

# EESTI HAIGEKASSA TERVISHOIUTEENUSTE LOETELU MUUTMISE ALGATAMISEKS VAJALIKUD ANDMED

<b>1. Taotluse algataja</b>	
<b>Organisatsiooni või ühenduse nimi</b>	<b>MTÜ Pallium</b>
<b>Postiaadress</b>	Hiiu 42, Tallinn, 16119
<b>Telefoni- ja faksinumber</b>	tel.7318950, 53318950, fax.7318956
<b>E-posti aadress</b>	<a href="mailto:pallium.pallium@gmail.com">pallium.pallium@gmail.com</a>
<b>Kontaktisiku ees- ja perekonnanimi ning kontaktandmed</b>	Kristina Oja Riia 167, Tartu, 51014 53318950; <a href="mailto:kristina.oja@kliinikum.ee">kristina.oja@kliinikum.ee</a>

<b>2. Teenuse nimetus, kood ja kohaldamise tingimus(ed)</b>	
<b>2.1. Teenuse nimetus</b>	<b>Statsionaarne hospiitsravi</b>
<b>2.2. Teenuse kood tervishoiuteenuste loetelus (edaspidi loetelu) olemasoleva teenuse korral</b>	Tegemist on uue teenuse lisamise ettepanekuga
<b>2.3. Kohaldamise tingimus(ed)</b>	Vastava tegevusloa alusel
<b>2.4. Ettepaneku eesmärk</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Uue tervishoiuteenuse (edaspidi teenuse) lisamine loetellu <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Loetelus olemasoleva teenuse piirhinna muutmine <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> Teenuse kohaldamise tingimuste muutmine <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> Teenuse nimetuse muutmine <sup>4</sup> <input type="checkbox"/> Teenuse kustutamine loetelust <sup>5</sup> <input type="checkbox"/> Teenuse omaosaluse määra muutmine <sup>6</sup> <input type="checkbox"/> Muu (selgitada) <p>Ettepaneku eesmärk on lisada loetellu teenus nimetusega „<b>Statsionaarne hospiitsravi</b>“, mis on vajalik terminaalstaadiumis haigetele, kes vajavad sümptomaatilist ravi, õendusabi, toetust ja hooldust, mida ei ole võimalik kodustes tingimustes osutada tagamaks neile väärikas suremine.</p>
<b>2.5. Peatükk loetelus, kus teenus peaks sisalduma</b>	<input type="checkbox"/> Üldarstiabi <input type="checkbox"/> Ambulatoorne eriarstiabi <input type="checkbox"/> Meditsiiniseadmed ja ravimid <input checked="" type="checkbox"/> Statsionaarne eriarstiabi <input type="checkbox"/> Uuringud ja protseduurid <input type="checkbox"/> Operatsioonid <input type="checkbox"/> Laboriuuringud, lahangud ja kudede transplantaadid <input type="checkbox"/> Veretooted ja protseduurid veretoodetega <input type="checkbox"/> Hambaravi <input type="checkbox"/> Kompleksteenused <input type="checkbox"/> Ei oska määrata/ Muu (selgitada)

<sup>1</sup> Täidetakse kõik taotluse väljad või tuuakse selgitus iga mittetäidetava välja kohta, miks seda ei ole võimalik/vajalik täita.

<sup>2</sup> Kui teenuse piirhinna muutmise tingib uue meditsiiniseadme, ravimi vm lisamine teenuse kirjeldusse, täidetakse taotluses uue ressursi kohta kõik väljad või tuuakse selgitus iga vastava mittetäidetava välja juurde, miks seda ei ole võimalik/vajalik täita. Kui piirhinna muutmise tingib ressursi maksumuse muutus, täidetakse vähemalt väljad 1- 3 ning 10.1.

<sup>3</sup> Täidetakse kõik allpool esitatud väljad või tuuakse selgitus iga vastava mittetäidetava välja kohta, miks seda ei ole võimalik/vajalik täita.

<sup>4</sup> Täidetakse punktid 1-3 ning esitatakse vaba tekstina põhjendus teenuse nimetuse muutmise vajalikkuse kohta.

<sup>5</sup> Täidetakse taotluse punktid 1-3 ning esitatakse vaba tekstina põhjendus teenuse kustutamise kohta.

<sup>6</sup> Täidetakse punktid 1-3, 7, 11 ning esitatakse vaba tekstina põhjendus omaosaluse muutmise kohta.

### 3. Tõendus põhisis ja näidustused

#### 3.1. Teenuse osutamise meditsiinilised näidustused ja vajadus teenuse osutamiseks

Teenus on näidustatud surijatele haigetele, kelle haigusele ei ole enam tervendavat ravi, kes vajavad palliatiivset, sümptomeid leevendavat ravi, mida kodustes tingimustes ei ole enam võimalik osutada. Hospiitsravi teenus on näidustatud terminaalsetes haigetele, olenemata diagnoosist, kuigi praktikas vajavad teenust kõige enam inimesed, kellel on onkoloogiline haigus. Samuti kroonilised kopsuhaigused, kroonilised südame haigused, kroonilised neeruhaigused, Alzheimeri tõbi, infarkt, komatoosne seisund jne.

Hospiitsravi teenust vajavad:

1. Haige terminaalsetes seisundis st. seisund, kus surm saabub lähinädalatel, lähipäevadel, või -tundidel, on näidustus nii kodu- kui ka statsionaarsele hospiitsteenusele, kuna väga paljudel juhtudel vajab surija mitmekülgset professionaalset interdistsiplinaarse meeskonna abi. Sellist abi ei ole haigetele võimalik osutada kodus ja surija lähedased, antud olukorras ise abi vajades, on sageli sunnitud abita oma lähedase inimese kannatusi pealt vaatama, oskamata teda aidata ja suutmata olukorraga toime tulla.
2. Kui terminaalsetes seisundis haige hooldajad kodudes vajavad lühiaegset puhkust, on see näidustus statsionaarsele hospiitsteenusele patsiendi jaoks. Patsiendi lühiaegne statsionaaris viibimine ei anna lähedastele mitte ainult puhkust ja aega oma jõuvarusid taastada, vaid nad saavad ka teadmisi ja tuge hospiitsi personali poolt, mis omakorda aitab neil jälle kodus toime tulla.
3. Näidustuseks on ka terminaalsetes seisundis haigete viibimine statsionaarsel hospiitsteenusel selleks, et peale adekvaatset palliatiivset ravi statsionaaris olla suuteline lühemat või pikemat aega taas kodus toime tulema. Palliatiivse ravi reguleerimine vajab statsionaarset abi ja jälgimist. Selle alla ei kuulu mitte ainult medikute töö, sest adekvaatne sümptomaatiline ravi vajab ka teiste interdistsiplinaarse meeskonna liikmete abi.

Oluline on, et patsient saabuks hospiitsi adekvaatsete ootustega. Patsient ise ja tema lähedased peaksid olema valmis koostööks ja kommunikatsiooniks hospiitsi töötajatega. Nad peaksid mõistma, et eesmärgid hospiitsis on suunatud elukvaliteedi parandamisele, mitte aktiivsele sekkumisele haiguse kulgu. Pereliikme haigestumine raskesse haigusse mõjutab kõiki pereliikmeid. Hospiitsteenus ei ole suunatud mitte ainult surijatele, vaid ka nende lähedastele tuleb pakkuda tuge, aitamaks neil leinaga toime tulla. Seda suudavad teha vastava ettevalmistuse saanud interdistsiplinaarse meeskonna liikmed.

Hospiitsteenus vajab inimese ootab hospiitsis järgmist:

1. olla väärtustatud ja tunda, et tema jaoks on personalil aega;
2. tunda austust ning omada õigust privaatsusele ja väärikusele;
3. tunda suhtlemisel empaatiat ning seda eriti olles suures stressis;
4. olla ära kuuldud ning koheldud sensitiiivselt ja ausalt;
5. olla koheldud austusega, arvestades tema usku, elustiili ja kultuuritausta.

Kõik hospiitsid lähtuvad oma töös hospiitsfilosoofiast, mis jaatab elu ja suhtub surma kui vältimatusse ja normaalsesse protsessi, seades keskele kohale patsiendi ja tema lähedased. Hospiitsfilosoofia aluseks on holistlik inimesekäsitus: terviklik hooldus (füüsiline, psüühiline, sotsiaalne ja spirituaalne), palliatiivne ravikäsitus, avatud suhtlemine, erialadevaheline meeskonnatöö, kontakti järjepidevus, leinatöö ja tugisüsteem personalile. Hospiits tähendab eelkõige hoolduse kontseptsiooni, mitte ehitist. (1) Hospiitsravi/hooldus on sureva patsiendi aktiivne sümptomaatiline ravi ja hooldus ning lähedaste toetamine. See on haiguse viimases staadiumis ja suremise protsessis osutatav vaevuste leevendamine, psühhosotsiaalne ja hingeline toetus. Hospiitsravile suunamise otsus on arstiteaduslik otsus, mille teeb raviarst vastastikkuses mõistmises ja kokkuleppel koos patsiendi ning tema lähedastega.

Hospiitsteenus on näidustatud patsientidele, kelle jaoks on puudunud adekvaatne sümptomkontroll ja kes vajavad sümptomite kontrolli alla saamist ja organismi jõuvarude taastamist just selleks, et olla suuteline taas kodus toime tulema. Juba olemasolev praktika näitab, et kaugelearenenud vähki põdevad inimesed on suutelised kodus toime tulema peale seda, kui neile on osutatud adekvaatset valuravi ja aidatud toime tulla teiste sümptomitega, kui nad on saanud hingerahu, abi oma psühhosotsiaalsete probleemide lahendamisel, kui on alanud leinatöö patsiendi enda ja tema lähedastega.

### 3.2. Teenuse tõenduspõhisus avaldatud kliiniliste uuringute alusel taotletud näidustuste lõikes

Teenuse meditsiinilise tõenduspõhisuse osas, Euroopa riikides aktsepteeritud standardite järgi, otsiti uuringuid ja materjale: **PubMed**<sup>7</sup>st

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=end%20of%20life%20care%20palliative%20%20care%20hospice%20care> otsingu märksõnad olid „end of life care“, „palliative care“, „hospice care“; otsingumootorist

**Google** (otsingu märksõnaks oli „Hospiitsi ja palliatiivse hoolduse standardid“, valikukriteeriumiks oli standardid Euroopas) ning **Tripdatabe**<sup>7</sup>st märksõnaga „hospice care“ ja „end of life care“

<http://www.tripdatabase.com/search?criteria=hospice+care+end+of+life+care>. Leiti arvukalt uuringuid ja artikleid (4 656), mis tõestavad hospiitsi vajalikkust ja laialdast levikut erinevates Euroopa riikides. Seatud kriteeriumi alusel valiti käesoleva taotluse tarbeks esialgselt välja 309 artiklit ja internetilehekülge.

Jrk nr.	Uuringu autori(te) nimed	Uuringu kvaliteet <sup>7</sup>	Uuringusse hõlmatud isikute arv ja lühiseloostus	Uuritava teenuse kirjeldus	Esmane tulemus, mida hinnati	Muu(d) tulemus(ed), mida mõõdeti/hinnati	Alternatiiv (id) millega võrreldi	Jälgimise periood
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Martin-Moreno, J. M., Harris, M., Gorgojo, L. Clark, D., Normand, C. & Centeno, C.		Uuringus uuritakse Euroopa Liidu 27 liikmesmaa palliatiivse ravi/hoolduse = palliative care, arengut viimasel viiel aastal.	Väärrikas, valuvaba ja rahulik surm on kõikide inimeste õigus. Seda võimaldab palliatiivne ravi/hooldus/toetus ja tema viimane staadium – hospiits.	Uuriti kõikide liikmesmaade vastavust palliative care kriteeriumitele.	Uuringus anti ka varem läbi viidud vastavate uuringute ja temaatilise kirjanduse ülevaade.	Uuringus ei olnud võrdlust alternatiivsete teenustega.	2007-2008
2.	Terry, W., Olson, L.G., Ravenscroft, P., Wilss, L. A., & Boulton-Lewis, G. M.		22 hospiitsi patsienti osalesid uuringus. Neist 13 olid naised ja neist 18-l oli diagnoositud kaugelearenenud vähk. Vanus varieerus 28-93 a.	Viidi läbi poolstruktureeritud intervjuud, mille protokolle analüüsiti ja eriline tähelepanu pöörati ütlustele, millega patsiendid oma seisukohti põhjendasid.	Uuringu eesmärgiks oli välja selgitada, kas uurijate mure selle kohta, et kas võib haarata uuringutesse terminaalseisundis patsiente on probleemiks patsientide poolt. Tulemusena selgus, et kõik patsiendid tahtsid uuringutes osaleda, kuna see tõstis nende enesehinnangut. Oluline osa oli altruismil ja soovil optimeerida palliatiivset ravi/hooldust/toetust uuringute tulemustega.	puuduvad	Uuringus ei olnud võrdlust alternatiivsete teenustega.	juuni 2005 - veebruar 2006

<sup>7</sup> Märgitakse järgmiselt:

A – tugevalt tõenduspõhine (põhineb süstemaatilisel ülevaatel kõigist asjakohastest randomiseeritud kliinilistest uuringutest ja/või metaanalüüsil);

B – tõenduspõhine (põhineb vähemalt ühel korralikult disainitud randomiseeritud kliinilisel uuringul);

C – kaheldav või nõrgalt tõenduspõhine (juhul, kui pole A ega B, aga tõenduspõhisus on kirjeldatud kirjanduse põhjal);

D – muu, selgitada.

3.	Turner, J. M. & Payne, S. A.		179 statsionaarset hospiitsi hõlmati uuringusse.	Uuring viidi läbi 5 minutilise telefoni uuringuna: 1) 7 küsimust hospiitsi kohta (täiskasvanutele, lastele, asukoht, juhtimine jne.); 2) 11 küsimust läbiviidavate uuringute ja uuringutes osavõtu kohta. Saadud andmed analüüsiti ja tehti kokkuvõtted.	71% saadi vastuseid. Hinnati hõivatust uuringutesse: 59,3% uuringus osalenud hospiitsidest olid hõivatud uuringutesse; 71,2% osalesid teiste organisatsioonide poolt läbiviidavate uuringutes. 38,1% tegid uuringualaselt koostööd teiste hospiitsidega. 68,6% osalesid uuringutes, mida viisid läbi ülikoolid. 24,6% olid viimase aasta jooksul algatanud uuringu.	Kokkuvõte annab mitmeid väärtuslikke soovitusi hospiitsidele. Vajalik on läbi viia uusi uuringuid ja koostada andmebaas.	Uuringus ei olnud võrdlust alternatiivsete teenustega.	juuli 2009
4.	Seamark, D. A., Williams, S., Hall, M., Lawrence, C. J. & Gilbert, J.		Uuriti 176 juhtu, mil haige suri aktiivrihaiglas ja 116 juhtu, mil patsient suri hospiitsis.	Uuriti terminaalsete haigete, hospitaliseerimist aktiivrihaiglatesse kuratiivseks raviks, ja uuringuteks ja hospiitsidesse. Uuriti valu- ja muu sümptomkontrolli vajaduse täitmist hospiitsides ja aktiivrihaiglates.	Terminaalsete seisundi korral aktiivrihaiglates osutamine ei ole adekvaatne ressursi kasutamine. Sel juhul on parim hospiits.	puuduvad	Alternatiiviks hospiitsile oli aktiivrihaiglas.	1998

**1. Uuring:** Martin-Moreno, J.M. jt (2008) uuring „*Palliative care in the European Union*“ näitab kuivõrd paljudes Euroopa maades on mõistetud hospiitsi eeliseid terminaalravis/hoolduses. Uuring annab ülevaate palliatiivse ravi/hoolduse/toetuse = *palliative care* (kahjuks ei ole eesti keeles sellele terminile sisulist head vastet) arengust Euroopa Liidus ja on tellitud Euroopa Parlamendi poolt aastail 2007-2008. Uuriti 27 liikmesmaa hospiitside ja palliatiivse ravi hetkeolukorda ja arengut viimase 5 aasta jooksul. Terminaalstaadiumis patsiendile on hospiits parim, kuna palliatiivne ravi erineb aktiivravist eesmärgi poolest, milleks ei ole tervendamine ja rehabilitatsioon, vaid on patsiendi kannatuste vähendamine ja prima võimaliku elukvaliteedi tagamine. Uuriti kõikide liikmesmaade vastavust *palliative care* kriteeriumitele. *Palliative care* osutamise vormid: statsionaar ehk hospiits ja teised statsionaarid, päeva teenus ja koduhospits. Samuti hinnati opioidide kättesaadavust, inimressurse ja nende ettevalmistust teenuste osutamisel ja teenuste kvaliteedi tagamisel ning läbiviidud uuringuid. Samuti seadusandlust ja finantseerimise mehhanisme. (2)

**2. Uuring:** Terry, W. jt (2006) Newcastel'i ülikooli poolt läbiviidud uuring „*Hospice patients' views on research in palliative care*“ - hospiitsi patsientide arvamusest palliatiivses ravis/hoolduses läbiviidavate uuringute kohta. (3)

**3. Uuring:** Turner, M. & Payne, S. (2009) „*Mapping research activity in hospices in the United Kingdom*“ Lancaster'i ülikooli poolt läbiviidud uuring kaardistab Ühendkuningriikide hospiitside osalemist erinevates uurimistöodes. (4)

**4. Uuring:** Seamark, D. A. jt (1998) uuring „*Palliative terminal cancer care in community hospitals and a hospice: a comparative study*“. Uuringus osalesid aktiivrihaiglad ja hospiitsid. Uuriti 176 juhtu, mil haige suri aktiivrihaiglas ja 116 juhtu, mil patsient suri hospiitsis. Diagnooside osas ei olnud märkimisväärseid erinevusi. Artiklist nähtub, et kuigi tegemist oli terminaalsete haigete, hospitaliseeriti aktiivrihaiglatesse kuratiivseks raviks 4,1% surijatest, hospiitsidest vastavalt 0%. Uuringuteks hospitaliseeriti aktiivrivisse 4,7% surijatest, hospiitsis vastavalt 0,9%. Valu- ja muu sümptomkontrolli vajadusel hospitaliseeritute % oli hospiitsides 2 korda suurem. Samas oli hospitaliseerimisel aktiivrihaiglatesse vajadus terminaalsete pöetuse

osas 2 korda suurem kui hospiitsides ja seda vaatamata faktile, et aktiivravihaiglates vastav teenus puudus. Kuna terminaalses seisundis patsiendid ei vaja enam kuratiivset ravi ja uuringuid, vaid valu ja muude sümptomite kontrolli ning terminaalpõetust, siis ei ole terminaalse seisundi korral aktiivravi osutamine adekvaatne ressursi kasutamine. Sellistel juhtudel tagab hospiits optimaalse ressursikasutuse ja patsiendile parima võimaliku elukvaliteedi. (5)

**5. Uuring:** Seamark, D. A. jt (1998) uuring „*Dying from cancer in community hospitals or a hospice: closest lay carer's perceptions*“ keskendub terminaalses seisundis olevate patsientide lähedastele ja nende elukvaliteedile. Uuring viidi läbi samas grupis, millest oli juttu eelnevas artiklis. Selgub, et lähedased oli väga rahul teenusega, mida pakkusid hospiitsid ja vähem rahul teenusega, mida pakkusid aktiivravihaiglad. Seda põhjusel, et aktiivravihaiglate personalil puudus palliatiivse ravi ja toetuse osutamiseks vajalik ettevalmistus haigussümptomite kontrolliks, patsientide ja nende pereliikmetega suhtlemiseks ning leinatöökäiguse terminaalfaasis. Hospiitsi töö lähtumine hospiitsifilosoofiast tagab teenuse kvaliteedi nii patsientidele kui ka nende pereliikmetele ja lähedastele. (6)

**6. Uuring:** Miller, S. C. jt (2003) uuringus „*Hospice Enrollment and Pain Assessment in Nursing Homes*“ tuuakse välja uuringu tulemused hooldekodudes. Surijatel hooldekodudes, võrreldes hospiitsidega, on valu aladiagnoositud, alamõõdetud ja alaravitud. Kui inimene on valudes, ei saa rääkida heast elukvaliteedist. (7)

**7. Uuring:** Wilkinson, E. K. & Salisbury, C. (1997) uuringus „*Patient and carer preference for, and satisfaction with, specialist models of palliative care: a systematic literature review*“ antakse ülevaate mitmetest uuringutest Inglismaal, kus on võrreldud teenuse kvaliteeti St. Christopheri hospiitsi ja tavaosakondade vahel. Tulemustest selgub, et hospiitsis suudeti paremini lahendada inimeste psühholoogilisi probleeme. Üks uuring näitas, et lähedastel esineb vähem ärevust ning patsientidel esineb vähem valu. Põetuse kvaliteedi suhtes leidsid patsientide lähedased, et tavaosakonnas ei toimi kommunikatsioon nii hästi kui hospiitsis ning toetus leinas (leinatöö) pole nii hea kui hospiitsis. Hospiitsi personalil on rohkem aega ning suhtumine patsientidesse ja nende lähedastesse on soojem ja heatahtlikum. (8)

**8. Uuring:** Fielda, D. jt. (2007) uuringus „*Some issues in the provision of adult bereavement support by UK hospices*“ öeldakse, et hospiitsid on surijapõetuse teadmiste osas lipulaevaks ja surijapõetuse osutamise osas eeskujuks. Seda sümptomkontrolli osas, sensitiivse ja efektiivse suhtlemise osas patsientide ja nende lähedastega. Samuti rõhutatakse tõsiasja, et kuigi Inglismaa hospiitsid on eksperdid leinatöö osas, on nad ebaõnnestunud oma teadmiste jagamisel ning seda ressursi võib pidada alakasutatuks. (9)

Uuringute tulemused näitavad, et hospiits on surijate jaoks näidustatud kui teenus, mis võimaldab leevendada ka ägedaid sümptomeid ja tagab elu viimastel päevadel parima võimaliku elukvaliteedi. Teisalt viitavad uuringute tulemused sellele, et hospiitsteenuse võimaldab hoida kokku aktiivravi ressursse, ennetades vajadust aktiivravi (s.h. intensiivravi) sekkumiseks surija ägedate haigussümptomite leevendamisel.

### **3.3. Teenuse sisaldumine punktis 3.1 esitatud näidustustel Euroopa riikides aktsepteeritud ravijuhistes**

Otsingu tulemusel leiti arvukalt viiteid hospiitsteenuse standardite kohta, millest taotluses kajastatakse nii Euroopa osa kui ka väljaspool seda. Inglismaal on välja töötatud „*Gold Standards Framework*“ (10), mis on aluseks tööle inimestega nende elu lõpus ja mis ütleb, et elada tuleb kuni surmani hästi. Hospiitsteenust võib osutada statsionaaris, päevakeskuses või kodus (koduhospiits) (11) eeldusel, et teenuse osutajad lähtuvad oma töös hospiitsifilosoofiast, mille aluseks on suhtumine surma kui loomulikku etappi elu lõpus. Terminaalses seisundis haigete vajaduste rahuldamiseks on oluline toimiv meeskonnatöö. Et mõista ja olla võimeline adekvaatselt sekkuma inimese füüsilistesse, psühhosotsiaalsetesse ja vaimsetesse (spirituaalsetesse) kannatustesse, on vaja palju oskusi. Ka parima tahtmise juures ei saa ükski professionaal seda üksi teha. Üksnes interdistsiplinaarse meeskonna koostöös on võimalik saavutada terminaalses seisundis patsiendile parim võimalik elukvaliteet. (12)

Puchalski, C. & Ferrell, B. ütlevad spetsiaalses raportis „*Improving the Quality of Spiritual Care as a Dimension of Palliative Care: The Report of the Consensus Conference*“, et spirituaalne komponent on terviklikus hoolduses väga oluline ja peab olema iga hospiitsi osa. (13)

Mitte vähem tähtis ei ole sotsiaaltöötajate töö. Oma raamatus „*Social Work in End-of Life and Palliative Care*“ annavad Reith, M. & Payne, M. ülevaate sotsiaaltöötaja tööst hospiitsis. (14)

Paljudes maades on hospiitsliikumine koondunud organisatsioonidesse, mis on välja töötanud ka hospiitside

tööks vajalikud riiklikul tasandil aktsepteeritud õigusaktid, regulatsioonid ja standardid (15, 16). Neis on välja toodud regulatsioonid, normid ja standardid palliatiivse ravi/hoolduse/toetuse kohta üle kogu maailma. Taotlus kontsentreerub põhiliselt Euroopa standarditele: Poola, Norra, Itaalia, Ungari, Rumeenia, Soti, Wales Hispaania, Inglismaa, Šveitsi kohta. Ka Ameerika, Kanada, Austraalia ja Jaapani palliatiivse hoolduse/ravi standarditele.

Nii reguleerivad Ühendkuningriikides hospiitside tööd organisatsiooni *Help the Hospices* poolt välja töötatud „*Quality and Standards*” (17), *the National Council for Palliative Care (NCPC)* on katusorganisatsioon kõigile palliatiivse ravi ja hospiitteenuse pakkujatele Inglismaal, Walesis ja Põhja-Iirimaal. Hospiitside tööd Šotimaal reguleerib „*National Care Standards - Hospice Care*“, mis on Šotimaa rahvuslik hospiitsstandard (18). Katusorganisatsiooniks on *The Scottish Partnership for Palliative Care*. Iirimaal on *Irish Hospice Foundation* poolt välja töötatud „*The Standards for Bereavement Care*”, (19) *Bundesarbeitsgemeinschaft Hospize e.V* (20) reguleerib hospiitside tööd Saksamaal. Hospiitside tööd Norras reguleerivad Norra palliatiivse ravi standardid – „*Standard for Palliative Care*“ (21), mis on koostatud Norra Palliatiivse Ravi Assotsiatsiooni poolt. Rootsis on *Swedish Association for Palliative Care* (22). Hispaanias *Sociedad Española de Cuidados Paliativos* poolt välja töötatud standardid (23). Šveitsis on vastavad standardid (24) välja töötatud *Swiss Society for Palliative Care* poolt. Rumeenias on *Asociata Nationala de Ingrijire Palliative* välja töötanud rahvuslikud palliatiivse ravi ja hoolduse standardid (25). Hollandi standardid (26) on välja töötanud *National Information Center for Palliative Care*, Ungaris on *Hungarian Hospice and Palliative Associatio* välja töötanud „*Hungarian Hospice Standards*” (27). Vastavad standardid (28) on Itaalias välja töötatud *Federazione Cure Palliative (FEDCP)* poolt. Austrias on *Hospiz Österreichi* poolt välja töötatud standardid (29). Poolas on Poola Palliatiivravi Assotsiatsiooni poolt välja töötatud standardid (30) ja Walesis Vähiteenuste koordineerimise grupi poolt on koostatud standardid (31). Moldaavias on standardid välja töötanud Tervishoiu Ministeeriumi poolt (32). Vastavad standardid väljaspool Euroopat on välja töötatud Jaapanis *Hospice Palliative Care Japan* poolt ja Kanadas on *Canadian Hospice Palliative Care Association* välja töötanud „*The gold standards of the CHPCA*”, (33) ja see tähendab ideaalset hoolduse taset, mida väärivad kõik hospiitteenust saavad patsiendid ja nende pered. Austraalias on *Palliative Care Australia* poolt 1994. aastal välja töötatud „*Standards for Providing Quality Palliative Care for all Australians*“ (34) ja Uus-Meremaal on 1998. aastal *Hospice New Zealandi* poolt välja töötatud „*Standards for the provision of hospice palliative care*“ (35). Ameerikas on *National Consensus Project for Quality Palliative Care ja National Hospice and Palliative Care Organization* poolt välja töötatud „*The Standards of Practice for Hospice Programs*”(36) ning Lõuna-Aafrikas on *Hospice and Palliative Care Association of South Africa* välja töötanud oma standardid (37). Singapuris on vastavad standardid välja töötanud *Singapore Hospice Council* (38) ja Taiwanis *Hospice Foundation of Taiwan* (39).

Erinevad standardid reguleerivad vastavas riigis hospiitteenusele saamise korda, teenuse sisu ja kestvust, juhtimist, ressursse, dokumenteerimise korda, väljaõpet jne. Hospiits ning palliatiivne ravi ja hooldus rajanevad samal filosoofilisel alusel. Nii võivad erinevates riikides väljatöötatud standardid olla aluseks nii hospiitside tööle kui ka palliatiivse ravi, hoolduse ja toetuse osutamisele. Sageli tekib segadus terminite hospiits ja palliatiivne ravi/hooldus/toetus (*hospice vs. palliative care*) vahel. Palliatiivset ravi ja hooldust võib osutada hospiitsis osana hospiitsi teenusest, kuid hospiitteenus on siiski mõeldud spetsiaalselt elu lõppfaasis osutatava teenusena (12).

#### **3.4. Teenuse osutamise kogemus maailmapraktikas ja Eestis punktis 3.1 esitatud näidustuste lõikes**

Hospiits kontseptsioonina on väga vana, ulatudes tagasi keskaega, mil hospiitsideks nimetati palveränduritele ja teistele teelolijatele loodud puhkepaiku. 19. sajandi lõpust alates on hospiitsid kujunenud surijate viimase hoolduse kohtadeks ja seda esmalt Iirimaal, siis Inglismaal. 40 aastat tagasi, 1967. a., alustas Londoni lõunaosas tööd esimene kaasaegne, Dr. Cicely Saundersi (1918-2005) poolt loodud *St. Christophers' Hospice*. Täna on pioneerina alustanud *St. Christophers' hospice*st välja kasvanud ülemaailmne hospiitsliikumine, muutes üldsuse suhtumist surma ja suremisse. *St. Christophers' ja teiste Ühendkuningriikide hospiitside kohta saab informatsiooni interneti leheküljelt „Help the Hospices“.* (40) Ameerika hospiitsliikumine sai alguse esimese, *Connecticut Hospice* avamisega 1974. a. (41)

Vaatamata viimaste aastakümnete teaduslikele saavutustele vähiravis, ei ole vähijuhtumite hulk tänapäeval siiski oluliselt vähenenud: nende suremusnäitajad on lääneriikides jäänud suhteliselt püsivaks või on vaid

vähe alanenud. Viimase 40 aasta jooksul on paljudes maades hosiipitsi- ja palliatiivse ravi/hoolduse/toetuse teenused kasvanud kiiremini kui teised tervishoiuteenused. (42)

2005. a. andmete kohaselt oli maailmas 7 350 hosiipitsi ja palliatiivse ravi üksust, mis paiknesid 100 erinevas riigis, Euroopas vastavalt 3 000 40-s riigis. Statsionaarse teenuse pakkujaid oli Inglismaal 2004. a. andmetel 216, Prantsusmaal oli 91 statsionaarset palliatiivse ravi üksust, Hispaanias oli 206 palliatiivse ravi tiimi, Austrias oli 8 hosiipits/palliatiivravi statsionaarset üksust kokku 90 voodikohaga. Poolas oli 110 statsionaarset hosiipitsi- ja palliatiivse ravi üksust, Saksamaal avati 2001. a. 85 väikest 8-12 voodikohaga statsionaarset hosiipitsi.

Võib eristada kahte mudelit, mis on lähtekohaks erinevate hosiipitside tööle: Inglise ja Ameerika mudelid. Euroopa riikides on valdavalt järgitud Inglismaa mudelit. Kuigi Ameerika ja Inglismaa mudelid on mõningal määral erinevad, on mõlema töö lähtekohaks hosiipitsifilosoofia. Ameerikas esindavad hosiipits ja palliatiivne ravi/hooldus/toetus (*palliative care*) ühise filosoofiaga hoolduse kahte erinevat aspekti, hosiipitsteenuse on ajaliselt limiteeritud 6 viimase elukuuga (43) ja vajalik on kahe arsti kinnitus, et tingituna haigusest, on elu prognoos lühem kui 6 kuud juhul, kui haigus kulgeb tavapäraselt. Juhul, kui patsient elab kauem kui 6 kuud, siis hosiipitsteenuse osutamist siiski ei lõpetata enne selle vajaduse lõppemist. Sellise ajalise piirangu tingib teenuse finantseerimine. Palliatiivset ravi/hooldust/toetust aga võib osutada haiguse igas etapis ilma piiranguteta kõikidele patsientidele, olenemata nende diagnoosist ja eeldatavast prognoosist. Seevastu Inglismaa mudeli kohaselt on hosiipits *palliative care* üks eriala ja ei toimu hosiipitsi ja *palliative care* diferentseerimist. Ajalisi piiranguid Inglismaa mudelil ei ole (43). Kõikides hosiipitsides, ükskõik kumma mudeli alusel nad töötavad, osutatakse teenuseid, mille hulgas on valukontroll ja sümptomite leevendamine, õendushooldus, nõustamine, psühholoogiline tugi, psühhosotsiaalne toetus, spirituaalne tugi, füsioteraapia, toetavad teraapiad, leinatöö. Hosiipitsi töötajad ja vabatahtlikud abistajad töötavad interdistsiplinaarse meeskonnana, osutades igale patsiendile tema individuaalsetest vajadustest lähtuvat teenust. Selline lähenemine on iseloomulik kõikidele hosiipitsidele. Meeskonna kõige kesksemaks ja olulisemaks liikmeks on patsient koos oma pereliikmete ja lähedastega.

Hosiipitsteenuse ei ole näidustatud mitte ainult terminaalstaadiumis vähihaigetele, vaid ka teisi haigusi (südamehaigused, kopsuhaigused, maksa- ja neeruhaigused, HIV, insult, dementsus, kooma ja ALS) põdevatele terminaalstaadiumis haigetele. Ameerikas on NHO (*National Hospice Organisation*) poolt on välja töötatud juhendid, mille abil mitteonkoloogiliste haigete prognoosi määrata. Otsus hosiipitsteenuse sobivuse kohta mitteonkoloogiliste patsientide jaoks põhineb raviarsti kliinilisel dokumenteeritud hinnangul. Siiski on vähihaigetele hosiipitsteenuse kergemini kättesaadav.

Inglismaa mudelil ajalisi piiranguid, nagu eespool toodud, ei ole. Kuid on välja töötatud *Gold Standards Framework* identifitseerimaks patsiente, kelle puhul saab ravi jätkuda üksnes palliatiivsena. *Gold Standards Framework* jagab kolme rühma patsiendid, kelle puhul tõuseb esiplaanile palliatiivse ravi vajadus, kui nende elu haigusest tulenevalt läheneb lõpule: 1) Onkoloogilised patsiendid; 2) Organpuudulikkusega haiged - a) Südamehaigused, b) Kroonilised obstruktiivsed kopsuhaigused, c) Neeruhaigused, d) Neuroloogilised haigused (Motoneuronite haigused, Parkinsoni tõbi, Sclerosis multiplex); 3) Dementsusega ja elujõuetusega patsiendid ning ajuinfarktiga patsiendid. Kõikide alajaotuste juurde on ära toodud indikaatorid, mis viitavad lähenevale elu lõpule. Rõhutatakse ka seda, et need on ainult indikaatorid, millele peab andma kliinilise hinnangu igal juhtumil eraldi, seega on tegemist arstiteadusliku otsusega. Samas tuleb arvestada, et paljudel juhtudel on väga raske - kui mitte võimatu - elu lõppu taoliselt prognoosida.

Indikaatorid leiab: [\*The Gold Standards Framework: Care Homes\*](#) Nimetatud dokument ei püüa vastata küsimusele: „Kui kaua on patsiendil elada jäänud?“, vaid pigem püüab vastata küsimusele: „Mida on võimalik teha?“. Dokumendis öeldakse: „Looda parimat, kuid valmistu halvimaks...“. Kuna Euroopa riikides on valdavalt järgitud Inglise mudelit, siis oleks ka Eestis mõttekas järgida just Inglise mudelit.

WHO identifitseerib kolm olulist parameetrit adekvaatse palliatiivse ravi/hosiipitsteenuse osutamiseks: (44)

1. Riikliku poliitika arendamine: palliatiivne ravi/toetus/ hooldus ja hosiipitsteenuse ei ole tunnustatud paljude riikide poliitikas.
2. Tervishoiutöötajate koolitus ja avalikkuse teadlikkuse tõstmine: aru saamine, mis on palliatiivne ravi/toetus/hooldus, on oluline nii poliitika kujundajatele, tervishoiu professionaalidele kui ühiskonna

teistele liikmetele.

3. Valu kontroll: valu on oluline sümptom mitte ainult vähi, vaid ka HIV ja teiste krooniliste haiguste puhul. Valu kontrolli tõhustamine eeldab vastavate regulatsioonide sihipärasest väljatöötamist.

„UK Forum for Hospice and Palliative Care Worldwide“ toob välja barjäärid palliatiivse ravi/hoolduse/toetuse ja hosiitteenuste võrgu väljakujundamisel: (45)

1. morfiini ja teiste vastavate ravimite halb kättesaadavus;
2. ebapiisav rahva teadlikkus ja vähene professionaalne väljaõpe;
3. riigipoliitilise seisukoha puudumine terminaalhoolduse või vähivalu leevendamise osas;
4. teenuste arendamiseks ja töötajate koolitamiseks vajalike finantsressursside vähesus;
5. eelarvamused valuraviks kasutatavate opioidide ja sõltuvusprobleemide põhjuslikest seostest;
6. eelarvamuslikud ja vältivad hoiakud.

Ülaltoodut peab arvestama hosiitteenuse arendamisel Eestis.

Eesti Vähistrateegias 2007-2015 on öeldud: ”Onkoloogiliste haigete palliatiivne- ja hooldusravi on siiani Eesti meditsiini valupunktiks nii puuduva personali kui ressursside ja vahendite vähesuse tõttu. Võttes kokku antud alapunkti, on oluline luua toimiv, kvaliteetne palliatiivse- ja hooldusravi teenuste võrgustik, mis oleks kättesaadav kõigile abivajajatele, tagamaks vähihaigetele võimaliku parima elukvaliteedi, aga ka terminaalstaadiumis vähihaigete raviperspektiivi puudumisel nende inimväärse elust lahkumise“. (46) Täna on kvaliteetse palliatiivse- ja hooldusravi teenuste võrgustiku loodud, oluline on olemasolevat võrgustikku arendada ja täiendada. Et kujundada teenuste head praktikad, tuleb teha senise praktika ja teenuste vajaduse uurimuste tulemustel põhinevaid otsuseid. Hosiitteenuste, samuti elu lõpu vajaduste ja kvaliteedi uuringud vajavad Eestis alles käivitamist. Sotsiaalministeeriumi poolt 2008. a. koostatud kontseptsioonis „Hooldus- ja õiendusabi teenuste osutamine integreeritult“ on sisse toodud ka hosiitteenus. Haigekassa poolt tellitud “Hooldusravi juhendi” lisas 1 kirjeldatakse hosiitsi teenust.

Eestis saab osa tegelikult hosiitteenust vajavatest haigetest abi SA Vähihaigete Koduse Toetusravi poolt, mida rahastab Eesti Haigekassa vastava hinna alusel. Osa patsientidest on õendusabi kohtadel, kus rahastamine on vastavalt õendusabi teenuste hinnale ja osa patsiente on aktiivravi vooditel, mida haigekassa rahastab vastava osakonna voodipäeva hinna kohaselt.

Eestis töötab 3 hosiitsi. Esimene hosiits avati 2002. a. EELK Tallinna Diakooniahaiglas koostöös Norra partneritega, kellelt saadi nii teoreetiline kui ka praktiline väljaõpe. Diakooniahaigla hosiitsis on 12 voodikohta.

2007. a. alustas tööd Tartu Ülikooli Kliinikumi 7 voodikohaga hosiits. Kui Diakooniahaigla hosiits on lähtunud Norra kogemusest, siis Kliinikumi hosiits alustas koostöös Hollandi spetsialistidega. Alates 2009. a. veebruari lõpust alustas tegevust Ida-Tallinna Keskhaigla Hooldusravikliiniku hosiits (10 kohta). Kõikidel juhtudel on lähtunud Euroopas kasutusel olevast Inglismaa mudelist.

Hosiitsosakondade avamisest on huvitatud ka Narva ja Viljandi haiglad. Tallinna Diakooniahaigla hosiits on töötanud 11 aastat, rõhuv enamus patsientidest on olnud onkoloogilised haiged. Keskmine hosiitsis viibimise aeg on 20 päeva. Rahastatud on neid voodikohti hooldusravi hinnakirja alusel.

Rahvusvahelise hosiitspäeva tähistamiseks ja hosiitsfilosoofia propageerimiseks organiseeris Tallinna Diakooniahaigla 2006. a. oktoobris Eesti Esimese ja 2008. a. oktoobris Teise Hosiitsikonverentsi, kus olid kaasatud ka haigla välispartnerid ning rahvusvaheliselt tunnustatud teoreetikud ja praktikud. Kolmas Hosiitskonverents (2010. a.) viidi läbi juba kolme hosiitsi koostöös ning Eesti Neljas Hosiitskonverents (2012. a.) MTÜ Palliumi poolt.

2010. aasta kevadel sai samuti alguse koostöö Eestis töötavate hosiitside ning palliatiivse ravi ja toetuse ning hosiitteenuse arendamisest huvitatud tervishoiuasutuste vahel. Viiel ümarlauakoosolekul ning TAI toetusel Eesti Vähistrateegia projekti raames koostatud dokumentide tööprotsessis kujunes asjaosalistel selge visioon: Eesti hosiitsi ja palliatiivse ravi ning toetuse kontseptsiooni väljatöötamiseks ja valdkonna arendamiseks on vajalik vastavate spetsialistide ning valdkonna arendusest huvitatud inimeste ja asutuste organisatsiooni ellukutsumine.

17. detsembril 2010. a. loodi MTÜ Pallium arendamiseks palliatiivse ravi teenust ja hosiitteenust Eestis ([www.pallium.ee](http://www.pallium.ee)). Toimunud on teabepäevad: Tartus toimus I teabepäev 29.04.2011: „Väärrika suremise



kunst“ ning Tallinnas II teabepäev 07.10.2011: „Raske haigusega elamise kunst“ – teabepäevadel keskenduti protsessile, lahenduste leidmisele, vajadusele alustada inimesega tegelemist raskest haigusest teada saamise hetkest. MTÜ Palliumi III teabepäev: „Palliatiivne ravi – mis ja miks?“ toimus 20.04.2012, Tartus ja IV teabepäev viidi läbi 7.02.2013. a. Pärnus, mille teemaks oli: „Tulevikujuhised – kas ja kuidas?“. MTÜ Pallium V teabepäev koostöös PERHiga toimus 26.09.2013: „Patsiendi vajaduste hindamine palliatiivses ravis - miks ja kuidas?/ Eutanaasia“.

Taotletavat teenust ei ole hosiipitsvoodipäeva nimetuse all tervishoiuteenuste nimekirjas ja seega pole teda sellisel kujul rahastatud, küll aga on surijatele teenust osutatud hooldusravi, vähihaigete koduse toetusravi ja erinevate aktiivravi (sise-, kirurgia-, intensiivravi jne) osakondade töö raames ja seda on rahastatud vastavate hinnakirjade alusel. Kuigi kõikides nendes osakondades ei saa patsiendid hosiipitsfilosoofiale tuginevat hosiipitteenust, mida nad päriselt vajavad.

### 3.5. Meditsiinilise tõenduspõhisuse võrdlus Eestis ja rahvusvaheliselt kasutatavate alternatiivsete tervishoiuteenuste, ravimite jm

#### Tervishoiuteenused:

Teenuse nimetus	Lühikirjeldus	Meeskond	Voodipäevade maksimaalne arv	Voodipäeva piirhind 1 ööpäev
Taastusravi	Suunatud häirunud funktsioonide taastamisele, säilitamisele või puudega kohanemisele.	Taastusraviarst, füsioterapeut, tegevusterapeut, psühholoog, logopeed, taastusraviõde, üldõde.	Sõltub diagnoosist, 14- 24 p	Kood 8030 50,14EUR Funktsioone toetava taastusravi osutamisel 80% maksab HK
Hooldusravi	Suunatud püsiva tervisekahjustuse ja väljakujunenud funktsionaalsete häiretega haigetele, kellel puudub perspektiiv tervenemiseks ning toimetulekuvõime oluliseks paranemiseks.	Arst-konsultant, õde, hooldaja, sotsiaaltöötaja.	60 p	Kood 2053 45,78 EUR 85% maksab HK
Järe ravi	Peale aktiivravist üleviimist/ Diagnoosipõhiste kompleksteenustena.	Arst, üldõde, hooldaja.	60 p	Kood 2047 50,13 EUR

**Eesti Hooldusravi Arengukava 2004 – 2015** järgi on hooldusravivõrgu ülesandeks on pakkuda abi nendele patsientidele, kes ei vaja enam/veel aktiivravi, kuid vajavad regulaarset õendusabi ja ööpäevaringset jälgimist. Üheks oluliseks õendusabi osutamise eesmärgiks on krooniliste haiguste ägenemiste ja tüsistuste ennetamine ning seega aktiivravi osutamise vajaduse vähendamine.

Põhilise osa õendusabi patsientidest moodustavad eakad ja kroonilised haiged. Ambulatoorset õendusabi on hetkel loetelus 2 liiki: koduõendus teenus ja geriaatriline hindamine ning olemas on statsionaarne õendusabi. Omaosalus statsionaarses õendusabis on 15%. Funktsioone toetava taastusravi osutamisel tasub haigekassa 80% voodipäeva maksumusest. Järe ravi toetab aktiivravi, aitab omalt poolt kaasa organismi paranemisele, tugevdab immuunsüsteemi, hoiab ära haiguse taaspuhkemise ja tüsistused, tagab haiguse korraliku väljapõdemise ja/või neutraliseerib aktiivravi käigus tekkida võivaid ravimite kõrvalmõjusid.

#### Sotsiaalteenused:

Sotsiaalnõustamine		Teenuse osutaja
Rehabilitatsiooniteenus	Rehabilitatsiooniteenus on isiku iseseisva toimetuleku, sotsiaalse integratsiooni ja töötamise või tööle asumise soodustamiseks osutatav teenus.	Kohalik omavalitsus
Igapäeaelu toetamise teenus	Eesmärgiks on isiku parim võimalik iseseisev toimetulek ja areng psühhosotsiaalse toimetuleku toetamise, igapäeaelu toimetulekuoskuste ja tööoskuste kujundamise ning isiku lähedaste ja isikuga koos elavate isikute	Kohalik omavalitsus

Lisaks hooldekodu- ja hoolekandeteenused, mis kuuluvad samuti sotsiaalhoolekandeteenuste alla.

### Palliatiivravi tulevikus:

Teenuse nimetus	Lühikirjeldus	Meeskond	Kestus	Voodipäeva hind
Palliatiivravi/hospiitsravi	Valuravi ja sümptomite kontroll, psühhosotsiaalne toetus, hingehoid, igapäevaelu praktilised vajadused, mis peavad olema süstemaatilised ja olema suunatud patsiendi ning tema pere individuaalsetele vajadustele.	<b>Põhimeeskond: arst, õde, hooldustöötaja, hingehoidja, tegevusterapeut, sotsiaaltöötaja.</b> Vastavalt vajadusele meeskonna laiendamine: kaplan, psühholoog, toitumisspetsialist, logopeed, füsioterapeut, juhtumikorraldaja, vastava väljaõppe läbinud vabatahtlikud.	Limiteerimata - diagnoosist kuni surmajärgse perioodini.	Teenuste hind kujuneb vastavalt HK hinnakirjale

Palliatiivne eriarstiabi „Eesti Riikliku Vähistrateegia aastateks 2007-2015“ järgi jaguneb oma iseloomult kaheks:

1. Onkospetsiifiline palliatiivne ravi, mis on suunatud haigetele, kellel ei ole võimalik läbi viia radikaalset vähivastast ravi. Teostatav kirurgiline-, keemia- ja/või kiiritusravi on palliatiivse iseloomuga ehk vaevusi leevendav.
2. Mitte-onkospetsiifiline palliatiivne ravi on vähist ja/või vähiravist tingitud erinevate vaevuste (valu, nõrkus, jõuetus, iiveldus, õhupuudus jne.) leevendamine diagnoosimisest kuni tervistumiseni või surmani. Vajadusel ka vähkkasvajast tervistumise järgselt vähiravist tingitud vaevuste leevendamine.

### Võimalused palliatiivravi arendamiseks:

1. Palliatiivraviteenust saab integreerida erinevatesse tervishoiu- ja sotsiaalhoolekandeteenustesse, arvestades kohalikke olusid ja võimalusi.
2. Siiski tuleks silmas pidada, et maksimaalse kasu saavutamiseks peab teenus olema kättesaadav diagnoosi püstitamisest kuni surmani.
3. Juba varem on Eestis tehtud ettepanekuid integreeritud hoolduse käivitamiseks selles tähenduses, mis ühendaks endas nii tervishoiu- kui hoolekandeteenused.
4. Integreeritud hooldus saab efektiivselt toimida siis, kui täidetakse järgmisi tingimusi: (individualiseeritud ja vastab konkreetse isiku vajadustele, multidistsiplinaarsus, tagatakse ravi ja muude teenuste järjepidevus ning kasutatakse ühiseid infobaase).

Kuna palliatiivravi/hospiitsarvi patsientide vajadused on tavaliselt laiemad, kui ainult ravi- või hoolekandeteenused suudavad seda katta, siis on üks võimalus sisse seada palliatiivravi koordinaatorite ametikohad nii organisatsioonisiselt kui ka näiteks maakondlikul tasandil.

### Võimalused palliatiivravi/hospiitsarvi arendamiseks/osutamiseks Eesti tervishoiu mudelis:

Kliiniline mudel	Sihtgrupp	Vorm
Hospiits*	Patsientidele prognoosiga kuni 6 kuud.	Koduhospiits Hooldusraviosakondade ühe osana Statsionaarsed iseseisvad osakonnad
Palliatiivravi	Erinevate diagnoosigruppidega (elu ohustavate ja surmaga lõppevate haigustega) patsientide rühmadele.	Osutatakse peamiselt statsionaarsetes (aktiivravi) tingimustes haiguse eri faasides, võib toimuda meeskonnatöona või kasutatakse spetsiaalseid palliatiivravi voodikohti või päevaravi osakonda.
Päevaravi	Patsientidele, kes vajavad palliatiivset toetust mõnel päeval nädalas.	Tavaliselt avatud tööpäevadel. Tegeleb peamiselt psühhosotsiaalse toetuse, õendusabi teenuste ja teiste individuaalseid vajadusi järgivate teenuste pakkumisega.
Ambulatoorsed teenused	Järjepidevuse ja kiire kättesaadavuse tagamine, kombineeritud kuratiivse raviga, jooksev sümptomite	Võivad tegutseda eraldiseisvate või suuremate keskuste osana, lai teenuste valik, telefoninõustamine, sh kemoterapia, radioterapia.

	kontroll, aktiivravist väljakirjutatute jätkuv nõustamine. Omab palliatiivse ravi süsteemis väga tähtsat rolli.	
<b>Koduhooldus</b>	Patsientidele, kes eelistavad kodus surra.	24 h pakutav õendusabi teenus, mis katab piirkondlikud vajadused.
<b>Maakondlikud palliatiivse ravi programmid</b>	Patsientidele, kes ei vaja veel hospiitsiteenust.	Konsultatiivsed meeskonnad, kes tegutsevad koostöös hospiitside vm keskustega (haiglatega).

\*Ainsana osutatakse hetkel hospiitsiteenust, kuid Eesti Haigekassa raviteenuste hinnakirjas seda sellisena veel ei ole.

2003. aastal asutatud European Association for Palliative Care (EAPC), koostöös organisatsioonidega (nagu The International Observatory on End of Life Care, Help the Hospices ja International Association for Hospice and Palliative Care) hindas WHO kriteeriumidele vastavat palliatiivse ravi arengut Euroopa regioonis. Uuringutesse olid kaasatud 52 maad. Erinevates riikides rakendatakse elu lõpu hoolduses ja ravis väga erinevaid mudeleid ja kokkuvõttes tõi EAPC raport välja, et Inglismaal, Saksamaal, Austrias, Poolas ja Itaalias on välja arendatud hästi toimiv ja laiaulatuslik hospiitside võrk. Mitmetes riikides kasutatakse mobiilsete koduse toetusravi meeskondade meetodit, kusjuures eraldi on toodud välja selle kogemuse esindajana Prantsusmaa, päevakeskuse teenust pakub väljapaistval tasemel Inglismaa. Palliatiivse ravi voodite arv miljoni elaniku kohta kõigub erinevates arenenud riikides 45-75 vahel, kui mõnes teises on vaid mõni palliatiivse ravi voodikoht miljoni elaniku kohta. Keskmiselt on miljoni elaniku kohta palliatiivse ravi teenuseid enim osutamas Lääne-Euroopas Inglismaa (15), Kesk- ja Ida-Euroopas Poola (9) ja Lõuna-Euroopas Armeenia (8). (49)

Konkreetseid andmeid hospiitsiteenuste finantseerimise kohta on kirjandusest jm. allikatest raske leida. Kätesaadavad artiklid puudutavad enamuses Ameerika finantseerimissüsteeme. Hospiitsi ja palliatiivse ravi/hoolduse/toetuse rahastamises on eri riikide vahel olulisi erinevusi, mis tulenevad ka erinevate riikide tervishoiuteenuste põhimõtteliselt erinevatest rahastamisviisidest, tulenevalt tervishoiupoliitilistest valikutest. Inglismaal ja paljudes teistes riikides on nii hospiitsiteenused kui ka palliatiivse ravi/hoolduse/toetuse teenused patsiendile ja tema lähedastele tasuta. Teenuseid finantseeritakse, kas riigi poolt või kohaliku tervishoiuteenuste osutajate ja heategevuslike annetajate, koostöös. Inglismaa hospiitsid on riigi poolt alafinantseeritud: oma eelarvest saavad hospiitsid riigilt keskmiselt vaid 28-33%. Enamik hospiitsidest töötavad heategevuse toel ja saavad põhisissetuleku annetustest. Patsientidele on hospiitsiteenus tasuta. Chris Shaw, kes on organisatsiooni Help the Hospices esivõitleja ütleb, et paljud hospiitsid sõltuvad põhiliselt kohaliku kogukonna annetustest, mis teevad nad tohutult sõltuvaks kohaliku ettevõtluse ja indiviidide heast tahtest. Seni saavad hospiitsid vaid 28% oma eelarvest riigilt, kuigi Help the Hospices peab õigeks, et see oleks vähemalt 50%. (50) Saksamaal katab olulise osa terminaalsete haigete hoolduskuludest German Statutory Health Insurance ja Disability Nursing Funds. Patsiendid maksavad osa terminaalhoolduse kuludest ja teenust osutav haigla maksab 10% kogukuludest, kusjuures haiglapoolsed vahendid tulevad annetustest. Soome hospiitsid töötavad kulupõhiselt väljatöötatud päevahinna järgi, kus kuludest ~85% on personalikulud. Jagades kogukulud voodite arvuga, arvutatakse voodipäeva hind, mis näiteks ühes Helsingi hospiitsis 2011. a. lõpus on 355 Eurot. Norras katab kõik hospiitside kulud avalik sektor. Personalikuludes arvestatakse kõikjal 1-1,5 voodit 1 hooldaja/õe kohta. (12)

USA kindlustusfirmade andmetel kulub 25% nende aastaeelarvest inimese elu viimasel aastal tehtud kulutusteks. Uuringute tulemused on erinevaid. Corp, R. uuringus osales 250 000 inimest, kes said hospiitsiteenust ja surid aastatel 1996 - 1999. Leiti, et hospiitsiteenust saavate patsientide kulud olid viimase eluaasta jooksul 4% suuremad kui neil patsientidel, kes said traditsioonilist meditsiiniteenust. Mitteonkoloogilise diagnoosiga patsientidele osutatud teenus oli 11% kallim kui samadele patsientidele osutatud traditsiooniline meditsiiniteenus. Leiti ka, et teenuse maksumus sõltus patsientide vanusest. Medicare poolt finantseeritavate hospiitsiteenuste (eelkõige koduhospiitsiteenuse) kulutused olid väiksemad nooremate onkoloogiliste patsientide puhul ja oluliselt suuremad nende onkoloogilistele patsientidele, kes olid vanemad kui 84 eluaastat. See järeldus oli vastupidine traditsioonilisele arvamusele, et hospiitsiteenuse osutamine on traditsioonilise meditsiini teenusest odavam. (51) Iisraelis läbiviidud vastav uuring näitas tendentsi, et vanematele inimestele osutatud koduhospiitsiteenus oli odavam kui sama teenus noorematele patsientidele. (52)

Ameerikas Duke Ülikoolis läbiviidud uuringu tulemused ilmusid 2007. a. ajakirjas "Social Science &

*Medicine*”. Nimetatud uuring näitas teistsugust tulemust: hosiitteenused on vähem kulukad ja terminaalseisundis haigetele parima kvaliteediga. Samuti näitas uuring, et kulutused on väiksemad, kui teenus on ajaliselt pikem. Uuringu kokkuvõttes öeldakse, et hosiits aitab inimestel väärikalt läbida oma elu viimast teekonda ja kindel teadmine, et hosiits on *Medicare*-le kulusäästlikum, on lisaväärtuseks. Hosiitteenuse osutamist kodus peeti odavamaks kui statsionaarset teenust, kuna ei kasutata kallist tehnoloogiat ja kodused hooldajad katavad ise suure osa hooldusvajadustest. Kuluefektiivseks peetakse ka patsiendi võimalikult varast palliatiivse ravi ja toetuse teenusega tutvustamist: seeläbi hoitakse kokku stressist, teadmatusest ja teenuse kättesaamatusest tulenevate akuutsete seisundite ärahoidmise arvel, samuti tunnevad patsiendid end piisavalt turvaliselt, et surra kodus. (53)

### 3.6. Teenuse seos kehtiva loeteluga, sh uue teenuse asendav ja täiendav mõju kehtivale loetelule

Eestis viibivad terminaalses seisundis haiged sageli kodudes, hooldekodudes, õendusabi osakondades ja aktiivravi osakondades, kus nad ei saa oma vajadustele vastavat adekvaatset hooldust/toetust ja ravi. Terminaalsete haigete vajaduste rahuldamiseks on vaja sobivat keskkonda, adekvaatset palliatiivset ravi ning hosiitsfilosoofia põhimõtetest lähtuva, vastava väljaõppe saanud interdistsiplinaarse meeskonna tööd. Parim võimalus selleks on hosiits.

Statsionaarse hosiitsi kohti napib kõikides seda teenust osutavates riikides. Alternatiiviks statsionaarsele hosiitteenusele on kodune hosiitteenus, mida maailmas laialdaselt kasutatakse, kuid Eestis see veel puudub. Samuti ei ole veel Eestis päevahosiitsi teenust. SA Vähihaigete Kodune Toetusravi pakub teenust, mis on koduhosiitteenusega võrreldes oluliselt väiksema mahuga ja ei oma interdistsiplinaarset mõõdet meditsiinierialadest väljaspool.

Alternatiivset teenust statsionaarsele hosiitsravile Eestis ei ole.

### 3.7. Teenuse seos erinevate erialade ja teenuse tüüpidega

Teenus ei asenda kehtiva loetelu teenuseid. Osaliselt asendab ta statsionaarse õendusabi teenust, kuna praegu tegutsevad hosiitsid saavad rahastuse statsionaarse õendusabi teenuse arvelt, mis siiski ei kata ära hosiitteenuse osutamise tegelikke kulusid. Uus teenus asendab olemasolevat ~25 – 35% ulatuses teenuse osutamise mahust.

**Hosiitteenuse erinevus õendusabi voodipäevast:** Haigetel õendusabis puudub perspektiiv tervenemiseks ning toimetulekuvõime oluliseks paranemiseks, on eesmärgiks krooniliste haiguste kompensatsioonihoidmine ja funktsionaalse võimekuse toetamine sedavõrd, et patsiendid saaksid taas kodus toime tulla ning oma eluga edasi minna. Põhiliselt on selles osakonnas tegevad õed ja hooldajad, arst on konsultandi rollis ja tema koormus ei ole suur. Oluline osa on haigete aktiveerimisel.

Hosiitteenust osutatakse hosiitsis, mis on iseseisev tervishoiuüksus või haigla koosseisus töötav osakond/palatid, mis osutab surijatele haigetele palliatiivset ja terminaalaravi/õendushooldust vastavalt hosiitsifilosoofia põhimõtetele institutsionaalse, päevase ja koduteenusena. Arsti roll meeskonna liikmena on sümptomaatilise ravi ordineerimisel ja sümptomite kontrollimisel oluline. Hosiitteenus vajab oluliselt rohkem personali. Suurem on õdede ja hooldajate koormus, samuti on oluliselt suurem arsti koormus, sest patsiendi seisundi muutused on kiired ja vajalik on sümptomikontroll ja abistavad protseduurid. Oluliselt rohkem kui hooldusravis vajavad hosiitsi patsientide lähedased toetust ja arusaamist, leinatööd vajavad nii patsient ise kui ka tema lähedased. Seega ei ole hosiitteenus mõeldav ilma vaimuliku või hingehoidjata, samuti pole see mõeldav sotsiaaltöötajata. Füsioterapeut on vajalik mitte niivõrd funktsioonide parandamiseks kui patsiendi vähenevate jõuvarude maksimeerimiseks: 1) füsioterapeut teostab asendravi, mis vähendab läbi funktsionaalsete asendite patsiendil pinge- ja valuaistinguid; väldib liigeskontraktuuride tekkimist; alandab lihaste hüpertoonust; hingamispuudulikkusega patsiendil kergeneb hingamine; 2) füsioterapeut teostab passiivseid liigesliikuvusharjutusi ja liigesmobilisatsioone, mis aitab ära hoida tursete teket. Tegevusterapeudi tööks on hinnata seda, milles patsient vajab abi ja mida ta veel saab teha ise, kuidas aidata suurendada patsiendi kontrolli oma elu üle. Töö surijatega on raske, mistõttu personali tuleb kaitsta läbipõlemise eest. Seega vajavad supervisiooni ja hingehoiuteenust. Töö personaliga on ka vaimuliku üheks

töölõiguks. Oluline on tõsiasi, et hosiits on koht elamiseks surijatele haigetele. Eesmärgiks nad ka regulaarset on mõista sureva inimese vajadusi, aidata surmani elada nii, et patsiendi olukord tervikuna oleks leevendatud ja et tal oleks parim võimalik elukvaliteet, et iga järelejäänud päev oleks väärtuslik. See on saavutatav üksnes interdistsiplinaarse meeskonna koostöös.

**Hospiitteenuse erinevus järelravi voodipäevast:** Järelravi on aktiivravi, mida osutatakse haigetele, kes on läbinud aktiivravi, kuid vajavad tervenemiseks veel statsionaarset ravi. Sisuliselt aktiivravi jätkamine väiksemas mahus. Järelravi etapil osutatakse vajadusel ka aktiivse taastusravi teenuseid. Hospiits ei ole aktiivravi, ka ei toimu siin enam patsiendi tervenemist.

**Hospiitteenuse erinevus tulevikus tulevast geriaatria voodipäevast:** Geriaatriaosakond on aktiivravi osakond, kus tegeletakse geriaatriliste probleemide süvadiagnostika ja raviga, rehabilitatsiooniga ning haiglaajärgse hoolduse planeerimisega. Hospiitsis ei tegelda enam diagnostikaga, aktiivse raviga ega rehabilitatsiooniga. Hospiitteenust osutatakse igas vanuses surijatele patsientidele.

#### 4. Teenusest saadav tulemus ja kõrvaltoimed

##### 4.1. Teenuse oodatavad ravitulemused ning nende võrdlus punktis 3.2 esitatud alternatiividega (ravi tulemuslikkuse lühi- ja pikaajaline prognoos)

**Lühiajalised tulemused:** 1) paraneb terminaalsete haigete elukvaliteet, 2) paraneb terminaalsete haigete lähedaste elukvaliteet, 3) hoolduse tõttu töölt eemalviibimiste aeg väheneb, 4) väheneb kordushospitaliseerimiste arv aktiivravihaiglatesse, EMO külastuste arv, 5) väheneb väljakutsete arv kiirabile, 6) vabanevad voodikohad teistes aktiivravi osakondades (siseosakond, kirurgiaosakond jne).

**Pikaajalised tulemused:** 1) tänu nõustamisele ja leinatööle suudavad lahkunud patsiendi lähedased kiiremini saavutada normaalse elu- ja tööritmi; 2) ühiskonnas kinnistub teadmine õigusest inimväärseks elu lõpuks ning muutub suhtumine surma ja suremisel.

Tallinna Diakooniahaiglas siirdus olemasolevates tingimustes 2010. a. vahepeal taas pikemaks või lühemaks ajaks tagasi koju 17% hospiitsi patsientidest, kuid adekvaatselt rahastatud teenuse osutamisel suureneb kindlasti taas kodus toimetulevate patsientide osakaal ning perekonnaliikmete suutlikkus haige hooldusega toime tulla, sest statsionaarse hospiitsravi teenuse osutamise käigus kujunevad kontaktid ja koostöö ka patsientidel oma pereliikmetega. Selle, edendamist vajava ja enesest suurt kokkuhoiuressurssi kujutava koostöö käigus tõuseb ka pereliikmete teadlikkuse tase, õpitakse praktilisi oskusi raske haige hooldamiseks ja alaneb märgatavalt abitusetundest, oskamatusel ja teadmiste puudumisest tulenev stress ja paanika, võimaldades keskenduda sisulistele inimsuhetele ning vastastikkusele toetusele pere jaoks raskest olukorrast.

Selline koostöö aitab mõista ka tõsiasja, et kuigi haigusele ei ole enam tervendavat ravi, on oluline mitte teekonna lõpp (surm), vaid teekond ise (elu). Hospiitsravi teenuse abiga saavutatakse terminaalsetes seisundis patsiendile parim võimalik elukvaliteet, kas kodus või haiglas.

P 3.2. tabeli uuringu jrk nr.	Teenusest saadav tulemus	Taotletav teenus	Alternatiiv 1 -	Alternatiiv 2 -
1	2	3	4	5

#### 4.2. Teenuse kõrvaltoimed ja tüsistused, nende võrdlus punktis 5.2 esitatud alternatiivide kõrvaltoimetega

Spetsiifilisi kõrvaltoimeid ei täheldata.

P 3.2. tabeli uuringu jrk nr.	Teenuse kõrvaltoimed ja tüsistused	Taotletav teenus	Alternatiiv 1 -	Alternatiiv 2 -

#### 4.3. Punktis 4.2. ja 3.5 esitatud kõrvaltoimete ja tüsistuste ravi kirjeldus (kasutatavad tervishoiuteenused ja/või ravimid (k.a ambulatoorsed ravimid))

Puuduvad.

#### 4.4. Taotletava teenuse osutamiseks ja patsiendi edasiseks jälgimiseks vajalikud tervishoiuteenused ja ravimid (s.h ambulatoorsed) vm ühe isiku kohta kuni vajaduse lõppemiseni ning võrdlus punktis 3.5 nimetatud alternatiividega kaasnevate teenustega

Hilisemat jälgimist vajavad patsiendid, kelle tervislik seisund on peale adekvaatse hospiitsfilosoofial põhineva palliatiivse ravi/hoolduse/toetuse saamist paranenud ja kes on jälle võimelised kodus toime tulema (Tallinna Diakooniahaiglas on selliseid patsiente 2009. a. ja 2010. a. 17% hospitaliseeritustest). Koju läinud patsiendil säilib side hospiitsiga. Koju minemisel antakse patsiendile kaasa retseptid vajalikele ravimitele, samuti saab patsient kirjalikult kaasa ravimite kasutamise skeemi, millele märgitakse, millist ravimit, mis toimega, mitu korda ja mis ajal tuleb kasutada. Ka kodus vajab patsient edasist tuge ja nõustamist, eriti juhul, kui tema seisundis tekib muutus. Vajalikke koduvisiite teevad nii koduõendus kui vähihaigete kodune toetusravi, kes võtavad vajadusel kontakti hospiitsiga.

#### 4.5. Teenuse võimalik väär-, ala- ja liigkasutamine; teenuse optimaalse ja ohutu kasutamise tagamiseks teenusele kohaldamise tingimuste seadmise vajalikkus

Teenust võib ka väärtalt kasutada, mis tekib siis, kui õendusabi kohtadel hakatakse ilma vastava ettevalmistuseta (nimepoolest) hospiitsravi teenust osutama. Teenuse loetellu lisamisel tuleks väärkasutamise ennetamiseks piirata teenuse osutajate hulka vastava tegevuslooga, mille saamiseks tervishoiuametilt peab tegevusluba taotlev osakond olema korraldanud vastavad koolitused kõikidele osakonna töötajatele.

#### 4.6. Patsiendi isikupära võimalik mõju ravi tulemustele

Hospiitsfilosoofial rajanev holistlik lähenemine ravile võimaldab arvestada kõikide patsientide (erinev vanus, sugu, diagnoos, lähedaste puudumine/olemasolu, temperament jne) isikupäraga ja võimaldab pakkuda neile parimat võimalikku ravitulemust ja elukvaliteeti. Kuigi pole enam midagi teha, on veel väga palju võimalik ära teha. Kuigi puudub lootus tervenemisele, peab olema muu lootus ja muu väike reaalne eesmärk (näiteks vabaneda valust), sest lootus sureb viimasena.

### 5. Vajadus

#### 5.1. Eestis teenust vajavate patsientide arvu hinnang (ühe aasta kohta 4 aasta lõikes), kellele on realselt võimalik teenust osutada taotletud näidustuste lõikes

Eestis elab üle 32 000 inimese, kellel on diagnoositud vähkkasvaja. Igal aastal haigestub vähki ca 6 000-7 000 inimest (TAI, Vähistrateegia) ja sureb ~3 500 inimest aastas. Vähihaigestumus Eestis näitab kasvutendentsi. HIV leviku (ca 6 000 in.) kasvu poolest on Eesti Euroopas juhtival positsioonil. Prognoosida võib AIDS-i haigestumuse ja suremuse tõusu. Seda kinnitab alljärgnev: aastail 1992-1999, oli AIDS oli diagnoositud 23 juhul. Aastal 2007, oli AIDS diagnoositud 191 juhul. Arvestades, et HIV viirusesse nakatumine tõusis plahvatuslikult aastatel 2000 ja 2001, võib eeldada, et ka AIDS-i haigestumise juhtude arv kasvab lähiajal kiiresti. Rahvastik vananeb ja selle tulemusena jõuavad kroonilised haigused organpuudulikkuse lõppstaadiumi (südamehaigused, krooniline obstruktiivne kopsuhaigus, neeruhaigused, neuroloogilised haigused, dementsus) ning patsiendid vajavad rohkem hospiitsteenust. Seega vajavad just eakad inimesed üha enam palliatiivset ravi/hooldust/toetust ja hospiitsteenust (48) ja seni on sellele valdkonnale vähe tähelepanu pööratud.

Teenuse näidustus	Patsientide arv aastal 2014	Patsientide arv aastal 2015	Patsientide arv aastal 2016	Patsientide arv aastal 2017
1	2	3	4	5
<b>Haiguse terminaalstaadium</b>	<b>480</b>	<b>540</b>	<b>600</b>	<b>600</b>

\* $t$  – taotluse menetlemise aastale järgnev aasta

## 5.2. Teenuse mahu prognoos ühe aasta kohta 4 järgneva aasta kohta näidustuste lõikes

Teenuse näidustus	Teenuse maht aastal $t$ 2014	Teenuse maht aastal $t+1$ 2015	Teenuse maht aastal $t+2$ 2016	Teenuse maht aastal $t+3$ 2017
1	2	3	4	5
<b>haiguse terminaalstaadium</b>	<b>6 240 voodipäeva</b>	<b>7 020 voodipäeva</b>	<b>7 800 voodipäeva</b>	<b>7 800 voodipäeva</b>

## 6. Taotletava teenuse kirjeldus

### 6.1. Teenuse osutamiseks vajalik koht (palat, protseduuride tuba, operatsioonituba vm)

Suriija haige vajab spetsiaalset hooldust, ravi ja toetust. Eelistatult võiks seda osutada eraldi osakonnas, kuna õendusabi osakondades on koos surijad ja stabiilses seisundis ning sageli rahutud haiged, mis ei võimalda surijale vajalikku rahu ja privaatsust. Hospiits võib olla haigla üks osakondadest, võib olla eraldi töötav üksus haigla koosseisus või olla täiesti iseseisev üksus. Oluline, et see on koht elamiseks surijatele haigetele. Nendel peaks võimaldatama parim võimalik elukvaliteet, et järelejäänud päevad oleksid väärtuslikud. Palatid peaksid olema 1-2 kohalised. Lähedastel peaks olema võimalus ööbida patsiendi juures. Suriija harjumustega tuleb arvestada. On hea, kui hospiits paikneb looduskaunis kohas. (12)

Vastavalt Eesti Hospiitsteenuse kirjeldusele (2010) saab käeoleval ajal hospiitsi ruumide, aparatuuri ja sisustuse iseloomustamiseks kasutada nõudeid, mis kehtivad statsionaarse õendusabi kohta vastavalt sotsiaalministri määrusele 19.08. 2004. nr. 103, "Haigla liikide nõuded", kuid hospiitsitöö iseloom ja hospiitsfilosoofiast tulenev ideeline alus, nagu nähtub järgnevast, eeldaks teistsugust alust hospiitsi ruumide, aparatuuri ja sisustuse nõuetele. Hospiitsis on oluline luua võimalikult kodune õhkkond (patsiendi isiklikud esemed, perekonnapildid jne.), kasutada toataimi, vältida liigset steriilsust ja haiglakeskkonda, et suriija võiks tunda, et ta on elav inimene kuni elu lõpuni. Patsiendi harjumustega peab maksimaalselt arvestama. Ruumid söömiseks ja vaba aja veetmiseks peavad olema avarad, sisustatud mugavustega ja võimalikult kodu sarnaselt. Vajalik on patsientide huvisid arvestavalt sisustatud tegevusruum. Patsiendi palat peab võimaldama patsiendi transporti voodiga, tõstuki kasutamist patsiendi teisaldamisel ja tualetti viimisel. Oluline on mitmesuguse signalisatsiooni kasutamine nii palatites kui tualetis ja vannitoas, et patsiendi probleemid ei jääks tähelepanu ja abita. Lisaks muudele osakonna ruumidele peab hospiitsis olema vaikne ruum ja surnuruum. Perekonna privaatsus patsiendiga suhtlemisel ja lahkunuga hüvastijätmisel peab olema tagatud. (54)

### 6.2. Patsiendi ettevalmistamine ja selleks vajalikud toimingud: premedikatsioon, desinfektsioon või muu

Patsiendi ettevalmistus hospiitsteenusele suunamiseks algab aktiivravis. Hospiitsi tulekuks tuleb patsienti ette valmistada, temaga avameelselt rääkides. Arsti jaoks nimetatakse seda raskeks vestluseks. (55) Kui patsient hospiitsteenusele tuleb, peab ta mõistma, et kuratiivne ravi tema haigusele ei ole enam võimalik ja jätkata tuleb palliatiivse raviga ning keskenduda sellele, mis tagab tema järelejäänud päevadele mõtte ja parima võimaliku elukvaliteedi. Rochesteri Ülikooli Meditsiini Keskuses läbi viidud uuringu alusel on leitud, et patsiente ja nende lähedasi tuleb toetada nende valikute tegemisel. Quill, T. (keskuse direktor *Palliative Care*

alal) ütleb, et see on kõige nõrgematele ja haavatavatele ning nende lähedastele jõu andmine. Samuti informeerimine, et nad peaksid tegema seda, mida nende sisetunne õigeks peab. (56)

### 6.3. Teenuse osutamise kirjeldus tegevuste lõikes

Hospiitsravi on holistliku palliatiivse ravi osa, mis valmistab patsienti ja tema lähedasi ette saabuvaks surmaks ning püüab hoida võimalikku parimat elukvaliteedi taset, tagamaks surija inimväärse elust lahkumise. Hospiitsteenuste alla kuulub ka surija lähedaste toetus leinas. Hospiitsteenust on võimalik osutada koduse, päeva- ja statsionaarse hospiitteenusena. Taotlus keskendub statsionaarsele hospiitteenusele. Hospiitsis osutatakse sümptomeid (valu, nõrkus, jõuetus, iiveldus, õhupuudus jne.) leevendavat ravi, mille tagavad õed ja hooldajad, koostöös arstiga. Ravi oluline komponent on psühholoogiliste ja psühhosotsiaalsete pingete leevendamine, emotsionaalse toe (uus olukord nii patsiendile kui tema lähedastele) ja praktilise abi pakkumine (seadused, toetused, õiguste kaitse), mille eest on vastutav sotsiaaltöötaja. Hingelise toetuse eest seisavad hea haiglakaplan ja psühholoog või hingehoidja. Samuti toimub turvalise ühenduse moodustamine ravi- ja igapäevakeskkonna vahel. Inimese terviklikkust arvestavat palliatiivset ravi osutatakse meeskonnatööna, mis hõlmab meditsiinierialade, aga ka meditsiiniga külgnevate erialade professionaalide koostööd (hooldajad, õed, arstid ja sotsiaaltöötajad, psühholoogid, vaimulikud, tegevusjuhendajad, füsioterapeudid jne.).

Kõik spetsialistid töötavad erialadevahelises koostöös = interdistsiplinaarne koostöö, mis tugineb printsiibile 1 + 1 on suurem kui 2.

**Arst** hospiitsosakonnas peab korraldama palliatiivset ravi, määrama ravimid, teostama vajalikud protseduurid, vajadusel õpetama õdesid ja hooldajaid, suhtlema patsiendi lähedastega.

**Õde ja hooldusõde** on meeskonna liikmed, kellel on kõige tihedam kontakt patsiendi ja tema lähedastega, kes aitavad korraldada patsiendile keskkonna, mis võimaldaks talle maksimaalse kontrolli tema olukorra üle, aitavad patsienti tema igapäevaelu toimingute sooritamisel, kaardistavad patsiendi füüsilised, psühholoogilised ja eksitsentsiaalsed hetkelised ressursid ja vajadused ning patsiendi perekonna toetuse vajaduse. Aitavad leevendada märgatud füüsilisi sümptomeid koostöös arstiga. Toetavad patsienti ja tema lähedasi psühholoogiliselt ning märkavad patsiendi eksitsentsiaalseid vajadusi (koostöös hingehoidjaga).

**Sotsiaaltöötaja** ülesandeks on aidata patsienti ja tema lähedasi elu lõpus esiplaanile kerkida võivate isiklike, psühhosotsiaalsete ning sotsiaalmajanduslike probleemidega toimetulekul. Ta suhtleb nii patsiendi kui lähedastega, konsulteerib, toetab, korraldab vajalikke ressursse ja on abiks probleemide lahendamisel ja stressiga toimetulekul.

**Vaimulik** toetab surijat ning ta perekonda eksitsentsiaalsetes küsimustes. Pakub hingehoiu teenust vastavalt patsiendi ja ta lähedaste vajadustele ja soovile. Samuti on ta toeks hospiitsi personalile.

**Füsioterapeut või massöör** on vajalik mitte niivõrd funktsioonide parandamiseks, kui selleks, et võimendada patsiendi vähenevaid jõuvarusid, pakkuda lõdvestust ja vähendada vaevusi: 1) füsioterapeut teostab asendravi, mis vähendab läbi funktsionaalsete asendite patsiendil pinge- ja valuaistinguid; väldib liigeskontraktuuride tekkimist; alandab lihaste hüpertonust; hingamispuudulikkusega patsiendil kergeneb hingamine; 2) füsioterapeut teostab passiivseid liigesliikuvusharjutusi ja liigesmobilisatsioone, mis aitab ära hoida tursete teket.

**Tegevusterapeut** hindab, milles patsient vajab abi ja mida ta veel saab teha ise. Milliseid vahendeid kasutada, et elu kohandada ja suurendada patsiendi kontrolli oma elu üle.

**Vabatahtlikud** on abiks professionaalidele, nende töö eest vastutab selleks eraldi valitud personaali liige (professionaal), nad töötavad personali juhiste alusel, vajavad teavet, toetamist, koolitamist, kontrollimist. Oluline on vabatahtlike valik ja supervisioon.

Kogu meeskonnal on ühine eesmärk - tagada patsiendile ja tema perekonnale parim, optimaalne elukvaliteet. Vajalik on meeskonna koolitus interdistsiplinaarse koostöö sujuvuse huvides ja vastastikkuse rollijaotuse mõistmiseks.



## **7. Nõuded teenuse osutajale**

### **7.1. Teenuse osutaja (regionaalhaigla, keskhaigla, üldhaigla, perearst vm)**

Teenuse osutajaks võib olla regionaalhaigla, keskhaigla, üldhaigla või hooldusravi haigla hospiitsravi osakond ning hospiits võib olla ka eraldiseisev üksus. Põhiline on vastav personali ettevalmistus, ükskõik, millises haiglas või üksuses hospiits ka töötaks.

### **7.2. Infrastruktuur, tervishoiuteenuse osutaja täiendavate osakondade/teenistuste olemasolu vajadus**

Hospiitsteenust tuleb osutada vastava litsentsi alusel töötavas omaette osakonnas (või osakonna osas), mille atmosfäär meenutab pigem kodust kui meditsiinasutusele omast keskkonda, ometi võimaldades vahel ka väga keeruliste ravi- ja hooldusprotseduuride läbiviimist, st. olles varustatud vastavate, palliatiivseks raviks/toetuseks/hoolduseks vajalike, abi- ja tehniliste vahenditega. Kui teenust osutada õendusabi osakonnas, kus surijatele on eraldi 1 või 2 palatit, ei taga see kvaliteetset hospiitsteenust, vaid tähendab sama statsionaarse õendusabi teenust eraldi ruumides.

### **7.3. Personali (täiendava) väljaõppe vajadus**

Hospiitsi personal vajab vastavat väljaõpet ja praktikat. Hospiits vajab ka tavapärasest õendusabist rohkem personali. Hospiitsi töösse peab suhtuma sisuliselt (üksnes nimesilt ei ole piisav). Hospiitsis töötavat personali tuleb valida äärmise hoolikusega. Personal peab tagama rahuliku, kiirustamisest vaba ja turvalise keskkonna. (54) Hospiitsis töötamise eelduseks on vastava koolituse (eelkõige hospiitsfilosoofia, sümptomkontrolli ja interdistsiplinaarse meeskonnatöö printsiipide) läbimine kõikide interdistsiplinaarse meeskonna liikmete poolt (arst, õed ja hooldusõed, sotsiaaltöötaja, haigla vaimulik/hingehoidja, füsioterapeut, tegevusterapeut, vabatahtlikud). Hospiitsi töötaja peaks olema küps, tugeva professionaalse identiteediga hospiitsfilosoofia väärtusi jagav eetiline isiksus. On oluline, et töötajad suudaksid märgata ja mõista enda ja ühiskonna, patsientide ja nende lähedaste hoiakuid surma suhtes. Eelnev on aluseks suhtlemisel patsientide, nende lähedaste ja personali vahel. Hospiitsteenuse osutamiseks vajalikku koolitust on võimalik saada Tallinna Diakooniahaigla ja MTÜ Pallium'i baasil. Võimalik on saada terviklikku koolitust nii hospiitsis töötavate arstide, õdede, hooldajate, sotsiaal- ja hingehoiu töö osas, kui ka töö aluseks oleva hospiitsfilosoofia osas. Tallinna Diakooniahaigla töötajad ja MTÜ Pallium koolitajad on koolituse saanud Norra kolleegidelt ja end pidevalt täiendanud Norras ja Soomes. Norra ja Soome spetsialiste on võimalik kutsuda Eestisse külalislektoreiks. Kaasata saab onkoloogiakeskuse valuravi spetsialiste. Samuti saab Tallinna Diakooniahaigla olla praktikabaasiks uutele hospiitstöötajatele. Hospiitsteenuse osutamisel osalevate erinevate spetsialistide olemasolu ja valmisolek teenuse osutamiseks on olemas Tartus, Tallinnas ja Narvas. Tartu Ülikooli Kliinikumi hospiitsosakonna personal on vastava väljaõppe saanud Hollandi kolleegidelt. Tallinna Diakooniahaigla hospiitsosakonna personal on vastava väljaõppe saanud Norra kolleegidelt ja ka praktika läbinud Norras Oslo hospiitsis. Täiendõpe on pidev. Ida-Tallinna Keskhaigla hospiitsosakonnale viis koolitused läbi Tallinna Diakooniahaigla. 2008. a. läbisid teoreetilise õppe Narva haigla töötajad, mida viisid läbi Norra kolleegid ja praktikabaasiks oli neile 2009. a. vältel Tallinna Diakooniahaigla.

Milline on perspektiiv vajalike spetsialistide arvu muutusteks tulevikus, oleneb sellest, kas alustavad tööd uued hospiitsosakonnad. Kui jah, siis on uute spetsialiste koolitamine vältimatu. Arstidel on võimalik saada palliatiivset täiendust Eestis. Valuravi kursuseid on läbi viinud SA PERH Onkoloogiakeskuse valuraviarstid. Tartus saab vastavat koolitust Tartu Ülikooli Kliinikumi Koolituskeskusest. 2010. a. loodud MTÜ Pallium pakub pidevalt koolitusi, teabepäevi ja konverentse vastavas valdkonnas töötavatele spetsialistidele. Hospiitsteenust osutava arsti eriala võib olla erinev, kuid arst, kes töötab palliatiivses meditsiinis, peab olema kompetentne üldmeditsiinis, teadma ja järgima hospiitsfilosoofia printsiipe ja omama sümptomaatilise ravi teadmisi. Baashariduseks oleksid parimad järgnevad arstlikud erialad: sisearst, üldarst, onkoloog, neuroloog, geriaater.

Hospiitsi filosoofiat peaksid samuti tundma meditsiinitöötajad, kes töötavad teistes osakondades, kuna haiged surevad ka teistes osakondades. Mills, M., Davies, H. T. O. ja Marcae, W. A. oma artiklis „*Care of dying patients in hospital*“ kirjeldavad elulõpu ravi aktiivravihaiglates ning leiavad, et see jääb hospiitsteenusele palju alla ning seetõttu vajavad aktiivravihaiglad rohkem teadmisi hospiitsfilosoofiast (47).

### **7.4. Minimaalsed teenuse osutamise mahud kvaliteetse teenuse osutamise tagamiseks**

Minimaalselt 6 statsionaarset voodikohta, nii on see maailmapraktikas levinud (12), kui tegemist on osakonna

osaga. Miinimum voodite arv iseseisva osakonna või asutuse korral on 10.

### 7.5. Teenuse osutaja valmisoleku võimalik mõju ravi tulemustele

Ravi tulemus sõltub otseselt interdistsiplinaarse meeskonna liikmete kvalifikatsioonist, koostöövõimest nii omavahel kui patsiendi ja tema võrgustikuga, aga ka teenuse osutamiseks vajaliku keskkonna adekvaatsusest kohandamisest. Samuti sõltub tulemus töötajate läbipõlemist ennetavate meetmete rakendamisest töökeskkonnas (supervisioon, adekvaatsed ressursid) ja pidevatest jätkukoolitustest.

## 8. Kulutõhusus

### 8.1. Teenuse hind; hinna põhjendus/selgitused

Teenuse hinnaks on arvatud ligikaudu 75 Eurot (tegevuskulud ja materjalikulud).

Kuna haigekassa hinnamudeli väärtused on viimasel aastal muutunud, siis ei ole see number lõplik ja vajab täpsustamist.

**Tegevuskulude** osas arst ja sotsiaaltöötaja 20, kaplan 18, füsioterapeut 0,8, tegevusterapeut 0,8, superviisor 0,02 (on päevast päeva surijatega tegelevale personalile väga vajalik). Teenuse hinna tõstab kõrgeks just tegevuskulu, täpsemalt õdede ja hooldajate osa selles. Õed 180 ja hooldajad 240 on märgatavalt rohkem, kui hooldusravi, teraapia ja onkoloogia osakonnas. Samas kui arvestada, milline on hosiitsravi teenuse sihtgrupp, tegemist on enamuses lamajate, raskes seisundis terminaalsete haigetega, kes sõltuvad täielikult ravist, hooldusest ja toetusest ning kõrvalabist, siis ei ole seda sugugi palju. Kuna tööjõu kulude arvestamisel on aluseks võetud maailmapraktika, on need arvud põhjendatud. Siiski ei ole meie riik rikkuselt maailma tasemel, seega on mõningad kompromissid siin võimalikud küll.

Palati ja protseduuride toa osas võib protseduuride toa osa vähendada isegi 0,03-le, sest paljud haiged sinna ei jaksa minna.

**Kulud materjalidelt.** Laborikulud on viidud miinimumini – analüüse tehakse harva ja see on pool statsionaarse õendusabi päevas kasutatust. Ravimikomplekti arvestamisel on lähtutud siseosakonna ravimite komplekti hinnast ja lisaks 6,40. Arvestatud on valuvaigistite – opioidide, poolopioiidide ja mittesteroidsete põletikuvastaste ainete suurt kulu, samuti adjuvantravimite – hormoonide, antidepressantide, anksiolüütikumide, uinutite, laksatiivide, antikongulsantide, antiemeetikumide suuremat vajadust. See number võib veel mitte-piisav olla. Hooldus- ja meditsiinitarvikute vajadust on hinnatud 1,5 – tegemist on sageli suurte sidumistega, mida tuleb teha mitu korda päevas, mis vajavad väga palju sidumismaterjali. Kuna 90% haigetest on lamajad, siis läheb ka hooldusvahendeid rohkem. Pesumaja teenuse vajadust on hinnatud 1,2 – tihti on tegemist lagunevate kasvajakolletega, kaotatud on soole ja põietegevuse kontroll, sageli esineb oksendamist, mis kõik suurendab pesumaja kulu.

### 8.2. Teenuse osutamisega kaasnevate teenuste ja soodusravimite, mis on nimetatud p 4.4, isiku kohta kuni vajaduse lõppemiseni esitatud kulude võrdlus alternatiivsete teenuste kuludega isiku kohta kuni vajaduse lõppemiseni

Hospiitsis praktiseerival arstil peaks olema õigus soodustusega välja kirjutada kõiki palliatsiooniks vajalikke ravimeid (analoogselt onkoloogidele). Hospiitsravi voodipäeva hind peaks võimaldama seda, et osakonnas oleksid olemas kõik palliatsiooniks vajalikud ravimid. Alternatiiviks statsionaarsele hospiitsravi teenusele on kodune hospiitsteenuse, mida maailmas laialdaselt kasutatakse, kuid Eestis teenus veel puudub. Samuti ei ole Eestis päevahospiitsi teenust. SA Vähi Kodune Toetusravi pakub teenust, mis on koduhospiitsi teenusega võrreldes oluliselt väiksema mahuga ja ei oma interdistsiplinaarset mõõdet meditsiinierialadest väljaspool. Õendusabi on teenus, mis on mõningal määral alternatiiviks hospiitsravi teenusele aga ei võimalda hospiitspatsientide vaevuste leevendamist ning patsiendi ja pere toetamist optimaalsel tasemel. Uue teenuse - hospiitsravi teenuse osutamisel väheneb õendusabi osutamise maht ~30%. Tõuseb tegevuskulu võrreldes õendusabi teenusega, kuna personalikulu on suurem (õdede ja hooldajate ning teiste spetsialistide osas) ja ka abi-, kaitse- ning hooldusvahendite osas (hospiitsravi teenusel on ka kontaktisolatsiooni vajavaid patsiente)

on kulu suurem.

### 8.3. Ajutise töövõimetuse hüvitise kulude muutus ühe raviepisoodi kohta tuginedes tõendus põhiste uuringutele võrreldes alternatiivsete teenustega

Reeglina ei ole.

### 8.4. Patsiendi poolt tehtavad kulutused võrreldes alternatiivsete teenuste korral tehtavate kuludega

Omaosalus analoogselt statsionaarse õendusabiga, kuid alles alates 15. voodipäevast, kui haigekassa maksaks teenuse eest edasi koefitsiendiga 0,85. Sellisel juhul ei tohiks patsiendi poolt tehtavad kulutused omada väga suurt mõju tema sissetulekutele. Tugevad valuvaigistid on patsientidele 100% soodustusega.

## 9. Omaosalus

### 9.1. Hinnang patsientide valmisolekule tasuda ise teenuse eest osaliselt või täielikult

Eeldatavasti on patsiendid nõus maksma analoogselt mujal õendusabis kehtiva omaosaluse määraga. Siiski, patsientide omaosalus peaks olema, kuid mitte kohe esimestest voodipäevadest, vaid hiljem, näiteks alates sellest voodipäevast, mil haigekassa nimetatud teenust enam vastava hinnaga ei rahasta. Alates 15. voodipäevast võiks Eesti Haigekassa jätkata hosiipitsravi voodipäeva eest maksmist koefitsiendiga 0,85. Siis lisanduks patsientide omaosalus tasu maksmise kohustus.

10. Esitamise kuupäev	31.12.2013. a.
11. Esitaja nimi ja allkiri	MTÜ Pallium juhatuses esimees Kristina Oja  / allkirjastatud digitaalselt /

## 12. Kasutatud kirjandus

- 1) Griffith, R.W. (2009) „Make use of hospice service“ <http://www.healthandage.com/make-use-of-hospice-services>
- 2) Martin-Moreno, J. M., Harris, M., Gorgojo, L. Clark, D., Normand, C. & Centeno, C. (2008) „Palliative care in the European Union“ Policy Department Economic and Scientific Policy <http://www.pedz.uni-mannheim.de/daten/edz-ma/ep/08/EST21188.pdf>
- 3) Terry, W., Olson, L.G., Ravenscroft, P., Wilss, L. A., & Boulton-Lewis, G. M. (2006) “Hospice patients’ views on research in palliative care”. *Internal Medicine Journal*, 36(7), pp. 406-413 <http://eprints.qut.edu.au/21007/1/c21007.pdf>
- 4) Turner, J. M. & Payne, S. A. (2009) „Mapping research activity in hospices in the United Kingdom“. *Palliative Medicine* 22(6), pp. 336-342 <http://pmj.sagepub.com/content/22/4/336.full.pdf+html>
- 5) Seamark, D. A., Williams, S., Hall, M., Lawrence, C. J. & Gilbert, J. (1998). „Palliative terminal cancer care in community hospitals and a hospice: a comparative study“. *Journal of General Practice* 48(431), pp. 1312–1316. <http://ukpmc.ac.uk/articles/PMC1410154/pdf/brjgenprac00085-0024.pdf>
- 6) Seamark, D. A., Williams, S., Hall, M., Lawrence, C. J. & Gilbert, J. (1998). „Dying from cancer in community hospitals or a hospice: closest lay carer’s perceptions“. *The British Journal of General Practice* (48), pp. 1317-1320. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1410146/pdf/brjgenprac00085-0029.pdf>
- 7) Miller, S.C., Mor, V., Teno, J. (2003) „Hospice Enrollment and Pain Assessment in Nursing Homes“ *Journal of Pain and Symptom Management* 26(3), pp. 791-799. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0885392403002847>
- 8) Wilkinson, E.K., Salisbury, C., Bosanquet, N., Franks, P. J., Kite, S., Lorentzon, M. & Naysmith, A. (1999) „Patient and carer preference for, and satisfaction with, specialist models of palliative care: a systematic literature review“ *Palliative Medicine* (13), pp. 197-216 <http://pmj.sagepub.com/content/13/3/197.full.pdf+html>
- 9) Fielda, D., Payne, S., Relf, M. & Reid, D. (2007), „Some issues in the provision of adult bereavement support by UK hospices“ *Social Science & Medicine* (64), pp. 428–438 <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953606004515>
- 10) Gold Standards Framework [http://www.goldstandardsframework.org.uk/About\\_GSF](http://www.goldstandardsframework.org.uk/About_GSF)
- 11) St Christopher’s Hospice – expert palliative care for the dying <http://www.stchristophers.org.uk>
- 12) Doyle, D., Hanks, G., MacDonald, N., jt (1998). „Oxford Textbook of Palliative Medicine“, 2nd edn, Oxford University Press. pp. 19-30.
- 13) Puchalski, C. & Ferrell, B. jt (2009) „Improving the Quality of Spiritual Care as a Dimension of Palliative Care: The Report of the Consensus Conference“ *Journal of Palliative Medicine* 12 (10), pp. 885-904. <http://www.liebertonline.com/doi/abs/10.1089/jpm.2009.0142>
- 14) Reith, M. & Payne, M. (2009) “Social Work in End-of Life and Palliative Care” St. Christopher's Hospice, London <http://lvceumbooks.com/downloads/swEndofLifePalliative-Ch1.pdf>
- 15) Hospice Advocacy <http://www.nhpco.org/i4a/pages/index.cfm?pageid=3270>
- 16) Standards for Palliative Care Provisions <http://www.hospicecare.com/standards>

- 17) **Quality and Standards** <http://www.helpthehospices.org.uk/our-services/developing-practice/qelca/?locale=en>
- 18) **National Care Standards - Hospice Care** <http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/1095/0001719.pdf>
- 19) **The Standards for Bereavement Care** [http://www.hospice-foundation.ie/up\\_documents/standards\\_bereavement\\_care.pdf](http://www.hospice-foundation.ie/up_documents/standards_bereavement_care.pdf)
- 20) **Bundesarbeitsgemeinschaft Hospize e.V** <http://www.hospiz.net/gesetze/index.html>
- 21) **Standard for Palliative Care** [http://www.palliativmed.org/asset/32504/1/32504\\_1.pdf](http://www.palliativmed.org/asset/32504/1/32504_1.pdf)
- 22) **Swedish Association for Palliative Care** <http://www.stockholmsjukhem.se/Palliativ-varld>
- 23) **Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud** [www.hospicecare.com/resources/pdf-docs/espana/estrategia.pdf](http://www.hospicecare.com/resources/pdf-docs/espana/estrategia.pdf)
- 24) **Swiss Society for Palliative Care** <http://www.eapc-taskforce-development.eu/documents/national/switzerland.pdf>
- 25) **Romanian National Standards in Palliative Care** [http://www.nhpco.org/files/public/national\\_standards.doc](http://www.nhpco.org/files/public/national_standards.doc)
- 26) **Agora, landelijk ondersteuningspunt palliatieve zorg** <http://www.palliatief.nl/nationaal/index.htm?mid=412>
- 27) **Hungarian Hospice Standards** [http://www.hospice.hu/english/hospice\\_in\\_hu.php?almenu=4#szoveg](http://www.hospice.hu/english/hospice_in_hu.php?almenu=4#szoveg)
- 28) **Federazione Cure Palliative** <http://www.fedcp.org/normative.htm>
- 29) **Hospice Austria Standards and Guidelines**  
[http://www.hospiz.at/pdf\\_dl/richtlinien\\_konzept\\_hospiz\\_pall%20care\\_pflegeheim\\_englisch\\_2010.pdf](http://www.hospiz.at/pdf_dl/richtlinien_konzept_hospiz_pall%20care_pflegeheim_englisch_2010.pdf)
- 30) **Poola Palliativravi Assotsiaatsioon** <http://www.oncology.am.poznan.pl/ecept>
- 31) **Palliative Care Guidelines** <http://book.pallcare.info/>
- 32) **Moldova Order Regarding the organization of Palliative Care Services** <http://hpcs.md/en/home/about-us.html>
- 33) **The gold standards of the CHPCA** [http://www.chpca.net/public\\_policy\\_advocacy/pan-canadian\\_gold\\_standards/Gold\\_Standards\\_Palliative\\_Home\\_Care.pdf](http://www.chpca.net/public_policy_advocacy/pan-canadian_gold_standards/Gold_Standards_Palliative_Home_Care.pdf)
- 34) **Standards for providing quality palliative care for all Australians**  
<http://www.palliativecare.org.au/Portals/46/Standards%20for%20providing%20quality%20palliative%20care%20for%20all%20Australians.pdf>
- 35) **Hospice New Zealand Standards for the care of people approaching the end of life**  
[http://www.hospice.org.nz/cms\\_show\\_download.php?id=27](http://www.hospice.org.nz/cms_show_download.php?id=27)
- 36) **Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care** <http://www.nationalconsensusproject.org/guideline.pdf>
- 37) **The Hospice Palliative Care Association of South Africa** <http://www.hospicepalliativecaresa.co.za>
- 38) **Singapore Hospice Council** <http://www.singaporehospice.org.sg>
- 39) **Hospice Foundation of Taiwan** <http://www.hospice.org.tw/2009/english/about.php>
- 40) **Help of Hospices** <http://www.helpthehospices.org.uk/welcome>
- 41) **Connecticut Hospice** <http://www.hospice.com>
- 42) **Brklja, M., Mavrincac, M., Sorta-Bilajac, I., Bunjevac, I. & Cengic, T. (2009).** „An Increasing Older Population Dictates the Need to Organise Palliative Care and Establish Hospices“. *Palliative Care and Establishment of Hospices in Croatia, Coll. Antropol.* 33(2), pp. 473–480 <http://hrcak.srce.hr/40531?lang=en>
- 43) **Higginson, I. J. (2005).** „End-of-life care: lessons from other nations“ *Journal of Palliative Medicine* (8), pp.161-173.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16499464>
- 44) **Palliative care** <http://www.who.int/cancer/palliative/en>
- 45) **UK Forum for Hospice and Palliative Care Worldwide** <http://www.thewpca.org/what-we-do/whpco-e-newsletter/?WHPCO>
- 46) **Eesti Vähistrateegia aastateks 2007 – 2015.**  
[http://www2.tai.ee/teated/arenduskeskus/Vahistrateegia/Riiklik\\_vahistrateegia\\_aastateks\\_2007\\_2015est.pdf](http://www2.tai.ee/teated/arenduskeskus/Vahistrateegia/Riiklik_vahistrateegia_aastateks_2007_2015est.pdf)
- 47) **End of life care in the acute hospital setting**  
[http://www.bmj.com/cgi/content/extract/339/dec01\\_2/b5048?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=&fulltext=hospice&searchid=1&FIRSTINDEX=0&sortspec=date&resourcectype=HWCIT](http://www.bmj.com/cgi/content/extract/339/dec01_2/b5048?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=&fulltext=hospice&searchid=1&FIRSTINDEX=0&sortspec=date&resourcectype=HWCIT)
- 48) **What are the palliative care needs of older people and how might they be met? (2004)**  
<http://www.euro.who.int/document/e83747.pdf>
- 49) **Centeno, C., Clark, D., Lynch, T., Racafort, J., Prail, D., De Lima, L., Greenwood, A., Flores, L.A., Brasch, S. and Giordano, A. (2007).** „Facts and indicators on palliative care development in 52 countries of the WHO European region: results of an EAPC task force“. *Palliative Medicine* (21), pp. 463–471. <http://pmj.sagepub.com/content/21/6/463.full.pdf+html>
- 50) **Hospice funding „must be boosted“** <http://news.bbc.co.uk/2/hi/health/4309446.stm>
- 51) **RAND Study Finds Choosing Hospice Care Raises Medicare Costs for the Last Year of Life**  
<http://www.rand.org/news/press/2004/02/16.html>
- 52) **Shnoor, Y., Szlaifer, M., Aoberman A.S. & Bentur, N. (2007).** “The cost of home hospice care for terminal patients in Israel”. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine* 24(4), pp.284-290. <http://ajh.sagepub.com/content/24/4/284.full.pdf+html>
- 53) **Campbell, D.E., Lynn, J., Louis, T.A. & Shugarman, L. R. (2004).** „Medicare Program Expenditures Associated with Hospice Use“. *American College of Physicians* 140, pp. 269-277. <http://www.annals.org/content/140/4/269.full.pdf+html>
- 54) **Hospiitsteenus kirjeldus (2010).** TAI <http://www.pallium.ee/media/HospiitsteenuskirjeldusTAI.pdf>
- 55) **Casarett, D.J. & Quill, T.E. (2007).** „I’m Not Ready for Hospice”: Strategies for Timely and Effective Hospice Discussions“. *Annals of Internal Medicine* (146)6, pp.443-449. <http://www.annals.org/content/146/6/443.full.pdf+html>
- 56) **Stockdale, C. & Makin, M.K. (2007).** “The benefits of early palliative care interventions”. *Pain Europe* (2)  
<http://www.urmc.rochester.edu/news/story/index.cfm?id=1541>