

**Venoosse haavandi käsitus**  
Töörühma e-koosoleku protokoll nr. 16

<b>Kuupäev</b>	16. juuni 2017
<b>Koht</b>	koosolek
<b>Algus Lõpp</b>	
<b>Osalejad</b>	Töörühma liikmed: Evo Kaha, Hepp Nigol, Tiiu Rehe, Kadi Soome, Heli Järve, Maire Karelson, Ülle Helena Meren, Tiit Meren (volitatud esindaja Ülle Helena Meren) Sekretariaadi liikmed: Priit Pöder, Malle Avarsoo
<b>Puuduvad töörühma liikmed</b>	Veronika Palmiste-Kallion, Tiiu Kaha, Malle Vahtra
<b>Juhataja</b>	Evo Kaha
<b>Protokollija</b>	Anneli Truhanov
<b>Päevakord</b>	Retsensentide kommentaaride ja RJNK liikmete parandusettepanekute arutelu
<b>Ülevaade toimunud arutelust</b>	Sekretariaadi ja töörühma juhid oli retsensentide kommentaarid ja RJNK liikmete parandusettepanekud koondanud ühte dokumenti ning töörühma liikmed arutasid ükshaaval kõik kommentaarid läbi ning kujundasid oma vastuse, kas ravijuhendi teksti paranduses sisse viia või mitte.
<b>Vastuvõetud otsused</b>	Vt lisatud koonddokumenti.

<b>Parandusettepanekud:</b>	<b>Töörühma kommentaar ja otsus:</b>
<b>1. KÄSITLUSALA JA EESMÄRK</b>	
<p>Ei leidnud ravijuhendi teemaalgatuse dokumenti. Ei ole kroon. ven. haavandi kirjeldust (kust perearst teab, et pt.-l on just venoosse geneesiga haavand?).</p>	<p>Teemaalgatuse dokument ei ole seni olnud avalikult kättesaadav, vaid RJNK sisemine dokument, mille alusel ravijuhendite teemasid valitakse.</p>
<p>Ravijuhendis pole kajastatud kliinilisi küsimusi, juhend algab kohe soovitustega. Kliiniliste küsimuste tarbeks tuleb lugeda kinnitatud käsitusala. Ravijuhendis on lisaks sihtrühmale selgelt kirjeldatud ka teemad, mida antud juhend ei sisalda ning sihtrühmad, kellele siin juhendis infot pole</p>	<p>Siiani ei ole neid vastavalt ravijuhendi täistekstide koostamise kokkuleppelisele vormile lisatud, need on olemas ravijuhendi veebilehel eraldi dokumendina kättesaadavad. Vajadusel tuleb teemat arutada RJNK. Kui RJNK peab vajalikuks ravijuhendite täistekstide struktuuri muuta, siis seda teha edaspidi kõigi juhendite korral</p>
<p>Eesmärk ei ole tegevus ja mis on selle tulemus kui te olete järginud ühtset ravikäsitlust? (mis tähendab ravikäsitlust? Käsitlus on laiem kui ravi ja hõlmab ka viimast) Mis patsientide jaoks muutub? Kas on võimalik ennetada kroonilise haavandi teket? patsientide kannatust leevendada? vms? Palun töörühmal seda veelkord arutada.</p>	<p>Töörühm otsustas ravijuhendi eesmärgi ümber sõnastada: RJ eesmärk on ühtne kroonilise venoosse haavandi ennetus ja käsitus Eestis esmatasandil ja õendusabis ning kroonilise venoosse haavandiga patsientide parem toimetulek ja elukvaliteet ning pikemas perspektiivis tervishoiukulude vähenemine.</p>

<p>Kinnitatud käsitlusala ütleb, et ravijuhend on mõeldud arstiabi kõigile tasanditele. Ravijuhendis öeldakse samuti, et kõigile tervishoiutöötajatele ja järgmises lauses, et mõeldakse siiski perearste-õdesid-hooldajaid ja farmatseute. Erialühenduste kommentaaridele vastates ütleb töörühm, et ravijuhend on suunatud perearstidele. Mul jäi siiski arusaamatuks, kuidas töörühm siis ikkagi protsessi käigus talitas ja kellele rihtis ravijuhendi soovitusd?</p>	<p>Töörühm otsustas ravijuhendi sihtgrupi ümber sõnastada järgmiselt: RJ on mõeldud kasutamiseks perearstidele ja teistele eriarstidele, samuti pereõdedele ja õendustöötajatele ning apteekritele, kes tegelevad kroonilise venoosse haavandiga patsientidega</p>
<p><b>2. HUVITATUD OSAPOOOLTE KAASATUS</b></p>	
<p>Puudub infektsioonhaiguste spetsialisti arvamus.</p>	<p>Arvestatud on Eesti Infektsioonhaiguste Seltsi soovitustega ambulatoorsete infektsioonide ravis. Ravijuhend oli avalikul arutelul, mille jooksul oli kõikidel erialaseltsidel võimalus esitada oma kommentaare ja täiendusi, Eesti Infektsioonhaiguste Seltsilt kommentaare ei laekunud. Sekretariaadis oli infektsioonhaiguste resident, mistõttu leiab töörühm, et infektsioonhaiguste spetsialistidel on olnud kõik võimalused sisendi andmiseks ravijuhendisse.</p>
<p>Töörühma liikmete nimekirjast on puudu patsientide esindaja, seega ei oska arvata samuti, kas sihtrühma seisukohad ja eelistused on välja selgitatud.</p>	<p>Püüti kaasata erinevaid patsiente töörühma kuuluvate erialaspetsialistide poolt, samuti küsiti esindajat Puuetega Inimeste Kojast. Ei leitud patsiendi esindajat, kes oleks nõustunud osalema</p>
<p>Patsiendi esindaja kaasamine nõrk. Samas pluss, et esindatud proviisorid ja apteek.</p>	

<p>Kui RJ oli suunatud rohkem esmatasandile, so perearstidele-õdedele, siis oli RJ töörühm kallutatud eriarstide poole.</p>	<p>Töörühm ei ole selle kommentaariga nõus, esindatud olid erinevate erialade esindajad, sh perearstid ja koduõde, proviisor.</p>
<p><b>3. KOOSTAMISE TÄPSUS</b></p>	
<p>Külvi meetodika peab kokku minema laboratooriumi omaga!</p>	<p>Soovituse 15 selgituse osas on öeldud "Mikrobioloogilised külvid tuleb võtta kooskõlas kohaliku labori soovitustega". Laborimeditsiini seltsil kommentaarid selle punkti osas puudusid.</p>
<p>Juhendis on kasutatud aegunud kirjandust, 2 allikat eelmisest sajandist, lisaks 18 kirjandusallikat, mis RJ koostamise alguses (2014) olid vanemad kui 5 aastat ehk enne 2009.aastat välja antud. Tõendusmaterjali otsimisel lähtuti kuni 8-aasta vanustest allikatest - kas koostaja oskab ehk selgitada, miks valiti just kuni 8-aastaseid allikaid ja mitte 5-aastaseid allikaid? Lisaks selgitatakse, et juhul, kui peale leitud ravijuhendite oli vajalik otsida lisatõendusmaterjali, siis otsiti veelgi vanemaid ja mitte uuemaid süstemaatilisi kirjandusülevaateid, metaanalüüse jne. millega töörühma juht/sekretariaadi juht seda põhjendab? Tavakord näeb ette, et sellisel juhul kui kuni 5-aasta vanustest ravijuhenditest kõikidele kliinilistele küsimustele tõendusmaterjali ei leidu, otsitakse uuemaid allikaid. Juhendi uuendamise aega või korda pole kirjutatud. Sisukorrast on puudu peatükk 'RJ koostamine', palun see lisada. Juhendi dokumentidest on võimalik leida tõendusmaterjali kirjeldust ja neid olevaid andmeid, aga ei leia infot nende hindamise kohta,</p>	<p>Töörühm on sellest teadlik, kuna antud valdkonnas on tõendusmaterjali hulk enamuste kliiniliste küsimuste osas väga piiratud, siis oli vaja allikaid otsida pikema ajaperioodi kohta. Osaliselt on kirjanduse valiku põhjendus toodud ravijuhendi koostamise peatükis. Tõendusmaterjali hindamise osa ei ole kirjeldatud enamikes varem valminud ravijuhendite EvSudes toodud, süstemaatiliste ülevaadete ja meta-analüüside kvaliteeti hinnati AMSTAR tööriista alusel, nii nagu näeb ette kehtiv ravijuhendite koostamise käsiraamat.</p>

<p>kas materjal on nt tugeva või nõrga tõendus põhiseega. Ka ravijuhendi tekstis on soovitude juures tegu pigem referatiivse kokkuvõttega, millest ei selgu soovitude tugevuse alus.</p>	
<p>Soovitude ja tõendusmaterjalide vahel ei ole alati seost. Palun töörühmal soovitud veelkord avada ja kaaluda ka soovitude tugevuse ja sõnastuse muutmist vastavalt eraldi välja toodule:</p>	
<p>Soovitus 1 - toodud tõendusmaterjali põhjal saaks teha tugeva soovitude, kus kompressioonravi kasutamine on vaid retsidiivi ennetamiseks</p>	<p>Töörühm on teadlik haavandi esmasel tekkimisel kompressioonravi kasutamise puudulikkust tõendusmaterjalist. Töörühmas oli arutelu, et on mõlemal juhul vajalik (esmane ja retsidiivi ennetus), ei peaks esmast ennetust välistama, kompressioonravil ei ole veenihaiigusega patsiendil olulisi kõrvaltoimeid, küll aga positiivne toime, samuti on kompressioonravi saavatel patsientidel haavandi taastekke risk väiksem kui ravi mittesaavatel patsientidel. Eeltoodud põhjustel ja oma praktilisele kogemusele tuginedes leidis töörühm, et tugeva positiivse soovitude tegemine, hoolimata puudulikkust tõendusmaterjalist, on põhjendatud.</p>

<p>Soovitus 2 – arusaamatu, miks venoaktiivseid aineid soovitatakse, kui neil puudub tõhusus ja toime (ainuke mõju on patsiendi rahakotile)? Selgitavas tekstis on toodud küll, et need ei ole patsiendile kahjulikud. Samas koostame ju tõenduspõhiseid ravijuhendeid ja sel juhul on vaja arvestada ka tõendusmaterjaliga.</p> <p>Kuigi tugevat tõendusmaterjali venoaktiivsete preparaatide kasutamise tõhususe kohta kroonilise venoosse haavandi esmakordse tekkimise või retsidiivi ennetamiseks pole, otsustas töörühm sõnastada hea tava suunise. Patsiendid kasutavad venoaktiivseid preparaate venoosse puudulikkuse sümptomite leevendamiseks ja ei ole tõendeid, et nende kasutamine oleks patsiendile kahjulik</p>	<p>Tõhusus puudub konkreetselt kroonilise haavandi osas, kuid kroonilise venoosse puudulikkuse sümptomite leevendav toime on olemas, ning on arvestatud, et venoosne haavand on venoosse puudulikkuse lõpp-stadiumiks.</p>
<p>Soovitus 3 – täpsustada, et tursete dif.diagnostika tehakse patsiendi jalale mitte patsiendile.</p> <p>Lk 14 selgitavast tekstis on kasutatud algoritmiline juhend. Varasemalt oleme kasutanud "algoritm"</p>	<p>Kuna jalg on inimese keha osa ja venoosse haavandi definitsioon ütleb, et haavand tekib põlve ja hüppeliigese vahelisel alal, leidis töörühm, et soovitus 3 sõnastust ei muudeta. Töörühm asendas lk 14 selgitavas tekstis "algoritmiline juhend" "algoritm"</p>
<p>Soovitus 4 – täpsustada, keda peetakse eriarstiks, sest ka perearst on eriarst. Täiendada selgitavat teksti uuringu andmetega ja töörühmas arutletud detailidega.</p> <p>ABI määramine võiks olla juhendi lisa kirjeldatud. Hõlpsamini leitav kui tekstis. Samuti võiks seda selgemaks kirjutada.</p>	<p>Töörühm leidis, et soovitus 4 selgitavas osas on piisavalt selgitatud perearsti ja erialaspetsialisti rolle ning täiendavaid selgitusi lisama ei hakata.</p> <p>Töörühm leidis, et ABI määramine ei ole nii oluline, et seda peaks juhendis täpsemalt lahti kirjutama, enamasti teeb seda vastava väljaõppe saanud spetsialist.</p>

Soovitus 5 – lühendada soovitus: venoosse puudulikkuse tõestamiseks tehke enne patsiendi erialaspetsialistile suunamist ultraheli Doppler-uuring pindmisest ja süvaveeni süsteemist.	Töörühm ei pidanud vajalikuks sõnastust muuta
Soovitus 6 – Soovituse võiks selgemaks kirjutada: ”Kroonilise venoosse haavandiga patsiendil muu kroonilise haiguse kahtlusel, määrake...”	Töörühm leidis, et soovitus praegune sõnastus on selgem ja arusaadavam, kui soovitatud sõnastus, mistõttu ei muuda soovitus.
Soovitus 12 - täpsustada soovitus: mis asi on süsteemne valuravi? Millal valule tähelepanu pöörata? Selgitavas tekstis on see info olemas, millega täpsustada ka soovitus.	Töörühm leidis, et lokaalse ja süsteemse valuravi erinevust õpitakse ülikoolis ja see ei peaks olema ravijuhendis, eriti veel soovitus sõnastuses, välja toodud.
Soovitus 13 - Miks peaks ütlema seda, et mitte mingil juhul teha? Järgmine soovitus võimaldab öelda mida ja millal võetakse ja pole vajalik eraldi tugeva negatiivse soovitus järele.	Töörühm pani tugeva negatiivse soovitus ravijuhendisse spetsiaalselt sisse, selleks, et rõhutada, et infektsioonitunnusteta haavanditest ei ole vaja külvi võtta. Praegu esineb palju probleeme sellega, et võetakse liigselt külve ning see tekitab põhjendamatu ressursi kasutust.
Soovitus 14 ja 15 võiks kokku tõsta. Teine soovitus laiendab 14 soovitus ja mõlemad on tugevad soovitus.	Töörühm pani need kaks soovitus spetsiaalselt eraldi, et rõhutada nende olulisust, kuna külvide võtmisega ja võtmise meetoditega esineb Eestis palju probleeme.
Soovitus 16 - kas alati vahetatakse haavasidet? Nt esimesel korral on vaja lihtsalt puhastada. Võiks olla lihtsalt: "Kroonilise venoosse haavandi puhastamiseks kasutage voolavat puhast vett või füsioloogilist lahust."	Töörühm leidis oma praktilisele kogemusele tuginedes, et haavasidet on vaja alati vahetada, sest patsiendid pöörduvad arsti poole juba kinni seotud haavandiga. Soovitus sõnastuse muutmist töörühm põhjendatuks ei pidanud
Soovitus 17 – jäta välja:”... on soovitatav arvestada...”, selle	Töörühm leidis, et soovitus sõnastuse muutmise ei ole

<p>asemel võiks jääda ”valikul arvestage haavandi faasi...”</p>	<p>põhjendatud, kuna see ei anna sisulist erinevust.</p>
<p>Soovitus 26 ja 27 – soovitusel võiks kokku panna. Infektsioonitunnustega kroonilise venoosse haavandi korral alustage võimalusel süsteemset antibakteriaalset ravi või kasutage lokaalseid antiseptikume. Samas tõendusmaterjal ei toeta seda ja selgitavas tekstis tõdetes ka ise, vajalik on teha lisauuringuid venoosse haavandi ravi tõhususe osas antibiootikumidega. Soovitus peaks täpsustama, millal kasutada ab ravi (infektsioonitunnuste esinemisel, nõrgestatud isikutel jms). Ettevaatlikuks teeb ka see, et üheski teie kasutatud (kaasatud) ravijuhendis pole neid soovitusi tehtud. Kas ja mille poolest on Eesti tööühm teisel arvamusel? Selgitavas tekstis olete samuti ise välja toonud: Tööühm ei soovita infektsioonitunnusteta haavandite ravis lokaalsete ega süsteemsete ab vahendite kasutamist. Samuti võiks integreerida soovitusse ka külvi võtmise ja ab ravi selle tulemustest lähtuvalt.</p>	<p>Tööühm leidis, et tegemist ei ole antibakteriaalse ravi ravijuhendiga. Infektsioonikontrollil on selleks välja töötatud väga selged ja piisavad juhised. Soovitusel koostamisel on lähtutud Eesti vajadustest.</p>



<p>Soovitus 29 – täpsustada, kes on antud kontekstis eriarst. Samuti sooviks täpsustada veel soovituse sisulist poolt.</p> <p>Tugev valusündroom ise pole vast edasisuunamise põhjuseks. Kas võiks olla a la valuravile allumatu tugev valusündroom?</p> <p>Veenihaigus tahab lahendamist – esitada see korrektselt.</p>	<p>Perearst otsustab vastavalt patsiendi probleemi ulatusest, millise teise eriarsti juurde patsient on vaja edasi suunata. Tõendus põhised andmed puuduvad kindlate soovitude andmiseks ning töörühm on seisukohal, et ravijuhendis ei ole vaja eriarste loetleda. Perearstid on teadlikud valuravi võimalustest ning töörühm leidis, et valuravi punkti ei ole vaja täiendada.</p> <p>Töörühm kaalus "Veenihaigus tahab lahendamist" asemel kasutada "veenihaiguse edasise ravitaktika valikuks", samas leidis töörühm, et nemad ise, kui ka teised arstid saavad aru, mida tähendab veenihaiguse lahendamine ning ei pidanud põhjendatuks soovituse ümber sõnastamist.</p>
<p>Soovitus 30 ei ole asjakohane soovitus. Keegi ei ole ju keelanud kasutada telemeditsiinilisi seadmeid. Kui midagi asjakohast (a la praktilised näited koos kulu-tulu analüüsiga) ei ole soovitada, siis pole mõtet sisutühja soovitust anda. Samas kui te täiendaksite soovitust selgituses toodud tekstiga „... kus ligipääs erialaspetsialistile (eriarstile teil) on piiratud“, oleks sel soovitusel jumet. Samas vajaks kulu-tulu analüüsi kindlasti. Neid uuringuid peaks olema.</p>	<p>Töörühm leidis, et e-konsultatsioonide võimaluse rõhutamine on oluline, perearst ei pea alati patsienti edasi suunama. Võimalik, et patsiendi seisund ei vaja erialaspetsialisti visiiti, kuid perearstil endal on küsimusi, mis vajaksid spetsialisti sisendit.</p>
<p>Soovitus 31 – kaaluda tugeva positiivse soovituse tegemist, kuna patsiendi nõustamine on äärmiselt oluline valdkond, Nt perioperatiivse ägeda valu ravijuhendis otsustas töörühm tugeva positiivse soovituse kasuks</p>	<p>Soovitude kokkuvõttes on tugev positiivne soovitus, kuid teksti on läinud nõrga positiivse soovituse tähistus. Sekretariaat parandab selle vea.</p>

<b>4. ESITAMISE SELGUS</b>	
Lümfostaasi tabel ja haavandite pildimaterjal keeruline ja pisut arusaamatu. Pentoksüfülliini annustamine? Kompressioonravi vahendite valik ebaselge, samuti rõhumääratlus 40 mmHg.	Lümfostaasi ei ole antud ravijuhendis käsitletud, on ainult tursed. Töörühm ei saa aru, mida täpselt lümfostaasi all mõeldud on. STONEES skaala juures toodud pildid kuuluvad lahutamatu skaala juurde. Skaala autoritega on püütud ühendust saada originaalpiltide saamise eesmärgil, kuid tulutult. Kompressioonravi valiku juures on töötatud läbi palju tõendusmaterjali, kompressioonravi rakendamise soovitus juures on arvestatud tõendusmaterjali ning Eesti võimalusi. Kompressioonravi rakendamise selgitus on üks osa ravijuhendi koolitusest. Pentoksüfülliini annustamine on vastavalt ravimiomaduste kokkuvõttes tootud annustamisele, ravimi off-label annusele viitamist ei pidanud töörühm õigeks. Töörühma liikmed ei saa aru, mida on mõeldud kommentaari "rõhumääratlus 40 mmHg on ebaselge" all, mistõttu ei saa sellele kommentaarile vastata.
Tekstis on segadusse ajavaid lauseid, nt lk 18: 'Üldiselt soovitatakse pakkuda võimalikult tugevat kompressiooni, millega patsient nõustub. ' - kas patsient igal juhul nõustub või lepatakse kokku kompressiooni tugevus, millega patsient veel nõus oleks? Tekst tasuks üle vaadata.	Töörühm leidis, et patsient ei ole pädev otsustama kompressiooni tugevuse osas, mistõttu on see kommentaar arusaamatu.
Soovitusi tuleb täpsustada.	Ei ole täpsustatud, milliseid soovitusi ja kuidas, mistõttu ei saa ka töörühm seisukohta võtta.

Mõistetega on palju tublit parandustööd juba tehtud, kuid veel on mõisteid, mida tuleks ühtlustada või siis selgemalt eristada kogu tekstis: 1) defineeritud mõiste 'meditsiiniline kompressioonravi' kuid esimeses soovitusel kasutatud mõistet 'kompressioonravi', samas kui 7. soovitusel on 'meditsiiniline kompressioonravi'; 2) 'erialaspetsialist' lk 10 ja soovitus 5, samas 'eriarst' soovitusel 4; 3) mõistete seletuses 'bakteriaalne külv', soovitusel 13 aga 'bakterioloogiline külv' ja soovitusel 14-15 hoopis 'mikrobioloogiline külv' (ehkki viidatakse samale Levine testile, mis eelnevalt on defineeritud kui 'bakteriaalne külv'); 4) kirjutada lahti, mida on mõeldud soovitusel 2 mõistega 'subjektiivsed sümptomid'; 5) soovitusel 12 on mõiste 'valuredel', mille kohta puudub definitsioon ja ka selgitav tekst ei anna täpsustavad juhised; 6) soovitusel 24 on juttu antiseptikumidest ja soovitusel 27 lokaalsetest antiseptikumidest. Lisaks on ettepanek sõnastada ümber järgmised soovitusel: soovitusel 2, 10, 11 ja 30 - sõnastada soovitusena, kasutades tegusõna vastavalt lk 3 toodud soovitusel tugevuse ja suuna näidetele; soovitus 3 - lisada viide algoritmidele; soovitus 9 - sõnastuse 'on soovitatav ... kasutada' asemel 'pigem kasutage'; soovitus 12 - 'tagage...' asemel 'pigem kasutage'; soovitus 17 - 'on soovitatav arvestada' asemel 'arvestage pigem'; soovitus 24 - 'vältige kasutamist' asemel 'pigem ärge kasutage'. Lisamärkused mõtlemiseks: soovitusel 13 ja 14 kannavad kordavad sama mõtet erinevas sõnastuses; soovitusel 14 ja 15 annavad kokku ühe sisutiheda lause.

- 1) parandatud - **meditsiiniline kompressioonravi**;
- 2) parandatud - erialaspetsialist;
- 3) otsustada, milline on õige termin ja parandada tekstis: **mikrobioloogiline külv**;
- 4) töörühm kaalus "subjektiivsed sümptomid" asemel "kaebused" kasutamist, samas leidis töörühm, et arstid saavad sellest aru ja soovitusel ümber sõnastamine ei ole vajalik;
- 5) valuredel - saab viidata ägeda valu juhendile: <http://ravijuhend.ee/juhendid/ravijuhendid/137/perioperatiivne-age-valu>
- 6) soovitusel 24 osaliselt parandused tehtud. Töörühm leidis, et soovitusel sõnastusi muutma ei hakata.

<p>1. Töörühm võiks üle vaadata soovitude esitamise järjekorra:- esimesena esitada soovitus 3, kus on tursete dif dgn,- seejärel soovitus 4-5, keda suunatakse kohe eriarstile- ja siis soovitus 1 (ja 7, sest see vist täpsustab kompressioonravi soovitus 1?), et tehke kõigile kompressioonravi? Vabandust aga kuidagi kummaline alustada ravijuhendit kohe kõigile patsientidele kompressioonravi soovitamisega.2. Ainult soovitudes 4, 5 ja 29 nimetatakse eriarste, so millal suunatakse patsient eriarstile. Kas see tähendab, et kõik ülejäänud soovitused on suunatud esmatasandile?3. Soovitused 14 ja 15 võiks ühendada ühte soovitusse.4. soovitus 17 - kuidas perearst/koduõde seda soovitus rakendavad?</p>	<p>Töörühm leidis, et soovitude järjekorda ei muudeta.</p>
<p>P.20 – mõiste „nekretoomia“ kasutamine arusaamatu – ehk kasutaks „haava kirurgiline töötlus“ või „fibrinoosse katu eemaldamine“?</p>	<p>Töörühm kaalus ravijuhendi koostamisel erinevaid mõisteid ning selguse mõttes jääb "nekretoomia" juurde. Haava kirurgiline töötlus võib olla igasugune haava töötlus, mõistest nekretoomia saavad kõik aru.</p>
<p>P.24 – kas just vältige? Miks kolonisatsiooni pärssimine on vale?</p>	<p>Soovitus on koostatud tõendusmaterjali alusel.</p>
<p>P.28 – kõige muu meditsiini puudutava bürokraatia kõrval lisada veel üks keeruline dokument – kas on ikka mõistlik? Ehk piisaks 2 nädala tagant kaugemate perpendikulaarsete servade mõõtmisest ning pinna puhastumise/eksudatsiooni kommenteerimisest?</p>	<p>Haavaravi liidu põhieesmärk oli välja töötada ühtne dokumenteerimise vorm, mille alusel kõiki patsiente ja nende haavandeid käsitletakse ühte moodi.</p>
<p><b>5. RAKENDATAVUS</b></p>	

<p>Pole teada, kui paljud perearstid valdavad pulsi hindamise ja koekülvi võtmise tehnikat (inf.-i ravimiseks vajalik koekülv). Haavaravivahendite kasutamissoovitusi raske anda, kuna puudub tõsiseltvõetav tõendus põhjus. Määratlemata, millisele eriarstile tuleks pt. suunata. Puudub täpsem soovitus, kuidas konservatiivse ravi tulemust hinnata.</p>	<p>Kuulub ülikooli õppekavasse. Lisaks on plaanis rakenduskavas vastav koolitus</p>
<p>Ravijuhendi indikaatoreid juhendis ei pakuta, auditeerimine ja sihtvalikute alus on väga umbmäärane ja üldine.</p>	<p>Töörühma juhi poolt osad indikaatorid välja pakutud. Haigekassa spetsialist vaatab need üle ja annab oma hinnangu, kas need on raviarvete põhjal hinnatavad. Audit tehakse u 2 aastat peale ravijuhendi rakendumist ja sihtvalik korraldatakse auditi järelkontrolliks</p>
<p>Kuluhinnanguid ei silmanud. Kas neid tehti?</p>	<p>Kompressioonravil toodetele on kuluhinnang tehtud.</p>
<p><b>6. KOOSTAJATE SÕLTUMATUS</b></p>	
<p>Juhendi koostajate seas on tugisukkade müüja, see ei jäta väga kindlat tunnet, et huvid polnud kallutatud. Küll ühtegi toodet juhendis ei mainita.</p>	<p>Kõik töörühma ja sekretariaadi liikmed on täitnud huvide deklaratsioonid. Ravijuhend ei anna ühtegi soovitusi konkreetse ravisuka vm toote kohta, mistõttu ei ole huvide konflikti juhendi koostamisel esinenud.</p>
<p>Kuna selge ja kogemustega metoodik, kes huvisid peab ohjama, puudus, tekib siinkohal kahtlusi.</p>	<p>Ravijuhendite koostamise kogemusega metoodik oli ravijuhendi koostamise juurest algusest lõpuni. Peale haigekassaga töösuhte lõppu osales edasi sekretariaadi töös. Samuti oli ravijuhendi koostamise alguses juhendiga otseselt seotud üks RJNK retsensentidest.</p>