



Ravijuhendi „Alaseljavalu diagnostika ja ravi esmatasandil“ töörühma ja sekretariaadi koosolek nr 8

08.11.2018

Tartu Ülikooli Tallinna esindus (Teatri väljak 3, Tallinn) kell 12.00 – 16.00

Osalesid töörühma liikmed Tanel Vahopski, Katrin Antsov, Kristiina Tamm, Teele Kaarna-Tõnne, Eve Sooba ja Malle Avarsoo; konsultandid Triinu Niiberg-Pikksööt ja Indrek Hanso; sekretariaadi liige Eduard Tsvetkov.

Ei osalenud töörühma juht Boris Gabovitš ja liikmed Jelena Sveklina, Mai Tammaru, Ande Lindmäe, Ando Vahe ja Helve Kansi; sekretariaadi juht Mark Brachisnky ja liikmed Sergei Goška, Aleksandra Šilova ja Kairit Linnaste.

Koosolekul osales töörühma 12 liikmest 6 – lõplike sisuliste otsuste tegemiseks ei olnud kvoorumit koos.

Koosolekut juhatas ja protokollis ravijuhendite püsisekretariaadi esindaja Kaja-Triin Laisaar.

Koosoleku päevakord:

1. Edasise töökorralduse tutvustus ja järgmiste koosolekute ajakava paigapanek

Kaja-Triin Laisaar tutvustas juhendi koostamise edasist kava olukorras, kus juhendi koostamise koordineerimine on liikunud Eesti Haigekassast (EHK) Tartu Ülikooli (TÜ) meditsiiniteaduste valdkonna ravijuhendite püsisekretariaati.

Juhendi koostajate osas muudatusi ei ole, uute TÜga sõlmitavate töölepingute vormistamiseks on püsisekretariaadi koordinaator Paula Tomson kõigi juhendi koostajatega meili teel ühendust võtnud, lepingud on sõlmimisel.

Püsisekretariaat on EHKst saanud kõigi juhendi koostajate huvide deklaratsioonid. Käesoleva koosoleku ajaks koosolekul osalenutel uusi võimalikke huvide konflikte tekkinud ei olnud – kõik koosolekul osalenud kinnitasid seda suuliselt.

Lepiti kokku uuel aastal toimuvate koosolekute ajad – 8.01.2019 ja 19.02.2019. Järgmise veel sel aastal toimuva koosoleku aja (kas 4.11. või 11.12.2018) valimiseks koostab K.-T. Laisaar koosoleku järgselt Doodle-küsitluse. Kõik järgnevad koosolekud toimuvad Tallinnas TÜ esinduses kell 12.00–16.00.

Otsus: Edasise töökorralduse info teadmiseks võetud. Järgmise koosoleku aja osas tehakse Doodle-küsitlus, uue aasta alguseks koosolekute ajad on kokku lepitud – 8.01.2019 ja 19.02.2019.

2. Patsientide käsitusalgoritmi esmaversiooni arutelu

Sekretariaadi liige Kairit Linnaste oli koostanud ravijuhendi soovitusi koondava alaseljavaluga patsientide käsitlemise algoritmi, mis oli juhendi koostajatele tutvumiseks edastatud enne koosolekut (meili teel).

Patsientide käsituslusalgoritmi läbivaatust alustati ägeda valuga patsiendi käsitlesest.

Patsiendi käsitus algab anamneesi võtmisest. Käsituslusalgoritmi otsustati jätta anamneesi võtmise kastike, kuid konkreetse juhised otsustati panna kirja juhendi teksti ning algoritmi e-versiooni lisada link vastava teksti juurde. Anamneesi võtmise juhiste aluseks võetakse juhendi teksti kirjutamisel Sootsi jt 2016. a ajakirjas „Eesti Arst“ kliinilise auditi „Alaseljavaluga patsiendi diagnostika ja ravi kvaliteet esmatasandil“ kohta avaldatud artikkel. Selle artikli osas „Anamneesi informatiivsus“ on öeldud, et *„on oluline, et esimesel arstivisiidil oleks hinnatud valu algus (millal ja kuidas algas), valu kestus, valu lokaliseerimine ja kiirgumine, valu intensiivsus ning tundlikkuse või motoorikahäire esinemine või puudumine. Küsida tuleb, kas tegemist oli traumaga ning milliseid funktsioonipiiranguid seljavalu põhjustab töö ja igapäevaelus. Lisaks peaks tervisekaardilt olema leitav teave alaseljavalu riskitegurite kohta (selga koormav töö või hobi, ülekaal, suitsetamine, ravimikasutus, tuumor anamneesis). Anamneesist peab selguma, kas on mõeldud alaseljavalu potentsiaalselt ohtlikele või spetsiifilistele põhjustele.“*

Algoritmi peeti vajalikuks lisada info, milline peaks olema patsiendi käsitus juhul, kui tegemist on neuropaatilise valuga. Arutelu teemal, millal ja kelle juurde vastav patsient suunata, toimub järgmisel töörühma koosolekul, kui on vastatud ka juhendi tervishoiukorralduslikele küsimustele. Algoritmi plaanitakse täiendada noolega vastava erialaspetsialisti (neuroloogi) juurde suunamise kohta.

Järgnevalt peeti vajalikuks algoritmis välja tuua nn lippude süsteemi kasutamine, kuid süsteemi täpsem kirjeldus esitada juhendi eraldi lisas ning algoritmi e-versiooni lisada link selle lisa juurde. Täpsemat kirjeldamist vajab eelkõige süsteemi nn punaste lippude ehk ohuolukordade osa. Punaste lippude osa koostamisel sobiks aluseks võtta Roose jt poolt 2017. a koostatud juhend „Alaseljavaevustega EMO-sse pöördunud patsiendi radioloogilise uurimise tegevusjuhend“ (eelkõige Tabel 1). Samuti oleks punaste lippude kirjeldamisel kasulik üle vaadata vastav osa Põhja-Eesti Regionaalhaiglas Metsma jt poolt 2017. a koostatud patsiendi infomaterjalis „Äge ja krooniline alaseljavalu“. Nimetatud materjalidega olid kursis mitmed töörühma liikmed, kes esitasid need koosolekul ka teistele tutvumiseks. Kui selgub, et neid materjale soovitakse olulisel määral kasutada, siis kooskõlastatakse see autoritega.

Töörühm pidas oluliseks algoritmi kirja panna, kuhu / millise spetsialisti juurde patsient punaste lippude esinemisel suunata – algoritmi täiendatakse vastavalt.

Algoritmis pidas töörühm oluliseks eraldi kastikeses välja tuua ka patsiendi objektiivse uurimise. Sootsi jt 2017. a auditi alusel peaks objektiivsel läbivaatusel hindama lülisamba liikuvust ning lülisammast palpeerima ja/või perkuteerima; tegema Lasègue'i testi; hindama alajäsemete motoorika ja tundlikkuse häiret; hindama kõõlusperioostaalreflekse. Järgmisel koosolekul peab töörühm kokku leppima, millises mahu ning kuhu patsiendi käsitluses (kirjelduses ja/või algoritmis) paigutada laboratoorsete analüüside tegemine ja neile tuginevad/järgnevad tegevused.

Algoritmis edasi (allapoole) liikudes otsustati jätta eraldi kastikesse tööühma poolt koostatud soovitused radioloogilisi uuringuid mitte teha ning kasutada STarT-küsimustikku.

Eelneva arutelu käigus kerkis korduvalt küsimus, kas koostada eraldi algoritmid ägeda, alaägeda ja kroonilise valuga patsiendi käsitlemiseks. Algoritmi mitmeks jagamise põhjuseks oleks algoritmi(de) võimalikult kompaktse(te)na hoidmine – nt et paberile välja trükkides mahuks algoritm ühele leheküljele. Patsiendikäsitluse läbiarutamise käigus jõuti aga arusaamisele, et esialgu proovitakse siiski koostada üks ühine algoritm, mis mahuks kuni kahele leheküljele.

Tööühm otsustas, et pärast STarT-küsimustiku kasutamise soovitus jaguneks algoritm kolmeks – ägeda, alaägeda ja kroonilise alaseljavaluga patsiendi käsitlemiseks. Kroonilise valuga patsientide jaoks lisanduks juhendi soovitus kasutada ka EEK-2 küsimustikku. See, kuidas/kuivõrd käsitleda algoritmis EEK-2 põhjal depressiivseks osutunud patsiente, arutatakse tööühma järgmisel koosolekul. Muuhulgas tõstatas tööühm küsimuse, kas EEK-2 küsimustikku peaks samal patsiendil mingi aja pärast uuesti ehk korduvalt kasutama. Selle küsimuse juurde otsustati tagasi pöörduda tööühma järgmisel koosolekul.

Alaseljavalu ravi juurde jõudes otsustati esitada algoritmis kõrvuti (n-ö veergudes) vastavalt vasakul nõustamise ja füüsilise aktiivsuse ning terapeutiliste harjutuste (+ füsioterapeudi juurde suunamise) soovitused ning paremal medikamentoosse ravi soovitused. Algoritmi soovitati lisada nooled füsioterapeudi juurde ja tagasi arsti juurde suunamise kohta.

Samuti leiti, et üldse vajavad algoritmis läbivaatamist kõik erinevate spetsialistide juurde suunamise juhised – kuhu ja kuidas joonistada algoritmi vastavad nooled nii, et oleks võimalikult selge, milline patsient millal ja millise eriala esindaja juurde suunata. Suunamiste osas selguse saamiseks peab tööühm kõigepealt vastama juhendi tervishoiukorralduslikele küsimustele, mis on aga tööühma järgmise koosoleku teema. Mh toodi välja, et 'psühholoogi' asemel oleks juhendis (ja ka algoritmis) kohane öelda 'kliiniline psühholoog'.

Nõustamise juures peeti algoritmis oluliseks rõhutada, et arst varuks selleks piisavalt aega, samuti täpsustada teemad/info, mida nõustamine peaks sisaldama. Tööühm pidas vajalikuks algoritmis üle vaadata nõustamise alapunktid, mh kaaludes 2017/2018. a Austraalis Macquarie Ülikoolis koostatud patsiendi infovoldikus „Understanding my low back pain and whether I need imaging“ oluliseks peetud infot. Selle infovoldiku koos vastava teadusartikliga esitas tööühmale tutvumiseks dr. T. Kaarma-Tõnne. Täpsemalt otsustati nõustamise teemasid/infot käsitleda ka käesoleva juhendi juurde koostatavas patsiendile mõeldud juhendis/infomaterjalis. Patsiendijuhendi küsimust arutati koosolekul eraldi teemana.

Algoritmi ravisoovitusi üle vaadates tekkis tööühmal soov järgmisel koosolekul veelkord üle vaadata soovitus 6.9 (Kroonilise alaseljavalu korral tritsükliliste antidepressantide kasutamist on soovitatav kaaluda) aluseks olnud tõendusmaterjal, et veenduda soovitus paikapidavuses.

Tööühm soovitas 'interventsionaalse ravi' asemel kasutada mõistet 'invasiivne ravi'. Vastava soovitus sõnastuse muutmine otsustatakse tööühma järgmisel koosolekul, kui vaadatakse üle juhendi kõigi soovituste sõnastus.

Tööühm soovitas algoritmi ravimite juurde lisada, et neid tuleks manustada eelistatult suu kaudu. Tööühm tegi ettepaneku juhendi tekstis suukaudse ravi eelistamisest rääkides viidata

perioperatiivse ägeda valu käsitlese juhendis ravimite manustamisviisi kohta antud soovitus(t)ele.

Arutelu käigus kerkisid töörühmas küsimused, millal peaks arst patsiendi (kontrolliks) tagasi kutsuma ning kuidas käsitleda kroonilise valu ägenemist – kas nagu ägedat valu. Nendele küsimustele otsustati vastata töörühma järgmisel koosolekul koos tervishoiukorralduslikele küsimustele vastamisega.

Algoritmi suunamist puudutavat osa arutab töörühm järgmisel koosolekul pärast seda, kui on vastatud tervishoiukorralduslikele küsimustele.

Tulemus: Töörühm esitas ettepanekud alaseljavaluga patsientide käsitusalgoritmi täiendamiseks ja parandamiseks. Sekretariaadi liige Kairit Linnaste koostab järgmiseks koosolekuks töörühmale läbivaatamiseks ja kooskõlastamiseks algoritmi uue versiooni, mis edastatakse töörühma liikmetele enne koosolekut meili teel.

3. Tervishoiukorralduslikele küsimustele vastamine

Juhendi tervishoiukorralduslikud küsimused puudutavad patsientide suunamist erinevate erialade esindajate juurde.

Dr. T. Vahopski oli koostanud lülisambakirurgiaga tegelevate kirurgide visiooni, millised alaseljavaluga patsiendid tuleks suunata nende juurde. Eraldi olid välja toodud järgmised olukorrad: suunamine erakorraliselt valve korras, erakorraline konsultatsioon polikliinikus (nn *cito!* saatekiri, kokkuleppel kirurgiga/keskusega); plaaniline konsultatsioon polikliinikus. Töörühm leidis, et seda visiooni saaks teiste erialade esindajad kasutada näidisena oma visiooni koostamisel. Töörühmast valiti erinevate erialade esindajad, kes koostavad oma eriala visiooni: neuroloogid – dr. K. Antsov; taastusarstid – dr. E. Sooba (kes võtab ka ühendust reumatoloogidega ning palub neil koostada oma visiooni) ja dr. T. Kaarma-Tõnne; kliinilised psühholoogid ja psühhiaatrid – T. Niiberg-Pikksööt; valuraviarstid – K.-T. Laisaar edastab visiooni koostamise palve dr. Gabovitšile.

Otsus: Kirurgide esindaja kooskõlastab patsientide suunamist puudutava visiooni kolleegidega ning saadab selle teistele töörühma liikmetele. Iga suunamisel kõne alla tulevat eriala esindama valitud töörühma liige koostab järgmiseks koosolekuks oma eriala esindajate visiooni. Võimalusel esitatakse visioonid K.-T. Laisaarele enne koosolekut (meili teel), et saata need töörühmale enne järgmist koosolekut koos muude koosolekumaterjalidega tutvumiseks.

Järgmisel koosolekul vastab töörühm tervishoiukorralduslikele küsimustele ning korrigeerib vastavalt ka patsientide käsitusalgoritmi.

4. Patsiendijuhendi või patsiendi infomaterjali formaadi ja infomahu otsustamine

Töörühmale oli enne koosolekut tutvumiseks saadetud dr. T. Kaarma-Tõnne poolt välja pakutud Austraalia patsiendijuhised/infovoldik. Töörühmal tekkis küsimus, kas selle materjali võiks tõlkida eesti (ja vene) keelde ning Eestis kasutusele võtta. Põhimõtteline nõusolek materjali koostajatelt on olemas, mingit tasu selle eest ei nõuta. K.-T. Laisaar selgitas, et juhul, kui

käesoleva juhendi koostamise raames välja töötada ka patsientidele mõeldud materjal(id), peaks need kindlalt tuginema tööühma antud soovitudele. Kuigi tegemist on väga sobiliku ning esmapilgul tööühma poolt antud soovitudele mitte vastu rääkiva patsiendimaterjaliga, ei ole teises riigis koostatud ja n-ö üks-ühele ülevõetava materjali sidumine meil koostatava juhendiga põhjendatud. Tööühm arutas, kas selle Austraalia infovoldiku võiks pigem võtta aluseks/näidiseks oma infomaterjali väljatöötamisel. Kui koostada uus kohalik patsiendijuhend/-infomaterjal, siis soovitati eeskujuks võtta nii see Austraalia infovoldik kui ka juba varem Eestis välja töötatud alaseljavaluga patsientidele suunatud (E. Sooba jt ning T. Metsma jt poolt koostatud) infomaterjalid. Praegu koostatava nn ravijuhendi põhjal patsiendijuhendi koostamise etteotsa asumise valmisolekust andis teada dr. E. Sooba.

Otsus: K.-T. Laisaar saadab koosolekutevahelisel ajal tööühma liikmetele (meili teel) eelkirjeldatud patsiendimaterjalid ning teeb e-küsitluse, et välja selgitada, kas tööühma liikmed peavad õigemaks uue patsiendimaterjali koostamist või Austraalia infovoldiku tõlkimist (väljaspool praegu koostatavat alaseljavaluga patsiendi käsitle juhendit).

5. Rakenduskava koostamine

Rakenduskava koostamiseni tööühm koosolekul ei jõudnud.

Kui juhendi koostamist koordineerib nüüd TÜ, siis selle rakendamist EHK pädevusse. Hetkel ei ole teada, millised ressursid on juhendi rakendamiseks ette nähtud ning seetõttu ei ole tööühmal võimalik üksikasjalikku rakenduskava koostada. K.-T. Laisaar selgitas, et juhendi rakendusliku poole kohta peaks selgus saabuma 4. detsembril 2018, mil seda küsimust arutab Ravijuhendite Nõukoda (RJNK).

Otsus: Kui 4.12.2018 selguvad rakendustegevusteks ettenähtud ressursid, paneb K.-T. Laisaar enne järgmist tööühma koosolekut juhendi OneDrive kausta üles rakenduskava vormi ning palub tööühma liikmetel sinna järgmise koosoleku ajaks lisada ettepanekud konkreetsete tegevuste kohta. Seejärel arutatakse rakenduskava järgmisel tööühma koosolekul.