



Ravijuhendi „Diabeetilise jalahaiguse ennetamise ja ravi juhend“ töörühma ja sekretariaadi koosolek nr 6

Koosoleku toimumisaeg ja -koht:

15.12.2023 kell 10.00-14.00, Tartu Ülikooli Tallinna esindus, Teams

Osalesid: töörühma liikmed Vahur Metsna (juht), Aune Rehema (veebis), Ulvi Merendi, Tiina Mitt, Tiit Vaasna (12.00st), Anti Pigul (veebis), Pille Soon (veebis), Veronika Palmiste (veebis, kuni 11.40), Ulvi Tammer-Jäätes ning sekretariaadi liikmed: Marju Raukas (juht), Eeva-Liisa Rätsep, Tervisekassa esindaja Liina Vassil

Koosolekut juhatas töörühma juht Vahur Metsna, protokollis püsisekretariaadi liige Tuuli Ruus

Koosolekul osales 9 töörühma liiget (9-st), kvoorum otsuste tegemiseks koos.

Koosoleku päevakord:

1. Sissejuhatus, huvide deklaratsioonid

Koosolekute vahelisel ajal ei olnud lisandunud deklareeritavaid huvisid.

2. Tervishoiukorralduslik küsimus 1, soovitude koostamine.

THK1: Kes, kuidas ja kui sageli hindab diabeetiku jalatüsistuste riski (nt IWGDF meetodil), et ennetada esmakordse või korduva jalahaavandi teket?

Marju Raukas: Materjalis vastamata, kes hindab, aga kuidas ja kui sageli, on materjalis vastatud. Moonete hindamise kohta ei leidnud materjali.

Marju Raukase ülevaade ravijuhenditest ja tõendusmaterjalist vt lisa.

1) Riskihindamise süsteemide ülevaade: IWGDF ja NICE jt.

Vahur Metsna: Alustame sellest, kes seda hindamist teeb, sest muidu muul ei ole mõtet.

Veronika Palmiste: Ennetus peab jääma esmatasandile. Olen teinud perearstide juures ümarlaudu Ida-Virumaal ja Tallinnas. Reaalselt jalanõu jalast võtmist ei toimu. Nad soovivad tutvustust, mida see kontroll tähendab. Kogu kontroll võtab visiidil 40 minutit – see ajaressurss tuleb sisse arvestada üks kord aastas. Vastuseisu ei kohanud, aga nad soovivad, et Tervisekassa arvestab seda 40 minutit kord aastas. Ühes nimistus võib olla kuni 100 diabeetikut. See on õenduslik protseduur, oluline kasutada skaalasid. Kui jala hindamine läheb uuringufondist välja, siis saame oodata, et seda tehakse. ABI määramiseks on kood, aga ei ole muidu raha, praegu see uuringufondi osaks. Tuleks sealt välja suunata. Esimene ootus kord aastas.

Ulvi Merendi: Saab üle vaadata ka 3 minutiga, selleks vastav protokoll.

Ulvi Tammer-Jäätes: Kõik diabeetikud ei käi perearstil.

Aune Rehema: Tahtsin jõuda samasse kohta, kus Veronika, aga sellesse kord aastas hindamisse kuulub niigi juba väga palju muid tegureid. Seda ülevaatuset teeb pereõde. Väga pikk loetelu jala ülevaatusetegevusi sinna juurde ei mahu. Kui ei ole haavandit, siis oluline tundlikkuse

hindamine. Paneme pulss, kuju muutus ja tundlikkus ja primaarne enesevaatluse õpetus. Et äkki 40 minutit ei pane kõigile nõudeks. Lisaks, et enesevaatluse õpetus, et ise hindaks kord nädalas.

Ulvi Merendi: Just, pulss, kuju ja tundlikkus monofilamendi abil.

Veronika Palmiste: Perearstisüsteem võiks saada kindla protokoll, mida korduvalt täita.

Aune Rehema: Praegu on kaks süsteemi, PKS - kvaliteedisüsteem ja riskipatsientide nimekiri, kus multiprobleemsed patsiendid. Tehniliselt võimatu pole süsteemi teha. Sätestada paraja sagedusega miinimumprogramm, mis aitab pikas perspektiivis edasi. Kui midagi leiame, siis mis edasi saab. Lisaks enesehooldus ja – vaatlus.

Veronika Palmiste: Kord aastas hindamine võiks olla kvaliteedisüsteemi osa perearstidel. Ülevaatus peab saama teha pikali asendis. Täna vaja praktilist õpetust, kuidas teha. 5 minutit, nagu Helsingis, on ainult vaatlus, aga selle ees ja järel läheb palju aega riietumiseks.

Vahur Metsna: Esmalt meetodid, kuidas hinnata ja siis, kuidas selgeks õpetada.

Marju Raukas: Alustaks nagu NICE: võtta jalad lahti, hinnata nii püsti kui ka pikali.

Liina Vassil: Selle põhjal, mida on õnnestunud kuulda, nõustun Veronikaga, et me peame selle juhendiga saavutama muuhulgas selle, et perearstikeskuses võetakse diabeedihäiget saabas jalast. Ajamoment on soodne, sest praegu on loomisel uued perearstide kvaliteedisüsteemi (PKS) indikaatorid ja vastav diskussioon on hetkel avatud. Diabeediga seotud indikaatoreid on PKS-s hetkel 5-6.

Veronika Palmiste: Monofilamendikiud on pikalt kasutatavad ja vahetatavad. Lisada skeem, kuidas katsuda. Oluline patsiendi jaoks, et alati ühtmoodi, kasvõi kolm kohta, aga peamine, et mitte mõhna pealt. Verevarustuse häire hindamine oluline, ei pea kohe saatma edasi. Õpetada, kuidas pulse katsuda. Abivahendina oleks hea ABI, mis on perearsti jaoks praegu uuringufondis, aga peaks olema tegelusfondis.

Marju Raukas: Kas esmalt soovitus pulsid ja siis ABI?

Veronika Palmiste: Võiks olla valida, kas katsub pulssi või kasutab ABI indeksit. Lihtsam masin 3000 eurot, aga saab ka käsitsi. Teenus Tervisekassale 30 eurot. Perearstid ei haakunud, sest ei näinud, kuidas kasutus.

Aune Rehema: Monofilament pole keeruline, aga hetkel perearstikeskuse varustuse nimekirjas ei ole ja levinumad müüjad seda ka ei paku

<https://www.medical24.ee/tootekategooria/labivaatuse-instrumendid/> Seega lisaks juhendisse sisse kirjutamisele on vaja ka kättesaadavaid vahendeid. ABI indeks on korralduslikult keerulisem - paljudes kohtades pole kohapeal.

Liina Vassil: Need pudelikaelad ongi vaja kaardistada. Kas tegeleme, et turul oleks ja mis see maksab. Peame teadma mida soovime ja mis on takistused.

Aune Rehema: Ma ei leia üles, aga kunagi sain Tervisekassa vastuse, et käsitsi mõõdetud ja suhtena väljendatud ABI kodeerida ei saa - peab olema masin.

Vahur Metsna: Kõrge riskiga patsiente peaks jälgima mujal, jalakeskustes.

Veronika Palmiste: Kus kättesaadav, sest edukus sellel juhendil sõltub, et esmatasand saaks aru.

Ulvi Merendi: 0-2 risk perearstikeskuses, kõrgem jalaravikeskuses.

Ulvi Tammer-Jäätes: Igas maakonnas on olemas jalaravikabinet.

Ulvi Merendi: Jalakabinet on igas maakonnas olemas, aga mõnel pool on ta tasuline.

Marju Raukas: Kas see on teostatav eemal?

Veronika Palmiste-Kallion: Silmaarstinäide on hea, kasutus oleks e-konsultatsioon. Et jääks perearsti jälgimisele, aga probleemi korral e – konsultatsioon. Kui probleem, siis kuhu ta peab pöörduma.

Vahur Metsna: Kõrge riskiga diabeetilise jalaga diabeetik: perearst iga 3 kuu tagant, vajadusel e-konsultatsioon referentskeskusega. Mis eriala e-konsultatsioon?

Veronika Palmiste: võiks ideaalis olla multidistsiplinaarne (MD) meeskond st konsiiliumipõhine, referentskeskusesse. Kui referentskeskuses MD meeskond otsustab, et verevarustushäire, siis suunatakse edasi. Kui veresoonte häire enne teada, siis suunatakse veresoontekirurgile.

Marju Raukas: Kuidas patsient liigub kui äge seisund? Kas lähtume IWGDF tabelist? või NICE-st?

Vahur Metsna: Lähtuks NICE-st, et kui tuvastatakse äge diabeetiline jalatüüsisust:

- a. Haavandumine või
- b. Leviv infektsioon või
- c. Kriitiline alajäseme isheemia või
- d. Gangreen või
- e. Ägeda Charcot' artropaatia kahtlus või seletamatul põhjusel kuum, punetav, turses jalg koos valuga või ilma valuta.

Veronika Palmiste: Põhiline, et saaks selle esimese rea tehtud, kord aastas.

Vahur Metsna: Kui on kiire, siis on EMO.

Veronika Palmiste: Kui EMO, siis kõige kehvem lugu. Kui ei ole sepsist, siis e-konsultatsioon referentskeskusega.

Marju Raukas: Me ei saa nõuda, et ühe päevaga vastatud.

Vahur Metsna: Esialgu ikkagi EMO ja kui kunagi saab tekkida referentskeskus, siis neil oma telefon ja e-aadress, kust saab küsida.

Veronika Palmiste lahkub 11.40.

Kokkuvõte:

1. Diabeediga täiskasvanutel tuleb hinnata diabeetiliste jalaprobleemide kujunemise riski järgnevatel ajahetkedel:

- diabeedi diagnoosimisel ning seejärel vähemalt 1 kord aastas,
- vastavalt määratud riskiastmele vt tabel
- jalaprobleemide tekkimisel
- igal hospitaliseerimisel.

2. Diabeetiku jalgade läbivaatuse käigus tuleb eemaldada kingad, sokid, plaastrid ja haavasidemed ning hinnata nii püstises kui ka lamavas asendis mõlemat jalg järgnevate riskitegurite suhtes:

- neuropaatia (kasutada 10 g monofilamenti),
- jalaishemia (viide NICE'i PAH ravijuhendile, soovitusena ABI, mille tõlgendamine ettevaatlik võimalike kaltsifitseerunud arteritest tõusnud väärtuste tõttu),
- haavandumine,
- kallus,

- infektsioon ja/või põletik,
- moone,
- gangreen,
- Charcot' artropaatia.

Kui patsiendil tuvastatakse eelneva alusel jalahaavandi risk, tuleb läbi viia põhjalikum hindamine. Riskiaste määrab edasiste hindamiste sageduse ja suunab käsitlust.

Tabel 1. IWGDF riskihindamissüsteem, sellele vastav labajala hindamise läbiviija ja läbivaatuse sagedus(2). Lisaks NICE äge seisund

Kategooria	Haavandi risk	Tunnused	Kes, sagedus*
0	Väga madal	Perifeerne arterihaigus (PAH) puudub, kaitsetundlikkus olemas	Kord aastas PA praksis
1	Madal	LKK või esineb PAH	Kord 6-12 kuu jooksul PA praksis
2	Keskmine	LKK + PAH või LKK + jalamoone või PAH + jalamoone	Kord 3-6 kuu jooksul PA praksis
3	Kõrge	LKK või PAH ja üks või enam järgmistest: - haavand anamneesis - alajäseme suur või väike amputatsioon - lõppstaadiumi neeruhaigus	Kord 3 kuu jooksul PA praksis, vajadusel e-konsultatsioon referentskeskusega
Ägeda jalatüsistuse tabel lisada			
Ä*	Aktiivne jalatüsistus	- Haavandumine* või - Leviv infektsioon või - Kriitiline alajäseme isheemia või - Gangreen või - Ägeda Charcot' artropaatia kahtlus või seletamatul põhjusel kuum, punetav, turses jalg	EMO ja e-konsultatsioon referentskeskusega

*lisatud NICE

Liina Vassil: Hea meel, et mõtleme, kuidas saab juhendit rakendada. Kui praegu suured puudujäägid, siis oluline alustada baasasjadest. Kui liiga palju tahame, siis raske rakendada. Uurin välja, mis on kättesaadav, mis mitte.

Liina Vassil: Teenuspõhine e-konsultatsioon tuleb alles tekitada, erialaselts võtab Tervisekassaga ühendust ja seal defineeritakse. Referentskeskust hetkel ei ole.

Vahur Metsna: Baasasjad said selgeks.

3. Kliiniline küsimus 8, soovitus(t)e koostamine.

K8: Kas kõigil nahakahjustuseta Charcot' labajalaga diabeetikutel tuleb eelistada põlveni ulatuvat kipsi või mitte-eemaldatavat ortoosi muudele rõhumisjõudu vähendavatele vahenditele, et saada parem ravitulemus?

Eeva-Liisa Rätsep: Ülevaade ravijuhenditest ja tõendusmaterjalist. Parim IWGDF, enamus tõendusmaterjali sealt pärinevast süstemaatilisest ülevaatest. Vaatlusuuringud, kavandid

madala tõenduse kvaliteediga. Vähe uuringuid ilma haavandita ja Charcot' jalg, valdavalt haavandiga.

Soovituse kokkuvõtte arutelu ja kaalutlused dokumenteeritud SoKo tabelis Grade pros.

Ressursid:

Liina Vassil: Kipsi maksumus ja selle vahetamine. Milline on omaosaluse vahe? Kas räägime 350 eurost umbes?

Vahur Metsna: Kips patsiendile tasuta, ortoos on omaosalusega. Meil on ortoosid olemas, hind 250-300, patsiendid maksavad 10%. Kui tahame spetsiaalset Charcot' saabast, neid ei ole meil. Kipsi tegemine reaalne paaris kohas.

Liina Vassil: Antud juhul hind pole oluline, väike kogus patsiente. Kui väga odav, aga patsient peab palju sõitma, siis ka suur lisakulu.

Võrdsed võimalused:

Aune Rehema: Ei pea muretsema, põhiline et saab, neid on vähe.

Liina Vassil: Vajan vajamineva toote osas täpset vastet, sest internet on võhikule segadusttekitavat infot täis: Charcot boot? Charcot joint? Charcot Walker? Charcot Restraint Orthotic Walker Boot (CROW)? Mis nimeline toode konkreetselt on see, mida ei ole ja mis tuleb kättesaadavaks teha? Kas need Charcot' jala kipsi tegijad keskustes olemas? Kas tänane olukord soovitusel rakendamisel takistuseks?

Vahur Metsna: Kipsitehnikas nüansid, spetsiifilist väljaõpet vajav. Täna on arenguruumi, aga takistus ei ole.

Tiina Mitt: Väga töömahukas spetsiifilisel meetodil.

Sõnastati soovitused, aga kinnitamine jäi ära, sest ei olnud aega ja kvoorumit:

1. Alustage kohe pärast Charcot' jala diagnoosimist või selle kahtlusel kõigil haavandita diabeetikutel ravi põlveni ulatuva täiskontaktkipsiga. (Tugev positiivne soovitus, väga madal tõendatuse aste)

2. Täiskontaktkipsi asemel võib diabeetikutel Charcot' jala raviks kasutada ka põlveni ulatuvat mitte-eemaldatavat Charcot' jala ortoosi. (Nõrk positiivne soovitus, väga madal tõendatuse aste)

3. Vähendage aktiivses staadiumis Charcot' jalaga patsiendil jalale mõjuvat koormust karkude, rulaatori või ratastooli abil. (Nõrk, väga madal) (praktiline soovitus)

Jaanuaris alustame soovituste kinnitamisega.

4. Muud teemad mida lisada juhendile: ABI juhend, pulsi mõõtmise juhend, tundlikkuse hindamise juhendid koostada.

Otsustati koostada IWGDF praktilise juhendi vaste – lisad 1 ja 2 tõlkida kokkuvõtvalt.

Struktuurse väljaõppe sisu Tiina Mitt (praktilise juhendi lisa 3) ja patsiendimaterjal – Tiina Mitt ja Ulvi Merendi

Vahur Metsna: Kevadel haavandikonverents, Celcius Healthcare korraldusel, tutvustada juhendit.

5. Diabeetilise jalahaiguse ennetamise ja ravi juhendi järgmised koosolekud:

Lepiti kokku järgmised koosolekud

12. jaanuar kell 10-14, kliinilised küsimused 2 ja 3, kell 10-14.

16. veebruar kell 10-14, kliiniline küsimus 5 ja tervishoiukorralduslik küsimus 3

15. märts kell 10-14, kliiniline küsimus 4 ja tervishoiukorralduslik küsimus 2