

Õenduse õppetool

Õe õppekava

Mai Lüll

**PALLIATIIVRAVI KODUÕE TEENUSE OSANA, KODUÕE VÕIMALUSED
PALLIATIIVRAVI PATSIENTIDE ABISTAMISEL**

Lõputöö

Tallinn 2022

Olen koostanud lõputöö iseseisvalt. Kõik töö koostamisel kasutatud teiste autorite töödest, kirjandusallikatest ja mujalt pärinevad andmed on viidatud. Luban Tallinna Tervishoiu Kõrgkoolil avalikustada oma lõputöö PDF–versiooni raamatukogu programmis.

Lõputöö autori allkiri

Mai Lüll

/allkirjastatud digitaalselt/

/kuupäev digitaalallkirjas/

Lubatud kaitsmisele.

Juhendaja

Siiri Maasen RN, MA

/allkirjastatud digitaalselt/

/kuupäev digitaalallkirjas/

KOKKUVÕTE

Mai Lüll (2022). Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli õenduse õppetool. Palliatiivravi koduõe teenuse osana, koduõe võimalused palliatiivravi patsientide abistamisel. Lõputöö 30 leheküljel, 28 kirjandusallikat, 1 lisa kahel lehel.

Lõputöö eesmärgiks oli kirjeldada palliatiivravi koduõe teenuses ja koduõe võimalusi palliatiivravi patsientide abistamisel.

Käesolev lõputöö on kvalitatiivne uurimistöö, mis põhineb kirjanduse ülevaatel. Uuritavaks materjaliks oli teemakohane õendusalaane tõenduspõhine kirjandus. Uurimismaterjali valikul lähtuti uurimistöös püstitatud eesmärgist ja koostati kirjanduse ülevaade. Teemakohast kirjandust leiti Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli raamatukogust kasutades andmebaasi RIKSWEB. Teemakohaste tõenduspõhiste teadusartiklite leidmiseks kasutati EBSCOhost elektroonilisi andmebaase *Medline*, *Health Source: Nursing Academic Edition*, *CINAHL* ja *Academic Search Complete* ning *PubMed*. Uurimistöös tulid kasutusele õendusalaased ning meditsiiniteemalised eelretsenseeritud ajakirjad ja tõenduspõhine kirjandus ning õenduse tööd reguleerivad õigusaktid, mille ilmumisaeg jäi ajavahemikku 2012 – 2021.

Palliatiivset ravi saavateks patsientideks ei ole tänapäeval ainult terminaalsed patsiendid raskete haiguste aktiivravi lõppemisel. Palliatiivset ravi vajavad patsiendid ka oma vanusest, puudest või muudest asjaoludest tingitud vajaduste rahuldamiseks, et parandada nende elukvaliteeti. Selliste patsientide palliatiivne ravi ei ole elulõpu toetus ja võib kesta aastaid. Koduõenduse teenuse alla käib ka patsientide palliatiivne ravi kodus. Koduse palliatiivravi efektiivsuse aluseks on patsientide vajaduste täpne kaardistamine ja nende sujuv liikumine erinevate tervishoiu teenuse tasemetel vahel.

Uurimistöö tulemusena jõuti järgmistele järeldustele: Palliatiivravi saavad kodus pakkuda ainult vastava väljaõppe saanud spetsialistid. Tähtis on välja töötada võimalikult erinevad ja laiapõhjalised teenused, et patsientidele pakutav abi oleks paindlik ja nende vajadustele vastav. Patsientide rahulolu oma vajaduste rahuldamisega ei sõltu ainult pakutavatest teenustest vaid ka kontaktist teenuse pakkujaga. Patsiendi ja koduõe vahel peab olema usaldus. Usalduse aluseks on teadmine, et abi on kättesaadav ja professionaalne. Tähtis on koostöö erinevate tervishoiu tasemetel vahel. Teadmine, et koduõde ja perearst vahetavad omavahel infot patsiendi kohta ja ühtlasi patsiendi ravi arstide ja palliatiivravi keskusega, annab kindluse, et miski ei jää

märkamata ja patsiendi kõik vajadused saavad kaetud. Patsiendiinfo sujuv liikumine annab võimaluse märgata ja lahendada probleeme nende tekkimisel. Kiire reageerimine erinevatele tekkivatele probleemidele ennetab kaebuste süvenemist ja vähendab hospitaliseerimise vajadust.

Võtmesõnad: palliatiivravi, kodusõde, patsiendi vajadused, patsient.

SUMMARY

Mai Lüll (2022). Tallinn Health Care College, Chair of Nursing. Palliative care as part of home nursing care, capabilities of a home nurse to help palliative patients. Diploma thesis on 30 pages, 28 sources and 1 supplement on two pages.

The objective of this diploma thesis is to describe palliative care as part of home nursing care and analyze capabilities of a home nurse to help palliative patients.

Current diploma thesis is a qualitative research paper based on literature overview. Examined sources were relevant nursing-related evidence-based scientific research. The sources were chosen according to set objective and a literature overview was formed. Literature about the subject was found from Tallinn Healthcare College library using database RIKSWEB. EBSCOhost's electronic databases Medline, Health Source: Nursing Academic Edition, CINAHL and Academic Search Complete, and PubMed were used to find evidence-based research articles on the topic. The research introduced peer-reviewed journals and evidence-based literature on nursing and medicine, as well as legislation regulating nursing, which was published between 2012 and 2021.

Nowadays not only terminal patients in the end of serious illness are subject to palliative care. It may also be needed by patients, who are disabled by age, disability or other reasons and can not take care of themselves, to improve their quality of life. Palliative care for these patients is not end of life support and can take years. The service of home nursing includes patients' palliative care at home. The effectiveness of home care greatly depends on accurately mapping the needs of patients and smooth transition of them between suitable levels of medical care support.

As a result of this thesis, following conclusions were made: only educated specialists with proper training can offer palliative care at home. It is important to establish a broad range of different services to provide that help for patients is flexible and in accord with their needs. Patients' satisfaction with the services depends not only on the services provided but also on contact with the service provider. There must be trust between the patient and the nurse. Trust is based on the knowledge that help is available and professional. Cooperation between different levels of healthcare is important. Knowing that the nurse and general practitioner are exchanging information about the patient, as well as the patient's treatment with the doctors and

palliative care center, ensures that nothing goes unnoticed and that all of the patient's needs are met. The seamless flow of patient information provides an opportunity to notice and resolve problems as they arise. Prompt response to various emerging problems prevents disease progression and reduces the need for hospitalisation.

Keywords: palliative care, home nursing care, patient journey, patient's needs, patient.

SISUKORD

KOKKUVÕTE.....	4
SUMMARY	6
SISUKORD.....	8
SISSEJUHATUS.....	9
1 METOODIKA.....	12
2 PALLIATIIVRAVI KODUÕENDUSE KONTEKSTIS	13
2.1 Palliatiivravi olemus ja sihtgrupp	13
2.2 Patsiendi teekond kodusele palliatiivravile	16
3 PALLIATIIVRAVI TEENUSE PAKKUMISE JA PATSIENDI TOETAMISE VÕIMALUSED KODUÕENDUSES.....	18
3.1 Palliatiivravi teenuse võimalused Eestis ja mujal Euroopas	18
3.2 Palliatiivravi patsiendi toetamise võimalused koduõenduses.....	20
4 ARUTELU	23
JÄRELDUSED.....	27
KASUTATUD KIRJANDUS	28

LISA 1. Infootsingu raport

SISSEJUHATUS

Vähiga seotud surmade arv on WHO andmetel tõusnud 9,6 miljonini, mistõttu on vähk maailmas teisel kohal olev surma põhjus. Terminaalses seisundis olevad patsiendid kannatavad tugevate valude käes ja nende elukvaliteet on langenud. Maailma Tervishoiuorganisatsioon (*World Health Organisation*, edaspidi WHO) peab palliatiivravi oluliseks teenuseks nende patsientide elukvaliteedi tõstmisel. (Heydari jt, 2019).

2030. aastaks on oodatav vähisurmade arv maailmas 17 miljonit ja 75 miljonit inimest elab eeldatavasti vähidiagnoosiga, enamik neist madala ja keskmise sissetulekuga riikides (Ribeiro jt 2018:1689). Ennustuste kohaselt on 2056. aastal Kanadas 480 000 surijast 90% sobilikud palliatiivravi või –hoolduse patsientideks (Hofmeister jt 2018: 1).

Palliatiivravi on kättesaadav 40 miljonist patsiendist 14%–le patsientidele, kes seda vajaksid. 78% palliatiivravi vajavatest patsientidest elavad madala ja keskmise sissetulekuga piirkondades. Palliatiivravi omab holistilist vaadet ja tegeleb patsiendiga füüsilisel, vaimsel, sotsiaalsel, hingelisel ja majanduslikul tasandil. Lisaks saavad patsiendid elada aktiivset ja dünaamilist elu kuni surmani. Selline hoolduse tüüp toetab perekonda patsiendi haiguse ja surma ajal ning aitab neil lähedase surmaga leppida. (Heydari jt, 2019: 2).

210 uuringust, mis viidi läbi 34–s erinevas riigis, raporteeriti 75% uuringus, et enamik inimesi eelistavad surra kodus. Soov surra pigem kodus oli püsiv, sest vaid ühes uuringus viiest muutus eelistus haiguse süvenedes (Tan jt, 2019: 2). Hiljutises uuringus 1200 Kanada elaniku hulgas vastas 70% inimestest, et sooviksid olla surma eel võimalikult kaua kodus (Hofmeister jt, 2018: 1).

Palliatiivravi nn eellaseks võib pidada 19. sajandil rajatud hosiitsravi. WHO sõnastas palliatiivravi printsiibid 2002. aastal. Eestis alustas Eesti Vähiliit koduse toetusravi projektiga Tartus ja Tallinnas 1997. aastal (Suija ja Suija, 2008: 207).

Eestis alustati koduõenduse teenuse pakkumisega aprillis 2003. aastal. Koduõendusteenus on kompleksne teenus, mis annab patsiendile võimaluse saada mitmekülgseid teenuseid oma kodus. Võrreldes raviga aktiivravi haiglas on koduõendus kuluefektiivsem ja patsiendikesksem. (Koduõenduse tegevusjuhik, 2015).

Tallinna Tervishoiu Kõrgkoolis on palliatiivravi ja/või koduõenduse teemal kirjutatud 8 lõputööd. Nendes on vaadeldud koduõenduse teenust konkreetse seisundi (haiguse) korral (2), palliatiivravi ja koduõenduse võimalusi patsiendi lähedaste toetamisel (2), palliatiivravi õdede läbipõlemist (1), patsientide õendusabi parandamise võimalusi (3). Antud töös kirjeldatakse palliatiivravi ja koduõenduse koostööd patsientide toetamisel.

Uurimisprobleem. Paljud keskmise ja kõrge sissetulekuga riigid on silmitsi väljakutsega – inimesed eelistavad surra kodus. Parem arusaam sellega seotud teguritest aitaks välja töötada ja juurutada sobivaid teenuseid, mis toetavad inimeste soovi surra kodus (Tan jt, 2019). Palliatiivravi integreerimine erinevatesse tervishoiu valdkondadesse on märgatav. Kuigi vaid 12 riigil 34-st riigist Euroopas on välja töötatud süsteemid abi vajavate patsientide tuvastamiseks palliatiivravi esmatasandil. Enamik riike pakuvad palliatiivravi patsientidele ainult nende viimasel elukuul. (Arias–Casais, Garralda jt, 2019: 7).

Uurimistöö **eesmärgiks** on kirjeldada palliatiivravi koduõe teenuses ja koduõe võimalusi palliatiivravi patsientide abistamisel.

Eesmärgist lähtuvalt on püstitatud järgmised **uurimistöö ülesanded**:

1. Kirjeldada palliatiivravi koduõendus kontekstis.
2. Kirjeldada palliatiivravi teenuse pakkumise ja patsiendi toetamise võimalusi koduõenduses.

Kesksed mõisted:

Koduõendus (*home nursing care*) – kvalifitseeritud õendusteenus, mida osutatakse ägeda haiguse paranemisperioodis oleva, kroonilist haigust põdeva või piiratud funktsionaalse võimekusega patsiendi raviks (arsti ettekirjutusel) ja/või efektiivseks toimetulekuks kodus keskkonnas. Koduõendusteenust osutatakse koduvisiidi käigus patsiendile tema elu- või viibimiskohas. (Koduõenduse tegevusjuhend, 2015).

Koduõde (*home nurse*) – õde, kes on kantud tervishoiu registrisse ja omab üldõe/ eriõe kvalifikatsiooni, omab vähemalt kolmeaastast tööstaaži ja saanud spetsiaalse väljaõppe õendusteenuste osutamiseks patsiendi kodus. (Koduõenduse tegevusjuhend, 2015).

Palliativravi (*palliative care*) – ravi, mille eesmärgiks on parandada füüsilist, psühholoogilist, sotsiaalset ja hingelist elukvaliteeti eluohtliku haigusega patsientidel ja nende lähedastel. (WHO, 2020).

1 METOODIKA

Antud uurimistöö on kirjanduse ülevaade. Kirjanduse ülevaade on uurimistöö, mis on koostatud eesmärgiga näidata, mis vaatenurgast ja kuidas on teemat varem uuritud ja kuidas käesolev uurimus on seotud juba olemasolevatega (Hirsjärvi jt, 2005: 111).

Uurimistöö teostamine koosnes teemat käsitlevate kirjandusallikate otsimisest, võõrkeelsete allikate tõlkimisest, analüüsimisest ja refereerimisest. Kirjandusallikate valikul võeti aluseks uurimistöö probleem, eesmärk ja ülesanded. Uurimistöös kasutati teaduspõhiseid artikleid, erialaseid väljaandeid, erinevatest meditsiini andmebaasidest leitud uurimusi, ravijuhiseid ja asjakohast seadusandlust. Teemakohast kirjandust leiti Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli raamatukogust kasutades andmebaasi RIKSWEB. Teemakohaste tõenduspõhiste teadusartiklite leidmiseks kasutati EBSCOhost elektroonilisi andmebaase *Medline*, *Health Source: Nursing Academic Edition*, *CINAHL* ja *Academic Search Complete* ning *PubMed*. Uurimistöös tulid kasutusele õendusosalased ning meditsiiniteemalised eelretsenseeritud ajakirjad ja tõenduspõhine kirjandus ning õenduse tööd reguleerivad õigusaktid, mille ilmumisaeg jäi ajavahemikku 2012 – 2021. Kirjanduse valiku kriteeriumiteks oli eesti ja inglise keel. Lõputöö koostamisel töötati läbi 24 kirjandusallikat, 9 neist olid eestikeelsed ja ülejäänud kirjandus oli inglise keelne. Töös kasutati ainult terviktekstiga teadusartikleid.

Kirjanduse valikul lähtuti eestikeelsetest kombineeritud otsingusõnadest: palliatiivravi ja koduõendus. Otsingusõnad ja nende kombinatsioonid, mida kasutati inglise keeles: *palliative care and/or home care and nursing*. Kuna eelnevatest artiklitest tulenes palliatiivravi parem korraldus nendes maades, siis tehti täpsustavad otsingud *palliative care and Netherlands*; *palliative care and Croatia*; *palliative care and Switzerland*. 949 leitud artiklist töötati läbi 17 ja kasutati 8 õendusosalast tõenduspõhist artiklit.

Kõik uurimistöös kasutatud materjalid on korrektselt viidatud. Uurimistöös kasutatud materjalide viitamisel ja töö vormistamisel on aluseks võetud Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli teadustööle kehtestatud nõuded (Tallinna Tervishoiu ..., 2019).

Käesolevas uurimistöös kasutatud artiklid on teaduspõhised, kooskõlas eetika nõuetega ning ei kahjusta kellegi huve.

2 PALLIATIIVRAVI KODUÕENDUSE KONTEKSTIS

2.1 Palliatiivravi olemus ja sihtgrupp

Palliatiivravi on terviklik aktiivne ravi, mis hõlmab paljusid erinevaid valdkondi. Palliatiivravi sihtgrupp on elu ohustava ja elukvaliteeti halvendava tervisliku seisundiga patsiendid ja nende lähedased. Palliatiivravi eesmärk on patsientide ja nende lähedaste elukvaliteedi parandamine diagnoosi saamisest kuni patsiendi elu lõpuni või tervistumiseni. Palliatiivravi toimub paralleelselt spetsiifilise raviga haiguse ajal ja jätkub peale spetsiifilise ravi lõppemist. (Palliatiivse ravi..., 2021).

Tihti pannakse võrdusmärk palliatiivravi ja elulõpu ravi vahele. Elulõpu ravi on palliatiivravi osa, mis algab siis, kui spetsiifiline ravi on lõppenud. Elulõpu ravi peaks tagama patsiendile vaevuste lõpetamise, väärrika elu lõpu ja suremise. Patsiendi lähedasi peaks elulõpu ravi abistama läbi leinatöö. (Palliatiivse ravi ..., 2021).

Palliatiivravi pakkumine peaks algama kohe, kui tekivad kaebused, mida saab leevendada palliatiivse ravi abil, ja enne, kui need kaebused muutuvad palliatiivravi võimalusi ületavateks probleemideks. Palliatiivravi ei tohiks olla ainult spetsiaalsete osakondade ja tiimide poolt pakutav teenus, mida rakendatakse muude ravivõimaluste ammendumisel, vaid võiks olla integreeritud kõikidesse ravi ja hoolduse tasemetesse (Davis ja Higginson, 2004: 14).

Palliatiivset ravi on minevikus peetud identseks hosiipitsraviga. Samuti peeti palliatiivravi spetsiifiliseks raviks vähki põdevatele patsientidele. Viimasel ajal on aga palliatiivne ravi laienenud teistele haigustele ja tingimustele, sealhulgas HIV/AIDSiga (*Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immunodeficiency Syndrome*), inimese immuunpuudulikkuse viirus/omandatud immuunpuudulikkuse sündroom) elavatele inimestele. Palliatiivne ravi on oluline vahend leevendamaks nende haiguste sümptomeid, mis toovad kaasa palju kannatusi ja põhjustavad sagedasi visiite haiglasse. (Huang, 2013: 220).

Kuni aastani 1970 oli toetav ravi ALS (amüotroofiline lateraalskleroos) haigetele peaaegu olematu. Tänapäeval on ALS ravi eesmärgiks eluea pikendamine ja elukvaliteedi parandamine. Multidistsiplinaarse meeskonna rakendamine on muutnud selle haiguse ajalugu. Praegu on kogu ALS ravi palliatiivne. Päris elu lõpus, surma lähenedes, vajavad patsiendid abi füüsiliste kannatuste vältimiseks. Sümptomite ennetamine enne nende tekkimist on olulise tähtsusega

ravi juhtimisel. ALS-i edenedes muutub patsiendi hoolduse eesmärk funktsioonide säilitamisest tõhusaks ja kaastundlikuks palliatiivseks raviks. (Oliveira ja Pereira, 2009: 751, 773).

Ajutrauma on üks olulisemaid pikaajalise puude põhjuseid arenenud maailmas. Ajutrauma ei ole mitte ainult meditsiiniline vaid ka rahvatervise probleem, mis mõjutab trauma saanud patsiendi kõrval sügavalt ka tema lähedasi ja kogukondi tervikuna. Kuigi patsientidel ja nende peredel on kõrged nõudmised palliatiivsele ravile, pole praegu piisavalt teadmisi selle pakkumiseks. Ajutraumaga patsientidele pakutav intensiivravi on suunatud eluea pikendamisele, samas kui palliatiivravi püüab parandada elukvaliteeti. Selles kontekstis, isegi kui see tundub olevat vastuolus, arvatakse, et palliatiivset ravi saab ja peab rakendama ka trauma patsientidele. (Kahveci, Dincer jt, 2017: 77).

Dementsussündroomil ja seda põhjustanud haigustel ei ole enamasti tervendavat haigusspetsiifilist ravi. Seetõttu on dementsussündroomiga patsientide ravi diagnoosimisest kuni elu lõpuni sisuliselt palliatiivne ravi. Dementsussündroomiga patsiendiga töötav koduõde peab omama baasteadmisi palliatiivsest ravist ja oskama rakendada palliatiivravi põhiprintsiipe perearsti juhtimisel. Abi seisneb peamiselt dementsusega patsientide ja nende lähedaste toetamises psühholoogilise abi, soovitude, nõustamise ja hingeabi kaudu. (Palliatiivne ravi ...).

Vanemaealiste inimeste grupil on palju katmata vajadusi. Esineb rohkelt probleeme ja puudeid, mis vajavad mitmekülgset ravi ja sotsiaalhoolekannet. Nende vajadused on samad, mis vähipatsientidel, kes saavad heal tasemel hospitiis- ja palliatiivset ravi. Sellele vanusegrupile tuleks välja töötada ka vähihaigetega samal tasemel teenused. (Davies ja Higginson, 2004: 6).

Palliatiivravi sai Eestis alguse vähihaigete ravis 1997. aastal, kui Eesti Vähiliit alustas koduse toetusravi projektiga Tartus ja Tallinnas. Vähihaigetele pakutakse haigekassa poolt tasustatud kodust toetusravi praeguseks kõikides Eesti maakondades. Abistava meeskonna liikmeteks on arst, õde ja vabatahtlikud tugiisikud. Meeskonna eesmärgiks on elukvaliteedi säilitamine ka pärast aktiivravi võimaluste ammendumist. Lisaks kaebuste leevendamisele pakub meeskond vaimset ja üldinimlikku toetust nii haigele kui ka tema perekonnale. (Suija ja Suija, 2008: 207).

Eestis reguleerib palliatiivravi Palliatiivravi ravijuhend, mis on koostatud kahes osas. Esimene osa on kinnitatud märtsis 2020. aastal, teine osa kinnitati 2021. aastal. Ravijuhendites on kirjeldatud sümptomaatilise ravi põhimõtted (Ravijuhend palliatiivne I) ja palliatiivravi korraldamise põhimõtted (Ravijuhend palliatiivne II).

Palliativse ravi ravijuhendi autoriteks on arstid, õed ning patsientide ja haigekassa esindaja. Ravijuhend käsitleb täisealiseid palliativravi patsiente, kellel on progresseeruv, elu ohustav ja elukvaliteeti halvendav haigus. Ravijuhend on mõeldud kasutamiseks arstidele, õdedele, toetavate erialade spetsialistidele (näiteks logopeedid, füsioterapeudid, tegevusterapeudid, psühholoogid, hingehoidjad, sotsiaaltöötajad, hooldustöötajad, toitumisnõustajad) ja omastehooldajatele, kes puutuvad kokku palliativset ravi saava patsiendiga. Ravijuhendi esimeses, sümptomaatilise ravi põhimõtteid käsitlevas osas vaadeldakse järgmiseid sümptomeid: õhupuudus, iiveldus ja oksendamine, pahaloomuline soolesulgus, kõhulahtisus, kõhukinnisus, luksumine, sügelemine, kahheksia, deliirium, ärevus, unehäired ja kurnatus. Kõikide sümptomite kohta on antud soovitusel koos tõendusmaterjali ja arutelu lühikokkuvõttega. Ravijuhises ei käsitleta palliativset ravi lastel, palliativset keemia ja kiiritusravi, haigusspetsiifilist ravi ega valuravi. Valuravi ei käsitleta selle teema suure mahu tõttu. Plaanis on koostada eraldi ravijuhis valuravi kohta. Samuti ei ole antud palliativravi ravijuhises käsitletud toitumise ja toitmisravi teemasid. (Palliativse ravi ..., 2020).

Palliativravi ravijuhendi teises osas on koondatud kolm suurt teemat: erakorralised seisundid palliativravis, elulõpu ravi ja palliativravi korraldus. Erakorraliste seisundite all on välja toodud elu ohustavate erakorraliste seisundite, nagu verejooks, intrakraniaalse rõhu tõus ja epileptiline hoog, ülemise õõnesveeni maliigne kompressioon, seljaaju maliigne kompressioon, maliigne ja mittemaliigne pleuraefusioon ja astsiit, käsitusel koos tõenduspõhisusega ja aruteluga. Eraldi on välja toodud elulõpuravi sekkumised palliativsele patsiendile. Käsitletakse diagnostilisi uuringuid, antibakteriaalset ravi, verekomponentide ülekandeid, toitmist ja vedelikravi ning õhupuuduse ravi. Kõik soovitusel on antud koos tõenduspõhisuse hinnanguga. Eraldi peatükid on palliativse ravi vajaduste hindamise, palliativse ravi korralduse, interdistsiplinaarse meeskonna ja palliativse ravi teenuse osutajate koolituse kohta. Ka nendes peatükkides on soovitusel antud koos teaduspõhisuse hinnangute ja aruteluga. (Palliativse ravi ..., 2021).

2.2 Patsiendi teekond kodusele palliatiivravile

Elu viimastel kuudel liiguvad paljud patsiendid erinevate tervishoiu tasemetel vahel. Enamasti on tegemist haiglasse sisse- või väljakirjutamisega. Erinevate tervishoiuteenuste vahel liikumise korraldusest palliatiivse ravi ajal sõltub patsiendi heaolu. Hästi korraldatud üleviimised vähendavad sümptomaatilisi kriise, erakorralisi hospitaliseerimisi ja suremust haiglaravil. (Engel jt, 2020: 720).

Õenduse järjepidevuse tagamiseks on vajalik haiglast väljakirjutamise planeerimine (*discharge planning*), et tagada patsiendile tema vajadustele vastav edasine tervishoiu teenuse liik ja tase. Planeerimise täpsuse ja õnnestumise aluseks on patsiendi võimalikult täpne ja objektiivne hindamine. (Koduõenduse tegevusjuhend, 2015: 16–17).

Sooja käe üleandmine (*warm handoff*) on patsiendi liikumine kahe tervishoiu meeskonnaliikme vahel, kus üleandmine toimub patsiendi ja tema perekonna juuresolekul. Selline läbipaistev üleandmise viis võimaldab patsiendil ja tema perekonnal saada osa vajalikust informatsioonist ja julgustab neid suhtlusele. Info vahetamise käigus on võimalik selgitada või parandada esitatud teavet ning küsida lisaküsimusi oma ravi kohta. (Warm Handoff ..., 2017).

Eestis on patsientide üleminekute paremaks korraldamiseks alustatud nn patsiendi teekonna projekte. Esimeste hulgas on loodud vähiravi patsiendi teekond ja insuldi patsiendi teekond. Need haigused on pika paranemise ja taastumise ajaga ning vajavad paljude erinevate erialade spetsialistide koostööd. Patsiendi teekonna kirjeldus annab patsiendile kogutud informatsiooni tema vajadustest ja võimalustest ning koondab erinevate alade spetsialistid, kes teda sellel teekonnal aidata saavad. Samal ajal aitab see raviarstil ja tema meeskonnal planeerida patsiendile vajalikke teenuseid ja protseduure nii ajalises kui vajaduspõhises järjekorras. (Insuldi juhtprojekt, 2020).

Patsiendi suunab koduõe teenusele arst. Suunajaks võib olla nii patsiendi perearst kui ka raviarst haiglaravi järgselt (Õendusabi ...). Õendusabile suunamise saatekirjal peab olema ära toodud muuhulgas patsiendi anamnees ja terviseseisundi kirjeldus (Tervishoiuteenuse osutamise ..., 2008). Selline dokumentatsioon annab koduõele informatsiooni tema poole pöördunud patsiendi vajadustest, ka palliatiivravist kui seda on rakendatud.

Koduõendusteenust võivad soovida patsiendid, nende pereliikmed ning kohaliku omavalitsuse töötajad (sotsiaaltöötajad). Sellisel juhul on kohustuslik eelnev perearsti visiit patsiendi seisundi ja koduõendusteenuse vajaduse hindamiseks (Koduõenduse tegevusjuhend, 2015: 16).

Samal ajal puudub koduõe teenuse pakkujatel ülevaade oma piirkonnas palliatiivsel ravil olevatest patsientidest. Koduõenduse teenusepakkujateni jõuab info patsientidest, kellele on arsti või perearsti poolt määratud vastav teenus. Kui patsient ei pöördu koduõe teenuse saamiseks oma perearsti poole või tal puudub üldse teadmine sellise teenuse olemasolust, siis tema info koduõendusteenust pakkuvate keskusteni ei jõua.

3 PALLIATIIVRAVI TEENUSE PAKKUMISE JA PATSIENDI TOETAMISE VÕIMALUSED KODUÕENDUSES.

3.1 Palliatiivravi teenuse võimalused Eestis ja mujal Euroopas

Enamikes Euroopa riikides (76%) on palliatiivne ravi sätestatud tervishoiu valdkonna seadusandluses eraldi teenuse või patsiendi õigusena. Palliatiivne ravi on kantud perearstiabi teenuste nimekirja 36 (71%) Euroopa riigis (Arias–Casais, Garralda jt, 2019: 57).

Ülemaailmse palliatiivse ravi atlase („*Global Atlas of Palliative Care*“) andmetel kuulub Eesti nende riikide hulka, kus palliatiivse ravi arendamine on ebaühtlane: seda ei toetata piisavalt, ravi osutamine sõltub suures osas rahastajatest ja palliatiivse ravi teenuste hulk on populatsiooni arvestades piiratud. Dokumendis nenditakse, et palliatiivse ravi osutamine ilma toetava riikliku poliitikata on keeruline. Vajalikud on seadused, millega tunnustatakse ja määratletakse palliatiivne ravi tervishoiusüsteemi osana, riiklikud palliatiivse ravi programmid ja strateegiad selle juurutamiseks, ravijuhendid, palliatiivse ravi eriala/alameriala loomine ning palliatiivse ravi teenuse osutajatele tegevusloa andmise reguleerimine. (Connor, 2020).

Koostamisel on Eesti vähitõrje tegevuskava 2021–2030. Selles dokumendis käsitletakse muu hulgas ka palliatiivset ravi, selle arendamist ja eesmärke. Alates 2020. aasta algusest on Eestis rahastatud statsionaarse hospiitsravi teenus. (Palliatiivse ravi ..., 2021).

Horvaatias võeti 2014. aastal vastu seadusemuudatus, mille alusel sai palliatiivne ravi riikliku rahastuse. Sellest ajast on tervishoiuministeerium koostanud kaks palliatiivravi arengukava, 2014–2016 ja 2017–2020. Arengukavade eesmärk on julgustada kohalikke tervishoiu keskuseid juurutama erinevaid palliatiivravile suunatud tegevusi. Seadusemuudatuse ja arengukavade tulemusena oli 2019. aastaks Horvaatias 29 teenusekorraldajat, 21 arstist ja õest koosnevat palliatiivravi liikuvat üksust ja 10 palliatiivravi osakonda riigi erinevates haiglates ja hospiitsides. (Mardetko, 2019).

Hollandis koostati 2014. aastal palliatiivravi programm aastateks 2014–2020. See sai valitsuselt heakskiidu aprillis 2015. Programmi visioon on teha palliatiivravi kõikide tervishoiu tasemete osaks. Palliatiivravi peab lähtuma patsiendi ja tema lähedaste vajadustest ning soovidest. Palliatiivravi tuleb pakkuda patsiendile võimalikult kodu lähedal. Programmiga tahetakse koondada olemasolevaid praktilisi teadmisi ja läbiviidud uuringuid ning teha need

kättesaadavaks kõikidele palliatiivravi keskustele üle riigi ja väljaspool riigipiire. (Palliative care ..., 2015).

Koduõendus Hollandis hõlmab kogu kodust hooldust, mis on seotud patsiendi tervisliku seisundiga. Nii patsiendi hooldust kui ka õendusabi pakuvad koduõed. Bakalaureuse kraadiga koduõde hindab koos patsiendi ja tema lähedastega patsiendi vajadused ja koordineerib nende vajaduste täitmise. Tegelikku hooldust kodus pakuvad keskeriharidusega õed või hooldajad. Kõik need töötajad moodustavad koduõenduse meeskonna. Nii perearstid kui koduõenduse töötajad pakuvad ka psühhosotsiaalset tuge. Kõik planeeritud tegevused kuuluvad kohustusliku riikliku tervisekindlustuse alla. (Oosterveld–Vlug jt, 2019: 3).

Šveitsis alustati 2013. aastal palliatiivravi koordineeriva raamdokumendi Šveitsi palliatiivse ravi raamistik (*Framework for palliative care in Switzerland*) koostamist. Dokument kinnitati 2014. aastal. Loodud dokument määratleb palliatiivravi sihtgrupi, ajalised piirid ja teenuse erinevad tasemed. Šveitsis on palliatiivravi jagatud kolme tasemesse. Esimesel tasemel toimub palliatiivravi teadvustamine (*palliative care awareness*). Sellel tasemel on palliatiivne ravi suunatud sobivate tingimuste loomisele, et võimaldada ühiskonna liikmetele elu lõpuga toimetulek. Toimub patsientide julgustamine, nõustamine ja teabe pakkumine. Esmasel palliatiivravi tasemel (*primary palliative care*) toimub palliatiivravi neljal põhisuunal: sümptomite haldamine, elulõpu otsuste tegemine, tugivõrgustiku loomine ja patsiendi lähedaste toetamine ning nõustamine. Neid palliatiivravi teenuseid osutavad tervishoiu- ja sotsiaalhooldustöötajad koostöös patsiendi ja tema lähedastega. Kolmanda, spetsialiseeritud palliatiivravi (*specialised palliative care*) taseme teenused põhinevad esmase tasandi teenustele, kuid on keerukamad ja intensiivsemad. Need teenused nõuavad erinevate spetsialistide kaasamist. Teenuse pakujatelt eeldatakse eriteadmisi palliatiivse ravi vallas ja spetsiifilisi erialaseid oskuseid. Kõikidel tasemetel luuakse võimalused pakkuda palliatiivset ravi vastavalt patsiendi asukohale: haigla, õendushooldus, hooldekodu või kodu. Spetsialiseeritud palliatiivravi patsientide käsutuses on ka mobiilsed palliatiivravi rühmad, kes saavad pakkuda vajaminevat teenust patsiendi asukohas. (Framework for..., 2014).

3.2 Palliatiivravi patsiendi toetamise võimalused koduõenduses

Palliatiivsele ravile suunatud patsiendil on Eestis võimalik ambulatoorselt ravi saada koduõenduse teenuse kaudu. Koduõenduse teenust on võimalik pakkuda peamiselt linnades, samas ei ole ka paljud linnad veel selle teenuse osutamiseks valmis. Maapiirkonnas koduõe teenuse osutajaid peaaegu ei ole. Põhjuseks on maapiirkondade pikad vahemaad, sellest tulenevalt pikemad visiidi ajad ja transpordi puudumine. Mõnes maapiirkonnas osutavad koduõe teenust väikelinnade koduõenduskeskused. (Koduõenduse tegevusjuhend, 2015: 11). Eestis on väga vähe palliatiivse ravi ettevalmistusega tervishoiutöötajaid. Süsteemse ravi korraldus vajab arendamist ja rahastamist, sealhulgas koolitusi palliatiivse ravi osutajatele (Palliatiivse ravi ..., 2021: 12).

Koduõe visiidil tehtavad toimingud ja protseduurid on määratud sotsiaalministri määrusega nr. 55 Iseseisvalt osutatavate õendusabi tervishoiuteenuste loetelu (Iseseisvalt osutada ..., 2016). Koduõe visiidid on rahastatud kindla visiidi aja järgi. Üheks koduõe visiidiks on ette nähtud 90 minutit. See aeg sisaldab nii transporti patsiendi juurde ja tagasi, dokumenteerimist kui ka patsiendi juures läbi viidud õendustoimingutele kuluvat aega. (Koduõenduse tegevusjuhend, 2015: 18).

Õdede kättesaadavus ja üldised terviseteadmised määravad nende positsiooni palliatiivravis. Õdede roll on silmapaistev, kuid mitte alati hinnatud. Õed tegutsevad patsiendi ja pereliikmete, teiste tervishoiutöötajate ning erinevate tervishoiuteenuste vahelise koordinaatori ja sidemehena. (Sekse jt, 2018: 36). Palliatiivse ravi põhiteadmised peavad olema enam integreeritud arstide ja õdede põhiõppes. Need sisaldavad teadmisi ja oskusi palliatiivse ravi põhimõtetest, valu ja muude sümptomite hindamisest ning ravist, psühhosotsiaalsetest ja õiguslikest aspektidest, suhtlemisest, eneserefleksioonist. (Palliatiivse ravi ..., 2021: 60).

Koduõenduse meeskonda kuuluvad koduõde/õed ja juhtumikorraldaja/õendusjuht. Koduõed saavad üks kord nädalas kokku vastutava õendusjuhiga, et arutada ja analüüsida erinevaid raskemaid juhtumeid. Õendusjuhi tööks on õdede tegevuse koordineerimine, patsientide jagamine õdede vahel vastavalt nende koormusele, oskustele ja patsiendi abivajaduse astmele, õdede asendamise korraldamine, töö organiseerimine puhkuste ajal jne. Hooldustöötaja, kui meeskonna liige, võib töötada vaid õe poolt koostatud õendushooldusplaani alusel. Hooldustöötaja töötab õdede juhendamisel, teostab põetus- ning isikliku hügieeni toiminguid. Meeskonna liikmeteks võivad olla veel erineva ettevalmistusega õed: kontinentsusnõustajad,

diabeediõed, taastusraviõed, psühhiaatriaõed, lasteõed jt õde–spetsialistid. (Koduõenduse tegevusjuhend, 2015: 14).

Perearstil või õendusabiteenuse osutajal peab olema võimalus pöörduda oma piirkonna juhtumikorraldaja poole patsiendile ja vajaduse korral lähedastele vajaliku teenuse leidmiseks, kui esimese tasandi võimalused on ammendunud. Palliatiivse ravi võrgustikus peavad konsultatsiooni saamiseks olema kättesaadavad kõik vajalikud kontaktid (nii tervishoiuteenused, psühholoogiline nõustamine, hingehoid kui ka sotsiaalteenuste osutajad). Praegu on palliatiivse ravi süsteemi loomise peamine takistus see, et puudub järjepidevus patsiendi liikumisel ühelt tervishoiusüsteemi tasandilt teisele. See viib aga sageli liigse erakorralise meditsiini osakondade ja kiirabi kasutamiseni. (Palliatiivse ravi ..., 2021: 51).

Suhteliselt suur osa Hollandi vähipatsiente sureb kodus, mitte haiglas või muudes institutsionaalsetes asutustes. Selle on tinginud Hollandis toimiv palliatiivravi mudel. Mudelit iseloomustab suur rõhk esmatasandi tervishoiule. Perearst on oma kogukonnas olevate patsientide keskne spetsialist kõikides tervishoiu etappides. Perearstil, sageli koos koduõega, on keskne roll ka palliatiivravi pakkumisel kodus. (Oosterveld–Vlug jt, 2019: 2).

Palliatiivne ravi on valdkond, millega kaasneb palju raskeid valikuid. Otsuseid on keeruline teha muuhulgas ka sellepärast, et palliatiivset ravi vajavad patsiendid on haprad ja haavatavad ning tihtipeale peab valima halva ja veel halvema vahel. Seetõttu on tähtis, et palliatiivses ravis töötavad spetsialistid orienteeruksid hästi meditsiinieetikas ja valdaksid keerulistes olukordades suhtlemise kunsti. (Palliatiivse ravi ..., 2021: 12).

2018 aastal läbi viidud uuringus on välja toodud kolm põhilist teemat, mille alla koonduvad patsientide ja nende lähedaste ootused koduõendusteenusele. Esimeseks teemaks on „hea algus” (*good start*) patsiendile ja tema lähedastele. See teema hõlmab usalduse ja turvalisuse loomist patsiendile ja tema lähedastele, haiglast koju saabumise järgsete esimeste päevade tähtsust, koostööd koduõe ja perearsti vahel, perearsti kättesaadavust ja tema esimese visiidi tähtsust. Teise teemana on välja toodud tervishoiusüsteemi koostöö. Selle teema all nähakse patsiendi teekonda haiglast koju, koostööd ja infovahetust haigla ja perearsti vahel, palliatiivravi keskuse toetust. Kolmas teema on uute hospitaliseerimiste ennetamine. See teema hõlmab koostööd perearsti ja koduhooldus meeskonna vahel, kompetentsust, kogemust ja nõustamist, patsiendi ja perekonna ettevalmistust elu lõpuks ning koduteenuse personali tolerantsust, tunnustust ja paindlikkust. (Danielsen jt, 2018).

Palliativse ravi põhiteadmised peavad olema enam integreeritud arstide ja õdede põhiõppesse. Need sisaldavad teadmisi ja oskusi palliativse ravi põhimõtetest, valu ja muude sümptomite hindamisest ning ravist, psühhosotsiaalsetest ja õiguslikest aspektidest, suhtlemisest, eneserefleksioonist. (Palliativse ravi ..., 2021: 60).

4 ARUTELU

Käesoleva töö eesmärk on kirjeldada palliatiivravi koduõe teenuses ja koduõe võimalusi palliatiivravi patsientide abistamisel. Töös kirjeldatakse palliatiivravi saavaid patsiente ja nende teekonda kodusele palliatiivsele ravile. Töö teises peatükis kirjeldatakse koduse palliatiivravi võimalusi patsientide toetamisel Eestis ja mujal maailmas. Maailmas kasvab palliatiivravi saavate patsientide arv ja koos sellega kasvab patsientide arv, kes soovivad saada palliatiivset ravi kodus või võimalikult kodu lähedal.

Töö teema valis autor pärast kokkupuudet koduse palliatiivraviga Horvaatias. Autor viibis Horvaatias praktikal kaks kuud 2019. aastal. Praktika käigus oli autoril võimalus töötada koos palliatiivravi mobiilse rühmaga. Horvaatia paljudes piirkondades töötavad mobiilsed palliatiivravi rühmad, mis koosnevad arstist ja õest. Neid rühmasid koordineerivale asutusele antakse raviasutuste poolt teada kõigist piirkonnas olevatest palliatiivset ravi saavatest patsientidest. Pärast uue patsiendi nimekirja kandmist teeb palliatiivravi rühm tema juurde esimese visiidi. Esmase visiidi käigus kaardistatakse patsiendi probleemid, vajadused ja võimalused. Samuti tutvutakse patsiendi lähedaste ja koduste oludega. Selliseks visiidiks võetakse aega vähemalt üks tund, vajadusel rohkem. Edaspidi saavad patsient või tema lähedased helistada palliatiivravi väljakutse telefonile kõikide ettetulevate probleemide korral, näiteks valu, iiveldus, vedeliku asenduse vajadus jne. Kuna rühma kuulub ka arst, saab kohapeal määrata ja kasutada laias valikus ravimeid, mis on rühmal pidevalt kaasas. Kodusele visiidile tuleval rühmal on piisavalt aega, et vajadusel teostada tilkinfusioon. Selliste meeskondade olemasolu annab kindluse patsientidele, et neil on kuhu pöörduda ja samal ajal võtab koormust maha kiirabilt.

Palliatiivravi on alguse saanud vähiravi patsientidele suunatud elulõpu ravist. Viimastel aastatel on järjest enam leitud, et palliatiivravi vajavad ka teisi haigusi põdevad patsiendid või muud inimgrupid. Davies ja Higginson (2004) kirjeldavad oma artiklis eakate vanusegrupi katmata vajadusi palliatiivsele ravile. Lisaks esineb rohkelt probleeme ka sotsiaalhoolekandes. Eakatele inimestele peab välja töötama teenused, mis hõlmavad nii hospiits- kui ka palliatiivset ravi. (Davies ja Higginson, 2004: 6). Seevastu Oliveira ja Pereira (2009) toovad välja palliatiivse ravi vajaduse ALS haigetele, sest antud haiguse ravivõimalus on tänapäeval vaid palliatiivne. Eesmärgiks eluea pikendamine ja elukvaliteedi parandamine. Elupäevade lõpu perioodis vajavad patsiendid abi füüsiliste kannatuste vältimiseks. ALS-i süvenedes on hoolduse

eesmärgiks muuta funktsioonide säilitamine tõhusaks ning kaastundlikuks palliatiivseks raviks. (Oliveira ja Pereira, 2009: 751, 773).

Huang (2013) toob oma artiklis välja, et andis WHO andis soovitus rakendada palliatiivravi ka HIV/AIDS-i põdevatele patsientidele. Haigussümptomite leevendamiseks on see oluline, sest need toovad kaasa palju kannatusi ja sagedasi visiite haiglasse (Huang, 2013: 220).

Kahveci jt (2017) kirjeldavad palliatiivravi vajadust ajutraumaga patsientidele. Momendil pole piisavalt teadmisi selle pakkumiseks, nendele patsientidele on pakutav intensiivravi suunatud vaid eluea pikendamisele. Kuigi saab palliatiivset ravi rakendada ka ajutraumaga patsientidele (Kahveci, Dincer jt, 2017: 77).

Dementsussündroomil ja seda põhjustanud haigustel ei ole enamasti tervendavat haigusspetsiifilist ravi, seetõttu on patsientide ravi diagnoosimisest kuni elu lõpuni sisuliselt palliatiivne ravi. Koduõde peab omama baasteadmisi palliatiivsest ravist ja oskama rakendada palliatiivravi põhiprintsiipe perearsti juhtimisel, mis seisneb peamiselt dementsusega patsientide ja nende lähedaste toetamises psühholoogilise abi, soovitude, nõustamise ja hingeabi kaudu. (Palliatiivne ravi ...). Autor on arvamusel, et järjest enam leitakse, et palliatiivravi võivad patsiendid saada vastavalt oma haigusele või probleemidele ning on muutumas elu lõppu kergendavast ravist üldiseks elukvaliteeti parandavaks raviks.

Patsientide sujuv liikumine erinevate tervishoiu tasandite vahel on väga oluline nende ravi järjepidevusele ja tulemuslikkusele. Engel jt (2020) toovad välja, et eriti elu lõpus sagenevad haiglasse sisse- ja väljakirjutamised. Kasutusele on võetud termin “sooja käe üleandmine”, mis hõlmab patsiendi ja tema terviseinformatsiooni üleandmist patsiendi ja tema lähedaste juuresolekul. (Engel jt, 2020: 720). Eestis on sujuvate üleminekute teostamiseks alustatud patsiendi teekondade loomisega erinevaid haigusi põdevatele patsientidele. Patsiendi liikumisel koduõde teenusele on Eestis olemas täpsed nõudmised dokumentatsioonile, mis annavad koduõdele edasi patsiendi kohta käiva informatsiooni. Koduõde teenus on Eestis tellimuspõhine. Kui patsient või tema arst ei esita tellimust koduõde teenusele, ei liigu koduõenduse teenuse pakkujatele infot nende tegevuspiirkonnas olevast palliatiivravi vajavast patsiendist. Teenus ja abi võib jääda saamata, sest patsient ja tema lähedased ei tea ega oska abi küsida. (Koduõenduse tegevusjuhend, 2015: 18).

Artiklitest selgus, et koduse palliatiivravi kättesaadavus on eri piirkondades erinev. Lisaks Horvaatiale on palliatiivravi toodud võimalikult kodu lähedale Hollandis. Horvaatias ja Šveitsis on loodud mobiilsed palliatiivravi rühmad, mis pakuvad teenust keerukamate ja mitmekülgsete probleemidega patsientidele. Nende rühmade liikmed on saanud palliatiivravi alased eriteadmised ja omavad lisaks erialaseid teadmisi ja oskuseid. Mardetko (2019) toob välja, et Horvaatias hakkas palliatiivravi ja selle pakkumine arenema pärast riigi poolt vastu võetud arengukava ja rahastuse otsuseid (Mardetko, 2019). Samal ajal on Maaailma palliatiivravi atlase järgi Eestis palliatiivse ravi rahastus katkendlik ja arendus ebapiisav. Selle tulemusel ei ole ka palliatiivravi kättesaadavus elanikkonna kohta piisav (Connor, 2020). Ka autor leiab, et kahest palliatiivravi keskusest Eesti kohta on vähe. Palliatiivravi peaks olema esindatud ka kõikides maakonnahaiglates ja perearstikeskustes.

Eestis on palliatiivravi kodus võimalik saada läbi koduõendusteenuse. Koduõendusteenuse kättesaadavus on Eesti erinevates piirkondades erinev. Kui linnades on teenus kättesaadav, siis maapiirkondades on teenuse pakkujaid vähe. Eestis pakuvad koduõed õendusprotseduure: sidumist, ravimite manustamist, verevõtmist jne. (Koduõenduse tegevusjuhend, 2015: 18). Kodustel palliatiivset ravi saavatel patsientidel on ka hooldusvajadus. Hooldusprotseduuride pakkumiseks peaks koduõe meeskonnas olema professionaalne hooldustöötaja. Praegusel ajahetkel on professionaalsete hooldustöötajate nõudlus suur kõikides tervishoiu valdkondades, seega ei piisa neid ka koduõdede meeskondades. Palliatiivravi ravijuhendi teises osas on välja toodud, et tuleks laiendada ja tõhustada palliatiivravi osa meie tervishoiutöötajate väljaõppes. (Palliatiivse ravi ..., 2021: 60). Autori arvates peab palliatiivse ravi põhimõtteid õpetama õdede ja hooldajate õppekavades. Vastava õppe läbinud tervishoiu spetsialistid suudavad näha patsientide palliatiivse ravi vajadusi ja pakkuda neile vajaduspõhiseid lahendusi.

Danielsen jt (2018) kirjeldavad patsiendi ja koduõe heaks koostööks vajalikke eeldusi, head kontakti, usalduslikku suhet ja koostööd perearstiga (Danielsen jt, 2018). Oosterveld–Vlug jt (2019) väidavad, et Hollandis on palliatiivravi kättesaadavus ja selle juhtimine perearsti poolt aidanud kaasa sellele, et inimesed saavad veeta oma elu lõpu kodus. (Oosterveld–Vlug jt, 2019: 2). Eesti palliatiivravi ravijuhendi korralduslik osa toob välja, et palliatiivris peab seda pakkuva koduõe ja perearsti vahel olema tihe koostöö, et ennetada tekkida võivaid probleeme ja nende süvenemist. (Palliatiivse ravi ..., 2021: 60). Eesti patsiendid ei ole autori arvates veel harjunud sellega, et palliatiivse ravi teenust pakuvad ka õed, kui iseseisvad

tervishoiuspetsialistid. Patsiendid vajavad arstide toetust ja suunamist, et tõsta patsientide usaldust koduõe teenuse vastu.

Lõputööst tulenevad järgmised ettepanekud:

- Uurida palliatiivravi teenuse kättesaadavust, koordineeritust ja integreeritust Eesti tervishoiusüsteemis magistriõppes.
- Kirjutada antud uurimistöö ja magistr töö põhjal artikkel, avaldamiseks ajakirjas "Eesti Õde" .

JÄRELDUSED

- Palliatiivset ravi saavateks patsientideks ei ole tänapäeval ainult terminaalsed patsiendid raskete haiguste aktiivravi lõppemisel. Palliatiivset ravi vajavad patsiendid ka oma vanusest, puudest või muudest asjaoludest tingitud vajaduste rahuldamiseks, et parandada nende elukvaliteeti. Selliste patsientide palliatiivne ravi ei ole elulõpu toetus ja võib kesta aastaid. Koduõenduse teenuse alla käib ka patsientide palliatiivne ravi kodus. Koduse palliatiivravi efektiivsuse aluseks on patsientide vajaduste täpne kaardistamine ja nende sujuv liikumine erinevate tervishoiu teenuse tasemete vahel.
- Palliatiivravi saavad kodus pakkuda ainult vastava väljaõppe saanud spetsialistid. Tähtis on välja töötada võimalikult erinevad ja laiapõhjalised teenused, et patsientidele pakutav abi oleks paindlik ja nende vajadustele vastav. Patsientide rahulolu oma vajaduste rahuldamisega ei sõltu ainult pakutavatest teenustest vaid ka kontaktist teenuse pakkujaga. Patsiendi ja koduõe vahel peab olema usaldus. Usalduse aluseks on teadmine, et abi on kättesaadav ja professionaalne. Tähtis on koostöö erinevate tervishoiu tasemete vahel. Teadmine, et koduõde ja perearst vahetavad omavahel infot patsiendi kohta ja ühtlasi patsiendi ravi arstide ja palliatiivravi keskusega, annab kindluse, et miski ei jää märkamata ja patsiendi kõik vajadused saavad kaetud. Patsiendiinfo sujuv liikumine annab võimaluse märgata ja lahendada probleeme nende tekkimisel. Kiire reageerimine erinevatele tekkivatele probleemidele ennetab kaebuste süvenemist ja vähendab hospitaliseerimise vajadust.

KASUTATUD KIRJANDUS

Arias–Casais, N., Garralda, E., Rhee, J. Y., Lima, L. de, Pons, J. J., Clark, D., Hasselaar, J., Ling, J., Mosoiu, D., Centeno, C. (2019) *EAPC Atlas of Palliative Care in Europe 2019*. Vilvoorde: EAPC Press

Connor, S. R. (Ed). (2020) *Global Atlas of Palliative Care. 2nd Edition. Worldwide Hospice Palliative Care Alliance*

Danielsen, B. V., Sand, A. M., Rosland, J. H., Forland, O. (2018) Experiences and challenges of home care nurses and general practitioners in home–based palliative care – a qualitative study. *BMC Palliative Care* 17(95)

Davies, E., Higginsoon, I. J. (2004) *Better Palliative Care for Older People*. WHO ISBN 92 890 1092 4

Engel, M., Ark, A., Tamerus, R., Heide, A. (2020) Quality of collaboration and information handovers in palliative care: a survey study on the perspectives of nurses in the Southwest Region of the Netherlands. *European Journal of public Health* 30 (4): 720–727

Framework for palliative care in Switzerland (2014) *Federal Office of Public Health FOPH, Swiss Conference of the Cantonal Ministers of Public Health (CMH) and palliative ch* www.bag.admin.ch/palliativecare (24.10.21)

Heydari, H., Hojjat–Assari, S., Almasian, M., Pirjani, P. (2019) Exploring health care providers' perceptions about home–based palliative care in terminally ill cancer patients. *BMC Palliative Care* 18 (66).

Hirsjärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P. (2010). *Uuri ja kirjuta*. Tallinn: Medicina.

Hofmeister, M., Memedovich, A., Dowsett, L. E., Sevick, L., McCarron, T., Spackman, E., Stafinski, T., Menon, D., Norseworthy, T., Clement, F. (2018) Palliative care in the home: a scoping review of study quality, primary outcomes, and thematic component analysis. *BMC Palliative Care* 17 (14).

Huang, Y-T. (2013) Challenges and responses in providing palliative care for people living with HIV/AIDS *International Journal of Palliative Nursing* 19(5): 218-225

Insuldi juhtprojekt. (2020) Eesti Haigekassa
<https://haigekassa.ee/insuldi-juhtprojekt> (27.09.2021)

Iseseisvalt osutada lubatud ambulatoorsete õendusabi teenuste loetelu ja nende hulka kuuluvad tegevused ning õendusabiteenuste osutamise tingimused. (2016) Sotsiaalminister
<https://www.riigiteataja.ee/akt/13349883?leiaKehtiv> (16.09.2021)

Kahveci, K., Dincer, M., Doger, C., Yarici, A. K. (2017) Traumatic brain injury and palliative care: a retrospective analysis of 49 patients receiving palliative care during 2013–2016 in Turkey. *Neural Regeneration Research* 12(1):77-83.

Koduõenduse tegevusjuhend 2015
https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/Tervishoiususteem/koduoenduse_tegevusjuhend.pdf
(02.02.2021)

Mardetko, R. (2019) Palliative care in Croatia – a change in the law leads to real progress. *European Association for Palliative Care*
<https://eapcnet.wordpress.com/2019/01/02/palliative-care-in-croatia-a-change-in-the-law-leads-to-real-progress/> (16.09.2021)

Oliviera, A. S. B., Pereira, R. D. B. (2009) Amyotrophic Lateral Sclerosis (ALS). *Arq Neuropsiquiatr* 67 (3-A): 750-782

Oosterveld–Vlug, M. G., Custers, B., Hofstede, J., Donker, G. A., Rijken, P. M., Korevaar, J. C., Francke, A. L. (2019) What are essential elements of high–quality palliative care at home? An interview study among patients and relatives faced with advanced cancer. *BMC Palliative Care* 18 (96).

Palliatiivne ravi dementsusega inimesele. Demensuse kompetentsikeskus
<https://eludementsusega.ee/lahedasele/palliatiivne-ravi/> (02.12.2021)

Palliative care programme 2014–2020 (2015) The Netherlands Organisation for Health Research and Development
https://www.zonmw.nl/fileadmin/documenten/Palliantie_meer_dan_zorg/Palliantie_programmatekst_engels.pdf (02.11.2021)

Palliatiivse ravi juhend (I osa). Sümptomaatiline ravi. (2020) Eesti Haigekassa
<https://www.ravijuhend.ee/tervishoiuvarav/juhendid/140/palliatiivse-ravi-juhend-i-osa-sumptomaatiline-ravi#ad346845> (25.09.21)

Palliatiivse ravi juhend (II osa). Erakorraliste seisundite käsitlemine, elulõpu ravi ja palliatiivse ravi korraldus. (2021) Eesti Haigekassa
<https://www.ravijuhend.ee/tervishoiuvarav/juhendid/150/palliatiivne-ravi-ii-osa-erakorraliste-seisundite-kasitlus-elulopuravi-ja-palliatiivse-ravi-korraldus#ad346845> (25.09.2021)

Sekse, R. J. T., Hunskar, I., Ellingsen, S. (2018) The nurse's role in palliative care: A qualitative meta-synthesis. *Journal of Clinical Nursing* 27: 21–38.

Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli kirjalike tööde juhend. (2019) Tallinna Tervishoiu Kõrgkool
<https://ttk.ee/sites/ttk.ee/files/TTK%20kirjalike%20t%C3%B6de%20juhend%2023.09.2021.pdf> (18.11.21)

Tan, W. S., Bajpai, R., Low, C. K., Hau Yan Ho, A., Yaw Wu, H., Car, J. (2019) Individual, clinical and system factors associated with the place of death: A linked national database study. *PLOS ONE* April 18.

Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise tingimused ja kord. (2008) Sotsiaalminister
<https://www.riigiteataja.ee/akt/13349883?leiaKehtiv> (15.09.2021)

Palliative Care (2020) WHO
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care> (02.02.2021)

Suija, K., Suija, K. (2008) Palliatiivne ravi: printsiibid ja eesmärgid. (2008) *Eesti Arst* 87(3): 205–209.

Warm Handoff: Intervention (2017) Agency for Healthcare Research and Quality
<https://www.ahrq.gov/patient-safety/reports/engage/interventions/warmhandoff.html>
(21.09.2021)

Õendusabi. Eesti Haigekassa
<https://www.haigekassa.ee/oendusabi> (27.09.2021)

Infootsingu raport

Andmebaas	Piirangud	Otsingusõnad	Leitud allikate arv	Läbi töötatud allikate arv	Kasutatud allikate arv
Medline	Full text, january 2015 english	nurs* AND home AND palliativ*	66	3	0
CINAHL Complete	Full text, january 2015 english peer reviewed	nurs* AND home AND palliativ*	6	1	0
Academic Search Complete	Full text january 2015 english BMC	nurs* AND home AND palliativ*	174	6	4

Health Source: Nursing/Academic Edition	Full text january 2015 peer reviewed academic journal	nurs* AND home AND palliati* v*	90	1	0
Cochrane Database of Systematic Reviews	Full text 2015	nurs* AND infant AND diarrh*	5	0	0
PubMed	Free full text 5 years	Home nursing care	508	6	1