

Kroonilise venoosse haavandi käsitus
Sekretariaadi koosolek

Kuupäev	13. aprill 2016
Koht	Lembitu 10, Tallinn
Algus Lõpp	kl 17.00 kl 18.15
Osalejad	<i>Töörühma liikmed:</i> Evo Kaha, <i>Sekretariaadi liikmed:</i> Priit Pöder, Anna Vesper, <i>Täiendavalt osalesid:</i> Reet Vinkel (EHK), Ivika Leik (EHK – meditsiini seadmete menetlusprotsess)
Juhataja	Priit Pöder
Protokollija	Reet Vinkel
Päevakord	1. Kompresioonraviga seotud kompressioonitoodete arutelu. Meditsiiniseadmete loetelu menetlusprotsess
Ülevaade toimunud arutelust	<p>Sissejuhatus – Priit Pöder, kes pööras tähelepanu, et Eestis on hetkel 16 väljaõppinud inimest, kes oskavad spetsiifiliselt siduda tursega seotud seisundeid.</p> <p>Spetsiaalselt on kroonilise venoosse haavandi jaoks arendatud mitmekihilised tooted, mis teevad sama töö ära kui spetsialisti poolt sidemetega seotud.</p> <p>Edgar Lipping – teadusmaterjalide ettekandmine</p> <p>Lancet 2015 on ilmunud rida artikleid, kus uuriti kulutõhusust, kas alustada kr venoosse puudulikkusel sidumisega või minna koheselt üle tursesukkadele. Leiti, et oluliselt odavam on minna üle kohe mitmekihiliste tursesukkadega. Uuringud on väikesed RCT ja üksikud uuringud, nende tulemuste kohaselt pole oluline, mis survega esimene sidumine toimub, kuid tulemused olid samad, kui kasutada kr.ven.haavandi esimeseks sidumiseks mitmekihilise suka sisemist sukka (kuni 23mm/Hg). Tulemust loeti võrdväärseks sellega, kui kasutati spetsialisti sidumist sidemega. Kui tursefaas oli möödunud (u 1.nädal), siis lisati sisemisele sukale ka pealmine sukk. Kulutõhusus (efektiivsus) tuli samuti nendest uuringutest välja, et mitmekihiliste kompressioonitoodete kasutamine on tõhusam võrreldes sellega, kui kasutada ravi alguses sidemeid. Ka patsiendile on lihtsam kasutada mitmekihilisi kompressioonsukka. Elastiksideme reduktsioon toimub paari tunniga, sideme lõtvumise tõttu.</p> <p>Arutelu:</p> <p>Kompresioonravi algoritmi peab töörühm heaks kiitma töökoosolekul.</p> <p>Turse reduktsioon laheneb patsiendil praktikas ära tavaliselt 1 nädala jooksul. Eestis pole piisavalt sidumisspetsialiste, ja see on kindlasti takistuseks, kui perearst soovib suunata patsiendi spetsialisti juurde sidumiseks.</p> <p>Ivika Leik edastas EHK juhatause seisukoha, et paralleelselt ravijuhendi koostamisega võiks alustada ka EHK meditsiiniseadmete loetellu lisamise menetlusega, mis on oma olemuselt pikk protsess. Vajalik on täpsustada, millised on raviks vajalikud tootekirjeldused, mida hakata edasimüüjatelt</p>

küsima. Mis on ring- ja lamekude, mis on kompressioonsüsteem jne.
Evo Kaha: Ring- ning lamekudet võiks vaadata koos ühe piirhinnarühmana. Lamekude on alati kallim, sest see on töömahukam. Lamekudet kasutatakse kui kr. venoosse haavandi puhul on tekkinud deformatsioon, siis ei saa kasutada standarttoodet. Ennetamise korral (C4) tuleks kõne alla ringkude.

Ivika Leikile edastada need materjalid, mis oli selle kliinilise küsimuse aluseks (süstemaatiline ülevaade - Mauck et al 2014).

Meditsiiniseadmete loetelu (edaspidi MSL) jaoks on oluline, milline on patsiendi jaoks vajalik toode.

Kompressioontoodete kohta on tehtud ka süstemaatiline uuring (Mauck et al 2014). Toode peaks olema mitme osaline, samuti on oluline toote elastne komponent. SIGN (2010) ravijuhend ütleb pole võrreldud sukkasid 4-kihilisega. Lancet ütleb, et kahekihiline on sama hea kui 4-kihiline sukk.

Perearst kirjutab praktikas patsiendile välja rühmapõhise kaardi, millega minnakse tootemüüja poole ja tootemüüja vastava mõõtmisega otsustab, kas jääb patsiendile ringkude või lamekude.

Standardtootel ja individuaalselt valmistatud toodetel on hinnaerinevus u 30%. Nn „valmistooded“ on ka tegelikult individuaaltoode, mis on küll standard, aga kui patsient tuleb toodet ostma, siis tema jalg mõõdetakse ja kui tema jalamõõdud vastavad standardtootele, siis ta saab küll individuaaltoote, aga see on standardmõõdud. Kui patsiendi mõõdud ei vasta standardile, siis tehakse erimõõdudega toode. Tõenduspõhisusest ei tule välja tõenäoliselt välja, kui suur on see vajadus, et teha patsientidele individuaaltoode. E. Kaha sõnul on ligikaudu 10% see hulk, mis realselt läheb individuaaltoote tegemiseks. Kui patsiendile ei sobi standardmõõdudest toode, siis peab tegema *custom made* toote. Patsiendi jala mõõtmist viib läbi toote müüja.

Arutelu käigus sai otsustatud, et EHK MSloetelust jäävad välja kroonilise venoosse haavandi ravis elastsed sidemed, samuti sukapüksid.

Tootemüüjatega võiks jätkata läbirääkimisi MSL menetluse jaoks järgmiste toodetega:

Põlvikud (kui iseseisev toode) - jääks toodete loetelu jaoks sisse, kuna see on konkreetne toode, mis on mõeldud raviks.


Põlvikud (alus + pealmine põlvik) - Tootja spetsiifikast sõltub, kas on alus ja pealmine põlvik. Alustoodetel läheb samuti põlvikutega samasse klassi (eelarve mõju osa u 75%)

Sukad – on vajalikud teatud juhtudel – nt kui patsient on opereerimata - *vena safena magna* süsteem pole likvideeritud, siis on sukk vajalik ja on parem kui põlvik (eelarve mõju osa u 25%)

Kompressioontoodete süsteem – alustoodetel + pealistoode;

	<p>Hüvitamistingimused patsiendi jaoks täpsustuvad hiljem ravijuhendi koostamise ning meditsiini seadmete loetelu protsessi jooksul.</p> <p>Kui rakendada tulevikus toodetele ka piirhinda, siis saab tulevikus patsient valida, millise toote(dete) juurde ta jääb.</p> <p>Priit Põder tõstas küsimuse, mis saab Kr.ven haavandi ennetamisest? Kas ennetustooted?</p> <p>Kas oleks mõistlik jagada ennetus kaheks - primaarne ja sekundaarne ennetus? Kui on patsiendil korra kr.ven haavand olnud ja see paraneb ära, siis on patsiendi jaoks eluaegne kompressioon näidustatud. Ennetus on ka see, et see haavand ei tekiks üldse. Töörühmas pole arutatud seda olukorda, kui kr.ven haavandit pole patsiendil varem olnud, kuid patsiendi seisund on selline, et see on kohe-kohe tekkimas, st. patsiendil on koelised muutused juba ning väikesest kriimustusest võib tekkida kr.ven haavand – see on töörühmas arutamata. Eestis on olukord ka selline, et kui määrata ennetuspiiriks alates C4 klassist, siis kahjuks Eestis kõik arstid, eriti perearstid ei kasuta C klassifikatsiooni üldse. Vajalik ka koolitus esmatasandile?</p> <p>Töörühmas on vajalik kompressioonravi ja ennetust puudutavad küsimused uuesti päevakorda tuua, et otsustada täiendavate tõendusmaterjalide alusel kompressioonravi puudutavate soovitude tugevust ja ka ravijuhendi rakenduskavaga seonduvat tegevust (kompressioontoodete koolitus) ning kompressioontoodete ravi algoritmi jaoks vajalik arutelu.</p> <p>Muud küsimused:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Planeerida töörühma töökoosolekuks 16.mai.2016 Võimalusel siiski videokonverentsina Tallinna ja Tartu, et saaksid osaleda enamik töörühma liikmetest. - Avada töörühma uuesti kompressioonravi puudutav arutelu. - Avada uuesti soovitus: „Turse reduktsiooni alustada elastsete sidemete või elastsete torusidemetega“ ning diskuteerida see töörühmas üle.
--	---

Sõnastatud soovitud seisuga 07.03.2016

<i>Kroonilise venoosse haavandi ennetus ja diagnostika</i>		
	Kasutage kõikidel veenihaigusega patsientidel kroonilise venoosse haavandi esmaseks ja retsidiivi ennetamiseks kompressioonravi	Küsimus 1 kinnitatud
<i>Kroonilise venoosse haavandi mittefarmakoloogiline ravi</i>		
	Kroonilise venoosse haavandiga patsientidel rakendada parema ravitulemuse saamiseks meditsiinilist kompressioonravi	Küsimus 8 kinnitatud
	Turse reduktsiooni alustada elastsete sidemete või elastsete torusidemetega	Küsimus 8

