



Ravijuhendi „Perioperatiivne ägeda valu käsitus” töörühma ja sekretariaadi koosolek nr 1

12.10.2021

Videokoosolek (Teamsi keskkonnas) kell 13.00 – 17.00

Osalesid töörühma juht Kaire Pakkonen ja liikmed, Juri Karjagin, Maria Rebo, Mari-Liis Ilmoja, Helen Valk, Aleksandr Koroljov, Veronika Palmiste-Kallion, Malle Avarsoo, Jana Lass ja sekretariaadi juht (ja ühtlasi ravijuhendite püsisekretariaadi esindaja) Kaja-Triin Laisaar

Koosolekul osalesid kõik töörühma 9 liiget – sisuliste otsuste tegemiseks oli kvoorum koos.

Koosolekut juhatasid K. Pakkonen ja K.-T. Laisaar, protokollis K.-T. Laisaar.

Koosoleku päevakord:

1. Huvide deklareerimine

Kõik koosolekul osalenud, kes olid juba esitanud huvide deklaratsiooni, kinnitasid, et neil ei ole vahepealse aja jooksul tekkinud uusi võimalikke huvide konflikte. Need töörühma liikmed, kel oli huvide deklaratsioon koosoleku ajaks veel esitamata või vajas täpsustamist, kinnitasid suuliselt, et neil ei teki juhendi koostamisel huvide konflikti. Lepiti kokku, et kõik esitavad kirjaliku (vajadusel täiendatud) huvide deklaratsiooni esimesel võimalusel pärast koosolekut TÜ ravijuhendite püsisekretariaadi koordinaator Paula Tomsonile.

2. Ravijuhendi koostamise protsessi ja metoodika tutvustus

TÜ ravijuhendite püsisekretariaadi esindaja ja ühtlasi käesoleva ravijuhendi sekretariaadi juht K.-T. Laisaar tutvustas töörühmale ravijuhendi koostamise protsessi ja Eestis ravijuhendite koostamisel kasutatavat metoodikat (sh GRADE-metoodika). Slaidid kokkuvõtliku infoga on protokollis **lisas nr 1**.

2. Käsitlusala koostamine

Käesoleva protokollis **lisas nr 2** on töörühma liikmetele enne koosolekut ette saadetud sekretariaadi poolt koostatud fail, milles on kõik algse ravijuhendi soovitusel ja nende aluseks olnud küsimused. Koosoleku ajal vaatas töörühm samm-sammult läbi sekretariaadi juhi poolt koostatud ajakohastatava juhendi käsitlusala mustandi, kuhu olid tõstetud kõik algse juhendi kliinilised ja tervishoiukorralduslikud küsimused. Neile kahele dokumendile tuginedes arutas töörühm, millised soovitusel korrigeerimist vajavad ning millised kliinilised ja tervishoiukorralduslikud küsimused seetõttu avada tuleb.

2.1. Preoperatiivses perioodis patsiendi käsitlemist puudutavad soovitusel

Seda perioodi puudutavad algse ravijuhendi soovitused nr 1–13.

Töörühm tõi välja, et soovituse nr 1 „Teavitage kõiki kirurgilisele protseduurile/operatsioonile minevaid patsiente/seaduslikke esindajaid eelseisva operatsiooni/ protseduuri olemusest ning valuravi võimalustest nii suuliselt kui ka kirjalikult“ puhul tuleb kaaluda kirjaliku teavituse täpsustamist. Nimelt on Eestis praktika, millest patsienti teavitatakse ja millele nõusolek võetakse, haiglalt erinev.

Soovitused nr 2 ja 3 töörühma hinnangul korrigeerimist ei vaja. Küll aga on soovitus nr 3 „Hinnake ja dokumenteerige patsiendi valu tugevust regulaarselt analoogselt teiste eluliste näitajatega (südame löögisagedus, vererõhk, hingamissagedus, temperatuur). Kasutage eale ja kognitiivsele võimekusele vastavat valideeritud valuskaalat“ öeldud, et kasutada tuleks valideeritud valuskaalat ning soovituse selgituses on öeldud, et „Majanduslike kaalutluste ja valideerimisprotsessi pikkuse tõttu soovitab töörühm Eestis kasutamiseks järgmisi skaalasid: COMFORT, FLACC, FACES, NRS, VAS, PAINAD.“ Nimetatud skaaladest vaid VAS ja NRS on olemas nii eesti kui vene keeles ning tõenäoliselt ei vaja valideerimist. Seetõttu on vaja soovitatud skaalade nimekiri üle vaadata, otsustada, kas neist saab mõne kõrvale jätta ning siis leida viis, kuidas sõelale jäänud skaalad esimesel võimalusel tõlkida ja valideerida. Ajakohastatavas juhendis on võimalik soovitada vaid nende skaalade kasutamist, mis on ka reaalselt kättesaadavad. Töörühm otsustab järgmisel koosolekul, kuidas see küsimus lahendada.

Soovituse nr 4 „Alustage patsiendi valuravi õigel ajal, lähtudes ravimvormist ja manustamisviisist, et tagada operatsioonijärgne tõhus valutustamine (valu tugevus ≤ 3 palli).“ puhul kaalus töörühm, kas täpsustada võiks, mida tähendab „õigel ajal“. Otsustati, et vastavat kliinilist küsimust ei avata, kuid kui juhendi koostamise käigus jõutakse siiski järeldusele, et seda tuleb teha, siis esitatakse Ravijuhendite Nõukojale käsitlusala muutmise taotlus.

Soovitusi nr 5 ja 6 ei peetud vajalikuks korrigeerida.

Soovituse nr 7 „Mastektomia korral kaaluge kroonilise postoperatiivse valu ennetamiseks paravertebraalse blokaadi alustamist enne nahalõiget.“ Eestis on selles osas praktikas erinevaid lähenemisi. Seetõttu otsustas töörühm osaliselt avada algse juhendi kliinilise küsimuse nr 5 „Kas valuravi alustamine vs mittealustamine preoperatiivses perioodis mõjutab kroonilise postoperatiivse valu tekke tõenäosust?“, esitades vaid mastektomiat puudutava kliinilise küsimuse (ajakohastamisel praeguse seisuga esimene kliiniline küsimus).

Soovitusi nr 8 ja 9 ei peetud vajalikuks korrigeerida.

Töörühm otsustas avada soovituste nr 10–13 aluseks olnud kliinilise küsimuse nr 6 „Kas patsiendil preoperatiivne NSAIDide manustamine vs mittemanustamine mõjutab perioperatiivse veritsuse tekke tõenäosust?“, ühtlasi kohendades veidi küsimuse sõnastust, et küsimuses oleks kaetud kõik töörühma poolt selle küsimuse kontekstis oluliseks peetud tulemusnäitajad. See on ajakohastamisel praeguse seisuga teine kliiniline küsimus.

2.2. Intraoperatiivses perioodis patsiendi käsitlemist puudutavad soovitused

Seda perioodi puudutavad algse ravijuhendi soovitused nr 14–21.

Töörühm pidas vajalikuks avada kõigi nende soovituste aluseks olnud kliinilise küsimuse nr 8 „Kas patsiendil intraoperatiivse operatsioonihaava infiltratsiooni kasutamine (lokaalanesteetikumiga) vs selle mittekasutamine mõjutab postoperatiivset ägedat valu?“. See on ajakohastamisel praeguse seisuga kolmas kliiniline küsimus.

Töörühm tõi veel välja, et ravijuhendisse on vaja lisada (nt praktilise soovitusena) infiltratsioonitehnikat puudutav info kirurgile.

Töörühm tõi veel välja, et soovitus nr 19 “Regionaalanalgeesia vastunäidustuste korral kasutage intravenooset patsiendi kontrollitud opioidanalgeesiat (PCA)” puhul tuleb läbi vaadata vastav algse juhendi koostamisel leitud tõendusmaterjal – et kas sobivaks osutusi üksnes PCA. Nimelt on üksnes PCA soovitamisel oht seada osa haiglaid ebavõrdsesse seisu.

Juhendi ajakohastamisel tuleb ka läbi mõelda, kas täpsustada PCA’d puudutavat infot.

2.3. Postoperatiivses perioodis patsiendi käsitlemist puudutavad soovitused

Üksnes postoperatiivset perioodi puudutavad algse ravijuhendi soovitused nr 22–29.

Soovituste nr 22–24 korrigeerimist töörühm vajalikuks ei pidanud.

Küll aga otsustas töörühm avada soovitus nr 25 „Eelistage patsiendi poolt kontrollitud analgeesiat õe poolt manustatud boolussüstetele“ aluseks olnud kliinilise küsimuse nr 12 „Kas postoperatiivses etapis on ägeda valu ravis tulemuslikum patsiendi poolt kontrollitud analgeesia vs õe poolt kontrollitud analgeesia?“. See on ajakohastamisel praeguse seisuga neljas kliiniline küsimus.

Soovitust nr 26 ei peetud vajalikuks korrigeerida.

Töörühm otsustas avada soovitus nr 27 „Tugeva valu korral kaaluge lisaravimite kasutamist (vt lisaravimite tabelit lisa nr 2)“ aluseks olnud kliinilise küsimuse nr 13 „Kas postoperatiivses etapis on ägeda valu ravis tulemuslikum kombineeritud farmakoloogilise valuravi kasutamine vs monoteeraapia kasutamine?“, pidades tõenäoliseks, et algse juhendi valmimisest möödunud aja jooksul on lisaravimite (mõne neist) kasutamise põhjendatuse kohta lisandunud tõendusmaterjali.

Veel pidas töörühm vajalikuks avada algse juhendi kliiniline küsimus nr 10 „Kas patsiendi postoperatiivse ägeda valu ravis regionaalanalgeesia (epiduraalanalgeesia, närvi-blokaadid) vs parenteraalne ja enteraalne analgeesia on tulemuslikum?“, mis oli mh intraoperatiivset perioodi puudutavate soovituste 15–21 aluseks. See on ajakohastamisel praeguse seisuga viies kliiniline küsimus.

2.4. Ravijuhendi ajakohastamisel töörühma poolt tõstatatud uued alateemad ja kliinilised küsimused

Töörühm tõi välja, et oluline on ravijuhendisse lisada ka kroonilise valuga opioidravil olevate patsientide ja opioidisõltuvusega patsientide perioperatiivset käsitlust puudutavad üldised põhimõtted. Vastava(te) küsimuste sõnastamine jääb järgmisele koosolekule.

Lõpetuseks arutas töörühm veel, kas Eesti juhendi ajakohastamisel võtta lisaks algse juhendi koostamisel aluseks olnud rahvusvahelistele juhenditele (või nende ajakohastatud versioonidele, kui neid on vahepeal ajakohastatud) ka teised rahvusvahelised juhendid (nt ASA 2000, Saksa-maa). Otsustati, et sekretariaat vaatab rahvusvahelised juhendid üle, et otsustada, kas võetakse n-ö alusjuhendeid juurde või pigem minnakse seda teed, et vajadusel otsitakse tõendusmaterjali (teadusuuringuid) juurde teaduskirjanduse e-andmebaasidest.

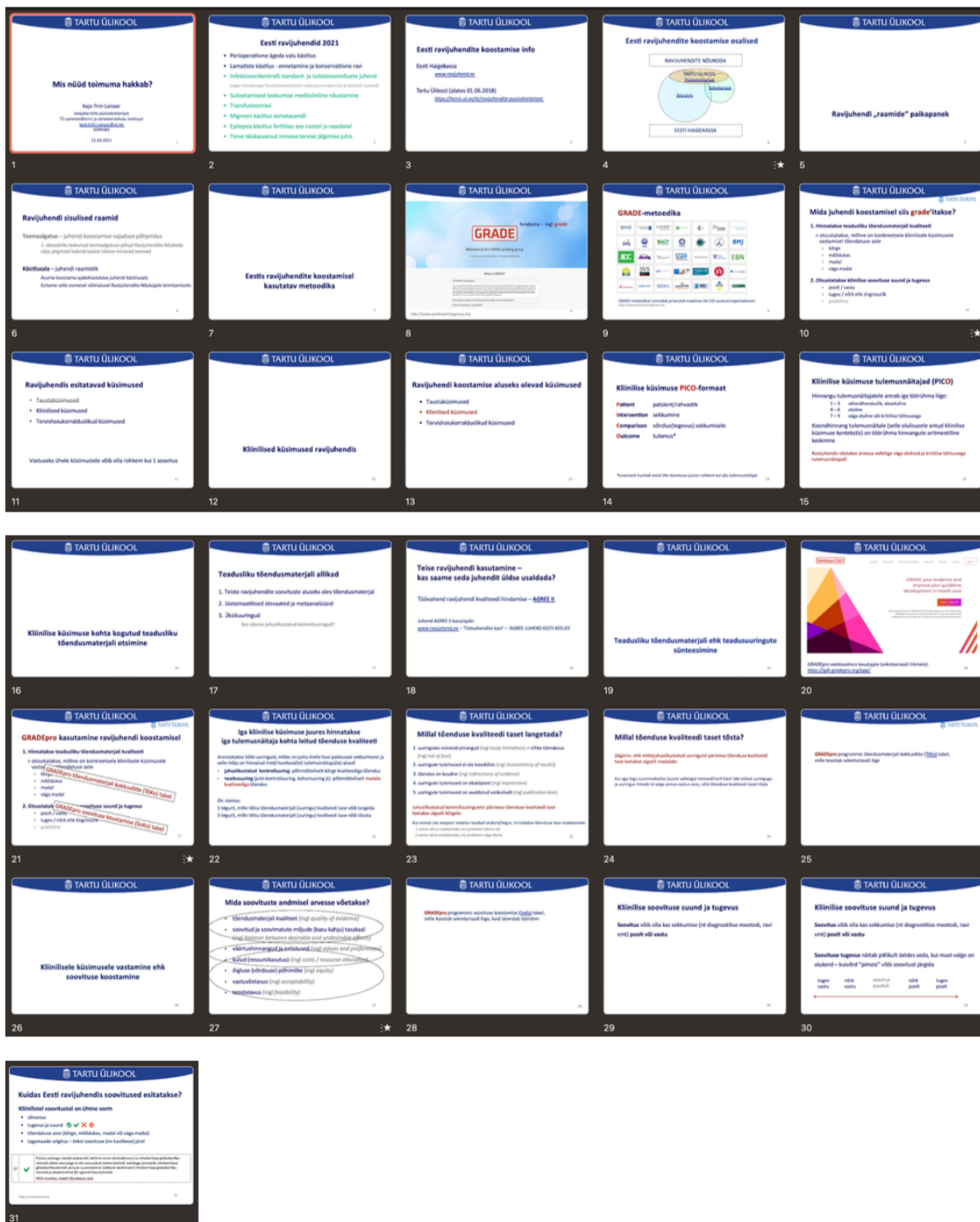
Koosolekule järgnenud päeval (13.10.2021) tõstatas üks töörühma liige pärast arupidamist töörühma juhiga veel ühe alateema – rasedate/imetavate emade postoperatiivne valuravi. Selle teema olulisust arutab töörühm järgmisel koosolekul ning vajadusel sõnastab konkreetse(d) küsimuse(d).

Ajakohastatava ravijuhendi käsitusala koostamine jätkub järgmisel töötühma ja sekretariaadi koosolekul.

3. Järgmiste koosolekute aja kokkuleppimine

Järgmiste koosolekute (novembris ja detsembris) ajad lepitakse kokku pärast koosolekut elektroonselt (*doodle*-küsitlusega).

Lisa 1. Ravijuhendite koostamise GRADE-metoodikat ja Eesti ravijuhendite koostamise korda tutvustav koolitus tööruhmale



Lisa 2. Algse ravijuhendi “Perioperatiivne ägeda valu käsitus” soovitusel pre-, intra- ja postoperatiivses perioodis ja nende aluseks olnud kliinilised küsimused

Lastele kehtivad täiskasvanutega samad soovitusel, kui ei ole eraldi välja toodud lapseeas tingitud eripärasid – sellisel juhul soovitusel L-täht.

PREOPERATIIVNE PERIOOD

1	Teavitage kõiki kirurgilisele protseduurile/operatsioonile minevaid patsiente/seaduslikke esindajaid eelseisva operatsiooni/protseduuri olemusest ning valuravi võimalustest nii suuliselt kui ka kirjalikult.
2 (praktiline)	Erakorralise operatsiooni korral toimub teavitamine olenevalt operatsiooni erakorralisusest ja patsiendi seisundist.
3	Hinnake ja dokumenteerige patsiendi valu tugevust regulaarselt analoogselt teiste eluliste näitajatega (südame löögisagedus, vererõhk, hingamissagedus, temperatuur). Kasutage eale ja kognitiivsele võimekusele vastavat valideeritud valuskaalat.
4	Alustage patsiendi valuravi õigel ajal, lähtudes ravimvormist ja manustamisviisist, et tagada operatsioonijärgne tõhus valutustamine (valu tugevus ≤ 3 palli ¹).
5	Eelistage preoperatiivselt suukaudset ravimvormi, sest see on sama tõhus, ohutum ja hinnalt soodsam kui süstitav ravimvorm (vt lisa nr 5). Alternatiiv on ka rektaalne manustamine.
6	Torakotoomia korral kaaluge kroonilise postoperatiivse valu ennetamiseks epiduraalanalgeesia alustamist enne nahalõiget.
7	Mastektomia korral kaaluge kroonilise postoperatiivse valu ennetamiseks paravertebraalse blokaadi alustamist enne nahalõiget.
8	Alajäseme amputatsioonil fantoomvalu ennetamiseks preoperatiivset epiduraalanalgeesiat pigem mitte kasutada, sest selle efektiivsus ei ole tõendatud.
9	Lisaravimeid preoperatiivselt kroonilise postoperatiivse valu ennetamiseks pigem mitte kasutada, sest nende efektiivsus ei ole tõendatud.
10	Mitteselektiivseid MSPVA-sid ei ole soovitatav preoperatiivselt kasutada, sest need võivad suurendada veritsuse tekkeriski.
11	Selektiivseid koksiiibe võib kasutada preoperatiivselt, sest need ei suurenda veritsuse tekkeriski.
11-L (praktiline)	Alla 18-aastastele patsientidele ei ole koksiiibide manustamine näidustatud (vt ravimi omaduste kokkuvõtet).
12	Mitteselektiivseid MSPVA-sid võib kasutada intra- ja postoperatiivselt, sest veritsuse tekkerisk on väike.
13	Suurenenud veritsusriskiga patsientidel tuleb mitteselektiivseid MSPVA-sid kasutada ettevaatusega.

1. Kas kirurgilisele protseduurile / operatsioonile minevale patsiendile eelseisva protseduuri/operatsiooni olemuse ja kulu selgitamine vs mitteselgitamine kirurgi poolt mõjutab kirurgiline protseduur või operatsiooni järgset valu?

Tulemusnäitajad: valu tugevus, valu vähenemine, ärevuse vähenemine, lisavaluvaigisti vajadus (sh opiaadi vajadus), patsiendi (eestkostja) rahulolu valuraviga

2. Kas kirurgilisele protseduurile / operatsioonile minevale patsiendile eelseisva kirurgilise protseduuri või operatsiooniga seotud ägeda valu ravi võimaluste tutvustamine vs mittetutvustamine mõjutab valuravi tulemust?

Tulemusnäitajad: valu tugevus, valu vähenemine, ärevuse vähenemine, lisavaluvaigisti vajadus (sh opiaadi vajadus), patsiendi (eestkostja) rahulolu valuraviga

3. Kas patsiendi valu regulaarne hindamine ja dokumenteerimine vs mittehindamine alates preoperatiivsest perioodist parandab perioperatiivse ägeda valu ravi tulemust?

Tulemusnäitajad: valu tugevus, valu vähenemine, lisavaluvaigisti vajadus, patsiendi (eestkostja) rahulolu valuraviga, postoperatiivsete tüsistuste esinemissagedus

4. Kas patsiendile ennetav (preemptive, preventive) valuvaigistite manustamine vs mittemanustamine mõjutab postoperatiivse ägeda valu tugevust?

Tulemusnäitajad: valu tugevus, lisavaluvaigisti vajadus, aeg esimese valuvaigistini (vajaduseni), valuvaigistitest tingitud kõrvaltoimed, postoperatiivsete tüsistuste esinemissagedus, ärkamisruumis viibimise aeg

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

Tulemusnäitajad: valu tugevus (erinevatel ajahetkedel, nt 6., 12. kuul)

6. Kas patsiendil preoperatiivne NSAIDide³ manustamine vs mittemanustamine mõjutab perioperatiivse veritsuse tekke tõenäosust?

Tulemusnäitajad: kordusoperatsioon veritsuse tõttu, operatsiooni aegne verekadu, postoperatiivne verekadu, valuvaigistitest (opiaadid) tingitud kõrvaltoimed, rehospitaliseerimine veritsuse tõttu, postoperatiivsete tüsistuste esinemissagedus

7. Kas valuravi alustamine intraoperatiivses perioodis vs postoperatiivses perioodis mõjutab valuravi tulemust?

Tulemusnäitajad: valu tugevus, valu vähenemine, lisavaluvaigisti vajadus (sh opiaadi vajadus), postoperatiivsete tüsistuste esinemissagedus, rehospitaliseerimine valu tõttu, patsiendi (eestkostja) rahulolu valuraviga, ärkamisruumis viibimise aeg

INTRAOPERATIIVNE ETAPP

14	Kasutage kõikide operatsioonide puhul valutustamiseks operatsioonihaava ühekordset infiltratsiooni lokaalanesteetikumiga või lokaalanesteetikumi püsiinfusiooni haavakateetri kaudu.
15	Avatud kõhuõõne ja rindkere ning vaagna ja alajäseme operatsioonidel kasutage võimalusel epiduraalanalgeesiat, eelistades seda intravenoossele opioidi manustamisele.
16	Torakotoomia valutustamiseks kasutage epiduraalanalgeesiat või paravertebraalblokaadi, eelistades viimast vähemate võimalike kõrvaltoimete tõttu.
17	Põlveliigese proteesimisel kasutage epiduraalanalgeesiat või femoraalnärvi blokaadi (FNB) või lokaalset infiltratsiooni analgeesiat (LIA), eelistades vähemate võimalike kõrvaltoimete tõttu FNB-d või LIA-t.

18	Puusalige proteesimisel eelistage lokaalset infiltratsiooni analgeesiat (LIA) intravenoossele opioidi manustamisele.
19	Regionaalanalgeesia vastunäidustuste korral kasutage intravenooset patsiendi kontrollitud opioidanalgeesiat (PCA).
20	Ülajäseme operatsioonide korral kasutage perifeerset närvide blokaadi, eelistades püsiinfusiooni.
21	Kõhuõõne operatsioonide korral võib kasutada kõhuesseina närvide blokaadi (TAP block), mille efektiivsus on sarnane haavainfiltratsiooniga.

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

Tulemusnäitajad: valu tugevus, lisavaluvaigisti vajadus (sh opiaadi vajadus), aeg esimese valuvaigistini, valuvaigistitest tingitud kõrvaltoimed, postoperatiivsete tüsistuste esinemissagedus, rehospitalseerimine valu tõttu, patsiendi (eestkostja) rahulolu valuraviga, meetodi ohutus

POSTOPERATIIVNE PERIOOD

22	Manustage ravimeid võimalusel suukaudselt.
23	Vältige ravimite lihasesisest manustamist.
24 (praktiline)	Valuvaigisteid tuleb manustada regulaarselt, arvestades ravimite farmakokineetikat.
25	Eelistage patsiendi poolt kontrollitud analgeesiat õe poolt manustatud boolussüstetele.
26	Kasutage postoperatiivselt kombineeritud farmakoloogilist valuravi tugeva (valu tugevus 8–10 palli) ja mõõduka (valu tugevus 5–7 palli) valu puhul ² .
26-L (praktiline)	Lastele ei ole koksibide ja kodeiini kasutamine näidustatud (vt ravimi omaduste kokkuvõtet).
27	Tugeva valu korral kaaluge lisaravimite kasutamist (vt lisaravimite tabelit lisa nr 2).
28	Nõrga ja mõõduka valu korral kaaluge mittefarmakoloogiliste meetodite kasutamist lisaks farmakoloogilisele valuravile.
29	Kirurgilise protseduuri/operatsiooni järgselt andke patsiendile/ seaduslikule esindajale nii suulised kui ka kirjalikud juhised koduse valuravi kohta.

9. Kas patsiendi postoperatiivse ägeda valu ravis mõjutab ravimite⁴ manustamise viis i/v vs i/m vs enteraalne valuravi tulemust?

Tulemusnäitajad: valu tugevus, valu vähenemine, aeg valuvaigistava toime saabumiseni, lisavaluvaigisti vajadus, aeg esimese lisavaluvaigisti vajaduseni, valuvaigisti toime kestus, postoperatiivsete tüsistuste esinemissagedus, valuvaigistitest tingitud kõrvaltoimed, rehospitalseerimine valu tõttu, patsiendi (eestkostja) rahulolu valuraviga, meetodi ohutus

10. Kas patsiendi postoperatiivse ägeda valu ravis regionaalanalgeesia (epiduraal-analgeesia, närviblokaadid) vs parenteraalne ja enteraalne analgeesia on tulemuslikum?

Tulemusnäitajad: valu tugevus, valu vähenemine, lisavaluvaigisti vajadus, aeg esimese lisavaluvaigisti vajaduseni, aeg valuvaigistava toime saabumiseni, postoperatiivsete tüsistuste esinemissagedus, rehospitaliseerimine valu tõttu, patsiendi (eestkostja) rahulolu valuraviga, meetodi ohutus

11. Kas patsiendile valuvaigistite regulaarne skeemijärgne manustamine vs vajadusel manustamine mõjutab postoperatiivse ägeda valu ravi tulemust?

Tulemusnäitajad: valu tugevus, valu vähenemine, lisavaluvaigisti vajadus, aeg esimese lisavaluvaigisti vajaduseni, opiaadi vajadus, aeg valuvaigistava toime saabumiseni, postoperatiivsete tüsistuste esinemissagedus, rehospitaliseerimine valu tõttu, patsiendi (eestkostja) rahulolu valuraviga, haiglaravi kestus

12. Kas postoperatiivses etapis on ägeda valu ravis tulemuslikum patsiendi poolt kontrollitud analgeesia vs õe poolt kontrollitud analgeesia?

Tulemusnäitajad: valu tugevus, valu vähenemine, lisavaluvaigisti vajadus (sh opiaadi vajadus), aeg esimese lisavaluvaigisti vajaduseni, postoperatiivsete tüsistuste esinemissagedus, rehospitaliseerimine valu tõttu, patsiendi (eestkostja) rahulolu valuraviga, meetodi ohutus

13. Kas postoperatiivses etapis on ägeda valu ravis tulemuslikum kombineeritud farmakoloogilise valuravi kasutamine vs monoterapia kasutamine?

Tulemusnäitajad: valu tugevus, valu vähenemine, lisavaluvaigisti vajadus (sh opiaadi vajadus), aeg esimese lisavaluvaigisti vajaduseni, ärevuse vähenemine, postoperatiivsete tüsistuste esinemissagedus, valuvaigistitest tingitud kõrvaltoimed, rehospitaliseerimine valu tõttu, patsiendi (eestkostja) rahulolu valuraviga, meetodi ohutus, haiglaravi kestus

14. Kas postoperatiivselt koduse kirjaliku valuravijuhise⁵ kasutamine vs mittekasutamine mõjutab ägeda valu ravi tulemust?

Tulemusnäitajad: valu tugevus, postoperatiivsete tüsistuste esinemissagedus, rehospitaliseerimine valu tõttu, patsiendi (eestkostja) rahulolu valuraviga

15. Kas postoperatiivses etapis lisaks farmakoloogilisele valuravile mittefarmakoloogiliste meetodite kasutamine vs mittekasutamine parandab ägeda valu ravi tulemust?

Tulemusnäitajad: valu tugevus, valu vähenemine, lisavaluvaigisti vajadus (sh opiaadi vajadus), ärevuse vähenemine, patsiendi (eestkostja) rahulolu valuraviga, postoperatiivsete tüsistuste esinemissagedus

Tervishoiukorralduslikud küsimused:

1. Kas ägeda valu ravi meeskonna tegevus tervishoiuasutuses parandab perioperatiivse valu ravi tulemust?
2. Missugused spetsialistid peaksid kuuluma perioperatiivse ägeda valu ravi meeskonda ning millised peaksid olema nende ülesanded?