



Ravijuhendi „2. tüüpi diabeedi mittefarmakoloogiline ravi“ töörühma ja sekretariaadi koosolek nr 8

Koosoleku toimumisaeg ja -koht: 21.04.2023 kl 12-16 veebikoosolekuna Microsoft Teamsis

Osalesid: töörühma liikmed Mart Roosimaa, Aune Rehema, Evelin Raie, Maarja Randväli, Katrin Kõre, Ulvi Tammer-Jäätes, Mairi Laane ning sekretariaadi liikmed Lisette Lindam, Kristi Tamela, Leel Jaer-Eer, Elisabeth Kelner, Anna Vesper

Puudusid (ette teatatud): Kristel Ehala-Aleksejev, Laura Keidong

Kutsutud: Kärt Veliste (Tervisekassa)

Koosolekut juhatas Mart Roosimaa, protokollis Anna Vesper

Koosoleku päevakord:

1. Ravijuhendi töörühma ja sekretariaadi liikmete huvide deklaratsioonid

Töörühma liikmetel ei ole muudatusi huvide deklaratsioonides. Koosolekul osaleb seitse töörühma liiget, kvoorum otsuste tegemiseks on koos.

2. Kliinilise küsimuse 9 arutelu

Kas 2. tüüpi diabeediga patsientidel glükoosisensorite kasutamine aitab parandada ravitulemusi või mitte?

Küsimust on arutatud kahel eelneval juhendi koosolekul (18.11.2022, 17.03.2023). Lõplikku soovitus ei sõnastatud, küsimust arutatakse veel koos Tervisekassa esindajaga. Tugevat tõenduspõhisust glükoosisensorite kasutamiseks 2. tüüpi diabeediga patsientidel hetkel ei ole.

Kärt Veliste teeb ülevaate Tervisekassa andmetest sellel teemal (*järgnevalt toodud pärast koosolekut saadetud kirjalik kokkuvõte*).

[Tervisekassa andmetel](#) oli lühitoimeliste insuliinide ja nende analoogide (ravimid A10AB) ravikindlustatud soodustusega kasutajaid 2022.aastal II tüüpi diabeedi diagnoosiga (E11, E11.0-E11.9) 4200 isikut.

Kasutajate vanuseline jaotus on järgmine – ca pooled patsiendid on vanuses alla 70 aasta. Kuigi tõenäoliselt on kasutajad pigem nooremad inimesed, siis ajas nihkub kasutajate vanus kindlasti ka kõrgemaks.

Vanusgrupp	Isikute arv
0-4	<5
10-14	<5
15-19	<5

20-24	<5
25-29	17
30-34	21
35-39	40
40-44	60
45-49	128
50-54	202
55-59	307
60-64	569
65-69	746
70-74	907
75-79	683
80-84	581
85-89	266
90+	72
Kokku	4200

Meditsiiniseadmete kasutusstatistika andmetel oli 2022.a II tüüpi diabeediga patsiente, kes said raviks süstitavaid diabeediravimeid (päringus sisendiks vastavad hüvitamise tingimused) ning kes kasutasid testribasid, lantsette, nõelu, kokku 11 930 isikut.

Tõenäoliselt on esimestel aastatel kasutajaid mõne tuhande ringis, kuid sensorravi soovijate potentsiaalne arv võib küündida kuni 12 000-ni. Koosoleku arutelul ilmnas, et sensorravi huvilised võivad olla ka sportlikud diabeetikud ning patsiendid, kes soovivad mõista, kuidas näiteks toitumine mõjutab nende veresuhkrut.

Ühe aasta võrdluses maksab patsiendi sensorravi (37 sensorit ja 4 saatjat) 1 402,22 eurot (1 kuu 116,85 eurot). Testribade ja lantsettide kasutamine (mõlemaid 1800 tk, st ca 5 mõõtmist päevas) maksab 682,20 eurot (1 kuu 56,85 eurot). Tervisekassa vaatest on seega sensorravi 2,06 korda kallim. 2100-4200 patsiendi sensorravi tooks kaasa aastas täiendava lisakulu 1,36 – 2,72 mln eurot. Seejuures peab arvestama, et kui need patsiendid praktikas mõõdavad päevas vähem kui 5x veresuhkrut (st ei kasuta maksimaalses hüvitatavas koguses testribasid ja lantsette) siis on potentsiaalne lisakulu veelgi suurem.

Kui patsient kasutab Tervisekassa toel maksimaalse arvu testribasid ja lantsette, siis kujuneb tema soodustusega omaosaluseks aastas 68,22 eurot (kuus 5,69 eurot). Kui patsient mõõdab 10x päevas veresuhkrut, siis ostab ta ca 1825 testriba ja lantsetti lisaks täishinnaga ning patsiendi aastane omaosalus on kokku 759,9 eurot (1 kuus 63,32 eurot). Seega, kui Tervisekassa ei hakka sensoreid hüvitama, on patsientidel, kes mõõdavad täna iga päev 10x veresuhkrut, sensorravi jätkuvalt 1,85x kallim.

Töörühm arutab, et peamiselt on kaks patsientide sihtgruppi, kes saaksid glükoosisensoritest kasu: sekundaarse diabeediga patsiendid ning füüsiliselt väga aktiivsed 2. tüüpi diabeediga patsiendid. Töörühma poolt algselt sõnastatud soovitus on järgmine: *glükoosisensori kasutamist võib soovitada 2. tüüpi diabeediga patsientidele, kellel on raviskeemis lühitoimeline insuliin ja/või kellel on esinenud korduvalt raske hüpoglükeemia (esinenud teadvusekaotust, vajab kõrvalistabi) ja/või kellel on vajalik päevas väga sageli mõõta veresuhkru väärtusi (üle 10 korra päevas)*. Raske hüpoglükeemia esinemise hindamine on keeruline, samuti ei saa alati objektiivselt hinnata veresuhkru mõõtmise sagedust. Töörühm arutab, kas saaks seada konkreetseid tingimused, millistel juhtudel oleks 2. tüüpi diabeediga patsientidele vajalik glükoosisensori kasutamine. Nt eristada C-peptiidi väärtuste alusel või HbA1c väärtuste alusel (raviskeemi optimeerimiseks).

Tervisekassa esindaja hinnangul peab olema juhul, kui soovitus sõnastatakse, väga selge, millistel tingimustel glükoosisensori kasutamist rahastatakse, samuti võiksid olla toodud soodustuse lõpetamise tingimused (nt glükoosisensori kasutamine ei aita kaasa ravitulemuste paranemisele, toodud kindlad väärtused otsustamiseks). Ravijuhendi kasutaja peab aru saama, miks, kellele ja millistel tingimustel glükoosisensori kasutamist soovitatakse.

Töörühma liikmetel on info, et viimastel aastatel on avaldatud uuringuid glükoosisensorite kasutamise kulutõhususe kohta 2. tüüpi diabeediga patsientidel. Nende tulemused tuleb läbi vaadata.

OTSUS: Sekretariaat koostab järgmiseks koosolekuks kokkuvõtte kulutõhususe uuringutest. Küsimuse arutelu jätkatakse järgmisel koosolekul.

3. Kliinilise küsimuse 6 (algne küsimus 7) tõendusmaterjali arutelu

Kas 2. tüüpi diabeediga patsientidele on vajalik nõustamine ja juhendamine enesejuhtimisoskuste arendamise osas või mitte paremate ravitulemuste saavutamiseks?

Leel Jaer-Eer teeb ülevaate tõendusmaterjalist. Teemakohased soovitused olid toodud neljas kaasatud rahvusvahelises juhendis (ADA 2022, ESC/EASD 2019, NICE 2015, SIGN 2017). Kõikides soovitatakse patsientidele enesejuhtimisoskuste õpetamist, et parendada nende igapäevast toimetulekut haiguse ja enda eest hoolitsemisega. Patsiendi toimetulekut ja oskusi tuleks regulaarselt hinnata ja vajadusel pakkuda talle toetust ning nõustamist. NICE juhendis soovitatakse pakkuda struktureeritud koolitust programmidenä, toodud on välja ka selle soovituslikud komponendid. Lisaks leiti 10 süstemaatilist ülevaadet/metaanalüüsi. Enesejuhtimisoskuste õpetamist oli uuritud erinevate meetodite rakendamise kaudu, nt mitmekomponendilised sekkumised (koolitused, juhiste andmine, sisaldasid erinevaid teemasid), juhendamine mobiilirakenduste kaudu, kogemusnõustamine, isiklik tervisealane juhendamine. Seejuures toimusid sekkumised nii individuaalselt kui rühmades.

Uuringute tulemusena leiti, et sekkumistel on mõju HbA1c väärtusele, mõju oli suurem kohe uuringute lõppedes, kuid aja möödudes vähenes. Efektüivsemad olid mitme komponendiga ja piisava kestusega (vähemasti 10 kontaktundi) sekkumised. Peamiseks murekohaks uuringutes oli sekkumiste heterogeensus, mis vähendas tõendatuse kvaliteeti. Vt lisaks kliinilise küsimuse 7 SoKo ja TõKo.

Töörühm arutab, et tõendusmaterjali põhjal on sekkumised patsientide enesejuhtimiseoskuste parendamiseks efektiivsed, kuid keeruline on välja tuua, milline meetod või sekkumised oleksid kõige paremad. Sarnaselt kliinilise küsimusega 8, kus käsitleti individuaalse vs. grupinõustamise või muude nõustamisvõimaluste efektiivsust, ei tule ka siin selgelt välja üks kindel programm või sekkumine. Seda kindlasti põhjusel, et maailmas on kasutusel väga erinevaid sekkumisi ja/või programme 2. tüüpi diabeediga patsientide õpetamiseks ja toetamiseks. Käesoleva ravijuhendi raames on siiski vaja leida Eesti jaoks parim praktika, mida on võimalik ka rakendada. Tõendusmaterjali on palju ja efekt on olemas, järgmiseks koosolekuks soovib töörühm täpsustust 2. tüüpi diabeediga patsientide enesejuhtimiseoskuste õpetamise osas: millise intensiivsusega seda teha, milline on sekkumise/programmi optimaalne (minimaalne) kestus, kas seda on vaja korrata. Oluline on selgitada patsiendid, kellele ennekõike on sekkumine vajalik.

Kindlasti on üks oluline komponent patsiendi motivatsioon, kuid selle kohta eraldi tõendusmaterjali ei otsita. Juhendi koostamise alguses lepitakse kokku, et motivatsiooni hindamine (sh vahehindamine), eesmärkide seadmine, motiveeriv intervjuerimine käsitletakse ravijuhendi sissejuhatavas osas.

OTSUS: Tõendusmaterjal vaadatakse üle järgmisel koosolekul ning sõnastatakse soovitusel.

4. Tervishoiukorralduslike küsimuste arutelu

Millal tuleb 2. tüüpi diabeediga patsient suunata diabeediõde, toitumisterapeudi, füsioterapeudi vastuvõtule? Kellel on õigus suunata patsienti?

Kes kuuluvad diabeedi eluviisisekkumise programmi meeskonda?

Elisabeth Kelner teeb ülevaate leitud allikatest. Patsiendi peaks suunama spetsialisti vastuvõtule, kui haiguse sümptomid süvenevad. Kindlasti ei piisa vaid sellest, kui patsient käib spetsialisti vastuvõtul vaid siis, kui ta saab diagnoosi ning määratakse ravi. Regulaarsete kontaktide kaudu on ta pidevas ühenduses spetsialistiga, kes saab patsiendi vajadusel edasi suunata teiste spetsialistide juurde. Diabeedi eluviisisekkumise multidistsiplinaarsesse meeskonda kuuluvad arst, diabeediõde, dietoloog/toitumisenõustaja, nõustaja, farmatseut, treener/füsioterapeut ja kliinilised psühholoogid.

Töörühma arutab, et pigem soovitatakse erinevates allikates esmasena vajadusel kaasata meeskonda toitumisterapeut, füsioterapeute kaasatakse harvem. Osades ravijuhendites on meeskonnas treener või liikumisenõustaja, mitte füsioterapeut. See sõltub kindlasti koolitusest ja vastavast ettevalmistusest, Eestis ei pruugi sellise ettevalmistusega trenereid olla. Kas peaks juhendis välja tooma, millistel tingimustel (milliste probleemide korral) suunata patsient toitumisterapeudi või füsioterapeudi vastuvõtule? Need võiksid olla üldisemad soovitusel. Eestis tegeleb 2. tüüpi diabeediga patsientidega eriõde endokrinoloogia erialal (endise nimetusega diabeediõde), kes nõustab nii toitumise kui liikumise osas. Lisaks on haiglates olemas nn dieetõed ja paljudel juhtudel on need patsiendid koduõdede vaateväljas. Võimalus peaks olema teha kaugvastuvõtte (nii õed kui füsioterapid).

Esmatasandi ootused on:

- probleemide korral peab olema võimalik suunata patsient vastava spetsialisti vastuvõtule, seejuures peaks saama suunata ka pereõde;
- kõige rohkem on vajadust suunata eriõe (endokrinoloogia erialal) vastuvõtule;
- füsioterapeudi asemel sobiks ka liikumisnõustaja. See ametikoht võiks olla loodud kohalike omavalitsuste juurde või oleksid MTÜd, kus selliseid teenuseid osutatakse;
- kindlasti peab olema võimalik suunata patsient toitumisterapeudi vastuvõtule (hetkel vaid tasuline teenus);
- peab olema võimalus suunata patsient vaimse tervise spetsialisti juurde (vaimse tervise õde, psühholoog-nõustaja).

Ravijuhendis „2. tüüpi diabeedi diagnostika ja ravi“ on olemas 37 soovitus: 2. tüüpi diabeedi diagnoosiga patsient, kes vajab spetsiifilist eluviisinõustamist (sh senine nõustamine olnud vähetõhus, esinevad kaasuvad haigused nt podagra, krooniline neerupuudulikkus, hüperkolesteroleemia, tsöliaakia jt), suunake diabeediõe või toitumisterapeudi vastuvõtule (praktiline soovitus). Kaaluda, kas käesolevas juhendis on vajalik uuesti sarnast soovitust sõnastada.

Tervishoiukorralduslikud soovitused saab sõnastada, kui on sõnastatud kliiniliste küsimuste 7 ja 8 lõplikud soovitused. Patsiendi edasisuunamine on Eestis reguleeritud, see tuleb juhendis lahti kirjutada. Täpsustamist vajab veel, kas ja millisel määral on õigus eriõdedel patsienti edasi suunata.

5. Muud küsimused

Järgmised ravijuhendi koosolekud toimuvad 09.06. ning 08.09. Järgmisel koosolekul vaadatakse üle kliinilise küsimuse 9 kulutõhususe analüüsid, kliinilise küsimuse 8 täiendatud tõendusmaterjal, vaadatakse üle .