



## **Ravijuhendi „Elulõpuravi ja palliatiivse ravi korraldus“ töörühma ja sekretariaadi koosolek nr 7**

23.11.2020 kl 15.00-17.30

Videokoosolek Microsoft Teams's

**Osaesid:** töörühma liikmed Pille Sillaste, Made Bambus, Mare Kolk, Vanda Kristjan, Jelena Leibur, Mari Lõhmus, Aina Saarma, Kadri Sujja, Merike Värik, konsultandina Agnes Aart ning sekretariaadi liikmed Kaire Pakkonen, ja Anna Vesper

**Puudusid:** Katrin Elmet, Svetlana Gromova, Pille Kilgi, Jana Lass, Ivi Normet, Marika Saar

Koosolekut juhatas Pille Sillaste, protokollis Anna Vesper

### **Koosoleku päevakord:**

#### **1. 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?*

16.11. toimunud arutelu jätk, vahepeal on täiendatud vastavalt eelmisel koosolekul arutatule palliatiivse ravi korraldust ja meeskonnatööd käsitlevat kokkuvõtet ning sõnastatud esmased soovitusel.

Töörühm on dokumendi ja soovitustega tutvunud, toimub arutelu.

Vajalik on lisada raviplaani koostamine. Arutatakse, millisel tasandil peab see toimuma ja, mida peab sisaldama. Praegu toimub nii, et nt vähi korral haigusspetsiifilise ravi lõpetamisel tehakse konsiiliumi otsus suunata patsient parimale toetavale ravile. Kas oleks reaalne loota, et raviarst hakkab koostama ravipaani, kui sellel hetkel ei pruugi patsiendil probleeme esineda. Milline peaks palliatiivse ravi plaan sel juhul olema, mida sisaldama? Saab teha esmase hindamise ja esmase plaani (millise detailsusega?). Raviplaani saab kirja panna, kelle poole probleemide tekkimisel pöörduda. Peamine murekoht on, et perearst ei saa üksinda hakata raviplaani koostama, see peaks tulema kõrgemalt tasandilt. Perearst on esmatasandil üksi, tal ei ole võimalusi ega ressursse patsiendi suunamiseks. Raviplaani koostamine peaks olema palliatiivse

ravi meeskonna vastutusallas (II või III tasand). Samas saavad paljudes tegevustes ka I tasandil abistada õed (k.a koduõed), saab teha koostööd.

Raviplaani muutmise sõltub paljuski patsiendi ja lähedaste hindamisest. Patsiendi ja lähedaste hindamine peab toimuma pidevalt, seda peab soovitusel rõhutama. Muidu võib jääda mulje, et hindamine võib toimuda vaid ühekordselt.

Perearstil peab olema võimalus suunata patsienti konsultatsioonile ja teenustele, võimalus nõu küsida. Juhtumikorraldaja olemasolu palliatiivse ravi teenuste osutamisel on oluline, kuid tekib küsimus, kes seda rolli peaks täitma. Kas kliiniline assistent või pigem eelmisel koosolekul välja pakutud eriõde? Arvestama peab, et juhtumikorraldajal peavad olema teadmised haigustest, ta peab oskama hinnata patsiendi ja lähedaste vajadusi, leidma õiged teenused.

Tuleb kirja panna, kuidas peaks süsteem töötama, kes peaks koordineerima tegevusi ja teenustele suunamist. Ravijuhendi soovitusel on suunatud tulevikku, hetkeolukorra parendamisele.

Praegu on peamisteks probleemideks:

- palliatiivse ravi võrgustiku puudumine
- palliatiivse ravi patsiendid on erinevad, erinevate vajadustega, puuduvad vajalikud teenused ja/või teadmised teenuste saamise võimalustest
- patsiendi nõo juhtimine
- tervishoiu- ja sotsiaalsüsteem toimivad eraldi, ühisosa on vähene
- spetsialistide puudumine, koolituste puudumine

Palliatiivse ravi süsteemi ülesehitamisel tuleb püüda neid kitsaskohti lahendada. Nt ühised koolitused, infopäevad, koostöövõrgustiku loomine (väga oluline perearstide ja -õdede jaoks). Patsient võib liikuda erinevate teenuste osutamise tasandite vahel, kuid see peab olema koordineeritud. Teenuste rakendamise tähtsajad (ka meeskondade loomine, võrgustiku töö, koolitamine) peab kirja panema rakenduskavas. Neid saab kasutada ka ravijuhendi rakendamise indikaatoritena.

Täpsustatakse erinevate tasandite tegevusi ja pädevusi. III tasandi üks oluline ülesanne on koolitamine, üks võimalus on, et koolitatakse välja koolitajad, kes hakkavad maakondades edasi koolitama. Ressursside kasutamise seisukohalt on see mõistlik. Teine oluline osa on II ja vajadusel I tasandi nõustamine.

Interdistsiplinaarne meeskondlik lähenemise kasu palliatiivse ravi tulemuslikkusele on tõendatud, vastavalt patsiendi ja lähedaste vajadustele võib vaid vaja olla erinevate meeskonnaliikmete panust.

Koolituse osas eristada baaskoolitust ja täiendkoolitust, spetsialiseeritud palliatiivses ravis ka spetsialistide kliinilist kogemust. Ravijuhendi rakenduskavasse võib lisada täiendkoolituse mahu ja programmi väljatöötamise.

Muud täpsustused:

- „palliatiivse käsitluse“ asemel kasutada läbivalt „palliatiivse ravi“. See on arusaadavam termin;

- Mõistetes kirjutada lahti „palliativse ravi plaan“, ekspertkeskus“, „spetsialiseeritud palliativne ravi“

**Töörühm sõnastas järgmised soovitused (soovitused kinnitatakse järgmisel koosolekul):**

1. Palliativse ravi korraldamiseks ja järjepidevuse tagamiseks soovime Eestis võtta kasutusele palliativse ravi teenuste kolmetasandilise korralduse:
  - a. perearsti- ja õendusabi,
  - b. maakondlik tasand,
  - c. regionaalne tasand. - *Praktiline soovitus*
2. Palliativset ravi vajava patsiendi liikumine palliativse ravi teenuste tasandite vahel sõltub patsiendi sümptomite ja seisundi raskusest, patsiendi ja lähedaste probleemidest ja vajadustest, palliativse ravi plaanist, teenuste olemasolust vastaval tasandil ja teenuste osutamise võimekusest. - *Praktiline soovitus*
3. Palliativne ravi on interdistsiplinaarne meeskonnatöö, mis lähtub patsiendi ja lähedaste vajadustest. Palliativse ravi baasmeskonda peavad kuuluma arst, õde, sotsiaaltöötaja, hingehoidja ja/või psühholoog ning juhtumikorraldaja. - *Tugev soovitus, mõõdukas tõendatuse aste*
4. Palliativset ravi vajavale patsiendile ja tema lähedastele osutatava ravi ja toetuse järjepidevuse tagamiseks kaasake juhtumikorraldaja. – *Tugev soovitus, madal tõendatuse aste*
5. Soovime suurendada arsti- ja õe õppes palliativse ravi baaskoolituse mahtu. Töötavatele tervishoiutöötajatele tagada täiendkoolitused. - *Praktiline soovitus*
6. Spetsialiseeritud palliativse ravi teenuse osutajad peavad läbima vastava täiendkoolituse.- *Praktiline soovitus*

Sekretariaat teeb parandused ja täiendused dokumendis (soovituste selgitavas tekstis) ning saadab uuesti üle vaatamiseks.

Arutatakse, et palliativse ravi korraldust ja meeskonnatööd ning ülesandeid käsitlevate teemade juures tuleks kaasata ka hingehoidja. Tema oskab anda informatsiooni, mis toimub riigis hingehoidliku töö osas ning näeb teemat tugispetsialisti pilgu läbi. Ettepanek tehakse SA PERH hingehoidjale ning Sotsiaalministeeriumi vanemkaplanile Katri Aaslav-Tepandile.