

Palliatiivne ravi: printsiibid ja eesmärgid

Kaiu Suija¹, Kadri Suija² – ¹TÜ Kliinikumi hematoloogia ja onkoloogia kliinik, ²TÜ polikliiniku ja peremeditsiini õppetool

Võtmesõnad: palliatiivne ravi, toetusravi, sümptomaatiline ravi, terminaalravi

Palliatiivne ravi keskendub kaugelearenenud haigusest tingitud füüsiliste ja psühhosotsiaalsete kaebuste leevendamisele. Ravi peamine eesmärk on rasketest haigusest hoolimata haigele võimalikult kvaliteetse/elamisväärse elu võimaldamine. Palliatiivse ravi alla kuuluvad toetusravi, sümptomaatiline ravi ja terminaalravi. Tegemist on interdistsiplinaarse erialaga, mille tähtsus tänapäeva meditsiinis on kasvamas. Käesolevas ülevaateartiklis käsitletakse palliatiivse meditsiini terminoloogiat, printsiipe ja põhitunnuseid.

Maailma Terviseorganisatsiooni definitsiooni alusel on palliatiivne ravi aktiivne, laiahaardeline, terviklik ravi olukorras, kus haigust parandav ravi ei ole võimalik (1). Palliatiivse ravi peamiseks eesmärgiks on saavutada patsiendi ja tema lähedaste parim võimalik elukvaliteet. Kõrvuti füüsiliste kaebuste raviga võetakse tähelepanu alla ka psühholoogilised, sotsiaalsed ja eksistentsiaalsed probleemid (1). Palliatiivne ravi erineb teistest meditsiinierialadest selle poolest, et ei keskenduta ühele elundile ega teatud tüüpi haigustele või raviviisile. Palliatiivne ravi on defineeritud haige seisundi, prognoosi ja ravivajaduse alusel.

PALLIATIIVSE RAVI PÕHIMÕTTED JA ALALIIGID

Maailma Terviseorganisatsioon sõnastas 2002. aastal palliatiivse ravi põhiprintsiibid. Nende alusel palliatiivne ravi

- toetab elu ja suhtub surma kui loomulikkude protsessi;
- ei mõjuta surma saabumise kiirust;
- leevendab valu ja teisi kaebusi;
- soodustab patsiendi aktiivset elu surmani;
- ühendab patsiendi ravis psühholoogilisi ja eksistentsiaalseid aspekte;
- pakub toetussüsteemi, selleks et patsiendi lähedased kohaneksid haiguse ja leinaga;
- peaks algama võimalikult vara ja olema ühenduses kuratiivse raviga (1).

Palliatiivse ravi alla kuulub toetusravi, sümptomaatiline ravi ja terminaalravi. Toetusravi on igasugune toetav ravi haiguse diagnoosimisest kuni tervistumise või surmani, see ei viita tingimata haiguse parandamatusel. Toetusravi all mõeldakse üldravi ning psühhosotsiaalset toetust patsiendile ja perele, nii et see võimaldab kohaneda haigusega. Sümptomaatiline ravi on haige kõikide teda häirivate sümptomite ravi, näiteks valuravi. Terminaalravi on palliatiivne ravi patsiendi viimastel elunädalatel-kuudel (2). Erinevalt terminaalravist, mis on ajaliselt määratud, pole palliatiivsel ravil ajalist piiri – see võib kesta isegi aastaid (3).

PALLIATIIVSE RAVI AJALUGU

Palliatiivne meditsiin on olnud olemas niisama kaua kui meditsiin üldse. Seoses hospitsliikumisega 19. sajandil hakati sellele pöörama aga enam tähelepanu. Eriala oluline areng on toimunud siiski viimastel aastakümnetel. Paljudes

riikides on palliatiivne meditsiin praegu juba iseseisev meditsiinieriala.

Tänapäevase palliatiivse ravi rajajateks peetakse Cicely Saundersit ja Elizabeth Kübler-Rossi. Saundersi (1918–2005) teeneks oli 1967. aastal Londonisse esimese nüüdisaegse hospiitshaigla loomine. St. Christopheri hospiitshaigla töötab ka praegu (4). Kübler-Ross (1926–2004), erialalt psühhiaater, defineeris 1969. aastal 5 leinastaadiumi: šokk/eitus, viha, „kauplemine”, masendus, leppimine (4).

PALLIATIIVSE RAVI KORRALDUS

Arenenud riikides on palliatiivse ravi üks osa tervishoiu korralduses, mis arvestades rahvastiku üldist vananemisprotsessi, meditsiini nüüdisaegseid võimalusi ja ühiskonna arengut, muutub järjest olulisemaks. Uuringute alusel on leitud, et umbes pooled vähihaigetest ei tervene ja nende ravi on teatud hetkest alates palliatiivne (5).

Aastal 2001 koostas Euroopa Nõukogu ühtsed soovitusel palliatiivse ravi korralduseks ja koolituseks (6). Selle alusel on sõnastatud järgmised soovitusel:

- 1) palliatiivne ravi on üks osa tervishoiusüsteemist;
- 2) igal juhul, kes vajab palliatiivse ravi teenust, peab olema võimalus seda saada;
- 3) palliatiivse ravi eesmärk on parim võimalik elukvaliteet;
- 4) ravi keskendub kaugelearenenud haigusest tingitud füüsiliste, psüühiliste ja eksistentiaalsete kaebuste leevendamisele ning vajab seetõttu eri spetsialistide omavahelist koostööd;
- 5) parim palliatiivne ravi tagab, et ägedad seisundid ravitakse, kui patsient soovib, ja jäetakse ravimata, kui patsient nii kindlalt nõuab;
- 6) ravimisel on pearõhk palliatiivse ravi vajadusel, mitte haiguse tüübil, paiknevel ega muudel põhjustel;
- 7) palliatiivne meditsiin peaks olema üks osa meditsiinitöötajate koolitusest;
- 8) palliatiivses meditsiinis on vajalik teadustöö;
- 9) teadustöö vajab piisavat rahastamist;

10) kõik palliatiivses meditsiinis osalejad peavad toimima haigetele parima elukvaliteedi võimaldamise nimel (6).

Tegemist on interdistsiplinaarse erialaga, mis toimib nii üld- kui eriarstiabi tasandil (6).

Palliatiivne ravi võib toimuda kodus ja haiglas. Koha valikul tuleks arvestada patsiendi soove ja olemasolevaid ressursse. Kirjanduse andmetel 49–100% haigetel eelistab veeta oma elu viimaseid päevi kodus, eelistuselt järgmine koht on hospiitshaigla (7). Vaatamata haigete eelistusele, ei ole ravi ja suremine kodus alati võimalik. Põhjus võib olla meditsiiniline või organisatoorne. On leitud, et kodus surevad ainult pooled haigetel, kes seda tegelikult sooviksid (8). Eri uuringute andmetel soovisid kodus surra enam nooremad inimesed, abielus olijad, mehed, haiged, kellel oli pere või lähedased, ning patsiendid piirkondades, kus toimus koduravi süsteem (9, 10). On uuritud, kas haige ravi kodus või haiglas sõltub ka vähitüübist. USA-s tehtud uurigu tulemustest ilmnes, et vähipaikmetest hematoloogiliste kasvajatega haiged surid enim haiglas (võrdluseks 84% hematoloogilistest ja 52% kopsuvähahaigetel) (11).

Eri riikides on palliatiivse ravi korraldus veidi erinev, sõltudes paljuski maa kultuurilistest iseärasustest. Näiteks töötab Soomes Tampere ja Turus praegu 2 palliatiivse ravi professorit, ülikooli kliinikutes on palliatiivse ravi kabinetid/osakonnad, enamikus piirkondades on koduravi-teenus ja töötab 4 hospiitshaiglat (Helsingis, Tampere, Turus ja Hämeenlinnas). Aust-raalias tegelevad palliatiivse raviga peamiselt perearstid (12). Suurbritannias tehtud uuringus, kus vaadeldi perearstide juhitud palliatiivset ravi vähihaigetel, leiti, et 68% haigetel pidasid perearsti organiseeritud palliatiivset ravi heaks või väga heaks. Samal ajal esines sama uuringu alusel perearsti patsientidel kaebusi enam kui haiglaravil olevatel ja need kaebused olid koduravil suhteliselt halvemini kontrolli all (13). Näiteks pidas valuga patsientidest ainult 52% perearsti määratud valuravi piisavaks (13). Võrdluseks oli teise Suurbritannia uuringu

alusel kodus ravil olevate haigete arvates peaarsti määratud valuravi tõhus 55%-l juhtudest ja haiglas 33%-l (14).

Sageli samastatakse palliatiivset ravi hinge- hoiu ja religiooniga. Lähtudes palliatiivse ravi põhiprintsiibist, arvestatakse ja vajaduse korral ühendatakse patsiendi ravis hingelisi aspekte. Hingehoius keskendutakse eelkõige isiku arvamusele elu mõttest, väärtustest ja püütakse leevendada tema hirme seoses läheneva surma ning võimalike kannatustega. Palliatiivses ravis on tegemist hingelise toetusega, sõltumata selle saaja usulistest ja muudest elulistest tõekspidamistest (15).

Palliatiivne ravi ei ole kasutusel ainult pahaloomulise kasvaja, vaid ka teiste krooniliste kaugelarenenud haiguste korral, kui kuratiivne ravi ei ole enam võimalik. Järjest enam on uuritud dementsete, krooniliste kopsu-, südame- ja neeruhaigete palliatiivset ravi. Eri haigustega isikute palliatiivne ravi võib olla erinev, kuid oma põhiprintsiipidelt ja eesmärkidelt sama. See tähendab, et ka siis, kui arstiteadus on võimetu patsienti terveks ravima, on meil võimalik pakkuda haigele veel palju.

PALLIATIIVNE RAVI EESTIS

Eestis toimub palliatiivne ravi peamiselt onkoloogiahaiglates, hooldushaiglates, perearstikeskustes ja vähahaigete koduse toetusravi süsteemi kaudu 15 Eesti maakonnas.

Eesti Vähiliit alustas koduse toetusravi projektiga Tallinnas ja Tartus 1997. a. Praegu on vähahaigete kodune toetusravi haigekassa finantseeritav ambulatoorse hooldusravi teenus ja toimib igas Eesti maakonnas. Meeskonda kuuluvad arst, õde ja vabatahtlikud tugiisikud. Lisaks kaebuste ravile pakutakse toetust nii haigele kui ka perele. Teenust osutatakse kodus ja see on haigele tasuta. Vähahaigete koduse toetusravi eesmärgiks on aidata säilitada elu füüsilist, vaimset ja üldinimlikku kvaliteeti ka siis, kui raviga ei ole võimalik haiguse kulgu muuta ning järelejäänud elu pikkus on piiratud.

Onkoloogiahaiglates teostatakse palliatiivset keemia- ja kiiritusravi, palliatiivset kirurgiat ning üldist kasvaja haige toetavat ravi.

KAEBUSTE RAVI

Palliatiivne ravi algab realistlike eesmärkide püstitamisega ravi ja prognoosi suhtes. Peaesmärgiks on kaebuste leevendamine. Selleks registreeritakse kõik patsiendi kaebused, kasutades valiidsid instrumente (16). Kaebuste täpne hindamine võimaldab jälgida ravi tulemuslikkust. Pärast kaebuste väljaselgitamist tuleb leida nende põhjus ja vastavalt sellele sobiv ravi. Ravida tuleb haiget kõige enam häirivat kaebust. Hea palliatiivne ravi on sageli ravi ravimiteta: toitumise ja hügieeni eest hoolitsemine, õige asendiravi. Haigete kaebused on üsna sarnased, sõltumata oluliselt haige diagnoosist ja prognoosist. Näiteks kaebas kaugelarenenud südamepuudulikkuse haigetest õhupuudust 83%, väsimust 82%, kõndimisraskusi 65%, valu 41% ja meeleoluhäireid 41% (17). Palliatiivsel dialüüsravil olevatel neerupuudulikkuse haigetel esines kaebustena kõige sagedamini (74%-l) väsimust, järgnesid uimasus 63%-l, käte-jalgade tuimustunne samuti 63%-l, suukuivus 58%-l, valu 53%-l ja naha-sügelus 53%-l haigetest (18). Londonis tehtud uuringus palliatiivse ravi keskuse 400 patsiendil, kellest 95% olid vähahaiged, esines kaebustena enim valu (64%), isutust (34%), kõhukinnisust (32%), väsimust (32%), õhupuudust (31%). Keskmiselt oli igal haigel keskuse esimesel visiidil 7 kaebust (19). Uuringus, kus vaadeldi kaebusi haigete viimasel elunädalal, esines enim valu, järgnesid õhupuudus ja iiveldus (20).

Enim uuritud ja ehk enim patsiendi elukvaliteeti halvendav kaebus palliatiivses ravis ongi valu. Saunders võttis kasutusele praegugi palliatiivses meditsiinis tuntud totaalse valu mõiste. Selle alusel on valu komponendid füüsiline, psühholoogiline, sotsiaalne ja hingeline (4). Robert Twycross defineeris aga valu kui ebameeldivat sensoorset ja emotsionaalset kogemust, mis on seotud olemasoleva või potentsiaalse koekahjustusega. Vähivalu on uuringute alusel 85–93%-l juhtudel põhjustatud vähkkasvajast, 17–25%-l vähi ravist ja 10%-l muudest teguritest (21).

Heal kaebuste ravil on aga oluline mõju haige elukvaliteedile.

PALLIATIIVSE ONKOLOOGILISE RAVI LIIGID

Kõik onkoloogias kasutusel olevad raviviisid – kirurgia, keemiaravi ja kiiritusravi – võivad olla oma olemuselt ning eesmärkidelt nii kuratiivsed kui ka palliatiivsed. Kuna kuratiivses ravifaasis on ravist saadav potentsiaalne kasu suur, aktsepteeritakse kergemini ravi kõrvaltoimeid. Sümptomite ravimine kaasub spetsiifilisele onkoloogilisele ravile ka kuratiivse raviga. Palliatiivset onkoloogilist ravi kasutatakse olukorras, kui parandava ravi pole võimalik, kuid ravi võiks vähendada kasvaja tingitud kaebusi. Paljudel juhtudel on kaebuste vähenemine tingitud kasvajamassi vähenemisest. Kuna palliatiivse ravi eesmärk on võimalikult hea elukvaliteet, peab selline ravi olema suhteliselt hästi talutatav ja väheste kõrvaltoimetega.

Palliatiivne kirurgiline ravi parandab sageli patsiendi elukvaliteeti ja on kasutusel näiteks soole obstruktsiooni, fistulite, kollasuse, valu, seedetrakti verejooksu, luumetastaaside korral.

Palliatiivse keemiaravi eesmärgiks oleks sümptomite vähendamine ja elukvaliteedi parandamine kasvajamassi vähendamise kaudu.

Palliatiivne kiiritusravi on kasutusel luumetastaasidest tingitud valu, erinevate verejooksude, söögitoru ja trahhea-bronhide obstruktsiooni, vähkkasvajast tingitud neuroloogiliste sümptomite (spinaalkanalite kompressioon, ajumetastaasid, närvide kompressioonid), ülemise õõnesveeni kompressiooni ja nahametastaaside korral (22).

PALLIATIIVSE RAVI TÄHTSUS

Piir kuratiivse ja palliatiivse ravi vahel on harva konkreetne, enamasti toimub üle-

minek astmeliselt. Millal peaks alustama palliatiivse raviga? Kas pärast vähi esmase metastaasi leidmist või alles siis, kui kõik kasutatavad tsütotostaatikumid on osutunud ebatõhusaks? Veelgi raskem on seda otsustada ehk muude krooniliste kaugelearenenud haiguste korral. Otsus alustada palliatiivse raviga tuleks teha koostöös patsiendiga konsiiliumi korras. Iga raviotsus tehakse individuaalselt, võttes arvesse haiguse kulgu, prognoosi ja ravi võimalusi (3). Palliatiivse ravi lõimimisel üldisesse tervishoiukorraldusse ongi võtmeküsimuseks, kuidas haige siirdub ühest raviastapist teise, kuidas ajastada õigesti ravi, tagada ravi järjepidevus ja kaasata erinevaid spetsialiste.

Palliatiivses meditsiinis on elupäevade pikkusest olulisem nende kvaliteet. Ravis on olulised patsiendikeskus ja lihtsus. Arsti üheks tähtsamaks oskuseks palliatiivses meditsiinis on avatud suhtlemine ja empaatia. Patsiendikeskne konsultatsioon vajaduse korral, ja kui võimalik, siis koos pereliikmetega suurendab oluliselt haige ning tema lähedaste rahulolu ka halvast prognoosist vesteldes (23).

KOKKUVÕTTEKS

Arvestades inimkonna üldist vananemist ja krooniliste haiguste osakaalu suurenemist, tuleb järjest enam ette olukordi, kus kuratiivne ravi ei ole võimalik ning siirdutakse järgmise ravifaasi. Alustatakse palliatiivse raviga. Palliatiivset ravi ei peaks valdama ainult üksikud spetsialistid, vaid palliatiivne ravi peaks olema üks osa igapäevasest meditsiinist.

kadri.suija@ut.ee

KIRJANDUS

1. World Health Organization. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. 2nd ed. Geneva; 2002.
2. National Institute for Clinical Excellence. Improving supportive and palliative care for adults with cancer. London: National Institute for Clinical Excellence; 2004.
3. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta. Saattohoito – Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvaottelukunnan muistio. Vantaa: Kirjapaino Keili; 2004.
4. Faull C, Woof R. Palliative care: an Oxford core text. New York: Oxford University Press; 2002.
5. Sternswärd J, Clark D. Palliative medicine – a global perspective. In: Watson M, Lucas C, Hoy A, Back I, eds. Oxford textbook of palliative medicine. 3rd ed. New York: Oxford University Press; 2005. p.1199–218.
6. Council of Europe. Recommendation Rec(2003)24 of the Committee of Ministers to member states on the organisation of palliative care. Hampshire, Totton; 2005.
7. Higginson IJ, Sen-Gupta GJ. Place of care in advanced cancer: a qualitative systematic literature review of patient preferences. J Palliat Med 2000;3(3):287–300.
8. Tiernan E, O'Connor M, O'Siorain L, et al. A prospective study of preferred versus actual place of death among

- patients referred to a palliative care home-care service. *Ir Med J* 2002;95:232–5.
9. Gomes B, Higginson IJ. Factors influencing death at home in terminally ill patients with cancer: systematic review. *BMJ* 2006;332(7540):515–21.
 10. Howat A, Veitch C, Cairns W. A retrospective review of place of death of palliative care patients in regional north Queensland. *Palliat Med* 2007;21(1):41–7.
 11. Bruera E, Russell N, Sweeney C, et al. Place of death and its predictors for local patients registered at a comprehensive cancer center. *J Clin Oncol* 2002;20:2127–33.
 12. Yuen JK, Behrndt MM, Jacklyn C, et al. Palliative care at home: general practitioners working with palliative care teams. *Med J Aust* 2003;179(6 Suppl):38–40.
 13. Hanratty B. Palliative care provided by GPs: the carer's viewpoint. *Br J Gen Pract* 2000;50(457):653–4.
 14. Karlsen S, Addington-Hall J. How do cancer patients who die at home differ from those who die elsewhere? *Palliat Med* 1998;12:279–86.
 15. Mitchell D. Standards and competencies for spiritual care and chaplaincy in palliative care. *Scottish Journal of Healthcare Chaplaincy* 2003;6(2):9–15.
 16. Morrison RS, Meier D. Clinical practice. Palliative care. *N Engl J Med* 2004;350:2582–90.
 17. Ward C. The need for palliative care in the management of heart failure. *Heart* 2002;87:294–8.
 18. Weisbord SD, Carmody SS, Bruns FJ, et al. Symptom burden, quality of life, advance care planning and the potential value of palliative care in severely ill haemodialysis patients. *Nephrol Dial Transplant* 2003;18:1345–52.
 19. Potter J, Harni F, Bryan T, et al. Symptoms in 400 patients referred to palliative care services: prevalence and patterns. *Palliat Med* 2003;17(4):310–4.
 20. Fainsinger R, Miller MJ, Bruera E, et al. Symptom control during the last week of life on a palliative care unit. *J Palliat Care* 1991;7(1):4–11.
 21. Payne R, Gonzales GR. The management of pain. In: Watson M, Lucas C, Hoy A, Back I, eds. *Oxford textbook of palliative medicine*. 3rd ed. New York: Oxford University Press; 2005. p.288–97.
 22. Hoskin PJ. Radiotherapy in symptom management. In: Watson M, Lucas C, Hoy A, Back I, eds. *Oxford textbook of palliative medicine*. 3rd ed. New York: Oxford University Press; 2005. p.239–55.
 23. Dowsett SM, Saul JL, Butow PN. Communication styles in the cancer consultation: preferences for a patient-centered approach. *Psychooncology* 2000;9:147–56.

SUMMARY

The principles and goals of palliative medicine

The World Health Organization defines palliative care as “the active total care of patients whose disease is not responsive to curative treatment”. The goal of palliative care is to ensure the best possible quality of life for the patient and her/his family. That means symptom control and attention to the patient as a whole. The transition from active to palliative care is not something that occurs at a single time point but is a process. The most important things in planning palliative care are symptom assessment and that the health care professionals discuss the goals of care with the patient and his/her relatives. As the most prevalent symptom in palliative care is pain, effective pain management is highly important. Palliative care does not mean only care of patients with advanced cancer. Also patients with other chronic progressive diseases such as heart or renal failure, and dementia should be offered the possibility to receive palliative care if they need it. Palliative care can be provided in a variety of places: at the person's

home, in hospitals, in nursing homes or in hospices; it can be provided by a specialist or by a family doctor. Although studies have shown that most patients would prefer to die at home, yet most of them die in hospital.

In Estonia, palliative care is organised by university hospitals, municipal hospitals, family medicine centers and the cancer society. The Estonian Cancer Society launched a projection home based supportive treatment of cancer patients in 1997. Today there are 15 palliative care teams active in Estonia. One team consists of a nurse or nurses, a doctor and some volunteers. The service of palliative home care is free of charge for the patient in Estonia. In the oncological clinic palliative chemo- and radiotherapy and palliative surgery are applied if the patient needs this kind of treatment.

Despite the advances in modern medicine, many illnesses continue to progress and the number of patients whose disease is incurable is growing. Hence there is great need to develop palliative medicine.