

**EESTI HAIGEKASSA TERVISHOIUTEENUSTE LOETELU MUUTMISE ALGATAMISEKS  
VAJALIKUD ANDMED**

<b>1. Taotluse algataja</b>	
Organisatsiooni või ühenduse nimi	Eesti Onkoteraapia Ühing
Postiaadress	Puusepa 8, Tartu 51014
Telefoni- ja faksinumber	7319800; fax 7319804
E-posti aadress	<a href="mailto:onkoteraapia@kliinikum.ee">onkoteraapia@kliinikum.ee</a>
Kontaktisiku ees- ja perekonnanimi ning kontaktandmed	<a href="mailto:Hele.Everaus@kliinikum.ee">Hele.Everaus@kliinikum.ee</a> ; 7319606, 53319606

<b>2. Teenuse nimetus, kood ja kohaldamise tingimus(ed)</b>	
2.1. Teenuse nimetus	Onkoloogilise akuutse palliatiivse ravi voodipäev
2.2. Teenuse kood tervishoiuteenuste loetelus ( <i>edaspidi</i> loetelu) olemasoleva teenuse korral	uue teenuse lisamise ettepanek
2.3. Kohaldamise tingimus(ed)	
2.4. Ettepaneku eesmärk	<input checked="" type="checkbox"/> Uue tervishoiuteenuse ( <i>edaspidi</i> 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)
2.5. Peatükk loetelus, kus teenus peaks sisalduma	<input type="checkbox"/> Üldarstiabi <input type="checkbox"/> Ambulatoorne eriarstiabi <input type="checkbox"/> Meditsiiniseadmed ja ravimid <input checked="" type="checkbox"/> Statsionaarne eriarstiabi

<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.

	<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)
--	---

### 3. Tõendus põhised ja näidustused

3.1. teenuse osutamise meditsiinilised näidustused ja vajadus teenuse osutamiseks;

On üldteada, et enam kui 50% juhtudest ei ole vähahaigeid võimalik haigusest terveks ravida, kuna haiguse avastamisel on haigus kaugemale arenenud. Ülemaailmselt 11 miljonist uuest vähidiagnoosist 7 miljonit on kaugemalearenenud staadiumis (8). Samas võivad ka kaugemalearenenud staadiumis vähahaiged elada aastaid. Siin on olulisel kohal palliatiivne ravi ja abi (2; 5).

Palliatiivne ravi ja abi algavad juba haiguse diagnoosimisel aidates oluliselt leevendada haigusega ja spetsiifilise raviga seotud sümptome ning pikendades elukestvust (10) ja alandades samas mittevajalikke kulusid (3; 18).

Traditsioonilise meditsiini praktika on ebapiisav vähahaigete ja nende perekondade abistamisel progresseeruva ja terveksravimatu haiguse korral. Patsiendid kannatavad erinevate haigusest ja ka haiguse ravist tingitud sümptomite all. Ülemaailmse Tervishoiuorganisatsiooni poolt on palliatiivne abi tunnustatud kui vähikontrolli poliitika oluline komponent (17).

Tsiteerides WHO käsitlust võib esile tuua:

Palliative care

- Is applicable early in the course of illness, in conjunction with other therapies that are intended to prolong life such as chemotherapy or radiation therapy, and includes those investigations needed to better understand and manage distressing clinical complications.

Palliatiivne abi on väga kompleksne, koosnedes füüsilistest, psühholoogilistest ja sotsiaalsetest faktoritest, mis hõlmavad nii patsiente kui ka abistajaid.

On vaja olla teadlik patsiendi haigusest (isegi kui see on harv). Tuleb hoida tasemel haiglauringud ja ravi. Ei saa kuidagi planeerida abi tundmata haiguse kulgu ja prognoosi. Väga kerge on kaotada patsiendi usaldust, kui näidatakse ignorantsust nende seisundi osas.

Võimalikele probleemidele tuleb lahendusi otsida varakult (15).

Palliatiivne abi on multidistsiplinaarne abi, mille eesmärk on leevendada kannatusi ja parandada kaugemalearenenud haigusega patsientide elu kvaliteeti. Kannatused ei ole ainuüksi füüsilised, vaid ka psühholoogilised, spirituaalsed või sotsiaalsed. Palliatiivne abi ei piirdu ainult patsiendi toetamisega, vaid tegeleb samuti patsiendi perekonnaga ja primaarse aktiivravi meeskonnaga. Palliatiivset abi osutatakse simultaanselt teiste sobivate raviviisidega. Raske haiguse diagnoosimisel on enamasti sümptome kerge kontrolli alla saada, haiguse progresseerudes tõuseb palliatiivse abi vajadus.

Palliativne abi on oluliselt erinev hospiitsist.

Hospiitsis mõistab haige oma terminaalset haigust ja aktsepteerib agressiivse elamist toetava ravi katkestamist.

Palliativne abi kindlustab:

- Haiguse sümptomite ekspertkäsitusloogu haiguse kulu vältel.
- Suhtlemise ja toetuse patsiendipoolse otsuste tegemisel
- Toetamine erinevates raviüksustest üleminekul meditsiinilise järjepidevuse
- Toetuse elu pikendavale või tervistavale spetsiifilisele ravile (7)

Arenenud vähikeskuste juures on avatud akuutse palliativse abi osakonnad (9; 13). Akuutse onkoloogilise palliativse ravi üksused eristuvad selgelt palliativse ravi osakondadest, mis pakuvad pikemaajalist palliativset või lühiaegset surmaelset abi.

Akuutse onkoloogilise palliativse ravi osakonnas ravitakse kaugelarenenud kasvajaga patsiente, kellel on arvukalt erinevaid vaevusi/sümptome.

Akuutse palliativse ravi osakonnas on fookus kiirel sümptomite kontrolli saavutamisel ning intensiivsel psühhosotsiaalsel abil. Dehüdratsioon, neuroloogilised manifestatsioonid, valu, veritsused, soolesulgus, iiveldus/ oksendamine, aneemiad, trombotsütopeenia, infektsioonid, trombootilised tüsistused, hüperkaltsiemia, hingamisteede obstruktsioon, intrakraniaalse rõhu tõus, seljaaju kompressioon jm. Haigete viibimise kestvus on lühem päevadest kuni 2 nädalani, suremuse tase on madalam (20-50%) võrreldes traditsioonilist palliativse abi pakuvate asutustega.

Akuutse palliativse ravi osakonna olemasolu vähendab oluliselt hospitaliseerimisi aktiivse onkoloogilise ravi osakondadesse, intensiivraviosakonda, lühendab ooteaegu ja aktiivraviosakondades viibimise kestvust, alandab suremust, vähendab oluliselt erakorralise meditsiini osakonna koormust. Osakonnas töötab interdistsiplinaarne meeskond: arst (arstid), õed, hooldajad, füsioterapeut, sotsiaaltöötaja, hingehoidja.

Osakonna asukohaks on kõige sobivam erialakliinik – onkoloogiakliinik, et kindlustada haigete probleemide käsitlemisel järjepidevus, paindlik erialaspetsialistide rakendamine, palliativravi meeskonna rakendamine ka aktiivravi osakondades.

3.2. teenuse tõenduspõhisus avaldatud kliiniliste uuringute alusel taotletud näidustuste lõikes;

Uuringuid otsiti PubMed'ist (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>)

Otsingu märksõnad olid „palliative care in oncology“ otsingukriteeriumiks olid täistekstina kättesaadavad inglise keelsed artiklid, mis on avaldatud alates 01.01.2000. Otsingu tulemusena leiti 8 artiklit, millest taotlusega on seotud alljärgnevad:

<i>Jrk nr.</i>	<i>Uuringu autori(te) nimed</i>	<i>Uuringu kvaliteet<sup>7</sup></i>	<i>Uuringusse hõlmatud isikute arv ja lühiiseloolestus</i>	<i>Uuritava teenuse kirjeldus</i>	<i>Esmane tulemus, mida hinnati</i>	<i>Muu(d) tulemus(ed), mida mõõdeti/hinnati</i>	<i>Alternatiiv(i) d) millega võrreldi</i>	<i>Jälgimise periood</i>
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>	<i>8</i>	<i>9</i>
1	Rigby A, Krzyzanowskar et al	B. Tõenduspõhine	5340 hospitaliseerimist keskmiselt vanuses 60a 55% N, 45% M	Uuriti akuutse palliatiivse onkoloogilise osakonna mõju akuutravile onkoloogiakeskuses	Vähenes hospitaliseerimine onkoloogilistele aktiivravi vooditele, suuremus vähenes aktiivraviosakondades. Vähenesid visiidid erakorralise meditsiini osakonda.			2000-2004; 2002-2004; 2004-2006
2	Bakitas	A. tugevalt tõenduspõhine	322 haiget kaugelarenenud staadiumis kasvaja haiget	Koos spetsiifilise onkoloogilise raviga vahendatud palliatiivne abi parandas oluliselt elukvaliteeti ja pikendas keskmist elulemust (14 versus 8,5 kuud)				(nov. 2003 -mai 2008)
3	Temel IS,	A-tugevalt	151 metastaatilise	Metastaatilise mitte-				Juuni 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.

	Greer IA	tõendus põhine	mitteväikserakulise kopsuvähiga haiget tandardravi 74, varane palliatiivravi 77	väikserakulise kopsuvähiga haiged, kes said koos standardraviga varase palliatiivse abi elasid kauem, kui patsiendid kes palliatiivset abi ei saanud (11.6 kuud versus 8,9 kuud) ja nende elukvaliteet oli oluliselt parem.					-juuli 2009
<p>3.3. teenuse sisaldumine punktis 3.1 esitatud näidustustel Euroopa riikides aktsepteeritud ravijuhistes;  Esitatakse punktis 3.5</p>									
<p>3.4. teenuse osutamise kogemus maailmapraktikas ja Eestis punktis 3.1 esitatud näidustuste lõikes;  Esitatakse punktis 3,5</p>									

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

Palliativne ravi ja abi said alguse onkoloogiliste haigete kannatuste leevendamiseks. Pioneeriks oli Dame Cicely Saunders 1960-ndatel Inglismaal. Õige arengu on palliativne abi saanud 1980-ndatest.

21-l sajandil on palliativne abi paljudes maades tunnustatud meditsiinieriala hõlmates spetsiifilise hariduse, koolituse, kliinilised oskused, eraldi personali ja struktuurid (6). Palliativse abi baaskontseptsioonid kujundati 1960-1990.a. peamiselt onkoloogias. Traditsioonilise meditsiini praktika näitab olulisi puudusi vähihaigete ja nende perekondade abistamisel, kui haigus on progresseeruv ja ravimatu. Patsiendid kannatavad valu, distressi põhjustavaid füüsilisi sümptome ja surmahirmu – kõik see vajab leevendamist. Palliativne abi onkoloogias on väärtustatud Ülemaailmse Tervishoiuorganisatsiooni poolt võrdväärselt teiste raviviisidega.

2007-l aastal viis Euroopa Parlament läbi uuringu, mille eesmärgiks oli selgitada, missugune on palliativse abi olukord Euroopa Liidus ja eraldi igas liikmesriigis. 27-st riigist viis riiki, mis parimatena esile toodi olid: Ühendkuningriigid, Iirimaa, Rootsi, Holland, Poola. Eraldi märgiti Eesti kohta: „Estonia has the lowest development of palliative care services relative to the other member states.“

Nii nagu eeltoodud kokkuvõttes ei olnud Eestis ühtegi palliativse ravi voodit, pole neid ka nüüd. Väike arve hosiitsi-voodeid on oluliselt erinevat abi pakkuvad võrreldes tänapäevase onkoloogia palliativraviga. Samuti ei saa käsitleda palliativravi/abi vooditena õendus-hooldust, kus sisulist onkoloogilise haige palliativset käsitlust ei toimu.

Vaadates ülevaadet palliativse ravi/abi olukorrast maailmas 2011. aastal (11; 12) leiame Eesti nn 3a grupis kõrvuti Armeenia, Kuuba, Liibanoni, Nigeeria jt., kus palliativse ravi aktiivsus on tagasihoidlik ja halvasti toetatud. Palliativne ravi on realselt esindatud väikese arvu hosiitsi voodite ja minimaalse koduraviga, mis aga tegelikkuses ei kanna kaasaegse onkoloogilise jm palliativse ravi sisu ja vajadusi. On oluliselt vaja pingutada, et jõuda järgmistele tasemetele → 3b → 4b ja 4a, kus leiame näiteks Hiina, Ungari, Slovakkia ja teised riigid. Kõrgeima palliativse ravi tasemega grupis on kõrvuti Ameerika Ühendriikidega näitkeks Poola.

Palliativse ravi arengud erinevates maades on olnud erinevad. Esialgu on arendatud onkoloogiakliinikute juurde akuutse palliativravi osakonnad ja sealt laiendatud käsitlust teistele haigusgruppidele. Euroopas on planeeritud 80-100 akuutse palliativravi voodit 1 miljoni elaniku kohta.

Väga oluliselt rõhutatakse, et palliativne ravi on väga oluline tervishoiu süsteemi osa (16; 1). Euroopa Meditsiinionkoloogia Ühing (European Society for Medical Oncology (ESMO) nägi ette eraldi programmi palliativse ravi integreerimiseks onkoloogiakeskustesse (4).

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

Tegemist on uue teenusega, mis kehtivas loetelus olevaid teenuseid ei asenda.

3.7. teenuse seos erinevate erialade ja teenuse tüüpidega;

Uus teenus seostub onkoloogiaga (2039/0)



#### 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):

- Patsientide haigusest tulenevate ja ravist tingitud sümptomite leevendamine või kõrvaldamine.
- Patsientide elukvaliteedi paranemine, elulemuse pikenemine.
- Onkoloogiliste aktiivravivoodite hõivatuse vähenemine.
- Intensiivravi vajaduse vähenemine (sellest kulude kokkuhoid).
- Haigus- ja ravitüsistustele tehtavate kulutuste vähenemine.
- Õigeaegne aktiivravi lõpetamine (sellest kulutuste kokkuhoid), patsiendi ettevalmistamine hospitsabile või kodusele toetusabile.
- Patsiendi ja tema perekonna psühholoogiline, spirituaalne ja sotsiaalne nõustamine ja toetamine.

4.2. teenuse kõrvaltoimed ja tüsistused, nende võrdlus punktis 5.2 esitatud alternatiivide kõrvaltoimetega:

Onkoloogilise palliatiivse ravi tulemusena patsiendid, kas

1. saavad vajaliku ravi /abi tõttu jätkata alustatud/planeeritud spetsiifilist onkoloogilist ravi või
2. suunatakse peale vastavat ettevalmistust õendus-hooldusabisse või hospitsi.

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

Teenuse fookus on onkoloogilise patoloogia ja/või selle ravist tulenevate tüsistuste ravi. Teenusel enesel ei ole etteprognoositavaid kõrvaltoimeid.

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;

1. onkoloog ja/või hematoloog PER 0130
2. õde/õed PER 0509
3. hooldustöötaja PER 0201
4. füsioterapeut PER 0412
5. hingehoidja
6. sotsiaaltöötaja PER 0409

Teenuse osutamiseks vajalikud ravimid:

- Onkoloogilised ravimid (infusioonid, tsütotoksilised ained, valuraviks kasutatavad preparaadid jms) RAVIM 165001
- Verekomponendid
- Bifosfonaadid metastaatiliste luuprotsesside raviks alternatiivseid teenuseid ei ole.

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

Teenuse väärkasutuse ennetamiseks oleks otstarbekas teenuse osutamist piirata multimodaalsete onkoloogiakeskustega.

## 5. Vajadus

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

Teenuse näidustus	Patsientide arv aastal $t^*$	Patsientide arv aastal $t+1$	Patsientide arv aastal $t+2$	Patsientide arv aastal $t+3$
1	2	3	4	5
Onkoloogilised dgn.koodid	600	550	550	550

\* $t$  – taotluse menetlemise aastale järgnev aasta;

5.2. teenuse mahu prognoos ühe aasta kohta 4 järgneva aasta kohta näidustuste lõikes:

Teenuse näidustus	Teenuse maht aastal $t$	Teenuse maht aastal $t+1$	Teenuse maht aastal $t+2$	Teenuse maht aastal $t+3$
1	2	3	4	5
	Kuni 1500	15000	15000	15000

Arvestatud on keskmine voodipäevade arv 12, haige kohta kaks kasutuskorda.

## 6. Taotletava teenuse kirjeldus

6.1. teenuse osutamiseks vajalik koht (palat, protseduuride tuba, operatsioonituba, vm);

- palat – koos dušširuumi ja WC-ga
- protseduuridetuba - statsionaaris

6.2. patsiendi ettevalmistamine ja selleks vajalikud toimingud: premedikatsioon, desinfektsioon või muu; ei ole kohaldatud

6.3. teenuse osutamise kirjeldus tegevuste lõikes;

1. Onkoloogilise palliatiivse diagnoosi selgitamine, raviplaani koostamine.
2. Ravi läbiviimine – valuravi, infektsioosete tüsistuste ravi, infusioonravi (kaasaarvatud verekomponentide ülekanded) jm.
3. Psühhosotsiaalne nõustamine ja hingehoid (nii patsiendile kui ka perele).
4. Füsioteraapia rakendamine.

## 7. Nõuded teenuse osutajale

7.1. teenuse osutaja (regionalhaigla, keskhaigla, üldhaigla, perearst, vm);

Teenuse on planeeritud multimodaalse onkoloogiakeskuse juurde.

7.2. infrastruktuur, tervishoiuteenuse osutaja täiendavate osakondade/teenistuste olemasolu vajadus;

Multimodaalse onkoloogiakeskuse infrastruktuur tagab vajalikud lisateenused akuutse palliatiivravi

<p>läbiviimiseks.</p>
<p>7.3. personali (täiendava) väljaõppe vajadus;</p> <p>Personal (arstid, õed, hooldajad) vajavad täiendõpet onkoloogilise palliatiivse ravi alal. Koolituskulud on teenuseosutaja kanda.</p>
<p>7.4. minimaalsed teenuse osutamise mahud kvaliteetse teenuse osutamise tagamiseks;</p> <p>Minimaalseks teenuse osutamise vajaduse kindlustamiseks aga ka kvaliteedi tagamiseks on optimaalne akuutse onkoloogilise palliatiivse ravi osakond ühes keskses kuni 21 voodikohaga. Rahvusvahelised arvestused on toonud välja vastava vajaduse 80 voodit/ 1 miljoni elaniku kohta.</p>
<p>7.5. teenuse osutaja valmisoleku võimalik mõju ravi tulemustele.</p> <p>Lähtudes rahvusvahelistest standarditest on multimodaalse vähikeskuse obligatoorne osa akuutse palliatiivse ravi osakond. Eeltoodust lähtuvalt on onkoloogilise teenuse osutaja huvi tagada multimodaalse vähiravi kompleksis samuti palliatiivne ravi/abi.</p>

<p><b>8. Kulutõhusus</b></p>
<p>8.1. teenuse hind; hinna põhjendus/selgitused;</p> <p>Teenuse soovitatav hind on suurusjärgus 59 eurot voodipäeva kohta.</p> <p>Kulude võrdlus ligilähedaste teenustega</p> <p>järe ravi – 43,01€</p> <p>hooldusravi – 43,01€</p> <p>sisehaigused – 57,14€</p> <p>intensiivravi I aste – 57,14€</p> <p>onkoloogia – 60,52€</p> <p>kiiritusravi – 62,02€</p> <p>intensiivravi II aste – 261,36€</p> <p>Akuutse onkoloogilise palliatiivravi voodipäevateenuse kulud jäävad sisehaiguste ja intensiivravi I astme ning onkoloogia voodipäeva hinna vahele.</p> <p>Arvestuslikult on vajadus 21 voodikoha järele, mis vajaks finantseerimist 80% voodihõive korral (21X365X0,8= 6 132voodipäeva) 361 788€ aastas.</p>
<p>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;</p> <p>Akuutse onkoloogilise palliatiivravi puhul on tegemist täiesti uue teenusega, mis seni on tervishoiuteenuste hulgast puudunud. Teenuse rakendamisega ei pretendeerita ei onkopspetsiifilise aktiivravi ega hooldusravi teenuste vähendamisele. Teenuse rakendamine annab võimaluse jätkata vähahaigete ravi peale aktiivravietappi (nt peale onkoloogilist operatsiooni) erialaspetsiifilise palliatiivravi lõigus.</p> <p>Näiteks praeguses situatsioonis, kus keerukate operatsioonide järgselt suunatakse patsiendi</p>

<p>õendushooldusesse, mis spetsiifilist palliatiivset käsitlust ei taga, kaotab ka esmane spetsiifiline ravi (operatsioon) mõtte, kuna patsient vajaliku akuutse onkoloogilise palliatiivse abi puudumisel peagi sureb.</p>
<p>8.3. ajutise töövõimetuse hüvitise kulude muutus ühe raviepisoodi kohta tuginedes tõendus põhiste uuringutele võrreldes alternatiivsete teenustega;</p> <p>andmed puuduvad</p>
<p>8.4. patsiendi poolt tehtavad kulutused võrreldes alternatiivsete teenuste korral tehtavate kuludega</p> <p>Omaosalus vastavalt raviasutuses kehtestatud korrale.</p>

<p><b>9. Omaosalus</b></p>
<p>9.1. hinnang patsientide valmisolekule tasuda ise teenuse eest osaliselt või täielikult</p> <p>Võimalik on patsiendi valmisolek tasuda teenuse eest vastavalt aktiivravi omaosaluse määrale (voodipäevatasu ravikindlustusseaduse tähenduses).</p>

<p>10. <b>Esitamise kuupäev</b></p>	<p>30.12.2011.a.</p>
<p>11. <b>Esitaja nimi ja allkiri</b></p>	<p>Peeter Padrik</p> <p>/allkirjastatud digitaalselt/</p>

<p><b>12. Kasutatud kirjandus</b></p>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bakitas M., Bishop M., Caron P., Stephens L. Developing Successful Models of Cancer, Seminars in Oncology. - Nursing, 2010, 26(4), pp. 266-284. <a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2976669/pdf/nihms241595.pdf">http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2976669/pdf/nihms241595.pdf</a></li> <li>2. Bakitas M. Effects of Palliative Care Intervention on Clinical Outcomes in Patients with Advanced Cancer. - JAMA, 2009, 302, pp. 741-749.</li> <li>3. Champion F.X., Larson L.R., Kadlubeck P.J., Earle C.C., Neuss M.N. Advancing Performance Measurement in Oncology: Quality Oncology Practice Initiative Participation and Quality Outcomes. - Journal of Oncology Practice 7, 35, pp.31s-35s. <a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3092462/pdf/jop31s.pdf">http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3092462/pdf/jop31s.pdf</a></li> <li>4. Cherny N., Catane R., Schrijvers D., Kloke M., Strasser F. European Society for Medical Oncology (ESMO) Program for the Integration of Oncology and Palliative Care: 5 year review of the Designated Centers incentive program. - Annals of Oncology 2010, 21, pp. 362-369. <a href="http://annonc.oxfordjournals.org/content/21/2/362.full.pdf+html">http://annonc.oxfordjournals.org/content/21/2/362.full.pdf+html</a></li> <li>5. Cheng W.W., Willey J., Palmer J.L., Zhang T., Bruera E. Interval Between Palliative Care Referral and Death Among Patients Treated at a comprehensive cancer center. - Journal of Palliative Medicine 2005, 8, pp. 1025-1032. <a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Interval%20Between%20Palliative%20Care%20Referral%20and%20Death%20Among%20Patients%20Treated%20at%20a%20">http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Interval%20Between%20Palliative%20Care%20Referral%20and%20Death%20Among%20Patients%20Treated%20at%20a%20</a></li> <li>6. Clark D., From Margins to Centre: A Review of the History of Palliative Care in Cancer. Lancet Oncology, 2007, 8, pp. 430-438.</li> </ol>

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1470204507701389>

7. Fine R.L. The Imperative for Hospital – based Palliative Care: Patient, Institutional and Social Benefits. - Baylor University Medical Center Proceedings, 2004, 17,,3, pp. 259-264.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1200661/pdf/bumc0017-0259.pdf>
8. Globocan 2002 Cancer Incidence, Mortality and Prevalence. Available  
<http://wordwide> www-depiarcfr.
9. Hui D., Elsayem A., De la Cruz M., Berger A., Zhuekovsky D.S., Pallas S. et al Availability and and Integration of Palliative Care at US Cancer Centres. - JAMA, 2010, 30, pp.1054-1061.
10. Kelly A.S., Meier D.E. Palliative Care – A Shifting Paradigm. - The New England Journal of Medicine, 2010, 363, 08, pp.781-782.  
<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMe1004139>
11. Lunch T., Clak D., Centeno C., Rocafort I., Flores L.A., Greenwo A., Praill D., Brasch S., Giordanoa Ge Lima L., Wright M. Barriers to the Development of Palliative care in the Countries of Central and Eastern Europe and the Commonwealth of Independent States. - Journal of Pain and Symptom Managment, 2009, 37, 3 pp. 305-315.  
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0885392408003850>
12. Lunch T., Clark D., Connor S.R. Mapping levels of palliative care development. - A global Update 2011, 2011, 10 Worldwide Palliative Care Alliance pp.1-19.  
[www.thcwpc.org](http://www.thcwpc.org)
13. Rigby A., Krzuzanowska M., Le L. W. Swami N., Coe G., Rodin G., Moore M., Zimmermann C. Impact of opening an Acute Palliative Care Unit on Administrative Outcomes for a General Oncology Ward. - Cancer, 2008, 113, 11, pp. 3267-3273.  
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cncr.23909/pdf>
14. Temel I.S., Greer J.A., Muzikansky A., Gallagher E.R., Admane S., Jackson V.A. et sl. Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non – small Cell lung Cancer. - New England and Journal of Medicine 2010, 363, pp. 733-742.  
<http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa1000678>
15. Watson M. Principles of Palliative Care. - Innov Ait, 2008, 1, 4, pp. 250-256.
16. WHOCC TOOL 2 How to Designe and Implement Palliative Care Public Health Programmes: Foundation Measures 2011, pp. 1-27.
17. World Health Organization <http://www.who.int/cancer/palliative/en>
18. World Health Organisation WHO Definition of Palliative Care for Children 2007  
<http://www.who.int/cancer/palliative/definint/en>