

Vähihaigete koduse toetusravi 12 aasta kogemus Eestis

Kaiu Suija – SA Vähihaigete Toetusravi, TÜ Kliinikumi hematoloogia ja onkoloogia kliinik

Võtmesõnad: palliatiivne ravi, onkoloogia

Palliatiivne ravi on lähenemisviis, mille keskmes on valu ning teiste kaebuste õigeaegne avastamine, hindamine ja ravi kannatuste ennetamiseks ja leevendamiseks. Sellise ravi eesmärgiks on parandada kaugelearenenud haigusega patsientide ja nende lähedaste elukvaliteeti. Palliatiivne ravi võib toimuda nii kodus kui ka haiglas. Eestis on vähihaigete koduse palliatiivse toetusravi kogemust 12 aastat. Üle Eesti tegutseb 15 vastava ravi keskust. Üks meeskond koosneb õdedest, arstidest ja vabatahtlikest tugiisikutest. Oluline pole mitte ainult sümptomite leevendamine, vaid koostöö patsiendi ning tema pereliikmetega turvatunde andmiseks. Patsiendile on ravi tasuta, vajalik on saatekiri. Viimastel aastatel on suurenenud koduviitide arv ning küsitluste andmeil hindavad nii patsiendid kui ka nende pereliikmed kodust toetusravi kõrgelt.

Eesti Vähiliit alustas 1996. aastal koos liikumisega Eluterve Eesti ja projektiga "Tugevam aitab nõrgemaid" avalikkuse teavitamist kaugelearenenud vähiga haigete probleemidest. Samal ajal algasid palliatiivse ravi koolitused. Tegevus hoogustus 1997. aasta vähinädalal, kui Tartus ja Tallinnas

avati koduse toetusravi tööühmad. Eelnevalt olid avatavate keskuste töötajad läbinud 6päevase intensiivse koolituse palliatiivse ravi põhiprintsiipidest. Mõlemas linnas alustasid üks arst, üks õde ja vabatahtlikud tugiisikud. Järk-järgult maakondades personali koolitades ja seejärel koolitatute seast sobivat personali valides jõuti 2001. aastaks nii kaugele, et toimisid tööühmad juba kõigis Eesti 15 maakonnakeskuses.

Praegu on koduse toetusravi süsteemis tööl 17 arsti ja 25 meditsiiniõde. Arstidest enamik (n = 11) ja kõik meditsiiniõded on naised. Kuna palliatiivne ravi ei ole Eestis tunnustatud kui omaette arstlik eriala, on kõik arstid erineva erialase taustaga. Enim on kirurge (n = 7), üldarste (n = 3) ja sisearste (n = 3) ning vähem muude erialade spetsialiste. Tegemist on üsna kogenud arstidega (keskmine tööstaaž arstina on 32 aastat) ja väga püsiva ning motiveeritud kaadriga (ainult üks arstidest on töökohta vahetanud).

Ühiste koolitustega, mis toimuvad keskmiselt neli korda aastas, püütakse täiendada ja ühtlustada koduse toetusravi süsteemi meditsiinitöötajate teadmisi palliatiivse ravi kohta. Kuna töötatakse eri maakondades, on koolitused tähtsad ka konkreetsete haigusjuhtude anonüümseks aruteluks ja arutelude kaudu parimate ravimeetmete leidmiseks haigete ning nende perede aitamiseks. Tihe koostöö on Soome, aga ka Läti palliatiivse ravi spetsialistidega.

Praegu on vähihaigete kodune toetusravi haigekassa rahastatav ambulatoorse hooldusravi teenus, mida osutatakse igas Eesti

maakonnas. Meeskonda kuuluvad arst, õde ja vabatahtlikud tugisiskud. Teenus on haigele tasuta. Ravile tulekuks on vajalik saatekiri.

Kõigil rühmadel on nädalas ühel-kahel päeval 1–2 tundi vastuvõtuajaga kohalikus polikliinikus või haiglas, kuhu saavad pöörduda haiged või nende lähedased. Samas annavad need vastuvõtuajad ka võimaluse perearstidel või teistel spetsialistidel konsulteerida konkreetseid haigusjuhte, et üheskoos leida parim võimalus haige ravimiseks. Põhitöö toimub aga haige kodus.

Visiitide arv on aastate jooksul suurenenud, olles 2008. aastal arstidel 4191 ja õdedel 9709. Keskmise ravil viibimise aeg on 65 päeva. Ravil on olnud kõigi vähipaikmetega haiged.

Ravil olevate haigete arv on viimasel viiel aastal olnud Eestis keskmiselt 850. Kirjanduse andmetel on spetsialiseeritud palliatiivse ravi vajadus 70–180 vähihaigel 100 000 inimese kohta aastas (1). Seega oleme oma tegevusega hõlmanud selle vajaduse miinimumi.

Arvestades järjest paremaid kasvajate ravi võimalusi, võiks oletada, et haiged soovivad olla ravil haiglas kuni surmani. Siiski eelistab kirjanduse andmeil 50–75% inimestest veeta oma viimaseid elupäevi kodus (2). Surmade osakaal kodus varieerub aga nii aastate, riikide kui ka ühe riigi eri piirkondade vahel (2). Euroopa palliatiivse ravi assotsiatsiooni (EAPC) 2003. aastal korraldatud uuringu järgi suri Itaalias palliatiivse ravi patsientidest kodus 75%, Norras 13% (3). Paljude riikide kohta kahjuks täpsed andmed puuduvad. Teadusuuringud on aga näidanud, et statistiliselt oluliselt enam vähihaiged sureb kodus piirkondades, kus on hästi toimiv spetsialiseerunud koduravi (4).

Kõige olulisem on aga haige soov olla kodus. Oluline on meeles pidada ka seda, et mõned nädalad enne surma avaldatud eelistus olla kodus või haiglas, võib viimastel elupäevadel muutuda (2). Näiteks Londonis tehtud uuringu alusel muutis 13% haige-

test oma eelistust ja soovis minna haiglasse, kuna ei tahtnud oma lähedasi koorjata (5).

Kodusumade osakaalu peetakse näitajaks, mis kindlasti peegeldab lisaks tervishoiukorralduslikele aspektidele ka iga rahva kultuurierinevusi (2). 70% meil ravil olevatest haigetest sureb kodus, ülejäänud vajavad haiglaravi, enamasti viimasel elunädalal. Hospitaliseerimise põhjuseks on peamiselt pereliikmete väsimine või ka hirm vahetu surmamomendi ees.

Viimasel ajal on palju juttu tervishoiu kvaliteedist. Millised on palliatiivse ravi kvaliteedi näitajad? Kindlasti näitab seda haigete ja nende lähedaste tagasiside tehtud töö kohta. Alustasime süstemaatilist tagasiside küsimist oma haigetelt ja nende lähedastelt 2008. aastal. Esmaste tulemuste alusel hindas 64% vastanutest, et on koduse toetusraviga väga rahul, ja 36% vastas, et on rahul. Kõik vastanud olid saanud koduravirühmaga vajaduse korral alati ühendust ja leidsid, et nende soove arvestati ravi korralduses.

Sageli küsitakse, millised haiged sobivad vähihaigete kodusesse toetusravisse. Kõige olulisem on, et haige ja pere soovivad, et ravi toimuks kodus ning et neid aitaks vähihaigete koduse toetusravi rühm. Haiged võivad võtta ühendust ka ise, kuid enamasti toimub üleandmine onkoloogi või perearsti või mõne teise spetsialisti poolt. Vähihaigete kodusele toetusravile saab tulla vähihaige, kellel on perearsti või spetsialisti saatekiri. Esimese visiidi vähihaige koju teevad arst ning õde enamasti koos, et teha konkreetne ravi- ja õendusplaan. Raviprotseduuride tegijaks jääb põhiliselt õde, arst korrigeerib vajalikud ravimuudatused ja kannab vastutust kogu toetusravi õnnestumise eest. Arsti ja õe koduvisiitide suhe on olnud aastaid 1 : 2. See näitab, et arsti osa vähihaigete koduses toetusravis on küllaltki suur, haiged on rasked ja vajavad sagedasi ravi muudatusi.

Üks keerulisemaid ülesandeid on sageli haige lähedastega suhtlemine ja nende

kaasamine ravisse. Siin on kindlasti abi kohtumistest pereliikmetega (6).

Palliatiivne ravi on meeskonnatöö. Koduse toetusravi õnnestumiseks on väga tähtis tihed side erialaspetsialistidega: perearst, onkoloog, sotsiaaltöötaja, psühholoog, psühhiaater. Mitte vähem tähtis ei ole koostöö meeskonnas ehk siis koduse toetusravi arsti ja õdede koostöö. Tähtsad on siin ühised arutelud. Kodune toetusravi sisaldab järgmist:

- 1) haige kaebusi leevendavat/kergendavat ravi – meie arstidel on kõigi tänapäevaste valuravimite piiranguteta väljakirjutamise esmaõigus;
- 2) nüüdisaegsel tasemel põetust, hooldust, vajalike abivahendite kasutamist ja nende kasutamise õpetust – meie koduravi õed on hea ettevalmistusega, nad on võimelised tegema kodus kõik vajalikud manipulatsioonid ja protseduurid, ning kui vaja, korraldatakse haigele kodus hapnikravi;
- 3) haige ja tema pere psühholoogilist toetust – palju tähelepanu pööratakse

haige ja tema pere heale koosolemisele, andes küllaldaselt tuge ja nõuandeid, kuulates haiget ning pereliikmeid, arvestades nende soove. Väga tähtis on siin omaste ja personali hea ning ladus koostöö. Oleme korraldanud Tartus kolmel aastal ka omastele mälestusõhtuid. Peredele saadetakse kaastundekaart ning 3 kuu möödudes haige surmast püütakse helistada, et teada saada nende toimetulekut.

Kokkuvõttes võib öelda, et vähihaigete kodune toetusravi ongi kodune palliatiivne ravi, mille põhieesmärgiks 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. Lisaks kaebuste ravile pakutakse toetust nii haigele kui ka perele. Oluline on seejuures meeskonnatöö, arutada ühiselt võimalusi, mida haigele ja perele pakkuda. Turvaline meeskond sisendab turvatunnet nii haigele kui ka perele.

katu.suija@kliinikum.ee

KIRJANDUS

1. Franks PJ, Salisbury C, Bosanquet N, et al. The level of need for palliative care: a systematic review of the literature. *Palliat Med* 2000;14:93–104.
2. Doyle D. Palliative medicine in the home. In: Doyle D, Cherny NI, Caiman K, Hanks G, eds. *Oxford textbook of palliative medicine*. 3rd ed. Oxford: Oxford University Press; 2005. p.1097–114.
3. Centeno C, Clark D, Lynch T, et al. *EAPC atlas of palliative care in Europe*. Houston: IAHPCPress; 2007.
4. Ahlner-Elmqvist M, Jordhoy MS, Jannert M, et al. Place of death: hospital based advanced home care versus conventional care. A prospective study in palliative cancer care. *Palliat Med* 2004;18(7):585–93.
5. Dunlop RJ, Davies RJ, Hockley JM. Preferred versus actual place of death: a hospital palliative care support team experience. *Palliat Med* 1989;3:197–201.
6. Hudson P, Thomas T, Quinn K, et al. Family meetings in palliative care: are they effective? *Palliat Med* 2009;23(2):150–7.

SUMMARY

Home supportive care of cancer patients in Estonia has twelve-year experience

According to the definition by the World Health Organization, “Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening

illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual”. Palliative care

can be provided in a variety of places: in the person's home, in hospitals, in nursing homes, or in hospices; it can be provided by a specialist or by a family doctor.

The Estonian Cancer Society launched home supportive care of cancer patients in 1997. It represents palliative care specialized for cancer patients provided at patients' home. Since 2001, 15 palliative care teams have been working across Estonia; altogether 17 doctors and 25 nurses are providing palliative care. One team consists of nurses, doctors, and volunteers. This service is free of charge for the patient but referral is needed. The number of home visits has increased in recent years, for example, in

2008 physicians made 4191 home visits. As most of the patients (70%) die at home, doctors and nurses must be well prepared to face end-of-life problems. Therefore, continuous training courses for doctors and nurses are organized regularly. According to evaluation, patients and family members appreciate home supportive care of cancer patients highly.

In conclusion, palliative care involves not only symptom control; an important aspect is also partnership between the person who has cancer, his or her family and friends, and members of the health care team. A well working team is one of the cornerstones of effective palliative care.