



Ravijuhendi „Elulõpuravi ja palliatiivse ravi korraldus“ töörühma ja sekretariaadi koosolek nr 5

26.10.2020 kl 12.00-16.00

Videokoosolek Vidyo kaudu.

Osalesid: töörühma liikmed Pille Sillaste, Svetlana Gromova, Katrin Elmet, Mare Kolk, Vanda Kristjan, Jelena Leibur, Aina Saarma, konsultandina Agnes Aart ning sekretariaadi liikmed Kaire Pakkonen, Pille Kilgi, Jana Lass, Ivi Normet, Marika Saar ja Anna Vesper

Puudusid: Made Bambus, Mari Lõhmus (ette teatatud), Kadri Sujja (ette teatatud), Merike Värik (ette teatatud)

Koosolekut juhatas Pille Sillaste, protokollis Anna Vesper

Koosoleku päevakord:

1. Ravijuhendi töörühma ja sekretariaadi liikmete huvide deklaratsioonid ja kvoorum.

Ravijuhendi konsultandina osaleb koosolekul Agnes Aart, deklareeritavaid huvisid ravijuhendi koostamisel ei ole. Ravijuhendi töörühma ega sekretariaadi liikmetel ei ole muudatusi huvide deklaratsioonides.

Koosolekul osaleb seitse töörühma liiget, kvoorumit sõnastatud soovitude kinnitamiseks ei ole.

2. Kliiniliste küsimuste 3 ja 4 tõendusmaterjali arutelu.

Kas elulõpuravis parandab järgmiste sekkumiste kasutamine patsiendi elukvaliteeti või mitte: kliiniline toitmine, infusioonravi?

Kas terminaalses seisundis patsiendi käsitluses leevendab järgmiste sekkumiste kasutamine patsiendi vaevusi (neelamishäired, häälekas hingamine, deliirium, suuprobleemid) ja suurendab lähedaste rahulolu olukorraga või mitte: kliiniline toitmine, vedelikravi?

Tõendusmaterjali otsingutega leidsid teemakohaseid artikleid väga piiratult. Kaks küsimust pandi kokku põhjusele, et eraldi sellekohaseid allikaid ei leitud. Seega käsitleti elulõpuravi patsientide ja terminaalses seisundis patsientide võimalikku kliinilist toitmist ja infusioonravi koos. Leiti ESPENi ravijuhend kunstliku toitmise ja vedeliku andmise kohta, kus terminaalse seisundi kohta on öeldud, et vastavad otsused tuleb teha individuaalselt. 2014.a. tehti Cochrane'i süstemaatiline ülevaade, eesmärgiga hinnata kliinilise toitmise efekti palliatiivse ravi patsientide elukvaliteedile ja elu pikkusele. Ülevaate koostajate hinnangul ei leidunud piisavalt hea kvaliteediga uuringuid, et anda sellekohaseid soovitusi. Samuti on 2014.a. koostatud Cochrane'i ülevaade eesmärgiga hinnata vedelikravi efekti palliatiivse ravi patsientide elukvaliteedile ja elu pikkusele. Leitud uuringute põhjal järeldasid autorid, et avaldatud uuringud ei näita olulist kasu vedelikravi kasutamisel nendel patsientidel, kuid puuduvad piisavalt hea kvaliteediga uuringud kindlate

soovituste andmiseks. Lisaks leitud madalama kvaliteediga uuringute põhjal ei ole samuti vedelikravi kasutamise kasu leidnud kinnitust.

Töörühm arutas, et kunstliku toitmis- ja vedelikravi kasutamist elulõpuravi ja sh terminaalses seisundis patsientidel oleks väga keeruline uurida, mis selgitab uuringute puudumist. Tegemist on olulise eetilise küsimusega, mis kerkib palliatiivses ravis tihti esile. Patsiendi lähedased võivad tungivalt soovida toitmist ja vedelikravi ka siis, kui patsiendile tema seisundist olenevalt ei ole need sekkumised enam vajalikud. Lähedastele selgitamine ja õige info jagamine on sel juhul väga tähtis. See küsimus vajab selgitamist ka ravijuhendis eetikat käsitlevas peatükis. Töörühma liikmete kliinilise praktika põhjal võib kunstliku toitmine ja/või vedelikravi elulõpuravis osadel juhtudel patsiendi enesetunnet parandada, seda peab otsustama juhupõhise lü ning arvestama peab patsiendi eelistusi. Sekkumiste kasutamine terminaalses seisundis patsientidel ei ole vajalik, see on ebaetiline tegevus. Loomulikult tuleb jätkata suukivuse ennetamiseks ja leevendamiseks suuhooldust, huulte niisutamist. Kui patsient suudab neelata, võib anda lonksu kaupa vett. Ravijuhendis tuleb lahti kirjutada kunstlikku toitmist ja vedelikravi puudutavad mõisted (vajadusel täpsustada kliinilise toitmise arstilt). Ravijuhendi juurde koostada elulõpuravi algoritm.

Töörühm sõnastas järgmised soovitused (*soovitused vaadatakse üle ja kinnitatakse järgmisel koosolekul*):

1. Elulõpuravis otsustada kunstlik toitmine ja vedelikravi individuaalset, arvestades patsiendi eeldatavat elupikkust, oodatavat elukvaliteedi paranemist ja patsiendi tahet. Kunstlik toitmine ja vedelikravi lõpetada, kui sekkumised enam patsiendi enesetunnet ei paranda. – *praktiline soovitus*
2. Terminaalses seisundis patsiendile ei ole kunstlik toitmine ega vedelikravi näidustatud, sest need halvendavad patsiendi seisundit. - *praktiline soovitus*
3. Suukivuse leevendamiseks jätkata väikeste vedelikukoguste andmist (lonksu kaupa), kuni patsient on võimeline ise neelama. – *praktiline soovitus*

Kas elulõpuravis parandab järgmiste sekkumiste kasutamine patsiendi elukvaliteeti või mitte: hapnikravi?

Kas terminaalses seisundis patsiendi käsitluses leevendab järgmiste sekkumiste kasutamine patsiendi vaevusi (neelamishäired, häälekas hingamine, deliirium, suuprobleemid) ja suurendab lähedaste rahulolu olukorraga või mitte: hapnikravi?

Elulõpuravi saavatel patsientidel on õhupuudus sage sümptom, mis vajab kindlasti sekkumist ja leevendamist. Lähenemine on individuaalne, kuid uuringute tulemuste põhjal on õhupuuduse raviks opioidide ja mittefarmakoloogiliste sekkumistest saadav kasu suurem kui hapnikravi korral, eriti mitte hüpokseemilistel patsientidel. Uuringutes on ka leitud, et hapnik ei leevenda elulõpuravi patsientidel õhupuuduse sümptomeid rohkem kui ruumiõhk. Ka ravijuhendites soovitatakse pigem kasutada õhupuuduse raviks opioide.

Töörühm arutas, et põhimõtteliselt sobivad elulõpuravis samad soovitused, mis on antud õhupuuduse raviks ravijuhendi sümptomaatilise ravi osas. Ühes kaasatud ravijuhendis on soovitatud ka ajutist mitteinvasiivse ventilatsiooni (*noninvasive ventilation, NIV*) kasutamist, kuid töörühma hinnangul ei ole seda antud ravijuhendi kontekstis mõistlik süvendatult

analüüsida. Terminaalses seisundis patsient vajab õhupuuduse korral abi kiiresti, seetõttu sõnastatakse soovitus ravimite kasutamise kohta.

Töörühm sõnastas järgmised soovitused (*soovitused vaadatakse üle ja kinnitatakse järgmisel koosolekul*):

4. Elulõpuravis õhupuudusega patsientidel järgige õhupuuduse ravi soovitusi. – *praktiline soovitus*
5. Terminaalses seisundis õhupuudusega patsientide puhul alustage opioidide või mittefarmakoloogiliste sekkumiste või ärevuse raviga, mis on tõhusam kui hapnikravi. - *tugev positiivne soovitus, väga madal tõendatuse aste*

3. Kliinilise küsimuse 6 tõendusmaterjali arutelu

Milline on optimaalne palliatiivse ravi korraldus Eestis:

- *palliatiivse ravi teenuste osutamine erinevatel tervishoiutasanditel (sh edasi suunamine, patsiendi käsitlemise koordineerimine);*
- *palliatiivse ravi võrgustik;*
- *erialaspetsialistide vajadus ja pädevus?*

Leidub mitmeid teemakohaseid erineva kvaliteediga süstemaatilisi ülevaateid ja üksikuuringuid. Erinevad palliatiivse ravi teenused on näidanud olevat efektiivsed rehospitalseerimise vältimiseks, aitava suurendada patsientide ja lähedaste rahulolu, võimaldavad suurema tõenäosusega patsiendil kodus surra, parandavad vähemalt lühiajaliselt sümptomkontrolli ja patsiendi elukvaliteeti, vähendavad patsiendi ärevust ja parandavad hingelist heaolu, hoiavad kokku tervishoiukulud. Uuritud on nt spetsialiseeritud palliatiivse ravi teenuseid, kodus osutatavaid ja ambulatoorseid palliatiivse ravi teenuseid, hospitiitteenust.

Siiski ei ole võimalik uuringute põhjal välja tuua head palliatiivse ravi korralduse mudelit, see on riigiti erinev ning iga tervisesüsteemi otsustada, millist korralduslikku mudelit rakendada. Vastavalt mudelile on võimalik täpsustada ka erialaspetsialistide vajadus ning omavaheline koostöö ja teenuste koordineerimine.

Töörühm otsustas ära kuulata ka kliinilise küsimuse 5 tõendusmaterjali esitluse, et seejärel arutleda ja soovitusel sõnastada.

4. Kliinilise küsimuse 5 tõendusmaterjali arutelu

Kas palliatiivset käsitlust vajava patsiendi ja lähedaste elukvaliteedi parandamiseks ning rahulolu suurendamiseks on efektiivne multidistsiplinaarne lähenemine (sh patsiendi ja/või lähedaste psühholoogiline, sotsiaalne nõustamine, hingeline toetus) või mitte?

Meeskonnatöö ja selle efektiivsuse kohta leidub palju tõendusmaterjali, eraldi on uuritud nii statsionaarset kui ka ambulatoorset haigla palliatiivse ravi meeskonda, koduse palliatiivse ravi meeskonda, hospitiit meeskonda. Muude riikide strateegiad, konsensusdokumendid ja ravijuhendid rõhutavad interdistsiplinaarse meeskonna olulist palliatiivse ravi osutamisel.

Süstemaatiliste ülevaadete kokkuvõttes on leitud, et multidistsiplinaarse meeskonna lähenemisel on vähene positiivne mõju patsiendi elukvaliteedile (enam on seda leitud kasvajaga patsientide puhul). Samuti on leitud, et patsiendi rahulolu teenusega on meeskondliku lähenemise korral suurem. Palliatiivse ravi meeskonna kaasamine parandab sümptomaatilist ravi, samuti on sellel Elulõpuravi_palliatiivse ravi korraldus_RJ_II_protokoll_5_26102020

positiivne mõju patsiendi depressiooni ja ärevuse vähenemisele. Ühes ülevaates leiti, et patsiendi elukvaliteeti mõjutas enim meeskonna koosseis ehk oluline võib olla ka erinevate erialade esindatus on oluline.

Töörühm arutas, et leitud on piisavalt erineva kvaliteediga tõendusmaterjali multidistsiplinaarse meeskonna ja palliatiivse ravi teenuste efektiivsuse kohta. Üks ettepanek on palliatiivse ravi korraldusliku süsteemi sõnastamisel lähtuda 2018.a. Palliumi poolt koostatud palliatiivse ravi kontseptsioonist. Kontseptsiooni dokumenti on varasemalt esitatud Eesti Haigekassale ning Sotsiaalministeeriumile (Rahvastiku tervise arengukava 2020-2030 koostamise ajal), kuid dokumenti ei ole otseselt siiani kasutatud. Kõik töörühma liikmed ega konsultant ei ole antud dokumenti lugenud, sellest tehakse kiire ülevaade. Kontseptsioonis on palliatiivse ravi korraldust kirjeldatud kolmeetapilisena, kuid hetkel ei ole kõigile selge, kuidas on mõeldud teenuste osutamine, meeskonnatöö (kust tulevad meeskonda erinevad spetsialistid, kuidas meeskonnad luuakse ja kus), vastutus ja patsiendi käsitlemise koordineerimine erinevate etappide vahel.

Järgmiseks koosolekuks tehakse ülevaade ravijuhendite materjalidest, riikide strateegia ja/või konsensusdokumentidest. Siis arutatakse küsimusi edasi ning sõnastatakse soovitusel.

5. Muud küsimused

Järgmine koosolek toimub videokoosolekuna 16.11.