega uurimusi kirjandusest ei leidnud. Uurimused olid kas konservatiivse ravi osas või lühiajalise vaatlusperioodiga.  Konservatiivne ravi tulemuslikkus võrreldes kirurgilise sekkumisega on vähene, kombineeritud sekkumistega saavutatakse 12 kuu perspektiivis vaid kuni 7 kg kaalulangus, s.h. olulist lisamõju ei avaldanud ka psühholoogilised sekkumised.  Võrreldes kuluefektiivsust- siis toitumisnõustamine on tulemuslikum liikumisnõustamisest, ei ole vahet kas nõustamist teeb arst, õde või dietoloog. Nõustamine (toitumine ja liikumine) kroonilise haigusega (s.h. KMI üle 35) on kuluefektiivne. NICE on võrrelnud omavahel ka erinevaid dieete ning olulist tervisealase mõju erinevust ei ole leitud, enim ravijuhendites ja uuringutes on kasutatud on 600 kcal võrra defitsiidis dieeti.  K. Ottenson- pooled patsientidest on proovinud erinevaid dieete. On mõistlik juba eelnevalt patsiendiga rääkida operatsioonijärgsest toitumisest. Inimesed ei ole ühesugused ja ka info vastuvõtmise võime on erinev. Toidukogus ja miks sa sööd- on erinevad probleemid. Patsientide arvamuste alusel – toitumise osas on saadud kõige enam operatsioonieelselt nõu, enam on tuntud puudust toitumisnõustamisest peale operatsiooni. Psühholoogilisest ja liikumisnõustamisest ei ole puudust tuntud. Peale operatsiooni nõustaja peab olema operatsiooni eripäradega tuttav. Oleks soovitatav suhelda teiste patsientidega- arstid-õed võiksid seda patsientidele soovitada.  T. Sillakivi – andmed näitavad, et sekkumistel mõju ei ole. Eluviisi nõustamine on pikaajaline protsess – toitumisnõustamine omab tähtsust patsiendi teadliku otsuse langetamisel.  M. Kudeviita – uuringuid ei ole, aga multidistsiplinaarne lähenemine on oluline- peaks olema komplekt kokku lepitud- mis on Eesti standardpakett.  K. Akkermann – patsiendile on oluline teadvustada et ta peab oma harjumusi muutma – see peab olema räägitud enne lõikust. Ühekordne eelnev konsultatsioon on kindlasti vajalik.  P. Kivik – eelnev tegevus on efektiivne kaasuvate haiguste vähendamiseks. Arstliku tegevuse käigus on kohustus nõustada, see peab olema informeeritud otsus. Olenevalt operatsioonimeetodist võib oodata ees eluaegne vitamiinide lisandite vajadus. Juhend patsiendile peaks kirjeldama kogu eelneva protsessi.  T. Toomsoo – ei peaks rõhutama kaloraaži, vaid toiduvalikut personaalselt. Grupinõustamise praktika ei ole efektiivne – sest patsientide tervisealane teadlikkus ja motivatsioon on väga erinev.  I. Kaur – informeeritud nõusolekusse ei süveneta. Vajalik on ka operatsioonimeeskonna kaitsmine, et patsient teaks ise edasisi põhimõtteid jälgida. Kirjalike juhendite puhul ei ole selge, kui palju need kasu omavad. Arstid suunavad patisente ka teistega suhtlema. Uuringute alusel ei ole spetsiifilise toitumisnõustaja kasutamine põhjendatud.  J.Alop – nõustamine on pikaajalisem protsess –operatsioonieelne nõustamine peaks olema tervikvaade tuleva muutuse teadvustamiseks ning operatsioonieelses nõustamises tuleb käsitleda ka toitumise muutust. Kas peaks olema pigem nõrk negatiivne – eraldi toitumisnõustamine ei ole soovitatav?  K. Janvest – operatsioonieelselt keskendutakse lõikusele, väga põhjalikult siis eluviisist nõustada pole vaja. Tuleks ka mõelda, mis ajal saab patsient nö bariaatriameeskonna vastutuseks. Olulised on selgitused peale lõikust.  K. Liivak -Operatsioonieelse nõustamise teeb bariaatriaõde.  U. Raid – vajalik on patsiendijuhendi koostamine.  **Soovitus (esmane)**  **NÕRK POSITIIVNE SOOVITUS**  **Toitumisalane konsultatsioon enne operatsiooni on soovitatav, vajalik teadliku otsuse langetamisel. Operatsioonieelse nõustamise (toitumine, liikumine) võiks teha bariaatriaõde.**  **Kliiniline küsimus 4.1**  *Psühholoogline operatsioonieelne nõustamine*  *Kas kõigile bariaatrilise kirurgia patsientidel kasutada operatsioonieelselt parema ravitulemuse saavutamiseks järgmisi sekkumisi (vs sekkumiste mittekasutamisega)*  *- Psühholoogiline ja/või psühhiaatriline nõustamine*  K. Akkermann- hetkel on veel vähe kõrge tõendustasemega uuringuid preoperatiivsete psühholoogiliste sekkumiste mõjust tulemusnäitajatele, lühiajaline mõju. Ei ole piisavalt tõendeid väita, et preoperatiivset psühholoogilist nõustamist vajaksid kõik patsiendid. Psühholoogilist ja/või psühhiaatrilist preoperatiivset nõustamist /ravi vajavad eelkõige psüühikahäirega indiviidid ning kontrollimatute liigsöömishoogude ja söömiskäitumisega indiviidid. Viimastele on soovitav operatsioonieelselt rakendada ravimeetodeid, mis soodustavad lisaks söömise ohjamisele ka üldist impulsi kontrolli oskuste ja meeleolu paranemist (nt käitumisteraapia, kognitiiv-käitumisteraapia). Kognitiiv-käitumuslikud ravimeetodid on osutunud efektiivseks ülekaalu ja rasvumise konservatiivses ravis, toetavad patsiente elustiili muutuste elluviimisel, ning samuti juba näidanud mõningat efektiivsust kontrollimatu söömise vähenemisele preoperatiivsetes raviprogrammides (ja selle positiivset mõju liigse kehakaalu langusele)  Ravijuhised – impulsi kontroll ja meeleolu parandamine. Üksikutes uuringutes on preoperatiivse konsultatsiooni vajadus -8 aastases jälgimisega uuringus - patsiendid oleks soovinud tõhusamat jälgimist ja nad olid toimunud nõustamistega rahul. Postoperatiivsete sekkumistega on nõustunud oluliselt enam patsiente.  K. Ottenson- patsiendid ei tundnud puudust psühholoogilisest nõustamisest. On loogiline, et patsiendid vajavad abi peale operatsiooni kui kompensatoorne käitumine ei ole enam võimalik. Vajadus on personaalne.  **Soovitus (esialgne)**  **NÕRK POSITIIVNE SOOVITUS:**  **Psühhiaatriliste häirete ilmnemisel on soovitav alustada nende raviga preoperatiivselt. Kontrollimatu söömiskäitumisega indiviididel (liigsöömishood, öise söömise sündroom, emotsionaalne söömine, näksimine) on soovitav preoperatiivselt rakendada kognitiiv-käitumuslikke ravimeetodeid, et soodustada operatsioonijärgset ravisoostumust.**  M. Kudeviita – eelneval oosolekul jäi üles teema, kas oleks võimalik ennetada sõltuvushäireid. Psühhiaatria praktikas on patsiente, kes on minemas lõikusele, ent on näha probleem. Ägedate psüühika- ja sõltuvushäirete puhul peaks operatsiooni välistama. Bariaatriaõde võiks osata ära tunda patsiendid, keda suunata psühhiaatrile. Vajalik on asjakohane koolitus.  K. Ottenson- patsiendi jaoks on oluline, et psühhiaatrilised probleemid ei oleks vastunäidustuseks, vaid et need tuleb saada operatsiooniks kontrolli alla.  **PRAKTILINE SOOVITUS: Ägedate psüühika – ja sõltuvushäirete puhul peaks soovitama operatsiooni edasi lükkamist kuni häirete kontrolli alla saamiseni.**  **Kliiniline küsimus 10.1, 10.2 ja 10.3**  *10. Kas kõigile bariaatrilise kirurgia patsientidel kasutada operatsioonijärgselt parema ravitulemuse saavutamiseks järgmisi sekkumisi (vs sekkumiste mittekasutamisega)*  *- Psühholoogiline nõustamine*  *- Toitumisnõustamine*  *- Kehalise aktiivsuse nõustamine*  S. Vaask tegi ülevaate kogutud andmetest. Tehtud uurimused ei vasta täpselt püstitatud tulemusnäitajatele- enamus uurimusi on vaadelnud konkreetse sekkumise (toitumisnõustamine, liikumisnõustamine) tulemusi 1 aasta perspektiivis, osadel juhtudel ka 3 aasta perspektiivis ning tulemusi on modelleeritud 5 aasta perspektiivile. Kõigi interventsioonide efektiivsus on ajas muutuv, parem tulemus saavutatakse lühiajaliselt (12 kuu perspektiivis) ning pikemas perspektiivis ei ole kaalu alanemine märkimisväärne (60 kuu perspektiivis).  Enamustes ravjuhendites ja süstemaatilistes ülevaadetes on vaadeldud kombineeritult operatsioonijärgset toitumisnõustamisest ja liikumisnõustamisest, mida saab rakendada pärast bariaatrilist operatsiooni. Ravijuhendites rõhutatakse praktilistes soovitustes jätkutegevuste teostamist interdistsiplinaarse meeskonna poolt, kus osaleksid kirurgid, esmatasandi meedikud, dietoloogid, õed ja psühholoogid.  Olulisematest operatsioonijärgsetest toitumisega seotud probleemidest tuuakse uurimustes välja vitamiinide- ja mineraainete omastatavuse vähenemine (B6, B12, kaltsium, D3, raud ja folaadid, tsink), rauavaegusaneemia. Toitumise jälgimine väheneb aasta peale operatsiooni, nõustamise kasutus on seostatav parema kaalulanguse tulemusega.  Jätkutegevus peaks sisaldama terviseseisundi jälgimist, s.h. psühholoogilist heaolu, toitumise- ja liikumisnõustamist, s.h. vitamiinide ja mineraalainete defitsiidi tekke jälgimist. Operatsioonijärgne jälgimine peaks olema kolmekuulise intervalliga kuu peale operatsiooni kuni soovitatava tulemuse saavutamiseni ja edasi vähemalt kord aastas. Kestev kaalu saavutamine ja püsimine parandab kaasuvate haiguste seisundit. Eluaegne toitumise toetamine on tavaliselt vajalik protseduuri järgselt.  Vaatlusuuringute metaanalüüs näitas, et kehaliselt aktiivsed patsiendid saavutasid 3.62 kg suurema kaalulanguse kui patsiendid, kes liikusid vähe. Süstemaatiline ülevaade näitas, et rasvavaba kehamassi vähenemise ennetamine on võimalik kehalise aktiivsuse kaudu.Läbiviidud uuringutes ei leitud operatsioonijärgse toitumis- või liikumisnõustamise võimalikku kahju patsiendile.  K. Akermann –psühholoogilist nõustamist soovitatakse neile kel on juba enne operatsiooni psühholoogiline häire ja kellel on tekkinud operatioonijärgselt psühholoogiline häire. Oleks mõistlik vaadelda ja integreerida 3 suunda. Keegi peaks jääma vastutavaks ja ravi peaks olema multidistsiplinaarne meeskonnatöö. On ka nii et vastutuse võtab õde. Vajadus on häireid skriinida pärast lõikust ning vajadusel pakkuma toetvat psühhoteraapiat, Kui tuvastatakse söömishäire, siis on vajalik teada, kuhu patsient suunata.  K.Ottenson – kolmandik tundis puudust, väga vähesed said operatsioonijärgse liikumisnõustamise. Alguses kardetakse liigutada. Kõik patsiendid ei ole motiveeritud ja soovitused ei realiseeru (22-st 5 liikusid). Oluline on ka ohutuse tagamine - hoiatada, et ei tohi üle pingutada. Bariaatriaõe nõustamine toimib, seal käiakse järelkontrollis ja sealt peaks toimuma tiraaž. Postoperatiivselt on nõustamine olulisem - bariaatrilise patsiendi nõustamiseks peab olema meditsiinilise haridus. Bariaatriaõde peaks olema ravi keskmes, tuleb käsitleda tervikuna toitumise, liikumise ja psühholoogilise heaolu teemasid.  P. Kivik – vajalik on asjatundlik nõustamine, kes valdab pateiendi käsitlust operatsioonijärgselt. Vajalik on soovituste tõenduspõhisus. Bariaatrilise patsiendi toitumis-ja liikumisnõustamine peaks toimuma bariaatrilise kliiniku juures, see tagab informatsiooni ühtsuse ja kontrollitusse.  I. Kaur – mis paneb inimesed liikuma – nõustamine peaks olema pidev. Seda hetkel uuringutest ei selgu – kas nõustamine ka motiveeris enam liikuma, Võimalik oleks bariaatriameeskonda rakendada füsioterapeut, kes omab vastavaid teadmisi.  J. Alop – oluline on bariaatriaõe pädevus patsiendi järelravi korraldajana. Toitumisnõustajate puhul – kus neid hakatakse koolitama – saab tulla vaid meditsiinilise baashariduse poolt.  K. Liivak – hetkel füsioterapeudi kaasamine järelravisse ei ole reegel.  M. Kudeviita – bariaatriaõde võiks osata edasi suunata, kõik patsiendid psühholoogilist/psühhiaatrilist nõustamist ei vaja. Raviplaan võiks olla individuaalne. Võimalik oleks rakendada nö meeskonnakonsiiliume.  K. Janvest - patisentide soovid on erinevad, võib vajada suunamist teistele spetsialistidele. Kui ravi osana määrata nt 30 korda liikumist, võib see tal aidata edasi olla aktiivne. Ühiste vastuvõttude korraldamine võib olla keeruline.  T. Sillakivi – info erinevatelt spetsialistidelt peab olema samasuunaline. Keegi peab omama patsiendi osas vastutust. Psühhiaatrile/psühholoogile suunama peaks vaid patsiendid, kellel on tuvastatud vajadus või häire.  U. Raid –soovitustes reeglina lepitakse kokku mida patsiendiga tehakse. Kesneid tegevusi teeb - seda saab täpsustada algoritmis või tervishoiukorralduse osas.  K. Akkermann – uuringutes on toodud ka operatsioonijärgne kogemusnõustamine –toetav psühhoteraapia (kogemusnõustaja või psühholoog). Patsiendid sooviksid kogemuste jagamist, kes saavad enam kui 5 x nõustamist, on uuringute alusel parema ravitulemusega. Soostumus nõustamiseks on operatsioonijärgselt väga suur. Kogemuste vahetamisel on võimalik rääkida, mis on takistused, mis on saadav kasu – nt liikumiseks. Kogemusnõustamine peaks olema kontrollitud keskkonnas ja modereeritud väljaõppinud spetsialisti poolt. Metaanalüüsi uuringutes vaadeldi tulemusi kehakaalule, tavapopulatsioonis 10% söömishäired, emotsionaalset söömist on 25%.  K. Ottenson – patsiendid saavad palju internetist tuge. Kogemusnõustamine on väärtuslik, ent keegi peab vestlust modereerima. Internetist saadav on pigem emotsionaalne tugi. Patsiendid on väga erinevatelt elualadelt – ainus mis neid ühendab on elu peale muutust.  M. Kudeviita – kõigile on soovitatav tervisliku eluviisi jätkamine ja sobivad lahendused sõltuvad patsientidest. Vajalik on selekteerida, kellele on teraapiat vaja. Toitumiskäitumine peab olema selgeks tehtud esmatasandi kontaktis (bariaatriaõde). Kui vajalik farmakoloogilist ravi, tuleks patsient suunata psühhiaatrile või psühholoogilisele teenusele. Toetav rühm on vajalik.  I. Kaur – peale operatsiooni on ühine kogemus ja ühised probleemid. Kui psühhiaatriline ravi on alustatud, siis sellega jätkatakse ka peale operatsiooni. Kui ravitulemus on sobiv, ei ole kognitiiv-käitumisteraapia sekkumine vajalik.  J.Alop –spetsialistide kasutus täna on ebaefektiivne, ka kliiniliste psühholoogide juurde jõuavad inimesed, kes ei peaks sinna minema. Hetkel rahastatakse kahe pereõde teenust, see nõustamine võiks olla teise pereõe töö.  K. Janvest – räägitakse ka võimalikest häiretest, aga teadmisi ei rakendata.  **Soovitus (esialgne)**  **NÕRK POSITIIVNE SOOVITUS**  **Bariaatrilise operatsiooni järgselt on vajalik patsiendi tervise jälgimiseks (s.h. toitumise ja liikumise alaseks nõustamiseks) vähemalt 3 visiiti operatsioonijärgse aasta jooksul ja edasi vähemalt 1 visiit aastas.**  ***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).***  Soovituse sõnastus vaadatakse üle ja kinnitatakse järgmisel koosolekul.  **TUGEV POSITIIVNE SOOVITUS?**  **Operatsioonijärgsel visiidil tuleb patsienti skriinida ka söömishäire osas ja teavitada patsienti võimalikust riskist. Patsientidele soovitada toetavat grupiteraapiat. Vajadusel suunata patsient kognitiiv- käitumisteraapiasse.**  K. Akkermann täpsustab eeltoodud soovituse sõnastuse järgnevaks koosolekuks.  **Kliiniline küsimus 11.**  *Kas bariaatrilise operatsiooni järgselt tuleks patsiendil teostada järgmised*  *uuringud/analüüsid (võrreldes uuringute/analüüsid mitte tegemisega)*  *- ülemise seedetrakti endoskoopia*  *- densitomeetria*  K. Liivak - Postoperatiivses perioodis peetakse endoskoopilise uuringu näidustusteks püsivaid seedetrakti kaebuseid, operatsioonijärgsete tüsistuste endoskoopilist ravi või ebapiisava kaalulanguse põhjuste selgitamist. Seedetrakti tüsistused, mille korral endoskoopia omab nii diagnostilist kui ka terapeutilist väärtust oleksid: äge verejooks ja/või aneemia, gastrojejunaalse anastomoosi striktuur, bezoaar, bändingu libisemine. Mao bändingu piirkonna erosioon on traditsiooniliselt vajanud kirurgilist revisiooni, kuid kirjanduses on ka artikleid edukast konservatiivsest ravist endoskoopial. Rutiinselt ei tehta, kui on kaebused, siis rakendatakse. Puusalülisamba tihedus väheneb. Kaugtulemustele mõju ei avaldu. Tõenduspõhisus on D.  T. Sillakivi –kui patsiendil on kaebused, siis kasutada, kõigile skriinimiseks mitte. Tulemuseks on pigem ülediagnoosimine ilma tüsistusteta.  P. Kivik –sekundaarne osteoporoos – kui kehamass langeb, siis luude tihedus väheneb.  I. Kaur – kui järelmeetmeid ei ole, ei ole rutiinse skriininguuringuna vajalik.  K. Janvest – gastroskoopiat on rutiinselt patsientidele rakendatud, patsientidel esineb haavandeid.  K.Ottenson – patsiendile ilma kaebusteta gastroskoopia ei ole vajalik.  **Soovitus (esialgne)**  **NÕRK NEGATIIVNE SOOVITUS**  **Kõigile bariaatrilistele patsientidele ei ole rutiinselt operatsioonijärgselt vajalikud ülemise seedetrakti endoskoopia ja densitomeetria uuringud.**  **Eelnevalt arutatud soovituste terviktekstide ülevaatamine**  Töörühma liikmed saavad juurdepääsu soovituste tabelisse, kuhu saab teha märkusi ja soovitusi. Edasi on vajalik koondada ka ravijuhendi tööversioon. |
|  | 1. Järgmiste koosolekute aeg ja vahepealne töö sekretariaadile   Järgneva koosoleku aeg: 13.jaanuar Tallinnas ja Tartus (videokoosolekuna).  9. detsembriks ei olnud võimalik saada kokku otsuste vastuvõtmiseks vajalik ¾ töörühmaliikmete kvoorum.  Sekretariaat valmistab ette otsustamiseks eelnevalt arutatud küsimuste soovitused, kliiniliste küsimuste 11 EvSu’d ja SoKo’d. Materjalid saadetakse töörühmale vähemalt nädal aega ette. |
|  | Protokollis Sirje Vaask |