



Ravijuhendi „Diabeetilise jalahaiguse ennetamise ja ravi juhend“ töörühma ja sekretariaadi koosolek nr 11

Koosoleku toimumisaeg ja -koht:

31.05.2024 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 (veebis 11st), Veronika Palmiste (veebis, osaliselt), Anti Pigul (veebis 12-ni), Pille Soon (veebis, katkendlikult), Ulvi Tammer-Jäätes ning sekretariaadi liikmed: Marju Raukas (juht)

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:

Päevakord:

1. Sissejuhatus, ravijuhendi töörühma ja sekretariaadi liikmete huvide deklaratsioonid.
2. Kliinilise küsimuse 2 soovitusel 6-8, kordusarutelu lisatud tõendusmaterjali valguses.
3. Ravijuhendi struktuur: teemade järjestus ja soovitude üle vaatamine.
4. Ravijuhendi lisad sh põhiarutelu: diabeetilise jalahaiguse ravi tasandid Eestis. IWGDF riskikategooriast ja ägedast jalahaigusest lähtuvad Eesti oludele kohandatud raviteekonnad.
5. Patsiendijuhendi ülevaatamine

1. Sissejuhatus, ravijuhendi töörühma ja sekretariaadi liikmete huvide deklaratsioonid

Koosolekute vahelisel ajal ei olnud lisandunud deklareeritavaid huvisid. Huvide deklaratsioonides muutusi ei ole.

Tuuli Ruus: Edastan info, et RJNK kinnitas retsensendid: "Diabeetilise jalahaiguse ennetamise ja ravi juhend"- Anneli Kannus (RJNK), Signe Alliksoo (perearst), Vallo Volke (endokrinoloog)

2. Küsimuse 2 soovitusel 6-8 kordusarutelu: Kas kõigile jalahaavandi riskiga diabeetikutele tuleb soovitada ortopeedilisi vahendeid või mitte, et ennetada esmast või korduvat haavandit?

Küsimuseks tallatugede kulutõhus ja jalahaavandi riskitaseme dokumenteerimine – saadetud Liina Vassili selgitus, miks teema arutelul koos Marju näidisega ITK dokumenteerimisvõimalusest.

Liina Vassili kiri töörühmale:

Liina Vassil: Oleme vahepeal Kärt Velistega kohtunud nii kolleegidega Sotsiaalkindlustusametist (SKA) kui Tervisekassa analüütikutega. SKAlt oleme saanud hulgaliselt materjali abivahendite statistika osas, kuid kuna SKA'l ei ole digitaliseeritud tõendeid, ei ole võimalik analüüsida põhjuseid, miks ortopeedilised jalatsid välja on kirjutatud. Olles läbi vaadanud ka dr. Metsna saadetud RHK koodid ning kaalunud täiendava info kaasamist leiame, et kuna Eesti praktiliselt baseeruv kulutõhususe analüüs on töö- ja ajamahukas, siis enne, kui otsustada selle tegemise põhjendatus, tuleks saada selgus tõendusmaterjali vettpidavuses pakutud soovitus sõnastamiseks.

Hetkel tundub, et tõendus ei toeta veenvalt loetletud abivahendite kasutamist 2. JA 3. riskikategooria patsientidel. Grade Pro'st loen: „Pigem oli antud kliinilise küsimuse tõendusmaterjal väga madala tõendatuse astmega. IWGDFi 2023 a ravijuhendi uuenduse tarbeks läbiviidud süstemaatilises ülevaates (van Netten et al., 2023) sisaldus kaks meta-analüüsi, meie küsimuse kontekstis 11 üksikuuringut, millest 7 olid RCT-d. **Kõige enam näis ortopeediliste vahendite kandmisel olevat efekt korduva haavandi ennetamisel (*risk 3*)**, selle tulemusnäitaja osas oli sekkumise puhul tõendatuse aste küll madal, kuid ortopeediliste vahendite kandmine pigem vältis korduva haavandi teket. Oli hulk tulemusnäitajaid, mille puhul jäi tõendusmaterjal väheseks - kõrvaltoimed, elukvaliteet“. Seega toetab tõendusmaterjal vahendite kasutamist 3. riskigrupi patsientidel, 2. grupil pigem mitte. Kui aga on veenvalt näidatud (tugev tõendus), et ka 2. riskigrupi kuuluvatel patsientidel aitavad individuaalselt valmistatud jalanõud amputatsioone ennetada, siis oleks hea, kui saaksime need andmed enne reedet.

Tänane soovitus sõnastus: Määrake keskmise või kõrge haavandi riskiga (IWGDF 2-3) moondunud labajalaga diabeetikule:

- individuaalsed tallatoed
- diabeetikutele mõeldud, individuaalselt kohandatud või valmistatud jalatsid
- ja/või varbatoed

Nagu vist ka varem vestlusest läbi käis, ei ole hetkel üheselt mõistetav, millised abivahendid määrata või mida omavahel kombineerida. Ka siis, kui piirdume soovitusel vaid 3. riskikategooriaga tuleks sõnastust muuta selliselt, et oleks üheselt mõistetav, mis on *ja* - mis on *või*. Lisaks madalale tõendatusele on 2. riskikategooria patsientidele individuaalsete jalatsite soovitamisel mitmed rakenduspiirangud - vähene tootjate võimekus, suur patsiendi omaosalus, retseptivabrikute järelevalve (SKA teema); võimalus, et raha ja vahendid kulutatakse küsitava väärtusega ennetusele ja abita jäävad need, kelle jaoks alternatiiv puudub ja kelle puhul efekt oleks suurim. Kõiki neid teemasid on aga mõtet arutada siis, kui tõendatuse küsimus ja ühtlasi otsus, kas piirdume soovitusel andes 3. riski patsientidega, on selge.

Riskiskoori dokumenteerimise teema Siin on kaks aspekti. Peamine probleem on, et madalamat riski (0-2 k.a) defineerivad näitajad ei ole andmeanalüüsi mõistes objektiviseeritavad. Kui me piirduksime soovitusel andmisel 3. riskigrupiga, küsimus kaoks, sest neil patsientidel on objektiivselt (ka raviarvetel) tuvastatav risk ja kuna patsiente on oluliselt vähem, siis siin me dokumenteerimisse kinni ei jääks. Samas kui nii PN, PAD kui deformatsioon ei ole perearsti raviarvete ja täna ilmselt mitte ka haiguslugude põhjal tuvastatavad. Seetõttu ei ole juhul, kui tahaksime seda nt 2 aasta pärast kontrollida, võimalik tõhusalt hinnata, kas väljakirjutatud retseptid on põhjendatud.

Teine aspekt on, kuidas märkida TIS'is (haigusloos) tuvastatud riski kategooria. See on väga oluline, ent pigem tehnilist laadi küsimus ja sellele täna vastata ei ole võimalik, kuna see eeldab arendust. Ravijuhendi koostamise käigus saame kirjeldada vajaduse ja rakenduskavas arendusvajadust kajastada.

Liina Vassil: Rakenduskava tegevusi arutaksin töörühmaga hea meelega ülejärgmisel s.o 7. juuni kohtumisel.

Marju Raukas: Ülevaade lisatõendusest. Kui teha soovitus IWGDFi alusel ja lisada kood (moone)?

Liina Vassil: Peame saama hiljem hinnata, milline mõju oli taldadel. Kui panna sisse RHK kood, siis saab selgemalt seostada.

Liina Vassil: Kas võiks 24 lahku lüüa kaheks?

Otsustati: Moondunud labajalaga või labajala haavandieelse seisundiga diabeetikule, kellel on keskmine või suur haavandirisk (IWGDF riskitase 2-3), kaaluge järgmiste abivahendite määramist:

- individuaalsed tallatoed
- diabeetikutele mõeldud, individuaalselt kohandatud või valmistatud jalatsid
- ja/või varbatoed.

(nõrk positiivne soovitus,...)

Diabeetikule, kellel on esinenud taldmine haavand (IWGDF 3) määrake

- individuaalsed tallatoed
- diabeetikutele mõeldud, individuaalselt kohandatud või valmistatud jalatsid
- ja/või varbatoed.

(Tugev positiivne soovitus, ?mõõdukas/ väga madal tõendatuse aste)

Aune Rehema: Sõnastus läks segasemaks.

Aune Rehema toetab seisukohta, et 3. kategooria „määrake“ ja teistele „kaaluge määramist“. Kasutamine sõltub patsiendi motivatsioonist ja milline pea jalgade küljes.

NB: riskitabel puhtana hindamisjuhendisse.

Aune Rehema: Mulle vaja selget kriteeriumi, millal mõtlen tugelede. Võibolla lisada PAD ja neuropaatia sinna?

Aune Rehema: Kogu see info peab jõudma meditsiiniseadme väljakirjutamise vormi.

Defineerida miinimuminfo selleks

3. Ravijuhendi struktuur: teemade järjestus ja soovitused.

Soovitused algusest peale

Aune Rehema: Dokumenteerimine, praegu vabatekst ja siis peab parajalt otsima. Tahame lihtsalt klikitavat vormi, mis ajas näitab dünaamikat ja läheb haiguslukku.

Ainus hea näide väikelapse läbivaatuse vorm, mida saab edastada digilukku. Pole vähe klikitav, aga siiski hea.

Otsusetugi 8 hoiatust ja 12 diagnoosi juhenditena.

Rakenduskavva. Eraldi vormi tekitamine rakenduskavva.

Lisame: leid tuleb dokumenteerida.

Haavandi hindamine: lisasime Sinbad skaala soovitus sisse.

Aune Rehema: Võiks olla lihtne kontrollnimekiri, teeme nt Sinbad alusel. Skoor üksi ei anna midagi.

Infektisooniga haavand:

Muutsime sõnastust ja lisasime antimikroobse ravi.

Aune Rehema: Milliste tunnuste ja külvi või mille põhjal otsustame? Selgelt sõnastada, see praktiline teema.

Selgitavasse teksti IWGDF-st AB ravi kohta.

4. Ravijuhendi lisad sh põhiarutelu: diabeetilise jalahaiguse ravi tasandid Eestis. IWGDF riskikategooriast ja ägedast jalahaigusest lähtuvad Eesti oludele kohandatud raviteekonnad.

Risk ja tegevuskava

Aune Rehema: Tõstaks eraldi patsiendi ja meediku tegevused. Meeldib Tiina värviline versioon.

Otsus: Marju joonistab uue tabeli.

Ägeda seisundi käsitlese arutelu.

Veronika Palmiste: kui PERH-i ja TÜK-i ei mahu, kas teised julgevad võtta?

Ulvi Merendi: peamine, et ei jää koju

Aune Rehema: Seda ei saa 3 minutiga, sest kui EMO tähendab kiirabi, siis kindaid asju viiakse kindlasse haiglasse.

Vahur Metsna: Keskhaigla peab teadma, et tuleb kohe konsulteerida. Olulisim esmane käsitus.

Ravimaht kui hakatakse keskselt tegelema, on ennustamatu ja võib olla suur.

Inimeste ressursse ei ole DJH peale panna.

5. Patsiendijuhendi arutelu

Arutelu tulemus:

- Panna kindlasse kõneviisi.
- Teha parandus: Ulvi Tammer: Niisutage asemel kreemitage (niisutage võrduks nagu tehke märjaks)
- Küljendus: Kontrastsust juurde, valge taust, suurem kiri,
- Lisame QR koodid.

6. Diabeetilise jalahaiguse ennetamise ja ravi juhendi järgmised koosolekud:

7. juuni reede kell 10-14, ainult veebis.