



Tervisetehnoloogiate
hindamise keskus

Kodune hospiitsravi: efektiivsus, kulutõhusus ja eelarve mõju Eestis

Tervisetehnoloogia hindamise raport TTH76

Tartu 2025

Raporti on koostanud:

Mariliis Põld, Tartu Ülikooli tervisetehnoloogiate hindamise keskuse tervisepoliitika teadur

Katrin Koiduaru, Tartu Ülikooli tervisetehnoloogiate hindamise keskuse vanemmajandusanalüütik

Lembi Caroline Nohrin, Tartu Ülikooli tervisetehnoloogiate hindamise keskuse terviseanalüütik

Kadri Oras, SA Viljandi Haigla koduteenuste osakonna juhataja

Saima Hinno, SA Viljandi Haigla õendusjuht

Mikk Jürisson, Tartu Ülikooli tervisetehnoloogiate hindamise keskuse projekti vastutav täitja ning peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituudi kaasprofessor

Tänuõnad

Suur aitäh Kristi Luksepale OÜ-st Koduhospiits väärtusliku informatsiooni eest teenuse osutamise kohta. Täname Aivar Koppast, Malle Avarsood ja Kadri Jakoobit Tervisekassast raporti retsenseerimise eest.

Keeletoimetaja Merily Šmidt

Viide raportile:

Põld M, Koiduaru K, Nohrin LC, Oras K, Hinno S, Jürisson M. Kodune hospiitsravi: efektiivsus, kulutõhusus ja eelarve mõju Eestis, tervisetehnoloogia hindamise raport TTH76. Tartu: Tartu Ülikooli peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituudi tervisetehnoloogiate hindamise keskus; 2025.

Kodune hospiitsravi: efektiivsus, kulutõhusus ja eelarve mõju Eestis
ISBN 978-9985-4-1475-0 (pdf)

Tervisetehnoloogia raporti koostamist toetas Tervisekassa.

Sisukord

Lühendid	4
Kokkuvõte	5
1. Sissejuhatus ja raporti uurimisküsimused	8
2. Hospiits	9
2.1. Hospiitsi ajalugu	9
2.2. Palliatiivravi ja hospiitsravi	9
2.3. Hospiitsi mõiste ja kodune hospiitsravi	10
3. Koduse hospiitsravi korraldus maailmas	11
3.1. Koduse hospiitsravi käsitlemine ravijuhendites.....	11
3.2. Eri riikide praktika	13
3.2.1. Põhjamaad.....	13
3.2.2. Ühendkuningriik	14
3.2.3. Ameerika Ühendriigid ja Kanada	15
3.3. Kokkuvõte koduse hospiitsravi korraldusest maailmas	18
4. Hospiitsravi Eestis	19
4.1. Statsionaarse hospiitsravi korraldus.....	19
4.2. Kodune hospiitsravi OÜ-s Koduhospiits	20
4.3. Kodune hospiitsravi Viljandi haiglas.....	21
4.3.1. Teenuse korraldus	21
4.3.2. Andmed teenuse kohta Viljandi haiglas	22
5. Koduse hospiitsravi efektiivsus	24
5.1. Kaasatud uuringute metoodika	24
5.2. Koduse hospiitsravi efektiivsuse uuringute tulemused.....	25
5.3. Kokkuvõte koduse hospiitsravi efektiivsusest	26
6. Koduse hospiitsravi majandusliku mõju tõenduse ülevaade	27
7. Koduse hospiitsravi soovitatav korraldus Eestis	28
8. Koduse hospiitsravi kulutõhusus ja eelarve mõju Eestis	29
8.1. Analüüsi eeldused ja sisendid	29
8.1.1. Ressursikasutus	30
8.1.2. Kulud.....	30
8.2. Kulu vähendamise analüüsi tulemused	32
8.2.1. Baasstsenaarium.....	32
8.2.2. Tundlikkuse analüüs	34
8.3. Eelarve mõju analüüs	34
8.4. Kulu vähendamise ja eelarve mõju analüüsi kokkuvõte.....	36
9. Järeldused	37
Kasutatud kirjandus	38
Lisa 1. Raporti lähteülesanne	40
Lisa 2. Metoodika	42
Lisa 3. Statsionaarse hospiitsravi voodipäeva standardkulu komponendid	44
Summary	45

Lühendid

CI ingl *confidence interval*, usaldusvahemik

FAST ingl Functional Assessment Staging, funktsionaalse hindamise skaala

KH kodune hosiitsravi

PPSv2 ingl Palliative Performance Scale, palliatiivse ravi patsiendi võimekuse skaala

RR ingl *risk ratio*, riskide suhe

SH statsionaarne hosiitsravi

TerK Tervisekassa

ÜK Ühendkuningriik

Kokkuvõte

Paljudes riikides otsitakse võimalusi, kuidas toetada terminaales seisundis inimese soovi surra kodus, ning üks lahendustest on elulõpuravi ehk pakkuda hosiitsravi kodustes tingimustes. Hosiitsravi on palliatiivravi osa, mis pakub toetust ja hoolt ravimatu haiguse viimases faasis olevale patsiendile. Hosiitsis keskendutakse sümptomite leevendamisele ning patsiendi ja tema lähedaste emotsionaalsele ja hingelisele toetusele. Kodune hosiitsravi toimub patsiendi kodus ning on planeeritud eeldatava surmahetke vahetusse lähedusse. Siinse raporti eesmärk on hinnata koduse hosiitsravi efektiivsust, kulutõhusust ja eelarve mõju ning anda soovitusi teenuse rakendamiseks Eestis.

Rahvusvahelise praktika ülevaate tulemused näitasid, et koduse hosiitsravi korraldus varieerub riigiti. Hosiitsravi käsitlevates ravi- ja teenusejuhendites ei anta eraldi soovitusi koduse hosiitsravi kohta, kuid mitmel pool on kodune hosiitsravi endastmõistetav võimalus. Hosiitsravile suunatakse elulõpuseisundiga patsiendid olenemata diagnoosist. Teenusele suunamisel arvestatakse patsiendi elu eeldatava kestusega (enamasti kolm või kuus kuud, ent leidub ka teisi näiteid). Hosiitsravi teenuse osutamisel on suur roll õdedel. Teenuse vajaduse hindamisel ning teenuse osutamisel osaleb ka arst ja hingehoidja ning kaasata võidakse teisi spetsialiste. Hosiitsravi seisneb peamiselt sümptomite leevendamises (eelkõige valuravi). Hosiitsravi juurde võivad kuuluda ka teenused lähedastele, näiteks nõustamine ja psühholoogiline abi. Patsiendi surma korral abistab teenuseosutaja näiteks surnukeha korrastamisel. Kodusel hosiitsraviga ei pea inimene olema pidevalt. Kui seisund on stabiilne, võib hosiitsravi lõpetada või katkestada. Mitmel pool kuulub hosiitsravi juurde lühiajalise ehk intervallhoolduse võimalus, et lähedased saaksid hooldamisest puhkeajaga võtta.

Eestis rahastatakse ravikindlustuse eelarvest statsionaarset hosiitsravi. Projektipõhiselt või kohalike omavalitsuste toel ning patsientide ja nende perekondade rahastamisel on aga üksikutes asutustes rakendatud ka kodust hosiitsravi. SA Viljandi Haiglas on kodune hosiitsravi olnud kasutusel alates 2023. aasta jaanuarist. Kokku on teenust saanud ligi 50 patsienti, kellest suurem osa oli onkoloogilise haiguse põhi- või kaasuva diagnoosiga.

Uuringuid, kus võrreldakse koduse hosiitsravi efektiivsust statsionaarse hosiitsravi omaga, on vähe. Ühe süstemaatilise ülevaate (koondas neli juhuslikustatud kontrolluuringut) ning ühe longituuduuringu põhjal leidub madala kvaliteeditasemega tõendus, et võrreldes statsionaarse hosiitsraviga on koduse hosiitsravi korral statistiliselt oluliselt suurem tõenäosus, et inimene

saab surra kodus. Muude tulemite (nt hospitaliseerimise ärahoidmine, patsiendi ja lähedaste rahulolu) kohta ei ole võimalik teha üheseid järeldusi.

Süsteemaatilise teaduskirjanduse otsingu tulemusena ei leitud ühtegi kodust hospiitsravi statsionaarse hospiitsraviga võrrelnud kulutõhususe analüüsi. Leiti üks uuring, milles muu hulgas võrreldi koduse hospiitsravi kulusid statsionaarse hospiitsravi kuludega. Uuringus leiti, et keskmine tervishoiukulu viimasel elukuul oli koduse hospiitsravi rühmas võrreldes statsionaarse hospiitsriga statistiliselt oluliselt väiksem. Kulude erinevuse põhjus oli pikem haiglaravil viibimise aeg statsionaarse hospiitsravi rühmas. Erinevus hospiitsravi kogukuludes kahe rühma vahel statistiliselt oluliselt ei erinenud.

Siinse raporti kulu vähendamise analüüs tehti kahes stsenaariumis: 1) patsiendikäsitluse ja õevisiitidega seotud kuludega arvestati vaid õevisiidi päevadel ning arstivisiidi kuluga vaid arstivisiidi päevadel, 2) kõigi kulukategooriate esinemisega arvestati kõigil hospiitsravi päevadel. Sisendandmetena kasutati Viljandi haigla andmeid ja Tervisekassa (TerK) tervishoiuteenuse hindu. Analüüsis leiti, et kõige suurem oli päevane kulu statsionaarse hospiitsravi korral (177,67 eurot patsiendi kohta). Päevane kulu koduse hospiitsravi korral oli mõlema hinnatud stsenaariumi puhul väiksem, vastavalt 41,04 ja 96,50 eurot patsiendi kohta. Koduse hospiitsraviga tekkis kokkuhoid eelkõige majutuse ja personalikulude arvelt.

Kuigi Viljandi haigla andmetel hinnatud koduse hospiitsravi kestus (keskmiselt 21 päeva) oli suurem kui statsionaarse hospiitsravi kestus (keskmiselt 18 päeva) ning ligi viiendik koduse hospiitsravi patsientidest suunati statsionaarsele hospiitsravile, oli mõlema stsenaariumi korral koduse hospiitsravi kogukulu väiksem (vastavalt 62% ja 26% stsenaarium 1 ja 2 korral). Enim mõjutas kulude erinevust hospiitsravi kestus ja õe ajakulu patsiendi kohta.

Kulu vähendamise analüüsis arvatud kulude erinevuste põhjal hinnati eelarve mõju TerK-le nelja kodusele hospiitsravile sobivate patsientide osakaalu stsenaariumi kaupa – 5%, 10%, 15% ja 20% Eesti järgneva aasta eeldatavast hospiitsravi patsientide arvust (1345 patsienti). Stsenaarium 1 korral saavutatav kokkuhoid oli vahemikus 120 560 – 482 241 eurot aastas, stsenaarium 2 korral oleks kokkuhoid 49 678 – 198 714 eurot aastas. Samas võib koduse hospiitsravi teenuse pakkumine täiendavalt suurendada hospiitsravi soovivate patsientide arvu.

Eestis võiks koduse hospiitsravi jaoks rakendada sarnaseid tasu üle võtmise ja rakendustingimusi ning kvaliteedinõudeid nagu statsionaarse hospiitsravi korral. Tuleks luua koduse hospiitsravi teenuse juhend. Koduse hospiitsravi sihtrühm on elulõpuhaigusega patsiendid diagnoosist sõltumata, kuid täpsemad kriteeriumid, nagu arvestamine eeldatava

elada jäänud ajaga, tuleb kokku leppida. Teenusele suunamise eeldus on patsiendi ja/või tema lähedaste teadlik nõusolek ning tähelepanu tuleb pöörata patsiendi igapäevase abistamisega tegelevate lähedaste nõustamisele ja toetamisele. Hospiitsravi edasisel arendamisel tuleks arutada teenuse üldist kontseptsiooni. Eri riikide näitel keskendub hospiitsravi järjest enam lähedaste toetamisele ning ei ole mõtestatud tervishoiuteenusena.

1. Sissejuhatus ja raporti uurimisküsimused

Paljudes riikides püütakse leida mooduseid, kuidas toetada terminaales seisundis inimese soovi surra oma kodus. Üks võimalus on rakendada elulõpuravi ehk hosiitsravi patsiendi kodus – see on palliatiivravi osa, mis pakub toetust ja hoolt ravimatu haiguse viimases faasis olevale patsiendile. Hosiitsis ei tegeleta põhihaiguse raviga, vaid keskendutakse sümptomite leevendamisele ning emotsionaalsele ja hingelisele toetusele. Hosiitsravi on meditsiiniline sekkumine, mille näidustus on ravidokumentides fikseeritud parima toetava ravi otsus või otsus haigusspetsiifilise ravi lõpetamise kohta ja patsiendi meditsiinilist sekkumist vajavad seisundid. Kodune hosiitsravi toimub patsiendi kodus ning on planeeritud eeldatava surmahetke vahetusse lähedusse. 2021. aastal avaldatud süstemaatilises ülevaates leiti, et kodus elulõpuravi saanud inimeste surmakoht on suure tõenäosusega kodu ning et hosiitsravi kodus võib suurendada patsiendi ja lähedaste rahulolu võrreldes statsionaarse hosiitsraviga [1].

Eestis rahastatakse ravikindlustuse eelarvest statsionaarset hosiitsravi ning määratletud on hosiitsravile suunamise kriteeriumid [2]. Eestis on koostatud ravijuhendi „Palliatiivse ravi juhend“ kaks osa (I ja II), milles käsitletakse elulõpuravi [3, 4]. Kodust hosiitsravi on Eestis piloteerinud SA Viljandi Haigla ning teenust osutatakse erapraksistes.

Varem on Eestis avaldatud mõnevõrra sarnasel teemal tervisetehnoloogia hindamise raport „Aktiivravi patsiendi kodus ehk koduhaigla: efektiivsus, kulud ja korraldus“ [5], milles järeldati, et kindlate haiguste korral on aktiivravi patsiendi kodus haiglaraviga võrreldav: see ei suurenda suremuse riski ega rehospitalseerimise ja institutsionaliseeritud ravile sattumise riski, ei halvenda patsiendi funktsionaalset staatust ja elukvaliteeti ning ei vähenda ohutust.

Siinse raporti eesmärk on hinnata koduse hosiitsravi efektiivsust, kulutõhusust ja eelarve mõju ning anda soovitusi teenuse rakendamiseks Eestis.

Raporti lähteülesandest (vt lisa 1) tulenevad uurimisküsimused on järgmised:

1. Milline on koduse hosiitsravi rakendamise praktika (sihtrühmad, teenuse sisu ja nõuded) Eesti ja teiste riikide kogemuse põhjal?
2. Milline on koduse hosiitsravi efektiivsus võrreldes hosiitsraviga haiglas?
3. Milline on olemasolev tõendus koduse hosiitsravi kulutõhususe kohta?
4. Milline on koduse hosiitsravi kulutõhusus Eestis?
5. Milline on koduse hosiitsravi eelarve mõju Eestis?
6. Milline on koduse hosiitsravi soovitatav korraldus Eestis?

2. Hospiits

2.1. Hospiitsi ajalugu

Hospiitsi kontseptsioon pärineb keskajast – hospiitsravi algusajaks võib pidada 11. sajandit, kui mungad kandsid hoolt palverändurite eest. Hooneid, kus palveränduritele peavarju pakuti, tähistati ladinakeelse sõnaga *hospes* [6], millest tuleneb tänapäevane hospiitsi termin. Hospiitside hulk vähenes seoses usuliste liikumiste vähenemisega ning hiljem muudeti esialgsed hospiitsid haiglateks.

Kaasaegne hospiitsi käsitlus sai alguse 1950ndatel aastatel Londonis Dame Cicely Saundersi eestvedamisel. Saunders uskus, et terminiaalselt haiged patsiendid vajavad kaastundlikku hoolt, mis keskendub patsiendi murede lahendamisele ning füüsiliste sümptomite leevendamisele. 1967. aastal avas Saunders Saint Christopher’si hospiitsi, kus ta oma holistliku lähenemisega keskendus patsiendile tervikuna, mitte patsiendi haigusele. [7] Tegemist oli esimese nüüdisaegse hospiitsiga, millest väljakasvanud ülemaailmne hospiitsiliikumine on muutnud üldsuse suhtumist surma [8].

2.2. Palliatiivravi ja hospiitsravi

Sõna „palliatiivne“ tuleb ladinakeelsest sõnast *pall*, mis tähendab tekki või katet ja sümboliseerib hoolitsemist inimese eest tervikuna. Palliatiivravi tähendab kroonilise või terminiaalse haigusega inimeste sümptomaatilist ravi, mille eesmärk on leevendada patsiendi vaevusi, kusjuures eriti olulisel kohal on valuravi. [7] Palliatiivravi on kättesaadav igas vanuses patsientidele ning seda võib alustada kas kohe diagnoosi saamise hetkel või hiljem, samuti võib seda läbi viia täiendava ravimeetodina põhihaiguse raviga paralleelselt [9, 10]. Palliatiivravi alla kuuluvad muu hulgas edasise hoolduse ja abi planeerimine (ingl *advance care planning*), elulõpuravi, hospiitsravi ja lähedase kaotuse järgne toetus – leinatöö surma saabudes ja selle järel (ingl *bereavement support, bereavement care*).

Hospiitsravi on mõeldud haiguse viimases faasis olevatele patsientidele, kui haigust pole võimalik (enam) ravida või patsient on otsustanud ravist loobuda. Hospiitsi eesmärk on pakkuda patsientidele toetust ja hoolt elulõpu perioodil, võimaldades rahulikku ja väärikat elust lahkumist. [3, 4, 8, 10, 11] Oluline on säilitada patsiendi elukvaliteeti elu lõppfaasis, mitte elu ajaliselt pikendada [8]. Hospiitsis ei tegeleta enam põhihaiguse raviga, vaid keskendutakse sümptomite leevendamisele ning patsientide ja nende lähedaste emotsionaalsele ja hingelisele toetamisele [8, 11]. Hospiitsravi toetub hospiitsifilosoofiale, mille keskmes on holistlik

inimkäsitus, ja surma aktsepteeritakse kui elu viimast faasi, mida ei proovita kiirustada ega edasi lükata [8, 12].

2.3. Hospiitsi mõiste ja kodune hospiitsravi

Tänapäeval tähendab hospiits eelkõige ravi/hoolduse tüüpi ja ei ole seotud spetsiifilise kohaga [10]. Inglisekeelses kirjanduses kasutakse palliatiiv- ja hospiitsravi või elulõpu- ja hospiitsravi mõisteid mõnikord sünonüümidena. Hospiitsteenust võidakse osutada kodus, hooldekodus, ambulatoorselt, statsionaarselt (õendusabiosakonnas, haiglas) ning ka päevaravi teenusena (päevahospiits) [3, 4, 8, 10]. Tähtis on patsiendi lähedaste panus, eriti koduse hospiitsravi korral, kus lähedasel peab igal hetkel olema võimalus patsiendi juures viibida, et põetuses osaleda [8]. Elulõpuravi kodus võimaldab tervishoiuspetsialistidel ravida patsiendi kodus selliseid patsiente, kes vajaksid muidu statsionaarset elulõpuravi haiglas või hospiitsis [1].

3. Koduse hosiitsravi korraldus maailmas

Siinses peatükis kirjeldatakse koduse hosiitsravi rakendamist eri riikides, tuginedes teenuse osutamise juhenditele ja kirjeldustele. Riiklike juhendite ja teenusekirjelduste otsingu metoodikat on kirjeldatud lisa 2.

3.1. Koduse hosiitsravi käsitlemine ravijuhendites

Maailma Terviseorganisatsiooni koostatud tervishoiu programmijuhtidele suunatud juhendis [13] palliatiivravi teenuste korraldamiseks on kirjeldatud, et palliatiivravi ei ole limiteeritud ainult haiglaga, vaid seda võib läbi viia ükskõik millises keskkonnas, sh patsiendi kodus. Kodune hosiitsravi on juhendis kirjeldatud kui kodus osutatav hosiitsravi (kasutatud on sõna palliatiivravi), mille eesmärk on pakkuda patsiendile hooldust tema enda kodus krooniliste, elu lühendavate haiguste puhul, nagu vähk, kaugelearenenud südame-, neeru- ja kopsuhaigused, HIV/AIDS ja kroonilised neuroloogilised haigused. Kodusel hosiitsraviga on võrreldes statsionaarse hosiitsraviga palju eeliseid: haiglaga võrreldes tunnevad patsiendid end kodus keskkonnas paremini ja tänu pereliikmete kaasatusele on patsiendil hea ligipääs abile. Kodupõhises lähenemises pakutakse lähedastele nõuandeid ja toetust, et neid hooldaja rollis aidata, ning vajadusel saab koduhooldusmeeskond perekonda aidata või suunata neid täiendavate teenuste juurde.

Juhendi kohaselt peaks palliatiivravi algama patsiendi vajaduste multidimensionaalse hindamisega, kasutades skriinimisinstrumente. Arvestada tuleb patsiendi lähedaste vajadusi nii patsiendi elu lõpus kui ka selle järel. Kodust hooldust ja abi osutavatel inimestel on oluline roll hosiitsraviga patsiendi hooldamises ning nad annavad märkimisväärse, kuid sageli alahinnatud majandusliku panuse tervishoiusüsteemi.

Juhendis esitatud koduse hosiitsravi miimumnõuete järgi peaks koduravimeeskonna moodustama vähemalt üks täiskoormusega töötav õde ja osakoormusega arst, aga vajalik personali koosseis sõltub ka riigi ja tervishoiusüsteemi reguleerijatest nõuetest. Koduse hosiitsraviga multidistsiplinaarses meeskonnas on õed, arstid, psühholoogid/nõustajad, sotsiaaltöötaja ja spetsiaalse koolituse saanud vabatahtlikud või muud tervishoiutaustaga spetsialistid. Koolitusi tuleks pakkuda ka patsiendi lähedastele ja hooldamist puudutav juhendmaterjal võiks lähedastele olla kättesaadav paberil.

Koduse hosiitsraviga eeldus on kodukeskkonna turvalisus tervishoiutöötajatele, samuti on vajalik turvaline ja nõuetekohane koht, kus ravimeid ja meditsiinivarustust säilitada. Tähtis on

tagada töötajate transport patsientide kodudesse ja nende vahel liikumiseks. Lisaks on vaja töötelefone üksteise ning patsientide ja nende perekondadega suhtlemiseks. Vajalik on ka koduhoolduskomplekt, mis koosneb ravimitest, kodusteks hooldustoiminguteks vajalikest vahenditest ning dokumentatsioonist. Samuti tuleb arvestada koduse hosiitsravi finantspoolega: näiteks meeskonnaliikmete palgad, sõidukite ja ruumide rent, kommunikatsioonivahendite, ravimite ja muude töövahendite ning koduhooldusteenuse hinnad.

Soome ravijuhenditest on hosiitsravi puudutavaid aspekte käsitletud palliatiivravi juhendis. Võimaliku hosiitsravi toimumise asukohana on nimetatud patsiendi kodu, kuid spetsiifilisi juhiseid koduse hosiitsravi läbiviimiseks juhendis ei anta. Ravijuhendis käsitletakse ka elulõpuplaani koostamist, mis sisaldab näiteks raviiranguid ja patsiendi soove seoses elulõpuga. Veel on juhendis täpsemad juhised erinevate sümptomite leevendamiseks palliatiivrais. Ravijuhendis on viidatud ka teistele elulõpuhaiguste käsitusjuhenditele. [14]

Šotimaa palliatiivravi juhendis [15] on käsitletud elulõpuravi erinevate sümptomite leevendamise aspektist, samuti on esitatud soovitusel patsiendi heaolu tagamiseks viimastel elupäevadel. Juhendis soovitatakse arvesse võtta hosiitsravigil oleva patsiendi emotsionaalseid, spirituaalseid, religioosseid, kultuurilisi, õiguslikke ja perekondlikke vajadusi. Hinnata tuleb ka pereliikmete leinatöö vajadust. Kodust hosiitsravi käsitlevaid soovitusi juhendis ei ole. Kirjeldatud on, et kodus oleva hosiitsravi patsiendi puhul on oluline, et perekond teab, kelle poole pöörduda patsiendi seisundi halvenemise või surma korral. Juhendis on esitatud täpsed juhised erinevate sümptomite ja tekkinud terviseprobleemide leevendamiseks.

Ühendkuningriigis (ÜK) avaldatud diabeedihaigete elulõpuravi juhendis on kvaliteetse diabeediravi põhimõtted elulõpu kontekstis. Juhendis on öeldud, et tähtis on varakult märgata vajadust koostada elulõpuplaan, sõltumata sellest, kas patsient soovib viibida kodus või kliinilises keskkonnas. Elulõpu lähenedes tuleks vähendada ebavajalike sekkumiste ja jälgimisega seotud tegevuste hulka, et vähendada patsiendi stressi, ohverdamata sealjuures patsiendi ohutust. Elulõpu planeerimisse tuleks kaasata ka patsiendi lähedased. Juhendis on esile tõstetud, et kui peatselt surev patsient viibib tema eelistatud elulõpukohas, on tähtis, et tema sümptomite leevendamisega tuldaks seal toime, et ei tekiks vajadust patsienti haiglasse transportida. [16]

Kanada meditsiiniliidu soovitusel peaks igal elulõpule läheneval inimesel olema soovi korral võimalus saada hosiitsravi oma kodus ning selle võimaldamiseks peaksid temaga tegelevad arstid tagama adekvaatsed ressursid koduseks hosiitsraviks [17].

Eesti ravijuhenditest on hosiitsravi käsitletud palliatiivravi ravijuhendi II osas ning kasutatud on elulõpuravi mõistet [4]. Ravijuhendis ei ole eraldi käsitletud kodust hosiitsravi, kuid mõistete peatükis on nimetatud, et elulõpuravi võib osutada kodus, hooldekodus, ambulatoorselt või statsionaarselt (õendusabiosakonnas, haiglas). Ravijuhendis on antud peamiselt praktilisi soovitusi, sest hea kvaliteediga tõendusmaterjali leidub sel teemal vähe ja uuringuid on patsiendi elulõpuravis eetilistel põhjustel keeruline teha. Hosiitsravi mõistet käsitletakse ravijuhendis elulõpuravi sünonüümina.

3.2. Eri riikide praktika

3.2.1. Põhjamaad

Rootsis võidakse palliatiivravi osutada kodus ning ravi korraldus varieerub. Kodus osutavad teenust multiprofessionaalsed mobiilsed tiimid (ingl *multi-professional mobile teams*). Suurt tähelepanu pööratakse käsitluse ühtlustamisele riigis ning ravi pakkumisele kodus institutsionaliseeritud ravi asemel. Rootsi tervisesüsteemi ülevaate järgi on elulõpuravi osad valu ja ärevuse leevendamine, lamatiste ennetamine ning suutervise jälgimine. Nimetatud tegevused on sõnastatud ka tervisesüsteemi kvaliteedi kriteeriumitena. Näiteks peab olema eesmärk leevendada kõigil patsientidel valu ja 98% patsientidel ärevust, lamatiste puudumine tuleb tagada vähemalt 90% patsientidel ning suutervise hindamine vähemalt 90% patsientidel. Rootsis on väga soodustatud lähedaste osalemine elulõpuravi planeerimises ning lähedastel on õigus psühholoogilisele ja finantsilisele toele. Finantsilist tuge võib saada ükskõik milline töötav lähedane, kes jääb patsiendi abistamise tõttu töölt eemale. Iga patsiendi kohta on võimalik saada finantsilist abi saja päeva jooksul. Selle saab välja võtta üks inimene korraga ja seda saab teha eri aegadel. [18] Toetus tasutakse sotsiaalkindlustuse vahenditest.

Norras tagavad palliatiivravi kodus olevatele patsientidele perearst ja kohaliku omavalitsuse koduteenuste osutajad. Perearsti ja kohaliku omavalitsuse teenuste juhitud palliatiivravi meeskonda toetab haigla vastav spetsialistide tiim. Ravimeeskonnas peab olema konsultant (ingl *consultant*; eriala ning ameti sisu ei ole täpsustatud, kuid eeldatavasti on tegu arstiga), täiskohaga õde, sotsiaaltöötaja, füsioterapeut ja teoloogilise taustaga nõustaja (ingl *pastoral worker*). Teenuse hüvitamise tingimuseks on seatud süstemaatiline sümptomite hindamine,

lähedastele info jagamine (ingl *follow-up of family members*) ja koostöö esmatasandi teenuseosutajaga. [19]

Soomes on palliatiivne ravi peamiselt seotud omavalitsuste ning koduteenuseid osutavate organisatsioonidega [20].

3.2.2. Ühendkuningriik

ÜK-s on kodune hospiitsravi patsiendile üldiselt tasuta, seda hüvitatakse riiklikust ravikindlustusest [21]. Hospiitsravi võib olla suunatud hospitaliseerimise ärahoidmisele või haiglast kiiremale väljakirjutamisele ning teenus toetab inimesi ka olukorras, kus patsiendi seisundis toimuvad kiired muutused. Patsiendi suunab kodusele hospiitsravile perearst, eriarstiabi teenuseosutaja või õendusabi teenuseosutaja, kuid inimesed võivad ka ise otse koduse hospiitsravi teenuseosutaja poole pöörduda. Teenusele suunatakse elukvaliteeti halvendava haigusega patsiendid, kes vajavad intensiivset või lisahooldust, kuid suunamise kriteeriumid võivad teenuseosutajate vahel varieeruda. Suunamisel kirjeldatakse teenuse osutamise näidustust ja koostatakse hooldusplaan (ingl *plan of care*). Suunamise kriteeriumiks on patsiendi teadlik nõusolek teenusega. [21] Teenust osutatakse koostöös kogukonnaõega (ingl *community nurse*). Hospiitsravi osutavad ka vabatahtlikud organisatsioonid ning kohalikud tervishoiu- või sotsiaalhoolekandeorganisatsioonid. Hospiitsravi osutaja tegutseb koostöös teiste tervishoiu- ja sotsiaalhoolekande spetsialistidega.

ÜK-s on koduse hospiitsravi teenuse sisu seotud eelkõige õendustegevustega, kuid kaasata võidakse ka palliatiivravi teenuseosutajad, kes nõustavad valuravi ja sümptomite kontrolli teemal ning pakuvad praktilist ja emotsionaalset tuge patsiendile ja tema lähedastele, ning teisi spetsialiste. [22]

Kodusel hospiitsravis pakutavad teenused võivad varieeruda [21]. Enamasti pakutakse meditsiinilist ja õendusabi, mille eesmärk on valu ja muude sümptomite kontroll. Veel võidakse pakkuda [23]

- füsioteraapiat;
- tegevusteraapiat;
- täiendavaid teraapiad, näiteks massaaž;
- muid rehabilitatsiooniteenuseid, mis on suunatud patsiendi iseseisva toimetuleku toetamisele igapäevategevustes;
- intervall- ehk lühiajalist hooldust;

- informatsiooni rahalise toimetuleku võimaluste kohta;
- psühholoogilist ja spirituaalset abi.

Koduse hospiitsravi osa võib olla erinevate abivahendite ja kodu kohanduste pakkumine (nt paigaldatavate käetoed, et liikumist hõlbustada) [22].

Hospiitsravi kestus sõltub patsientide individuaalsetest vajadustest. Samuti võib seisundi muutumisel olla vajalik teha kiireid muudatusi osutatavates teenustes ja nende kestuses [21].

Teenuseosutajana tegutsemise eeldus on huvi töötada patsientidega, kellel on elulõpuseisund. Tähtis on mõista hospiitsi filosoofiat. Hospiitsravi teenuseosutaja ülesanne on kaasata patsient ja tema lähedased ravi ja hooldusega seotud otsuste tegemisse ning neid otsuste tegemisel toetada. Kuivõrd ÜK-s on hospiitsravi osutamine eelkõige õenduseriala, on vajalik, et õde oleks kvalifitseeritud. Vajalik on ka koostööoskus, sest töötatakse meeskonnas ning koos teiste erialade esindajate ja asutustega.

Enamasti on esmane kontakt (teenuse)juht või koordinaator. Kõik patsiendi raviga seotud osalised peavad omavahel tihedalt suhtlema – võimalikult hea infovahetus on patsiendi heaolu huvides. Hospiitsravi meeskonnas on tavaliselt arstid, õed, assistendid, sotsiaaltöötajad, terapeutid, nõustajad, kaplanid ja vabatahtlikud [23]. Suhtluses patsiendi ja tema perega on enamasti nn võtmeisikuks õde, kuid see võib olla ka muu osapool, kellel on patsiendiga kõige sagedasem kontakt. [21]

3.2.3. Ameerika Ühendriigid ja Kanada

USA näitel on hospiitsravi näidustatud, kui arsti hinnangul on patsiendil seisundi tavapärasest kulgu arvestades jäänud elada vähem kui kuus kuud [24, 25], kuid ravi võidakse arsti otsusele tuginedes pikendada [24]. Kodust hospiitsravi võidakse osutada ka hooldekodus või muus kohas, mida patsient oma koduks nimetab [23, 25, 26].

USA vähiühingu veebilehel toodud koduse hospiitsravi kirjelduse järgi külastab hospiitsravi alustamise otsuse järel patsienti ja tema perekonda ravimeeskonna liige, et ühiselt koostada patsiendi vajadusi arvestav raviplaan. Ravimeeskond korraldab vajalikud teenused ning pannakse paika visiitide korraldus. Ravimeeskonna liige külastab patsienti regulaarselt ja neid visiite teeb tavaliselt hospiitsi õde. Koduse hospiitsravi teenuseosutaja on patsiendile iga päev ja ööpäev läbi telefoni teel kättesaadav. Samuti võidakse teha kodukülastusi tööpäevavälisel ja planeeritud visiitide vahelisel ajal. Näiteks peab kindlustuspakkuja Medicare osutama ööpäev läbi õendusabi, apteegi ja arstiabi teenuseid. Hädaolukorras soovitatakse enne üleriigilisele

hädaabitelefonile helistamist võtta ühendust hosiitsravi teenuseosutajaga, sest konkreetsest teenusest võib sõltuda, kas inimene peab erakorralise abi eest ise maksma või hüvitatakse kulu hosiitsravi sees [26].

USA teenuseosutaja VITAS Healthcare'i näitel pakub teenuseosutaja vajalikke ravimeid ja vahendeid ning tagab hooldusteenuse. Kui koduhaigla puhul toimuvad visiidid kaheksa tunni jooksul ööpäevas, siis kodust hosiitsravi osutatakse ööpäev läbi [25]. USA Medicare'i ja Medicaidi programmis kuuluvad koduse hosiitsravi sisse [27]

- arstiabi;
- õendusabi;
- abivahendid (nt ratastool, rulaator);
- hooldusvahendid (nt sidemed, kateetrid);
- retseptiravimid;
- abistaja teenused (ingl *hospice aide and homemaker services*);
- füsioteraapia ja tegevusteraapia;
- kõneravi;
- sotsiaaltöötaja teenus;
- toitmisravialane nõustamine;
- leinanõustamine patsiendile ja tema lähedastele;
- lühiajaline statsionaarne ravi (valu jm sümptomite leevendamiseks);
- intervall- ehk lühiajaline hooldus;
- muud teenused, mis on näidustatud elulõpuhaigusega toimetulekuks.

USA Medicare'i ja Medicaidi programmis ei kuulu hosiitsravi sisse [27]

- põhihaiguse kuratiivne ravi (kui patsient soovib põhihaiguse ravi, on võimalik hosiitsravi katkestada);
- retseptiravimid, mis on näidustatud muu kui terminalse haiguse või sellega seotud seisundite ravis;
- ravi või hooldus mujalt kui kokkulepitud hosiitsravi teenuseosutajalt (patsient võib käia edasi oma tavapärase raviarsti või muu tema seisundiga tegeleva spetsialisti juures);
- elukoht, majutus, v.a kui hosiitsravi meeskonna otsusel on vajalik lühiajaline statsionaarne ravi, sh intervallhoolduse korral.

Teenuseosutaja ülesanne on eelkõige patsienti ja tema perekonda toetada. Patsiendi igapäevase abistamisega tegelevad teenuseosutaja juhendamisel patsiendi lähedased ja sõbrad. Teenuseosutaja pakub ka intervall- ehk lühiajalist hooldust näiteks selleks, et patsiendi lähedased saaksid hooldusest puhkeajaks võtta. Lühiajaline hooldus võib kesta mõnest tunnist mitme nädalani. [28]

Hospiitsravi koordineerib arst ning teenuseosutaja juures töötavad õendusassistentid [29]. Samuti võib meeskonnas olla (sotsiaaltöötaja taustaga) koordinaator (ingl *hospital discharge planner*), kes abistab logistilistel teemadel [29]. Nii nagu teenuse sisu võib ka meeskonna koosseis erineda teenuse- ja kindlustuspakkujate vahel. Lisaks arstile ja õele on sagedamini hospiitsravi meeskonnas [26]

- sotsiaaltöötaja;
- nõustaja, tugispetsialist (sh füsioterapeut, tegevusterapeut);
- dietoloog;
- hooldaja (ingl *home health aide*);
- vaimulik, näiteks kaplan või vaimne juht (ingl *spiritual leader*);
- vabatahtlikud.

Hospiitsravi osutamisel osalevatel inimestel peab olema väljaõpe surma ja suremisega seotud teemades. Ravimeeskond teeb regulaarseid koosolekuid ning suhtleb patsiendi ja tema lähedastega, et tagada patsiendi vajadustele vastav ravi, sealhulgas sümptomite kontroll ning sotsiaalne, emotsionaalne ja spirituaalne tugi [26].

Koduse hospiitsravi korral abistatakse perekonda ka patsiendi surma korral, sealhulgas õpetatakse, kuidas lähedased saavad aru, et surmahetk on lähenemas [30]. USA teenuseosutajate näitel peaks patsiendi surma korral helistama hospiitteenuse pakkujale, mitte hädaabinumbrile. Hospiitsravi teenuseosutaja fikseerib surma ning juhendab dokumentide vormistamise ja surnukeha transportimise asjus, samuti pakub perele psühholoogilist tuge [31]. See tähendab, et teenuseosutaja on surmahetkel või vahetult selle järel perekonna juures.

USA-s võib koduse hospiitsravi eest tasuda inimene ise, kuid on ka riigipoolseid kulude hüvitamise programme (nt sõjaveteranidele, eakatele, väikese sissetulekuga inimestele) [32]. Kindlustuspakkujate vahel võib koduse hospiitsravi sisu erineda. Näiteks võidakse abivahendid, nagu funktsionaalne voodi või potitool, anda teenuse raames patsiendi koju. [29].

Kanada näitel saavad kodust hospiitsravi peamiselt onkoloogilised haiged ja kuigi üldiselt on palliatiivne ravi (Kanada terminoloogias sama mis hospiitsravi) haiglates ühtlaselt kättesaadav,

siis teenuse osutamine kodus võib regiooniti märgatavalt erineda. Enam kui 70% palliatiivravi teenustest hüvitatakse riiklikust ravikindlustusest. Hospiitsravile määramise kriteerium on, et elada on jäänud vähem kui kolm kuud. [33]

3.3. Kokkuvõtte koduse hospiitsravi korraldusest maailmas

Hospiitsravi osutamine kodus on järjest enam levinud ja ravi korraldus varieerub riigiti. Hospiitsravi käsitlevates ravi- ja teenusejuhendites ei anta eraldi soovitusi koduse hospiitsravi kohta, kuid mitmel pool on kodune hospiitsravi endastmõistetav võimalus.

Hospiitsravile suunatakse patsiendid, kellel on elulõpuseisund, olenemata diagnoosist (sagedamad sihtrühmad on onkoloogilised haiged). Teenusele suunamisel arvestatakse enamasti patsiendi eeldatava elueaga. Teenus on pigem kirjeldatud õendusabiteenusena, suur roll on õdedel. Teenuse osutamisel osaleb arst ja hingehoidja ning kaasata võidakse näiteks sotsiaaltöötaja, füsioterapeut või muu spetsialist. Teenus seisneb peamiselt patsiendi sümptomite leevendamises (eelkõige valuravi) ning lähedaste nõustamises ja abistamises. Hospiitsravi juurde võivad kuuluda ka muud teenused lähedastele, näiteks psühholoogiline abi. Kodusel hospiitsravil ei pea inimene olema pidevalt. Kui seisund on stabiilne, võib hospiitsravi lõpetada või katkestada. Mitmel pool kuulub hospiitsravi juurde intervallhoolduse võimalus.

4. Hospiitsravi Eestis

Eestis on TerK rahastatud statsionaarne hospiitsravi ja mõned teenuseosutajad pakuvad kodust hospiitsravi teenust. Kuivõrd rahastatav statsionaarse hospiitsravi teenus on kirjeldatud tervishoiuteenusena, erineb see kontseptuaalselt teiste riikide praktikast, kus hospiitsi iseloomustab eelkõige toetus patsiendi lähedastele. Siinses peatükis kirjeldatakse statsionaarse hospiitsravi korraldust, lähtudes TerK tervishoiuteenuste loetelust [34], ning esitatakse ülevaade koduse hospiitsravi korraldusest Eestis kahe asutuse näitel.

4.1. Statsionaarse hospiitsravi korraldus

Alates 2020. aastast on TerK tervishoiuteenuste loetelus statsionaarne hospiitsravi (teenuse kood 2068, omaosaluse määr 0%). Teenuse eest maksmise kohustuse ülevõtmise tingimused on muu hulgas järgmised [34]:

- ravidokumentides fikseeritud parima toetava ravi otsus või otsus haigusspetsiifilise ravi lõpetamise kohta (sh konsiiliumi otsus);
- patsienti on hinnatud PPSv2 (ingl Palliative Performance Scale, palliatiivse ravi patsiendi võimekuse skaala) alusel [35];
- patsiendil on hinnatud hospiitsravi vajaduse indikaatorseisundid;
- tervishoiuteenust osutatakse hospiitsravi osutamiseks kohandatud palatiplokis, kus töötab palliatiivse ravi ettevalmistusega eriarst ning vähemalt 30% tervishoiuteenust osutavatest õdedest ja hooldajatest on palliatiivse ravi ettevalmistusega. Tagatud on ööpäevaringne eriarsti valmisolek konsulteerida. Vajaduse korral on ravisse kaasatud sotsiaaltöötaja, hingehoidja, psühholoog, füsioterapeut, logopeed või muu patsiendi terviklikuks hoolduseks vajalik spetsialist.

Teenuse voodipäevade maksimumarv on 14, mida võib pikendada, kui on toimunud uus hindamine. TerK ravi rahastamise lepingu lisana kirjeldatud juhendis „Hospiitsi suunamise kriteeriumid“ [2, 36] täpsustatakse tingimusi:

- PPSv2 tulemus peab olema $< 50\%$;
- patsiendi haiguse tavapärase kulgemise korral on tõenäoline oodatav elumus vähem kui kuus kuud;
- otsus patsiendi hospiitsravile suunamise kohta tehakse patsiendi kliinilise seisundi, sümptomite ja muude tunnuste alusel. Arvestatakse neid kliinilise seisundi muutuseid, sümptomeid ja tunnuseid, mis viitavad halvale prognoosile ja on pöördumatud;

- dementsuse puhul progresseeruv langus funktsionaalse hindamise skaalaga FAST (ingl Functional Assessment Staging) hindamisel (tulemus alates 7A);
- hospiitsi suunamisel tuleb arvestada ka kaasuvate haigustega (nt krooniline obstruktiivne kopsuhaigus, südame isheemiatõbi, kongestiivne südamepuudulikkus), sest nende ägenemine mõjutab põhihaigust ja elumust.

Juhendis tõstetakse esile, et haigusspetsiifilised suunised lepitakse kokku erialaspetsialistidega ning need koos kliinilise seisundi halvenemisega on otsustamisel abivahendiks, kuid ei asenda arsti kliinilist hinnangut ja otsust.

4.2. Kodune hospiitsravi OÜ-s Koduhospiits

OÜ Koduhospiits on koduse hospiitsravi teenust osutanud alates 2018. aastast. Kokku on selle aja jooksul teenust saanud 228 patsienti/perekonda. Info pärimise ajal (oktoober 2024) oli teenusel kaks perekonda. Teenuse eest tasub patsient või tema perekond, varem on lepinguid sõlmitud ka kohalike omavalitsustega [37].

Aastatel 2020–2022 oli teenuse meeskond 22-liikmeline ning teenust osutati korraga rohkematele peredele, ent COVID-19 piirangute ja muude asjaolude tõttu vähendati teenuse osutamise mahtu märkimisväärselt. Teenuse meeskonda kuuluvad õde, sotsiaaltöötaja, hooldustöötaja, loovterapeut ning kriisi- ja leinanõustaja. Koostöökokkulepped on hingehoidjaga ning koostööd tehakse patsiendi ravi- ja perearstiga.

Suurema osa patsientidest moodustavad onkoloogilised haiged. Kodus tehakse enamasti vastavalt arsti suunistele mõningaid õendusprotseduure, kuid suure osa koduteenusest hõlmavad hooldustegevused ja perekonna nõustamine nii surija hooldamisel kui ka surija/pereliikme leina toetamisel enne ja pärast surma. Enamasti alustatakse teenusega mõni nädal enne eeldatavat surmahetke. Teenuse keskmine kestus on umbes 3,5 nädalat (2018. aastal tehtud rahulolu-uuringu avaldamata andmed).

Täpsed andmed kodusel hospiitsravigil olnud patsientide surmakoha asjus puuduvad. Haiglasse viiakse surija enamasti juhul, kui kodus ei ole enam võimalik tema vaevusi leevendada: näiteks on peres suitsetaja, kuid patsient vajab hapnikravi, patsiendil on verejooks, patsient vajab sedatsiooni või perekond ei tule hoolduskoormusega toime ning puuduvad rahalised ressursid, et hooldustöö mahtu suurendada.

Asutus on tegutsemise ajal teinud teenuse sisus ja korralduses muudatusi, sealhulgas iga konkreetse patsiendi ja perekonna hetkevajadusest lähtudes. Teenuseosutaja sõnul on peamine

väljakutse teha võimalikult vähese ajaga võimalikult palju, et perekonna rahaline koormus oleks võimalikult väike. Olulise tegevuspõhimõttena tõstetakse esile advokeerimine ehk patsiendi eest seismine.

OÜ-s Koduhospiits on tegutsemise ajal tehtud kolm rahuloluküsitlust aastatel 2018, 2019 ja 2020. Teenuse kättesaadavusele oli 2018. aastal hinnang seitsme palli skaalal 5,42, meeskonna professionaalsusele 6,42 ning koduse hospiitsravi teenuse vajalikkusele 6,75. Nii 2019. kui ka 2020. aastal olid kliendid enim rahul teenuseosutajaga suhtlemise sujuvusega (keskmine hinnang viie palli skaalal oli 4,54) ning teenuse kvaliteediga (keskmine hinnang 4,38). Uuringutest selgus, et teenusel pikemalt olnud pered väljendasid suuremat rahulolu. Põhjuseks võis olla perede parem valmisolek ette tulla võivateks kriisisituatsioonideks.

OÜ Koduhospiits ei kogu statistikat teenuse kohta, seega puuduvad täpsemad andmed patsientide ja teenuse osutamise kohta asutuses.

4.3. Kodune hospiitsravi Viljandi haiglas

4.3.1. Teenuse korraldus

Hospiitsravi otsuse teeb arst, arutades selle läbi patsiendi või vajadusel lähedastega. Teenuse ajal tehakse raviotsused meditsiinilise näidustuse järgi patsiendi ja/või tema lähedaste soove arvestades. Kodusele hospiitsravile suunab patsiendi arst (nt EMO arst, eriarst või perearst). Teenusele suunamisel selgitatakse patsiendile teenuse olemust ning võetakse patsiendi või tema lähedaste nõusolek, et teenust alustada. Ravidokumentides (nt EMO kaart, statsionaarse ravi epikriis, perearsti saatekiri) märgitakse, et patsient suunati kodusele hospiitsravile, ning täpsustatakse patsiendi kontakttelefon ja elukoht. Teenuse kokkuleppimiseks peab suunav arst võtma ühendust teenuse koordinaatori/õega.

Patsiendi suunamiseks kodusele hospiitsravile peab olema

- ravidokumentides fikseeritud prima toetava ravi otsus või otsus haigusspetsiifilise ravi lõpetamise kohta (sh konsiiliumi otsus);
- vastu võetud konkreetset ravimahu piirangu otsused ning otsus mitte elustada (DNR-otsus) ja neid lähedastele selgitatud;
- saatekirjal hetkel kehtiv ravimite võtmise skeem.

Kodusele hospiitsravile suunamiseks peavad patsiendil olema meditsiinilist sekkumist vajavad seisundid (nt iiveldus, valu, rahutus, hirm/ängistus, hingamisprobleemid, seedeprobleemid,

nahaprobleemid). Oluline tingimus teenusele suunamisel on ka tugev sotsiaalne võrgustik. Teenus on ravikindlustatud inimesele tasuta, kuid seda rahastatakse muude teenuste arvelt (TerK tervishoiuteenuste loetelus koduse hosiitsravi teenust ei ole).

Patsiendi raviplaanis määratletakse visiitide aeg, sagedus ja teenuse sisu. Teenus on ajaliselt piiratud ja selle jätkumine otsustatakse patsiendi vajaduste ning tervisliku ja funktsionaalse seisundi järgi.

Koduse hosiitsravi meeskonda kuuluvad õde-koordinaator, õde (ja asendusõed), eriarst (ja asendusarst), hingehoidja, füsioterapeut ja sotsiaaltöötaja. Patsienti külastab õde, kes hindab patsiendi seisundit, teeb arsti ettekirjutatud raviprotseduure ja nõustab perekonda. Õevisiitid toimuvad päevasel ajal, vajadusel ka nädalavahetusel. Tavaliselt konsulteerib hosiitsiarst patsienti ja perekonda telesilla vahendusel. See toimub vajaduspõhiselt, kuid enamasti kaks kuni kolm korda nädalas. Õde konsulteerib arstiga iga päev. Retseptid (nt valuraviks) kirjutab välja hosiitsiarst. Erakorralist sekkumist vajavate seisundite korral patsient hospitaliseeritakse. Samuti võidakse patsient hospitaliseerida pereliikmete soovil (nt väsimisel).

Teenuse osutamisel vajalikud vahendid, v.a retseptiravimid ja hooldustarvikud, tagab teenuseosutaja. Telesild õe, arsti, patsiendi ja/või lähedaste vahel rajatakse teenuseosutaja IT-vahenditega.

4.3.2. Andmed teenuse kohta Viljandi haiglas

SA Viljandi Haiglas on kodune hosiitsravi olnud kasutusel alates 2023. aasta jaanuarist. 2023. aastal oli teenusel 18 patsienti. 2024. aastal sai teenust 27 patsienti, kellest üks oli aasta lõpu seisuga endiselt teenusel. Korruga saab teenusel olla neli patsienti. Üks inimene võib saada teenust mitu korda, kuid seda on juhtunud vaid üksikutel kordadel. Keskmise ravijuhu kestus 2024. aastal oli ~26 päeva (min 1, max 86 päeva).

Suurem osa kodusel hosiitsravil olnutest olid onkoloogilise põhidiagnoosiga või oli patsiendil onkoloogiline haigus kaasuvana. Patsientide keskmine vanus oli 2023. aastal 73 (min 56, max 96 aastat) ning 2024. aastal 69 aastat (min 42, max 97 aastat).

Õevisiite oli 2023. aastal 328 ja 2024. aastal 255, arsti kaugvastuvõtte vastavalt 159 ja 97. Arstid tegid mõnel korral ka koduvisiite ning mõne ravijuhu juures osales ka sotsiaaltöötaja, hingehoidja või füsioterapeut.

Peamised tegevused ja protseduurid, mida teenuse sees tehti:

- nõustamine;
- haavaravi;
- dreenide, kateetrite või stoomide hooldus;
- hapnikravi;
- valuravi jm ravi korrigeerimine;
- subkutaanse kanüüli kasutamine valuravi injektsiooniks;
- koduhoolduse ja kodu kohandamise õpetamine ning abistamine;
- invatarvete jm abivahendite tutvustamine;
- töötukassaga ühenduse korraldamine, et määrata puue;
- hingehoid, pere toetus, pere/patsiendi ettevalmistamine järgmisteks etappideks;
- uuringute ja EMO külastuse ette teatamine, personali teavitamine patsiendist, transpordi korraldamine, statsionaarse hospiitsravi koht korraldamine.

Kodus suri 2023. aastal üheksa ja 2024. aastal 13 patsienti ehk mõlemal aastal 50% teenusel olnud patsientidest. Statsionaarsesse hospiitsi suunati koduselt hospiitsravilt 2023. aastal üks ja 2024. aastal kaheksa patsienti. 2023. aastal teenusel olnud 18 patsiendist viis läks õendusabi teenusele, kaks siseosakonda ja üks hooldekodusse. 2024. aastal teenusel olnutest läks kaks õendusabi teenusele, üks siseosakonda, üks hooldekodusse ja ühe puhul lõpetati teenus.

5. Koduse hosiitsravi efektiivsus

Koduse hosiitsravi efektiivsuse kohta tõenduse leidmiseks tehti süstemaatiline otsing andmebaasis PubMed. Otsiti uuringuid, kus analüüsiti koduse hosiitsravi efektiivsust ja ohutust võrreldes hosiitsraviga haiglas. Otsingu metoodikat on põhjalikumalt kirjeldatud raporti lisa 2.

Aastal 2021 ilmus Shepperdi jt [1] Cochrane'i süstemaatiline ülevaade, milles käsitleti elulõpuravi kodus ning millesse kaasati uuringud kuni märtsini 2020. Siinse raporti jaoks tehtud teaduskirjanduse otsingust ei ole nimetatud süstemaatilisele ülevaatele lisada ühtegi uuemat uuringut. Ülevaade oli sellel teemal viies uuendatud versioon ning pärast 2016. aastal ilmunud neljandat versiooni [38] ei ole sobivaid uuringuid lisandunud. Siinses raportis põhineb koduse hosiitsravi efektiivsuse kirjeldus Shepperdi jt [1] süstemaatilisel ülevaatel. Kulutõhususe kirjanduse ülevaate koostamisel leiti ka üks longituuduuring [39], mille tulemustest antakse efektiivsuse peatükis samuti ülevaade.

5.1. Kaasatud uuringute metoodika

Shepperdi jt 2021. aastal avaldatud süstemaatilise ülevaate [1] eesmärk oli uurida, kas elulõpuravi osutamine kodus vähendab tõenäosust surra haiglas ning milline on koduse elulõpuravi mõju patsientide sümptomitele, elukvaliteedile, teenustega seotud kuludele ja patsientide lähedastele võrreldes tavaraviga. Kaasamiseks sobivaid allikaid otsiti andmebaasidest CENTRAL, Ovid MEDLINE(R), Embase, CINAHL ning kliiniliste uuringute registritest. Lisaks vaadati asjakohastes artiklites kasutatud allikaid ning palliatiivraviteemalisi ajakirju. Otsiti kuni 2020. aasta märtsini ilmunud juhuslikustatud kontrolluuringuid, milles analüüsiti koduse elulõpuravi efektiivsust võrreldes haiglas osutatava raviga 18-aastastel ja vanematel. Shepperdi jt ülevaatesse kaasati neli juhuslikustatud kontrolluuringut (vt tabel 1), millest kaks olid tehtud USA-s, üks Norras ja üks ÜK-s. Allikad pärinesid aastatest 1992–2007. Võrdluseks oli kõikides uuringutes tavaravi (sh statsionaarne hosiitsravi, haiglaravi ja esmatasandi abi). Valimi suurus oli 171–434 inimest. Tulemusnäitajad olid surmakoht, erakorraline hospitaliseerimine, patsiendi tervisetulemid, patsiendi rahulolu, lähedaste/hooldajate tulemid ning personali arvamused teenuse kohta. Surmakoha andmed koondati metaanalüüsis.

Tabel 1. Kaasatud uuringute ülevaade

Viide ja uuringu riik	Sihtrühm	Sekkumine	Jälgimis-aeg	Valim	
				KH	SH
Hughes, 1992 [40]USA	Terminaalses seisundis haiged, kellel on mitteformaalsed hooldajad (ingl <i>informal caregivers</i>)	Kodus osutatav ravi	6 kuud	86	85
Grande, 1999 [41] ÜK	Koduhaiglasse suunatud patsiendid	Kodus osutatav ravi	15 kuud	186	43
Jordhøy, 2000 [42]Norra	Ravimatu pahaloomulise haigusega vanemad kui 18-aastased patsiendid, kelle oodatav elumus on 2–9 kuud	Palliatiivravi üksuse koordineeritud ravi kodus	2 aastat	235	199
Brumley, 2007 [43] USA	Kodus elavad terminaalses seisundis u 1-aastase eeldatava elumuse prognoosiga patsiendid, kellel oli eelneva aasta jooksul vähemalt üks hospitaliseerimine (sh EMO)	Kodus osutatav palliatiivravi, sh sümptomaatiline ning valuravi, pere ja lähedaste õpetamine jm tervishoiu ja sotsiaalteenused	4 kuud	155	155

KH – kodune hospiitsravi; SH – statsionaarne hospiitsravi

Chiangi jt [39] longituuduuringusse kaasati kaugelarenenud kopsuvähiga patsiendid (n = 568). Uuringu eesmärk oli hinnata koduse hospiitsravi mõju kodus suremisele ja elulõpuhooldusele ning ravikuludid. Tegu on registripõhise uuringuga, kus kasutati andmeid Taiwani riikliku ravikindlustuse raviarvete andmebaasist aastatest 1997–2011. Sekkumine oli kodune hospiitsravi (238 inimest) ning kontrollrühm sai tavapärasest ravi haiglas (330 inimest).

5.2. Koduse hospiitsravi efektiivsuse uuringute tulemused

Shepperdi jt [1] metaanalüüsi tulemused näitasid, et kodune hospiitsravi suurendas statistiliselt oluliselt tõenäosust, et inimene saab surra kodus (RR 1,31; 95% CI 1,12–1,52, kaks uuringut, 539 uuritavat, tugev tõendus). Hospitaliseerimise kohta olid tulemused vastuolulised (kolm uuringut, RR 0,62–2,61, tõendatuse kvaliteedi tase madal). Hospitaliseerimise koondtulemust ei raporteeritud ning teiste tulemusnäitajate andmeid ei ühendatud metaanalüüsis uuringute metoodilise heterogeensuse tõttu. Ülevaade suremuse ja hospitaliseerimise tulemustest üksikuuringute järgi on tabelis 2.

Tabel 2. Suremus ja hospitaliseerimine Shepperdi jt [1] metaanalüüsi kaasatud uuringutes

Viide	Valimi suurus n		Tulemus n (%)	
	KH	SH	KH	SH
Suremine kodus				
Brumley, 2007 [43]	155	155	110 (71)	79 (51)
Grande, 1999 [41]	186	43	124 (67)	25 (58)
Jordhøy, 2000 [42] ^a	235	199	54 (25)	26 (15)
Hospitaliseerimine				
Jordhøy, 2000 [42]	235	199	218 (93)	186 (94)
Brumley, 2007 [43]	155	155	56 (36)	91 (59)
Grande, 1999 [41]	186	43	113 (61)	10 (23)
Hughes, 1992 [40]	86	85	57 (66)	63 (74)

^a Ei kaasatud Shepperdi jt [1] metaanalüüsi uuringute suure metoodilise heterogeensuse tõttu. KH – kodune hosiitsravi; SH – statsionaarne hosiitsravi

Shepperd jt ei teinud ülevaates üheseid järeldusi patsiendikohaste tulemite ja sümptomite kontrolli kohta. Leiti, et hosiitsravi kodus võib patsiendi rahulolu suurendada ühekuulise jälgimisaja korral, ent kuuekuulise jälgimisaja korral erinevust ei leitud (kaks uuringut, tõendatuse kvaliteeditase madal). [1]

Chiangi jt Taiwanis tehtud uuringu [39] tulemuste järgi sai kodus surra 55% kodusel hosiitsravigil olnud patsientidest ning 22,1% statsionaarse hosiitsravi patsientidest ($p < 0,001$). Viimasel elukuul oli kauem kui kaks nädalat haiglas 40,8% koduse hosiitsravi patsientidest ja 67,3% statsionaarse hosiitsravi patsientidest ($p < 0,001$). Kodust hosiitsravi saanute haiglaravi kestus oli statistiliselt oluliselt lühem (vastavalt $11,8 \pm 10,2$ ja $19,8 \pm 9,7$ päeva, $p < 0,001$; OR = 0,93; 95% CI 0,91–0,95, $p < 0,001$). Samal ajal oli eluiga diagnoosi saamisest kahes rühmas sarnane (vastavalt 1,38 ja 1,43 aastat, $p = 0,467$). See tähendab, et kodus hosiitsravigil olnud patsiendid olid haiglas vähem kui statsionaarse hosiitsravi patsiendid.

5.3. Kokkuvõtte koduse hosiitsravi efektiivsusest

Siinse raporti uurimisküsimusele vastamiseks sobivaid kliinilisi uuringuid on väga vähe. Ühele metaanalüüsile ja ühele longituuduuringule tuginedes leidub madala kvaliteeditasemega tõendus, et võrreldes haiglas suremisega suurendab kodune hosiitsravi statistiliselt oluliselt tõenäosust, et inimene saab surra kodus. Muude tulemite kohta ei ole võimalik teha üheseid järeldusi.

6. Koduse hospiitsravi majandusliku mõju tõenduse ülevaade

Süsteematilise teaduskirjanduse otsingu tulemusena (vt lisa 2) ei leitud ühtegi kodust hospiitsravi statsionaarse hospiitsraviga võrrelnud kulutõhususe analüüsi. Leiti vaid üks uuring, milles oli muu hulgas võrreldud koduse hospiitsravi kulusid statsionaarse hospiitsravi kuludega.

Chiangi jt 2016. aasta uuringu [39] eesmärk oli hinnata koduse ja statsionaarse hospiitsravi mõju kodus suremisele, elulõpuravi kvaliteedile, elumusele ja tervishoiukuludele Taiwani kaugelearenenud kopsuvähiga patsientidel viimasel elukuul. Koduse hospiitsravi efektiivsust on nimetatud artiklile tuginedes kirjeldatud peatükis 5.

Kulude hindamiseks tehti Taiwani rahvastikku hõlmava riikliku tervisekindlustuse andmete põhjal retrospektiivne uuring. Üleriigiline juhuslikustatud valimil põhinev andmebaas sisaldas ühe miljoni tervisekindlustusega inimese raviarveid (moodustas ligi 4% kogu tervisekindlustusega kaetud rahvastikust). Nimetatud andmebaasi kasutati kopsuvähi patsientide tuvastamiseks, kusjuures patsiendi surma kuupäevaks loeti kindlustussüsteemist väljumise kuupäeva. Hospiitsravi patsientide tuvastamiseks kasutati katastroofiliste haiguste andmebaasi, milles eristati kodust ja statsionaarset hospiitsravi teenusekoodide alusel.

Uuringusse kaasati 568 kaugelearenenud kopsuvähiga patsienti, kes surid aastatel 1997–2011. Neist 330 (58,1%) sai ainult statsionaarset hospiitsravi ja 238 (41,9%) kodust (vajadusel ka statsionaarset) hospiitsravi. Tervishoiukulused hinnati 2006. aasta USA dollarites.

Uuringus leiti, et keskmine tervishoiukulu viimasel elukuul oli koduse hospiitsravi rühmas võrreldes statsionaarse hospiitsraviga statistiliselt oluliselt väiksem (35,7%), vastavalt 1385 ± 1370 ja 2155 ± 1739 USA dollarit ($p < 0,001$) inimese kohta. Kulude erinevuse põhjus oli eelkõige statistiliselt oluliselt pikem haiglaravil viibimise aeg statsionaarse hospiitsravi rühmas. Samas ei olnud erinevus hospiitsravi kogukuludes kahe rühma vahel statistiliselt oluliselt erinev. Koduse hospiitsravi rühmas oli see $20\,732 \pm 18\,547$ ja statsionaarse hospiitsravi rühmas $21\,768 \pm 22\,133$ USA dollarit. Selle tingis eelkõige statistiliselt oluliselt pikem kodusel hospiitsravil viibimise aeg (37,68 vs. 81,2 päeva). Tähtis on ka märkida, et kulusid võis mõjutada erinevus koduse ja statsionaarse hospiitsravi rahastamisel – kui koduse hospiitsravi eest tasuti visiidipõhiselt (42–48 USA dollarit, olenevalt visiidile kulutatud ajast), siis statsionaarse hospiitsravi eest tasuti päevapõhiselt (142 USA dollarit).

7. Koduse hosiitsravi soovitatav korraldus Eestis

Eestis võiks koduse hosiitsravi jaoks rakendada sarnaseid tasu üle võtmise ja rakendustingimusi ning kvaliteedinõudeid nagu statsionaarse hosiitsravi korral (vt ptk 4). Soovitatav on luua koduse hosiitsravi teenuse juhend ning leppida kokku, millised on nõuded teenuse osutamise asukohale: näiteks kas asukoht võib olla hoolekandetasutus või muu koht peale patsiendi kodu ning kas arvestatakse ka teenuse osutamise koha kaugust haiglast. Viimati mainitud kriteeriumi puhul tuleb arvesse võtta, et kui teenuse sisuks on perekonna abistamine patsiendi suremise ajal ja vahetult pärast surma (nt surnukeha korrastamine), siis peaks koduse hosiitsravi meeskond olema valmis patsiendi juurde jõudma kiiresti, kui on näha, et patsiendi surmahetk on lähenemas. Patsiendi surma tuvastab arst ning selleks tuleb alati kutsuda kiirabi.

Koduse hosiitsravi sihtrühm on elulõpuhaigusega patsiendid diagnoosist sõltumata, kuid täpsemad kriteeriumid, nagu arvestamine eeldatava elada jäänud ajaga, tuleb kokku leppida. Teenusele suunamise eeldus on patsiendi ja/või tema lähedaste teadlik nõusolek ning tähelepanu tuleb pöörata patsiendi igapäevase abistamisega tegelevate lähedaste nõustamisele ja toetamisele.

Kodune hosiitsravi on eelkõige õendusabiteenus. Meeskonda kuuluvad arst ja õde (õed), aga peab olema võimalik kaasata ka teisi spetsialiste (nt hingehoidja, sotsiaaltöötaja). Oluline on valmidus koostööks sotsiaalhoolekande valdkonna ja kohaliku omavalitsuse spetsialistidega.

Sarnaselt koduhaiglagala [5] tuleb koduse hosiitsravi teenuse arendamisel läbi mõelda, kuidas tagatakse patsiendile ravimeeskonnaga suhtlemiseks vajalikud tehnilised lahendused ja väljaõpe (nt arstiga suhtlemiseks vajaminevad videokonsultatsiooni vahendid). Samuti tuleb leppida kokku,

- kuhu patsient või tema lähedased saavad pöörduda (sh kuidas on tagatud ööpäevaringne kättesaadavus) ja kuidas tegutsetakse hädaolukorras;
- millised on intervallhoolduse vajadus ja pakkumise võimalused;
- millised on kvaliteedikriteeriumid kodusele hosiitsravile;
- millised on pädevusnõuded teenuse osutamisel osalevale meeskonnale.

Tulevikus on hosiitsravi arendamisel oluline arutada teenuse üldist kontseptsiooni, sest eri riikide näitel keskendub hosiitsravi järjest enam lähedaste toetamisele ning ei ole mõtestatud tervishoiuteenusena.

8. Koduse hospiitsravi kulutõhusus ja eelarve mõju Eestis

Raporti eelnevate peatükkide põhjal võib järeldada, et hospitaliseerimise määra, suremuse ja patsiendi rahulolu mõttes ei erine kodusel hospiitsravigil olnud patsiendid statsionaarsel hospiitsravigil olnutest. Samuti ei ole teaduskirjandusest leitud uuringuid, milles oleks võrreldud kodusel ja statsionaarsel hospiitsravigil olevate patsientide või nende lähedaste elukvaliteeti ega hospiitsravi kestust. Kodune hospiitsravi küll suurendas statistiliselt olulisel määral kodus suremise tõenäosust, kuid ka seda näitajat ei ole teaduskirjanduses seostatud patsientide või nende lähedaste elukvaliteediga (vt ptk 5). Sellest tulenevalt tehti kulu vähendamise analüüs, mille eesmärk oli võrrelda koduse ja statsionaarse hospiitsravi kulusid ja nende erinevust Eestis. Kulude hindamisel lähtuti tervishoiuteenuse rahastaja (Tervisekassa) perspektiivist. Kuludena arvestati statsionaarse hospiitsravi (TerK kood 2068) voodipäeva maksumuse komponentide ja transpordi kuluga.

8.1. Analüüsi eeldused ja sisendid

Selleks, et hinnata erinevust koduse ja statsionaarse hospiitsravi kulude vahel, võrreldi esmalt võimalike kulukategooriate esinemist mõlemas võrdlusrühmas. Võrdlus tehti eeldusel, et mõlema rühma patsientide tervislik seisund oli sarnane ning kodust hospiitsraviga saava patsiendi lähedased on valmis patsienti igakülgset toetama ja hooldama. Koduse ja statsionaarse hospiitsravi vahelised erinevused on koondatud tabelis 3, analüüsi sisendeid ja tehtud eeldusi on täpsemalt kirjeldatud järgnevas alapeatükkides (vt ptk 8.1.1 ja 8.1.2).

Tabel 3. Koduse ja statsionaarse hospiitsravi erinevus kulukategooriate kaupa

Kulukategooria	Ressursikasutus	
	Statsionaarne hospiitsravi	Kodune hospiitsravi
Patsiendikäsitlus	koduse ja statsionaarse hospiitsravi korral sarnane	
Personal		
õde	119 min voodipäeva kohta	122 min kontaktpäeva kohta
arst	25 min voodipäeva kohta	25 min kontaktpäeva kohta
hooldustöötaja	158 min voodipäeva kohta	–
Majutus	palat, toitlustamine, pesupesemine	–
Haldus	patsiendi ja personali haldus ning IT ressursid	
Transport	–	õe transport patsiendi juurde

8.1.1. Ressursikasutus

Eestis on koduse hospiitsravi teenust osutanud OÜ Koduhospiits ja SA Viljandi Haigla (vt ptk 4). OÜ Koduhospiits ei kogu teenuse osutamise statistikat, mistõttu ei ole nende praktilisel põhinevaid andmeid võimalik siinses analüüsis kasutada. Seega kasutati Eesti ressursikasutuse hindamiseks Viljandi haigla koduse hospiitsravi teenuse rakendamise käigus kogutud andmeid. Viljandi haigla alustas koduse hospiitsravi teenuse pakkumisega 2023. aasta alguses ning analüüsi koostamise ajaks olid kättesaadavad kahe aasta andmed. Aastatel 2023 ja 2024 said Viljandi haiglas teenust 44 patsienti (vastavalt 18 ja 26). Viljandi haigla andmete pealt hinnati koduse ja statsionaarse hospiitsravi juhu kestust, koduse hospiitsravi õe- ja arstivisiitide sagedust ning koduselt hospiitsravilt statsionaarsele hospiitsravile suunamise määra.

Koduse hospiitsravi kestuse hindamiseks kasutati vahemikus 01.01.2023–31.12.2024 kogutud andmeid. Keskmine ravijuhu kestus nimetatud ajal oli 21 päeva. Sarnast koduse hospiitsravi kestust on täheldatud ka OÜ Koduhospiits patsientide puhul (vt ptk 4.2). Koduse hospiitsravi patsientidest suunati 2023. ja 2024. aastal statsionaarsele hospiitsravile keskmiselt 18% ning 2024. aasta andmetel viibisid kodusel hospiitsravil olnud patsiendid täiendavalt statsionaarsel hospiitsravil ligikaudu 10 päeva. Seega oli koduse hospiitsravi rühmas ravi keskmine kestus ligikaudu 23 päeva. 2024. aastal oli statsionaarse hospiitsravi juhu keskmine kestus Viljandi haiglas 18 päeva (n = 46).

Õe- ja arstivisiitide sagedust hinnati samuti Viljandi haigla kahe aasta andmetel. Keskmine õevisiitide sagedus oli nimetatud perioodil 0,5 ja arstivisiitide sagedus 0,2 visiiti päevas ehk õevisiidid toimusid keskmiselt üle päeva ning arstivisiidid iga viie päeva tagant.

8.1.2. Kulud

Statsionaarse hospiitsravi kulude hindamisel võeti aluseks sotsiaalministri 19. jaanuari 2007. aasta määrus „Kindlustatud isikult tasu maksmise kohustuse Tervisekassa poolt ülevõtmise kord ja tervishoiuteenuse osutajale makstava tasu arvutamise meetoodika“, mille lisas 3 on toodud statsionaarse hospiitsravi (TerK kood 2068) ressursid, nende kasutamise maht ja maksumus (vt väljavõtet lisas 3). [44]

Patsiendikäsitlus

Kuna hospiitsis ei tegeleta patsiendi haiguse raviga, vaid keskendutakse sümptomite leevendamisele ning patsiendi emotsionaalsele ja hingelisele toetamisele, siis eeldati siinses analüüsis, et patsiendi käsitlemisega seotud kulud on nii koduse kui ka statsionaarse

hospiitsravi korral sarnased. Statsionaarse hospiitsravi hinna sisse on arvestatud isikukaitsevahendite ja desinfitseerimise, voodipäeva ravimite ja materjalide komplekti ning õendusabi protseduuritoa kulud, mille maksumus on kokku 9,01 eurot (vt lisa 3). Sama ressursikulu tekib ka koduse hospiitsravi korral.

Personalikulu

Analüüsis arvestati, et koduse hospiitsravi korral puudub vajadus hooldustöötaja järele ning patsiendi hooldamise kohustus langeb tema lähedastele. Statsionaarse hospiitsravi puhul on hooldustöötaja arvestuslik töömaht 158 minutit päevas ning hooldustöötajaga seotud kulu on ~ 32-sendise minutihinna juures 50,61 eurot patsiendi kohta päevas.

Statsionaarse hospiitsravi korral on vastavalt hospiitsravi voodipäeva hinnamudelile arsti ajakulu 25 minutit päevas. Seega on lähtudes hooldusraviarst-geriaatri aja maksumusest (~ 1,01 eurot minutis) statsionaarse hospiitsravi korral arvestuslik arstiga seotud kulu 25,20 eurot patsiendi kohta päevas. Kuna enamik koduse hospiitsravi arsti vastuvõttudest toimub videovastuvõtu teel, siis arvestati koduse hospiitsravi korral arstivisiidi kuluks eriarsti videovastuvõtu (TerK kood 3222) hind 24,04 eurot.

Õe töömaht statsionaarse hospiitsravi korral on arvestatud 119 minutit patsiendi kohta päevas. Kirjeldatud ressursimahu ja haigla statsionaaris töötava õe aja maksumuse (~ 53 senti minutis) juures on õega seotud arvestuslik kulu statsionaarses hospiitsis 63,35 eurot päevas. Koduse hospiitsravi puhul eeldati, et õde jõuab tegeleda keskmiselt viie patsiendiga päevas ehk õe arvestuslik ajakulu on 122 minutit patsiendi kontaktpäeva kohta. Koduse hospiitsravi puhul arvestati õe aja maksumuseks ~ 47 senti minutis, mis teeb koduses hospiitsis kontaktpäeva maksumuseks 57,77 eurot (vt lisa 3).

Majutus ja halduskulu

Võrreldes statsionaarse hospiitsraviga hoitakse koduse hospiitsravi korral kokku eelkõige majutuskuludelt: palat, toitlustamine ja pesupesemine, mille arvestuslik kulu on statsionaarses hospiitsis 26,26 eurot patsiendi kohta päevas. Siinses analüüsis arvestati, et koduse hospiitsravi korral majutusega seotud kulusid ei teki.

Patsiendi haldus ja IT ressursside kuludeks on statsionaarses hospiitsis arvestatud 3,25 eurot päevas. Sama ressursikulu tekib ka koduse hospiitsravi korral (vt lisa 3).

Transpordikulu

Analüüsis eeldati, et kõik koduhospiitsi patsientidega seotud meditsiinilised tegevused ja protseduurid on võimalik teha kodus ning patsienti ei ole vaja transportida. Kuna arstivisiidid toimuvad Viljandi haigla kogemusele tuginedes koduse hospiitsravi korral valdavalt kaugvastuvõtuna, siis arvestati siinses analüüsis vaid õe transpordikuluga. Analüüsis eeldati, et transpordikulu on võrdne koduõendusteenuses (TerK kood 3026) sisalduva meditsiinilise transpordi kuluga 2,43 eurot visiidi kohta. [45]

8.2. Kulu vähendamise analüüsi tulemused

8.2.1. Baasstsenaarium

Lähtudes eelnevas analüüsi eelduste ja sisendite alapeatükis kirjeldatud hospiitsravi ressursikasutusest ja kuludest, on tabelis 4 esitatud kulud statsionaarse ja koduse hospiitsravi ravipäeva kohta. Võrdlus tehti eeldusel, et nii koduse kui ka statsionaarse hospiitsravi patsientide tervislik seisund ja hooldusvajadus on sarnased, kuid koduse hospiitsravi korral langeb patsiendi hooldamise koormus lähedastele. Koduse hospiitsravi kulud on esitatud kahes stsenaariumis:

- stsenaarium 1: patsiendikäsitluse, õevisiidi ja transpordikulu arvestatakse vaid õevisiidi päevadel (50% koduse hospiitsravi päevadest) ning arstivisiidi kulu vaid arstivisiidi päevadel (20% koduse hospiitsravi päevadest);
- stsenaarium 2: kõigi kulukategooriate esinemisega arvestatakse kõigil koduse hospiitsravi päevadel (100% koduse hospiitsravi päevadest).

Tabel 4. Koduse ja statsionaarse hospiitsravi kulu eurodes patsiendi kohta päevas

Kulukategooriad	Statsionaarne hospiitsravi	Kodune hospiitsravi	
		Stsenaarium 1	Stsenaarium 2
Patsiendikäsitlus	9,01	4,50	9,01
Personalikulu	139,15	33,69	81,81
Majutuskulu	26,26	–	–
Halduskulu	3,25	1,62	3,25
Transpordikulu	–	1,23	2,43
Hospiitsravi päeva kulu	177,67	41,04	96,50

Kõige suurem on päevane kulu statsionaarse hospiitsravi korral, 177,67 eurot patsiendi kohta päevas. Arvestades asjaoluga, et koduse hospiitsravi korral ei toimu õe- ja arstivisiidid iga päev (stsenaarium 1), on kulu patsiendi kohta 41,04 eurot päevas. Eeldades aga, et teenuse osutamisega seotud kulud tekivad kõikidel koduse hospiitsravi päevadel võrdselt (stsenaarium 2), on arvestuslik kulu patsiendi kohta 96,50 eurot päevas. Koduse hospiitsraviga tekib kokkuhoid eelkõige majutuse ja personalikulude arvelt, samas lisandub õe transpordikulu.

Tabelist 5 on näha, et kuigi hospiitsravi kestus patsiendi kodus on pikem kui statsionaarses hospiitsis, siis juhul kui koduse hospiitsravi korral lähtutakse õe- ja arstivisiitide tegelikust sagedusest (stsenaarium 1), on koduse hospiitsravi kogukulu 1980,88 euro võrra ehk 62% väiksem kui statsionaarse hospiitsravi kogukulu. Juhul kui koduse hospiitsravi korral arvestatakse kõigi kulukategooriate esinemisega kõigil koduse hospiitsravi päevadel (stsenaarium 2), siis on koduse hospiitsravi kogukulu 816,22 euro võrra ehk 26% statsionaarse hospiitsravi kogukulust väiksem.

Tabel 5. Koduse ja statsionaarse hospiitsravi kulu eurodes patsiendi kohta

	Statsionaarne hospiitsravi	Kodune hospiitsravi	
		Stsenaarium 1	Stsenaarium 2
Koduse hospiitsravi kestus	–	21	21
Statsionaarse hospiitsravi kestus	18	2 ^a	2 ^a
Koduse hospiitsravi päevane kulu	–	41,04	96,50
Statsionaarse hospiitsravi päevane kulu	177,67	177,67	177,67
Hospiitsravi juhu kulu	3198,06	1217,18	2381,84

^a Ligikaudu viiendik koduse hospiitsravi patsientidest suunatakse statsionaarsele hospiitsravile.

8.2.2. Tundlikkuse analüüs

Lisaks baasstsenaariumile hinnati tundlikkuse analüüsis koduse hosiitsraviga seotud sisendparameetrite 50%-lise suurenemise mõju analüüsi tulemustele. Hinnatud sisendparameetrid ja tundlikkuse analüüsi tulemused on esitatud tabelis 6.

Tabel 6. Sisendparameetrite väärtused baasstsenaariumis ja tundlikkuse analüüsis ning koduse hosiitsravi kulu patsiendi kohta eurodes eri tundlikkuse analüüsi stsenaariumite korral

Sisendparameeter	Baasstsenaarium	Tundlikkuse analüüs	Tundlikkuse analüüsi tulemus	
			Stsenaarium 1	Stsenaarium 2
Koduse hosiitsravi kestus	21 päeva	32 päeva	1668,49	3443,22
Õvisiitide sagedus	0,5	0,8	1673,57	2381,76
Arstivisiitide sagedus	0,2	0,3	1267,58	2381,76
Õe ajakulu patsiendi kohta	122 min	184 min	1522,36	2992,29
Statsionaarsele hosiitsravile suunamise määr	18%	27%	1341,46	2507,13
Statsionaarse hosiitsravi kestus	10 päeva	15 päeva	1341,46	2506,13

Juhul kui koduse hosiitsravi rahastamisel lähtutakse õe- ja arstivisiitide tegelikust sagedusest (stsenaarium 1), siis on kodune hosiitsravi kõigi sisendparameetrite 50%-lise suurenemise korral väiksema kogukuluga kui statsionaarne hosiitsravi. Kui koduse hosiitsravi korral arvestatakse kõigi kulukategooriate esinemisega kõigil koduse hosiitsravi päevadel (stsenaarium 2), siis on kodune hosiitsravi suurema kogukuluga kui statsionaarne hosiitsravi olukorras, kus koduse hosiitsravi kestus on 50% pikem (+245,16 eurot).

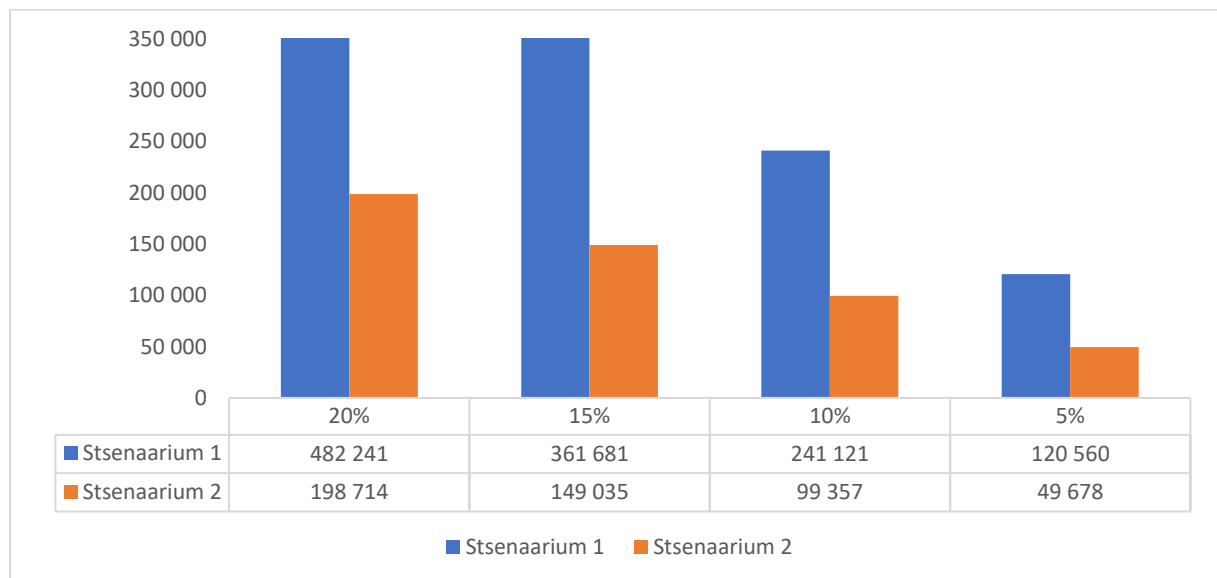
8.3. Eelarve mõju analüüs

TerK teenuste statistika andmetel sai 2022. aastal statsionaarse hosiitsravi teenust 747, 2023. aastal 917 ning 2024. aastal 1121 inimest [45]. Seega on viimastel aastatel kasvanud statsionaarse hosiitsravi saajate arv keskmiselt 20% aastas. Kuna kodune hosiitsravi on näidustatud eelkõige samadele patsientidele, kes praegu saavad statsionaarset hosiitsravi, hinnati järgneval (2025) aastal hosiitsravi vajavate patsientide arvuks Eestis 1345 inimest. Samas on kodusele hosiitsravile sobivate patsientide arv piiratud eelkõige patsientide lähedaste valmidusega neid kodus hooldada ja toetada. Sellest tulenevalt hinnati siinses analüüsis koduse hosiitsravi rakendamise potentsiaalset mõju TerK eelarvele nelja koduse hosiitsravi stsenaariumi kaupa – 5%, 10%, 15% ja 20% Eesti järgneva aasta eeldatavast hosiitsravi patsientide arvust.

2024. aastal oli statsionaarse hospiitsravi kulu TerK-le 2894 eurot inimese kohta. 2025. aasta eelarve mõju hindamisel võeti aluseks kulu vähendamise analüüsis leitud protsentuaalne kulude erinevus koduse ja statsionaarse hospiitsravi teenuse vahel ning ka eelarve mõju hinnati kahes stsenaariumis:

- stsenaarium 1: patsiendikäsitluse, õevisiidi ja transpordikulu arvestatakse õevisiidi päevadel ning arstivisiidi kulu arstivisiidi päevadel – kogukulu 62% väiksem;
- stsenaarium 2: kõigi kulukategooriate esinemisega arvestatakse kõigil koduse hospiitsravi päevadel – kogukulu 26% väiksem.

Eelarve mõju analüüsi tulemused on esitatud joonisel 1.



Joonis 1. Koduse hospiitsraviga kaasnev kulude kokkuhoid eurodes võrreldes statsionaarse hospiitsraviga

Jooniselt 1 on näha, et juhul kui koduse hospiitsravi korral lähtutakse õe- ja arstivisiitide tegelikust sagedusest (stsenaarium 1), siis on kodune hospiitsravi 120 560 – 482 241 euro võrra väiksema kogukuluga kui statsionaarne hospiitsravi. Kui koduse hospiitsravi korral arvestatakse kõigi kulukategooriate esinemisega kõigil koduse hospiitsravi päevadel (stsenaarium 2), siis on kogukulu võrreldes statsionaarse hospiitsraviga 49 678 – 198 714 euro võrra väiksem. Juhul kui 2025. aastal on statsionaarse hospiitsravi kulu inimese kohta suurem kui 2024. aastal, siis on suurem ka saavutatav kokkuhoid.

Samas tuleb märkida, et koduse hospiitsravi teenuse pakkumine võib suurendada hospiitsravi soovivate patsientide arvu nende patsientide arvelt, keda praegu hooldavad lähedased kodus iseseisvalt. Seeläbi võib täiendavalt suurendada hospiitsravi teenuse vajadus Eestis. Samas on

koduse hosiitsravi teenuse pakkumisega võimalik vähendada vajadust täiendavate statsionaarse hosiitsi voodikohtade järele.

8.4. Kulu vähendamise ja eelarve mõju analüüsi kokkuvõte

Teaduskirjanduse põhjal ei ole leitud erinevust koduse ja statsionaarse hosiitsravi efektiivsuse vahel, seega tehti siinses raportis kulu vähendamise analüüs. Analüüs tehti kahes stsenaariumis: 1) patsiendikäsitluse ja õevisiitidega seotud kuludega arvestati vaid õevisiidi päevadel ning arstivisiidi kuluga vaid arstivisiidi päevadel, 2) kõigi kulukategooriate esinemisega arvestati kõigil hosiitsravi päevadel. Sisendandmetena kasutati Viljandi haigla andmeid ja TerK tervishoiuteenuse hindu.

Kulu vähendamise analüüsis leiti, et kõige suurem oli päevane kulu statsionaarse hosiitsravi korral (177,67 eurot patsiendi kohta). Päevane kulu koduse hosiitsravi korral oli mõlema hinnatud stsenaariumi puhul väiksem, vastavalt 41,04 ja 96,50 eurot patsiendi kohta. Koduse hosiitsraviga tekkis kokkuvõtte eelkõige majutuse ja personalikulude arvelt.

Kuigi Viljandi haigla andmetel hinnatud koduse hosiitsravi kestus oli pikem kui statsionaarse hosiitsravi kestus ning ligi viiendik koduse hosiitsravi patsientidest suunati statsionaarsele hosiitsravile, siis mõlema stsenaariumi korral oli koduse hosiitsravi kogukulu väiksem. Juhul kui koduse hosiitsravi kogukulu arvutuses lähtuti õe- ja arstivisiitide tegelikust sagedusest (stsenaarium 1), oli koduse hosiitsravi kogukulu 62% väiksem. Kui koduse hosiitsravi kulude esinemisega arvestati kõigil hosiitsravi päevadel (stsenaarium 2), siis oli koduse hosiitsravi kogukulu 26% väiksem. Kõige enam mõjutas kulude erinevust hosiitsravi kestus ja õe ajakulu patsiendi kohta.

Kulu vähendamise analüüsis arvatud kulude erinevuste põhjal hinnati eelarve mõju TerK-le nelja kodusele hosiitsravile sobivate patsientide osakaalu stsenaariumi kaupa – 5%, 10%, 15% ja 20% Eesti järgneva aasta eeldatavast hosiitsravi patsientide arvust. Stsenaarium 1 korral saavutatav kokkuvõtte oli olenevalt kodusele hosiitsravile suunatavate patsientide osakaalust vahemikus 120 560 – 482 241 eurot aastas, stsenaarium 2 korral oleks kokkuvõtte 49 678 – 198 714 eurot aastas. Samas võib koduse hosiitsravi teenuse pakkumine täiendavalt suurendada hosiitsravi soovivate patsientide arvu Eestis.

9. Järeldused

1. Koduse hospiitsravi korraldus varieerub riigiti. Teemakohastes juhendites ei anta soovitusi koduse hospiitsravi korralduse kohta, kuid patsiendi kodu nimetatakse teenuse osutamise võimaliku kohana. Hospiitsravile suunatakse elulõpuseisundiga patsiendid olenemata diagnoosist. Suunamisel arvestatakse patsiendi elu eeldatava kestusega, mis on enamasti kolm või kuus kuud. Kodune hospiitsravi on õendusabiteenus. Teenuse osutamisel osalevad lisaks õele arst ja hingehoidja. Kaasata võidakse sotsiaaltöötaja ja teisi spetsialiste. Teenuse sisu on eelkõige patsiendi sümptomite leevendamine, kuid olulisel kohal on teenused lähedastele (nt nõustamine ja psühholoogiline abi).
2. Ühele süstemaatilisele ülevaatele ja ühele longituuduuringule tuginedes leidub madala kvaliteeditasemega tõendus, et kodune hospiitsravi suurendab statistiliselt oluliselt tõenäosust, et inimene saab surra kodus.
3. Koduse hospiitsravi jaoks võiks Eestis rakendada sarnaseid tasu üle võtmise ja rakendustingimusi ning kvaliteedinõudeid nagu statsionaarse hospiitsravi korral. Soovitav on luua teenuse juhend. Hospiitsravi arendamisel tuleks arutada teenuse üldist kontseptsiooni, mis eri riikide näitel keskendub eelkõige lähedaste toetamisele ega ole mõtestatud tervishoiuteenusena.
4. Kodust hospiitsravi statsionaarse hospiitsraviga võrrelnud kulutõhususe analüüse avaldatud ei ole. Koduse ja statsionaarse hospiitsravi kulusid võrrelnud uuringus leiti, et keskmine tervishoiukulu on kodusel hospiitsravil võrreldes statsionaarse hospiitsraviga viimasel elukuul statistiliselt oluliselt väiksem, kuid kogukulude vahel statistiliselt olulist erinevust ei esine, seda nii koduse hospiitsravi pikema kestuse kui ka rahastamise mudeli kasutamise tõttu.
5. Eesti andmetel tehtud kulu vähendamise analüüsis oli kodune hospiitsravi väiksema kogukuluga kui statsionaarne hospiitsravi. Erinevuse suurus sõltus analüüsis tehtud eeldustest. Arvestades koduse hospiitsravi korral tegeliku õe- ja arstivisiitide sagedusega, oli koduse hospiitsravi kogukulu statsionaarse hospiitsravi kogukulust 62% väiksem. Arvestades kulude esinemisega kõigil koduse hospiitsravi päevadel, oli kulude erinevus 26%.
6. Arvestades koduse hospiitsravi korral tegeliku õe- ja arstivisiitide sagedusega, oli koduse hospiitsraviga saavutatav aastane kokkuhoid 120 560 – 482 241 eurot. Samas kui arvestada, et kulud tekivad kõigil koduse hospiitsravi päevadel, oli koduse hospiitsraviga saavutatav kokkuhoid 49 678 – 198 714 eurot aastas.

Kasutatud kirjandus

1. Shepperd S, Gonçalves-Bradley DC, Straus SE, Wee B. Hospital at home: home-based end-of-life care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2021. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009231.pub3>.
2. Tervisekassa. Hospiitsi suunamise kriteeriumid. [19.06.2024]: https://www.tervisekassa.ee/sites/default/files/RRL/2020/Hospiitsi_Suunamise_kriteeriumid.pdf.
3. Eesti Haigekassa. Palliatiivse ravi juhend (I osa). Sümptomaatiline ravi. RJ-Z/44.1-2020. 2020.
4. Eesti Haigekassa. Palliatiivne ravi (II osa). Erakorraliste seisundite käsitlemine, elulõpuravi ja palliatiivse ravi korraldus. RJ-Z/50.1-2020. 2021.
5. Pöld M, Lutsar K, Oras K, Hinno S, Kull M, Lasn A, et al. Aktiivravi patsiendi kodus ehk koduhaigla: efektiivsus, kulud ja korraldus, tervisetehnoloogia hindamise raport TTH64. Tartu: Tartu Ülikooli peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut; 2023.
6. ehospice. A short history of hospice. [3.10.2024]: https://ehospice.com/africa_posts/a-short-history-of-hospice/.
7. ehospice. [28.06.2024]: <https://ehospice.com/>.
8. MTÜ Pallium. [3.02.2025]: <https://pallium.ee/>.
9. National Hospice and Palliative Care Organization. What is the Difference between Palliative Care and Hospice Care? [3.10.2024]: <https://www.caringinfo.org/types-of-care/what-is-the-difference-between-palliative-care-and-hospice-care/>.
10. NIH National Institute of Aging. What Are Palliative Care and Hospice Care? [3.10.2024]: <https://www.nia.nih.gov/health/hospice-and-palliative-care/what-are-palliative-care-and-hospice-care>.
11. Tartu Ülikooli Kliinikum. Palliatiivravi ja hospiits. [3.10.2024]: <https://www.kliinikum.ee/patsiendiinfo-andmebaas/palliatiivravi-ja-hospiits/>.
12. National Hospice and Palliative Care Organization. Hospice Care. [3.10.2024]: <https://www.caringinfo.org/types-of-care/hospice-care/>.
13. World Health Organization. Planning and implementing palliative care services: a guide for programme managers. Geneva: World Health Organization; 2016.
14. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Palliatiivinen hoito ja saattohoito. [3.10.2024]: <https://www.kaypahoito.fi/hoi50063?tab=suositus>.
15. Health Improvement Scotland. End of life care. [3.10.2024]: <https://rightdecisions.scot.nhs.uk/scottish-palliative-care-guidelines/end-of-life-care/>.
16. Trend Diabetes. End of life guidance for diabetes care. 2021.
17. Canadian Medical Association. Palliative care. Ottawa; 2016.
18. Janlöv N, Blume S, Glenngård AH, Hanspers K, Anell A, Merkur S. Sweden: Health system review. *Health Syst Transit*. 2023;25:i-198.
19. Saunes IS, Karanikolos M, Sagan A. Norway: Health system review. 2020;22:i-163.
20. Keskimäki I, Tynkkynen L-K, Reissell E, Koivusalo M, Syrjä V, Vuorenkoski L, et al. Finland: Health system review. *Health Syst Transit*. 2019;21:1-166.
21. National Association for Hospice at Home. What is Hospice at Home? [28.06.2024]: <https://www.nahh.org.uk/about-hospice-care/what-is-hospice-at-home>.
22. NHS. End of life care at home. 2021. [28.06.2024]: <https://www.nhs.uk/conditions/end-of-life-care/where-you-can-have-care/care-at-home/>.
23. NHS. Hospice care. 2022. [2.07.2025]: <https://www.nhs.uk/conditions/end-of-life-care/where-you-can-have-care/hospice-care/>.
24. National Hospice and Palliative Care Organization. Hospice care. [2.07.2024]: <https://www.caringinfo.org/types-of-care/hospice-care/>.

25. Vitas Healthcare. Home health vs. hospice care: what is the difference? [2.07.2024]: <https://www.vitas.com/hospice-and-palliative-care-basics/about-hospice-care/home-healthcare-or-hospice-care>.
26. American Cancer Society. Where is hospice care provided and how is it paid for? 2023. [2.07.2024]: <https://www.cancer.org/cancer/end-of-life-care/hospice-care/who-provides-hospice-care.html>.
27. Centers for Medicare and Medicaid services. Medicare Hospice Benefits. 2023.
28. NIH National Institute on Aging. What are palliative care and hospice care? 2021. [2.07.2024]: <https://www.nia.nih.gov/health/hospice-and-palliative-care/what-are-palliative-care-and-hospice-care>.
29. NIH National Institute on Aging. Different care settings at the end of life. 2022. [2.07.2024]: <https://www.nia.nih.gov/health/end-life/different-care-settings-end-life>.
30. Vitas Healthcare. What to Expect When a Loved One Dies at Home. [31.03.2025]: <https://www.vitas.com/family-and-caregiver-support/caregiving/providing-care-at-home/what-happens-when-a-hospice-patient-dies-at-home>.
31. Clayton MF, Hulett J, Kaur K, Reblin M, Wilson A, Ellington L. Nursing support of home hospice caregivers on the day of patient death. *Oncol Nurs Forum*. 2017;44:457–64.
32. NIH National Institute on Aging. Paying for long-term care. 2023. [2.07.2024]: <https://www.nia.nih.gov/health/long-term-care/paying-long-term-care>.
33. Marchildon GP, Allin S, Merkur S. Canada: Health system review. *Health Syst Transit*. 2020;22:i–194.
34. Tervisekassa tervishoiuteenuste loetelu (19.12.2024). Riigi Teataja I. [15.01.2025]: <https://www.riigiteataja.ee/akt/127122024049>.
35. Palliatiivse ravi patsiendi võimekuse skaala - Palliative Performance Scale version 2 (PPSv2). [13.08.2025]: <https://www.tervisekassa.ee/sites/default/files/RRL/2020/Hospiitsravi%20patsiendi%20v%C3%B5imekuse%20skaala.pdf>.
36. Ravi rahastamise lepingute tüüptingimused. 2025. [15.01.2025]: <https://tervisekassa.ee/partnerile/raviasutusele/ravi-rahastamise-lepingud/ravi-rahastamise-lepingute-tuupingimused>.
37. Koduhospiits OÜ. [15.01.2025]: <https://koduhoopiits.ee/>.
38. Shepperd S, Gonçalves-Bradley DC, Straus SE, Wee B. Hospital at home: Home-based end-of-life care. John Wiley and Sons Ltd; 2016.
39. Chiang JK, Kao YH. Impact of home hospice care on patients with advanced lung cancer: a longitudinal population-based study in Taiwan. *J Palliat Med*. 2016;19:380–6.
40. Hughes SL, Cummings J, Weaver F, Manheim L, Braun B, Conrad K. A randomized trial of the cost effectiveness of VA hospital-based home care for the terminally ill. *Health Serv Res*. 1992;26:801–17.
41. Grande GE, Todd CJ, Barclay SI, Farquhar MC. Does hospital at home for palliative care facilitate death at home? Randomised controlled trial. *BMJ*. 1999;319:1472–5.
42. Jordhøy MS, Fayers P, Saltnes T, Ahlner-Elmqvist M, Jannert M, Kaasa S. A palliative-care intervention and death at home: a cluster randomised trial. *The Lancet*. 2000;356:888–93.
43. Brumley R, Enguidanos S, Jamison P, Seitz R, Morgenstern N, Saito S, et al. Increased satisfaction with care and lower costs: Results of a randomized trial of in-home palliative care. *J Am Geriatr Soc*. 2007;55:993–1000.
44. Sotsiaalministeerium. Sotsiaalministri 19. jaanuari 2007. aasta määrus nr 9 „Kindlustatud isikult tasu maksmise kohustuse Tervisekassa poolt ülevõtmise kord ja tervishoiuteenuse osutajatele makstava tasu arvestamise meetodika“ Lisa 3 (jõustus 1.07.2024). [3.02.2025]: https://www.riigiteataja.ee/aktilisa/1041/0202/4007/SOM_m24_Lisa_3.pdf#.
45. Tervisekassa. Kõik teenused. 2024. [11.02.2025]: <https://tervisekassa.ee/koik-teenused>.

Lisa 1. Raporti lähteülesanne

Koduhospiits: efektiivsus, kulutõhusus ning eelarvemõju Eestis

Eesmärk

Hinnata koduse hospiitsravi ehk koduhospiitsi teenuse efektiivsust, kulutõhusust ja eelarvemõju ning anda soovitusi teenuse rakendamiseks Eestis.

Taust

Hospiitsravi on palliatiivravi osa, mis pakub toetust ja hoolt ravimatu haiguse viimases faasis olevale patsiendile. Hospiitsis põhihaiguse raviga ei tegeleta, vaid keskendutakse sümptomite leevendamisele ning emotsionaalsele ja hingelisele toetusele. Hospiitsravi on meditsiiniline sekkumine (oluline eristada näiteks koduhooldusest), mille näidustus on muuhulgas ravidokumentides fikseeritud parima toetava ravi otsus või otsus haigusspetsiifilise ravi lõpetamise kohta (sh konsiiliumi otsus) ning patsiendil on meditsiinilist sekkumist vajavad seisundid (nt iiveldus, valu, rahutus, hirm/ängistus, hingamisprobleemid, seedeprobleemid, nahaprobleemid).

Koduhospiits on osa sümptomaatilise ravist patsiendi kodus, mis on planeeritud eeldatava surmahetke vahetusse lähedusse (viimased päevad või nädalad).

Eestis rahastatakse ravikindlustuse eelarvest statsionaarset hospiitsravi. Tervisekassa on määratlenud hospiitsravile suunamise kriteeriumid [2]. Eestis on koostatud ravijuhend „Palliatiivse ravi juhend“, I ja II osa [3, 4], mis käsitlevad elulõpuravi.

Koduse hospiitsravi teenust on Eestis piloteerinud SA Viljandi Haigla.

Teema olulisus

Paljud riigid püüavad leida mooduseid, kuidas toetada terminaalses seisundis inimese soovi surra oma kodus. Üheks võimaluseks on rakendada kodust hospiitsravi. 2021. aastal avaldatud süstemaatilises ülevaates leiti, et kodus elulõpuravi saanud inimestel oli suurem tõenäosus kodus surra [1]. Samas uuringus leiti ka, et hospiitsravi kodus võib parandada patsiendi rahulolu.

Tehnoloogiad

Hinnatav tervisetehnoloogia on koduse hospiitsravi teenus, mis hõlmab teenuse osutamiseks vajalikku tehnoloogiat.

Sihtrühm

Patsiendid, kellele on näidustatud hosiitsravi.

Uurimisküsimused

1. Milline on koduhospiitsi rakendamise praktika (sihtrühmad, teenuse sisu ja nõuded) Eesti ja teiste riikide kogemuse põhjal?

Lahendus: ülevaade koduhospiitsi rakendamisest teiste riikide praktika alusel

2. Milline on koduhospiitsi efektiivsus võrreldes hosiitsraviga haiglas?

Lahendus: ülevaade teaduskirjandusest

3. Milline on olemasolev tõendus koduhospiitsi kulutõhususe kohta?

Lahendus: ülevaade teaduskirjandusest

4. Milline on koduhospiitsi kulutõhusus Eestis?

Lahendus: majandusmõju hinnang Eesti andmetel erinevate stsenaariumite alusel

5. Milline on koduhospiitsi eelarve mõju Eestis?

Lahendus: eelarve mõju hinnang Eesti andmetel

6. Milline on koduse hosiitsravi soovitatav korraldus Eestis?

Lahendus: hinnangu tulemustel põhinev ekspertsoovitus arvestades Eesti konteksti ja tervisesüsteemi vajadusi

Lisa 2. Metoodika

Ravijuhendite ja teenusekirjelduste otsing

Ravi- jm juhendite ning teenusekirjelduse leidmiseks kasutati veebiotsingut ning otsinguid ravijuhendite andmebaasides (nt NICE juhendid) asjakohaste märksõnadega (nt „*hospice at home*“, „*home hospice*“, *hospice guidelines*“, „*home hospice guidelines*“, „*palliative care guidelines*“, „*saattohoito ohjeet*“). Samuti otsiti koduse hosiitsravi korraldust puudutavat infot Eesti ja naaberriikide tervisesüsteemide ülevaadetest *The European Observatory on Health Systems and Policies* väljaannetest.

Teadusuuringute otsing koduse hosiitsravi efektiivsuse kohta

Teaduskirjanduse päringud koduse hosiitsravi efektiivsust analüüsinud uuringute leidmiseks tehti 2020. aasta septembris andmebaasis PubMed. Kasutati päringuteksti:

("home hospice"[Title/Abstract] OR "home hospice care"[Title/Abstract] OR "hospice at home"[Title/Abstract] OR ("hospice s"[All Fields] OR "hospices"[MeSH Terms] OR "hospices"[All Fields] OR "hospice"[All Fields] OR "hospice care"[MeSH Terms] OR ("hospice"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "hospice care"[All Fields]) AND "care at home"[Title/Abstract]) OR "end of life care at home"[Title/Abstract]) AND (clinicaltrial[Filter] OR meta-analysis[Filter] OR randomizedcontrolledtrial[Filter] OR systematicreview[Filter])

Otsiti uuringuid, kus analüüsiti koduse hosiitsravi efektiivsust ja ohutust võrreldes hosiitsraviga haiglas. Kokku leiti päringule 39 vastet, millest pealkirjade ja sisukokkuvõtete põhjal valiti edasiseks uurimiseks 27 allikat. Kodust hosiitsravi käsitlevaid juhuslikustatud kontrolluuringuid oli viis, millest ükski ei vastanud raporti uurimisküsimusele sekkumise ja võrdluse osas. Päringuga leitud ja läbi vaadatud ülevaateuuringute (n = 13) kirjanduse loetelust samuti siinse raporti uurimisküsimusele vastamiseks sobivaid allikaid ei leitud.

Raportisse kaasati varem leitud Cochrane'i süstemaatiline ülevaade, mis on kooskõlas raporti uurimisküsimusega ning kulutõhususe kirjanduse ülevaate koostamisel leitud longituuduuring.

Teadusuuringute otsing koduse hosiitsravi kulutõhususe kohta

Koduhosiitsi kulutõhusust ja kulusid statsionaarse hosiitsraviga võrrelnud teaduskirjandusest ülevaate saamiseks tehti 2024. aasta oktoobris andmebaasis PubMed järgnev päring:

("cost-effectiveness"[Title/Abstract] OR ("cost"[Title/Abstract] AND "effectiveness"[Title/Abstract])
 OR ("cost-utility"[Title/Abstract] OR ("cost"[Title/Abstract] AND "utility"[Title/Abstract])) OR ("cost-
 minimization"[Title/Abstract] OR ("cost"[Title/Abstract] AND "minimization"[Title/Abstract]) OR
 "cost-minimisation"[Title/Abstract] OR ("cost"[Title/Abstract] AND "minimisation"[Title/Abstract])) OR
 ("cost-benefit"[Title/Abstract] OR ("cost"[Title/Abstract] AND "benefit"[Title/Abstract])) OR
 ("cost-efficiency"[Title/Abstract] OR ("cost"[Title/Abstract] AND "efficiency"[Title/Abstract])) OR
 ("cost-saving"[Title/Abstract] OR ("cost"[Title/Abstract] AND "saving"[Title/Abstract])) OR ("cost-
 consequence"[Title/Abstract] OR ("cost"[Title/Abstract] AND "consequence"[Title/Abstract])) OR
 ("cost"[Title/Abstract] AND "comparison"[Title/Abstract]) OR ("economic"[Title/Abstract] AND
 "evaluation"[Title/Abstract]) OR ("economic"[Title/Abstract] AND "burden"[Title/Abstract]) OR
 ("cost"[Title] OR "costs"[Title]) OR "Cost-Benefit Analysis"[MeSH Terms] OR "Cost-Effectiveness
 Analysis"[MeSH Terms] OR "technology assessment, biomedical"[MeSH Terms]) AND ("home
 hospice"[Title/Abstract] OR "home hospice care"[Title/Abstract] OR "hospice at
 home"[Title/Abstract] OR ("hospice s"[All Fields] OR "hospices"[MeSH Terms] OR "hospices"[All
 Fields] OR "hospice"[All Fields] OR "hospice care"[MeSH Terms] OR ("hospice"[All Fields] AND
 "care"[All Fields]) OR "hospice care"[All Fields]) AND "care at home"[Title/Abstract]) OR "end of
 life care at home"[Title/Abstract])) AND ((humans[Filter]) AND (2010:2024[pdat]))

Päringu tulemusena leiti 17 artiklit. Pealkirjade ja sisukokkuvõtete põhjal jäeti kõrvale 13
 uuringut, milles ei käsitletud kodus hosiitsravi või ei võrreldud seda statsionaarse
 hosiitsraviga. Täistekstide läbivaatamise tulemusena jäeti kõrvale veel kolm artiklit, milles
 võrreldi koduse hosiitsravi kulusid tavaraviga, mis seisnes hosiitsravi puudumises. Seega
 kaasati raportisse vaid üks koduse ja statsionaarse hosiitsravi kulusid võrrelnud uuring.

Lisa 3. Statsionaarse hospiitsravi voodipäeva standardkulu komponendid

Väljavõte Sotsiaalministri 19. jaanuari 2007. aasta määruse „Kindlustatud isikult tasu maksmise kohustuse Tervisekassa poolt ülevõtmise kord ja tervishoiuteenuse osutajale makstava tasu arvutamise meetodika“, lisast 3 „Teenuste standardkulu komponendid (ressursid, ressursi kasutamise keskmine maht ja ressursi ühe mõõtühiku maksumus)“, kehtiv alates 1.04.2025.

Statsionaarne hospiitsravi, TerK teenuse kood 2068			
Ressursi nimi	Ressursi kasutamise keskmine maht	Ressursi ühe mõõtühiku maksumus	Mõõtühik
Toitlustamine	1,00	9,64	voodipäev
Pesupesemine	1,00	3,22	kilogramm
Patsiendi haldus	2,00	1,16	määratlemata
IT ressursid	1,00	0,93	kirjeldamata
Isikukaitsevahendid ja desinfitseerimine	3,84	1,00	eurot
Hooldusraviarst-geriaater	25,00	1,01	minut
Hooldustöötaja	158,00	0,32	minut
Õde	119,00	0,53	minut
Õendusabi palat	1,00	13,40	voodipäev
Protseduurituba õendusabis	0,05	18,99	voodipäev
Õendusabi voodipäeva ravimite komplekt	1,13	1,00	kirjeldamata
Õendusabi voodipäeva materjalide komplekt	1,07	2,88	eurot

Summary

Hospice at home: effectiveness, cost-effectiveness, and budget impact in Estonia

Objective: Home based hospice care is a part of palliative care that supports patients in the final phase of an incurable illness. This report aims to evaluate the effectiveness, cost-effectiveness, and budget impact of hospice at home (HH) in Estonia and provide recommendations for its implementation.

Methods: A review of international practices revealed variability in the organization of HH. While clinical guidelines do not explicitly separate home-based hospice care from inpatient hospice care, in many countries it is a standard option. Patients are typically referred based on estimated life expectancy (commonly three to six months) regardless of diagnosis. Hospice care teams include nurses, physicians, chaplains, and other specialists. Services focus on symptom relief, especially pain management, and may include support for family members. Data from Viljandi Hospital and Estonian Health Insurance Fund (EHIF) were used for the cost-minimisation analysis (CMA), which considered two scenarios with different assumptions about service days and resource use.

Results: In Estonia, HH has been provided by Viljandi Hospital since January 2023, serving nearly 50 patients, mainly with oncological conditions. There is limited research comparing the effectiveness of home-based versus inpatient hospice care. A systematic review and one longitudinal study suggest that HH significantly increases the likelihood of dying at home. However, results are inconclusive regarding other outcomes like reduced hospitalizations or patient and carer satisfaction levels. No cost-effectiveness analyses were found in the literature, but one study exploring costs, indicated significantly lower healthcare costs in the last month of life for patients in HH, mainly due to shorter hospital stays. According to the CMA in this report, inpatient hospice care costs 177.67 euros per day per patient, while home-based care costs 41.04 and 96.50 euros per day under the two scenarios. Although HH patients had slightly longer average hospital stays (21 vs. 18 days), the total cost remained lower—by 62% and 26%, respectively. The main cost drivers were accommodation and personnel expenses. Budget impact estimates show potential annual savings for EHIF ranging from €49,678 to €482,241 depending on the share of hospice patients in home-based care (5%–20%) and costing scenario. However, wider availability may increase demand for hospice care overall.

Conclusions: HH significantly increases the likelihood of dying at home (low-quality evidence). CMA based on Estonian data, showed that HH had lower total costs than inpatient hospice care and budget impact analysis revealed a possibility of savings.

In Estonia, similar reimbursement models, quality standards, and implementation conditions should be applied to HH as those used for inpatient hospice care. A national guideline should be developed, and indications for HH—such as expected life expectancy—should be clearly defined. Consent from patients and/or their families is essential, and attention must be paid to supporting family caregivers. In the future, however, the overall concept of hospice care in Estonia should be re-evaluated, potentially shifting more focus towards supporting family caregivers, as seen in other countries.

Citation: Põld M, Koiduaru K, Nohrin LC, Oras K, Hinno S, Jürisson M. Kodune hosiitsravi: efektiivsus, kulutõhusus ja eelarve mõju Eestis, TTH76. Tartu: Tartu Ülikooli peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut; 2025.