



Ravijuhendite nõukoja koosoleku protokoll 2023-5

Ravijuhendite nõukoja koosolek

Toimumisaeg: 10.10.2023, algus 14:00,

lõpp 15:59

Videokoosolek MS Teams keskkonnas

Osaesid (RJNK liikmed): Kadri Tamme (nõukoja esimees), Neve Vendt, Ruth Kalda, Kristi Vent, Agnes Aart, Senta-Ellinor Michelson, Katrin Lang, Piret Viiklepp, Marion Kalju, Ulla Raid, Juta Varjas, Alar Irs, Jekaterina Šteinmiller

Puudusid (RJNK liikmed): Eve-Merike Sooväli

Kutsutud: Kaja-Triin Laisaar, Tuuli Ruus, Kadi Kallavus, Liisa Saare, Terje Tollimägi-Raud, Anna Vesper

Koosolekut juhatas Kadri Tamme, protokollis Kriste Klampe

Päevakord:

1. Koosoleku sissejuhatus ja nõukoja liikmete huvide deklaratsioonide ajakohastamine. Kadri Tamme (Ravijuhendite Nõukoja esimees)

Huvide deklaratsioonides muudatusi ei ole.

2. Koosolekutevahelisel ajal elektroonselt tehtud tööde kokkuvõtte ja 29.08.2023 koosoleku protokollide kinnitamine. Tuuli Ruus (TÜ ravijuhendite püsisekretariaat)

- Elektroonselt kinnitatuid töid ei olnud.
- Kinnitatud sai 29.08.2023 koosoleku protokoll, 10 häälega.

3. Ravijuhendite kinnitamise protsess *Kaja-Triin Laisaar (TÜ ravijuhendite püsisekretariaat).*

Kaja-Triin Laisaar tutvustab joonise abil ravijuhendite kinnitamise protsessi. Joonis lisatud protokollide lõpus.

Kaja-Triin Laisaar: viimasel koosolekul jäi mulje, et muutuste käigus ei ole me nõukoda piisavalt lõplikult lahendist informeerinud, et kõik nõukoja liikmed, Tervisekassa ja ka meie ülikoolist saaksime asjadest ühtemoodi aru. Kui pandi paika, ravijuhendi valmimise protsess, et mis pärast töörühma töö lõppu toimub, siis eelduseks oli, et juhendi koostajad on juhendi valmis saanud. Töörühm kinnitab ravijuhendi ja rakenduskava. Töörühm on oma töö teinud. Valmimisest ühe nädala

jooksul liigub protsess edasi. Valminud juhend läheb retsensentidele läbivaatamiseks. Retsensendid hindavad nii sisuliselt kui ka vormiliselt meetoodilise koostamise poole pealt. Nemad hindavad ka AGREE II töövahendiga. Samal ajal läheb juhend välja avalikkusele (erialaseltsid, tervishoiuasutused ja patsiendiorganisatsioonid). Pigem saadame rohkematele kui vähematele ja ei kitsenda seda loetelu. Samal ajal läheb juhend ka nõukoja liikmetele. See on hetk, kus nõukoja liikmetel on võimalik kaasa rääkida juhendi sisulise poole pealt, kuigi me ei eelda seda, sest ei ole nõukoja ülesanne anda sisulist tagasisidet ravijuhendile. Aga kuna nõukojas on erinevate erialade esindajad, erinevate asutuste esindajad, siis analoogselt avalikkusega saab tagasisidet anda. RJNK ei pea andma, aga info saadetakse välja. Kui juhend sisuliselt kedagi mingil põhjusel kõnetab, siis on analoogselt retsensentide ja avalikkusega võimalik oma arvamust avaldada. Selleks anname aega 2-3 nädalat. Samal ajal on juhend ka keeleteoimetuses. Meie kogemus näitab, et muudatused, mida hiljem tehakse, on suhteliselt väikesed võrreldes kogu juhendi tekstiga. Neid tehakse keeleteoimetajaga jooksvalt. Sageli on tegemist selliste muudatustega, mis keeleteoimetust ei vaja. Järgmisena peab töörihm uuesti läbi töötama saadud tagasiside ja kui vajalik, tegema muudatused. Selleks on aega umbes kaks nädalat. Kui juhend on korrigeeritud, siis tuleb see uuesti nõukoja kätte. Joonisel on kirjas, et RJNK hindab ravijuhendi kvaliteeti AGREE II töövahendiga. Nüüd oodatakse üksnes meetoodilist ja ravijuhendi koostamise standarditele vastavuse hindamist. See ei ole enam hetk, kus anda sisulist tagasisidet. Hinnatakse ainult meetoodika poolt. Kui avastatakse midagi väga erilist, sisulist, siis alati võib sellest teavitada, aga siia ei ole enam planeeritud seda faasi, et töörihm töötab sisulised kommentaarid läbi. Kui juhend on ära hinnatud AGREE II töövahendiga, siis toimub samal RJNK koosolekul nii juhendi kui rakenduskava tutvustamine ning ka nõukoja poolt antud AGREE II hinnangute kokkuvõte. Kui seal on olnud meetoodilisi asju, mis vajaksid korrigeerimist, siis see toimub pärast nõukojaga koos asjade läbi vaatamist. Kui toimub ravijuhendi ja rakenduskava tutvustamine, siis töörihm ja sekretariaat saavad rääkida, kuidas juhendi koostamine läks. Mis olid peamised takistused, mis olid positiivsed kogemused ja õppetunnid. See on rohkem protsessi tutvustamine. Saab küsida sisulisi küsimusi, aga see ei ole enam sisuliste muudatuste tegemise hetk. Kui juhend on valmis, siis peale koosolekut juhend viimistletakse, küljendatakse, töörihmad vaatavad juhendi üle. Selleks tegevuseks on hinnanguliselt üks kuu. Kui juhend on lõplikult valmis, siis see saadetakse elektroonselt kinnitamiseks. Lõplik juhend kinnitatakse koos kõigi lisade ja rakenduskavaga. Sellel kevadsuvisel perioodil on mõne ravijuhendiga tegelemise periood läinud pikaks. Oleme aru saanud, et see ei ole hea. Igasugused üleminekud tekitavad tüsistusi. Üks suur üleminek, mis toimus juuni lõpus, oli küljendus. Küljendusega ei tegele enam Tervisekassa ja nende koostööpartner, vaid küljendus toimub Tartu Ülikooli kirjastuses, mis sedalaadi töödega tegeleb. Pidime ka natuke ennast kehtestama ja küljendajat vahetama. Need asjad venisid väga pikaks ja selletõttu saab nõukoda täna mõne juhendi jälle lauale. Palun avaldage kõigepealt arvamust, kas see protsessijoonis on piisavalt selge, kas on mõistlik ajaline jaotus tegevustel?

KOMMENTAARID

Ruth Kalda kommenteerib, et sellisel viisil on joonisel protsess kenasti ajalisel teljel näidatud. Talle tundub, et ka kooskõlas sellega, et nõukoda saab AGREE-ga hinnata juba retsenseeritud ja avalikkuse tagasiside põhjal täiendatud juhendit, mis on oluline.

Agnes Aart kommenteerib, et talle ka see jada meeldib ja on igati loogiline. Probleem on AGREE töövahendiga. Kui ta sinna kommentaare lisab, siis ta ei ole neid salvestanud. Kui saaks oma kommentaarid enda postkasti, siis oleks hiljem hea neid vaadata ja jätkata. Ajaintervallid mängivad rolli ja kõik lihtsalt ei püsi meeles.

Kaja-Triin Laisaar vastab, et kuna meile jookseb kogu info kokku, siis meie ei tundnud sellest puudust. Kuna tööriista platvormi sai vahetatud, siis vaatame üle, kas seda saab lahendada.

Tuuli Ruus lisab, et praeguses AGREE keskkonnas on võimalik tulemused Exceli tabelisse tõmmata. Kas nõukoda tahaks sellist dokumenti koos materjalidega saada? Me peame uurima, kas on võimalik ka see, et see automaatselt saadetakse esitajale.

Agnes Aart lisab, et nii võikski olla edaspidi, et kus enne AGREE-ga hindamist on kõik materjalid, nii nagu täna oli ravijuhendite juures tagasiside jne.

Kaja-Triin Laisaar jätkab ettekannet protsessijoonise teise variandiga. See on väga sarnane eelmisele ja algusest peale seda lahti ei hakka seletama. Sellel suvel nähti töö käigus, . Et küljenduse protsess võib osutuda keerulisemaks kui see puudutab ka kujundust ja siis protsess kipub venima. Kui RJNK koosolek on ära, ravijuhendit ja rakenduskava on tutvustatud, läbi arutatud, AGREE hinnangute kokkuvõtte on esitatud. Kui jäi veel midagi pisikest muuta, siis selle saaks ruttu ära teha ning nõukoda saaks elektroonseks kinnitamiseks ikkagi täiesti valmis toote. Välja arvatud see, et küljendus ei ole veel tehtud. Mõte on selles, et ühe ravijuhendiga tegelemise protsess ei veniks pikaks ja juhendi kinnitamine ei oleks formaalsus. Kui nõukoda saab kinnitamiseks kuu aega või veel hiljem juhendi, mille on tegelikult juba unustanud. Leidsime, et küljendust võiks lugeda tehniliseks tööks, seal ei muudeta enam midagi. Ei tabeleid ega sisu. Annaks esimesena sõna Tervisekassale.

Marion Kalju kommenteerib, miks see muudatus sai tehtud, et nõukotta läheks lõplikult valmis asi. Kui otsustaks toimetada teise skeemi järgi, siis see juhendi avaldamise aega ei muuda, aga see põhjustab segaduse, et protokollis on asi kinnitatud. Töörühm saab teavituse, et on kinnitatud, aga siis võib olla hakkab küljendus venima, ehk see asi pole tegelikult ikkagi valmis. Oleme näinud iga juhendi puhul, et küljendamise ajal on vaja mingeid parandusi teha ja see ei ole tegelikult lõplik asi. Kokkuvõttes, praktiku jaoks jõuab ta kätte sama ajaga. Lõpu osas ei pea nõukoda nagunii füüsiliselt kokku tulema, et kinnitada. Kui kinnitamine on elektroonne, siis ei tule ajalist vahet.

Ulla Raid kommenteerib, et alati võib teha protsessides muutusi, aga me ei ole tegelikult väga jälginud, mis ajakavaga need asjad õnnestuvad. Valiks ühe protsessi. Kujundus ja küljendus on nagu üks asi. Teine on veebilehel avaldamine. Kui palju me peame viivitama sellega, et need saaks veebilehel avaldatud? See joonis seda osa üldse ei käsitle. Läheks ühega liikvele ja jälgiks protsessi, mis tõrked tulevad ja neid saaks siis natukene parandada.

Kaja-Triin Laisaar vastab, et veebi puhul saab Tervisekassa kommenteerida.

Marion Kalju vastab, et see protsess, mida esimesena tutvustati, on täna kokku lepitud selliselt, et kui küljendatud materjal on valmis, Grade Pro sisu uute juhendite puhul on ära korrigeeritud, siis selle järel laetakse juhend üles. Praegu on kaks ravijuhendit, mida

oleme üritanud üles laadida, aga seal on mingi koodiprobleem. IT tiim tegeleb sellega. Püüame omalt poolt ka neid kiiremini üles laadida. Protsessi võib juurde kirjutada, millal on avaldamise aeg. Aga kui me räägime sellest, et materjal läheb kinnitamisele ja pärast seda hakkab küljendus - siis oleme näinud, et läheb kauem aega. See on väga paljudest asjadest sõltuv ja siis on väga raske fikseerida, millal sisu avaldamise aeg on. Need protsessid ei ole kindlate nädalate pikkused. Selguse huvides võime joonisesse sisu panna. Soovitusi saab elektroonselt üles panna. Tõmbame need Grade Prost kui asi on valmis, püsisekretariaadi poolt üle korrigeeritud. Praegu on viimaste juhenditega, mis on kinnitatud, sisu laadimisel tehnilised tõrked, millega tegeletakse. Aga muidu tehakse seda ikkagi siis kui asi on lõplikult valmis ja küljendatud. Kui küljenduse käigus leitakse mingeid vigu, siis on neid vaja uuesti Grade Pros parandada, kuna kogu sisu võetakse sealt. Seda ei kopeerita küljendatud materjalist. Koos küljendusega samal ajal seda teha ei saa.

Tuuli Ruus kommenteerib, et veebis niisama küljendatud failide ülespanek pdf-na toimub kohe pärast kinnitamist. Täna kinnitasime, et venoosse haavandi juhend on valmis. Saame selle failina kohe veebi üles panna. See võimekus on nüüd ka püsisekretariaadil. Terve täiskasvanu ravijuhend ja patsiendijuhendid on juba mõni aeg tagasi veebi üles pandud. Marioni räägitu puudutab Grade Pro juhendit. Faili saab kohe küljenduse järel veebi panna.

Ulla Raid vastab, et tema jaoks on küljendus tehniline töö. Keeletoimetuse, töörühm ja sekretariaat peaksid eelnevalt selle juba küljenduseks valmis tegema. Küljenduses on imevähe mingisuguseid parandusi. Aga ikkagi eeldaks, et asi on valmis. Võiks ühe näitel vaadata, et mis siis muutub. Kui need on kinnitatud, siis küljendamine peaks olema tehniline töö. Kui RJNK on kinnitanud, siis paralleelselt küljendusega saaks elektroonilisse veebi panna soovitud üles.

Marion Kalju vastab, et see eeldab, et küljenduses ei tehta sisulisi parandusi. See ei saa nii olla, et küljenduse käigus näiteks avastatakse mingi viitenumbri probleem. See on täiesti võimalik. Sada lehekülge materjali, see võib tulla. Aga siis oleme juba materjali ära avaldanud ja me hakkame otsast seda kõike tegema. Olles täna kõikide nende protsesside juures, siis praktikas ta ei usu, et see on võimalik, et nõukoja poolt kinnitatud asi on üks ühele valmis ja küljenduse käigus parandusi ei tehta. Oleme näinud olukordi, kus töörühm vaatab üle, metoodik vaatab üle, Tervisekassa on ka üle vaatand, aga ikka keegi midagi avastab. Seda tuleb ette. See on praktiline kogemus, miks teha nii, et kui asi on küljendatud, siis ta läheb veebi. Ja siis on maksimaalselt nädal aega kui ta on valmis tehtud.

Ulla Raid vastab, et tema arvates on see nädal aega ka juba palju. Kogu see protsess on kolm kuud ja siis küsime, miks need kinnitamisega nii kaua aega võtavad?

Kaja-Triin Laisaar kommenteerib, et tuleb ette, et leitakse viimasel hetkel veel mingi asi, mis eeldab teksti muutust. Vahel on ka probleem, et küljendamise käigus kaob ära mõni lõik või muutuvad viited failis. Sellepärast pendeldab käsikiri edasi-tagasi pikema aja jooksul kui siin teljel antud.

Tuuli Ruus kommenteerib, et jada oli lihtne joonistada Tervisekassaga kokkuleppe alusel. Aga suvi ja alanud sügis ning nõukoja koosolekud on näidanud, et kui valmib korraka mitu juhendit, siis valmimise, keeleteoimise ja tagasiside saamise logistika

näeb väga sinkavonka välja. Mõnda juhendit näeb nõukoda juba teist korda. Kuigi selle protsessi järgi peaks nõukoda neid ühe korra nägema. Näiteks ATH ja neeruhaiguse juhendid on juba mõnda aega küljenduses. See jada on selleks, et kõik toimuks paralleelsemalt. Et ei oleks ummistust küljenduses, keeleteoimetuses. Näiteks leidis kroonilise neeruhaiguse töörühma liige kui kõik oli juba küljenduses, et üks termin võiks muutuda ja ka töörühma koosoleku tulemusena leiti sama. Selles suhtes on Marionil õigus, et võib juhtuda erinevaid asju.

Marion Kalju kommenteerib teise skeemi kohta, et see oleks tehtav kui kinnitamise järel küljenduses midagi ei muutu. Kui juhendi koostajad garanteerivad, et see aeg, mis Tervisekassa avaldamisse paneb, küljendamise käigus midagi ei muutu. Aga kes praktikas selle vastutuse võtab? Kui pärast asjad muutuvad ja peab seda topelt tegema. Ja juhend on juba avalikustatud. See on murekoht.

Kaja-Triin Laisaar kommenteerib, et uute juhenditega, mis on algusfaasis, saab töörühmadele öelda, et igaks asjaks on oma hetk. Nüüd on rong läinud. Kui juhend läheb ajakohastamisele, siis saab muudatusi sisse viia. Anname neile selge sõnumi, et edasi-tagasi loksumist ei saa teha. Nad peavad ära jagama vastutuse, et kes küljendatud teksti üle loeb, et asi on korras ja jääb nii.

Tuuli Ruus kommenteerib, et püsisekretariaat soovib, et üks protsess saaks lõplikult ära otsustatud. Kas RJNK-le ja Tervisekassale on vastuvõetav, kui aeg-ajalt toimub mingil moel hälbeid ja mis mahus need on lubatud? Aga, et see oleks meil kokku lepitud ja et selle teema juurde ei pea enam tagasi tulema.

Ruth Kalda kommenteerib, et suund on võetud sinna, et küljendamisse jõuaks korrektne dokument. Samas kui praktika on selline, et vigu ikka juhtub, siis tema eelistab, et see parandus ära tehtaks, kui et tuleb vigane dokument. Võiks olla natukene paindlikkust sees. Mõlemad variandid võiks eksisteerida.

Marion Kalju vastab, et on paindlikkusega nõus. Küsimus on, et mis detailides paindlik, et oleks võimalik oma töid sünkroniseerida. Üks lahendus oleks parim, eriti kui räägime, et kinnitamine toimub elektroonselt. Ei pea ootama nõukoja koosolekut. Praktiku jaoks on mõlemad sama ajatelje peal.

Ruth Kalda vastab, et oleme kindlasti selle poolt, et küljendamisse jõuaks korrektsed dokumendid ja neid ei peaks hiljem parandama ja saab dokumendi kiirelt üles laadida.

Otsustati: Kinnitada protsess vastavalt joonisele 1, aga erandjuhtudel on võimalus küljendust muuta.

Kõik osalenud 12 nõukoja liiget otsuse poolt.

4. Ravijuhendi „Transfusioonravi juhend (II osa). Kroonilise haigusega või kriitiliselt haige patsiendi transfusioonravi“ tagasiside arutelu. Liisa Saare (TÜ ravijuhendite püsisekretariaat).

KUULATI: Liisa Saare tutvustas slaidide abil ravijuhendi tagasisidet.

Liisa Saare: Retsensente oli kolm, kes kõik andsid oma hinnangu ravijuhendile. Tagasisidet saadi seitsmelt seltsilt ja ühingu, kahelt haiglalt ja ühelt eraisikult, kes töötab haiglas, aga tagasisidet andis oma nime alt. Sisulise tagasiside poolt anti märku, et mõne soovitus täpsuse ja arusaadavusega on probleeme. Eesti Laborimediitsiini Ühing andis tagasisidet referentsväärtuste kasutamise kohta. Kõige suuremat furoori tekitas lisa 2 transfusioonireaktsioonidest. Kuna tagasisidet oli väga palju, siis selle lisaga veel toimetatakse ning seepärast ei ole selle juhendi hindamist veel AGREE-ga saanud teha. Veel anti tagasisidet, et ravijuhendi koostamise info võiks käsikirjas olla ravijuhendi lõpus. Mõni kommentaar oli praktiliste soovitusete kohta, et need võiks olla hoopis tugeva soovitusena. Retsensentidest andis Agnes Aart tagasisidet, et 15. soovitus on halvasti arusaadav. Millal võtta hemogrammi? Vastavalt soovitusete täpsustas töörühm, et esimese 24 tunni jooksul pärast ülekannet võiks hemogrammi kontrollida. Veel oli 28. soovitusete juures üks keeleline küsimus. Tegu oli väga pika soovitusete. Töörühma hinnangul oli väga oluline, et kogu info saaks ühte kohta ja seal aitas keeletoimetaja soovitusete parandamisega. Veel tuli kommentaar selle kohta, et töörühmas oleks võinud olla ka perearstide esindaja, aga töörühma ei saanud nii suureks ajada. Retsensendilt tuli ettepanek kuskil ära defineerida WHO veritsuse astmed.. Need said mõistetesse lisatud. Mittekäsitletavatest teemadest palus retsensent, kas saaks autoimmuunset hemolüütilist aneemiat käsitleda. Kuidas selle haiguse puhul on erütromassi ülekandega? Aga töörühm arvas, et kuna see on juba vastavas määruuses sätestatud, siis seda enam ei käsitleta. Teine kommentaar on praktilise soovitusete kohta. Müelodüsplastilise sündroomiga patsientide kohta on ravijuhendis antud praktiline soovitus, aga retsensendi hinnangul peaks see olema tugev positiivne soovitus. Kardioloogide Selts kurtis, et käsitletud ei ole kroonilist südamepuudulikkust. Aga töörühm arvas, et see on ikkagi transfusioonravi juhend, mitte rauapuuduse asendamise juhend, siis seda ravijuhendisse ei lisatud. TACO lisade juures oli kommentaar südamekontuuride kohta. Töörühm otsustas, et muudame selle "südameõõnte" laienemiseks.. Kardioloogide Selts tegi väikese märkuse selle kohta, et on linnalegend, et enne soliidorgani siirdamist peaks patsiendil erinevaid verekomponente kiiritama, aga seda on juba lisas käsitletud. Eesti Laborimediitsiini Ühing andis referentsväärtuste kohta kommentaari. Kuid töörühm leidis, et ravijuhendi esimeses ja teises osas on mõistlik kasutada samu referentsväärtusi. Järgmised kommentaarid on lisa 2 kohta, transfusiooni reaktsioonid. Sellega tegelevad valdavalt laborid. Lisa, mis välja sai töötatud, ei ole iseenda tarkusest tehtud, vaid Kanada juhendi põhjal tehtud. Aga Eestis on transfusioonireaktsioonide diagnoosimine käinud põhiliselt reaktsioonide, mitte sümptomite põhjal. See on natuke arusaama muutus ja seepärast oli palju tagasisidet, millega veel tegeletakse. Perinatoloogia Selts andis tagasisidet intravenoosse rauravi kasutamise soovitusete kohta, mis ütles, et kui peale 34. rasedusnädalat on rasedal hemoglobiini sisaldus alla 100g/L, siis võiks eelistada intravenoosset rauravi. Perinatoloogia Selts arvas, et see lävend ei peaks selline olema ning soovitas ära muuta. Soovitusete olid tehtud tervishoiuteenuste loetelu järgi ja seal on sellised normid. Meie ei saa soovitusetes neid norme ja lävesid praegusel hetkel muuta, kuna meil ei olnud selle lävendi kohta konkreetset kliinilist küsimust. Töörühm arvab, et praegu jääb see nii nagu tervishoiuteenuste loetelus on. Seltsidel on võimalik neid avaldusi ja taotlusi teha. Erasisik andis tagasisidet selle kohta, et käsitlemata on kaks olulist teemat: pestud rakulised verekomponendid ja plasmaferees. Töörühm leidis, et need teemad on väga spetsiifilised üldisesse juhendisse ja need võiks asutusepõhiselt ära lahendada.

KÜSIMUSED/KOMMENTAARID

Neve Vendt kommenteerib lisade kohta. Ei õnnestunud sisukorrast leida põhjendust, miks sellised lisad on lisatud.

Liisa Saare vastab, et edastab selle töörühmale.

Kinnitamine toimub elektroonselt või järgmisel nõukoja koosolekul.

5. Ravijuhendi "Kroonilise neeruhaiguse ennetus ja käsitus" (ajakohastamine) AGREE hinnangute kokkuvõte ja ravijuhendi kinnitamine. *Kadi Kallavus (TÜ ravijuhendite piisisekretariaat).*

KUULATI: Kadi Kallavus tutvustas slaidide abil AGREE hinnangute kokkuvõtet.

Kadi Kallavus: neeruhaiguse juhendile andis AGREE II abil hinnangu 12 nõukoja liiget. AGREE hinnangu tulemus on 91%, mis on väga hea. Kommentaaride juures oli tähelepanek lisa 2 kohta. Seal on tabelid, mis on enam-vähem nagu algses juhendis. Seal oleks vaja muudatusi teha. Lisas 2 tekitab segadust, et mis on väike risk? Mille suhtes on see risk väike? See on neeruhaiguse progresseerumise risk. Tabelid vajavad rohkem lahti seletamist.. Seda peaks töörühmale näitama, kas oleks vaja lisasid täiendada. Veel üks tähelepanek ja küsimus oli algse ravijuhendi tõendusmaterjali kohta, aga seal on viide olemas ja saab sinna sisse vaadata. See oli soovitus 57, mida seekord ei muudetud. Kahel korral mainiti, et ravimite kohta võiks olla tabel-algoritm. Aga praeguses faasis on selleks juba hilja. Seda võib ajakohastamisel välja tuua. Neeruhaiguse algses juhendis olid soovitused üsna pikad. Mitu soovitus oli kokku pandud. Üritasime neid muuta selliseks nagu praegu lähenemine on. Aga mõnel puhul võis see jääda siiski keeruliselt loetavaks. Näiteks toodi välja soovitus 2, mida me ei muutnud, vaid korrigeerisime sõnastust. Teine oli soovitus 29, mis välja toodi. See on keeruline soovitus, see on pandud kokku algse juhendi väga pikast soovitusest. Töörühm üritas algsest soovitusest luua parema sõnastusega soovituse. Väga palju mainiti, et järelevalve või auditeerimise kriteeriumeid ei ole. Siin saab Tervisekassa kommenteerida. Meil on rakenduskava olemas, aga selle lõpus, kus kunagi olid auditeerimise kriteeriumid ja indikaatorid välja toodud, neid enam välja ei tooda.

Marion Kalju kommenteerib, et neid ei hakatud mingi hetk enam lisama, kuna teatud juhendite puhul hakati neid indikaatoreid tegema, siis oli aru saada, kas on andmete probleem või see ei mõõda seda, mida ta mõõdta peaks. Töörühmas ei ole ka piisavalt aruteluaga, et indikaatoreid piisavalt adekvaatselt ära kirjeldada, et neid mõõta saaks. Neeruhaiguse puhul peaksid indikaatorid olemas olema varasema juhendi perioodist. Need tuleks üle vaadata, kas juhendi uued või ajakohastatud soovitused muudavad indikaatorite sisu. Indikaatorite loetelu rakenduskavas ei ole primaarne.

Kadi Kallavus jätkab, et veel toodi välja, et võiks olla käsitletud neerufunktsiooni langus eakatel. See on ettepanek järgmiseks ajakohastamiseks. Mõju ressursidele oleks vaja hinnata. Näiteks, kui esmatasandil hakatakse juhendit järgima, siis millised kulud sellega tegelikult kaasnevad? See ilmselt sõltub indikaatoritest, mida Tervisekassa jälgib.

Marion Kalju vastab, et indikaatoreid ei ole kogu juhendile välja töötatud. See puudutab perearstide kvaliteedisüsteemi.

Ruth Kalda kommenteerib, et väga palju lisa asju juurde ei tekkinud, mis oleks ressursimahukamad kui nad seni olid. Indikaatorid on olemas juba eelmise ravijuhendiga. Kas tekib lisategevusi või lisa rahalisi väljaminekuid. Aga kuna uusi analüüse ja uuringuid juurde ei tekkinud, ega ka uusi soovitusi, keda skriinida, siis ei näe, et suured kulud võiks kaasuda.

Marion Kalju kommenteerib, et kulud kaasuvad siis kui PKS-i peaks lisanduma indikaatoreid.

Kadi Kallavus lisab veel, et tuli palju positiivseid tagasiside kommentaare.

Otsustati: Kinnitada ravijuhend "Kroonilise neeruhaiguse ennetus ja käsitus"

(ajakohastamine)

Poolt 10 nõukoja liiget (Ruth Kalda ei hääletanud, sest osales töörühmas)

6. Ravijuhendi "Aktiivsus- ja tähelepanuhäire diagnoosimise ja ravi põhimõtted" AGREE hinnangute kokkuvõte ja ravijuhendi kinnitamine. *Kadi Kallavus (TÜ ravijuhendite püsisekretariaat).*

KUULATI: Kadi Kallavus tutvustas slaidide abil AGREE hinnangute kokkuvõtet.

Kadi Kallavus: juhendit hindas 12 nõukoja liiget. 9 soovitas juhendit kasutada ja 3 soovitas kasutada koos täiendustega. Koondtulemus on 85%. Kõigepealt saadi kommentaar selle kohta, et oleks võinud sihtrühma kaasata. Leiti optimaalne töörühm, kus peamised kasutajad olid kaasatud. ATH puudutab väga erinevaid valdkondi, aga siis oleks juhend lihtsalt rohkem vaeva võtnud ja veelgi keerulisem oleks seda teha olnud. Veel märgiti, et soovitusel on pikad. Seda arutati ka töörühmas, aga kuna tegemist on esimese selle valdkonna juhendiga, siis töörühm soovis, et patsientide hindamise soovitusel oleks pigem mahukamad. Et kõik oluline oleks kirjas. Juhendile on veel ette heidetud, et põhjendused on pigem napid. Aga töörühma arutelud said sellised. Kõik on kirjas SOKO tabelites. Väga raske oli seda lühidalt kokku võtta. Väga palju on praktilisi soovitusi. See on juhend, kus on vaja ka kokkuleppeid teha, et patsientide käsitus toimiks ühtemoodi. Palju oli selliseid teemasid, et ei olnudki tõendust, näiteks raviplaani koostamised ja millist infot koguda. Veel on juhendit läbiv märksõna rakenduspiirang. Rakenduspiiranguga soovitusi on selles juhendis väga palju. Töörühma üks põhiline lause oli, et kui me neid asju sinna kirja panna ei saa, siis ei ole mõtet juhendit teha. Töörühm pidas oluliseks kõik need mõõdikute ja ravimite teemad kaardistada. Sellisel kujul täidab juhend eesmärgi, mida töörühm kokku tulles soovis täita. Veel toodi välja, et mõõdikud ei ole kättesaadavad. See on keeruline teema, kuna valideerimise protsess on väga kulukas ja ajamahukas. Tervisekassa rakenduskavast oli näha, et mitmete mõõdikutega on juba algust tehtud. Neid, mida Tervisekassa enda tööplaani võtta ei saa, on kaasprofessor Liina Haring võtnud enda peale. Aga see tähendab, et ülikoolil peab endal olema arvestatav summa olemas, et valideerimisi teha. See lihtsalt võtab paraku aega. Juhendi eest saadi ka kiidusõnu. Auditeerimise ja järelevalve kriteeriume ei ole. Selle kohta oskab ehk Marion Kalju kommenteerida.

Marion Kalju vastab, et kui nõukoda peab vajalikuks, et mingid ideelised mõõdikud oleksid olemas, siis võidakse need sinna kirjutada. Aga on raske ennustada aega, millal me selle juhendi mõõdikute juurde jõuame. Ei ole ressursi teha kõikide juhendite puhul auditeid.

Kadi Kallavus jätkab, et kuna AGREE vorm nõuab, et hinnatakse seda, kas on auditeerimise järelevalve kriteeriumid olemas. Kui neid ei ole, siis hakatakse neid pidevalt esile tooma. Siis peab jällegi põhjendama, miks neid ei ole. Kui ei ole ravimeid ja instrumente kohe kätte saada, kas siis üldse on mõttekas neid osasid esitada ja koolitusi teha? Töörühm näeb siiski suurt vajadust koolituste järele, et seda valdkonda ühtlustada. Neid mõõdikuid ja instrumente, mis on olemas ikkagi võiks kasutada.

Ruth Kalda küsib, et kui me jälgimise indikaatoreid ei võta enam ette ja neid ei tee, kas see tähendab, et järgmised ravijuhendid tulevad ilma nendeta või on see ikkagi protsessis olemas?

Marion Kalju vastab, et kahtlemata on neid oluline teha. Täna on lihtsalt see küsimus, et ei saa kõike korraga. Need on juhendid, kus räägime rakenduspiirangutega soovitudest, mida siis üldse mõõta saab? Mingeid soovitusi ilmselt saab mõõta, aga kui teste ei ole olemas, siis ei saa mõõta, kas neid teste patsientide peal kasutatakse. Mõni juhend on veel sarnase näitega. Näiteks unehäirete juhend, kus oli ka väga palju teste, mis on tänaseni valideerimata. Ei ole lihtsalt mõistlik seda tööd ette võtta, et mõõta asja, mida rakendada ei saa. Aga muidu nõus, et rakendumise mõõtmine on väga oluline, pigem on küsimus Tervisekassa maja ressursides. Kust leida aeg, et kõikide juhendite kohta kõik hindamised ära teha? See on nõukoja otsus. Kui edaspidi tahetakse seal loetelu näha, siis me võime jätkata sellega, et need asjad on rakenduskavas kirjas. Küsimus on, kui palju on meil aega ravijuhendi töötamise ajal indikaatorite väljamõtlemisele panna.

Ulla Raid kommenteerib, et saab aru rakendustegevuste mahust, aga kunagi, oli Grade pro teemal jutuks, et seal on võimalik tööühmal kohe soovitud koostamisel otsustada, kas sinna saab indikaatori nuputada või mitte. Kui küsimus on laual, siis saab teha veel ühe sammu, mis tegelikult aitab ka teid kergemini edasi. Võib olla oleks ka see otsuse koht, et ei hakka vanu juhendeid ülesse võtma. Indikaatorite arv ühe ravijuhendi kohta peaks olema mõistlik. See osa vajaks kindlasti arendust ja mõttetööd.

Agnes Aart kommenteerib, et indikaatorid peaks saama ravijuhendi koostamise käigus tehtud ning rakenduskavas võiks olla soovitud, millised need indikaatorid võiksid olla. Teiseks on räägitud, et valideerimine on väga mahukas ja kulukas. Nüüd on leitud võimalus, et lisatakse rakenduspiirang ning siis ei tea, kas üldse kunagi neid valideeritakse. See kordub juhendist juhendisse. Suutmatus neid tööriistu valideerida. See on teema, mida peaks eraldi läbi rääkima.

Otsustati: Kinnitada ravijuhend “Aktiivsus- ja tähelepanuhäire diagnoosimise ja ravi põhimõtted”

Poolt 12 nõukoja liiget

7. 2023.a koostatavate ravijuhendite käsitlusalade arutelu ja sobivusel kinnitamine.

Terje Tollimägi-Raud, Tuuli Ruus (TÜ ravijuhendite püsisekretariaat)

Tuuli Ruus tutvustab „Diabeetilise jalahaiguse ennetamise ja ravi juhend“ käsitlusala. Käsitlusala lisatud protokoll lõppu.

Ulla Raid küsib, kas rahvusvaheline juhend sai AGREE-ga hinnatud ja kas algset tõendusmaterjali saaks oma valdusesse?

Tuuli Ruus vastab, et ravijuhend sai hinnatud, aga ei ole ühtegi analoogset küsimust nende ravijuhendiga, et saaks neid tõendusmaterjale üle võtta. Pigem pannakse praktiliste soovitudena neid asju, mis neil on ära tõendatud, kuhu ise ei minda uuesti tõendust otsima, sest see on nii värskelt otsitud. Maikuu kinnitatud juhendid. Tõendusmaterjali otsitakse küsimustes, mis meie kontekstis on vajalikud. IWGDF ravijuhend sai kõrge hinnangu, seal järgitakse GRADE metoodikat. Kahjuks nende küsimused ei ole lõpuni samal viisil koostatud. Aga abiks on see palju.

Terje Tollimägi-Raud tutvustab slaidide abil „Healoomuliste, pahaloomulisuse potentsiaaliga ja ebaselge loomusega nahamoodustiste käsitus“ käsitusala. Slaidid lisatud protokollile lõpuks.

Terje Tollimägi-Raud tutvustab „Toitmisravi korraldus (I osa). Alatoitumuse sõelumine, diagnoosimine ja toitmisravi alustamine“ juhendit slaidide abil. Slaidid lisatud protokollile lõpuks.

Otsustati:

- „Healoomuliste, pahaloomulisuse potentsiaaliga ja ebaselge loomusega nahamoodustiste käsitus“ käsitusala **kinnitati 12 häälega**
- „Diabeetilise jalahaiguse ennetamise ja ravi juhend“ käsitusala **kinnitati 12 häälega**

8. Ravijuhendi „2. tüüpi diabeedi mittefarmakoloogiline ravi“ retsensentide kinnitamine. *Tuuli Ruus (TÜ ravijuhendite püsisekretariaat)*

Kersti Esnar on nõukojast retsensendiks. Kuna teised kaks retsensenti on veel puudu, siis toimub kinnitamine elektroonselt või järgmisel koosolekul.

9. Ravijuhendi „Kodade virvendusarütmia ravi- ja käsitusjuhend“ (ajakohastamine) tööühma muudatus. *Tuuli Ruus (TÜ ravijuhendite püsisekretariaat)*

Uus tööühma liige Tanel Lepik

Patsientide esindaja Margut Soomann

Otsustati: mõlemad kinnitati 11 häälega.

10. Ülevaade 2022. ja 2023.a koostatavate ravijuhendite seisust ja teemaalgatused 2024. *Tuuli Ruus (TÜ ravijuhendite püsisekretariaat)*

2021 alustatud juhend

„Perioperatiivne ägeda valu käsitus“ valmib 2023 aasta lõpus.

2022 alustatud juhendid

„2.tüüpi diabeedi mittefarmakoloogiline ravi“ valmib 2023 aasta lõpus.

„Südamehaigete kompleksse taastusravi juhend“ valmib 2023 aasta lõpus.

„Transfusioonravi juhend: II osa“ AGREE II ja kinnitamine oktoobri lõpus.

„Sagedasemate ambulatoorsete hingamis- ja kuseteede infektsioonide diagnostika ja ravi“ AGREE II hindamine novembris ja arutelu detsembri koosolekul.

„Kroonilise venoosse haavandi käsitus“ Kinnitatud 03.07.23 ja küljendatud.

„Kroonilise neeruhaiguse ennetus ja käsitus“ kinnitatud 10.10.23 ja küljendatud.

„Enneaegse sünnituse ja enneaegse vastsündinu perinataalperioodi käsitus“ valmib 2023 aasta lõpus.

„Aktiivsus- ja tähelepanuhäire (ATH) diagnoosimise ja ravi põhimõtted“ kinnitatud 10.10.23 ja on küljenduses.

2023 alustatud juhendid

„Diabeetilise jalahaiguse Ravijuhend“ käsitusala kinnitati 10.10.23.

„Sagedasemate ambulatoorsete infektsioonhaiguste diagnostika ja ravi. II osa: seedetrakti infektsioonid, naha- ja pehmete kudede infektsioonid“ töös.

„Osteoporoosi käsitluse ja ravi juhend esmatasandile“ käsitusala kinnitatud ja töös.

„Toitmisravi korraldus (I osa). Alatoitumuse sõelumine, diagnoosimine ja toitmisravi alustamine“ käsitusala on paigas, töörühm veel viimistleb.

„Healoomuliste, pahaloomulisuse potentsiaaliga ja ebaselge loomusega nahamoodustiste käsitus“ käsitusala kinnitati 10.10.23

„Kodade virvendusarütmia (KVA) ravi- ja käsitusjuhend (ajakohastamine)“ käsitusala on paigas, töörühm veel viimistleb.

„Kopsu- ja kopsuvälise tuberkuloosi käsitus (ajakohastamine)“ käsitusala kinnitatud ja töös

„Sepsise ja septilise šoki ravijuhend- esmane diagnostika ja ravivõtted (ajakohastamine)“ käsitusala kinnitatud ja töös.

Lisaks tutvustas Tuuli Ruus lühidalt veel 2024. aasta juhenditeks laekunud teemalgatuste ja ajakohastamise vajaduse hindamise töö käiku.

Muud küsimused

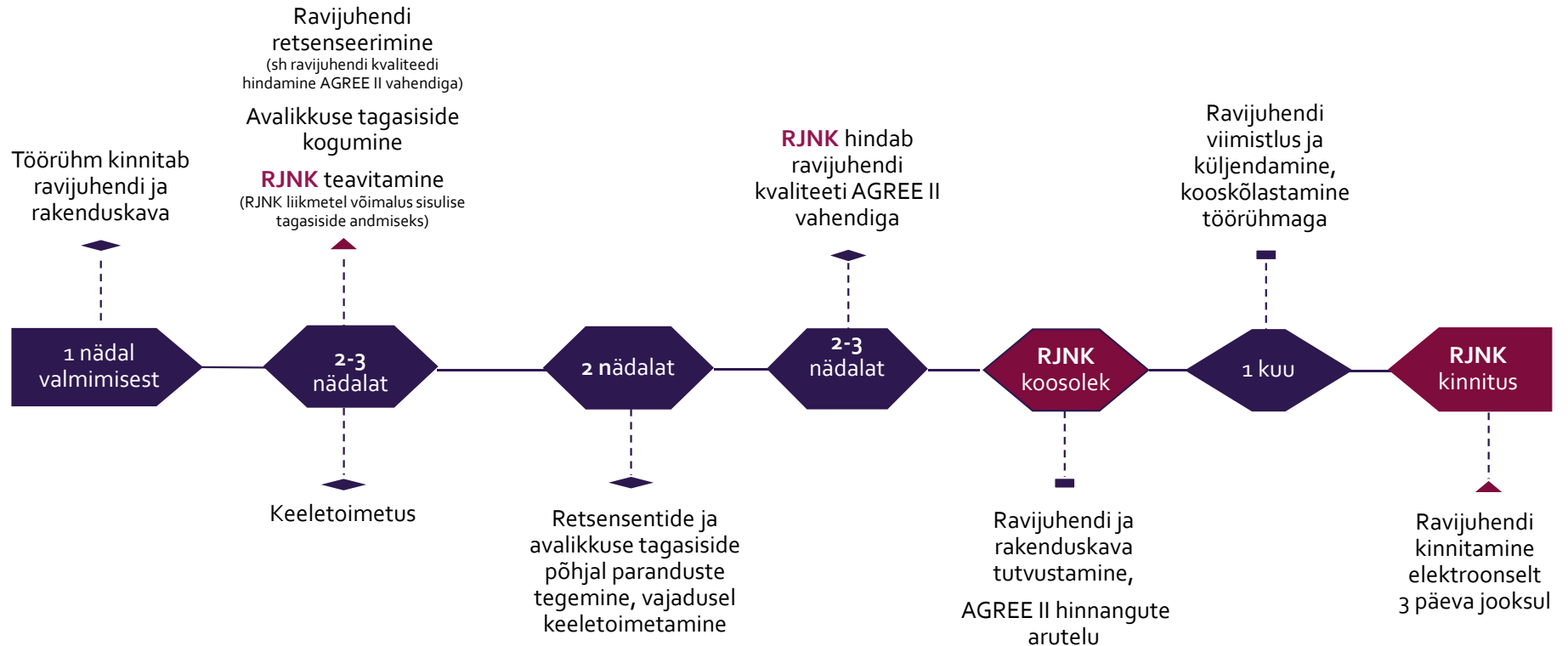
Marion Kalju lisab veel koosoleku lõpus, et Tervisekassal on soov teha nõukojaga eraldi koosolek novembris, et arutada 2024. aasta plaane. Lepiti kokku 28.11.2023, kell 14:00-15:30.

Kokkuvõte. *Kadri Tamme*

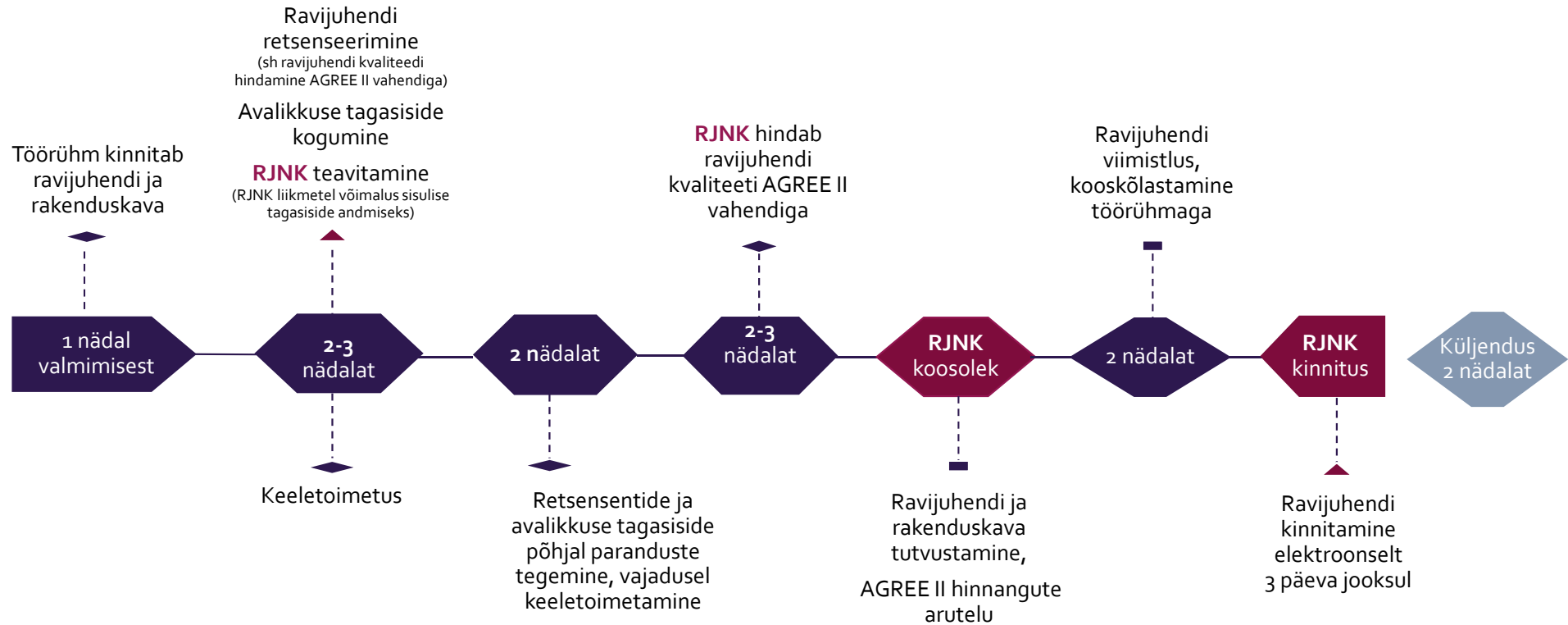
(allkirjastatud digitaalselt)
Kadri Tamme
RJNK esimees

(allkirjastatud digitaalselt)
Kriste Klampe
Püsisekretariaadi liige, protokollija

Ravijuhendi valmimisest kinnitamiseni (kõige vähem 3 kuud)



Ravijuhendi valmimisest kinnitamiseni (umbes 3 kuud)



Transfusioonravi juhend (II osa).

Transfusioonravi kroonilise
haigusega patsiendil; kriitiliselt
haige patsiendi transfusioonravi

Tagasiside ravijuhendile

- Retsensentidele ja avalikkusele saadeti ravijuhendi materjalid 17.08.23 (ilma rakenduskaavata), tähtajaga 07.09.23
- Ravijuhendit retsenseerivad:
 - RJNK liige **Agnes Aart**
 - Põhja-Eesti Regionaalhaigla hematoloog **Mirja Varik**
 - Põhja-Eesti Regionaalhaigla sisearst **Helen Ilumets**

Tagasiside ravijuhendile II

- 3 retsensenti
- 7 seltsi/ühingut
 - Eesti Kardioloogide Selts
 - Eesti Laborimediitsiini Ühingu laboriarstide seksioon
 - Eesti Oftalmoloogide Selts
 - Eesti Erakorralise Meditsiini Arstide Selts
 - Eesti Ämmaemandate Ühing
 - Eesti Õdede Liit
 - Eesti Perinatoloogia Selts
- 2 haiglat
 - Ida-Viru Keskhaigla verekabinet
 - Ida-Tallinna Keskhaigla Vereteenistus
- 1 eraisik

Tagasiside ravijuhendile III

- Sisuline tagasiside

- soovituste täpsus, arusaadavus
- referentsväärtused
- lisad (**lisa 2 transfusioonireaktsioonidest**)
- mittekäsitletavad teemad

- Metoodiline tagasiside

- ravijuhendi koostamise info lisada ravijuhendi lõppu
- praktilised soovitused
- öörühma liikmete valik

Ravijuhendi "Diabeetilise jalahaiguse ennetamise ja ravi juhend" käsitusala

Käsitusala koostatud 10.10.2023

Ravijuhendi pealkiri	DIABEETILISE JALAHAIGUSE ENNETAMISE JA RAVI JUHEND
Peamine kasutajate sihtrühm	Diabeetikutega tegelevad arstid ja õed (perearst ja -õde, erakorralise meditsiini arst ja õde, sisearst, endokrinoloog, diabeediõde, koduõde, haavaõde, füsioterapeut jt)
Hõlmatud isikud/patsiendid ja alarühmad	<ul style="list-style-type: none">• I ja II tüüpi diabeeti põdevad täiskasvanud (vanuses ≥ 18 aastat), kellel veel ei ole tekkinud jalatüsistusi• täiskasvanud patsiendid diabeetilise jalatüsistusega (neuropaatia, angiopaatia, moonduvad labajalg, jalahaavand, infektsioon, eelnev amputatsioon)
Ravijuhend käsitleb järgmisi teemasid	Ravijuhendis käsitletakse diabeetiliste jalatüsistuste ennetust (sõelumine, nõustamine), diagnostikat (neuropaatia diagnoosimine, verevarustuse hindamine, naha seisundi hindamine, riskitegurite tuvastamine) ja ravikorraldust (labajalale mõjuva rõhumisjõu vähendamine, integreeritud/multidistsiplinaarne jalaravi) täiskasvanutel.
Ravijuhendis ei käsitleta järgmisi teemasid	<ul style="list-style-type: none">• Diabeedi ennetus ja ravi• Rasedusaegne diabeet• Diabeetilise polüneuroopaatia põhjused ja ennetus• Diabeetilise jalahaiguse kirurgilise ravi meetodika• Muud jalahaavandid (nt lamatishaavand, traumaatiline haavand, venoosne haavand, arteriaalne haavand)• Diabeedi muud tüsistused
Teised asjakohased Eesti ravijuhendid	<ul style="list-style-type: none">• 2. tüüpi diabeedi diagnostika ja ravi. RJ-E/51.1-2021. https://www.ravijuhend.ee/tervishoiuvarav/juhendid/154/2-tuupi-diabeedi-diagnostika-ja-ravi• Jala veenilaiendite ja kroonilise venoosse puudulikkuse diagnoosimine ja ravi. RJ-I/30.1-2019. https://ravijuhend.ee/tervishoiuvarav/juhendid/190/jala-veenilaiendite-ja-kroonilise-venoosse-puudulikkuse-diagnoosimine-ning-ravi• Kroonilise venoosse haavandi käsitus (2017 juhendi ajakohastamine), RJ-I/21.2-2023 https://ravijuhend.ee/tervishoiuvarav/juhendid/236/kroonilise-venoosse-haavandi-kasitus-ajakohastamine• 2. tüüpi diabeedi mittefarmakoloogiline ravi (koostamisel)

Kriitilised ja tähtsad tulemusnäitajad

- esmane diabeetiline jalahaavand
- korduv diabeetiline jalahaavand
- haavandi paranemine
- haavandi paranemise aeg
- haavandivaba elulemus
- haavandi raskusaste
- amputatsioon
- kõrvaltoimed
- ravi tüsistused
- suremus
- ravisoostumus
- tervisega seotud elukvaliteet
- teadmised jalahoolduse kohta
- patsiendi rahulolu
- päevane sammude arv
- patsiendi nimetatud tegevuspiirangud
- surve vähenemine labajalale ja varvastele
- vahendi kandmise aeg
- jalakuju säilimine
- kukkumised
- kulu patsiendile
- kulud

Ravijuhendi struktuur, käsitletavat teemad:

Eesti ravijuhendi koostamisel lähtutakse Rahvusvahelise Diabeetilise Jalahaiguse Töörühma (*International Working Group on the Diabetic Foot, IWGDF*) 2023. aastal valminud ravijuhendist.

Käsitletavat teemad:

Ravijuhend käsitleb diabeetilise jalahaiguse suhtes sõelumist, selle ennetamist ja ravi täiskasvanutel. Diagnostika osas keskendutakse nii kliinilisele läbivaatusele kui ka riskitegurite käsitlemisele. Diabeetilise jalahaiguse ravi täpseid meetodeid juhendis ei kirjeldata, küll aga ravi üldisi põhimõtteid ja korraldust.

- Diabeetiku jalgade regulaarne läbivaatus ja jalatüsistuste riski hindamine
- Tervishoiutöötajate, patsiendi ja tema perekonna koolitamine sh koostatakse patsiendijuhend enesehoolituse kohta.
- Sobilike jalanõude ja ortooside, sh tallatugede kättesaadavuse ja rutiinse kasutamise tagamine.
- Jalahaavandi riskitegurite (alajäseme isheemia, labajala ja varvaste moone, varasem haavand või amputatsioon) esmane käsitus
- Jalale mõjuva rõhumisjõu vähendamise vahendid (kips, põlveni ulatuv ortoos) diabeetilise jalahaavandi avaldumisel
- Labajala pehmekoeinfektsiooni ja osteomüeliidi diagnostika ja esmane käsitus
- Labajala verevarustushäire diagnostika ja esmane käsitus

- Charcot' artropaatia diagnostika ja esmane käsitus
- Integreeritud jalaravi korraldus

Lisaks esitatud kliinilistele ja tervishoiukorralduslikele küsimustele käsitleb töörühm järgmisi teemasid praktiliste soovitusena: diabeetiku jalgade regulaarne läbivaatus ja jalatüsistuste riski hindamine; tervishoiutöötajate, patsiendi ja tema perekonna koolitamine; diabeetiku labajala ja varvaste mooned; diabeetiku labajala verevarustuse ja neuropaatia hindamise meetodid; labajala verevarustushäire või neuropaatiaga diabeetikute suunamine ja eelnevad uuringud.

Lühendid ja mõisted:

Ravijuhendis kasutatavate lühendite (sh IWGDF, DFU) ja asjakohaste mõistete (sh diabeetiline jalahaigus, diabeetiline jalatüsistus, diabeetiline jalahaavand, Charcot' jalg) loetelu kujuneb juhendi koostamise käigus.

Kliinilised küsimused:

1. Kas kõigile jalahaavandi riskiga diabeetikutele tuleb pakkuda kindla struktuuriga väljaõpet või mitte, et ennetada esmast või korduvat haavandit?			
P jalahaavandi riskiga diabeetik	I struktureeritud väljaõpe (kontaktõpe individuaalselt või grupis, video teel või kirjalikus vormis)	C tavaravi	O haavandi ennetamine
<p><i>Millist probleemi soovitakse küsimusega lahendada:</i> Struktureeritud väljaõpet peetakse jalahaavandite ennetamise lahutamatuks osaks, kuna jalahaavandi riskiga patsientidel on oluline mõista oma haigust ja teada, kuidas oma jalgade eest hoolitseda. Struktureeritud väljaõppel on määratletud järjekord ja sisu (nt kindel protokoll). Võimalusi koolitamiseks on palju, näiteks üks ühele suuline väljaõpe, motiveeriv intervjuerimine, grupiõpe, videoõpe, voldikud, tarkvaralahendused.</p> <p>Struktureeritud väljaõpe jalahoolduse kohta peab sisaldama järgmisi teemasid:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jalahaavandid ja nende tagajärjed; - Ennetusele suunatud enesehooldus, näiteks mitte käimine paljajalu või sokkides ilma kingadeta või õhukese tallaga jalatsites; - Adekvaatsete jalga kaitsvate jalanõude kandmine; - Jalgade regulaarne kontroll; - Hea jalahügieen; - Õigeaegne abi otsimine jalaprobleemi avastamisel. <p>Küsimuse eesmärk on välja selgitada, kas diabeetilise jalahaavandi riskiga patsientide nõustamisel on esmase või korduva haavandi ennetamisel struktureeritud nõustamine tõhus või pole see vajalik. Töörühm soovib selgitada, milline on kõige õigem aeg nõustamiseks ja kas struktureeritud väljaõpet tuleb kasutada kõigi diabeetilise</p>			

jalahaavandi riskiga patsientide nõustamisel või on olemas eraldi patsientide rühm, kellel väljaõpe haavandite tekke tõenäosust vähendab.

Tulemusnäitajad: esmane diabeetiline jalahaavand, korduv diabeetiline jalahaavand, amputatsioon, teadmised jalahoolduse kohta, haavandivaba elulemus, tervisega seotud elukvaliteet, haavandi raskusaste (sügavus, isheemia või infektsioon), kulu patsiendile, suremus

2. Kas kõigile jalahaavandi riskiga diabeetikutele tuleb soovitada ortopeedilisi vahendeid või mitte, et ennetada esmast või korduvat haavandit?

P	I	C	O
jalahaavandi riskiga diabeetik	ortopeedilised vahendid (ortoosid ja/või ravijalanõud)	ortopeediliste vahendite mittekasutamine	haavandi ennetamine

Millist probleemi soovitakse küsimusega lahendada:

Küsimuse eesmärk on välja selgitada, kas esmase või korduva haavandi ennetamiseks tuleb kõigile patsientidele, kellel on diabeetilise jalahaavandi risk, soovitada spetsiaalseid haavandeid potentsiaalselt ennetavaid ortoose ja/või ravijalatseid. Töörühm soovib teada, milliseid ortoose, sh ravijalatseid, tuleks haavandi ennetamiseks kasutada ning millised faktorid mõjutavad ravisoostumust ja patsientide eelistusi nende kasutamisel.

Ortopeediliste jalanõude eesmärk on vältida hõõrumist, kuna nad on teatud kohtades pehmemad kui tavajalanõud ning nende liist on enamasti laiem. Ortooside all mõeldakse erinevaid labajala ja varvaste asendit ning neile langevat survet mõjutavaid tooteid ning individuaalseid tallatugesid (pehmed ning jalalaba võlve jm strateegilisi kohti toetavad).

Tulemusnäitajad: esmane diabeetiline jalahaavand, korduv diabeetiline jalahaavand, surve vähenemine labajalale ja varvastele, tervisega seotud elukvaliteet, päevaste sammude arv, ravisoostumus, vahendi kandmise aeg, kasutusmugavus, kulud, kõrvaltoimed, amputatsioon

3. Kas kõigil moondunud labajala ja/või varvastega diabeetikutel, kellel esineb neuropaatia või labajala verevarustushäire, tuleb teha ortopeediline operatsioon või mitte, et ennetada esmast või korduvat jalahaavandit?

P	I	C	O
moondunud labajala ja/või varvastega diabeetik, kellel on neuropaatia ja/või labajala verevarustuse häire	ortopeediline operatsioon	ortopeedilise operatsiooni mittetegevmine	haavandi ennetamine

Millist probleemi soovitakse küsimusega lahendada:

Küsimuse eesmärk on välja selgitada, kas kõigil labajaladeformatsiooniga diabeetikutel, kellel on diabeetilise jalahaavandi risk, tuleb haavandi ennetamiseks teha ortopeediline operatsioon.

Ortopeediliste operatsioonide hulka kuuluvad siin näiteks kannakõõluse pikendamine, varvaste painutajakõõluste tenotoomia, ühe või kõigi metatarsaalluude peade reseksioon, metatarsofalangeaalligeste artroplastika, metatarsaalluu miniinvasiivne subkapitaalne osteotoomia, labajala- ja varbamoone ravi

Tulemusnäitajad: esmane diabeetiline jalahaavand, korduv diabeetiline jalahaavand, tervisega seotud elukvaliteet, ravisoostumus, kulud, ravi tüsistused, suremus, patsiendi rahulolu, amputatsioon, haavandivaba elulemus

4. Kas kõigile diabeetilise jalahaigusega inimestele tuleb lisaks veresuhkrut korrigeerivale ravile manustada toidulisandeid või mitte, et saada parem ravitulemus?

P	I	C	O
diabeetilise jalahaigusega inimene	toidulisandid lisaks veresuhkrut korrigeerivale tavaravile	veresuhkrut korrigeeriv tavaravi	parem ravitulemus

Millist probleemi soovitakse küsimusega lahendada:

Töörühmale teadaolevalt kasutavad diabeetikud käsimüügis olevaid toidulisandeid palju, iseäranis lipoehapet ja benfotiamiini. Kliinilise küsimusega soovib töörühm teada, kas kõikidele diabeetilise jalahaigusega inimestele tuleks toidulisandeid soovitada, et jalahaavandit ennetada või ravida. Samuti huvitab töörühma, kas on teada mingid diabeetilise jalahaigusega patsientide rühmad, kes toidulisandite kasutamisest rohkem kasu saaksid kui teised.

Tulemusnäitajad: esmane diabeetiline jalahaavand, korduv diabeetiline jalahaavand, tervisega seotud elukvaliteet, ravisoostumus, kulud, kõrvaltoimed, haavandivaba elulemus, haavandi paranemine

5. Kas kõigil labajala ees- või keskosa plantaarse diabeetilise haavandiga inimestel tuleb eelistada põlveni ulatuvat kipsi või mitte-eemaldatavat ortoosi muudele rõhumisjõudu vähendavatele vahenditele, et saada parem ravitulemus?

P	I	C	O
labajala ees- või keskosa plantaarse diabeetilise haavandiga inimene	põlveni ulatuv mitte-eemaldatav ortoos või kips	põlveni ulatuv eemaldatav ortoos või üle hüppeliigese ulatuv eemaldatav ortoos või üle hüppeliigese ulatuv mitte-eemaldatav ortoos või kips või individuaalsed tallatoed või ortopeedilised jalanõud	parem ravitulemus

Millist probleemi soovitakse küsimusega lahendada:

Kliinilise küsimuse eesmärgiks on välja selgitada, millised ortopeedilised vahendid on labajala ees- või keskosa plantaarse diabeetilise haavandiga inimestel tõhusaimad. Töörühmale teadaolevalt ei ole diabeetilise jalahaavandiga patsientide ravisoostumus koormust vähendava vahendi kasutamisel kiita, mis tähendab, et patsiendid kipuvad jäset

koormama, kui seda tegema ei peaks. Samuti soovib töörühm kliinilise küsimusega lahendada probleemi, et diabeetilise jalahaavandiga patsientidele soovitataks jalatseid või tallatugesid olukorras, kus oleks tarvis ortoosi või kipsi. Töörühma hinnangul on olukordi, kus mitte-eemaldatav seade on vastunäidustatud, näiteks kriitiline isheemia ning infitseerunud haavand. Töörühma hinnangul on olukordi, kus patsient suunatakse diabeetiliste jalatüvistuste ravimiseks ebapiisava ettevalmistusega spetsialistile ortoosi ja/või kipsi paigaldamiseks, mis võib aga ravitulemust halvendada.

Tulemusnäitajad: haavandi paranemine, haavandi paranemise aeg, ravisoostumus, vahendi kandmise aeg, kukkumised, amputatsioon, patsiendi rahulolu, ravikulu patsiendile, terviseiga seotud elukvaliteet, suremus, päevane sammude arv, haavandi raskusaste (sügavus, isheemia või infektsioon), patsiendi nimetatud tegevuspiirangud, maksimaalne rõhumisjõud ja teised rõhumisjõuga seotud parameetrid

6. Kas kõigil jalahaavandi infektsiooniga diabeetikutel tuleb kasutada infektsiooni raskusastme hindamiseks IWGDF/IDSA rahvusvahelise töörühma jalainfektsioonide klassifikatsioonisüsteemi või mitte, et saada parem ravitulemus?

P	I	C	O
jalahaavandi infektsiooniga diabeetik	IWGDF/IDSA jalainfektsioonide klassifikatsioonisüsteem	IWGDF/IDSA jalainfektsioonide klassifikatsioonisüsteemi mittekasutamine	parem ravitulemus

Millist probleemi soovitakse küsimusega lahendada:

Kliinilise küsimuse eesmärgiks on välja selgitada meetodid, mis peaksid olema esmatasandi praktikas vältimatud diabeetilise jalahaavandi infektsiooni hindamisel, leidmaks üles patsiendid, kelle edasise käsitlusega on kiire. Töörühm soovib teada, kas IWGDF/IDSA klassifikatsiooni alusel on võimalik prognoosida diabeediga patsiendi jalahaiguse kulgu infektsiooni puhul, ning seega teada, kas patsienti on võimalik ravida esmatasandil või vajab ta suunamist spetsialiseeritud keskusesse, milles on multidistsiplinaarne jalaravimeeskond ja statsionaarse ravi võimalus.

Tulemusnäitajad: haavandi paranemine, haavandi paranemise aeg, amputatsioon, suremus, patsiendi rahulolu

7. Kas kõigil verevarustuse häire ja jalahaavandiga diabeetikutel, kellel ei ole elulistel näidustustel kohe vajalik suuremahuline amputatsioon reiest või säärest, tuleb rakendada arteriaalset rekonstruktsiooni või mitte, et saada parem ravitulemus?

P	I	C	O
verevarustuse häire ja jalahaavandi infektsiooniga diabeetik	arteriaalne rekonstruktsioon lisaks tavaravile	tavaravi	parem ravitulemus

Millist probleemi soovitakse küsimusega lahendada:

Töörühmale teadaolevat tehakse Eestis arteriaalset rekonstruktsiooni antud patsientide grupil vähem kui oleks näidustatud või võimalik. Näiteks on infitseerunud haavandi ravi

adekvaatse verevarustuse puudumisel perspektiivitu. Ühtlasi tahab töörühm välja selgitada, milliste sümptomite puhul ja kui kiiresti peaks esmatasandilt patsiendi suunama edasi veresoontekirurgi vastuvõtule või e-konsultatsioonile.

Tulemusnäitajad: haavandi paranemine, amputatsioon, suremus, patsiendi rahulolu, terviseiga seotud elukvaliteet, kõrvaltoimed, ravikulu

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

P	I	C	O
nahakahjustuseta Charcot' labajalaga diabeetik	põlveni ulatuv kips või mitte-eemaldatav ortoos	põlveni ulatuv eemaldatav ortoos või üle hüppeliigese ulatuv eemaldatav ortoos või üle hüppeliigese ulatuv mitte-eemaldatav ortoos või kips või individuaalsed tallatoed	parem ravitulemus

Millist probleemi soovitakse küsimusega lahendada:

Töörühmale teadaolevalt on Eestis probleem Charcot' labajala ära tundmise ning selle õige käsitlemisega, st labajalale langeva koormuse piiramisega. Õigeaegne varane jala immobilisatsioon aitab säilitada labajala võimalikult normilähedast kuju, s.t vähendab labajala moondumist, ja vähendada labajala moondumisest tingitud haavandumise riski. Kliinilise küsimuse eesmärgiks on välja selgitada, milline on Charcot' labajalaga diabeetikutel tõhusaim rõhumisjõudu vähendav ravimeetod.

Tulemusnäitajad: Charcot' labajala paranemine, Charcot' labajala paranemise aeg, ravisoostumus, kukkumised, infektsioon, ravikulu, jalakuju säilimine, amputatsioon, esmane diabeetiline jalahaavand, korduv diabeetiline jalahaavand, ebavajaliku ravi vältimine (antibiootikum vms), terviseiga seotud elukvaliteet

Tervishoiukorralduslikud küsimused

- 1. Kes, kuidas ja kui sageli hindab diabeetiku jalatüsistuste riski (nt IWGDF meetodil), et ennetada esmakordse või korduva jalahaavandi teket?**
 - *Kuidas ja millise sagedusega tuleb diabeetiku jalatüsistuste riskitegureid hinnata?*
 - *Milliseid riskitegureid tuleb hinnata?*
 - *Kuidas tuvastada diabeetikul perifeerset sensoorset neuropaatiat ja jala deformatsiooni?*
 - *Kuidas tuvastada haavandumise riski määra?*
- 2. Millisel tervishoiutöötajal peaks olema õigus määrata diabeetikutele soodustingimustel ravijalatseid, ortoose ja tallatugesid, et tagada parim ravitulemus?**

- 3. Milline on mitme eriala kutsetöötajaid hõlmava integreeritud ravimeeskonna loomise mõju diabeetikute ravitulemustele ning patsientide ja personali rahulolule?**

Ravijuhendi „Healoomuliste, pahaloomulisuse potentsiaaliga ja ebaselge loomusega nahamoodustiste käsitus” käsitusala

Käsitusala koostatud 01.10.2023

Ravijuhendi pealkiri	Healoomuliste, pahaloomulise potentsiaaliga ja ebaselge loomusega nahamoodustiste käsitus
Peamine kasutajate sihtrühm	Perearstid, pereõed, dermatoloogid, kirurgid, üldarstid, nahakabineti õed
Hõlmatud isikud/ patsiendid ja alarühmad	Täiskasvanud alates 18. eluaastast
Ravijuhend käsitleb järgmisi teemasid	Healoomuliste nahamoodustiste (neevus, pehmefibroom, dermatofibroom, angioom, seborroiline keratoos jm) diagnostika, ravi ja käsitlusteekond Pahaloomulisuse potentsiaaliga nahamoodustiste (düsplastiline neevus, kroonilise traumaga nahamoodustised) diagnostika, ravi ja käsitlusteekond Ebaselge loomusega nahamoodustiste (nahasarv, ebatüüpilised nodulaarsed ja melanotsüütilised lesioonid) diagnostika, ravi ja käsitlusteekond
Ravijuhendis ei käsitleta järgmisi teemasid	Nahaaluskoe kasvajakasvaja ja pahaloomulised nahakasvajakasvaja
Teised asjakohased Eesti ravijuhendid	Puuduvad
Kriitilised ja tähtsad tulemusnäitajad	Asjakohased tulemusnäitajad on esitatud iga kliinilise küsimuse juures

Ravijuhendi struktuur, käsitletavat teemasid:

Ravijuhendist käsitletakse sagedasemate healoomuliste, pahaloomulisuse potentsiaaliga ning ebaselge loomusega nahamoodustiste diagnostikat, ravi ja käsitlusteekonda.

Healoomulistest nahamoodustistest käsitletakse neevust, pehmefibroomi, dermatofibroomi, angioomi, seborroilist keratoosi jm.

Pahaloomulise potentsiaaliga nahamoodustistest käsitletakse düsplastilist neevust ja kroonilise traumaga nahamoodustisi.

Ebaselge loomusega nahamoodustistest käsitletakse nahasarve, ebatüüpilisi nodulaarseid ja melanotsüütilisi lesioone.

Lühendid ja mõisted:

Ravijuhendis kasutatavate lühendite ja asjakohaste mõistete loetelu kujuneb juhendi koostamise käigus

Kliinilised küsimused:

1. Kas kasutada kõigil melanotsüüt lesioonidega patsientidel ainult kliinilist läbivaatust või kliinilist läbivaatust ja dermatoskoopiat healoomulise nahamoodustise eristamiseks pahaloومuliseist?			
P Kõik melanotsüüt lesioonidega patsiendid	I kliiniline läbivaatus	C või kliiniline läbivaatus ja dermatoskoopia	O healoomulise nahamoodustise eristamine pahaloومuliseist
<i>Millist probleemi soovitakse küsimusega lahendada:</i> Töörühm soovib teada, kas melanotsüüt lesioonidega patsientidel piisab healoomulise nahamoodustise eristamiseks pahaloومuliseist kliinilisest läbivaatusest või on vajalik lisaks teha ka dermatoskoopia. <i>Tulemusnäitajad:</i> diagnostiline viivitus, tundlikkus ja spetsiifilisus			
2. Kas kasutada kõigil mitte melanotsüüt lesioonidega patsientidel ainult kliinilist läbivaatust või kliinilist läbivaatust ja dermatoskoopiat healoomulise nahamoodustise eristamiseks pahaloومuliseist?			
P Kõik mitte melanotsüüt lesioonidega patsiendid	I kliiniline läbivaatus	C või kliiniline läbivaatus ja dermatoskoopia	O healoomulise nahamoodustise eristamiseks pahaloومuliseist
<i>Millist probleemi soovitakse küsimusega lahendada:</i> Töörühm soovib teada, kas mitte melanotsüüt lesioonidega patsientidel piisab healoomulise nahamoodustise eristamiseks pahaloومuliseist kliinilisest läbivaatusest või on vajalik lisaks teha ka dermatoskoopia.			

Tulemusnäitajad: diagnostiline viivitus, tundlikkus ja spetsiifilisus

3. Kas kõik healoomulised nahamoodustised vajavad ravi või mitte patsientide elukvaliteedi parandamiseks?

P	I	C	O
Healoomulised nahamoodustised	ravi	Või mitte	Parem elukvaliteet

Millist probleemi soovitakse küsimusega lahendada:

Töörühm soovib teada, kas kõik healoomulised nahamoodustised, mis põhjustavad patsiendile kaebusi vajavad ravi või mitte.

Tulemusnäitajad: pahaloomulise potentsiaaliga nahamoodustised, elukvaliteet, patsientide rahulolu

4. Kas kasutada kõigil healoomulise nahamoodustisega patsientidel destruktsioonmeetodit või ekstsisioonmeetodit healoomulise nahamoodustise eemaldamiseks?

P	I	C	O
Kõik healoomulise nahamoodustisega patsiendid	destruktsioonmeetod	või ekstsisioonmeetod	healoomulise nahamoodustise eemaldamiseks

Millist probleemi soovitakse küsimusega lahendada:

Töörühm soovib teada, kas healoomulise nahamoodustise eemaldamiseks kasutada kirurgilist eemaldamist või destruktsioonimeetodid.

Tulemusnäitajad: retsidiiv, pahaloomulise nahamoodustise diagnoosi hiline mine

5. Kas kõik kirurgiliselt eemaldatud nahamoodustised peab suunama histoloogilisele uuringule või mitte healoomulise nahamoodustise diagnoosi kinnitamiseks?

P	I	C	O
Kõik kirurgiliselt eemaldatud nahamoodustised	histoloogiline uuring	või mitte	diagnoosi kinnitamine

Millist probleemi soovitakse küsimusega lahendada:

Töörühm soovib teada, millised kirurgiliselt eemaldatud nahamoodustised tuleb saata histoloogilisele uuringule.

Tulemusnäitajad: pahaloomulise nahamoodustise diagnostiline viivitus, elulemus, haigestumus

6. Kas ebaselge loomusega nahamoodustis vajab eemaldamist kindla ooteaja jooksul või mitte parema ravitulemuse saamiseks?

P	I	C	O
ebaselge loomusega nahamoodustis	Eemaldamine kindla ooteaja jooksul	Või mitte	Parem ravitulemus

Millist probleemi soovitakse küsimusega lahendada:

Töörühm soovib teada, kas ebaselge loomusega nahamoodustise eemaldamine tuleks teostada kindla aja jooksul või võib seda teha üldjärjekorra alusel.

Tulemusnäitajad: pahaloomulise nahamoodustise teke ja levik, diagnostiline viivitus, elukvaliteet

Tervishoiukorralduslikud küsimused

1. Kes võib kirurgiliselt eemaldada healoomulisi nahakasvajaid?
2. Kes ja millistel tingimustel võib destruktsioonimeetodil eemaldada healoomulisi nahakasvajaid?
3. Kes peab tegema esmase nahamoodustiste hindamise?
4. Milliste nahamoodustiste eemaldamine kuulub Tervisekassa rahastuse alla?

Ravijuhendi " Toitmisravi korraldus (I osa). Alatoitumuse sõelumine, diagnoosimine ja toitmisravi alustamine" käsitusala

Käsitusala koostatud 03.10.2023

Ravijuhendi pealkiri	Toitmisravi korraldus (I osa). Alatoitumuse sõelumine, diagnoosimine ja toitmisravi alustamine
Peamine kasutajate sihtrühm	Kõikide erialade arstid ja õed, logopeedid, proviisorid, toitumisterapeutid, toitumisharjutajad, hooldustöötajad (IV tase), sotsiaaltöötajad
Hõlmatud isikud/patsiendid ja alarühmad	Kõik haiguspuhuse alatoitumuse kahtlusega lapsed ja noorukid alates sünnist kuni 18. eluaastani (k.a) ning täiskasvanud alates 19. eluaastast (sh hooldusasutustes ja erihoolekandeesutustes viibivad)
Ravijuhend käsitleb järgmisi teemasid	<ul style="list-style-type: none">• Haiguspuhuse alatoitumuse sõelumine ja diagnoosimine lastel ning täiskasvanutel• Esmase toitmisravi rakendamine haiguspuhuse alatoitumuse riskiga ja alatoitumusega patsientidel• Toitmise taaslustamise sündroomi riski hindamine
Ravijuhendis ei käsitleta järgmisi teemasid	<ul style="list-style-type: none">• Enneaegsete vastsündinute alatoitumuse sõelumine, diagnoosimine ja ravi• Haiguspuhuse alatoitumuse sõelumine ja diagnoosimine lastel ning täiskasvanutel 3. astme intensiivravis• Mikrotoitainete defitsiitidest tingitud haigussündroomide diagnoosimine ja käsitus• Haiguseta alatoitumuse käsitus va toitmise taaslustamise sündroom• Rasedate haiguspuhuse alatoitumuse riski sõelumine ja käsitus• Neelamishäirete sõelumine ja hindamine• Rasvtõve, ülekaalulisuse, sarkopeenia, hapruse ja söömishäirete puhune toitmisravi• Koduse enteraalse ja parenteraalse toitmisravi korraldus• Toitmisravi tüsistused

Teised asjakohased Eesti ravijuhendid	<ul style="list-style-type: none"> • Bariaatrilise patsiendi käsitus enne ja pärast kirurgilist sekkumist, RJ-E/12.1-2016. Ravijuhendite nõukoda 2016 https://ravijuhend.ee/tervishoiuvarav/juhendid/194/bariaatrilise-patsiendi-kasitus-enne-ja-parast-kirurgilist-sekkumist • Ülekaalulise või rasvunud patsiendi käsitus esmatasandil, RJ-E/34.1-2019. Ravijuhendite nõukoda 2019 https://ravijuhend.ee/tervishoiuvarav/juhendid/187/ulekaalulise-voirasvunud-patsiendi-kasitus-esmatasandil • Lapse tervise jälgimise juhend, RJ-Z/29.1-2019. Ravijuhendite nõukoda. 2019 https://www.ravijuhend.ee/tervishoiuvarav/juhendid/191/lapse-tervise-jalgimise-juhend • Palliatiivne ravi II osa. Erakorraliste seisundite käsitus, elulõpuravi ja palliatiivse ravi korraldus, RJ-Z/50.1-2021. Ravijuhendite nõukoda 2021 https://ravijuhend.ee/tervishoiuvarav/juhendid/150/palliatiivne-ravi-ii-osa-erakorraliste-seisundite-kasitus-elulopuravi-ja-palliatiivse-ravi-korraldus • Lamatiste käsitus – ennetamine ja ravi, RJ- L/6.1-2022. 2022 https://ravijuhend.ee/tervishoiuvarav/juhendid/229/lamatiste-kasitus-ennetamine-ja-ravi • Kroonilise obstruktiivse kopsuhaigusega patsiendi taastusravi, RJ-J/48.1-2020 https://ravijuhend.ee/tervishoiuvarav/juhendid/152/kroonilise-obstruktiivse-kopsuhaigusega-patsiendi-taastusravi
Kriitilised ja tähtsad tulemusnäitajad	<p>Asjakohased tulemusnäitajad on esitatud iga kliinilise küsimuse juures</p>

Ravijuhendi struktuur, käsitletavat teemad:

Haiguspuhuse alatoitumuse (RHK E42-E44) sõelumine ja diagnoosimine kõigis vanuserühmades:

- sõelumise instrumendid
- diagnoosimise instrumendid

Toitmisravi alustamine kõigis vanuserühmades:

- toitmisraviplaani koostamine
- toitmisravi alustamine
- toitmise taasalustamise sündroomi riski hindamine

Lühendid ja mõisted:

Ravijuhendis kasutatavate lühendite ja asjakohaste mõistete loetelu kujuneb juhendi koostamise käigus

Kliinilised küsimused:

1. Kas lastel kasutada sõelumise instrumente STRONGKids või STAMP või PYMS või antropomeetriliste kõverate (Kasvu-ja pikkusekõver ja KMI kõver) andmeid haiguspuhuse alatoitumusriski sõelumiseks?			
P lapsed	I STRONGKids Või STAMP Või PYMS	C antropomeetriliste kõverate andmeid	O haiguspuhuse alatoitumusriski sõelumine
<i>Millist probleemi soovitakse küsimusega lahendada:</i>			
<p>Töörühm soovib teada, kas lastel kasutada haiguspuhuse alatoitumusriski sõelumiseks sõelumise instrumente STRONGKids (<i>Screening Tool for Risk on Nutritional Status and Growth</i>), STAMP (<i>Screening Tool for the Assessment of Malnutrition in Paediatrics</i>), PYMS (<i>The Paediatric Yorkhill Malnutrition Score</i>) või saab sõeluda ka kasvu- ja pikkusekõverate ning kehamassiindeksi kõvera andmete põhjal. Infot soovitakse leida nii krooniliste haigustega ambulatoorsete patsientide kohta kui ka haiglaravil viibivate patsientide kohta.</p> <p><i>Tulemusnäitajad:</i> spetsiifilisus ja tundlikkus, positiivne ja negatiivne ennustusväärtus, diagnostiline viivitus, toitmisravi alustamise vajadus</p>			
2. Kas eakatel kasutada sõelumise instrumente MNA lühitest või MUST või kehamassiindeksi (KMI) määramist või sääre ja õlavarre ümbermõõdu mõõtmist haiguspuhuse alatoitumusriski sõelumiseks?			
P eakad	I MNA lühitest või MUST	C või KMI määramine või sääre ja õlavarre ümbermõõdu mõõtmine või vööümbermõõdu mõõtmine	O haiguspuhuse alatoitumusriski sõelumiseks

Millist probleemi soovitakse küsimusega lahendada:

Töörühm soovib teada kas kasutada haiguspuhuse alatoitumusriski sõelumiseks eakatel sõelumise instrumentide MNA lühitest (Mini Nutritional Assessment) või MUST (Malnutrition Universal Screening Tool) või piisab kehamassiindeksi määramisest või sääre + õlavarre ümbermõõdu mõõtmisest.

Tulemusnäitajad: spetsiifilisus ja tundlikkus, positiivne ja negatiivne ennustusväärtus, diagnostiline viivitus, toitmise ravi alustamise vajadus

3. Kas kõigil statsionaarsel ravil ägedate ja krooniliste haigustega täiskasvanutel kasutada sõelumise instrumenti NRS2002 või kehamassiindeksi määramist või sääre ja õlavarre ümbermõõdu mõõtmist haiguspuhuse alatoitumusriski sõelumiseks?

P	I	C	O
ägedate ja krooniliste haigustega täiskasvanud statsionaarses haiglaravis	NRS2002	KMI määramine või sääre ja õlavarre ümbermõõdu mõõtmist	haiguspuhuse alatoitumusriski sõelumine

Millist probleemi soovitakse küsimusega lahendada:

Töörühm soovib teada, kas kõigil ägedate ja krooniliste haigustega täiskasvanutel statsionaarses ravis tuleb haiguspuhust alatoitumusriski sõeluda NRS2002 (*Nutrition Risk Screening 2002*) instrumendiga või piisab KMI määramisest või sääre ja õlavarre ümbermõõdu mõõtmisest.

Tulemusnäitajad: spetsiifilisus ja tundlikkus, diagnostiline viivitus, positiivne ja negatiivne ennustusväärtus, toitmise ravi alustamise vajadus

4. Kas kõigil ägedate ja krooniliste haigustega täiskasvanutel ambulatoorses ravis kasutada sõelumise instrumenti MUST või kehamassiindeksi (KMI) määramist haiguspuhuse alatoitumusriski sõelumiseks?

P	I	C	O
ägedate ja krooniliste haigustega täiskasvanud ambulatoorses ravis	MUST	KMI määramine	haiguspuhuse alatoitumusriski sõelumine

Millist probleemi soovitakse küsimusega lahendada:

Töörühm soovib teada, kas kõigil ägedate ja krooniliste haigustega täiskasvanutel ambulatoorses ravis tuleb haiguspuhust alatoitumusriski sõeluda MUST (*Malnutrition Universal Screening Tool*) instrumendiga või piisab KMI määramisest.

Tulemusnäitajad: spetsiifilisus ja tundlikkus, positiivne ja negatiivne ennustusväärtus, diagnostiline viivitus, toitmisravi alustamise vajadus

5. Kas lastel kasutada antropomeetriliste kõverate andmeid või menüü analüüsi või SGA või kliinilist leidu või laboratoorseid analüüse või kõiki eelpool nimetatuid haiguspuhuse valgulis-energeetilise alatoitumuse diagnoosimiseks?

P	I	C	O
Lapsed	Antropomeetriliste kõverate andmed	Menüü analüüs <i>Või</i> SGA <i>või</i> Kliiniline leid <i>Või</i> Laboratoorsed analüüsid <i>Või</i> Kõik eelpool nimetatud	haiguspuhuse valgulis-energeetilise alatoitumuse diagnoosimine

Millist probleemi soovitakse küsimusega lahendada:

Töörühm soovib leida tõendust, kas haiguspuhuse valgulis-energeetilise alatoitumuse diagnoosimiseks lastel tuleks kasutada antropomeetriliste kõverate andmeid või menüü analüüsi või SGA (*Subjective Global Assessment*) instrumenti või kliinilist leidu või laboratoorseid analüüse või kõiki eelpool nimetatuid meetodeid.

Tulemusnäitajad:

Meetodi tundlikkus ja spetsiifilisus, diagnostiline viivitus, positiivne ja negatiivne ennustusväärtus, toitmisravi alustamise vajadus

6. Kas täiskasvanutel kasutada diagnostilise instrumendina SGA või GLIM kriteeriume või menüü analüüsi või kõiki nimetatuid haiguspuhuse valgulis-energeetilise alatoitumuse diagnoosimiseks?

P	I	C	O
Täiskasvanud	SGA	GLIM kriteeriumid <i>Või</i> Menüü analüüs <i>Või</i> Kõik eelpool nimetatud	haiguspuhuse valgulis-energeetilise alatoitumuse diagnoosimine

Millist probleemi soovitakse küsimusega lahendada:

Töörühm soovib leida tõendust, kas valgulis-energeetilise alatoitumuse diagnoosimiseks

kasutada diagnostilise instrumendina SGA või GLIM kriteeriumeid või menüü analüüsi või on vajalik kasutada kõiki.

Tulemusnäitajad:

Meetodi tundlikkus ja spetsiifilisus, diagnostiline viivitus, positiivne ja negatiivne ennustusväärtus, toitmisravi alustamise vajadus

7. Kas kõigil valgulis-energeetilise alatoitumusega patsientidel kasutada laboratoorseid analüüse või menüü analüüsi või kliinilist leidu või kõiki eelpool nimetatuid haiguspuhuse mikrotoitainete puuduse diagnoosimiseks?

P	I	C	O
Kõik haiguspuhuse alatoitumuse riskiga patsiendid	Laboratoorsed analüüsid	Menüü analüüs <i>Või</i> kliiniline leid <i>Või</i> Kõik eelpool nimetatud	Haiguspuhuse mikrotoitainete puuduse diagnoosimine

Millist probleemi soovitakse küsimusega lahendada:

Töörühm soovib leida tõendust, et kui patsiendil on diagnoositud valgulis-energeetiline alatoitumus, siis milliste mikrotoitainete defitsiitide osas tuleks patsienti hinnata ja mis meetodil.

Tulemusnäitajad: Meetodi tundlikkus ja spetsiifilisus, diagnostiline viivitus, positiivne ja negatiivne ennustusväärtus

8. Kas eakatel kasutada diagnostilise instrumendina MNA-full või GLIM kriteeriumeid või SGA või GNRI või menüü analüüsi haiguspuhuse valgulis-energeetilise alatoitumuse diagnoosimiseks?

P	I	C	O
Eakad	MNA-full	GLIM kriteeriumid <i>Või</i> SGA <i>või</i> GNRI <i>Või</i> Menüü analüüs	haiguspuhuse valgulis-energeetilise alatoitumuse diagnoosimine

Millist probleemi soovitakse küsimusega lahendada:

Töörühm soovib leida tõendust, kas valgulis-energeetilise alatoitumuse diagnoosimiseks kasutada diagnostilise instrumendina MNA-full (Mini Nutritional Assessment full) või GLIM kriteeriumeid või SGA või GNRI (geriatric nutritional risk index) või menüü analüüsi.

Tulemusnäitajad: Meetodi tundlikkus ja spetsiifilisus, diagnostiline viivitus, positiivne ja negatiivne ennustusväärtus, toitmise ravi alustamise vajadus

9. Kas kõigil alatoitumusega patsientidel kasutada laboratoorseid analüüse või antropomeetrilisi andmeid või dietoloogilised andmed või kõik eelpool nimetatud toitmise taasalustamise sündroomi riski hindamiseks?

P	I	C	O
Kõik alatoitumusega patsiendid	Laboratoorsed analüüsid	Antropomeetrilised andmed <i>Või</i> Dietoloogilised andmed <i>Või</i> Kõik eelpool nimetatud	toitmise taasalustamise sündroomi riski hindamine

Millist probleemi soovitakse küsimusega lahendada:

Töörühm soovib teada, kas nii haiguspuhuse alatoitumuse riskiga kui ka haiguseta alatoitumuse korral peaks toitmise taasalustamise sündroomi riski hindama ja millise meetodiga seda teha.

Tulemusnäitajad: Meetodi tundlikkus ja spetsiifilisus, diagnostiline viivitus, haigestumus, suremus

10. Kas kõigile haiguspuhuse alatoitumuse riskiga lastele on näidustatud individuaalse toitmise raviplaani koostamine või mitte parema ravitulemuse saavutamiseks?

P	I	C	O
kõik haiguspuhuse alatoitumuse riskiga lapsed	individuaalse toitmise raviplaani koostamine	mitte	parem ravitulemus

Millist probleemi soovitakse küsimusega lahendada: ...

Töörühm soovib tõendust, kas kõigile haiguspuhuse alatoitumusriskiga lastele tuleks koostada personaalne toitmise raviplan või mitte.

Tulemusnäitajad: suremus, haigestumus, haiglaravi pikkus, haiglaravi vajadus, elukvaliteet, kulutõhusus

11. Kas kõigile haiguspuhuse alatoitumuse riskiga täiskasvanutele on näidustatud individuaalse toitmise raviplaani koostamine või mitte parema ravitulemuse saavutamiseks?

P	I	C	O
		mitte	parem ravitulemus

kõik haiguspuhuse alatoitumuse riskiga täiskasvanud	individuaalse toitmisraviplaani koostamine		
<p><i>Millist probleemi soovitakse küsimusega lahendada:</i></p> <p><i>Töörühm soovib tõendust, kas kõigile haiguspuhuse alatoitumusriskiga täiskasvanutele tuleks koostada personaalne toitmisraviplaan või mitte.</i></p> <p><i>Tulemusnäitajad:</i> suremus, haigestumus, haiglaravi pikkus, haiglaravi vajadus, elukvaliteet, kulutõhusus</p>			
<p>12. Kas kõigile haiguspuhuse alatoitumuse riskiga eakatele on näidustatud individuaalse toitmisraviplaani koostamine või mitte parema ravitulemuse saavutamiseks?</p>			
P kõik haiguspuhuse alatoitumuse riskiga eakad	I individuaalse toitmisraviplaani koostamine	C mitte	O parem ravitulemus
<p><i>Millist probleemi soovitakse küsimusega lahendada:</i></p> <p><i>Töörühm soovib tõendust, kas kõigile haiguspuhuse alatoitumusriskiga eakatele tuleks koostada personaalne toitmisraviplaan või mitte.</i></p> <p><i>Tulemusnäitajad:</i> suremus, haigestumus, haiglaravi pikkus, haiglaravi vajadus, elukvaliteet, kulutõhusus</p>			
<p>13. Kas kõigile haiguspuhuse alatoitumuse riskiga lastele on näidustatud toitmisravi alustamine või mitte eakohase kasvu ja arengu tagamiseks?</p>			
P kõik haiguspuhuse alatoitumuse riskiga lapsed	I toitmisravi alustamine	C mitte	O eakohase kasvu ja arengu tagamine
<p><i>Millist probleemi soovitakse küsimusega lahendada:</i></p> <p><i>Töörühm soovib teada, kas kõigile haiguspuhuse alatoitumuse riskiga lastele on näidustatud toitmisravi alustamine.</i></p> <p><i>Tulemusnäitajad:</i> eakohase kasvu ja arengu tagamine, eakohase toitumuse tagamine, suremus, haiglaravi vajadus, haiglaravi pikkus, haigestumus, makro- ja mikrotoitainete defitsiitide vältimine</p>			
<p>14. Kas kõigile ägeda haigestumisega haiguspuhuse alatoitumuse riskiga täiskasvanutele ja eakatele on näidustatud toitmisravi alustamine või mitte toitumuslike vajaduste ja elukvaliteedi tagamiseks?</p>			

P kõik ägeda haigestumisega haiguspuhuse alatoitumuse riskiga täiskasvanud	I toitmisravi alustamine	C mitte	O toitumuslikud vajadused ja parem elukvaliteet
<p><i>Millist probleemi soovitakse küsimusega lahendada:</i></p> <p><i>Töörühm soovib teada, kas kõigile ägedate haigustega haiguspuhuse alatoitumuse riskiga täiskasvanutele ja eakatele on näidustatud toitmisravi alustamine parema elukvaliteedi tagamiseks.</i></p> <p><i>Tulemusnäitajad:</i> elukvaliteet, suremus, haiglaravi vajadus, haiglaravi pikkus, toiduvalgu vajaduse tagamine, toiduenergia vajaduse tagamine</p>			
<p>15. Kas kõigile krooniliste haigustega haiguspuhuse alatoitumuse riskiga täiskasvanutele ja eakatele on näidustatud toitmisravi alustamine või mitte toitumuslike vajaduste ja elukvaliteedi tagamiseks?</p>			
P kõik krooniliste haigustega haiguspuhuse alatoitumuse riskiga täiskasvanud	I toitmisravi alustamine	C mitte	O toitumuslikud vajadused ja parem elukvaliteet
<p><i>Millist probleemi soovitakse küsimusega lahendada:</i></p> <p><i>Töörühm soovib teada, kas kõigile krooniliste haigustega haiguspuhuse alatoitumuse riskiga täiskasvanutele ja eakatele on näidustatud toitmisravi alustamine parema elukvaliteedi tagamiseks.</i></p> <p><i>Tulemusnäitajad:</i> elukvaliteet, suremus, haiglaravi vajadus, haiglaravi pikkus, toiduvalgu vajaduse tagamine, toiduenergia vajaduse tagamine</p>			

Tervishoiukorralduslikud küsimused

1. Millise sagedusega ja kes peaks patsientide haiguspuhuse alatoitumusriski hindama?
2. Kes peaks valgulis-energeetilist alatoitumust diagnoosima ja ravima?
3. Kes peaks hindama toitmise taasalustamise sündroomi riski?
4. Kes peaks hindama toitmisravi näidustusi ja vastunäidustusi?
5. Kes peaks alustama esmast toitmisravi?
6. Kes peaks koostama personaalse toitmisraviplaani?
7. Millal tuleb alatoitumusriskiga patsient suunata toitmisravi spetsialistile?
8. Kuidas dokumenteerida alatoitumuse risk ja toitmisraviplaan?