

EESTI HAIGEKASSA TERVISHOIUTEENUSTE LOETELU MUUTMISE TAOTLUS

1. Taotluse algataja	
Organisatsiooni või ühenduse nimi	MTÜ Pallium
Postiaadress	Tallinn, Hiiu 42
Telefoni- ja faksinumber	6510336
E-posti aadress	dh@eelk.ee
Kontaktisiku ees- ja perekonnanimi ning kontaktandmed	Jelena Leibur, dh@eelk.ee Teija Toivari, oendus@diakooniahaigla.ee

2. Teenuse nimetus, kood ja kohaldamise tingimus(ed)	
2.1. Teenuse nimetus	<i>Statsionaarne hospiitsteenus</i>
2.2. Teenuse kood tervishoiuteenuste loetelus (<i>edaspidi</i> loetelu) olemasoleva teenuse korral	
2.3. Kohaldamise tingimus(ed)	
2.4. Ettepaneku eesmärk	<input checked="" type="checkbox"/> Uue tervishoiuteenuse (<i>edaspidi</i> teenuse) lisamine loetellu ¹ <input type="checkbox"/> Loetelus olemasoleva teenuse piirhinna muutmine ² <input type="checkbox"/> Teenuse kohaldamise tingimuste muutmine ³ <input type="checkbox"/> Teenuse nimetuse muutmine ⁴ <input type="checkbox"/> Teenuse kustutamine loetelust ⁵ <input type="checkbox"/> Teenuse omaosaluse määra muutmine ⁶ <input type="checkbox"/> Muu (selgitada)
2.5. Peatükk loetelus, kus teenus peaks sisalduma	<input type="checkbox"/> Üldarstiabi <input type="checkbox"/> Ambulatoorne eriarstiabi <input type="checkbox"/> Meditsiiniseadmed ja ravimid <input type="checkbox"/> Statsionaarne eriarstiabi <input type="checkbox"/> Uuringud ja protseduurid <input type="checkbox"/> Operatsioonid <input type="checkbox"/> Laboriuuringud, lahangud ja kudede transplantaadid <input type="checkbox"/> Veretooted ja protseduurid veretoodetega <input type="checkbox"/> Hambaravi <input type="checkbox"/> Kompleksteenused <input checked="" type="checkbox"/> Ei oska määrata/ Muu (selgitada)

Ettepaneku eesmärk on lisada tervishoiuteenuse loetellu „**Statsionaarne hospiitsteenus**“, mis ei kuulu otseselt eriarstiabi alla ega ka iseseisva statsionaarse õendusabi alla
 Ettepanekus on kasutatud inglisekeelseid termineid *palliative care* ja *hospice care*, kuna termin sisaldabhõlmab patsiendi terviklikku hooldust, toetust ja ravi. Eesti keeles vastav termin puudub.

¹ Täidetakse kõik taotluse väljad või tuuakse selgitus iga mittetäidetava välja kohta, miks seda ei ole võimalik/vajalik täita.

² Kui teenuse piirhinna muutmise tingib uue meditsiiniseadme, ravimi vm lisamine teenuse kirjeldusse, täidetakse taotluses uue ressursi kohta kõik väljad või tuuakse selgitus iga vastava mittetäidetava välja juurde, miks seda ei ole võimalik/vajalik täita. Kui piirhinna muutmise tingib ressursi maksumuse muutus, täidetakse vähemalt väljad 1- 2 ning 8.1.

³ Täidetakse kõik allpool esitatud väljad või tuuakse selgitus iga vastava mittetäidetava välja kohta, miks seda ei ole võimalik/vajalik täita.

⁴ Täidetakse punktid 1-2 ning esitatakse vaba tekstina põhjendus teenuse nimetuse muutmise vajalikkuse kohta.

⁵ Täidetakse taotluse punktid 1-2 ning esitatakse vaba tekstina põhjendus teenuse kustutamise kohta.

⁶ Täidetakse punktid 1-2, 4.6, 9 ning esitatakse vaba tekstina põhjendus omaosaluse muutmise kohta.

3. Tõendus põhised ja näidustused

3.1. Teenuse osutamise meditsiinilised näidustused ja vajadus teenuse osutamiseks

- 1) Terminaalses seisundis (surm saabub lähinädalatel, lähipäevadel, või –tundidel) väljendunud raskete, ravile halvasti alluvate sümptomitega (valu, tugev iiveldus ja oksendamine, tugev õhupuudus, ulatuslikud ja sügavad kasvajakoe haavandid, terminaalne rahutus) ning totaalse valu (füüsiline, psühho-sotsiaalne ja eksistentsiaalne) all kannatavad patsiendid, kes selleks vajavad professionaalse interdistsiplinaarse meeskonna abi. Terminaalses seisundis patsientide lähedased, keda hospiitteenuse oluliseks osaks olev leinatöö aitab kiiremini taastuda ja tava- ning tööellu tagasi pöörduda.
- 2) Patsiendid, kelle haiguspetsiifiline ravi on lõpetatud, kuna sellega jätkamine suurendab nende kannatusi ja halvendab elukvaliteeti. Nad vajavad palliatiivse ravi korrigeerimist statsionaaris, et olla suuteline lühemat või pikemat aega taas kodus toime tulema.

Näidustused ja vajadus ei ole diagnoosispetsiifilised.

3.2. Teenuse tõendus põhised avaldatud kliiniliste uuringute alusel taotletud näidustuste lõikes;

Jrk nr.	Uuringu autori(te) nimed	Uuringu kvaliteet ⁷	Uuringusse hõlmatud isikute arv ja lühi-iseloomustus	Uuritava teenuse kirjeldus	Esmane tulemus, mida hinnati	Muu(d) tulemus(ed), mida mõõdeti/hinnati	Alternatiiv(id) millega võrreldi	Jälgimise periood
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1)	Munn, J. C., Hanson, L. C. jt (2006) (1)		Telefoniintervjuus osales 124 lahkunu 97 perekonnaliiget ja 104 pikaajalist hooldust pakkuvat hooldajat. 124 lahkunust oli hospiitteenusel 27. Lahkunud elasid viimasel elukuul kas õendushaiglas või hooldekodus.	Hospitiitteenuse seos sümptomite ning nende juhtimise, personaalse hoolduse (<i>care</i>), vaimse toetuse ja perekonna rahuloluga.	124 lahkunust kasutas hospitiitteenust 27. Nad said rohkem ravi valu vastu ning rohkem abi söömisel ja joomisel.	Vaimne toetus ja perekonna rahulolu oli sarnane mõlema grupi puhul.	Tavaline teenus õendushaiglas ja hooldekodus.	1999 - 2000
2)	Monroe, B. T, Carter, M. A jt (2013) (2)		55 õendushaigla dementsuse diagnoosiga patsienti, kes surid vähki. 55 elanikust oli hospitiitteenusel 25.	Hospitiitteenuse seos ägeda dementsuse ning valuga.	Hospitiitteenusel olevad dementsusega patsiendid said suurema tõenäosusega rohkem valuravi.	Hospitiitteenusel võib olla seos parema valuraviga vähahaigete patsientide puhul.	Alternatiiv puudus	
3)	Hwang, S-J., Chang, H-T., jt (2013) (3)		Kokku 3211 HCC (<i>terminal hepatocellular carcinoma</i>)patsienti, kellest 729 said hospitiit <i>care</i> ning 2482 aktiivravi haiglas.	Hospitiitteenus	Hospitiit patsiendid said rohkem palliatiivset ravi ning osalesid vähem agressiivsetel protseduuridel.	Kulu on madalam hospitiit <i>care</i> puhul	Aktiivravi-haigla hooldus	2001-2004
4)	Miller, S. C, Mor, V., jt (2003)		209 terminaalselt patsienti ja 172 mitte hospitiit teenusel patsienti	Valuravi hospitiit teenusel ja mitte hospitiit	Hospitiit teenusel olevad patsiendid saavad kõrgema		Alternatiiv puudus.	1997-1998

⁷ Märgitakse järgmiselt:

A – tugevalt tõendus põhine (põhineb süstemaatilisel ülevaatel kõigist asjakohastest randomiseeritud kliinilistest uuringutest ja/või metaanalüüsil);

B – tõendus põhine (põhineb vähemalt ühel korralikult disainitud randomiseeritud kliinilisel uuringul),

C – kaheldav või nõrgalt tõendus põhine (juhul, kui pole A ega B, aga tõendus põhised on kirjeldatud kirjanduse põhjal);

D – muu, selgitada.

	(4)		õendushaiglas.	teenusel olevatel patsientidel.	kvaliteediga ning regulaarsemalt valuravi.			
5)	Carlson, M., Morrison, R. S., jt (2007) (5)		9049 hospiitsi patsienti 2066 hospiitsist.	Uuriti hospiitteenuse 5 võtmekategooriat: õendus, arstlik abi, medikamentoosne ravi, psühhosotsiaalne toetus ja lähedaste toetus.	22% hospiitsi patsientidest said palliatiivset care kõigis viies kategoorias. 33% said palliatiivset care ühes või kahes kategoorias. Teenuse kvaliteet oli erinevates hospiitsides erinev.	Uuringu läbiviimise aastatel tõusis medikatoorse ravi (39% 1992-59% 2000 aastal) osakaal ning ka vaimse toetuse (39% 1994 aastal 59%ni 2000 aastal) osakaal.	Alternatiivid puudusid, võrreldi hospiitteenuse võtmekategooriaid ja nende pakkumist.	1992-2000

3.3. teenuse sisaldumine punktis 3.1 esitatud näidustustel Euroopa riikides aktsepteeritud ravijuhistes;

Euroopas juhendatakse hospiitteenuse osutamisel European Association for Palliative Care poolt koostatud „White Paper“le (6), mis võtab kokku Palliative care sh hospiitteenuse standardid ja normid Euroopas. Dokumendis tuuakse välja seisukoht, et Euroopa riigid erinevad oma vahel nii terminoloogia kui ka teenuste struktuuri poolest, mistõttu erinevate Euroopa riikide riiklikud *palliatiivne care* juhised arvestavad oma riigi eripära. „White Paper“ toob välja Euroopa kontekstis ühised seisukohad, sealhulgas meditsiinilised näidustused ja vajadused teenuse osutamiseks, mida on nimetatud punktis 3.1

Riiklike *palliatiivne care* teenuste arendamine peab arvestama:

1. Patsiendi enesemääramisõigust
2. Patsiendi-tervishoiutöötaja partnerlussuhet ravi ja hoolduse planeerimisel
3. Patsiendi ja lähedaste igakülgne toetus tagamaks parima võimaliku elukvaliteedi
4. Suhtumist ellu ja surma, mis tähendab, et *palliatiivne care* teenus ei kiirenda ega lükka kusntlikult surma edasi
5. Avatud suhtlemist tervishoiutöötajate ja patsientide vahel, patsiendi ja lähedaste vahel ning erinevate professionaalide ja teenustepakkujate vahel.
6. Rahva teadlikuse tõstmist, et vähendada inimestes hirmu surma ning leina ees.
7. Teenuse pakkumist multiprofessionaalselt ning interdistsiplinaarselt, et tagada patsiendi füüsiline, psühhosotsiaalne ning spirituaalne toetamine.
8. Leina ja leinatööd. Ettevalmistavat leinatööd nii patsiendile kui ka ta lähedastele, mis peab olema osa patsiendi ja lähedaste toetusest kogu haigusprotsessi vältel. Pereliikmete toetavate teenusete pakkumist peale patsiendi surma - leinaperioodil.

„White Paper“ toob välja, et Euroopa riikides peab *Palliatiivne care* eksisteerima vähemalt kahel tasandil.

1. **Palliatiivne lähenemine** hõlmab üldist tervishoiutöötajate kompetentsi tõstmist sümptomaatilise ravi alal, suhtlemisostuste arendamist ning otsuste langetamist eelpool nimetatud printsiipidest lähtuvalt. Palliatiivne lähenemine surijatele peab olema nii aktiivravihaiglate personalil kui ka õendusabiteenuste pakkujatel.
2. **Spetsiaalne palliatiivne care** on teenus mida peaksid saama patsiendid, kellel on terminaaelses staadiumis kombineeritud ning keerulised vajadused ning kes selle tõttu vajavad kõrgema tasemega (hospitsi) palliatiivset care'i. Seleks on vaja rohkem resursse (sh kompetentse personali tagamine ning piisav arv töötajaid). (1)

Eelpool nimetatud seisukohtade alusel on erinevad Euroopa riigid koostanud oma rahvuslikud ravijuhised (7). Eestis need veel puuduvad. Ainsana Euroopa Liidus puuduvad Eestis kõik riiklikult tunnustatud *palliatiivne care* teenused. Seda illustreerib järgmine tabel, mis kajastab European Association of Palliative Care aastal 2005 läbiviidud uuringu tulemusi.

Country (2)	Units: Hospice and PC		hosp support		Home Care		Beds/100.000		points B	PC physicians	points P	TOTAL POINTS	RANKING
	Units	points U	teams	points HST	Teams	points HC	Inh.						
UNITED KINGDOM	3,7	25	5,1	24	5,9	26	5,3	25	0,7	24	124	1	
SWEDEN	5,0	26	1,1	16	5,5	25	-	23	-	23	114	2	
IRELAND	2,0	15	5,5	26	3,5	23	3,7	22	1,0	25	111	3	
NETHERLANDS	5,4	27	3,1	23	-	21	4,4	24	0,1	10	105	4	
POLAND	3,4	24	0,1	7	6,1	27	4,4	23	0,4	21	102	5	
LUXEMBURG	2,2	20	2,2	21	4,4	24	6,5	27	0,0	8	100	6	
AUSTRIA	3,1	23	1,2	18	2,1	17	2,6	19	0,4	22	99	7	
SPAIN	2,2	19	0,6	13	3,2	21	2,5	18	1,1	26	97	8	
FRANCE	1,3	11	5,1	25	1,4	14	2,7	20	0,6	23	93	9	
BELGIUM	2,8	21	7,4	27	1,4	15	2,1	16	0,1	14	93	10	
ITALY	1,6	13	-	17	2,4	19	1,9	14	1,7	27	90	11	
GERMANY	2,8	22	0,7	14	0,4	7	2,5	17	-	14	74	12	
LATVIA	2,2	18	0,0	6	0,0	4	5,4	26	0,3	20	74	13	
FINLAND	1,1	10	1,9	20	1,9	16	1,4	11	0,2	16	73	14	
DENMARK	1,3	12	1,1	17	0,9	12	1,7	13	0,2	18	72	15	
LITHUANIA	1,7	14	0,3	11	0,9	11	1,5	12	0,3	19	67	16	
HUNGARY	1,1	8	0,4	12	2,8	20	1,4	10	0,1	15	65	17	
BULGARIA	2,1	17	0,0	5	3,3	22	0,0	7	-	14	65	18	
CYPRUS	1,1	7	0,0	3	2,1	18	1,9	15	0,2	17	60	19	
SLOVENIA	2,0	16	1,0	15	1,0	13	0,2	8	0,0	7	59	20	
CZECH REPUBLIC	1,0	6	0,1	10	0,4	8	2,7	21	0,1	11	56	21	
GREECE	0,0	2	1,8	19	0,8	10	0,0	5	-	9	45	22	
MALTA	0,0	3	2,6	22	0,0	5	0,0	6	0,0	6	42	23	
ROMANIA	0,4	5	0,1	8	0,5	9	-	6	0,1	13	41	24	
PORTUGAL	0,4	4	0,1	9	0,3	6	0,5	9	0,1	9	37	25	
SLOVAKIA	1,1	9	0,0	4	0,0	3	0,0	4	0,1	12	32	26	
ESTONIA	0,0	1	0,0	2	0,0	2	0,0	3	-	2	10	27	

INDICATORS: indicators on services (units, support hospital team or home care) are in number of services per million of inhabitants; indicators for pc beds and pc physicians are in number per 100.000 inhabitants

POINTS: we give points for each indicator: 27 points for the country with the highest ratio of a indicator and we give we give 1 point for the lowest one. The Ratio of the 27 EU Countries is calculated as follow: we assume equal weight for each indicators. The total is the sum of all points and rate the 27 countries over 135 points. Where a

SOURCES: All the indicators are built with data from the FACT Questionary: a 2005 survey of the European Association of Palliative Care in Europe, EAPC, based in the best available data or the best possible estimation done by an expert in each country, with peer review from the National Palliative Care Association.

Mõned riiklikult tunnustamata teenused on Eestis aastaid toimunud, peamiselt odavama teenuse alt rahastatud hospiitsteenus, mis piirab oluliselt teenuse arengut jõudmaks Euroopas tunnustatud tasemele.

3.4. Teenuse osutamise kogemus maailmapraktikas ja Eestis punktis 3.1 esitatud näidustuste lõikes;

Maailmapraktika osas võib välja tuua kahe suurriigi Ameerika Ühendriigid ja Kanada. Mõlemas on hospiitsteenus laialt levinud ja kõrge kvaliteediga. Mõlemas riigis reguleerivad hospiitside tööd tegevusjuhised, mis käsitlevad ka meditsiinilisi näidustusi ja vajadusi teenuse osutamiseks, mida on nimetatud punktis 3.1

National Consensus Project for Quality Palliative Care ja National Hospice and Palliative Care Organization poolt on Ameerika Ühendriikide jaoks 2004 aastal välja töötatud „Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care“, mida on uuendatud ja täiendatud 2 korda, viimati 2013 aastal (8).

Dokumendis on välja toodud **8 valdkonda**, mis määravad teenuse kvaliteedi. Valdkondade all on detailselt kirjeldatud tegevusjuhendid ja nende järgimise kriteeriumid.

1. Struktuur ja protsess
2. Füüsilised aspektid
3. Psüühilised aspektid
4. Sotsiaalsed aspektid
5. Eksistentsiaalsed, religioossed ja spirituaalsed aspektid
6. Kultuurilised aspektid
7. *Palliative care* elulõpuravina enk *hospice care*
 - 7.1. Interdistiplinaarse meeskonna liikmed märkavad patsiendi füüsilisi sümptomeid ning patsiendi ja ta lähedaste psühhosotsiaalseid, spirituaalseid ja kultuurilisi vajadusi. Interdistiplinaarse meeskonna liikmed pakuvad oma abi ja toetust vastavalt vajadustele ja olukorrale.
 - 7.2. Interdistiplinaarne meeskond koostöös patsiendi ja lähedastega koostab, arendab ja viib ellu *care* plaani eesmärgiga ravida olemasolevaid ning ennetada potentsiaalseid sümptomeid.
 - 7.3. Väarikas surmajärgne *care*, mis austab patsiendi ja lähedase spirituaalseid ja kultuurilisi vaateid
 - 7.4. Kohene alustamine leinatöoga
8. Eetilised ja legaalsed aspektid

Kanadas on hospiitsteenus suhteliselt uus, algas 1970 aastal ja on väga kiiresti arenenud. Kasutusel on termin

hospice palliative care, mis ühendab *palliative care* ja *hospice* üheks tervikuks, millel on ühine filosoofia, samad printsiibid ning normid.

Kanadas on 2002. aastal *Canadian Hospice Palliative Care Association* poolt välja töötatud hospiitsi *Palliative care* osutamise mudel (9). Dokument sisaldab mudeli põhjendatust, võrgustikutöö põhimõtteid, töö aluseks olevaid väärtuseid ja põhiprintsiipe kvaliteetse teenuse osutamiseks patsientidele ja nende lähedastele Kõik hospiitsteenust osutavad teenuseosutajad juhivad kohalike praktikate ja standardite väljatöötamisel sellest mudelist.

Vaadates ülevaadet palliatiivse *care* olukorrast maailmas 2011. aastal (10; 11) leiame Eesti nn 3a grupis kõrvuti Armeenia, Kuuba, Liibanoni, Nigeeria jt., kus palliatiivse *care* aktiivsus on tagasihoidlik ja halvasti toetatud. Palliatiivne *care* on realselt esindatud väikese arvu hospiitsi voodite ja minimaalse koduraviga. Järgmistele tasemetele → 3b → 4b ja 4a jõudmiseks on Eestil pikk arengutee läbida. Sellel tasemel leiame näiteks Hiina, Ungari, Slovakkia ja teised riigid. Kõrgeima palliatiivse ravi tasemega grupis on näiteks Ameerika Ühendriigid ja ka Poola.

Teenuse osutamise kogemus Eestis

Eestis töötab 3 hospiitsi. Esimene 12 voodikohaga hospiits avati 2002. a. EELK Tallinna Diakooniahaiglas. 2007. a. alustas tööd Tartu Ülikooli Kliinikumi 7 voodikohaga hospiits. Alates 2009. a. veebruari lõpust alustas tegevust Ida-Tallinna Keskhaigla Hooldusravikliiniku 10-kohaline hospiits. Teoreetiline ja praktiline ettevalmistus tuli Norra, Soome ja Hollandi spetsialistidelt.

Tallinna Diakooniahaigla hospiits on töötanud 13 aastat, rõhuv enamus patsientidest on olnud raskete sümptomitega onkoloogilised haiged. Keskmine hospiitsis viibimise aeg on 16 päeva. Rahastatud on neid juhte iseseisva statsionaarse õendusabi voodipäeva hinnakirja alusel, mis tegelikult ei kata kõiki teenuse osutamiseks vajalikke kulutusi.

Hospiitsi personalivajadus on suurem, kui iseseisval statsionaarsel õendusabil. Diakooniahaigla 13. aastase kogemuse alusel võime väita, et suur osa personali tööajast kulub lisaks raskete sümptomite leevendamisele ka patsiendi ja tema lähedaste psühhosotsiaalsele toetamisele. Hospiitsi patsientide vaevusi iseloomustatakse väljendiga totaalne valu, mis tähendab, et valul on lisaks füüsilisele komponendile ka spirituaalne ja psühhosotsiaalne komponent. Patsient ei saa abi, kui tegeleda vaid ühega. Sellest tulenevalt, hospiits ei saa eksisteerida ilma kaplani ja sotsiaaltöötajata.

Raskete sümptomitega patsiendid vajavad eelkõige arsti ja õdesid ning hooldajaid. Arsti visiite vähemalt üle päeva. Sümptomid muutuvad elu lõpus kiiresti ja ravi korrigeerimisega tuleb tegeleda kohe. Õdede ja hooldajate koormus on suurem, kuna lisaks eelpool nimetatud vaevustele on patsiendid nõrgad ja vajavad elutoimingutes väga palju abi.

Samadele järeldustele on jõudnud kõik Eestis tegutsevad hospiitsid, kes on välja töötanud nõuded Eesti hospiitsidele ja olnud algatajaks MTÜ Pallium loomisele. 17. detsembril 2010. a. loodi MTÜ Pallium tõstmaks ühiskonna teadlikust palliatiivsest *care*’st ning arendamiseks palliatiivse ravi teenust ja hospiitsteenust Eestis (www.pallium.ee).

Hospiitsteenuste, samuti elu lõpu vajaduste ja kvaliteedi uuringud vajavad Eestis alles käivitamist.

3.5. Meditsiinilise tõenduspõhisuse võrdlus Eestis ja rahvusvaheliselt kasutatavate alternatiivsete tervishoiuteenuste, ravimite jm,

Uuringu nimetus	Teenusest saadav tulemus	Alternatiiv 1	Alternatiiv 2
1	2	4	5
The Economic and Clinical Impact of an Inpatient Palliative Care Consultation Service: A Multifaceted Approach – Ciemins, E. L. jt (2007) (12)	Päevane keskmine maksumus vähenes 33% palliatiivse <i>care</i> konsultatsiooni kasutades	Palliatiivne <i>care</i>	Tavahooldus
Hospice effect on government expenditures among nursing home residents – Gozalo, P. L. jt (2008) (13)	Hospiitsiteenus viimasel elukuul seostub madalamate kuludega.	Hospiitsteenus	Tavahooldus
Resource utilization for ovarian cancer patients at the end of life: how much is too much? – Lewin S.N jt (2005) (14)	Keskmine maksumus hospiitsi teenusel oleva patsiendi kohta 60 viimasel elupäeval on madalam kui õendushaigla patsiendil. Samuti on odavam päeva maksumus hospiitsi teenuse patsiendil.	Hospiitsteenus	Õendushaigla

Cost savings associated with US hospital palliative care consultation programs – Morrison, R. S. jt (2008) (15)	Otsesed kulud palliatiivse <i>care</i> puhul madalamad.	Palliatiivne <i>care</i> haiglas	Tavahooldus haiglas
Cost and Utilization Outcomes of Patients Receiving Hospital-Based Palliative Care Consultation – Penrod, J. D. jt (2006) (16)	Palliatiivset <i>care</i> saanud patsientide päeva maksumus oli madalama, kui õendushaigla patsientide oma ning neil oli vähem tõenäoline sattuda EMO-sse.	Õendushaigla põhine palliatiiv <i>care</i>	Tavaline õendushaigla hooldus

3.6. Teenuse seos kehtiva loeteluga, sh uue teenuse asendav ja täiendav mõju kehtivale loetelule;

Alternatiivset teenust statsionaarsele hospitiirravile Eestis ei ole. Eestis viibivad terminaalses seisundis raskete sümptomitega haiged sageli kodudes, iseseisva statsionaarse õendusabi osakondades, järelravil ja aktiivravi osakondades, kus nad ei saa oma vajadustele vastavat adekvaatset sümptomaatilist ravi ja toetust.

Uus teenus asendaks osaliselt iseseisvat statsionaarset õendusabi, osaliselt järelravi ja osaliselt vabastaks aktiivravi kohti. Samuti vähendaks EMO-de ja kiirabi koormust ning valuraviarstide töökoormust, kuna muutused terminaalsestaadiumid on kiired ja ettearvamatud, siis on valuraviarstil ambulatoorsetes tingimustes väga raske, sageli võimatu sümptomkontrolli teostada.

3.7. Teenuse seos erinevate erialade ja teenuse tüüpidega;

Hospitiirteenus on interdistsiplinaarne teenus, mida osutavad erinevate erialade spetsialistid. Kõik meeskonna liikmed peavad läbima hospitiir töö põhimõtete täiendkoolituse. Hospitiiris töötavad arst ja õed, kellel on ka sümptomaatilise ravi täiendkoolitus. Samuti peavad hooldajad meeskonna liikmetena läbima vastava täiendkoolituse. Meeskonna liikmeteks on erialadest veel sotsiaaltöötaja ja kaplan. Mõningatel juhtudel on vajalik ka tegevusterapeudi ja füsioterapeudi teenus.

Hospitiirteenuse erinevus iseseisvast statsionaarsest õendusabist:

Hospitiirteenus vajab rohkem personali. Arsti roll meeskonna liikmena on sümptomaatilise ravi ordineerimisel ja sümptomite kontrollimisel väga oluline. Terminaalseisundis haigetel muutuvad ja süvenevad sümptomid kiiresti ja oluline on kiire sekkumine, mistõttu ei saa arst olla vaid konsultant. Suurem on ka õdede ja hooldajate koormus, kuna haiged on nõrgad ja paljude raskete sümptomitega, väga suure kõrvalabi vajadusega. Hospitiir patsiendid ja nende lähedased vajavad psühhosotsiaalset toetust ja hingehoiuteenust, mida pakuvad eelkõige sotsiaaltöötaja ja kaplan. Leinatöö, on hospitiirteenuse oluliseks osaks, kuna leinafaaside läbimisel vajavad toetust nii patsient ise kui ka tema lähedased. Lisaks aitab leinatöö lahkunu lähedastel kiiremini taastuda ja tavaellu tagasi pöörduda.

Iseseisva statsionaarse õendusabi eesmärk on teine. Selle teenuse eesmärgiks on krooniliste haiguste kompensatsioon hoidmine ja funktsionaalse võimekuse toetamine sedavõrd, et patsiendid saaksid taas kodus toime tulla ning oma eluga edasi minna. Oluline osa on haigete füüsilisel aktiveerimisel. Ka osad iseseisva statsionaarse õendusabi patsiendid surevad, kuid siin on surm rahulik, ilma raskete vaevusteta ja piinavate sümptomiteta. Põhiliselt on selles osakonnas tegevad õed ja hooldajad, arst on konsultandi rollis ja tema koormus ei ole suur.

Hospitiirteenuse erinevus järelravi teenusest:

Järelravi on aktiivravile järgnev etapp, mida osutatakse haigetele, kes on läbinud aktiivravi, kuid vajavad tervenemiseks/paranemiseks veel statsionaarset ravi. Sisuliselt aktiivravi jätkamine väiksemas mahus. Järelravi etapil osutatakse vajadusel ka aktiivse taastusravi teenuseid.

4. Teenusest saadav tulemus ja kõrvaltoimed

4.1. Teenuse oodatavad ravitulemused ning nende võrdlus punktis 3.2 esitatud alternatiividega (ravi tulemuslikkuse lühi- ja pikaajaline prognoos):

Lühiajalised tulemused: 1) paraneb terminaalsete haigete sümptomaatiline ravi ja seoses sellega elukvaliteet, 2) paraneb terminaalsete haigete lähedaste elukvaliteet, 3) hoolduse tõttu töölt eemalviibimiste aeg väheneb, 4) väheneb kordushospitaliseerimiste arv aktiivravihaiglatesse, EMO külastuste arv, valuraviarstide töökoormus 5) väheneb väljakutsete arv kiirabile, 6) vabanevad voodikohad teistes aktiivravi osakondades (siseosakond, kirurgiaosakond jne).

Pikaajalised tulemused: 1) tänu nõustamisele ja leinatööle suudavad lahkunud patsiendi lähedased kiiremini saavutada normaalse elu- ja töörütmi; 2) ühiskonnas kinnistub teadmine õigusest inimväärseks elu lõpuks ning muutub suhtumine surma ja suremisse; 3) Eesti jõuab *palliative care* teenuste osas teiste Euroopa liikmesriikide tasemele.

Tallinna Diakooniahaiglas siirdus olemasolevates tingimustes 2010. a. vahepeal taas pikemaks või lühemaks ajaks tagasi koju 17% hospiitsi patsientidest, kuid adekvaatselt rahastatud teenuse osutamisel suureneb kindlasti taas kodus toimetulevate patsientide osakaal.

P 3.2 tabeli uuringu jrk nr.	Teenusest saadav tulemus	Taotletav teenus	Alternatiiv 1	Alternatiiv 2
1)	124 lahkunust kasutas hospiitsteenust 27. Nad said rohkem ravi valu vastu ning rohkem abi söömisel ja joomisel.	Statsionaarne hospiitsteenus	Tavaline teenus õendushaiglas	Tavaline teenus hooldekodus
3)	Hospiitsi patsiendid said rohkem palliativset ravi ning osalesid vähem agressiivsetel protseduuridel. Kulu on madalam hospiitsi <i>care</i> puhul	Statsionaarne hospiitsteenus	Aktiivravi-haigla teenus	

4.2. Teenuse kõrvaltoimed ja tüsistused, nende võrdlus punktis 3.2 esitatud alternatiivide kõrvaltoimetega:

P 3.2. tabeli uuringu jrk nr.	Teenuse kõrvaltoimed ja tüsistused	Taotletav teenus	Alternatiiv 2	Alternatiiv 1

Teenusel ei ole etteprognoositavaid kõrvaltoimeid ja tüsistusi.

4.3. Punktis 4.2. ja 3.5 esitatud kõrvaltoimete ja tüsistuste ravi kirjeldus (kasutatavad tervishoiuteenused ja/või ravimid (k.a ambulatoorsed ravimid));

Teenusel ei ole etteprognoositavaid kõrvaltoimeid ja tüsistusi.

4.4. Taotletava teenuse osutamiseks ja patsiendi edasiseks jälgimiseks vajalikud tervishoiuteenused ja ravimid (s.h ambulatoorsed) vm ühe isiku kohta kuni vajaduse lõppemiseni ning võrdlus punktis 3.5 nimetatud alternatiividega kaasnevate teenustega;

Hilisemat jälgimist vajavad patsiendid saavad kodus vajalikku abi perearstilt ja koduõenduselt. Mõningal juhul vajavad need patsiendid ka eriarsti (eelkõige valuraviarst ja onkoloog) konsultatsioone. Koju läinud patsiendil säilib side hospiitsiga.

4.5. Teenuse võimalik väär-, ala- ja liigkasutamine; teenuse optimaalse ja ohutu kasutamise tagamiseks teenusele kohaldamise tingimuste seadmise vajalikkus;

Teenust võib ka vääralt kasutada, mis tekib siis, kui iseseisva statsionaarse õendusabi kohtadel hakatakse ilma vastava ettevalmistuseta (nimepoolest) hospiitsteenust osutama. Teenuse loetellu lisamisel tuleks väärkasutamise ennetamiseks piirata teenuse osutajate hulka vastava tegevusloaga, mille saamiseks tervishoiuametilt peab tegevusluba taotlev osakond olema korraldanud vastavad MTÜ Palliumi poolt heaks kidetud täiendkoolitused kõikidele osakonna töötajatele.

4.6. Patsiendi isikupära võimalik mõju ravi tulemustele;

Probleemideks sümptomaatilise ravi tulemustele võib patsiendi isikupära saada kahel juhul:

1. Kui patsient või tema lähedased ei teadvusta, et haigusspetsiifiline ravi on lõpetatud ja soovib vaatamata

oma seisundile ikka jätkuvalt uuringuid ja aktiivravi jätkamist.

2. Kui patsient või tema lähedased mingil põhjusel keelduvad adekvaatsest valuvaigistavast ravist.

5. Vajadus

5.1. Eestis teenust vajavate patsientide arvu hinnang (ühe aasta kohta 4 aasta lõikes), kellele on realselt võimalik teenust osutada taotletud näidustuste lõikes:

Eestis elab üle 32 000 inimese, kellel on diagnoositud vähkkasvaja. Igal aastal haigestub vähki ca 6 000-7 000 inimest (TAI, Vähistrateegia) ja sureb ~3 500 inimest aastas. Vähihaigestumus Eestis näitab kasvutendentsi. HIV leviku (ca 6 000 in.) kasvu poolest on Eesti Euroopas juhtival positsioonil. Rahvastik vananeb ja selle tulemusena jõuavad kroonilised haigused organpuudulikkuse lõppstaadiumi (südamehaigused, krooniline obstruktiivne kopsuhaigus, neeruhaigused, neuroloogilised haigused) ning patsiendid vajavad rohkem hosiitteenust.

Teenuse näidustus	Patsientide arv aastal t^*	Patsientide arv aastal $t+1$	Patsientide arv aastal $t+2$	Patsientide arv aastal $t+3$
1	2	3	4	5
Terminaaelses seisundis raskete sümptomitega pt-d.(näidustus 1)	420	500	580	660
Halva prognoosiga haiged, kes vajavad palliatiivse ravi korrigeerimist statsionaaris (näidustus 2)	830	1000	1170	1340

* t – taotluse menetlemise aastale järgnev aasta;

5.2. Teenuse mahu prognoos ühe aasta kohta 4 järgneva aasta kohta näidustuste lõikes:

Teenuse näidustus	Teenuse maht aastal t	Teenuse maht aastal $t+1$	Teenuse maht aastal $t+2$	Teenuse maht aastal $t+3$
1	2	3	4	5
Näidustus 1	6720	8000	9280	10560
Näidustus 2	11620	14000	16380	18760

6. Taotletava teenuse kirjeldus

6.1. Teenuse osutamiseks vajalik koht (palat, protseduuride tuba, operatsioonituba, vm);

Suriija haige, kellel on rasked, ravile halvasti alluvad sümptomid vajab adekvaatset sümptomaatilist ravi, hooldust ja toetust. Hosiitteenuse osutamiseks on parim eraldi haigla osakond või täiesti iseseisev üksus. Oluline, et personal suudab tagada adekvaatse sümptomaatilise ravi ning prima elukvaliteedi patsientidele ning maksimaalse toetuse lähedastele.

Vajalikud on 1-2 kohalised palatid ja võimalus lähedastele ööbida hosiitstis. (17)

Nõuded hosiitstis ruumidele, sisustusele ja aparatuurile on samad, mis iseseisva statsionaarse õendusabi osutamisel, kuid on oluline tagada kodune õhkkond (patsiendi isiklikud esemed, perekonnapildid jne.). Lisaks muudele osakonna ruumidele peavad hosiitstis olema eraldi ruumid patsiendi ja tema lähedase privaatseks suhtlemiseks ning lahkunuga hüvastijätmiseks. (18)

6.2. Patsiendi ettevalmistamine ja selleks vajalikud toimingud: premedikatsioon, desinfektsioon või muu;

Patsiendi ettevalmistus hosiitteenusele suunamiseks algab aktiivravis. Hosiitstis tuleks tuleb patsienti ette valmistada, temaga avameelselt rääkides. Arsti jaoks nimetatakse seda raskeks vestluseks. (19). Vajalik on patsiendi ja vajadusel lähedaste informeerimine ja nõusolek.

6.3. Teenuse osutamise kirjeldus tegevuste lõikes;

1. Sümptomite ja teiste patsiendi vajaduste ja võimete hindamine, ravi- ja õendusplaani koostamine.
2. Ravi läbiviimine – valuravi (valupumbad, nahaalused püsiinfusioonid), hapnikravi ja muude sümptomite ravi (s.h. sedatsioon, veenisisene ja antiemeetiline ravi)
3. Vajadusel füsioteraapia ja tegevusteraapia elementide kasutamine.
4. Patsientide ja lähedaste nõustamine sümptomite kontrollimise ja leevendamise võimalustest kodustes

tingimustes. Hooldusvõtete õpetamine.

5. Psühhosotsiaalne abi- nõustamine, hingehoid ja leinatöö (nii patsiendile kui ka perele).

7. Nõuded teenuse osutajale

7.1. teenuse osutaja (regionaalhaigla, keskhaigla, üldhaigla, perearst, vm);

Teenuse osutajaks võib olla regionaalhaigla, keskhaigla, üldhaigla või õendushaigla hosiitsravi osakond ning hosiits võib olla ka eraldiseisev üksus.

7.2. Infrastruktuur, tervishoiuteenuse osutaja täiendavate osakondade/teenistuste olemasolu vajadus;

Olenevalt hosiitsteenuse osutamise kohast tagab vastav asutus (regionaalhaigla, keskhaigla, üldhaigla, õendushaigla hosiitsravi osakond või hosiits eraldiseisva üksusena) vajalikud lisateenused.

7.3. Personali (täiendava) väljaõppe vajadus;

Hosiitsis töötamise eelduseks on vastava koolituse (eelkõige hosiitsfilosoofia, sümptomkontrolli ja interdistsiplinaarse meeskonnatöö printsiipide) läbimine kõikide interdistsiplinaarse meeskonna liikmete poolt (arst, õed ja hooldusõed, sotsiaaltöötaja, haigla kaplan/hingehoidja, füsioterapeut, tegevusterapeut). Koolituskulud on teenuseosutaja kanda.

7.4. Minimaalsed teenuse osutamise mahud kvaliteetse teenuse osutamise tagamiseks;

Miinumum voodite arv iseseisva osakonna või asutuse korral on 10.

7.5. Teenuse osutaja valmisoleku võimalik mõju ravi tulemustele.

Ravi tulemus sõltub otseselt interdistsiplinaarse meeskonna komplekteeritusest, liikmete kvalifikatsioonist, koostöövõimest nii omavahel kui patsiendi ja tema võrgustikuga. Samuti sõltub tulemus töötajate läbipõlemist ennetavate meetmete rakendamisest töökeskkonnas (supervisioon, adekvaatsed ressursid – vajalik personali arv haigete arvu kohta) ja pidevatest jätkukoolitustest

8. Kulutõhusus

8.1. Teenuse hind; hinna põhjendus/selgitused;

Teenuse hinnaks on arvatud ligikaudu 73,848 Eurot (tegevuskulud ja materjalikulud).

Kuna haigekassa hinnamudeli väärtused võivad muutuda, siis ei ole see number lõplik ja vajab täpsustamist.

Tegevuskulude osas arst 25 ja Teenuse hinna tõstab kõrgeks just tegevuskulu, täpsemalt arsti, õdede ja hooldajate osa selles. Arst 20 õed 135 ja hooldajad 165 on rohkem, kui iseseisva statsionaarse õendusabi, sisehaiguste ja onkoloogia osakonnas. Arsti roll õdede kõrval on väga oluline, kuna raskete sümptomitega terminaalsetes haigetel muutuvad ja süvenevad sümptomid kiiresti ja oluline on kohene sekkumine. Õdede ja hooldajate koormus on samuti suur, kuna tegemist on enamuses lamajate, raskes seisundis terminaalsete haigetega. Sotsiaaltöötaja, psühholoog ja kaplan on arvestatud juhtimiskuludesse ning füsioterapeudi ja tegevusterapeudi teenused arvestatakse eraldi vastavate koodidega.

Kulud materjalidelt. Laborikulud on viidud miinumumini, s.o. 0,25, kuna analüüse tehakse harva. Ravimite komplekti arvestamisel on lähtutud iseseisva statsionaarse õendusabi hinnast ja tingimustest. Ravimite kogust on 0,25 võrra suurendatud, mis on tingitud kiirest sümptomkontrolli vajadusest. Hooldus- ja meditsiinitarvikute vajaduse hindamisel on aluseks võetud õendusabi voodipäeva materjalide komplekti hind, mida on suurendatud 0,5 võrra arvestades, et tegemist on sageli suurte sidumistega, mida tuleb teha mitu korda päevas, mis vajavad väga palju sidumismaterjali. Kuna 90% haigetest on lamajad, siis kulub ka hooldusvahendeid rohkem. Pesumaja teenuse vajadust on hinnatud 1,25 – tihti on tegemist lagunevate kasvajakolletega, kaotatud on soole ja põietegevuse kontroll, sageli esineb oksendamist, mis kõik suurendab pesumaja kulu.

8.2. Teenuse osutamisega kaasnevate teenuste ja soodusravimite, mis on nimetatud p 4.4, isiku kohta kuni vajaduse lõppemiseni esitatud kulude võrdlus alternatiivsete teenuste kuludega isiku kohta kuni vajaduse lõppemiseni;

Kulude võrdlus ligilähedaste teenustega

järe ravi – 58,32€

iseseisev statsionaarne õendusabi – 61,32€

sisehaigused – 73,99€

intensiivravi I aste – 76,16€

onkoloogia – 77,65€

8.3. Ajutise töövõimetuse hüvitise kulude muutus ühe raviepisoodi kohta tuginedes tõendus põhiste uuringutele võrreldes alternatiivsete teenustega;

Andmed puuduvad

8.4. patsiendi poolt tehtavad kulutused võrreldes alternatiivsete teenuste korral tehtavate kuludega

Hospiitsteenuse peaks 7 voodipäeva ulatuses olema ilma 15% omaosaluseta. Nii nagu seda on sisehaiguste ja järelravi voodipäev. Edasi oleks omaosalus analoogne iseseisva statsionaarse õendusabiga.

9. Omaosalus

9.1. Hinnang patsientide valmisolekule tasuda ise teenuse eest osaliselt või täielikult

10. Esitamise kuupäev

31.12.2015

11. Esitaja nimi ja allkiri

Jelena Leibur

12. Kasutatud kirjandus

- 1) Munn, J. C., Hanson, L., D., Zimmerman, S., Sloane, D. P., MD, Mitchell, C., M. (2006). *Is Hospice Associated with Improved End-of-Life Care in Nursing Homes and Assisted Living Facilities?* Journal compilation, lk 490-495.
- 2) Monroe, T. B., Carter, M. A., Feldt, K. S., Dietrich, M. S., Cowan, R. L. (2013). *Pain and Hospice Care in Nursing Home Residents with Dementia and Terminal Cancer.* Japan Geriatrics Society, lk 1018-1025
- 3) Hwang, S-J., Chang, H-T., Hwang, I-H., Wu, C-Y., Yang, W-H., Li, C-P. (2013). *Hospice Offers More Palliative Care but Costs Less Than Usual Care for Terminal Geriatric Hepatocellular Carcinoma Patients: A Nationwide Study.* Journal of Palliative Medicine, lk 780-785
- 4) Miller, S. C., Mor, V., Teno, J. (2003). *Hospice Enrollment and Pain Assessment and Management in Nursing Homes.* Journal of Pain and Symptom Management, lk 791-798
- 5) Carlson, M., Morrison, R. S., Holford, T. R., Bradley, E. H. (2007). *Hospice Care: What Services Do Patients and Their Families Receive?* Health Research and Educational Trust, lk 1672 - 1690
- 6) *White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1*
<http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=f63pXXzVNEY%3D&tabid=735>
- 7) Martin-Moreno, J. M., Harris, M., Gorgojo, L. Clark, D., Normand, C. & Centeno, C. (2008) *Palliative care in the European Union“ Policy Department Economic and Scientific Policy.* <http://www.pedz.uni-mannheim.de/daten/edz-ma/ep/08/EST21188.pdf>
- 8) *Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care*
https://www.hpna.org/multimedia/NCP_Clinical_Practice_Guidelines_3rd_Edition.pdf
- 9) *A Model to Guide Hospice Palliative Care: Based on National Principles and Norms of Practice*
<http://www.chpca.net/media/7422/a-model-to-guide-hospice-palliative-care-2002-urlupdate-august2005.pdf>
- 10) Lunch T., Clak D., Centeno C., Rocafort I., Flores L.A., Greenwo A., Praill D., Brasch S., Giordanoa Ge Lima L., Wright M. (2009) *Barriers to the Development of Palliative care in the Countries of Central and Eastern Europe and the Commonwealth of Independent States.* - Journal of Pain and Symptom Management, 37, lk. 305-315.
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0885392408003850>
- 11) Lunch T., Clark D., Connor S.R. *Mapping Levels of Palliative Care Development. - A global Update, 2011, 10* Worldwide Palliative Care Alliance lk.1-19. http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf
- 12) Ciemins, E. L., Blum, L., Nunley, M., Lasher, A., Newman, J. M. (2007). *The Economic and Clinical Impact of an Inpatient Palliative Care Consultation Service: A Multifaceted Approach.* Journal of Palliative Medicine, lk 1347- 1355
- 13) Cozalo, P., Miller SC, Intrator O, Barber J. P, Mor V. (2008). *Hospice effect on government expenditures among nursing home residents.* Health Services Research, lk 134–153.
- 14) Lewin, S. N., Buttin, M. B., Powell, M. A., Gibb, R. K., Rader, S. J., Mutch, D. G., Herzog, T. J. (2005). *Resource utilization for ovarian cancer patients at the end of life: How much is too much?* Gynecologic

- 15) Morrison, R. S, Penrod, J. D, Cassel, J. B, Caust-Ellenbogen, M, Litke A, Spragens L, Meier, D. E. (2008). *Cost savings associated with US hospital palliative care consultation programs*. Arch Intern Med. Vol 168 Lk, 1783-90
- 16) Penrod, J. D, Deb P, Luhrs C, Dellenbaugh C, Zhu C. W, Hochman T, jt (2006). *Cost and Utilization Outcomes of Patients Receiving Hospital-Based Palliative Care Consultation*. Journal of Palliative Medicine, Volume 9, lk 855-860.
- 17) Doyle, D., Hanks, G., MacDonald, N., jt (1998). „Oxford Textbook of Palliative Medicine“, 2nd edn, Oxford University Press. pp. 19-30.
- 18) Hospiitsteenuse kirjeldus (2010). TAI <http://www.pallium.ee/media/HospiitsteenusekirjeldusTAI.pdf>
- 19) Casarett, D.J. & Quill, T.E. (2007). „I’m Not Ready for Hospice”: Strategies for Timely and Effective Hospice Discussions“. Annals of Internal Medicine (146)6, pp.443-449.
<http://www.annals.org/content/146/6/443.full.pdf+html>