



Ravijuhendi „Diabeetilise jalahaiguse ravijuhend“ töörühma ja sekretariaadi koosolek nr 12

Koosoleku toimumisaeg ja -koht:

07.06.2023 kell 10.00-14.25, Teams

Osalesid: töörühma liikmed Vahur Metsna (juht), Aune Rehema, Tiina Mitt, Tiit Vaasna (liitus 11.40), Veronika Palmiste-Kallion, Anti Pigul, Pille Soon, Ulvi Tammer-Jäätes, sekretariaadi juht Marju Raukas, Tervisekassa esindaja Liina Vassil

Puudus: Ulvi Merendi

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

Koosolekul osales 8 töörühma liiget (9-st), kvoorum otsuste tegemiseks koos.

Koosoleku päevakord:

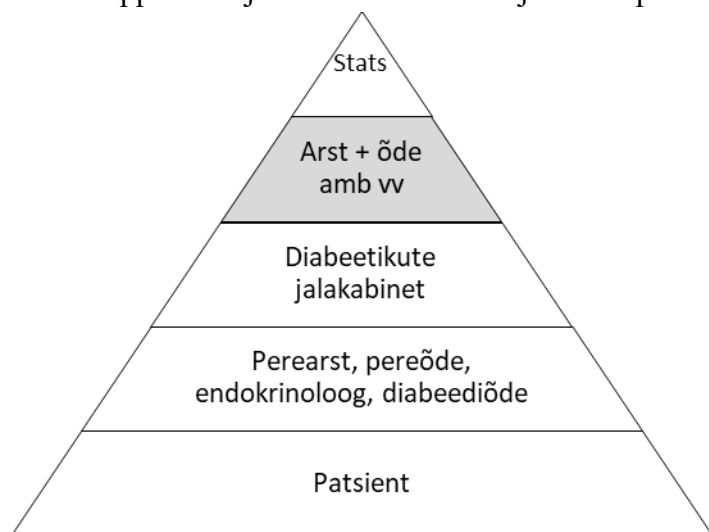
1. Ravijuhendi töörühma ja sekretariaadi liikmete huvide deklaratsioonid

Võimalike huvide konfliktide läbivaatus. Käesolevad võimalikud huvid on dokumenteeritud ning kõik töörühma liikmed kinnitavad, et need ei mõjuta ravijuhendi koostamise protsessi.

2. Diabeetilise jalahaiguse ravitasandid Eestis, lisade 8 ja 9 arutelu.

Arutelu aluseks lisade erinevad versioonid Vahur Metsnalt ja Marju Raukaselt: kuidas Eesti oludele kohandada IWGDF riskikategooriast ja ägedast jalahaigusest lähtuvaid käsitusalgoritme.

Vahur Metsna: Lisa puhul on küsimuseks pigem kujundus, sisu paigas. Ägeda jala teekond väga oluline kokku leppida. Kujundusteemad saame jätta tahaplaanile.



Joonis 1

Tutvustab ravitasandite püramiidi (joonis 1) ja tabelit 1 ravitasandid. Meil kolmas tase diabeetikute jalakabinet. Haavandiravi sellel õe vastuvõtu tasandil ei saaks teha, põhiraskus järgmisel tasandil arsti ja õe koostöös – kes esimese kontakti allikas, kui perearst on suunanud. Täna selline võimalus PERHis.

Selliseid üksuseid Eestis rohkem ei ole, kus tegeletakse diabeetilise jalaga. Aga sellel tasandil olemas pädevus, võiks olla regionaalsetes ja keskhaiglates. Edasi on statsionaar samadel tasanditel, regionaal- ja keskhaiglates. Aga kuidas saame neid üksusi luua, kust need inimesed võtta?

Aune Rehema: Ma ei näe püramiidis koduõdesid, kes väga oluline osa haavaravis. Teine mõte, et paljudele patsientidele see lahendus ei sobi, kõik ei ole nii võimekad. On palju patsiente, kes ei saa ise süstimisega hakkama, on ka logistilised takistused.

Vahur Metsna: Peab tegema algoritmi ka neile, kes ei saa standardravi. Vabalt saab panna ka koduõe siia mudelisse ja raja nende kohta, kel ei sobi standardravi.

Ulvi Tammer-Jäätes: Meil on diabeetikute jalaravikeskused nt diabeedikeskuses Tallinnas ja Tartus. On kohti, kus endokrinoloogidega koos jalaraviõed tegelevad. Neil suur klientuur. Jalaravikabinetid ikkagi arsti kõrval. Nüüd enam ei ole eraendokrinoloogil nõuet, et peaks jalaraviõe teenus ka olema.

Vahur Metsna: Meie eesmärk siis ka neis kabinetides teha õpetustööd, rakendustegevuste osana.

Liina Vassil: Kas see teiste arvates kehtiv, et perearst ja pereõde samas lahtris endokrinoloogiga, et kas see on sama tase?

Marju Raukas: 1. tüüpi diabeetikud liiguvad üle endokrinoloogi ja 2. tüüpi üle perearsti tavaliselt.

Tiina Mitt: Milline roll on kipsi paigaldamisel õel ja milline on arstil? Kui paigaldatakse koos, siis kuidas käib?

Vahur Metsna: Et kui vaja nt ravimeid määrata, siis arsti kohalolu vajalik.

Tiina Mitt: Kui korraga, siis raha kulutamine, muutuste või vajaduse korral saab õde konsulteerida arstiga. Topelt ei oleks vaja, saaks teisiti formuleerida.

Marju Raukas: Kips on järgmine tasand kui plaaniline hooldus. Siin juba on tüsistusega patsient.

Tiina Mitt: Kuidas praegu PERH-is kipsipanek korraldatud?

Vahur Metsna: Praegu neid haavandeid ei kipsita keegi. Meil sidumistuba, kus õde koos arstiga saab teha kipsi.

Tiina Mitt: Need on spetsiaalse väljaõppega õed, vajadusel saab kaasata arste või suunata konsiiliumi. Ei usu, et kõik endokrinoloogid hakkaks jalgu vaatama.

Ulvi Tammer-Jäätes: Esimene koht, kuhu suunata oleks diabeetilise jala kabinet. Neil on alati endokrinoloogid kõrval, kes kutsutakse vajadusel. Õde kutsub kordusvisiidile, kus arst juures.

Tiina Mitt: Veel küsimus ortooside määramine. Teen digitaalset koormusuuringut, mille abil saan jalgade asendihäireid tuvastada. Et patsient ei peaks pendeldama erialaspetsialistide vahel saaks kohe määrata tallatugesid?

Liina Vassil: Diabeediõed ei ole eraldi eriõde staatuses, ei saa kahjuks eristada st ei ole võimalik tallatugesid määrata.

Vahur Metsna: Kas õde oskab määrata röntgenit, kuidas uuringute korraldamine käib? Tuleks ära defineerida. Peaks olema kirjas, kuidas arst on kaasatud.

Tiina Mitt: Meil PERH-is see meeskonnatöö toimib.

Marju Raukas: Süsteemi jõuab patsient diabeetilise jalahaiguse või selle riski puhul arsti e-konsultatsiooni kaudu, igapäevane hooldus õe pädevus.

Aune Rehema: Halli ala nimi oleks diabeetilise jala keskus ehk konsultatsioonibaas, millega kaasneb arsti võimalus. Võrus ei ole üldse endokrinoloogi vastuvõttu st jalaravikabinetis pole arsti alati.

Ulvi Tammer-Jäätes: Maakondades suunatakse jalaravikabinetti. Seal on kirjas ainult õe visiit. Arst sageli aitab, kuigi pole arsti visiit. Samas arst on meeskonnas ja kaasatav.

Vahur Metsna: Kas oleme süsteemiga rahul või on vaja muuta?

Pille Soon: Ka Virumaal ei ole diabeetikute jalaravikabinetti eraldi. Jalaravikabineti teenust pakub Rakvere haigla, aga endokrinoloogi seal ei ole. Kolm jalaraviõde nädalas tööl, ei mahuks ka diabeetikud sinna. Jalahaavandeid ei ravi, neid suunavad perearstid kirurgile. Need kolm õde ei kata maakonna vajadusi ära, järjekord neli kuud vähemalt. Esimesed podoloogid lõpetavad, tulevad lisaks turule. Hetkel Tervisekassa lepingupartneriks need ei tule.

Marju Raukas: Peame vaatama, mis praegu on ja mida tahaks, et oleks.

Ulvi Tammer-Jäätes: Enamus on eravastuvõttud, kus arsti ja õde vastuvõtt nt Tartu Endokrinoloogiakeskus jne.

Liina Vassil: Eesmärk võiks olla, et tagada rohkematele patsientidele ligipääs. Peab olema sisse kirjutatud, et arst ja õde meeskonnas.

Ulvi Tammer-Jäätes: Kui lisada halli kasti haiglate juurde arstikeskus? Nõus, et õed üksi ei saa seda pädevust pakkuda.

Tuuli Ruus: Millised lahendused sobiks Lääne-Virumaal või Võrumaal, et seal teenust saaks osutada? Mingi alternatiivmudel veel?

Vahur Metsna: Kus võimalik, seal loome, seni suunatakse mujalt sinna. Olemasolevad üksused saavad aidata koolitada ja tekitada järgmisi teistesse kohtadesse. Praegused ressursid vaja kõik ära kasutada.

Tuuli Ruus: Oleneb, mis on lähim samm kellegi jaoks. Kas ühe hea keskuse loomine või mingi väike muutus enamuste jaoks?

Marju Raukas: Lisaks ka maakonnahaigla

Aune Rehema: Probleemsete patsientidega tegelevad praegu meil üldkirurgid. Jalaravikeskustes vähemate muredega proud pigem. Koduõed tegelevad haavahooldusega.

Kas see kokkulepe olemas, et pöördumise koht arst + õde?

Ulvi Tammer-Jäätes: Maakonnahaigla lisasite, aga ka erahaiglad ja arstikeskused osutavad teenust nt Fertilitas?

Vahur Metsna: Diabeetikute jalakabinetid - millised patsiendid seal käiks? Haavanditega nemad ei tegeleks?

Ulvi Tammer-Jäätes: Võiks olla kergemad haavandid.

Marju Raukas: Haavand vaadatakse kõrgemal üle. Diabeetikute jalakabineti juurde lisada koduõde, hooldab haavandeid.

Vahur Metsna: Eraldi teema, kuhu me hospitaliseerime kui on flegmoon? Kas suurde keskusse või saab ka maakonnahaiglasse?

Marju Raukas: Kas varba amputatsiooniks tahame PERHi?

Liina Vassil: Millist probleemi tahame lahendada haigla tasandil?

Vahur Metsna: Õige diagnostika hindamise võimekus ja multidistsiplinaarsuse küsimus.

Liina Vassil: Keskhaigla peab jääma.

Vahur Metsna: E-konsultatsioon referentskeskusega või suunamine. Konsiilium võiks olla regionaalhaigla tase.

Liina Vassil: Millised patsiendid vajavad konsiiliumi? Kas seotud suurte amputatsioonidega?

Vahur Metsna: Kas verevarustust saab parandada, kuidas peaks moonet ravima, näiteks.

Liina Vassil: Kas see korduv haavand? Et mõtleme läbi, kui palju on patsiente, palju neid kohti ja mida konsiiliumilt oodata.

Aune Rehema: Süsteem peab toimima ühtsena, et teise tasandi teenus tekiks Harjumaale. Tartus ja Tallinnas hoopis puudu üldkirurg, kes teeb lihtsamad asjad nagu maakonnas. Ja see peab ka skeemis näha olema. Mitte nii, et Tallinnas pisikese probleemiga kohe erispetsialistile, aga Vastseliinast ei saa

suurema probleemiga teha ka e-konsultatsiooni. Samas see Tallinnas ja Tartus ressursi kuritarvitamine.

Marju Raukas: Tervishoiuteenuste loetelus olemas multidistsiplinaarse eksperdikomisjoni kaks teenusekoodi: kui meeskonnas vähemalt üks eriarst või kui vähemalt kolm eriarsti.

Vahur Metsna: Eesmärk, et igas maakonnas saaks erialaspetsialisti vastuvõtule. Praegu seda ei ole, aga peaks saama ühtmoodi ravida. Kas lõpetame selle menetluskäiki selleks korra? Siin muidu ka ortoosifirmad toodud.

Liina Vassil: Meie ei tohi seda ise määrata ja ei saa ise teha loetelu, regulatsioon Terviseameti kaudu. Peame eraldi mõtlema, kuidas läheneda.

Vahur Metsna: Oleks ebarealistlik kõiki firmasid koolitada.

Tuuli Ruus: TH küsimused: 1. puudutas riski hindamist, see on olemas, vaatame üle.

Eraldi küsimus 2: kes saab ortoosi määrata. TH3 puudutas integreeritud ravimeeskonda. Vastus ei pea olema nii põhjalik kui tänane arutelu. Tänane oli juba laiem küsimus, justkui raviteekond.

Arutelu vajalik, aga lahendused väljuvad meie vastutusalast. Peaksime natuke kokku tõmbama, igale poole ei ulata.

Vahur Metsna: Me ei saa kokku tõmmata, muidu Aune ei tea, kuhu patsienti suunata. Kui meiesugune kogu sellega ei tegele, siis ei tee niipea keegi. Minu salasoov ongi, et tekiks need kokkulepped, kuidas patsient liigub. Ja see oleks selgelt välja öeldud ja saaks Tervisekassa oma paati. Vaatame ägeda jala käsitlemistabeli ka üle, see on kõik üks tervik.

Tuuli Ruus: Kas need lisade ägeda jala käsitlemise tabel ja riskihindamise tabel katavadki ära selle kokkulepete teema ja meil ei ole vaja midagi eraldi?

Diabeetilise jalahaiguse ravitasemed Eestis eraldi lisas.

3. Lisa 9: Diabeetilisest jalatüsistusest lähtuv patsienditeekond (IWGDF äge jalahaigus)

Vahur Metsna: Selles tabelis just toodud, et kuhu millise probleemi puhul saaksime suunata patsiente.

Veronika Palmiste-Kallion: Tahaksin kommenteerida kroonilist isheemiat. Kui suuname TÜK-i või PERH-i EMO-sse, siis upute ära, EMO ei pea vastu. Esmalt peaks kasutama e-konsultatsiooni kas Kliinikumi või PERH-ga. EMO-sse saadaks ainult kas ägedat isheemiat või jõhkrat infektsiooni.

Liina Vassil: E-konsultatsioonil oma vastamise aeg, see ei sobi siia kui tegu ägeda seisundiga. Siis tuleks täpsustada, mis on äge? Mis tähendab „kohe“?

Veronika Palmiste: Äge on diabeetilise jalahaiguse puhul seotud infektsiooniga: osteomüeliit või sepsise oht – siis küsimus tundides. Küsimus on ka, miks see äge seisund tekib. Pärast seda kui meil on efektiivsed NOAK-id, siis me sellist trombemboolilist tüsistust näeme vähem. Järsku tekkinud äge valu, sel puhul vaja suunata. Peame saama neid eristada, teistega koos neid liiga palju.

Vahur Metsna: Tahaks, et asjad saaks korda ka EMO-des, me ei saa lähtuda ainult praegusest olukorrast. IWGDF ütleb, et on „urgent“.

Veronika Palmiste: EMO-s meil abiarstidena ka 5. kursuse tudengid tööl. Nemad ei ole pädevad seisundit hindama ja ei pruugi julgeda valvearstiga konsulteerida. Me ei peaks tekitama segadust juurde suurtes haiglates, võiksime korrastada. Täpsustada, kuidas see äge valu välja näeb. Kui ei ole samal päeval tekkinud, ei ole äge. Piir nagunii hägune. Saab kirjeldada äkki tekkinud jalavalu.

Vahur Metsna: Siis hägustame ägeda ja kroonilise seisundi piiri. Mida gangreeni puhul teeme?

Veronika Palmiste-Kallion: Gangreen ei ole äge, ei teki üle öö, EMO-s roheline patsient ja hakkab põrgatamine.

Vahur Metsna: Äkki tekkinud ägeda valu puhul EMO, teised e-konsultatsioon haiglaga, kus diabeetilise jalahaigusega tegelemise võimekus.

Veronika Palmiste: Haavandiga, gangreeniga diabeetiku puhul ka veresoontekirurgist üksi vähe.

Aune Rehema: Gangreeni osas peaks tekitama piiri, et kus see on. Kas varbal asuv gangreen vajab ka TÜK-i või PERH-i suunamist?

Veronika Palmiste: Ikka PERH-i või TÜK-i, kus veresoontekirurg, maakonnahaiglas ei ole. Enamasti endovaskulaarne ravi, jääb PERH ja TÜK. Siin vaja välistada, et ei ole magistraalarterite kahjustust.

Vahur Metsna: Siin läheks vastuollu IWGDF juhistega.

Veronika Palmiste: Seal ei ole ju e-konsultatsiooni võimalust, mis meil on.

Vahur Metsna: Ajaline aken, e-konsultatsioon kuni 4 päeva jooksul, IWGDF nõuab 24 tunni jooksul kroonilise isheemiaga vastuvõttu.

Veronika Palmiste: Kuidas Sul seni mulje, mis kategooriasse Sinu kogemuses diabeetik gangreeniga ilma sepsiseta ehk kuiv gangreen käib? Oluline, et ei ole sepsise ohtu.

Marju Raukas: Kas saame ühtviisi aru, kui paneme kuiv gangreen? Lisame: Vaata, et on välistatud raske infektsioon.

Liina Vassil: Toetan väga Veronika seisukohti.

Veronika Palmiste: E-konsultatsioon tuleb teha sellise keskuse veresoontekirurgiga, kus on angiograafi ja statsionaari võimekus. Mõte on, et ta saaks seal keskuses siis võimalikult kompleksset ravi.

Aune Rehema: Mida teeb veresoontekirurg konsultatsioonil?

Veronika Palmiste: Veresoontekirurg võtab patsiendi üle lähtudes ka muust infost. Kui nt voodihaige ja gangreeniga, siis üldkirurg ja amputatsioon.

Aune Rehema: Praegu läheb üldkirurgiasse, kus tehakse angiograafia ja kirurg koos selle tulemusega konsulteerib veresoontekirurgiga. Kas miski paremini, kui otse uuringuks veresoontekirurgile?

Veronika Palmiste: Üldkirurgidele ei meeldi, et teevad ainult veresoontekirurgi eest uuringuid, neil oma töö.

Liina Vassil: Üldkirurgid on kättesaadavamad, kas meil on piisavalt veresoontekirurge arvestades patsientide hulka?

Veronika Palmiste: Meil on neid piisavalt, mõned on suisa töötud. Mina saan vastata, aga olen siin mõttetu, sest ei ole angiograafi. Kui patsient ei ole voodihaige ja küsimus ei ole kohese amputatsiooni vajalikkuses, vaid on täies elujõus inimene, siis otsuse teeb veresoontekirurg, kes saab e-konsultatsiooni kaudu selle patsiendi.

Tiit Vaasna: Alati ei ole ju selge, kas veresoontekirurgi on vaja.

Liina Vassil: Vaja arvamust kõigilt, et kas peate realistlikuks, et kui patsiendid, kes täna on läinud läbi üldkirurgi, siis kui palju suurendaks nende koormust?

Tiit Vaasna: Ei näe, et veresoontekirurgi koormus väga palju siit suureneks. Ainus mure, et kas äge seisund ära tuntuks.

Veronika Palmiste: Kui infektsiooni kahtlus, siis läheb ikkagi EMO-sse.

Raske infektsioon

Vahur Metsna: Ei ole küsimus, et tuleb hospitaliseerida, küsimus on kuhu. Leppisime kokku, et elukohajärgne EMO. Ägedad infektsiooni sümptomid võetakse maha ja siis on juba aega konsulteerida diabeetilise jala meeskonnaga.

Tuuli Ruus: Mida tähendab „kohe“, ravijuhendis ei ole ähmased terminid hea tava.

Aune Rehema: Kas kiirabi viib ka nt Saaremaalt PERH-i? Kui suured on e-konsultatsiooni või uuringute järjekorrad?

Tiit Vaasna: Saab teha erakorralist e-konsultatsiooni.

Liina Vassil: Perearst ei saa anda kiirabile korraldust, kuhu viiakse. Kui vaja, et kindlasti PERH-i, peaks olema eraldi kokkulepe, nagu väga enneaegselt sündinud laste puhul.

Sõnum oleks: suuna kohe lähimasse EMO-sse, vajab edasist käitlust PERH-is või TÜK-is. Vajaduse äramärkimine oluline.

Tiit Vaasna: Nõus, et lähim EMO peab olema.

Liina Vassil: Väga tänuväärne ja oluline on ravijuhendite puhul, et valmimisel kogutakse erialaseltside tagasisidet. Saate oma tutvusringkonnas tutvustada, kas saadakse ühtviisi aru.

Lisa 9. Diabeetilisest jalatüsistusest lähtuv patsienditeekond (?IWGDF äge jalahaigus)

Äge jalatüsistus		Haigustunnused	Tegevus
Äge jalaishemia		☐ Järsku tekkinud äge jalavalu ja ☐ Labajalg on olnud tunde kahvatu või jahe ☐ Labajala pulsid ei ole palpeeritavad	☐ lähimasse EMO-sse vähemalt 24h jooksul, ☐ võimalusel PERH-i või TÜK-i EMO ☐ edasi vaja veresoontekirurgia ja angiograafia võimekust
Krooniline jalga ohustav isheemia		Perifeerne arteri haigus (PAH) ja ☐ Jala rahuolekuvalu ja/või ☐ Gangreen ja/või ☐ Alajäseme haavand ☐ Puudub infektsioon	☐ E-konsultatsioon veresoontekirurgiga, kus on angiograafia võimekus ☐ Haavandi korral suuna DJMDM (diabeetilise jala multidistsiplinaarne meeskond)* ambulatoorsele vastuvõtule
Infektsioon + labajala haavand	Raske infektsioon Peab esinema 2 või rohkem haigustunnust	Labajala infektsioon <u>koos</u> süsteemsete nähtudega ☐ Palavik >38°C või <36°C ☐ Südame löögisagedus >90x/min ☐ Hingamissagedus >20x/min või PaCO ₂ <4,3 kPa(32 mmHg) ☐ Leukotsütoos >12 või < 4 x10 ⁹ /l või üle 10% noori vorme (kepptomseid neutrofiile)	☐ Suuna kohe lähimasse EMO-sse ☐ Näidustatud hospitaliseerimine ☐ Pärast hospitaliseerimist konsulteerida DJMDM-ga
	Keskmine infektsioon	Labajala infektsioon <u>ilma</u> süsteemsete nähtudeta ☐ Punetus > 2cm haava servast JA/VÕI ☐ Naha ja nahaaluskoest sügavamate kudede haaratus (nt. kõõlused, lihased, liigesed ja luukude)	☐ Suuna järgmisel tööpäeval ambulatoorselt/e-konsultatsioon DJMDM (arst+õde) ☐ Suuna kohe EMO-sse kui esineb: metallimplantaat jalas, punktsioonhaav, sügav abstsess, PAH või venoosne puudulikkus, lümfödeem, immunosupressiivne haigus, äge neerupuudulikkus (acute kidney injury)
	Kerge infektsioon	Labajala infektsioon <u>ilma</u> süsteemsete nähtudeta ☐ Lokaalne turse/induratsioon ☐ Punetus >0,5 ja <2 cm haava ümber	☐ Suuna järgmisel tööpäeval ambulatoorselt DJMDM (arst+õde)

	Peab esinema 2 või rohkem haigustunnust	☐ Lokaalne hellus ja/või valu ☐ Lokaalselt soojema temperatuuriga ☐ Mäda eritis piirkonnast JA puuduvad muud naha põletiklise reaktsiooni põhjused nt. trauma, podagra, tromboos, venoosne staas, äge Charcot neuro-artropaatia, luumurd piirkonnas	
	Infektsioon puudub	☐ Infektsiooni lokaalsed ja süsteemsed tunnused puuduvad ☐ Esineb pindmine haavand	☐ Alusta haavaravi ja vähenda labajala rõhumisjõudu ☐ Suuna jalakabinetti dorsaalpinna haavandi puhul
Charcot neuro-artropaatia		☐ Labajala tundlikkus on langenud või puudub ☐ Labajalg on turses, punetav, soojem kui teine jalg/säär ☐ Enamasti puudub labajala haavand (aitab välistada infektsiooni)	☐ Jalale toetuda ei tohi; kargud, ratastool ☐ Paigalda võimalusel tagumine kipslongett varvastest sääre ülaosani ☐ Suuna 24h jooksul DJMDM

* DJMDM asuvad: PERH, TÜK, ...

4. Jala läbivaatuse vorm, lisa 2 (olemas ka tervikus, kohandas Tiina Mitt)

Illustratsiooniks ka dr Rehema praktikandi õppevideo jalgade läbivaatuse kohta õdedele

5. Rakenduskava arutelu

Liina Vassil arutab neid punkte, kus töörühma panus vajalik.

1. juhendi tutvustamine, teeb töörühma juht, igakuine perearstide infotund.
2. artiklid – Diabeediajakiri: Ulvi Tammer-Jäätes: See ilmub kord aastas ja jääb kodulehele, lisaks sotsiaalmeedia

Ulvi Tammer-Jäätes: 14. nov ülemaailmne diabeedipäev, kui konverents, kus võiks tutvustada.

Koolitused: siin vaja ka praktilisi koolitusi. Milliseid antud juhul vaja? Tavaliselt veebikoolitus ainult. Kas vaja kipsikoolitust?

Vahur Metsna: Praktilist koolitust vaja.

Aune Rehema: Pereõdedele praktilist koolitust ka, nt nende konverentsi töötuba, kus nad juba kokku tulnud.

Liina Vassil: Saame vastutada oma koordineeritud tegevuste eest. Oleks hea aastakogunemisel teha töötuba, aga saame kirja panna rakenduskavva.

Vahur Metsna: Kipsikoolitus ortopeediaõdedele.

Liina Vassil: Video patsiendile, Tervisekassa teeb minihanke.

Vahur Metsna: Lisaks medikutele, õdedele hindamisjuhend videona.

Liina Vassil: Soovin hiljem töörühmalt nimesid kellega suhelda. Vaja RHK koode, milliste puhul see ravijuhend tekib soovituslikult. Mis on miinimum, kellel igal juhul peaks seda kuvama.

Liina Vassil: Koodid nagunii vaja lisada ravijuhendisse (veebi) enne kinnitamist.

Liina Vassil: Kõik abivahendite soovitused vaja vaadata, kas saab praegu rakendada.

Ulvi Tammer-Jäätes: Vanasti oli diabeetikul ka puue, mida enam ei ole. Nüüd kui puuet ei ole, siis jalanõudega keeruline.

Liina Vassil: Sellest ilmselt tulenebki, miks enam seda tingimust ei ole.

Lisaküsimus, kas abivahendid kättesaadavad piisavalt ja piisavas kohas.

Ortopeedile suunamise soovitus, võimalusel lisada pilt.

7. Edasine tegevuskava

Lepiti kokku elektroonsed arutelud.