



Ravijuhendi „Perioperatiivne ägeda valu käsitus” töörühma ja sekretariaadi koosolek nr 2

9.12.2021

Videokoosolek (Teamsi keskkonnas) kell 13.00 – 17.00

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

Ei osalenud töörühma liige Mari-Liis Ilmoja

Koosolekul osales 8 töörühma liiget 9st – 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 kinnitasid, et neil ei ole eelmisest koosolekust möödunud aja jooksul tekkinud uusi võimalikke huvide konflikte.

Ühtlasi vaadati üle töörühma liikmete ametikohad ja tööandjad ning erialaühendustesse kuulumine, et ühtlustada lõpuks ravijuhendisse minev juhendi koostajate info.

2. Eelmise koosoleku (12.10.2021) protokollis läbivaatus

Ühiselt vaadati läbi ja töörühm kooskõlastas eelmise (12.10.2025) koosoleku protokollis.

2. Käsitusala koostamise jätkamine

Sekretariaat oli koosoleku ajaks korrigeerinud ajakohastava juhendi käsitusala vastavalt eelmisel koosolekul arutatule ning pakkus välja ka senise kokkuleppe kohaselt ajakohastamisel avatavate küsimuste sõnastuse.

Käsitusala läbivaatust alustati taas algusest. Vaadati läbi ja lepiti kokku ravijuhendi kasutajate sihtrühm, ära nimetatavad teised asjakohased Eesti ravijuhendid, kriitilised ja tähtsad tulemusnäitajad.

Töörühm leidis, et ravijuhendi struktuuri (soovituste rühmitamist pre-, intra- ja postoperatiivse perioodi jaoks) ei ole põhjust muuta.

2.1. Algse ravijuhendi kliinilise küsimuse nr 5 „Kas valuravi alustamine vs mittealustamine preoperatiivses perioodis mõjutab kroonilise postoperatiivse valu tekke tõenäosust?“ asemel kaaluti järgmisi täpsustatud sõnastusi „Kas mastektomia korral alustada patsiendil valuravi preoperatiivses perioodis või mitte, et vähendada kroonilise postoperatiivse valu tekke

tõenäosust?“ ning „Kas mastektomia korral alustada patsiendil paravertebraalset blokaadi enne nahalõiget või ..., et vähendada kroonilise postoperatiivse valu tekke tõenäosust?“ Lisaks mastektomialle soovis töörühm konkreetselt välja tuua ka teised suurema kroonilise postoperatiivse valu tekke tõenäosusega operatsioonid (nt torakotomia, alajäseme amputatsioon), et hõlbustada tõendusmaterjali otsimist. Samas andis töörühm, arvestades, et tõendusmaterjali võib olla palju ja see võib olla väga heterogeenne, sekretariaadile suunised tõendusmaterjali ratsionaalseks sünteesiks.

Töörühm andis sekretariaadile ülesande koosoleku järgselt elektroonses suhtluses töörühmaga kokku leppida asjakohased operatsioonid, misjärel kinnitatakse vastav kliiniline küsimus järgmisel koosolekul.

2.2. Algse ravijuhendi kliinilise küsimuse nr 6 “Kas patsiendil preoperatiivne NSAIDide manustamine vs mittemanustamine mõjutab perioperatiivse veritsuse tekke tõenäosust?“ jaoks oli sekretariaat välja pakkunud järgmised sõnastuse variandid: (a) „Kas patsiendile preoperatiivselt mittesteroidse(te) põletikuvastas(te) ravimi(te) manustamine võrreldes nende mittemanustamisega mõjutab perioperatiivse veritsuse tekke tõenäosust?“ ning (b) „Kas patsiendile preoperatiivselt mittesteroidse(te) põletikuvastas(te) ravimi(te) manustamine võrreldes nende mittemanustamisega mõjutab kõrvaltoimete (eelkõige veritsuse) tekke tõenäosust perioperatiivses perioodis?“. Arutelu käigus jõudis töörühm aga järeldusele, et vastavat küsimust ei ole siiski põhjust avada.

2.3. Kliinilise küsimuse „Kas patsiendil intraoperatiivselt haavainfiltratsiooni kasutamine (lokaalanesteetikumiga) võrreldes selle mittekasutamisega mõjutab postoperatiivse (valu)ravi tulemust?“ arutamisel jõuti järeldusele, et seda kliinilist küsimust ei avata, kuid juhendile koostatakse regionaalanalgeesias kasutatavate ravimite lisa (tabelina). N-ö esimese hooga peeti vajalikuks tabelis ära tuua lokaalanesteetikumid, edasi nt LIA ja epiduraalanalgeesia puhul ka n-ö segud (opiaadid jm juurde). Siit viib sisuliselt järgmine samm lisaravimite juurde, kuid neid hetkel kõnealuse tabeli puhul ei arutatud, kuna tegu võib olla eraldi küsimuse (ja siis ka vastusega).

2.4. Kliinilist küsimust „Kas patsiendi postoperatiivse ägeda valu ravis annab regionaalanalgeesia (epiduraalanalgeesia, närviblokaad) võrreldes parenteraalse ja enteralse analgeesiaga parema ravitulemuse?“ kohendati vaid keeleliselt veidi.

2.5. Küsimuste „5. Kas patsiendi postoperatiivse ägeda valu ravis annab patsiendi poolt kontrollitud analgeesia võrreldes õe poolt kontrollitud analgeesiaga parema ravitulemuse?“ aruteluni koosolekul ei jõutud ehk see jäi käsituslusalasse (ajakohastamisel avamiseks) sisse.

2.6. Algse ravijuhendi kliinilise küsimus nr 13 „Kas postoperatiivses etapis on ägeda valu ravis tulemuslikum kombineeritud farmakoloogilise valuravi kasutamine vs monoterapia kasutamine?“ juurest oli ajakohastamisel jõutud küsimuseni „Kas patsiendi postoperatiivse ägeda valu ravis annab kombineeritud farmakoterapia võrreldes monofarmakoterapiaga parema ravitulemuse?“. Selle küsimusega koosolekul tegeleda ei jõutud ehk see jäi käsituslusalasse (ajakohastamisel avamiseks) sisse.

2.7. Väga põgusa arutelu tulemusena oli töörühm endiselt arvamusel, et kroonilise valu tõttu opioidravil olevate ja opioidsoltuvusega patsientide perioperatiivse valu käsitluse kohta peab ajakohastatavas juhendis välja tooma üldised põhimõtted.

2.8. Väga põgusa arutelu tulemusena oli töörühm nõus ühe liikme poolt koosolekutevahelisel ajal välja pakutud mõttega, et väga oluline on juhendisse lisada ka rasedate ja imetavate emade valuravi põhimõtted, näiteks erinevate (valu)ravimite riskikategooriad.

2.9. Algse ravijuhendi tervishoiukorralduslikke küsimusi nr 1 „Kas ägeda valu ravi meeskonna tegevus tervishoiuasutuses parandab perioperatiivse valu ravi tulemust?“ ja nr 2 „Missugused spetsialistid peaksid kuuluma perioperatiivse ägeda valu ravi meeskonda ning millised peaksid olema nende ülesanded?“ otsustas töörühm juhendi ajakohastamisel mitte avada.

Töö ajakohastatava juhendi käsitusala jätkub töörühma järgmisel koosolekul.

3. Valu hindamisel kasutatavaid mõõdikuid (aluskaalasid) puudutava küsimuse käsitus

Ehkki ravijuhendi käsitusala ei ole veel valmis, liikus töörühm kursil, et algses juhendis soovitatud valu hindamise mõõdikute tuleb igal juhul teha optimaalne valik. Nimelt ei olda nende tõlkimise, kohandamise/valideerimise ja kasutuslubade hankimisega algse juhendi valmimisest saadik edasi liigutud, mistõttu praktikul ei ole algses juhendis soovitatud mõõdikuist igapäevatoos piisavalt abi. Osa mõõdikute ei ole eesti-/venekeelsena saadaval, tõlge ei ole ametlik või ei ole tõlge tehtud korrektselt (tagasitõlget kasutades). Samuti ei ole osa mõõdikuist Eestis kasutamiseks kohandatud (valideeritud).

Arutelu alustuseks tutvustas sekretariaat töörühmale Eesti Haigekassa poolt Eestis 2019. aastal läbi viidud kliinilise auditi „Perioperatiivse ägeda valu käsitus“ tulemusi, sh valu hindamist perioperatiivses perioodis. Audit näitas, et ligi 1/3-l patsientidest ei hinnata valu regulaarselt ning kui seda on hinnatud, siis ligi 2/3-l juhtudest sõnalise kirjeldusega. Valu hindamise sagedus ja regulaarsus, samuti dokumenteerimine varieerusid haiglati. Audit tõi välja ka muid vajakajäämisi perioperatiivses valuravis.

Sekretariaat oli mõõdikute kohta koostanud ülevaate(tabeli) – toonud mõõdikute kohta välja järgmised tunnused: nimetus, eesti keeles olemas, vene keeles olemas, valideeritud, litsentsitasu, vajalik kasutamise kooskõlastus, kasutus Eestis 2021. Töörühm infoga ning täiendas tabelit selles osas, kuidas on erinevad mõõdikud Eestis realselt ikkagi kasutusel. Mh selgus, et VASi nimetust kasutatakse haiglati väga erinevaste (väljanägemise ja/või skaala poolest) mõõdikute, sealhulgas NRSi kohta.

Selle kohta, millist valu mõõdikut millises rahvastikurühmas (lapsed, täiskasvanud, kognitiivse võimekuse langusega inimesed), otsustas töörühm ravijuhendi ajakohastamisel formuleerida tervishoiukorraldusliku küsimuse.

Järgmiste koosolekute aja kokkuleppimine

Järgmiste koosolekute (jaanuar-märts 2022) ajad lepatakse kokku pärast koosolekut elektroonselt (*doodle*-küsitlusega). Eelsitatud ajad on neljapäeviti kell 13–17 (alternatiivne ka 12–16).