



Ravijuhendi „Elulõpuravi ja palliatiivse ravi korraldus“ töörühma ja sekretariaadi koosolek nr 6

16.11.2020 kl 12.00-16.00

Videokoosolek Microsoft Teams's

Osalesid: töörühma liikmed Pille Sillaste, Made Bambus, Svetlana Gromova, Katrin Elmet, Mare Kolk, Vanda Kristjan, Jelena Leibur, Mari Lõhmus, Aina Saarma, Kadri Sujja, Merike Värik, konsultandina Agnes Aart ning sekretariaadi liikmed Kaire Pakkonen, Pille Kilgi, Jana Lass, Marika Saar ja Anna Vesper

Kutsutud: Marion Kalju (EHK)

Puudusid: Ivi Normet (ette teatatud)

Koosolekut juhatas Pille Sillaste, protokollis Anna Vesper

Koosoleku päevakord:

1. Ravijuhendi töörühma ja sekretariaadi liikmete huvide deklaratsioonid ja kvoorum

Ravijuhendi töörühma, sekretariaadi liikmetel ega ravijuhendi konsultandil ei ole muudatusi huvide deklaratsioonides.

Koosolekul osalevad kõik ravijuhendi töörühma liikmed, kvoorum soovitude kinnitamiseks on olemas.

2. 26.10. koosolekul sõnastatud soovitude kinnitamine

Eelmisel koosolekul arutati kahe kliinilise küsimuse alaküsimuste tõendusmaterjali (kliiniline toitmine ja vedelikravi ning hapnikravi elulõpuravi saavatel või terminaalses seisundis patsientidel) ning sõnastati soovitused. Soovitusi ei saanud kinnitada kvoorumi puudumise tõttu. Vaadatakse üle sõnastatud soovitused. Kõik koosolekul osalevad töörühma liikmed on nõus soovitude kinnitamisega.

3. Kliiniliste küsimuste 1 tõendusmaterjali arutelu.

Kas patsiendi palliatiivse käsitluse vajaduse terviklikuks hindamiseks eelistada süstemaatilist uurimist mõõdikuga või anamneesi kogumise ja objektiivse vaatlusega?

Tõendusmaterjali otsinguga leiti mitmeid erineva mahu, ülesehituse ja eri valdkondi hõlmavaid palliatiivse ravi mõõdikuid. Samuti leidis lisaks üksikmõõdikute valiidsuse ja reliaabluse uuringutele mitu mõõdikuid analüüsivat süstemaatilist ülevaadet. Lähtuvalt kliinilisest küsimusest ja ratsionaalsusest piirati otsingut ning otsiti multidimensionaalseid kliinilises praktikas kasutatavaid mõõdikuid, mida eelistatult täidab patsient ise (või lähedase või tervishoiutöötaja abiga), mis võimalusel hindaksid palliatiivse ravi vajadust ning olemas oleks

inglisekeelne (ja võimalusel eestikeelne) versioon. Algselt leiti 48 tingimustele vastavat mõõdikut, analüüsi kaasati 23 mõõdikut (osad keskendusid vaid elulõpuravile, olid vaid ühe haiguse põhised, hindasid siiski vaid paari valdkonda, olid väga ajamahukad ning kasutusel vaid uuringutes).

Süsteematiliste ülevaadete analüüsi põhjal ei ole võimalik soovitada ühte kindlat mõõdikut. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) 2017 avaldatud kiirraporti tulemustes toodi välja, et multidimensionaalsed mõõdikud ei sisalda üldiselt kultuuriga seotud teemasid ning puudu on mõõdikutest, kus patsiendi kogemust hinnatakse patsiendi enda vaatenurgast. Samuti on vaja teha rohkem uuringuid mõõdikute kasutamise kohta kliinilises praktikas. Sarnastele tulemustel on jõutud ka varasemalt avaldatud süsteematilistes ülevaadetes. Küll on toodud välja paremate psühhomeetriliste omadustega mõõdikutena nt interRAI PC, Distress Thermometer, NEST, POS ja CAMPAS-R, EORTC QLQ C15 või ESAS mõõdikud. Väga vähestes riikides on mõõdikute kasutamine hetkel kohustuslik, kuigi neid soovitatakse tervikliku patsiendi ja lähedaste hindamise osana. Üheski kaasatud ravijuhendis ei soovitata konkreetse mõõdiku kasutamist, aga nt ISCI 2013 ravijuhendis on soovitus kasutada valideeritud hindamisvahendit palliatiivse ravi vajaduse hindamiseks (tugev soovitus, madal tõendatuse tase). Kindlasti ei saa mõõdik asendada täielikku kliinilist hindamist ja vestlust patsiendi/lähedastega.

Koostati ülevaade enim kirjanduse mainitud ja testitud multidimensionaalsete mõõdikute kohta, arvestati lisaks psühhomeetrilistele omadustele nende täitmise kiirust, kaetud valdkondi, kasutamist kliinilises praktikas erinevates sihtrühmades, mõõdiku eesmärgiks peaks olema palliatiivse ravi vajaduse või esinevate probleemide hindamine. Analüüsi tulemusena võiks kaaluda Eestis kasutamiseks POS/IPOS, ESAS, MSAS lühiversioon, EORTC QLQ-C15-PAL, CAMPAS-R, InterRAI PC, FACIT-PAL või NCCN Distress Thermometer. Tõendusmaterjali põhjal ei ole võimalik ühte konkreetset mõõdikut soovitada. Kõigi kohta on olemas valideerimise uuringud.

Töörühm arutas, et mõõdiku kasutamine ei saa olla ainsaks patsiendi hindamise meetodiks. Vajalik on mh anamneesi kogumine, varasemat haiguslooga tutvumine, patsiendi seisundi objektiivne hindamine, kaasuvate haigustega arvestamine, vestlus patsiendi ja lähedastega. Patsiendi vajadused ja probleemid võivad muutuda ja vajada kiiret reageerimist. Samas võib mõõdik aidata palliatiivse ravi osutajal (eriti juhul, kui kogemust valdkonnas on veel vähe) pöörata tähelepanu vajalikele aspektidele. Samuti on võimalik mõõdikute kasutamisel andmeid teiste riikidega võrrelda. Vaadati läbi analüüsis välja toodud mõõdikud:

- *Memorial Symptom Assessment Scale (MSAS)* ja lühivorm *MSAS-SF* – ei ole kogemust, ei ole täpseid andmeid kliinilise kasutamise kohta;
- *EORTC QLQ-C15-PAL* – väga üldised küsimused;
- Cambridge Palliative Assessment Schedule (CAMPAS-R) –vaid sümptomite põhine;
- *InterRAI Palliative Care Instrument (InterRai PC)* – pikk ja mahukas täitmine, vajab koolitust, ei aita otseselt kiiresti arsti/õde;
- *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Palliative Subscale (FACIT-PAL)* – võiks sobida, kuid vajab tõlkimist, ilmselt luba. Puudub kogemus;
- *NCCN Distress Thermometer and Problem List for Patients* – liiga üldine, vajab lisainformatsiooni kogumist;

- *Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS)* – eelmine versioon on eesti keelde tõlgitud, olnud kohandatult kasutusel. 10-palli skaala on kogemuste põhjal patsiendile keeruline täita;
- *Palliative care Outcome Scale (POS)*/uus versioon *Integrated Palliative care Outcome Scale (IPOS)* – on eesti keelde tõlgitud, olemas kasutusluba mõõdiku koostajatelt (2020.a. kaitstud M.Laissaare magistritöö). Lihtne täita, võiks olla kasutusel abistava vahendina. Vajab Eestis valideerimist, kuid esmase kasutuskogemuse saamiseks võiks soovitada. Mõõdikut on palju psühhomeetriselt testitud ning see on kasutusel kliinilises praktikas.

Töörühm soovib ravijuhendi lisasse panna patsiendi ning lähedaste hindamisel kasutatavad abistavad küsimused.

Töörühm sõnastas ja kinnitas järgmised soovitused:

1. Patsiendi palliatiivse ravi vajaduse terviklikuks hindamiseks hinnake igakordsel kohtumisel patsiendi seisundit ja sümptomeid, patsiendi ja lähedaste psühholoogilisi, sotsiaalseid ja spirituaalseid vajadusi, võimalikke stressiallikaid ning informatsiooni vajadust (vt lisa Abistavad küsimused) - *Praktiline soovitus*
2. Patsiendi palliatiivse ravi vajaduse terviklikuks hindamiseks võite abistava töövahendina kasutada Integreeritud palliatiivravi tulemusmõõdikut (*Integrated Palliative care Outcome Scale, IPOS*). - *Nõrk positiivne soovitus, madal tõendatuse aste*

3. Kliiniliste küsimuste 5 ja 6 tõendusmaterjali arutelu (jätk)

5. *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?*

6. *Milline on optimaalne palliatiivse ravi korraldus Eestis:*

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

Eelmisel koosolekul otsustati, et ravijuhendite materjalide, riikide strateegiate ja/või konsensusdokumentide ning muude teemakohaste materjalide alusel on vajalik teha kokkuvõtlik ülevaade palliatiivse ravi korralduse, meeskonnatöö ja meeskonnaliikmete pädevusnõuete kohta.

Palliatiivse ravi korraldus on riigiti erinev, kuid peamiselt eristatakse palliatiivset lähenemist (või esmast/üldist palliatiivset ravi), mida osutatakse esmatasandil ning spetsialiseeritud palliatiivset ravi (see võib omakorda jaguneda kaheks või kolmeks tasandiks). Kuidas patsiendid erinevate tasandite vahel jaotuvad, on riigiti erinev, lähtutakse patsiendi kliinilisest seisundist, sümptomite ja vaevuste raskusest, psühhosotsiaalsete probleemide keerukusest, ka personali pädevusest ja teenuste osutamisest. Töörühm arutas, et Eestis peaks sel juhul esimene tasand olema perearstiabi tasand, kust peaks abi saama enamik patsiente. Selles etapis osutatakse ka palliatiivse ravi ühe osana koduõendusteenust ja statsionaarset õendusabi teenust. Eraldi palliatiivse ravi meeskond ei ole vajalik, suur probleem tekib tugispetsialistide leidmisega, keda sellel tasandil on väga vähe (sotsiaaltöötajad, psühholoogid, hingehoidjad). Osaliselt võiks toetust tulevikus pakkuda tervisekeskuses töötav vaimse tervise õde. Toimus arutelu, milline ravi koordineerimine saaks või peaks esimesel tasandil toimuma. Osade töörühma liikmete arvamusel peaks raviplaan olema

Elulõpuravi_palliatiivse ravi korraldus_RJ_II_protokoll_6_16112020

koostatud ning teenused määratud kõrgemal palliatiivse ravi osutamise tasandil. Perearstil on raviplaani keeruline koostada (tal puudub ka meeskond) ning teenuste saamist koordineerida. Arutatakse, et sarnaselt nt insuldipatsientide raviteekonnaga peab ka palliatiivses ravis olema juhtumikorraldaja (koordinaator), kes informeerib, nõustab ja toetab patsienti ning lähedasi ja koordineerib teenuste saamist. Analüüsitud tõendusmaterjali põhjal on leitud juhtumikorraldaja kaasamine olevat efektiivne. Ühe võimalusena võib kaaluda juhtumikorraldajana eriõdesid, kellel on piisav koolitus, kogemus ja õigused.

Teisel ja kolmandal tasandil peaksid töötama juba palliatiivse ravi meeskonnad, kellel on vastav täiendõpe ja kliiniline kogemus. Interdistsiplinaarse meeskonna rakendamise soovitus vajab täpset sõnastust, selle kohta on palju tõendusmaterjali ning kõikides asjakohastes dokumentides on soovitatud palliatiivses ravis meeskonnapõhist lähenemist.

Koolituste osas tuleb olla paindlik, sest kohe ei ole võimalik kõigil teenuse osutajatel palliatiivse ravi alast täiendkoolitust läbida, sest hetkel seda suures mahus ei pakuta. Samas ei saa koolituse puudumine olla teenuse mitte osutamise põhjenduseks.

Töörühm arutas, et ravijuhendis peaks olema esitatud nõ mudel ja soovitused palliatiivse ravi teenuse korraldamiseks. Detailsed teenuste kirjeldused, selged erisused tasandite vahel (tegevused vastutus, patsiendi edasi ja tagasi suunamine) tuleb lisada rakenduskava tegevuseks. Teemat arutatakse ajapuudusel edasi videokoosolekul 23.11. kl 15. Eelnevalt saadab sekretariaat korrigeeritud ülevaate.

4. Ravijuhendi rakenduskava arutelu

Ravijuhendi rakenduskava on koostatud ravijuhendi mõlema osa (I osa. Süмптоomaatiline ravi, II osa. Elulõpuravi ja palliatiivse ravi korraldus) kohta. Arutatakse läbi rakenduskavas toodud tegevused.

- perearstide kliinilise otsusetoe jaoks on vajalik valida ravijuhendi kõige olulisemad sõnumid, kõiki ravijuhendi soovitusi ei integreerita. Soovituste üle vaatamisel mõelda, mis oleks kindlasti vajalik, millele tähelepanu pöörata;
- koolituste osas täpsustada, kuidas neid korraldada (videokoolitus, e-koolitusi, tutvustavad seminarid veebis küsimuste võimalusega);
- koolitused – kui võtta aluseks erinevad teenuse osutamise tasandid, võib eeldada, et tasanditel töötavatel spetsialistidel on erinevad koolitusvajadused (sihtrühmad tuleb koolituste jaoks eraldi määratleda);
- täpsustada, mida soovitakse edasi anda patsiendijuhendiga, mida üldise patsientide teavitamise osas
- vaadata üle ravijuhendi trükitiraažid.

Ravijuhendi rakenduskava täiendatakse vastavalt ettepanekutele ning palliatiivse ravi korraldust käsitlevate soovituste lõpliku sõnastamisel järgselt. Rakenduskava arutatakse uuesti järgmisel ravijuhendi koosolekul.

5. Muud küsimused

Ravijuhendi koostajate lepingud on lõppemas, kuid ravijuhend ei ole veel valmis. Lepinguid pikendatakse arvestusega, et vajalik on veel kahe koosoleku toimumine.

Lepitakse kokku, et järgmised ravijuhendi koosolekud toimuvad:

- **23.11.** palliatiivse ravi korraldus, meeskond ja spetsialistide pädevus – materjalid arutelu, soovituste sõnastamine/kinnitamine
- **07.12.** ravijuhendi tööversiooni ja täiendatud rakenduskava arutelu