

"PERIOPERATIIVSE ÄGEDA VALU KÄSITLUS"
PROTOKOLL nr.11

Kuupäev	16.veebruar 2015
Koht	Videokoosolek: EHK Lembitu 10 koosolekute saal, TÜ Kliinikum, Puusepa 8, D208
Algus Lõpp	16.00 – 18.00
Osalejad	<i>Töörühma liikmed:</i> Boris Gabovitš, Erki Laidmäe, Svetlana Ussova, Kaja-Triin Laisaar, Juri Karjagin, Pille Sillaste, Merle Paliale, Maria Rebo, Mari-Liis Ilmoja, <i>Sekretariaadi liikmed:</i> Kaire Pakkonen, Jana Lass, Malle Avarsoo Muud: Ulla Raid
Puudujad	<i>Töörühma liikmed:</i> Helen Valk, Gabor Szirko, Sergei Kagalo, Veronika Palmiste-Kallion, <i>Sekretariaadi liikmed:</i> Kadri Rõivassepp, Eve Härma, Airin Treimann-Kiveste, Kristiina Pool, Kairi Marie Riigor,
Juhatas	Boris Gabovitš
Protokollis	Ulla Raid
Päevakord	<ol style="list-style-type: none"> 1. Huvide deklaratsioonide esitamine ja koosoleku kvoorum 2. Tõendusmaterjali arutelu ja soovitude koostamine 3. Ravijuhendi koostamise ajakava 4. Järgmise koosoleku aeg ja käsitletavat teemasid
	<p>1. Huvide deklaratsioonid ja kvoorum (13 töörühma liiget, kvoorumiks peab olema kohal 9 töörühma liiget)</p> <p>Huvide deklaratsioonidesse ei olnud täiendavat infot. Koosoleku kvoorum ei ole koos.</p>
	<p>2. Tõendusmaterjali arutelu ja soovitude koostamine</p> <p>Tervishoiukorralduslikud küsimused:</p> <p>Ainult operatsioonide järgi ei saa valuravi meeskonda kokku panna.</p> <p>Valuravi meeskond Eestis: õde (valuravi lisapädevusega), anestezioloog (valuravi lisapädevusega), kliiniline farmakoloog/proviisor.</p> <p>Ägeda valu ravi võib põhineda vastava valualase väljaõppe saanud õdede töötl. Lisaks õdedele peaks olema anestezioloog, kes teda konsulteerib.</p> <p>Üks võimalus reguleerida valu meeskonda: 20 000 lõikuse - 1 anestezioloog, 3 õde 5000 lõikust - 0,25 anestezioloogi, 0,5 õde</p> <p>Täpne töökoormus ja-korraldus jääb iga haigla otsustada.</p> <p>Anestezioloogia- ja intensiivraviteenuste ajakohastamisel peaks</p>

valuravi meeskonna olemasolu arvestama.

Ägeda valu ravi meeskonna tegevuse tulemusel tervishoiu asutuses paraneb ägeda valu(ravi) juhtimine, väheneb ravimite kõrvaltoimete esinemissagedus ja paraneb valuraviga seotud dokumenteerimine.

Kirjeldada õdede (ja arstide) ülesandeid:

- tagada süsteem regulaarseks operatsioonijärgse valu hindamiseks ja personaalseks valuraviks või postoperatiivsete haigete valuraviga seotud probleemide kindlakstegemine
- Valuravi korraldamine ning valuraviga seotud dokumentatsiooni kontrollimine
- Kõrvaltoimete hindamine ja dokumenteerimine
- Patsiendi ja tervishoiupersonali koolitus

Koostada nimekiri arsti, õe ja kliinilise farmakoloogi/proviisori ülesannetest, mida nimekirja täpsustavad tööühma liikmed – Kaire saadab Ullale nimekirja 25.veebruariks. Ulla ägab tööühma liikmetega seda OneDrives, kes seda täiendavad 10.märtsiks.

Kliiniline küsimus 2

Postop valuravi planeerimine peab algama preoperatiivselt koos lähedastega. Soovitus jääb samaks, mis täiskasvanute puhul.

Tugev positiivne soovitus:

Kõiki protseduuri/operatsioonile minevaid patsiente/lähedasi peab informeerima eelseisva protseduuri/operatsiooni olemusest ja kulust ning valuravi võimalustest nii suuliselt kui ka kirjalikult.

Praktiline soovitus: Erakorralise operatsioonide korral informeerimine toimub sõltuvalt patsiendi seisundist.

Kliiniline küsimus 5 Kas valuravi alustamine vs mittealustamine preoperatiivses perioodis mõjutab kroonilise postoperatiivse valu tekke tõenäosust?

Laste kohta vastavad uuringuid puuduvad, siis võib vajadusel lähtuda samadest soovitustest, mis täiskasvanute puhul.

5_1 Soovitus (nõrk positiivne): Kaaluda epiduraalanalgeesia alustamist preoperatiivselt torakotoomia korral kroonilise valu ennetamiseks.

5_2 Soovitus (nõrk positiivne): Kaaluda paravertebraalse blokaadi kasutamist preoperatiivselt mastektomia korral kroonilise valu ennetamiseks.

5_3 Soovitus (nõrk negatiivne): Alajäseme amputatsioonijärgse fantoomvalu ennetamiseks epiduraalanalgeesia preoperatiivselt ei ole tõendatud.

5_4 Soovituse (nõrk negatiivne): Lisaravimite kasutamine preoperatiivselt kroonilise postoperatiivse valu vältimiseks ei ole tõendatud.

Kliiniline küsimus nr 6 Kas patsiendil preoperatiivne NSAIDide manustamine vs mitte-manustamine mõjutab perioperatiivse veritsuse tekke tõenäosust?
Lastel ei ilmne uusi asjaolusi, mistõttu soovitused jäävad samaks.

6_1 Nõrk positiivne: Selektiivseid cox-2 inhibiitoreid võib kasutada preoperatiivselt kuna nad ei suurenda perioperatiivse veritsuse tekke tõenäosust.

6_2 Nõrk negatiivne: Mitteselektiivseid NSAIDe ei ole soovitatav kasutada preoperatiivselt, kuna nad võivad suurendada perioperatiivse veritsuse tekkeriski.

6_3 Nõrk positiivne: Mitte-selektiivseid NSAIDe võib kasutada intra- ja postoperatiivselt, sest veritsuse tekkerisk on madal.

Praktiline soovitus: Suurenenud veritsusriskiga patsientidel tuleb mitteselektiivseid NSAIDe kasutada ettevaatusega.
Intra-operatiivne manustamine - Mitte-selektiivsed NSAIDe tuleb manustada sobival ajal, kindlustades patsiendi valuvaba ärkamist.

Kliiniline küsimus nr. 8 Kas patsiendil intraoperatiivse operatsioonihaava infiltratsiooni kasutamine (lokaalanesteetikumiga) vs selle mittekasutamine mõjutab postoperatiivset ägedat valu?

Tugev positiivne: Kõikide operatsioonide puhul kasutada operatsioonihaava ühekordset või püsiinfiltratsiooni.

Kliiniline küsimus nr 9. Kas patsiendi postoperatiivse ägeda valu ravis mõjutab ravimite manustamise viis i/v vs i/m vs enteraalne valuravi tulemust?

9_1 Tugev positiivne Kõikide ravimrühmade korral eelistage suukaudset ravimvormi.

9_2 Nõrk positiivne Opioidide intravenoosel manustamisel eelistage patsiendi poolt kontrollitud (PCA) analgeesiat boolustena.

9_3 Tugev negatiivne Vältige ravimite manustamist intramuskulaarselt.

Selgitusse panna, et peab arvestama patsiendi kognitiivset võimekust.

	<p>Lisada märkus tabeli juurde: Ravimite tabel on koostatud eksperthinnangute põhjal ja kõik ravimite annused on vaja täpsustada individuaalselt. Märkuste lahtrisse panna kirja, kus on uuringud aluseks ja ravimiinfo üle vaadata.</p> <p>Valuravi tabel: Pille Sillaste: kardiovaskulaarse patoloogiaga haigete valuravis NSAID ainukesena kasutada naproxeni. Epilepsiahaigetel kasutada ettevaatusega Tramadoli. Opiaatide osas juures lühitoimeline oksükodoon. Petidiini ja opiaatide annused täpsustada, millest alustada. Morfiinil on sõltuvalt firmast ka manustamisviis. Kõiki ei tohi veeni teha. Tabelis kasutada ligikaudsed annused. Lastele teha eraldi tabel. Lastele manustada ettevaatusega kodeiini (nõrka opioidi).</p> <p>Ravimi hinnad – tabelisse jätta ainult kasutatavad ravimid. Ja annuseid vähendada ning teha kokkuvõtlikumaks.</p> <p><u>Lastega seotud teemad:</u> Sekretariaat teeb otsingud kõikide küsimuste kohta ja vaatab, kas laste osas tuleb erisusi.</p> <p>Näiteks kliiniline küsimus 15 ja rõhutada mittefarmakoloogilisi meetode. EMLA kasutamine (topical analgeesia) lastel ehk protseduuride valutustamine? Valuskaalade kasutamine vastavalt kognitiivsele võimekusele ja eale (kõikidele patsientidele). Sekretariaadil välja pakkuda, mis skaalaid kasutada Eestis vastavalt kirjandusele.</p>
	<p>3. Järgmiste teemad ja koosolekute aeg Ülesanded:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kliinilised küsimused arutada: 1, 3, 4, 7, 10, 11, 12, 13, 14, 15 - Ravimite tabelid üle vaadata ja täiendada. - Valuravi meeskonna ülesanded lahti kirjutada 10.märtsiks - Meeskonna kuluanalüüs peale tegevuste kirjeldamist enne 25.märtsi koosolekut <p>Järgmised videokoosolekud: 25.märts kl 16-20 (Kaja-Triin osaleb Skypes) 20.aprill kl 16-20</p>
<p>Protokollis Malle Avarsoo</p>	<p>Koosolekut juhatas Boris Gabovitš</p>