

**EESTI HAIGEKASSA  
EESTI GERONTOLOOGIA ja GERIAATRIA ASSOTSIATSIOON  
HOOLDUSRAVI OSUTAJATE ÜHENDUS  
EESTI ÕDEDE LIIT**

**ÕENDUSHOOLDUSE OSUTAMISE NÕUDED**

**2007**

Abi vajavate inimeste sotsiaalhoolekande ja tervishoiu teema on seoses globaalse rahvastikuvananemisega saanud äärmiselt aktuaalseks teemaks rahvusvahelises mastaabis. Rahvastikuvananemisest tingitud probleemide lahendamine on vaieldamatult praegusaja Euroopa sotsiaalpoliitika, tervishoiu ja sotsiaaltöö fundamentaalne valdkond.

Euroopa tasandil on läbi viidud ning pooleli rohkelt teadusuuringuid, kus püütakse leida uusi lahendusi eakate toimetuleku ja hoolduse parandamiseks (näiteks EL 5. raamprogrammi projektid: PROCARE, OASIS, AD HOC, CARMA, IMPROVE, EUROFAMCARE, MEC, CARE KEYS, CARMEN).

Eestis algasid eakate toimetulekut käsitlevad laiemad süstemaatilised uuringud 2000. aastal (Eesti eakate elanike toimetuleku- ja terviseuuring 2000; EGGA), millele eelnes olulise sündmusena "Eesti vanuripoliitika aluste" heakskiitmine Vabariigi Valitsuse poolt 1999. aastal.

Eesti spetsialistid on osalenud ja osalevad mitmetes rahvusvahelistes eakate teemat käsitlevates programmides ja uuringutes. Nimetatud rahvusvaheline koostöö on viinud teadmistepõhisele lähenemisele "Eesti Hooldusravivõrgu Arengukava 2015" (Sotsiaalministeerium, 2004 b) koostamisel. "Eesti Hooldusravivõrgu Arengukava 2015" valmis seoses Eesti haiglavõrgu reformiga.

Käesolev juhend toetub Eesti ja Euroopa Liidu regulatsioonidele ja sotsiaalhoolekande- ning tervishoiusüsteeme käsitlevatele uuringutest ilmnenule parima praktika näidetele ning teooriatele. Samuti juhendatakse "Eesti Hooldusravivõrgu Arengukava 2015"-st ja sotsiaal- ning tervishoiuvaldkonda reguleerivatest õigusaktidest.

## SISUKORD

### Sissejuhatus

#### 1. Mõisted

#### 2. Eakate olukord Eestis

- 2.1. Rahvastiku vanuseline struktuur
- 2.2. Rahvastiku prognoos
- 2.3. Eakate hooldusvajaduse struktuur

#### 3. Seadused ja muud regulatsioonid

#### 4. Teenused hooldusvajadusega eakatele

- 4.1. Prioriteetidid eakate hoolduses meil ja mujal
- 4.2. Õendusabi tervishoiuteenused
- 4.3. Sotsiaalteenused
- 4.4. Teenuste integreeritud osutamine
  - 4.4.1. Integreeritud hoolduse korraldamise põhimõtted
- 4.5. Institutsionaalset teenust pakkuvad asutused hooldusravi/ hoolduse süsteemis

#### 5. Koostöövormid teistes riikides

#### 6. Kvaliteedinõuded õendusabis

- 6.1. Kvaliteetne teenus
- 6.2. Dokumentatsioon
- 6.3. Õendusabi juhtimine
- 6.4. Patsient õendusabi osutamisel
- 6.5. Professionaalne kvaliteet õendusabi osutamisel
  - 6.5.1. Professionaalne kvaliteet I Personal
  - 6.5.2. Professionaalne kvaliteet II Õendusdokumentatsioon
- 6.6. Patsiendi seisundi ja vajaduste hindamine
  - 6.6.1. Teenusele kvalifitseerumine
  - 6.6.2. Esmatasandi hindamine
  - 6.6.3. Geriaatriline hindamine
- 6.7. Õendusabi tervishoiuteenuse osutamise keskkonna kvaliteet
- 6.8. Riskid õendusabi tervishoiuteenuse osutamisel

#### 7. Õendushoolduse osutamise nõuete tutvustamise ja rakendamise plaan

### Lisad

Lisa 1. Hospiitsiteenuse kirjeldus

Lisa 2. Interdistsiplinaarsus õendushoolduses. Interdistsiplinaarse meeskonna liikmed.

Lisa 3. Dementsete õendushooldus

Lisa 4. Geriaatriline tervishoiu sotsiaaltöö

Lisa 5. Integreeritud hoolduse rakendamine võimalusest Eestis (EGGA ja töögrupi seisukoht)

## SISSEJUHATUS

Mais 2000.a. kiideti Vabariigi Valitsuse poolt heaks Rootsi ekspertide poolt koostatud "Haiglavõrgu arengukava 2015." (Estonian Hospital Master Plan Sotsiaalministeerium 2004 b), mis keskendus aktiivravivõrgu ümberkujundamisele, kuid nägi ette ka hooldusravivõrgu arendamise vajalikkuse. Selle arengukava kohaselt jääb Eestisse aastaks 2015 kokku 13 aktiivravihaiglat, 2 aktiivravi voodit 1000 elaniku kohta ehk ca 3100 aktiivravi voodikohta, mis peavad tagama adekvaatse juurdepääsu arstiabile.

### **Aktiivravi efektiivsuse tõstmise ja ressursside säästlikuma kasutamise eelduseks kogu tervishoiusüsteemis on hästitoimiv taastus- ja hooldusravivõrk.**

"Eesti Hooldusravivõrgu Arengukava 2004-2015" kiideti Vabariigi Valitsuse poolt heaks 2004. aastal.

Hooldusravivõrgu ülesandeks on pakkuda abi nendele patsientidele, kes ei vaja enam/veel aktiivravi, kuid vajavad regulaarset õendusabi ja ööpäevaringset jälgimist. Hooldusravi patsiendid ei vaja kallist, kõrgtehnoloogilist ja spetsialiseeritud ravi, vaid ravi, õendushoolduse ning hoolduse jätkamist teises keskkonnas, mis võimaldaks inim- ja materiaalsete ressursside kulusäästlikku kasutamist ning ühtlasi tagaks patsientide rahulolu teenustega ja võimalikult hea elukvaliteedi. Üheks oluliseks hooldusravi osutamise eesmärgiks on krooniliste haiguste ägenemiste ja tüsistuste ennetamine ning seega aktiivravi osutamise vajaduse vähendamine.

Põhilise osa hooldusravi patsientidest moodustavad eakad ja kroonilised haiged, kellel puudub perspektiiv oluliseks paranemiseks või kelle paranemine vajab pikemaajalist õendusabi. Paljud eakad vajavad hooldusravil viibimise ajal lisaks tervishoiuteenustele ka hoolekandeteenuseid, mistõttu on vaja abi osutada integreeritult. Seetõttu on juhendis käsitletud intergreeritud teenuse osutamist üksikasjalikumalt.

Hooldusravi sisaldab õendushooldusteenuseid (sh. isikuabi ja funktsioone toetava taastusravi elemente), mille eesmärgiks on saavutada patsiendi parim võimalik toimetulek igapäevase eluga. Hooldusravi sihipärasuse ja tulemuslikkuse eelduseks on hinnatud vajaduse alusel ravile suunatud patsiendid.

Eestis alustati hooldusravi statsionaarse teenuse osutamist alates 2001. aastast. Teenuse nimetus määruses "Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu" on statsionaarne hooldusravi. Ambulatoorset hooldusravi on hetkel loetelus 3 liiki: koduõendus-hooldusteenus, vähihaige kodune toetusravi ja geriaatriline hindamine. Koduõendusteenuse osutamisega alustati 2003. aastast. Geriaatrilise hindamise teenus lisandus 2004. aastal.

Hooldusravi osutajatel on vajadus tegevust koordineeriva ja reguleeriva juhendi järele, mis ühtlasi võimaldaks hinnata hooldusravi kvaliteeti. Juhend on kõigile hooldusravi osutajatele praktikas rakendamiseks. Juhend on enam suunatud

statsionaarse hooldusravi osutajatele, kuna koduõenduse juhend on olemas. Samas on enamus kvaliteedinõudeid rakendatavad ambulatoorse teenuse osutamisel

Käesolev juhend on valminud Eesti Gerontoloogia ja Geriaatria Assotsiatsiooni, Hooldusravi Osutajate Ühenduse, Eesti Õdede Liidu ja Eesti Haigekassa koostöös.

Töögrupi koosseis:

Miia Sultsmann	EGGA juhatuse liige, AS Röpina Haigla juhatuse esimees, projektijuht
Jelena Leibur	SA EELK Diakooniahaigla juhataja
Mare Leppik	SA PERH Keila Haigla ülemõde
Lilia Leppsaar	AS Lõuna-Eesti Haigla Hooldusravi keskuse juhataja
Arge Lärm	Eesti Õdede Liidu esindaja, koduõde (FIE)
Ave Kaljula	Eesti Õdede Liidu esindaja, OÜ Medendi, õde
Lea Karik	Eesti Õdede Liidu esindaja AS Ida - Tallinna Keskhaigla taastusravikeskuse õde-koordinaator
Aita Kütt	Eesti Õdede Liidu esindaja, SA Pärnu Haigla hooldusravi osakonna vanemõde
Kristina Oja	SA Tartu Ülikooli Kliinikum Spordimeditsiini ja taastusravi kliiniku hooldusravi osakonna juhataja
Regina Palatu	Eesti Õdede Liidu esindaja, AS Ida – Tallinna Keskhaigla hooldusravikeskuse õendusabi kvaliteedi juht
Margit Seppik	Eesti Õdede Liidu esindaja, SA Pärnu Haigla ülemõde, hooldusravi koordinaator
Kersti Weiss	OÜ Koduõde, õde

### **Juhend on kooskõlastatud järgmiste ühenduste ja institutsioonidega**

Eesti Gerontoloogia ja Geriaatria Assotsiatsioon (EGGA)

Eesti Õdede Liit

Eesti Perekarstide Selts

Eesti Tervishoiu Sotsiaaltöötajate Assotsiatsioon (ETSA)

Juhendi koostamise käigus koostas töögrupp määruse "Iseseisvalt osutatavad õendusabi tervishoiuteenused" muudatusettepaneku. Muudatusettepanek on lisaks ülaltoodud institutsioonidele kooskõlastatud Eesti Uroloogide Seltsiga.

Juhendile on eksperthinnangu andnud Maarika Tisler (ETSA).

Juhendi jõustumisel on soovitatav kasutada hooldusravi teenuse asemel nimetust õendushooldusteenus, mis muudab teenuse nime sisule lähedasemaks.

Juhend on eakatele osutatavate teenuste kirjeldamisel patsiendi ja tervishoiuteenuste keskne.

Juhendi eesmärgid on:

- 1) Kirjeldada õendushooldusteenuse kvaliteedikriteeriume ja kvaliteedi hindamist
- 2) Kirjeldada (statsionaarsel) õendushooldusteenusel osutatavaid teenuseid.
- 3) Kirjeldada (statsionaarse) õendushoolduse sisu ja osutamise tingimusi.
- 4) Sätestada õendushooldusteenuse dokumentatsioon.
- 5) Kirjeldada integreeritud teenuste osutamise võimalusi.

## 1. MÕISTED

Mõistete aluseks on Hooldusravivõrgu Arengukava 2015-s (Eesti Tervishoiuprojekt 2001) toodud mõisted. Juhendi koostajad on pidanud vajalikuks täiendada osade mõistete seletusi ja lisada aluseks olevas loetelus puuduvaid mõisteid.

**Õendushooldus e. hooldusravi teenus** – eesmärgiks on patsiendi väljakujunenud tervisliku ja funktsionaalse seisundi säilitamine ja võimalusel parandamine, stabiilses seisundis haigete pikaajaline ravi ja toetamine läbi õendustegevuse, inimese ettevalmistamine hooldusasutusse või koduhooldusele suunamiseks ning surijate õendusabi. Õendushooldus sisaldab peale tervishoiuteenusena ka hooldusteenust, mida osutatakse õe juhendamisel. Õendushooldus on sihipärane, eesmärgile suunatud tegevus, mille aluseks on õendushooldusplaan.

Õendushooldusteenust osutatakse:

1) ägeda haiguse järgselt tekkinud või süvenenud funktsioonihäirega haigetele (aktiivne õendushooldus), 2) püsiva funktsioonihäirega haigetele, kes vajavad igapäevaseid õendushooldusteenuseid ja perioodilist arstiabi, ning 3) palliatiivset ravi vajavatele haigetele. Õendushooldusteenusel osutatakse valdavalt õendusabi ning vajadusel lisaks hoolekandeteenusel. Õendushooldusteenus jaotatakse: statsionaarne õendushooldusteenus – õenduskodu (praegu hooldusravi haigla) ja ambulatoorne õendushooldusteenus – päevane õendushooldusteenus ja koduõendushooldusteenus.

**Aktiivravi** – tervishoiuteenused, mida osutatakse ebastabiilses seisundis haigetele ning haigetele, kes vajavad suure riskiastmega diagnostilisi või raviprotseduure ja/või kelle uurimine/ravimine ambulatoorselt ei ole võimalik.

Aktiivravi tulemusel inimene valdavalt tervistub või saavutab elule ohutu stabiilse seisundi

**Geriaatiline aktiivravi** – aktiivravihaiglas osutatav teenus, mille ülesandeks on multiprobleemsete eakate patsientide ravi ja taastusravi iseseisva toimetuleku parandamiseks ning edasiseks suunamiseks sobivale õendushooldusteenusele või hoolekandeteenusel. Ülesanneteks on eelkõige seisundi kompleksne hindamine, uuringud, ravi, intensiivne rehabilitatsioon, õendushooldus ning edaspidiste teenuste plaani koostamine ning patsiendi suunamine järgmisesse etappi ja juhtumikorraldamise algatamine. 2007. a. osutatakse aktiivravi sees.

**Statsionaarne õendushooldusteenus** – statsionaaris ööpäevaringselt osutatavad õendushooldus teenused, mida osutatakse kroonilist haigust põdeva, ägeda haiguse paranemisperioodis oleva või piiratud funktsionaalse võimekusega patsiendi raviks (arsti ettekirjutusel) ja/või efektiivsemaks toimetulekuks, kui kodustes tingimustes toimetulek ei ole halvenenud tervisliku seisundi tõttu võimalik.

Statsionaarse õendushoolduse ülesandeks on patsiendi eest hoolitsemine ja samal ajal tema suunamine ning õpetamine, et saavutada võimalikult kiiresti iseseisvus ja sõltumatus teistest inimestest ja ette valmistada patsienti suunamiseks koju/hooldekodusse.

**Päevane õendushooldusteenus** – kroonilist haigust põdeva või piiratud funktsionaalse võimekusega patsiendi raviks (arsti ettekirjutusel) ja/või efektiivsemaks toimetulekuks osutatavad õendushooldus teenused päevases õendusabiüksuses, kus

patsient viibib päevasel ajal. Päevase õendusabi patsiendid on oma funktsionaalselt seisundilt võimelised kodus elama, kuid vajavad päeva jooksul õendushooldust, rehabilitatsiooni ning hoolekandeteenusid.

**Koduõendus-hooldusteenus** - teenuste kogum, mida osutatakse õe ja/või tema meeskonna poolt ägeda haiguse paranemisperioodis oleva, kroonilist haigust põdeva või piiratud funktsionaalse võimekusega patsiendi raviks (arsti ettekirjutusel) ja/või efektiivsemaks toimetulekuks kodus keskkonnas või koduse hospiitteenusena.

**Funktsioone toetav taastusravi** – kompleksne tegevus, mille eesmärgiks on teatud organite /organsüsteemide funktsioonide (hingamine, liigese liikuvus, lihastoonus vms.) taastamine ja säilitamine kroonilisi haigusi põdevatel patsientidel, kasutades taastusravi elemente või funktsioone toetavaid protseduure (sh. liikumisravi, füüsilise ravi võtteid). Teenus sisaldab ka patsiendi ja pereliikmete õpetust hilistüsistuste ennetamisest ja puude kompenseerimisest.

**Dementsete õendushooldus** – dementsetele isikutele õendushooldusteenuse osutamine eriväljaõppega personali poolt spetsialiseeritud asutuses või osakonnas, on õendusabi eriliik. Osutatakse kodust, päevast, institutsionaalset õendushooldust.

**Palliatiivne ravi/õendushooldus** – terviklik aktiivne ravi/õendushooldus patsientidele, kelle haiguse ei allu tervendavale ravile. Eesmähtis on valu ja teiste sümptomite kontroll, psühholoogiliste, sotsiaalsete ja eksistentsiaalsete probleemidega tegelemine. Eesmärgiks on patsiendi ja tema lähedaste parima võimaliku elukvaliteedi saavutamine antud olukorras. Paljud palliatiivse ravi/õendushoolduse aspektid on rakendatavad ka varem haiguse kulu kestel ja ühenduses vähivastase raviga.

Palliatiivne ravi/õendushooldus:

- a. jaatab elu ja suhtub suremisse kui normaalsesse protsessi,
- b. ei püüa surma saabumist kiirendada ega ka edasi lükata
- c. pakub kergendust valule ja teistele kannatusi põhjustavatele sümptomitele
- d. integreerib ravisse ja hooldusse psühholoogilised ja vaimsed aspektid
- e. pakub toetavat süsteemi patsientidele, aidates neil elada surmani nii aktiivselt kui võimalik
- f. pakub toetavat süsteemi lähedastele, aidates neil tulla toime lähedase inimese haiguse ajal ning leinaperioodil

**Suriija õendushooldus** – õendushooldusteenuste kogum, mille ülesandeks on kindlustada surevale patsiendile inimväärne ja turvaline elu kuni väärrika surmani. Teenuse osutamisel arvestatakse suriija psühhosotsiaalseid, eksistentsiaalseid ja füüsilisi vajadusi, vähendades võimaliku miinimumini vaevusi, luues turvalise ja toetava keskkonna elust lahkujale ja tema lähedastele. Osutatakse palliatiivse ravi/õendushoolduse ühe osana.

**Hospiits** – iseseisev tervishoiuüksus või haigla koosseisus töötav osakond/palatid, mis osutab surijatele haigetele palliatiivset ja terminaalravi/õendushooldust (vt.Lisa 1) vastavalt hospiitsifilosoofia põhimõtetele institutsionaalse, päevase ja koduteenusena.

**Hooldusravikompleks** – funktsionaalne mõiste, mis kirjeldab hooldusvajadusega patsientidele/klientidele erinevate tervishoiu- ja hoolekandeteenuste pakkumiseks ühinenud asutuste koostööd ja omavahelisi seoseid (aktiivravahaiglaga seotud geriaatria osakonna sh interdistsiplinaarse hindamismeeskonna, õendusliku, päevase ja koduse õendusabi keskuse ning teiste ravi- ja hoolekandeüksuste ning spetsialistide võrgustik)

**Hooldekodu** – eakatele, vaimuhaigetele ja raskete vaimsete või kehaliste puuetega isikutele elamiseks ja hooldamiseks loodud asutus, kus vajadusel osutatakse ambulatoorseid tervishoiuteenuseid (perearst, pereõde, koduõendusteenus jmt.)

**Hooldushaigla (rahvusvaheliselt kasutatakse õendusliku e. õendushaigla)** – asutus, kus osutatakse õendushooldusteenust e. hooldusraviteenust

**Avahooldus** – kliendi vajadustest lähtuv, koostööl põhinev paindlik ja sotsiaalselt kujunenud tervishoiu- ja hoolekandesüsteem, mis tagab kliendile võimaluse elada võimalikult kaua ja turvaliselt oma kodus. Avahooldusteenuste all mõeldakse erinevaid kliendile kodus ja kogukonnas osutatavaid tervishoiu-, hoolekande- ja tugiteenuseid.

**Õde** - isik, kes on lõpetanud õendusala põhikoolituse üldprogrammi ning kellele on vastava maa seadusandliku organi poolt antud õigus praktiseerida õenduslalu.

**Õendus** – õe kutsealane tegevus, mille ülesandeks on aidata inimest, nii tervet kui haiget, tema tervise kaitsmisel, taastamisel ja/või parandamisel. Kui paranemine pole võimalik, siis olla inimesele toeks, aidata tal kohaneda oma haigusega ning kui surm on vältimatu, siis tagada, et see oleks inimväärne. Õendus lähtub õenduses kehtivatest põhimõtetest ja väärtushinnangutest ning selle eesmärgiks on tervise edendamine ja säilitamine, haiguste vältimine, tervise ja töövõime taastamine ning kannatuste vältimine.

**Õendusliku** - õendusdokument, mis koosneb üldandmete lehest, õendusanamneesist, haige seisundi ja vajaduste hindamise lehest, jälgimislehest/ravilehest, õendusplaanist, õenduspäevikust ja õendusepikriisist, kindlustamaks patsientidele individuaalne ning otstarbekohane ravi ning õendushooldus.

**Esmatasandi hindamismeeskond** - perearstist, õest ja kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötajast koosnev meeskond, kes igapäevatöö käigus hindab toimetulekuraskustega isikute tervisliku, funktsionaalse ja sotsiaalse seisundi põhinäitajaid ning hindab teenuse osutamise vajalikkust.

**Geriaatriline hinnang / kompleksne hinnang** - multimorbiidse või geriaatrilise patsiendi tervisliku, funktsionaalse ja sotsiaalse seisundi hindamine interdistsiplinaarse meeskonna poolt, mille koosseisus on geriaatrilise süvakoolitusega spetsialistid: arst-geriaater, (geriaatria)õde, sotsiaaltöötaja, vajadusel ka tegevusterapeut, liikumisterapeut ja teised spetsialistid. Eesmärgiks on kõigi ravitavate/parandatavate seisundite diagnoosimine, teenuste vajaduse määramine, individuaalse tegevuskava koostamine, vajadusel ka teenusteni suunamine.

**Juhtumi korraldaja** – käesoleva dokumendi mõistes on vastava ettevalmistusega töötaja, kelle tegevuse põhisisuks on kliendile vajalike arsti-, õendushoolduse - ja



sotsiaalteenuste koordineerimine, et kindlustada kliendikeskne hoolduse jätkuvus ja efektiivsus. Juhtumi korraldaja võib olla esmatasandi meditsiinitöötaja või kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötaja/töötaja, interdistsiplinaarse hindamismeeskonna liige, institutsionaalse tervishoiu- või hooldusasutuse töötaja.

**Juhtumi korraldamine** - käesoleva dokumendi mõistes on funktsionaalse hindamise alusel õendushooldusteenuse ja sotsiaalhoolekande planeerimine, pika- ja lühiajaliste eesmärkide formuleerimine ning prioriteetsete teenuste vajaduse ja ajakava hindamine. Arsti-, õendus- ja sotsiaalteenuste koordineerimine, et kindlustada hoolduse jätkuvus ja efektiivsus. Patsiendile osutatavate teenuste ja patsiendi seisundi regulaarse hindamise korraldamine.

**Hooldusõde** – erialase ettevalmistusega kutsetunnistusega töötaja, kes aitab üksikisikut, peret või muid rühmi nende igapäevases elus, säilitades ja edendades nende tervist ning abistades toimetulekul. Tunneb kõikide õendusprotseduuride teostamistehnikat, et olla valmis koostööks õega. Õe juhendamisel osutab hooldusõendusabi.

**Hooldaja** - kutsealase ettevalmistusega töötaja, kes on omandanud tööks vajalikud teadmised ja oskused töökohal kliendi/patsiendi hooldamiseks, juhendamiseks ning toimetuleku parandamiseks. Ta hoolitseb abivajaja füüsiliste, psühhosotsiaalsete vajaduste rahuldamise eest, juhendab ja toetab teda. Ta aitab abivajajal tervist taastada, saavutada ja säilitada ning toetab teda surma lähenedes.

**Sotsiaalhoolekanne** – sotsiaalteenuste, sotsiaaltoetuste ja muu abi osutamise või määramisega seotud toimingute süsteem, mille ülesandeks on isikule või perekonnale toimetulekuraskuste ennetamiseks, kõrvaldamiseks või kergendamiseks abi osutamine ning sotsiaalsete erivajadustega isikute sotsiaalsele turvalisusele, arengule ja ühiskonnas kohanemisele kaasaaitamine.

**Sotsiaaltöötaja** - erialase kõrgharidusega spetsialist, kelle tegevus on suunatud indiviidide, perede ja rühmade toimetuleku toetamisele ning kogukonna ja ühiskonna vastavusse viimisele tema liikmete vajadustega.

**Sotsiaalhooldaja** - kutsekoolituse või erialase ettevalmistusega töötaja, kes on omandanud tööks vajalikud teadmised ja oskused abivajajate hooldamiseks, juhendamiseks ning rehabilitatsiooniks.

**Geriaatiline tervishoiu sotsiaaltöö** – on olukorrast sõltuv ja eaka kliendi vajadustest lähtuv koostöö haigestunud inimese, meedikute ja tervishoiuasutusest väljapoole ulatuvate võrgustikuliikmetega, kus töö eesmärgiks on toetada inimese terviseprobleemide taustal tekkinud või teravnenud psühhosotsiaalsete ja sotsiaalmajanduslike probleemidega toimetuleku võimet, selle kaudu tõsta ravi efektiivsust ning hoida kokku otseseid ravikulutusi.

**Tegevusterapeut** - tegevuse ja tegevusvõime spetsialist, kelle töö eesmärgiks on häirunud tegevusvõimega isiku tegevusvõime säilitamine ja edendamine.

**Tegevusteraapia** - inimese füüsilise ja psüühilise seisundi mõjutamine eesmärgi-

päraselt valitud tegevuste kaudu, et aidata saavutada parimat võimalikku toimetulekutaset igapäevaelus vajalike tegevuste sooritamisel.

**Tegevusvõime** - inimese suutlikkus hakkama saada igapäevase eluga kodus, tööl ja vabal ajal, omades selleks vajalikke tegevuseeldusi.

## 2. EAKATE OLUKORD EESTIS

### 2.1. Rahvastiku vanuseline struktuur

Üldise taustana võib märkida, et 65-aastaseid ja vanemaid inimesi on Eestis praegu kokku veidi enam kui 225 000 ehk 16,7% kogurahvastikust (1.jaanuar 2006). Üle 65-aastaste inimeste arvu jagunemisest maakonniti viimastel aastatel annab ülevaate tabel 1. Üle 85-aastaseid inimesi on Eestis praegu kokku ligikaudu 16 000 ehk 1,2% rahvastikust (Statistikaamet, 2006).

Eakate probleemid on tihti seotud halva majandusliku olukorra, haiguste, väärtusetuse tunde, toimetulekuvõime vähenemisega. Need probleemid on omavahel nii põimunud, et vahel on raske otsustada, mis on mida põhjustanud. Saks (1998) toob peamiste vanaea probleemidena välja järgmisi põhjusi - majanduslik sõltuvus, halb tervis, ravimite vale tarvitamine, uriinipidamatus, depressioon, krooniline valu, toitumishäired, unetus, enesega toimetulematus ja eakate halb kohtlemine ning ealine diskrimineerimine.

EGGA (Eesti Gerontoloogia ja Geriaatria Assotsiatsioon) "Eesti eakate elanike toimetuleku- ja terviseuringust" (2000) selgub, et eakate enesehinnangu kohaselt tuleb oma eluga täiesti iseseisvalt toime 43%, väga harva vajab abi 28%, mitu korda kuus 10% (20 300 inimest), mitu korda nädalas 6% (13 500 inimest), iga päev 10% (20 300 inimest) ning täiesti on sõltuvad teiste abist 3% (6 100 inimest) eakatest. Abivajadus suureneb järsult pärast 85-ndat eluaastat (Saks jt, 2001).

**Tabel 1. Üle 65-aastaste ja üle 85-aastaste inimeste arv maakonniti 1999., 2001., 2003. ja 2005. aastal.**

	1999 a	2001 a	2003 a	2005 a	1999 a	2001 a	2003 a	2005 a
	65 +	65 +	65 +	65+	85 +	85 +	85 +	85+
Harju maakond	69988	72176	76130	81983	5469	5700	5312	5337
Tallinn	55776	57138	60394	64897	4265	4415	4097	4124
Hiiu maakond	1468	1552	1534	1596	112	139	120	102
Ida-Viru maakond	28169	28699	30069	31461	1456	1471	1304	1381
Jõgeva maakond	6030	6195	6357	6477	589	611	565	565
Järva maakond	5819	5970	6077	6256	575	619	541	539
Lääne maakond	4227	4372	4500	4739	380	390	334	346
Lääne-Viru maak-d	10559	10713	10941	11152	923	959	876	810
Põlva maakond	5804	5852	5888	5900	606	598	519	512
Pärnu maakond	14480	14906	15309	15878	1313	1358	1197	1150
Rapla maakond	5502	5565	5637	5737	540	553	485	440
Saare maakond	5729	5894	6039	6209	534	565	509	481
Tartu maakond	22011	22319	22917	23699	2163	2180	1990	1904
Tartu linn	14194	14399	14831	15331	1328	1386	1271	1214
Valga maakond	6219	6342	6388	6518	603	613	538	538
Viljandi maakond	9750	9805	9916	10118	997	1036	891	861
Võru maakond	7219	7257	7307	7343	712	679	617	675
<b>KOKKU</b>	<b>203046</b>	<b>207617</b>	<b>215009</b>	<b>225066</b>	<b>16972</b>	<b>17471</b>	<b>15798</b>	<b>15645</b>

Allikas: Statistikaamet, 2006.

Viimase viieteistkümnelt aastaga on hooldekodude arv kasvanud rohkem kui viis korda ja hoolealuste arv üldhooldekodudes ligi kolm korda (tabel 2). Keldrima (2003), viidates Tilvisele kirjeldab, et pikaajalise ravi ja hoolduse vajaduse kasv on põhjustatud eakate osakaalu tõusust rahvastikus, krooniliste haiguste lisandumisest, urbaniseerumisest, naiste töölkäimisest ja pere suuruse muutumisest.

**Tabel 2. Üldhooldekodude ja nendes elavate hoolealuste arv aastatel 1990. - 2005.**

	1990	1995	2000	2003	2005
Üldhooldekodude arv	22	49	96	101	112
Hoolealuste arv	1 545	2 146	3 276	3 509	4175

Allikas: Statistikaamet, 2004; S. Sõmer 2005.

**Tabel 3. Hooldusravi haiglad ja koduõendusteenuse osutajad**

	2004	2005	2006
Kodune hooldusravi (koduõendus)	34	43	48
Statsionaarne hooldusravi	41	47	42
Sh. stats. ja kodune	12	20	24

Allikas: Eesti Haigekassa

## 2.2. Rahvastiku prognoos.

Eesti on Euroopa üks kiiremini vananevaid riike. Tuleviku põhitrendiks on vanuriosakaalu (üle 65-aastased) tõus praeguselt tasemelt 16,7% kogu rahvastikust kuni 19 – 20%-ni aastaks 2030 (Saks jt. 2004). ÜRO rahvastikuprognoosi kohaselt võib 2025. aastaks üle 60-aastaste inimeste arv rahvastikust moodustada koguni neljandiku (joonis 2).

See asjaolu esitab tervishoiu- ja hoolekandesüsteemile täiendavaid nõudeid, kuivõrd tööjõuline elanikkond väheneb Eestis iga aastaga, toimetulek vananedes kahaneb ja kolmas elufaas (normaalne vananemine pensionieas) võib kergesti üle minna neljandaks (patoloogiline vananemine ja toimetulek pideva kõrvalabi toel) (Tulva jt, 2001).

## 2.3. Eakate hooldusvajaduse struktuur

Hooldusvajaduse sihtgrupi enamuse moodustavad 65-aastased ja vanemad inimesed. Sihtgruppi kuuluvad ka nooremad püsiva tervisekahjustuse ja funktsionaalsete häiretega inimesed, kuid nende regionaalne paiknemine ei ole fikseeritav ning planeerimisel on otstarbekas võtta aluseks andmed elanikkonna vanuselise jaotuse kohta. Teiseks lähtepunktiks on teenuste vajadused tasemete järgi. Teenustasemete normatiivid tuhande 65-aastase ja vanema elaniku kohta on kokkuleppelised ning neid saab kasutada esialgsel planeerimisel baasindikaatoritena.

Lähtuvalt Eesti Hooldusravivõrgu arengukavast aastaks 2015 (Sotsiaalministeerium, 2004 b) on õenduskodu kohtade vajadus 10 voodit 1000 üle 65-aastase elaniku kohta. Hooldekodukohtade vajadus on 20 voodit 1000 üle 65-aastase elaniku kohta. Need arvud on saadud, võttes aluseks kogu maailmas levinud praktika, kus on otstarbekas võtta aluskriteeriumiks iga kahe hooldekodu voodi kohta üks õendushoolduskodu koht.

Hooldekoduteenuse kättesaadavust näitab hooldekodukohtade arv tuhande üle 65-aastase elaniku kohta. Eesti haiglate arengukava aastani 2015 (Sotsiaalministeerium, 2004 c) pakub välja 4 hooldekodukohta 1000 elaniku kohta, kusjuures mõeldud on

kogu elanikkonda. Tuhande 65-aastase ja vanema elaniku jaoks oleks vajalik kohtade arv seega 28.

Maakondadevahelisi erinevusi tuleb vaadelda seotult eaka elanikkonna osakaaluga vastavas piirkonnas, mis võimaldab tõeselt hinnata erinevusi hooldekodukohtade ja õenduskodu kohtade kättesaadavuses. Erinevate uuringute põhjal erinevate meetodikate alusel saadud andmed toetavad Eesti Hooldusravivõrgu arengukava aastaks 2015 kontseptsioonis teenuste planeerimisel seatud eesmärke, mis on olnud aluseks ka maakondlike hooldusravivõrgu arengukavade koostamisel 2004. a.

Institutsionaalse hoolduse miinimum rahvusvaheliste standardite järgi on 30 kohta 1000 65-aastase ja vanema inimese kohta, mis jagatakse hooldekodu ja õenduskodu vahel suhtega 2:1. Ent teenuste kättesaadavuse indikaatorite seadmisel ei saa ühele üle võtta Euroopa Liidus (EL) kehtivaid norme ja neisse tuleb suhtuda paindlikult. Eesti Hooldusravivõrgu arengukava 2015 kontseptsiooni järgi on paindliku suhtumise aluseks 4 põhjust:

- 1) Erinevused elanikkonna struktuuris (eriti 80-aastaste ja vanemate elanike osakaal). Sarnaselt teiste riikide kogemustele näitavad Eesti vastavad andmed, et ea suurenedes kasvab abivajadus märkimisväärselt. Praegu on Eestis 65-aastastest ja vanematest elanikest vaid 7% 85-aastased ja vanemad (Statistikaamet, 2006), EL riikides on see näitaja kõrgem.
- 2) Erinevused elamistingimustes kujundavad erineva vajaduse õendushooldusteenuse järele. Sotsiaaleluruumide vähene kättesaadavus ja mugavusteta elamistingimused põhjustavad suuremat vajadust institutsionaalse õendushooldusteenuse järele. Loomulikult on võimalik vähendada institutsionaalse õendushoolduse vajadust koduste teenuste ja kohandatud elamispinna parema kättesaadavuse tagamisega, ent institutsionaalse õendushoolduse vajadus väheneb alles siis, kui need teenused on inimestele kättesaadavad.
- 3) Erinevused tervishoiu, hoolekande ja nendega seotud muude teenuste korralduses. Eestis puuduvad rahvusvaheliselt aktsepteeritud standardid teenuste kättesaadavuse, kvaliteedi ja nende osutamise korra kohta. Seetõttu on esmatähtis keskenduda standardite väljatöötamisele. Standardite väljatöötamisel on vajalik võtta arvesse eeskujuna nende riikide praktika, mis on võrreldavad Eesti sotsiaalse ja majandusliku arengumudeliga ning samuti neid, kus on viimase 50 aasta jooksul välja arendatud hinnatud vajadustel põhinev geriaatrilise abi süsteem.
- 4) Arvesse tuleb võtta erinevused mõistetes. Standardsed definitsioonid EL riikides on alles väljatöötamisel. Praegu on neile Eestis raske vasteid leida, kuna olukord on erinev. Seetõttu tuleks hetkel kasutada Eesti Hooldusravivõrgu arengukavas sätestatud mõisteid ja ka käesolevas dokumendis lahtikirjeldatud mõisteid erialase keele ühtlustamise eesmärgil (Sotsiaalministeerium, 2004 b).

Pikemas perspektiivis peame sihiks võtma ikkagi Euroopa Liidu keskmised näitajad nii avahoolduse kui institutsionaalse hoolduse osas.

### **3. SEADUSED JA MUUD REGULATSIOONID**

Tervishoiu korraldamine (juhtimine ja finantseerimine) on riigi vastutusalas. Tervishoiuteenused jagatakse tervishoiuteenuste korraldamise seaduse kohaselt statsionaarseks ja ambulatoorseks tervishoiuteenuseks. Sellest lähtuvalt jagatakse õendushooldusteenused tervishoiuteenuste loetelus: (institutsionaalne) õendushooldusteenus e. statsionaarne hooldusravi ja ambulatoorne hooldusravi, millest hetkel on teenuste loetelus vaid koduõendus (koduse õendusabi tervishoiuteenus). Õendusabi tervishoiuteenuseid osutatakse tervishoiuameti tegevusloa alusel. Õendushooldusteenuste loetelu ja osutamise nõuded on reguleeritud sotsiaalministri määrustega.

Eestis toimub tervishoiu finantseerimine läbi erinevate allikate, millest olulisemaks on riigieelarve, lisandub veel finantseerimine valla või linnaeelarvest või patsiendi omaosalusest.

Tervishoiuteenuste rahastamist reguleerivad mitmed erinevad seadused: Tervishoiuteenuste korraldamise seadus (RT I, 2001), Ravikindlustuse seadus (RT I, 2002), Eesti Haigekassa Seadus (RT, 2000), Sotsiaalmaksuseadus (RT, 2000), Ravimiseadus (RT, 1996). Arsti ja patsiendi vahelist rahalist suhet reguleerib Võlaõigusseadus (RT I, 2001).

Vältimatut abi on õigus (lähtuvalt Tervishoiuteenuste korraldamise seadusest) saada igal Eesti Vabariigi territooriumil asuval kodanikul. Lähtuvalt seadusest peetakse vältimatuks abiks tervishoiuteenust, mille edasilükkamine või osutamata jätmine võib põhjustada abivajaja surma või tervisekahjustuse.

Tervishoiuteenuste osutamist tõendavate dokumentide loetelu ja näidisvormid ning tervishoiuteenuste dokumenteerimise kord on kehtestatud Sotsiaalministri määrusega „Tervishoiuteenuste osutamist tõendavate dokumentide loetelu ja vormid ning tervishoiuteenuste dokumenteerimise kord“ (RTL, 2002, 2003, 2005). Kohustuslik on teenuse osutamise dokumenteerimine ja Eesti Haigekassal on õigus õendusloa alusel kontrollida teenuse osutamise õigsust ja põhjendatust.

### **4. TEENUSED HOOLDUSVAJADUSEGA EAKATELE**

#### **4.1. Prioriteetidid eakate hoolduses Eestis ja mujal**

Eesti vanuripoliitika kujundamisel on lähtunud positiivsest vanurikäsitlusest ja keskendunud järgmisele:

- 1) eluga toimetuleku kindlustamine riikliku pensionisüsteemi toel, sest sotsiaalabi ja ravivajadus kasvavad progresseeruvalt;
- 2) eakate kõrge elukvaliteedi ja heaolu saavutamine, lähtudes teiste vanuserühmadega võrdsete võimaluste tagamise põhimõttest;
- 3) eakate enesemääramisõiguse soodustamine;
- 4) eelduste loomine eakate sotsiaalse ja vaimse aktiivsuse virgutamiseks;
- 5) eakate vajadusi arvestava teenustesüsteemi väljaarendamine ning andme-panga koostamine võimalike teenuste kohta;

- 6) eakate endi ja nendega töötava personali koolitus (Eesti vanuripoliitika alused, 1999).

Haiglaravi vajaduse lõppemisel on paljud eakad võimelised kodus toime tulema kas väga vähese toetusega või üldse ilma kõrvalise abita. Samas on ka neid, kes vajavad erinevaid teenuseid. Need patsiendid, kes vajavad kompleksravi, sealhulgas ka eakad ja psüühiliste häiretega inimesed, vajavad tõenäoliselt mitmeid teenuseid. Teenuste korraldamisel on oluline info levik kõikide hoolekandesüsteemi osapoolte vahel (McKenna jt, 2000).

Alates heaoluriigi kujunemisest on sotsiaalteenused muutunud sotsiaalpoliitika lahutamatuks osaks. Paljudes arenenud lääneriikides on olnud kasvaval määral avaliku sektori kanda nii teenuste finantseerimine, organiseerimine, tootmine kui kontrollimine. Rõhuasetus on sageli järgmistel teguritel: teenuste võime reageerida kasutajate vajadustele, hooldajate isiklik suhe hooldatavatega, kasutajate võrdne kohtlemine, ohutus, ökonoomsus, hooldajate oskused ja pädevus, hooldaja võime tööga toime tulla ning vähemusrühmade respektseerimine (Sipilä, 1997).

#### 4.2. Õendushooldusteenused

“Hooldusravivõrgu Arengukava 2015”-st lähtudes on õendushoolduse (arengukavas kasutusel hooldusravi termin) vajadustega patsientidele osutatavateks põhilisteks tervishoiuteenusteks:

- 1) patsiendi vajaduste hindamine: tervisliku seisundi hindamine, funktsionaalse seisundi hindamine, sotsiaalse seisundi hindamine, tegevuskava väljatöötamine;
- 2) õendusplaani koostamine, ravi- ja õendusprotseduuride teostamine, mille eesmärgiks on haigele parima võimaliku funktsionaalse seisundi kindlustamine, patsiendi eest hoolitsemine, tema suunamine ning õpetamine, kuidas saavutada võimalikult kiiresti iseseisvus ja sõltumatus teistest inimestest: õendusplaani alusel õendustoimingute teostamine, õendusnõustamine, juhtumi korraldus, hooldusõdede superviseerimine;
- 3) funktsioone toetava taastusravi elemendid, mille ülesandeks on patsiendi abistamine kohanemisel tema tervislikust, funktsionaalsest ja sotsiaalset seisundist tuleneva staatusega, kindlustamaks olemasoleva funktsioonivõime parima rakenduse ja nii parima võimaliku elukvaliteedi olemasolevate ressursidega: liikumispotentsiaali ja kehalise võimekuse hindamine, keskkonna hindamine ja vajadusel ümberkorraldamine, füsioteraapia läbiviimine, omaste nõustamine ja seisundi dünaamiline hindamine;
- 4) sureva patsiendi vaevuste leevendamine ja inimväärse surma võimaldamine: valuravi, sümptomaatiline ravi, psühhoemotsionaalne toetus, omaste nõustamine

Hooldusravi sihtgruppi kuuluvad enamasti igapäevatoimingutes teistest sõltuvad, kroonilisi haigusi põdevad patsiendid, kelle tervislik ja funktsionaalne seisund on stabiilne ning kes vajavad pidevat (ööpäevaringselt või perioodiliselt) õendushooldust. Vajalik teenusetasand määratakse hindamisel.

Hooldusravile suunatakse patsiente nii aktiivravist kui kodust. Viimasel juhul terviseprobleemide tekkimisel/krooniliste terviseprobleemide ägenemisel aktiivravi vajaduse ennetamiseks.

Õendushooldusteenust vajavate patsientide diagnostilised grupid saab jaotada:

- 1) alaägedas perioodis kroonilisi haigusi põdevad patsiendid: neuroloogilised kahjustused - hemiparees, parapleegia, dementsus ja muud degeneratiivsed kesknärvisüsteemi jt. haigused; luu - liigeskonna ja lihaste haigused - raskekujuline degeneratiivne artriit või reumatoidartriit, lihasedüstroofia jm.;
- 2) kroonilised organkahjustused alaägedas faasis: neeru-, maksa-, kopsu- või südamekahjustused;
- 3) liikumisvõimet piiravad mööduvad seisundid (traumad, infarktist paranemine jm);
- 4) terminaalfaasis olevad patsiendid (Sotsiaalministeerium, 2004 b).

Õendushooldusteenuste osutamine on käesoleval ajal ajaliselt piiratud.

### **4.3. Sotsiaalteenused**

Sotsiaalhoolekande ülesanneteks Eestis on abivajavate isikute toimetuleku soodustamine ja sotsiaalse turvalisuse suurendamine. Eesti sotsiaalhoolekandes on sihiks võetud sotsiaalteenuste struktuuri muutmine: asutusekesksete ja keerukate teenuste asemele peavad tekkima lihtsamad ja kodukesksed teenused. Laiemas perspektiivis on selline teenustestruktuur aluseks inimlikumale ja ökonoomsemale hoolekandesüsteemile (Malvet jt, 1998).

Sotsiaalhoolekande teenustest on eakatele olulised sotsiaalnõustamine, proteeside, ortopeediliste ja muude abivahenditega varustamine, koduteenused, eluasemeteenused, hooldamine ja rehabilitatsioon hoolekandeesutuses ja toimetulekuks vajalikud muud sotsiaalteenused. Sotsiaalteenuste loetelu on toodud Sotsiaalhoolekande seaduse §10-s.

Sotsiaalteenused jaotatakse ennetavateks sotsiaalteenusteks, avahoolduseks ja institutsionaalseks (asutusekeskseks) hoolduseks.

### **4.4. Teenuste integreeritud osutamine**

Paljud hooldusvajadusega eakad vajavad samaaegselt nii tervishoiu- kui hoolekandeteenuseid. Sotsiaaltöö integreerimine õendushoolduse ja taastusraviga aitab tõsta patsientide toimetulekut ja elukvaliteeti. Sotsiaaltöötajal on tähtis roll ka ravikvaliteedi kindlustamisel. Tervishoius on patsiendile ravi kõrval olulised ka mittemeditsiinilised aspektid nagu pere ja lähedaste võrgustiku olemasolu, millega tuleb kindlasti arvestada. Peretöö ja töö võrgustikuga kuuluvad tervishoiu sotsiaaltöö valdkonda, olles vahelüli tervishoiu ja kogukonna vahel. Viiralt (2001), viidates Mullerile, näeb tulevikus sotsiaaltöö tulemuslikkuse hindamist lähtudes sellest, kui võrd rahulolevad on patsiendid tervishoiuteenuse ja tervishoiuasutuses tehtava sotsiaaltöötaja poolt antava panusega hooldusküsimuste lahendamisse.



Multiprofessionaalset tööjaotust tuleb käsitleda lahendina, toetamaks arstide ja õdede igapäevast tööd (Viiralt, 2001). Multiprofessionaalse töö mõistet kasutatakse enam välisriikides, Eestis on kasutatav võrgustikutöö termin. Võrgustike arendamine loob juurdepääsu informatsioonile ja soodustab selle kasutamist, mis aitab kaasa efektiivsemale ja tulemuslikumale toimimisele. Võrgustikutöö tugeva küljena võib Välja tuua probleemidele reageerimise mitmekülgust, samuti toetust kolleegidelt koosotsustamise puhul. Kaasatakse erinevad spetsialistid, kes otsivad koos lahendusi ühiselt määratletud probleemidele (Ring, 1996). Sõltuvalt inimese vajadustest koostatakse tema jaoks optimaalne teenuste pakett.

Asutused, mis koordineeritud koostöövõrgustiku moodustavad, on nii avaliku- ja erasektori tervishoiu- ning hoolekandeaasutused (päevakeskused, tervisekeskused, hoolduskodud, haiglad ja polikliinikud) kui ka kolmanda sektori organisatsioonid (seltsid, kogudused, ühingud, tugirühmad ja vabatahtlikud). Sellele lisanduvad eaka sugulased, sõbrad ja naabrid. Tõhusam avahooldussüsteem vähendab vajadust hooldekodu- ja õenduskohtade järele ning aitab eakatel ja nende peredel paremini toime tulla (Allev, 2000).

Koostöö tervishoiu- ja hoolekandevaldkonnas on oluline, sest:

- 1) mõlema süsteemi kliendid on ühed ja samad inimesed ning pered;
- 2) toetudes Soome kliendiuuringu tulemustele, tarbivad 20% inimestest mõlema süsteemi teenuseid, kusjuures need abivajajad on kõige problemaatilisemad mõlema süsteemi töötajatele;
- 3) abivajajad ei tea tihti, mida kellelt küsida ning informeeritus ja teadlikkus teenustest on halb;
- 4) mõlemas süsteemis on piirialasid, mis on teenusega katmata ja kus klient ei saa abi (Allev, 2000).

#### **4.4.1. Integreeritud hoolduse korraldamise põhimõtted**

Integreeritud hooldus on üheks tänapäevaste hooldusteooriate keskseks märksõnaks. Seda mõistet selgitab hästi Euroopa Liidu projekti CARMEN poolt välja töötatud definitsioon: *“Integreeritud hooldus on teenuste ja hooldusprotsesside hästi planeeritud ja hästi organiseeritud komplekt, mis on suunatud multiprobleemsete isikute või sarnaste vajadustega/probleemidega isikute rühma vajaduste ja probleemide lahendamisele.”*(CARMEN, 2004).

Integreeritud hoolduse makroökonomiliseks eesmärgiks on hoolduse efektiivsuse suurendamine, kallite hooldusteenuste (asutushooldus) sihipärane kasutamine ning avahooldusteenuste arendamine.

Integreeritud hooldusteenused on esmatasandi integreeritud teenused, kuhu kuuluvad nii õendusabi (hooldusravi) kui sotsiaalhoolekanne.

- 1) Hoolekande eesmärk on igapäevaelu võimekuse säilitamine, taastamine või edendamine kas elades iseseisvalt kodus, kodus koduhoolduse abil või asutushoolduses.
- 2) (Hooldus)raviteenuse eesmärk on tervise edendamine, säilitamine, taastamine või kohanemine väljakujunenud terviseseisundiga.

Integreeritud hooldus on kliendikeskne, mitte teenustekeskne lähenemine hooldusele. Integreeritud hooldus ei ole lahendus kõikidele hooldusega seotud probleemidele,

kuid aitab kaasa pikaajaliste, komplekssete ja mitmekesiste probleemidega eakate inimeste elukvaliteedi parandamisele. Samas on selline hooldus pikemas perspektiivis ka kulusäästlik, vähendab asutushoolduse ja haiglaravi vajadust ning võimaldab pereliikmetel jätkata töötamist. (Landi, 2004).

Integreeritud hooldus saab efektiivselt toimida siis, kui tagatud on järgmised põhimõtted:

- 1) vastavus eaka vajadustele;
- 2) individualiseeritus;
- 3) multidistsiplinaarsus;
- 4) järjepidev ravi, rehabilitatsioon ja hooldus;
- 5) ühiste infobaaside olemasolu erinevate teenuste pakkujatel;
- 6) paindlikkus;
- 7) sujuv toimivus;
- 8) koostöö mitteformaalsete hooldajatega (Vaarama jt. 2005)

Integratsioon hoolduses tähendab eelkõige protsessi ning on suunatud ühelt poolt erinevate teenuste kättesaadavuse ning teiselt poolt hoolduse järjepidevuse tagamisele. Integreeritud hooldus võib toimida erinevate mudelitena – kas integreeritud organisatsioonide või võrgustikena.

Integratsioon toimub: 1) teenuste sees: teenuste, vahendite, kvalifikatsiooni kombineerimine; 2) asutuste sees: erinevaid teenuseid osutavad osakonnad; 3) asutuste vahel: koostöövõrgustiku tasandil; 4) tippjuhtimise tasandil: sotsiaalpoliitilised kokkulepped koostöö koordineerimiseks. (Pieper, 2006)

Integreeritud hoolduse mudelid:

- 1) turumudel – baseerub lepingutel, klient on tarbija;
- 2) hierarhiline mudel - ühise juhtimise alla koondatud asutused (hoolduskeskus)
- 3) koordineeritud võrgustiku mudel - iseseisvad asutused on orienteeritud tööle võrgustikus, toimivad koostöö lepingud, integratsioon toimib mitmetel teenusetasanditel (hoolduskeskus laiemas mõistes)
- 4) koostöövõrgustiku mudel – põhineb usaldusel ja ühistel väärtustel (Pieper 2004).

Institutsionaalseid teenuseid saab osutada nn. monofunktsionaalses asutuses, hästi toimivad ka üheks keskuseks koondunud iseseisvad sisult erinevate teenuste osutajad: hoolduskeskus/ tervisekeskus koos perearstikeskusega. Viimane on kliendi seisukohast mugav, kuna esmatasandi teenused on ühes kohas kättesaadavad. Hoolduskeskuse võivad moodustada ka geograafiliselt eraldi asuvad teenustepakkujad (koordineeritud võrgustik).

Väga hästi võib toimida lepingute alusel integreeritud koostöö eri alluvuses asutuste vahel. (koordineeritud võrgustik), kus säilib paremini side kogukonnaga, mis omakorda on mitmest aspektist oluline eakate aktiveerimisel.

Ressursikasutuse seisukohast võib näida mõistlik osutada mitmeid teenuseid ühtse juhtimise all (hierarhiline mudel), kuid teenuse osutamise majandusliku aspekti prioriteet võib anda teenuse kvaliteedis küsitavaid tulemusi.

Olemasolevate ressursside muutmisel väljundiks (teenusteks) on oluline väljundi hindamine (Van Nes, 2006). Integreeritud hooldus iseenesest ei ole väljund, väljundiks on optimaalse tulemuse saavutamine teenuste osutamisel (CARMEN, 2004)

#### 4.5. Institutsionaalset teenust pakkuvad asutused hooldusravi/ hoolduse süsteemis.

**Tabel 6. Asutused a. 2007.**

Asutuse nimetus, lühike iseloomustus	Asukoht	Teenused
<b>Eriarstiabi osakond</b> Ülesanne: diagnostika, ka geriaatriline hindamine, ravi Personali tuumik: arst, õde, tervishoiu sotsiaaltöötaja, taastusravi spetsialist jt. Teenuse kestvus: ajaliselt piiratud Teenuse eest tasub: haigekassa	Aktiivravi haiglas	Arstiabi Õendushooldus, sh. füsioteraapia ja tegevusteraapia Sotsiaalnõustamine ja juhtumitöö
<b>Hooldusravi haigla (õenduskodu)</b> Ülesanne: ravi, õendusabi (stационаarne ja ambulatoorne), hooldus Personali tuumik: õde, arst-konsultant, hooldustöötaja, sotsiaaltöötaja, (tegevusterapeut, füsioterapeut) Õendusabi teenuse kestvus: ajaline Hooldusteenuse kestvus: ajaliselt piiramata Ravi ja õendushoolduse teenuse eest tasub: haigekassa	Iseseisev asutus/ haigla, tervisekeskuse koosseisus	Õendusabi, (sh. hospiits, koduõendus,) Aktiveerimine Isikuabi, hooldus Sotsiaalnõustamine ja juhtumitöö (Füsioteraapia) (Tegevusteraapia)
<b>Hooldekodu</b> Ülesanne: hoolekandeteenused Personali tuumik: hooldaja, hooldusõde, sotsiaaltöötaja Teenuse kestvus: ajaline/ajaliselt piiramata Teenuse eest tasub: klient/omavalistsus /muu Tervishoiuteenus: perearstilt/ koduõendusteenuse osutajalt Tervishoiuteenuse eest tasub: haigekassa	Iseseisev asutus/ haigla, tervisekeskuse koosseisus	Isikuabi Hooldus Sotsiaalteenused (majutus, toitlustus) Aktiveerimine Juhtumitöö
<b>Teenuskodu (toetatud elamine, pansionaat, eakate kodu)</b> Kohandatud eluruumid, sotsiaalhooldusteenuse kasutamise võimalus Teenuse kestvus: ajaliselt piiramata Teenuse eest tasub: klient Tervishoiuteenus: perearstilt / koduõelt, õendusteenuse osutajalt – tasub haigekassa	Iseseisev asutus/ hooldekodu, tervisekeskuse koosseisus	Eluasemetenus jt. Sotsiaalteenused Juhtumitöö

Tabelis 6 on lühidalt kirjeldatud hooldusravi/hooldussüsteemis 2007. a. toimivad institutsionaalsed asutused. Välja on toodud asutuste asukoht süsteemis, ülesanded (põhitegevus) ja sellest lähtuvalt personali koosseis ning pakutavad teenused.

Kõikidel teenusetasanditel nimetatud juhtumitöö teevad ära institutsiooni või omavalitsuse sotsiaaltöötajad

## 5. KOOSTÖÖVORMID TEISTES RIIKIDES

Terviseabist lähtuvalt võiks termin integratsioon tähistada multidistsiplinaarset juhtimist ja koostööd, millega on seotud ka hoolekandevaline koostöö ja teenuste kooskõlastamine (Atwal jt, 2002).

Phillips jt (2002) kirjeldavad, et abivajavate inimeste sotsiaal- ja tervisehoolekandega seotud seadusandlikud muutused Inglismaal alates 1990. aastast on suures osas mõjutanud ka sotsiaaltöö rolli ja ülesandeid. See on eeskätt seoses vanemaid inimesi puudutava sotsiaaltööga (Syrett jt, 1997; Lymbery, 1998; Hardiker jt, 1999). Ja seda mitte ainult Inglismaal (Jones, 2000). Muutused on aset leidnud ka teistes riikides, näiteks Austraalias (Gibson, 1996), USA-s, Uus Meremaal ja Skandinaavia riikides (Jakobsson, 1998). Kõikides maades täheldatavad muutused on mõjutanud üheaegselt nii teenuste osutajaid kui ka sotsiaalteenuse tarbijaid. Olulised on just sotsiaaltöö ülesanded valdkonnas, mis abistavad vanemaid inimesi üleminekul haiglaravilt hooldekodusse või öendushooldusteenusele.

Suurbritannias olid Sir Griffithi 1998. a. avalikustatud ettekande seisukohad seotud konservatiivse valitsusega ja puudutasid eakate hoolekandesüsteemi. Tema põhiliseks nõudmiseks oli kohaliku valitsuse sotsiaalabiosakondade juhtiv roll indiviididele vajaliku ravi kindlustamisel nii ühiskondliku kui erasektori poolt (Phillips jt, 2002). 1990. aasta lepe hõlbustas hoolekandeteenuste arengut ka erasektoris.

Sarnased muutused ja sätted, küll pisut erineva nurga alt, ilmusid samuti Rootsis (Blomberg jt, 2000) ja teistes Skandinaaviamaades (Jakobsson, 1998) ning Austraalias, kus alalised öenduskodud on suures osas erastatud ja erasektori kättes ning hooldusteenusele suunajad kasutavad erasektori poolt pakutavaid sotsiaalteenuseid (Gibson, 1996).

Tuleb märkida, et Euroopas on siiski peamine eemärk hoida vanemaid inimesi ühiskonnas osalemas nii kaua kui võimalik ning eakate abistamiseks loodud teenused ja institutsioonid on küllaltki sarnased paljudes riikides. Kuid näiteks Suurbritannias, Iirimaa, Hollandis, Skandinaaviamaades ja Saksamaal (Jakobsson, 1998) on samas ka märgatavaid erinevusi teenuste korralduses. Mitte iga Euroopa riik ei oma hoolekande juhtimise süsteemi, hästi on see välja arendatud näiteks Hollandis, Saksamaal (Phillips jt, 2002) ja Skandinaavias (Blackman, 2000). Phillips jt (2002), viidates Le Bris'ile kirjeldavad, et Hispaanias, Kreekas, Itaalias ja Portugalis on sisse viidud kaudne hoolekande juhtimise süsteem. Selle peaesmärk on soodustada integratsiooni ja võidelda üksilduse vastu. Iirimaa on juurdunud sarnane süsteem (Blackman, 2000).

Atwal jt (2002) toovad esile, et patsiendiga seotud plaanide koostamine ja hindamisvormide kasutusele võtmine aitab kaasa parema tulemuse tagamisel.. Näiteks üks kirurgiline operatsioon ise on vaid üks osa ravi- ja rehabilitatsiooni-protsessist, mees - konnatöö on aga hoopis laiem ja selle efektiivsus sõltub ka koostööst patsiendiga.

Viimase aastakümne jooksul toimunud muutusena on täheldatav ka see, et hindamisprotseduurid viiakse läbi järjest enam väljatöötatud standardsete reeglite järgi (Phillips jt, 2002). Hooldusplaanide koostamine aitab tagada ravikohtade optimaalsema kasutuse ning leida rohkem loominguilisemaid ja alternatiivseid võimalusi patsientide abistamisel eeldusel, et on parem kommunikatsioon ja efektiivne koostöö tervishoiu- ning sotsiaalteenuste osutajate vahel (Atwal jt, 2002).

## 6. KVALITEEDINÕUDED ÕENDUSHOOLDUSES

### 6.1. Kvaliteetne teenus

Tervishoiuteenuse kvaliteedi mõiste on laiem meditsiinilise kvaliteedi mõistest. Kvaliteetne tervishoiuteenus (MTO) (Sotsiaalministeerium, 2004 d)

- 1) vastab patsiendi vajadustele ja ootustele;
- 2) tagab patsiendi heaolu ja parima võimaliku tulemuse tervisele;
- 3) vastab erialaselt aktsepteeritud nõuetele;
- 4) vastab ühiskonna seadusandlikele ja eetilistele nõuetele;
- 5) on osutatud põhimõttel: maksimaalne tulemus võimalikult madalate kulutustega;

Kvaliteetne õendushooldusteenus on eelkõige patsiendikeskne, järjepidev, osutatud meeskonnatöös erinevate professionaalidega ja kuluefektiivne (CARMEN, 2004).

Õendushoolduse osutamise nõuded on aluseks kvaliteetse teenuse osutamise korraldamisele ja peavad kindlustama kvaliteedi tagamise kogu teenuse osutamise protsessis. Süsteemi kvaliteedi tagavad kõigis tema osades järgitud kvaliteedinõuded. Kvaliteedi juhtimiseks on vajalikud riiklikud kvaliteedipoliitika juhised, kvaliteedistrateegiad (erialaühendused) ja kvaliteedi juhtimise võtted asutuste tasandil. Juhised teenuse pakkujatele peavad sisaldama peale juhtimise, majutuse, füüsiliste ja materiaalsete nõuete ka klientide emotsionaalsete ja psüühiliste vajaduste rahuldamise nõudeid. (Carma.2004).

Kvaliteedijuhtimise võtted:

- 1) kvaliteedisüsteemi siseaudit;
- 2) asutuste vaheline võrdlemine;
- 3) juhtkonna infosüsteem;
- 4) teenuste kasutajate rahulolu uuringud;<sup>1</sup>
- 5) teenusele suunajate ja rahastajate rahulolu uuringud;
- 6) personali rahuolu uuringud;
- 7) kaebuste ja ettepanekute menetlemise kord;
- 8) indikaatorite kasutamine, sh. kliiniliste indikaatorite kasutamine (Allev 2004).

Kirjeldatavad kvaliteedinõuded on sisuliselt õendusabi kui protsessi kvaliteedi miinimumstandardid. Seetõttu kasutame juhendis edaspidi kvaliteedisüsteemi mõisteid.<sup>2</sup>

Kirjeldatud standardid on kasutamiseks Eestis õendushooldusteenuse osutamisel. Standardite juurutamine teenuse osutamise protsessis tuleb planeerida ja koostada juurutamise ajakava.

<sup>1</sup> Teenuse kasutajate **positiivsetesse hinnangutesse** rahulolu uuringutes või **kaebuste puudumisse** tuleb suhtuda kriitiliselt, sest eakad ei ole valmis kaebusteks ja kriitilisteks hinnanguteks, kui asutuses puudub avatud, usalduslik õhkkond (UK care homes minimum standards, 2003).

<sup>2</sup> **Kvaliteedialased mõisted:** **Sisend** - teenuse osutamiseks vajalikud ressursid ja kulutused, sh. ka kliendi ressursid. **Protsess** - omavahel seotud või vastastikust mõju avaldavate tegevuste kogum, mis muundab sisendid väljunditeks; protsess peab olema usaldatav ja jälgitav läbi protsessi osade. **Usaldatavus** - töökindluse kvalitatiivne hinnang. **Väljund** - saavutus, tulemus; sageli on ühe protsessi väljund järgneva protsessi sisendiks. **Indikaator** - mõõdik tegevuste hindamiseks.

Paljud teenuse osutamise juhised on kehtestatud õigusaktidega. Sel juhul toimub kvaliteedi tagamine tuginedes õigusaktide järgimisele. Õigusaktides kehtestatud nõuded kuuluvad täitmisele õigusaktis toodud ajal või akti kehtima hakkamisel.

Integreeritud teenuste kvaliteedi juhtimisel tuleb lähtuda 3 tasandist:

- 1) kliendi/patsiendi tasandist;
- 2) süsteemi tasandist;
- 3) organisatsioonide vahelisest e. võrgustiku tasandist (M. Vaarama 2004)

Käesolevas juhendis käsitletakse eeskätt esimese ja teise tasandi nõudeid.

Kvaliteet on pidev ja dünaamiline protsess, mis ei saa tugineda ühekordsetele abinõudele. Kvaliteedi tagamise protsessi kuulub parimate võimaluste ja meetodite leidmine tegevuse jälgimise ja tulemuste hindamise abil ning vajadusel uute abinõude rakendamine (PDCA põhimõte). Kvaliteedialane tegevus tuleb dokumenteerida. (EVS-EN ISO 9000:2000).

Eestis kasutatav hoolduse /õendushoolduse dokumentatsioon ei sisalda üldjuhul piisavat teavet teenuse ühe olulisema kvaliteedikriteeriumi - patsiendi elukvaliteedi - hindamiseks ja ka mitte hoolduse ja hoolduse juhtimise kvaliteedi hindamiseks. (Care Keys, 2005.)

Probleemi on kirjeldatud ka arenenud riikides, sageli just erinevate, raskesti võrreldavate patsiendi hindamisinstrumentide kasutamisel (Onder, 2004).

Kvaliteedi hindamise kriteeriumid ja vahendid peavad olema selged, asjakohased, valiidsed ja mõõdetavad.

Standardiseeritud, aktsepteeritud ja dokumenteeritud nõuded, protsesside kirjeldused ja mitmete kvaliteedi juhtimise võtete kasutamine võimaldavad võrrelda süsteemis tegutsevaid organisatsioone ja läbi selle parandada süsteemi kvaliteeti (EVS-EN ISO 9000:2000)

## **6.2. Dokumentatsioon**

Kokku lepitud ja dokumenteeritud reeglid teenuste osutamisel tagavad teenuse osutamise ühtlase taseme ja kliendi vajadustele vastavate õendushooldusteenuste ja põetusteenuste osutamise ning on teenuse osutajale toeks seatud eesmärkide täitmisel.

Dokumentatsiooni koostamine on meeskonnatöö, mille koostamisse ja kasutamisse peab olema haaratud kogu organisatsioon.

Dokumentatsioon on käsitletav ja toimiv, kui see on süstematiseeritud soovitatavalt dokumendi tüübi alusel ja kasutusel on dokumentide käitlemise kord. Dokumentide käitlemise kord sisaldab dokumentide koostamise, vormistamise, kooskõlastamise, kinnitamise, muutmise, uuendamise, registreerimise, teavitamise, hoidmise, säilitamise ja hävitamise reeglid. (Sotsiaalministeerium, 2004 d).

Dokumentatsioon peab võimaldama hinnata protsesse õendusabi osutavas organisatsioonis või allüksuses: organisatsiooni juhtimise kvaliteeti, kliendi rahulolu teenusega, teenuse osutamise sihipärasust ja kvaliteeti, teenuse osutamise professionaalset kvaliteeti kõikides teenusega seotud protsessi osades.

Eesti Vabariigi seadusandlusega on kehtestatud mitmes tervishoiuteenuse osutamisega seotud tegevuste valdkonnas nõutud dokumendid.

Stabiilse kvaliteediga teenuse osutamiseks on soovitatav teenuse osutajal koostada lisaks asutuse töökorralduse kvaliteedi dokumentatsioon e. kvaliteedikäsiraamat.

### **Standard**

1) Õendushooldusteenu osutajal (õenduskodu/koduõendus) on kõiki teenuse korraldamise ja osutamisega seotud protsesse kirjeldav hästi käsitletav ja arusaadav dokumentatsioon. (dokumenteermise nõudeid, sh. õendusdokumentatsiooni, kirjeldatakse järgnevas kvaliteedistandardite kirjeldustes).

*Ambulatoorse teenuse osutamisel soovivad: 1.*

### **Indikaator**

- 1) Tegevuste eesmärgid ja protsessid on kirjeldatud selgelt ja arusaadavalt
- 2) Nii klientidele kui personalile on arusaadavad tegevuste eesmärgid ja kasutatavad meetodid.
- 3) On olemas tegevusjuhendite tutvustamise ja juurutamise kord.
- 4) Dokumentatsioon võimaldab hinnata teenuse osutamise kvaliteeti.

## **6.3. Õendushoolduse juhtimine**

Juhtimine on inimeste mõjutamise protsess seotud eesmärkide saavutamiseks. Võtmekontseptsiooniks on eestvedamine, kommunikatsioon, meeskonnatöö, eesmärkide saavutamine ja motivatsioon. (Huber, 2006).

Juhtimine integreeritud hooldussüsteemis nõuab teadmise- ja kogemuspõhiseid oskusi läbirääkimisteks ja konsultatsioonideks erinevate huvigruppidega koostöö ja ühiste seisukohtade saavutamiseks (Reed, 2004).

### **Standard**

- 1) Teenuse osutamine on lubatud õendusabi tegevusloa alusel.
- 2) Õendushoolduse osutamist juhib (või kuulub juhtkonda) kõrgharidusega ja vähemalt viieaastase kliinilise töökogemusega ja soovitatavalt juhtimiskogemusega õde.
- 3) Teenuse osutajal on selgelt sõnastatud tegevuspoliitika põhiväärtused, missioon, visioon, tegevuse eesmärgid ja prioriteedid.
- 4) Patsientide sihtgrupid vastavad õendusabi eesmärkidele ja on määratletud.
- 5) Asutus/teenuse osutaja hindab oma suutlikkust, reaalseid võimalusi ja ressursse teenuste osutamisel ning piirkonna vajadust ja planeerib selle alusel osutatavate õendusabi teenuste liigid ja mahud.
- 6) Planeering on aluseks lepingumahtude taotlemisel haigekassalt.
- 7) Struktuuri- ja allüksuste, koostööpartnerite kohustused ning eesmärgid ja omavaheline koostöö on kirjeldatud ja üheselt mõistetavad.
- 8) Teenused on liigitatud põhi- ja tugiteenusteks ning struktuurüksuste ja töötajate vastutusala ja kohustused on määratud töö korralduse, töölepingute ja ametijuhenditega.
- 9) Sisse ostetavate teenuste (näit. pesu pesemine, toitlustus jt.) kvaliteet vastab õendusabi nõuetele ja on kokku lepitud lepingutes.
- 10) Asutuse/teenuse osutaja arengustrateegiad on planeeritud lähtuvalt arenguressurssidest ja meeskonnatöö põhimõtetest.
- 11) Teenuse osutamise ja arendamisega seotud tegevustesse on kaasatud erinevad huvigrupid (kliendid, nende lähedased, kogukond, personal, kohaliku omavalitsuse esindajad, erialaseltsid jt.).

- 12) Personali kvalifikatsiooni, valiku ja motiveerimise põhimõtted on välja töötatud ja vastutused määratud.
- 13) Regulaarselt toimub teenuse osutamise erinevate protsesside kvaliteedi hindamine (vt.lk. 22, Kvaliteedi juhtimise võtted ) kompetentse personali poolt ja vajadusel uuenduste/muudatuste sisseviimine õendusabi protsessidesse.

*Ambulatoorse teenuse osutamisel soovitavad: pp. 1; 2(keskuse puhul; teenust osutav FIE peab vastama üldistele ambulatoorse teenuse osutaja nõuetele: koduõenduse alase koolituse läbinud üldõde ); 3-6; 8 (keskuse puhul); 10- 13(FIE puhul koostöös sama teenuse osutajatega)*

### **Indikaator**

- 1) Õendushooldusteenuse korraldus vastab nii kliendi kui professionaalse kvaliteedi nõuetele ning ei ole orienteeritud ainult majanduslikule efektiivsusele.
- 2) Personalijuhtimise põhimõtted tagavad nõuetele vastava personali.
- 3) Osutatavad teenused vastavad õendusabi osutaja ressurssidele, võimalustele, piirkonna vajadustele ja asutuse vastutustasandile ning eesmärkidele.
- 4) Kommunikatsioon huvigruppidega (teenuse rahastajad, võimu esindajad, teenuse kasutajad jne.) on hinnatud (perioodilised rahulolu uuringud).
- 5) Asutusesiseselt toimib üldeesmärkidele vastav koordineeritud tegevus.
- 6) Olemas on tegevuste hindamise indikaatorite kirjeldused ja muudatuste planeerimise ja juurutamise kord.
- 7) Kirjeldatud on tegevuste hindamise protsess, sh. koostööprotsessi hindamine.

## **6.4. Patsient õendushoolduse osutamisel**

Õendushoolduse osutamisel tuleb lähtuda kliendikesksuse põhimõttest.

### **Standard**

- 1) Patsiendil on õigus võrdselt kohtlemisele sõltumata tema usulisest, rassilisest, varanduslikust kuuluvusest ning ühiskondlikust positsioonist.
- 2) Patsiendile osutatakse teenuseid lähtuvalt tema vajadustest ja eelistustest (meditsiinilised, füüsilised, psühho-sotsiaalsed ja eksistentsiaalsed vajadused), pöörates tähelepanu haiguste ennetusele ja tervise edendamisele; teenustepaketi valiku aluseks on dokumenteeritud hindamine.
- 3) Patsient ja/või tema lähedased kaasatakse hooldusesse puutuvate otsuste tegemisse ja nad on nendest otsustest igakülgset informeeritud.
- 4) Patsiendi kohta koostatakse õendusabi tervihoiuteenuse dokumentatsioon (õenduslugu)
- 5) Patsiendi andmete käsitlemisel järgitakse seadusega kehtestatud konfidentsiaalsuse reegleid.
- 6) Patsient on teavitatud kohustustest, mis temal võivad tekkida seoses osutatava teenusega.
- 7) Patsienti on informeeritud temale tehtavate protseduuride olemusest ja tehnilistest aspektidest, samuti omab ta informatsiooni protseduuri läbiviija kohta.
- 8) Patsiendi keeldumisel õendushooldusest või selle osadest tuleb patsiendile selgitada keeldumise tagajärgi ja protsess dokumenteerida.
- 9) Patsiendile tutvustatakse teenuse alustamisel temaga otseselt kokku puutuvaid töötajaid, sh. tema õigusi ja vastutust ning asutuse kodukorda.



- 10) Patsiendi raha ja väärtasjad säilitatakse turvaliselt ja säilitamise kokkulepe dokumenteeritakse.
- 11) Patsiendi surma korral teavitatakse sellest tema lähedasi ja edasi toimitakse vastavalt õenduskeskuse kehtestatud korrale. (arvestatakse lahkunu ja tema lähedaste soove.
- 12) Patsiendil on õigus ja võimalus esitada oma hinnang teenuse osutamise kohta igal ajal.
- 13) Personal hindab perioodiliselt patsiendi rahulolu teenusega asutuses kinnitatud korra alusel
- 14) Rahulolu hindamise instrumendid on koostatud patsientide vaimset taset arvetades ja neile igati mõistetavad.
- 15) Patsiendi kaebused kuulatakse ära, neisse suhtutakse tõsiselt ja nendega arvestatakse edasisel teenuse osutamisel.

*Ambulatoorse teenuse osutamisel soovivad: pp. 1-8; 11(vajadusel); 12-15.*

### **Indikaator**

- 1) Asutuses on kehtestatud ja dokumenteeritud patsiendi ja tema omastega suhtlemise reeglid.
- 2) Patsiendi vajadused on hinnatud ja temale on koostatud õendusplaan lähtuvalt tema õendusabi ja hoolduse vajadustest ning patsiendi soovidest.
- 3) Patsiendi dokumentatsiooni hulgas on patsiendi (vajadusel tema esindaja) teadlik nõusolek ravi ja temale määratud protseduuride läbiviimise või nendest keeldumise kohta.<sup>3</sup>
- 4) teenuse rahastamise, sh. ravikindlustus, kohta on olemas kirjalik informatsioon.
- 5) patsientide andmete töötlemise reeglid on dokumenteeritud.
- 6) asutuses on dokumenteeritud patsientide kaebuste esitamise ja esitatud kaebuste käsitlemise ja muudatuste tegemise kord.
- 7) dokumendid esitatud kaebuste läbivaatamise kohta säilitatakse arhiivis soovitatavalt 3 aastat.
- 8) patsiendi rahulolu hindamised on läbi viidud, vajadusel sisse viidud muudatused teenuse osutamisel, dokumendid säilitatakse soovitatavalt 3 aastat.

## **6.5. Professionaalne kvaliteet õendushoolduse osutamisel**

Professionaalne kvaliteet näitab kliendi vajaduste ja teenuse osutamise erialase taseme vastavust. .

### **6.5.1. Professionaalne kvaliteet I . Personal**

Personali kvaliteet on kvaliteetse teenuse võtmelemente. Personali ettevalmistus ja kogemused peavad tagama patsiendi rahuldava teenuse ja erialaselt pädeva teenuse. Töötajad peavad omama teadmisi vananemisest ning sellega kaasnevatest ealistest muutustest ja haigusseisunditest. Positiivne suhtumine eakatesse ja puudega

---

<sup>3</sup>Nõusolekut ei ole erandjuhul vaja (kui patsient on teadvuseta; ei ole muul põhjusel võimeline tahet avaldama (otsusevõimetu patsient) ning tal ei ole seaduslikku esindajat või seaduslikku esindajat ei ole võimalik kätte saada) ja kui tervishoiuteenuse osutamine on patsiendi huvides ning vastab tema poolt varem avaldatud eeldatavale tahtele ja selle osutamata jätmise kahjustaks oluliselt patsiendi tervist.

inimestesse peab väljenduma töötajate hoiakutes, uskumustes ja käitumises. Töödementsete ja/või terminaaelses seisundis patsientidega nõuab erioskusi (erivajadustega patsiendid).

Lisaks personali miinimumloendile on soovitatav kasutada teenuse osutamisel tervishoiu sotsiaaltöötaja, füsioterapeudi, hingehoidja ja teiste spetsialistide teenuseid. Personalil peab olema valmisolek ja oskus meeskonnatöökaks oma kolleegide, patsiendi, tema lähedaste, vabatahtlike ja teiste meeskonnaliikmetega.

Vabatahtlike abi ja tööpanus on tasuta ja vabal tahtel. Vabatahtlikud ei asenda palgalist töötajaid.

### Standard

- 1) Teenust osutavad õed on kantud õdede kutseregistrisse.
- 2) Personali miinimumloendisse kuuluvad: õed, hooldusõed, hooldajad, tervishoiu sotsiaaltöötaja, tegevusterapeut/ tegevusterapeudi assistent.
- 3) Personali kutseoskused ja kompetents vastavad patsientide/klientide vajadustele/erivajadustele, kellele teenust osutatakse.
- 4) Personali kutseoskused (miinimumnõuded) millele peab lisanduma geriaatriline kompetents(geriaatria alased koolitused, täiendkoolitused):
  - õendusjuht* registrisse kantud kõrgharidusega õde;
  - õde* registrisse kantud õde, soovitavalt kõrgharidusega;
  - hooldusõde* kutsetunnistusega hooldustöötaja või hooldusõde;
  - hooldaja* kohapealse väljaõppega hooldustöötaja;
- sotsiaaltöötaja* kõrgharidusega tervishoiu sotsiaaltöötaja (vajalik täiendkoolituse läbimine geriaatria alal);
- tegevusterapeut* tegevusterapeudi haridusega või tegevusterapeudi (assistendi) täienduskoolitust saanud õde,
- füsioterapeut* kõrghariduse või erialase väljaõppega füsioterapeut
- 5) Arst-konsultant (konsultandid) - on geriaater või geriaatrilise kompetentsiga arst (spetsialiseerumise läbinud üldarst/perearst; neuroloog; sisearst; taastusravi arst; kirurg jm.).
- 6) Personal osaleb süstemaatiliselt täiendkoolitustel erialaühenduste poolt pädevuse säilitamiseks ette nähtud mahus (miinimumnõue).
- 7) Tööle asumisel peab töötaja töötama kogemustega juhendaja vastutusel: õde ja hooldustöötaja kuni 4 kuud vastavalt teenuse osutaja poolt kehtestatud korrale
- 8) Personali arv ja valik on määratud patsientide arvu, patsientide erivajadustega ja töökorraldusega.
- 9) Õenduskodus on ööpäevaringne õe valve olenemata voodikohtade arvust 20 kohaga ja 85-95% voodihõivega õenduskodus/õendusabi osakonnas on personali miinimumnõudeks:
  - 4,5 õe ametkohta, lisaks õendusjuht
  - 9,0 hooldusõde/hooldaja ametkohta
  - osalise koormusega tervishoiu sotsiaaltöötaja ametkoht
  - osalise koormusega tegevusterapeudi/tegevusterapeudi assistendi ametkoht (soovitavalt)
  - osalise koormusega füsioterapeudi ametkoht (soovitavalt)

- 10) Vabatahtlike töö on koordineeritud, neile viiakse regulaarselt läbi koolitusi
- 11) Vajadusel võimaldatakse patsientidele hingehoidja või patsiendi poolt soovitud pastori vms. teenust.
- 12) Tööga seotud riskid on juhitud vastavalt Töötervishoiu ja tööohutuse seadusele

*Ambulatoorse teenuse osutamisel soovitavad: pp. 1-3; 5-7; 4,8(keskus); 13*

### **Indikaator**

- 1) Asutuses on personali kvalifikatsiooni kinnitav dokumentatsioon.
- 2) Täiendkoolituse plaan on välja töötatud ja koolitustel osalemist kinnitavad tunnistused.
- 3) Personali terviseriskid on hinnatud, tervisekontrolli dokumendid on kättesaadavad, turvameetmed on tagatud.
- 4) Asutuses on kord uute töötajate tööle asumise ja instrueerimise kohta.
- 5) Õendusabi vajadus kohapeal on kaetud 24 tundi ööpäevas.
- 6) Arst-konsultandi kohustused ja õigused on dokumenteeritud (ametijuhend, leping), konsultatsioonid on dokumenteeritud.
- 7) Patsiendid on rahul.

### **6.5.2. Professionaalne kvaliteet II. Õendusdokumentatsioon**

Õendushooldusteenus dokumenteeritakse õendusloos. Õenduslugu koosneb saatekirjast, üldandmete lehest, õendusanamneesist, haige seisundi ja vajaduste hindamise lehest, jälgimis/ravilehest, õendusplaanist, õenduspäevikust ning õendusepikriisist, et kindlustada patsientidele individuaalne ja otstarbekohane õendusabi.

### **Standard**

- 1) Õendushoolduse alustamiseks on vajalik suunava arsti saatekiri.
- 2) Patsiendi ravi toimub vastavalt suunava arsti saatekirjas toodud ettekirjutustele või konsultatsiooni otsustele.
- 3) Õendushoolduse ulatus ja vastutused vastavad valdkonda reguleerivatele määrustele.
- 4) Õendusabi ja hooldusteenuseid osutatakse patsiendi vajadustest lähtuvalt (hindamine) välja töötatud õendusplaanile.
- 5) Esmane hindamine ja õendusplaani koostamine viiakse läbi saabumisel esimese ööpäeva jooksul. Pikaajalise õendusabi vajaduse puhul tehakse seisundi täielik hindamine ja õendusplaan 14 päeva jooksul alates asutusse saabumise päevast, kasutades selleks interRAI instrumente.
- 6) Patsientidele on loodud turvaline ümbrus: ohud ja tingimused, mis võivad inimest kahjustada füüsiliselt, psüühiliselt või materiaalselt on juhitavad.
- 7) Patsientidele osutatavad teenused on asutuse piires standardiseeritud lähtuvalt õendusabi nõuetest ja järgides riiklikult või erialaühenduste poolt välja töötatud juhiseid.
- 8) Õenduslugu sisaldab saatekirja, üldandmete lehte, õendusanamneesi, õendushindamist, õendusplaani, patsiendi nõusolekut raviga, õenduspäevikut, jälgimis/ravilehte, konsultatsioonide lehte ja õendusepikriisi.
- 9) Õenduslugu on iseseisev dokument, mille alustab ja lõpetab õde.
- 10) Õendusabi ravijuhu arve vormistab õde
- 11) Patsiendile teostatud protseduurid ja patsiendi seisund on järjepidevalt kirjeldatud õenduspäevikus.

- 12) Õendusepikriis tehakse patsiendi lahkumisel asutusest/ravijuhu lõpetamisel. Õendusepikriis sisaldab kokkuvõtet õendushoolduse ja ravi kohta, mis edastatakse teistele teenuse osutajatele ja perearstile. Pikaajalise õendushoolduse korral tehakse kokkuvõtvad vaheepikriisid vastavalt kehtestatud korrale.
- 13) Patsiendi hindamine õendushoolduse osutamise ajal toimub: saabumisel/teenuse alustamisel, seisundi oluliste muutuste korral, teenuse pikaajalisel osutamisel teenuse tulemuslikkuse hindamiseks ning teenuse osutamise lõpetamisel või teisele teenusetasandile suunamisel
- 14) Teenuse osutamise tulemuslikkuse hindamine (teenuse kliiniline efektiivsus) üheks osaks on patsiendi funktsionaalse, kognitiivse ja psühholoogilise seisundi hindamine standardiseeritud instrumendi abil.
- 15) Meeskonnatöö ja vajaliku informatsiooni järjepidevus ja kättesaadavus teenusetasandil ja selle vahetumisel on tagatud.

*Ambulatoorse teenuse osutamisel soovitavad: pp. 1-4; 5(esimesel visiidil); 8(v.a. jälgimisleht); 9-15.*

### **Indikaator**

- 1) Patsiendile osutatav ravi ja õendustegevused vastavad õenduskodu spetsiifikale.
- 2) Dokumentatsioon vastab kehtestatud nõuetele.
- 3) Turvariskid on kirjeldatud ja nende vältimise meetmed on kirjeldatud ning töötajatele arusaadavad.
- 4) Asutuses on tegevusjuhised patsientide meditsiiniliste protseduuride teostamiseks, toitlustamiseks (sh. erisoovid menüü osas), abistamiseks igapäevaelu toimingute teostamisel ja patsientide emotsionaalseks aktiveerimiseks jms.
- 5) Kirjeldatud on professionaalse kvaliteedi hindamise kliinilised kriteeriumid ja nende käsitlemise juhendid (lamatised, valu, trauma, unetus, ravimite kõrvaltoimed jms.).
- 6) Tegevusjuhendid on personalile sisuliselt arusaadavad ja nende järgimise vajadus on mõistetav.
- 7) Patsientidele ja nende omastele on kättesaadavad õendusabi tervishoiuteenuse sisu ja asutuse kodukorda kajastavad infolehed.

## **6.6. Patsiendi seisundi ja vajaduste hindamine**

Vajaduste hindamine lähtuvalt patsiendi seisundist on olulisim osa eakate integreeritud hoolduse optimeerimisel. Vajaduste hindamine on protsess teenuse kasutaja vajaduste väljaselgitamiseks lähtudes isiku tervislikust, funktsionaalsest, kognitiivsest, psühhoemotsionaalsest ja sotsiaalsest seisundist.

Seisundi hindamise miinimumandmed: isikuandmed ja taustainformatsioon; kognitiivne seisund; suhtlemine/kuulmine; nägemine; meeleolu ja käitumine; psühhosotsiaalne heaolu; kehaline funktsioon (ADL, IADL, tasakaal, liikuvus); kontinents(põie, soole, abivahendid); diagnoositud haigused; terviseseisundid (kaalu muutus viimase nädala jooksul, hingeldus/õhupuudus, vedelikustaatus, pearinglus, palavik, tursed, süngoop, maosisu aspiratsioon, oksendamine, ebakindel kõnnak, hallutsinatsioonid, kinnismõtted); valu (lokalisatsioon, tugevus, sagedus), õnnetusjuhtumid, seisundi stabiilsus; toitumuslik seisund (k.a kaal, pikkus); suuõõne ja hammaste tervishoid; nahk; aktiivne tegevus (ka tegevuste koha ning liigi

eelistused); spetsiaalsed raviprotseduurid ja tõkendid; ravimid; potentsiaalhooldus/õendusabi asutusest lahkumiseks; koduteenuste puhul väärkohtlemine; mitteformaalsed ja formaalsed tugiteenused.

Hindamist tuleb läbi viia hoolduse erinevates perioodides ja tasemetel, kuid see peab haarama kogu kliendi/patsiendiga seotud süsteemi.

Hindamine peab alati olema igakülgne, hõlmama kõiki kliendi funktsioone. Eri tasandite hindamine erineb eelkõige hindamise põhjalikkuse poolest.

Lähtudes olemasolevast kogemusest on soovitatav jaotada hindamised järgmiselt:

- 1) Teenusele kvalifitseerumine - üldine mõiste, ei ole otseselt seotud ühegi teenuse osutamise etapiga; on kasutatav eelkõige kliendigruppide määratlemiseks riiklikult kehtestatud kriteeriumide järgi (Eestis on kriteeriumid välja töötamata).
- 2) Esmatasandi hindamine – lihtne (lihtsate) vajaduste hindamine eesmärgiga koostada varakult sobiv hooldusplaan (teenuste pakett ja nende osutamise teed) kui vajadused ei ole liiga komplitseeritud.
- 3) Geriaatiline hindamine - kompleksne seisundi hindamine, hulgi-probleemidega haige süvadiagnostika, mille eesmärgiks on patsiendi kõigi ravitavate/parandatavate seisundite avastamine ning igakülgse sekkumise (ravi, taastusravi, hooldusravi, hoolekandeteenuste ja muude tugiteenuste) planeerimine, samuti osutatud teenuste sobivuse hindamine, uute teenuste vajaduse või teenuste paketi muutmise vajaduse hindamine (Ljunggren, 2004)

Integreeritud teenuste puhul on vajaduste hindamine aluseks piirkonna erinevate teenuse osutajate ressursside optimeerimisel (Ljunggren 2004). Patsientide kasvanud ootuste ja nõudmiste ning teenuste osutamise piiratud võimaluste juures on tervishoiuökonomikal oluline osa. (Van Nes 2006), kuid valikud nõudmiste, vajaduste ja võimaluste vahel peavad hoolduse planeerimisel olema mõistlikud. Samas ei tohi eirata patsientide võrdsuse ja võrdse kohtlemise printsiipi.

Bernabei (2006) toob välja teaduslikult põhjendatud, professionaalselt läbi viidud hindamiste eelised patsientide vajadusi arvestavate integreeritud teenuste korraldamisel (võrgustiku spetsiifilised, võrgustikke siduvad)

Oluline on kasutada standardiseeritud hindamisinstrumente. Põhiliseks takistuseks tõenduspõhiste teenuste osutamisel on erinevate, omavahel võrreldamatute hindamisinstrumentide, protokollide ja protseduuride kasutamine (Onder, 2004)

Hindamise protsessis tuleb leida tasakaal kliendi soovide ja tema objektiivsete vajaduste vahel, tuues selgelt välja :

- 1) terviseprobleemid ja nende lahendamise soovitusel;
- 2) teenuste korraldamise suunad lähtudes olulisematest vajadustest;
- 3) vajaduste prioriteedid;
- 4) võimalused tervishoiu- ja hooldusteenuste pikaajaliseks planeerimiseks;
- 5) selgelt ja detailides määratletud soovitude eesmärgid ( Ljunggren, 2004).

Hindamise nõuete kirjeldamisel saab lähtuda ainult üldistest põhimõtetest ja nõuetest. Iga patsient on individuaalne (toimetulek, multimorbiidsus, multiprobleemsus, taastumisressurss) ja hindamisteenuse detailideni standardiseerimine ei ole võimalik. Teenustele suunamise kriteeriumide aluseks on kliendigruppide kriteeriumide olemasolu.

Eestis on vajalik välja töötada meie oludele sobivad kliendigruppide määratlemise kriteeriumid, mille eelduseks on inter-RAI rakendamine.

### **6.6.1. Teenusele kvalifitseerumine**

Sellise hindamise tegemise eelduseks on kliendigruppide kriteeriumide väljatöötamine Eesti jaoks. Omab tähendust eelkõige ressursikasutuse optimeerimise aspektist.

### **6.6.2. Esmatasandi hindamine**

Hinnatakse patsiendi vajadused, mille lahendamiseks piisab perearsti, sotsiaaltöötaja, õe ja patsiendi koostööst.

#### **Standard**

- 1) Teenusele suunamisel, teenuse sisu muutmisel või teenuse tulemuse hindamisel viiakse läbi esmatasandi hindamine.
- 2) Hindamine viiakse läbi patsiendi, tema lähedaste, sotsiaaltöötaja, õe, arsti ettepanekul.
- 3) Hindamise meeskonda kuuluvad spetsialistid - (pere)arst, õde, sotsiaaltöötaja ning on kaasatud patsient ja/või tema mitteformaalne hooldaja.
- 4) Esmatasandi hindamismeeskonna liikmetel peab olema geriaatriline kompetents erialase põhihariduse ulatuses.
- 5) Esmatasandi hindamise valdkonnad: meditsiiniline, funktsionaalne (sh. ADL, IADL), kognitiivne, afektiivne, sotsiaalne aspekt, sh. on välja toodud patsiendi taastumisressurss.
- 6) Esmatasandi hindamisel kasutatava hindamisinstrumendi valik on vaba, valik peab olema põhjendatud. Instrument peab sisaldama miinimumandmeid. (vt. Lk.29 )
- 7) Esmatasandi hindamine on osa hindajate igapäevasest tööprotsessist ja ei kuulu eraldi rahastamisele.
- 8) Kui patsiendi probleemide ulatus ületab esmatasandi meeskonna kompetentsi või on tegemist esmatasandi hinnangu vaidlustamisega, tuleb patsient suunata geriaatrilisele komplekshindamisele.

*Ambulatoorse teenuse osutamisel soovitavad: pp. 1-8.*

#### **Indikaator**

- 1) Esmatasandi hindamismeeskond kasutab asutuse/koostööpiirkonna/jne. piires standardiseeritud, nõuetele vastavat hindamisinstrumenti.
- 2) Hindamismeeskond oskab põhjendada kasutatava instrumendi valikukriteeriume (kogemus, valiidsus).
- 3) Patsiendi vajadused tervishoiu ja hoolekande aspektist on kirjeldatud spetsialistide poolt.
- 4) Soovitused vajaliku teenuse valikuks/teenuse muutmiseks on antud pädevale isikule, kes jätkab teenuse korraldamist edaspidi.
- 5) Patsient on nõus temale soovitatud teenusega/teenuste paketi.
- 6) Patsient on rahul temale osutatud teenusega/teenuste paketi (patsiendi rahulolu hindamine).
- 7) Teenuse osutaja peab esmatasandi meeskonna poolt tehtud otsust põhjendatuks (teenuse osutaja rahulolu hindamine).

### 6.6.3. Geriaatriline hindamine

Geriaatriline hindamine on multidimensionaalne, multiditsiplinaarne diagnostiline protsess eesmärgiga määratleda eaka isiku meditsiinilisi, funktsionaalseid ja psühhosotsiaalseid probleeme ning võimekust, koostamaks mitmekülgne teenuste plaan (UCSD School of Medicine, 2004). Geriaatriline hindamine on täieliku ülevaate andmine eaka seisundi kõikidest aspektidest.

Igakülgne geriaatriline hindamine on tõendus põhiselt osutunud efektiivseks ja kulusäästlikuks meetodiks multiprobleemsete igapäevatoimingutes mittetoimetulevate inimeste probleemide lahendamisel kogu maailmas. Tehtud on mitmeid uuringuid, mis tõestavad geriaatrilise hindamise efektiivsust võrreldes patsiendi tavakäsitlusega tervishoius (Cohen jt., 2002). Hindamisprotsess töös eakatega on mitmekesine - see hõlmab meditsiinilist, funktsionaalset, emotsionaalset, kognitiivset ja sotsiaalset hindamist ning enesehooldusvõime ja eakate eelistuste hindamist ning patsiendi elukeskkonna, saadud teenuste efektiivsuse ja toetussüsteemi koormuse hindamist (Kane, jt 1994).

#### Standard

- 1) Geriaatrilise hindamise teenust osutatakse tegevusloa alusel
- 2) Geriaatrilise hindamise meeskonda kuuluvad erikoolituse saanud arst (geriaater või geriaatrilise süvakoolitusega muu eriala arst), õde, sotsiaaltöötaja ja vajadusel teised spetsialistid.
- 3) Geriaatrilise seisundi hindamisse on kaasatud patsient, lähedased ja teised sotsiaalse tugivõrgustiku liikmed.
- 4) Teenuse saamiseks on vajalik arsti, õe või sotsiaaltöötaja saatekiri; teenust osutatakse ka omafinantseerimisel isiku enese või tema pereliikmete soovi korral
- 5) Kompleksel geriaatrilise seisundi hindamisel hinnatakse patsiendi kehalist tervist, funktsionaalset võimekust (sh. psühholoogiline seisund, kognitiivne ja afektiivne funktsioon) ja sotsiaalseid, majanduslikke, õigulikke jm vajadusi ja ressursse süvedatult spetsialistide poolt.
- 6) Hindamismeeskond määrab kindlaks patsiendi juhtiva(d) probleemi(d) lähtuvalt hindamise tulemustest, püstitab sekkumise eesmärgid, määratleb vahendid eesmärkide saavutamiseks – aktiivravi, taastusravi, õendusabi, hoolekanne, tugiteenused või tervishoiuteenuste ja hoolekande- ning tugiteenuste üheaegne vajadus e. teenuste pakett.
- 7) Hindamismeeskond võtab kontakti edasiste tegevuste elluviijatega .
- 8) Hindamismeeskond hindab püstitatud eesmärgi saavutamist või selle muutmise vajadust vastavalt sekkumise kavale (alati ei pea mitte seesama meeskond seda hindama).
- 9) Kompleksel geriaatrilisel hindamisel ja dokumenteerimisel kasutatakse baasina ühtset standardiseeritud minimumandmebaasi – rahvusvahelist kliendi seisundi hindamise instrumenti (inter-RAI), millest lähtuvalt tehakse süvendatud hindamine erialaspetsiifilisi hindamismeetodeid ja diagnostikat kasutades.
- 10) Kompleksne geriaatriline hindamine on geriaatriaosakonna igapäevatöö lahutamatuks osaks ning ei kuulu eraldi rahastamisele. Ambulatoorselt ja kuni geriaatriaosakondade avamiseni on see iseseisev teenus ja rahastatakse vastavalt õigusaktidele.

- 11) Geriaatrilise hindamise kokkuvõtte edastatakse paber kandjal teistele teenuste osutajatele ja perearstile. Tulevikus liiguvad patsiendi andmed elektroonsel kandjal koos patsiendiga integreeritud teenuste võrgustikus ja vajadusel on kättesaadavad vastavalt kasutajate õiguse määramise alusel.
- 12) Kordushindamise vajaduse määrab geriaatrilise hindamise meeskond geriaatrilise hindamise kokkuvõttes, lähtudes kliendi paranemispotentsiaalst ja teenuste vajaduse muutusest. Kordushindamisele võib suunata ka arst või sotsiaaltöötaja

### **Indikaator**

- 1) Interdistsiplinaarse geriaatrilise hindamismeeskonna kompetents on teenuse nõuetele vastav
- 2) Geriaatrilise hindamise kvaliteedinäitajaks on teenuse kasutajate ja teenustele suunajate ning rahastajate rahulolu teenusega (rahulolu uuringud).
- 3) Patsiendi geriaatrilisel hindamisel kogutud andmed on teenuste osutajatele kättesaadavad

## **6.7. Õendushooldusteenuse osutamise keskkonna kvaliteet**

Õendushooldusteenuse keskkonnaks käesoleva juhendi mõistes on teenuse osutamise ruumid ja asutuse lähiümbrus. Ruumid peavad olema kohandatud vastavalt eakate patsientide vajadustele, peavad olema turvalised ja soodustama iseseisvat toimetulekut nii füüsilise- kui ka nägemispuudega inimestele ja dementsetele inimestele.

### **Standard**

- 1) Õenduskodu (hooldushaigla) peab vastama sotsiaalministri määrustele "Haigla liikide nõuded" ja "Haiglate majutuse standardtingimused".
- 2) Õenduskodu asukoht sobib kodu üldise eesmärgiga.
- 3) Õenduskodu sissepääsu juures on kaldtee.
- 4) Sissepääsu trepil on käsipuu.
- 5) Hoone ümbrus on korrastatud.
- 6) Hoone ümbruses on maa-ala, mis on eemal tihedast liiklusest ja kus on tasased jalgrajad liikumiseks (sh. liikumispuudega inimestele).
- 7) Ruumide asukoht on ühel tasapinnal. Kui see võimalus puudub on paigaldatud kaldtee ja/ või lift.
- 8) Mitmekorruselises majas on lift, mis võimaldab ratastooli, voodi ja raamiga korruste vahel liikuda.
- 9) Koridorid ja hügieeniruumid on varustatud käsipuudega (WC-d juhul kui ei kasutata invapotti või potitoole).
- 10) Õenduskodus on personali väljakutse süsteem, mis hõlmab peale palatite ka üldkasutatavaid ja hügieeniruumi ning on kasutatavad olenemata patsiendi füüsilisest võimekusest.
- 11) Koridorides, palatites, tualettides ja hügieeniruumides ei ole lävepakke.
- 12) Kõikidel õenduskodu klientidel, ka liikumis-, nägemis- või muude häiretega inimestel, on võimalus väljas liikumiseks ja istumiseks.
- 13) Õenduskodus on palatid ja ühisruumid.
- 14) Ruumid peavad võimaldama ratastooliga iseseisvalt liikuda.
- 15) Patsientidel on juurdepääs telefonile (tagatud võimalus rääkida privaatsetl).
- 16) Õenduskodus on leinaruum, kus lähedased saavad lahkunuga hüvasti jätta.
- 17) Ühisruumi kasutatakse söögitoana, seal viiakse läbi sotsiaalseid, kultuurilisi, religioosseid tegevusi ning võetakse vastu külalisi.



- 18) Õenduskodus on pesemisvõimalus iseseisvalt pesemisega toimetulevatele patsientidele, kõrvalaabi vajavatele patsientidele on pesemistooli ja/või pesemisraami kasutamise võimalus.
- 19) Dussiruumi põrand on kaetud libisemiskindla materjaliga või on varustatud libisemiskindlate mattidega.
- 20) Õenduskodus on invatualett ja hügieeniruum (WC, kraanikauss, duss), kuhu on võimalik minna iseseisvalt ratastoolis liikujal.
- 21) Palatite juures asuvates tualettides on WC-potid varustatud potikõrgendusega või on paigaldatud kõrgemad WC-potid liikumispuudega inimestele või on käsitügedega invapotid.
- 22) Patsientide palatid on 1 - 2 - 4 kohalised.
- 23) Patsiendi voodis põetamisel on voodile juurdepääs kolmest küljest ja on piisavalt ruumi põetusvahendite ja varustuse paigaldamiseks.
- 24) Õenduskodus on hoiuruumid, kus hoitakse abivahendeid ja ka patsientide asju, mis ei ole igapäevasel kasutusel.
- 25) Palatis peab olema piisav valgustus ja palateid peab olema võimalik õhutada.

## **6.8.Riskid õendushooldusteenuse osutamisel**

Riskid ei ole alati vältitavad, neid tuleb juhtida selliselt, et nende mõju oleks minimaalne. Õendushooldusteenuse osutamisel esinevate riskide juhtimiseks tuleb võimalikud riskid identifitseerida, hinnata ning juhtida neid dokumenteerides (sisaldab reegleid nende vältimiseks või vähendamiseks õenduskodudes) Õenduslugu peab sisaldama riski hinnanguid, kirjeldama iga riski sisaldavat või vähendavat tegevust, mis peab olema kooskõlastatud personali ja patsiendi ja /või tema lähedastega.

*Ambulatoorse teenuse osutamisel soovivad 1-9; 14; 17.*

### **1. Standard: Patsientide õigused**

Õenduskodu tegevus põhineb filosoofial, mille printsiibid on dokumenteeritud ja kindlustavad patsientidele valikute tegemise vabaduse, kontrolli enese üle, tsiviilõigused, turvalisuse ja säilitab nende väärikuse ning õiguse privaatsusele.

#### **Indikaator**

Personal kohtleb patsiente viisakalt ja austusega, patsiendid teavad, et nende privaatsus on säilitatud ja turvalisus tagatud, neil säilivad kodanikuõigused, nad saavad valida mida ja millal nad teha soovivad, võtta osa oma õendusplaani koostamisest. Personali väljaõppes on õendushoolduskodu filosoofia olulisel kohal. Antud printsiibi praktikasse rakendamist saab kontrollida patsientide perioodiliste rahuloluküsitluste kaudu.

### **2. Standard: Teenuse vastavus patsiendi vajadustele**

Teenuse vastavust vajadusele hinnatakse ja dokumenteeritakse esimese kolme kuu jooksul vähemalt üks kord kuus, edaspidi vastavalt individuaalsele õenduskavale, kuid mitte harvem kui neli korda aastas..

#### **Indikaator**

Õendusplaanis on püstitatud hindamisel põhinevad sekkumise eesmärgid ning nende saavutamist hinnatakse vastavalt määratletud ajakavale.

### **3. Standard: Delikaatsed isikuandmed ja konfidentsiaalsus**

Patsientide delikaatsete isikuandmete kaitsmiseks ja konfidentsiaalsuse nõuetest kinnipidamiseks peab õendusabi tervishoiuteenuse osutaja kehtestama ja

dokumenteerima reeglid, mis vastavad andmekaitseseadusele ja kaitsevad patsientide konfidentsiaalsust.

#### **Indikaator**

Delikaatsete isikuandmetega töö on reguleeritud nii, et õigused delikaatsetele isikuandmetele ligipääsuks ja nende töötlemiseks on ainult selleks volitatud töötajail tööülesannete täitmiseks vajalikus ulatuses. Töö õenduskodus on korraldatud nii, et patsientide konfidentsiaalsus on tagatud.

#### **4. Standard: Võrdne kohtlemine**

Võrdse kohtlemise ja teenuse kättestaadavuse võrdsete võimaluste tagamiseks on iga õendusabi tervishoiuteenuse osutaja kohustatud kirjeldama ja dokumenteerima ravijärjekorra pidamise reeglid ning võrdsuse poliitika, mis eeldab võrdsust erinevate etniliste gruppide, sugude, puute ja orientatsioonide vahel, vältides diskrimineerimist.

#### **Indikaator**

Õenduskodul on välja töötatud ja dokumenteeritud ravijärjekorra pidamise reeglid, teenuse kättestaadavus on võrdne kõikidele järjekorras olijatele, kirjeldatud on võrdsuse poliitika, mis tagab, et õenduskodus ei esine diskrimineerimist.

#### **5. Standard: Ravimid ja meditsiinivahendid**

Õenduskodul on välja töötatud ja kirjeldatud tegevusjuhendid, mis reguleerivad ravimite ja meditsiiniliste vahendite käitlemist, kasutamist, manustamist, arvestamist ja hävitamist; ravimite kasutamisel ilmnunud tüsistuste (kõrvaltoimete) dokumenteerimist ja sellest ravimiametisse teatamise korda.

#### **Indikaator**

Ravimite ja meditsiiniliste vahendite tellimine, ostmine, ladustamine, kasutamine ja hävitamine toimib turvaliselt ja tõrgeteta, täpselt ettekirjutatud reeglite alusel. Ravimite manustamine on turvaline ja toimub ettenähtud korra alusel. Ravimite kõrvaltoimed dokumenteeritakse ja teatised saadetakse ettenähtud korra alusel ravimiametisse.

#### **6. Standard: Lamatised**

Lamatiste tekkimise vältimiseks, tekkepõhjuste väljaselgitamiseks, analüüsimiseks ja registreerimiseks, raviks ja ravi dünaamika jälgimiseks on välja töötatud ja dokumenteeritud tegevusjuhised.

#### **Indikaator**

Õendushooldusel viibivatel haigetel uusi lamatisi ei teki, lamatisega saabunud haigetel seisund paraneb. Kõik lamatised on kirjalikult registreeritud, nende dünaamika kirjeldatud. Lamatiste tekkepõhjused on selgitatud ja tagatud on lamatiste parim võimalik ravi.

#### **7. Standard: Kukkumine ja traumad**

Kukkumise ja traumade vältimise profülaktilised meetmed on välja töötatud ja dokumenteeritud.

#### **Indikaator**

Kukkumisi ja traumasid ei esine või neid esineb harva. Kõik juhud on kirjalikult protokollitud ja põhjused analüüsitud nii, nagu standard seda nõuab.

#### **8. Standard: Muud tüsistused**

Muude õendusabi tervishoiuteenuse osutamisel tekkida võivate tüsistuste (nt. kopsupõletik, dehüdratsioon, kaalu probleemid, tromboos, diabeetiline kooma, psühhoos, deliirium, depressioon jms.) vältimiseks on välja töötatud ja

dokumenteeritud tegevusjuhised. Nende võimalikest tagajärgedest ja edasistest tegevustest patsiendi või tema esindaja teavitamiseks on kord kokku lepitud ja dokumenteeritud.

#### **Indikaator**

Igal haigel on individuaalselt hinnatud tüsistuste riskid ning rakendatud ennetavad meetmed vastavalt tegevusjuhistele. Tüsistusi ei esine või esineb harva, kõik juhud on kirjalikult protokollitud ja põhjused analüüsitud nii nagu standard seda nõuab. Nii patsiendid kui ka nende esindajad on teadlikud kõikidest tüsistustest, nende võimalikest tagajärgedest ja edasistest tegevustest.

### **9. Standard: Kaebused ja ettepanekud**

Ettepanekute tegemiseks ja kaebuste lahendamiseks peab olema välja töötatud ja dokumenteeritud ettepanekute ja kaebuste menetlemise kord nii patsientidele kui personalile.

#### **Indikaator**

Iga kaebus, tegevused selle menetlemiseks ja tulemused on registreeritud, patsiendid ja personal on teadlikud korrast, kuidas kaebusi esitada ja on kindlad, et iga kaebust võetakse tõsiselt ja menetletakse vastavalt õenduskodus kehtestatud reeglitele. Õigete kaebuste korral on võetud kasutusele meetmed, mis väldivad sarnase olukorra uuesti tekkimist. Tagatud on vabandamine, patsientide elukvaliteet paraneb, neid koheldakse ausalt ja erapooletult. Kaebuse esitajat ei hakata taga kiusama. Õenduskodu on avatud ettepanekutele elu- ja hoolduse kvaliteedi parandamiseks.

### **10. Standard: Kuritarvitamine**

Kuritarvitamise (füüsilise, psüühilise, seksuaalse, sõnalise, finantsilise, samuti hooletussejätmise või vabaduse piiramise) takistamiseks õenduskodus on välja töötatud ja dokumenteeritud kuritarvitamise takistamise printsiibid ja tegevusplaan, mis käivitub kuritarvitamise või selle kahtluse korral. Dokumenteeritud on distsiplinaarprotseduurid ja kuritarvitamise ärahoidmise väljaõppe kord ning juhised kuritarvitamisest teatamise kohta.

#### **Indikaator**

Kuritarvitamist ei esine. Kui on tekkinud kahtlus kuritarvitamise kohta, siis on käivitunud vastav tegevusplaan nii, nagu seda näeb ette standard. Teatamine on kirjalikult protokollitud vastavalt juhistele, vastavad distsiplinaarprotseduurid on läbi viidud ja kirjeldatud. Personalil on arusaamine kuritarvitamisest ja sellest teatamise vajalikkusest ning kuritarvitamise takistamine on loomulik.

### **11. Standard: Piirangud (tõkendid)**

Piiranguid patsientidele (nii füüsilisi kui medikamentoosideid, sealhulgas psühhotropseid farmakone) võib kasutada vaid erandlikes olukordades ja viimase abinõuna, mille kohta peavad õenduskodul olema välja töötatud ja dokumenteeritud protseduurid ja juhised ning dokumenteerimise ja personali väljaõppe kord.

#### **Indikaator**

Personal mõistab, et piirangud on vastuvõetamatud ja lubatud vaid erandlikel, ajaliselt piiratud juhtudel, mida pidevalt üle vaadatakse. Patsientide vabadusi ei piirata asjata, nende väärikust ja kodanikuõigusi austatakse. Kõik piirangute kasutamised dokumenteeritakse ning põhjendatakse.

### **12. Standard: Patsiendi kadumine**

Toimetulekuks juhtumitega, mis on seotud patsientide kadumisega ja kadumise vältimisega on välja töötatud ja dokumenteeritud kirjalikud juhised personali tegevuse kohta vastavas situatsioonis.

**Indikaator**

Patsiendid ei kao, kui see juhtub, on personal teadlik oma järgnevast tegevusest tagamaks patsiendi kiire leidmise ja turvalisuse tagamise. Kõik kadumise juhud on kirjeldatud ja analüüsitud, et edaspidiseid juhte vältida.

**13. Standard: Isiklik vara**

Patsientide isiklike asjade, raha ja väärtasjade hoiule võtmiseks ja hoidmiseks on välja töötatud ja dokumenteeritud kindel kord.

**Indikaator**

Raha ja väärtasjad on kindlalt hoitud, kadumisi ei esine, patsientidel säilib identiteeditunne.

**14. Standard: Haiglanakkused**

Hospitaalinfektsioonide ennetamiseks ja tõrje läbiviimiseks on välja töötatud haiglanakkustõrjehendid, mis on kõikidele kättesaadavad. Töötajad on neist põhjalikult teavitatud ja vastavad juhendid on kohustuslikud kõikidele töötajatele. Juhenditele vastav tegevus dokumenteeritakse tööprotokollides või õendusloos.

**Indikaator**

Haiglanakkustõrjehendeid järgitakse. Haiglanakkusjuhtude korral toimitakse täpselt juhendite järgi, mis tagab patsientide ja personali turvalisuse. Tegevus on dokumenteeritud.

**15. Standard: Hädaolukordadeks valmisolek**

Valmisolekuks haiglasisestest ohtudest ja haiglavälistest ohtudest tingitud hädaolukordades, peavad õenduskodul olema välja töötatud ja dokumenteeritud vastavad plaanid, mille alusel hädaolukordades tegutsetakse.

**Indikaator**

Töötajad on teadlikud haiglasisestest ja haiglavälistest ohtudest, oskavad vastavates situatsioonides tegutseda, teavad oma kohustusi ja vastutust tagamaks patsientidele turvalisuse.

**16. Standard: Toit ja toitlustamine**

Tagamaks toidu ja toitlustamise turvalisuse peab õenduskodu köök omama Tervisekaitsetalituse tunnustamise otsust. Toitlustamine peab toimuma vastavalt toidustandardile ja õenduskodu poolt välja töötatud korrale.

**Indikaator**

Toitu valmistatakse, hoitakse ja serveeritakse turvaliselt ja hügieeniliselt. Täidetakse dieedinõudeid, patsiente toidetakse hästi ja tervislikult, toit on nauditav, patsiendid, kes vajavad söömisel abi, saavad seda (sh. on patsientidel võimalik valida menüüd). Protsess on jälgitav dokumentides.

**17. Standard: Personal**

Patsientide igakülgsede vajaduste rahuldamiseks peab õenduskodus töötav personal olema kompetentne, nõutava kvalifikatsiooniga. Personal peab olema võimeline kindlustama patsientidele professionaalse abi ja tagama nende heaolu ööpäevaringselt.

**Indikaator**

Patsiendid on kindlustatud kvalifitseeritud abiga, nende vajadusi rahuldab kompetentne personal, austades patsientide väärikust, identiteeti ja õigust privaatsusele.

## **7. ÕENDUSHOOLDUSE OSUTAMISE NÕUETE TUTVUSTAMISE JA RAKENDAMISE PLAAN**

Juhend "Õendushoolduse osutamise nõuded" on vajalik rakendada kõikides õendusabi tervishoiuteenust osutavates asutustes ja üksustes.

Juhendi tutvustamisel ja juurutamisel tuleb lähtuda Eesti Haigekassa soovitustest kolmetasandiliseks tegevuseks

- 1) tervishoiutöötaja tasand: tervishoiutöötaja praktika muutmine või parendamine juurutatava juhendi abil;
- 2) süsteemi tasand: võimaldada tervishoiutöötajale ligipääs ravijuhenditele;
- 3) poliitika tasand: rahastada tervishoiuteenuseid vastavalt sekkumismeetodite tõendatusele.

Tegevusjuhendi täitmist kontrollitakse õendusdokumentatsiooni ja aruandlusvormide põhjal.

Tegevusjuhendi juurutamiseks tervishoiutöötaja tasandil tuleb töötavale personalile võimaldada tööalast koolitust, mis annab neile valmiduse töötada vastavalt käesolevale juhendile.

2008. a. on vajalik korraldada audit juhendi juurutamise hindamiseks.

Juhend vaadakse läbi ja uuendatakse peale inter-RAI rakendamist Eestis ja kliendigruppide väljatöötamist.

Juhendi tutvustamise ja juurutamise viib läbi EGGA ja HOÜ koostöös Eesti Haigekassaga.

## KASUTATUD KIRJANDUS

- Allev, R.** (2000). Eakate avahoolduse arendamisest. *Sotsiaaltöö* nr 4, lk 9 - 12.
- Allev, R.** (2004) Kvaliteedi juhtimine haiglas. Hooldusravi standardid. Loengumaterjal seminarilt "Hooldatava elukvaliteet. Kvaliteedijuhtimine." november 2004. EGGA.
- Asutushooldusel viibiva hooldusravi haige/hooldushaige hindamise vahend.** RAI-HO version 2.0 Käsiraamat. 2003 Tartu.
- Atwal, A. & Caldwell, K.** (2002). Do multidisciplinary integrated care pathways improve interprofessional collaboration? *Scandinavian Journal Caring Science* No 16, 360 - 367.
- Bernabei, R.** (2006) Second generation assessment instruments: the inter-RAI suite. EAMA IV June, Switzerland
- Blackman, T.** (2000). Defining responsibility for care; approaches to the care of older people in six European countries. *International Journal of Social Welfare* No 9, 181 – 190.
- Blomberg, S., Edelbalk, P.G. & Petersson, J.** (2000). The withdrawal of the welfare state: elderly care in Sweden in the 1990s. *European Journal of Social Work* No 3, 151 – 163.
- Care Homes for Older People** (2003) National Minimum Standards, London: United Kingdom for the Stationery Office.
- The Care Keys project** (2005). **Hooldusest sõltuv elukvaliteet, hoolduse kvaliteet ja hoolduse juhtimise kvaliteet.** CareKeys Eesti uuringu tulemused. Tartu Ülikooli Sisekliinik (2006).
- The CARMA project** (2004). Recommendations and Guidelines for Policy Makers.
- The CARMEN project** (2004). Integrating Services For Older People. A resource book for managers. EHMA.
- Cohen, ....** (2002) ~lk.36
- Doile, D., Hanks, G., MacDonald, N.,** (1998). Oxford textbook of Palliative Medicine. Oxford University Press, 3-9.
- Domiciliary Care** (2003) National Minimum Standards, Care Standards Act 2000. Dept. of Health Publications, London.
- Eesti Haigekassa**
- Eesti vanuripoliitika alused:** heaks kiidetud Eesti Vabariigi valitsuse istungil 28. septembril 1999.a./ Eesti Vabariigi sotsiaalministeeriumi vanuripoliitika komisjon. Tallinn: Sotsiaalministeerium, 8.
- Gibson, D.** (1996). Reforming aged care in Australia: Charge and consequence. *Journal of Social Policy* No 25, 157 – 181.
- Hardiker, P. & Barker, M.** (1999). Early steps in implementing the new community care: the role of social work practice. *Health and Social Care in the Community* No 7, 417 – 426.
- Huber, D.L.** (2006) Leadership and Nursing Care Management. Third edition. Elsevier (USA)
- Integrating Services For Older People.** A resource book for managers. (2006)The CARMEN project. EHMA
- Jakobsson, G.** (1998). The politics of care for elderly people in Scandinavia. *European Journal of Social Work* No 1, 1288 – 1296.
- Jones, M.** (2000). Hope and despair at the front line: observations on integrity and change in the human services. *International Social Work* No 43, 365 – 380.
- Kane, ...** (1994). ...~lk. 36
- Keldrima, V.** (2003). Eakate hooldusvajaduse hindamine Tallinnas. Magistritöö. Tartu Ülikool, 78.
- Landi, F.** (2004) Evidence based medicine in geriatric services (management of a geriatric team). ADHOC project – Community Care in Europe 2004.
- Ljunggren, G.** (2004) Needs assessment. Integrating Services For Older People. lk.68-80.
- Lumbery, M.** (1998). Care management and professional autonomy: the impact of community care legislation on social work with older people. *British Journal of Social Work* No 28, 863 – 878.
- Malvet, M. & Mikkola, M.** (1998). Sotsiaalhoolekanne. Phare Legisactio OY: Helsingi, 141..

- McKenna, H., Keeny, S., Glenn, A. & Gordon, P.** (2000). Discharge planning: an exploratory study. *Journal of Clinical Nursing* No 9, 594 – 601.
- Onder, G.** (2004) The AgeD in HOME Care project. ADHOC project –Community Care in Europe 2004.
- Phillips, J. & Waterson, J.** (2002). Care management and social work: a case study of the role of social work in hospital discharge to residential or nursing home care. *European Journal of Social Work*, Vol. 5, No. 2, 171 – 186.
- Pieper, R.** (2004) Integrated organisational structures. *Integrating Services For Older People*.Lk. 33-52
- RAI Koduhoolduse (RAI-KO) hindamise käsiraamat.** (2003) Versioon 2,0, Tartu.
- Ring, P.** (1996). Networked organisation: a resource based perspective. Uppsala, 16 – 18.
- Saks, K., Tiit, E.-M. & Käärrik, E.** (2000). Eesti eakate elanike toimetuleku- ja terviseuuring 2000. Eesti Gerontoloogia ja Geriaatria Assotsiatsioon. Avatud Eesti Fond. TÜ Matemaatilise statistika instituut.  
<http://www.egga.ee/toimetuleku%20ja%20terviseuuring%202000.pdf> [12.01.2007].
- Saks, K.** (2006) Institutsionaalset teenust pakuvad asutused integreeritud hoolduse süsteemis. Seminar "Kes hoolib eakast vanurist?" Tallinn, veebruar 2006.
- Saks, K., Allev, R., Soots, A., Kõiv, K., Kolk, H., Paju, I., Jaanson, K. & Schneider, G.** (2001). Eakate tervishoid ja hoolekanne Eestis. Eesti Gerontoloogia ja Geriaatria Assotsiatsioon, Avatud Eesti Fond. Tartu: Tartumaa Trükikoda, 115.
- Sipilä, J.** (1997). Social Care Services. The Key to the Scandinavian Welfare model. Avenbury: Aldershot, 198.
- Sotsiaalministeeriumi kodulehekül,** (2004 a). Sotsiaalteenuste arendamise poliitika alusdokument, <http://www.sm.ee/gopro30/Web/gpweb.nsf/pages/Sotsiaalministeerium6> [14.04.04].
- Sotsiaalministeeriumi kodulehekül,** (2004 b). Eesti hooldusravivõrgu arengukava aastaks 2015, <http://hooldusravi.tervishoiuprojekt.ee> [10.04.04].
- Sotsiaalministeeriumi kodulehekül,** (2004 c). Eesti haiglate arengukava aastani 2015, põhiseisukohtade kokkuvõte: 26. aprill 2000 / EV Sotsiaalministeerium, <http://www.sm.ee/est/pages/index.html> [24.04.04].
- Sotsiaalministeeriumi kodulehekül** (2004 d). Organisatsiooni juhtimise käsiraamatu/kvaliteedikäsiraamatu koostamine ja rakendamine tervishoiuteenuse osutamisel. [http://www.sm.ee/est/HtmlPages/Kvaliteedikäsiraamat/\\$file/Kvaliteedikäsiraamat.doc](http://www.sm.ee/est/HtmlPages/Kvaliteedikäsiraamat/$file/Kvaliteedikäsiraamat.doc) (05.05.04.)
- Standards for the Accreditation of Home Care.** Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations, UK.
- Statistikaameti kodulehekül,** (2006). Rahvastikustatistika. <http://pub.stat.ee/px-web.2001/dialog/statfilere.asp> [12.10.06].
- Sõmer, S.** (2005) "Hoolekanne ja hooldusravi" ettekanne HOÜ üldkogul. Paide
- Syrett, V., Jones, M. & Sercombe, N.** (1997). Implementing community care: the congruence of manager and practitioner cultures. *Social Work and Social Sciences Review* No 7, 154 – 169.
- Tulva, T. & Kiis, A.** (2001). Vananemine Eestis: eakate toimetulek ja teenuste vajadus. Tallinn: Eesti Vabariigi sotsiaalministeerium, Tallinna Pedagoogikaülikool, 63.
- UCSD School of Medicine, (2004). ....
- Vaarama, M.** (2004) Quality Management. *Integrating Services For Older People*.Lk. 196-209.
- Vaarama, M. & Pieper, R.** (2005) Integrated care and the CARMEN Network. In: *Managing Integrated Care for Older Persons*. STAKES, Gummerus Printing, Saarijärvi, Finland, 2005; 7-23.
- Van Nes, M-C.** (2006) Relevance of management theory to the practice of geriatric medicine. EAMA IV June, Switzerland
- Viiralt, I.** (2001). Sotsiaaltöö uuenevatest suundadest tervishoius. *Kogumikus: Areneva ühiskonna väljakutsed*. Eesti Sotsiaaltöö II Kongress, Pärnu, 45 – 50.

**Töös on viidatud järgmistele seadusandlikele aktidele:**

**Eesti Haigekassa seadus.** Riigi Teataja (2000). Nr 57, art 374; Riigi Teataja (2002) Nr 56, art 418.

**Eesti Vabariigi Põhiseadus.** Riigi Teataja (1992). Nr 26, art 349.

**Haigla liikide nõuded.** Riigi Teataja L (2004). Nr 116, art 1816.

**Hoolekandeesutustele ja hoolekandeteenustele esitatavad kohustuslikud nõuded** (määrus nr 4). Riigi Teataja (2002). Nr 9, art 93.

**Iseseisvalt osutatavate õendusabi tervishoiuteenuste loetelu.** Riigi Teataja L (2002). Nr 42, art 597.

**Kohaliku omavalitsuse korralduse seadus.** Riigi Teataja (1999). Nr 82, art 755.

**Perekonnaseadus.** Riigi Teataja (1994). Nr 75, art 1326.

**Tervishoiukorralduse Seadus.** Riigi Teataja (1994). Nr 10, art 123; Riigi Teataja (1995). Nr 57, art 978; Riigi Teataja (1997). Nr 86, art 1462; Riigi Teataja (1999). Nr 18, art 305; Nr 23, art 351.

**Tervishoiuteenuste korraldamise seadus.** Riigi Teataja (2001). Nr 50, art 284.

**Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamise nõuded.** Riigi Teataja L (2004). Nr 158, art 2376.

**Tervishoiuteenuste osutamist tõendavate dokumentide loetelu ja vormid ning tervishoiuteenuste dokumenteerimise kord** (määrus nr 76). Riigi Teataja (2002). Nr 59, art 891; Riigi Teataja L (2003). Nr 64, art 926; Riigi Teataja L (2005). Nr 120, art 1879.

**Töötervishoiu ja tööohutuse seadus** Riigi Teataja I (1999) Nr. 60, art 616.

**Võlaõigusseadus.** Riigi Teataja I (2001). Nr 81, art 487.



## **LISAD**

## **Hospiitsiteenuse kirjeldus**

*Jelena Leibur, EELK Diakooniahaigla*

Hospiitsteenuse on palliatiivse ravi/õendushoolduse pakkumine terminaalsele haigetele vastavalt hospiitsfilosoofia põhimõtetele. Hospiitsosakonna töös tuleb lähtuda sellest, mida surijad kõige enam vajavad: (1) vabanemine piinavatest haigussümptomitest; (2) turvaline, individuaalsust ja enesemääramisõigust arvestav keskkond; (3) pidev asjatundlik terviklik hooldus; (4) kindlustunne nii patsiendile kui tema lähedastele.

**Terminaalravi/õendushooldus** – on palliatiivse ravi/õendushoolduse oluline osa, adekvaatne sümptomaatiline põhiravi ja kogu muu inimväärikust austav põetus ning lähedaste toetamine patsiendi ravimatu haiguse lõppfaasis, surma saabudes ning leinaperioodil.

Kui kuratiivne ravi patsiendi haigusele enam ei toimi ega oma mõtet, tõuseb esikohale palliatiivne ravi ja hooldus. Surihaige vajab spetsiaalset hooldust, eelistatult võiks seda osutada eraldi osakonnas, kuna: (1) õenduskodus on koos surijad ja stabiilses seisundis ning sageli rahutud haiged, mis ei võimalda surijale vajalikku rahu ja privaatsust; (2) surijate üldseisund on halb ja seetõttu peab võimaldama stabiilse haiglakoha, ilma vajaduseta teda vahetult enne surma ümber paigutada (raske on ka järjekorras oodata), kuna see häirib rahu, mida surija vajab; (3) surijate õendusabis töötab vastava väljaõppe saanud personal.

Hospiits võib olla haigla üks osakondadest, võib olla eraldi töötav üksus haigla koosseisus, võib olla täiesti iseseisev üksus. Osakonna suurus on tavaliselt 6, 10, 12, 25 voodit. Oluline on, et see on koht elamiseks surijatele haigetele. Hospiits ongi rohkem seotud eluga kui surmaga. Eesmärgiks on mõista sureva inimese vajadusi, aidata surmani elada nii, et patsiendi olukord tervikuna oleks leevendatud, et tal oleks parim võimalik elukvaliteet, et iga järelejäänud päev oleks väärtuslik.

Hospiitsteenust võib osutada haiglas ja/või patsiendi kodus. Otsuse hospiitsi minekukus teeb patsient ise koos oma raviarsti ja lähedastega. Oluline on patsiendi ja lähedaste teadlikkus sellest, et hospiitsis pakutav ravi ei ole kuratiivne ehk tervendav, vaid palliatiivne ehk sümptomeid leevendav. On oluline, et patsient saabuks hospiitsi adekvaatsete ootustega, et patsient ise ja tema lähedased oleksid valmis koostööks ja kommunikatsiooniks hospiitsi töötajatega.

## **Hospiitsi ruumid, aparatuur ja sisustus**

Hospiitsi ruumid, aparatuur ja sisustus vastavad õenduskoduga samadele nõuetele, kuid hospiitsis on oluline luua võimalikult kodune õhkkond, kasutada toataimi, vältida liigset steriilsust, et surija võiks tunda, et ta on elav inimene, kuni ta elab. Ruum peab võimaldama patsiendi transporti voodiga. Lisaks muudele osakonna ruumidele, peab hospiitsis olema vaikne ruum ja surnuruum. Lähedastel peaks olema võimalus ööbida patsiendi juures. Tuleb seda Suriha harjumustega tuleb arvestada. On hea, kui hospiits paikneb looduskaunis kohas.

Tänapäeva ühiskonnas, kus surm ja suremine on teemad, millega on seotud palju eelarvamusi ja tabusid, kannab hospiits surma loomulikkuse ja inimlikkuse esiletoomise ideed läänelikus ühiskonnas.

## Personal

Personali valik sellises osakonnas on äärmiselt tähtis. Personal peab tagama rahuliku, kiirustamisest vaba ja turvalise keskkonna. Hospiitsis töötamise eelduseks on vastava koolituse läbimine. Hospiitsi töötaja peaks olema küps, tugeva professionaalse identiteediga hospiitsfilosoofia väärtusi jagav eetilise isiksus. On oluline, et töötajad suudaksid märgata ja mõista enda ja ühiskonna, patsientide ja nende lähedaste hoiakuid surma suhtes. Eelnev on aluseks suhtlemisel patsientide, nende lähedaste ja personali vahel.

Personali arv:

Soovitav: 1 öde 1,5 patsiendile ööpäevaringselt,

1 arst konsultant 10-15 patsiendile, oleneb arsti muust koormusest (osalemine koduhospiitsteenuses, konsultatsioonid, vastuvõtt, osalemine koolituste läbiviimises, teadusuuringutes, auditite läbiviimises). *Oxford Textbook of Palliative Medicine (Oxford University Press) Lk. 19-30*

**Arst**, kes töötab palliatiivses meditsiinis peab olema kompetentne üldmeditsiinis, teadma hospiitshoolduse printsiipe ja omama sümptomaatilise ravi teadmisi. Ta võib töötada hospiitsosakonnas ja olla konsultant, töötades sümptomkontrollijana ka teistes osakondades.

**Õde ja hooldusõde** on meeskonna liikmed, kellel on kõige tihedam kontakt patsiendi ja tema lähedastega, kes aitavad korraldada patsiendile keskkonna, mis võimaldaks talle maksimaalse kontrolli oma olukorra üle, toetavad patsienti psühholoogiliselt, ja leevendavad märgatud sümptome. Hooldusõde töötab õe juhendamisel.

**Sotsiaaltöötaja** ülesandeks on aidata patsienti ja tema lähedasi toimetulekul isiklike, psühhosotsiaalsete ning sotsiaalmajanduslike probleemidega, mis kaasnevad elu lõpu lähenemisega.

**Vaimulik** toetab surijat ning ta perekonda eksistentsiaalsetes küsimustes. Pakub hingehoiu teenust vastavalt patsiendi ja ta lähedaste vajadustele ja soovile.

**Füsioterapeut** on vajalik mitte niivõrd funktsioonide parandamiseks, kui selleks, et maksimeerida patsiendi vähenevaid jõuvarusid, ressursse.

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

**Vabatahtlikud** on abiks professionaalidele, et tagada patsiendile ja tema perekonnale parim, optimaalne elukvaliteet. Vabatahtlike töö eest vastutab professionaal, nad töötavad personali juhiste aluse, vajavad teavet, toetamist, koolitamist, kontrollimist. Oluline on vabatahtlike valik ja supervisioon.

## Hospiitsfilosoofia põhimõtted:

- 1) **Inimesekäsitus** – Terviklik inimese käsitus. Iga inimene, iga surija on indiviid, kordumatu, teistest erinev. Nii tulebki teda aktsepteerida. Patsientide võrdsus, olenemata sellest, kes nad on, kust nad tulevad, kõigisse suhtutakse neisse ühtemoodi.
- 2) **Ravikäsitus** – Sümptomaatiline, valu ja muid vaevusi leevendav ravi, mis jaatab elu ja suhtub surma kui vältimatusse ja normaalsesse protsessi, s.o. elu loomulik lõpp. Võtab arvesse, et kuigi järelejäänud elu on piiratud, on ta väärtuslik.
- 3) **Terviklik hooldus** – koosneb 4 – st komponendist, füüsilisest, psüühilisest, sotsiaalsest ja vaimsest (spirituaalsest), mis kõik on ühtviisi olulised. See on hooldus mis võimaldab elu elamise jäänud päevadeks.

a) **Füüsiline hooldus** - olulised on võtted, mis toetavad patsiendi väarikuse säilimist, kindlustavad tema vajaduste rahuldamise, arvestavad patsiendi harjumusi ja soove. Patsient ise teab kõige paremini, mida ta tunneb, mida ta suudab ja mida ta vajab.

b) **Psühhosotsiaalne toetus** - abitu olemisega ja hooldusaluseks olemisega on raske leppida. Abiks on patsiendi enda ja lähedaste kaasamine hoolduse ja ravi planeerimisse ning läbiviimisesse. Paindlik ajagraafik, meeldiv keskkond, kodusus, omad esemed, see aitab patsiendil identiteeti säilitada. Surijasse tuleb suhtuda lugupidamisega, on oluline, et mitte keegi ei sureks üksinduses. Olulisel kohal on lähedastega suhtlemine, lähedastele patsiendi juures ööbimise võimalus, nende kaasamine hooldusprotsessi, nende toetamine, nende julgustamine olema surija lähedal, nende toetamine leinaprotsessis.

c) **Vaimne (spirituaalne) hooldus** - vaimne hooldus lähtub haigest. Kui patsient soovib, siis tuleb spirituaalsetel teemadel rääkida, selleks on vajalik personali koolitamine ja suunamine, haigla vaimuliku või hingehoidja töö ning koostöö kogudustega, mille liikmed patsiendid on.

4) **Avatud suhtlemine** – nii patsiendi kui ka tema lähedastega. Patsientide ja lähedaste teavitamine, nende kaasamine otsuste tegemisse. Teave peab olema tõene, aga surijale tuleb jätta vabadus, kas ta tahab oma seisundi kohta kuulda täit tõde või mitte, peab arvestama, kui palju suudetakse teavet vastu võtta.

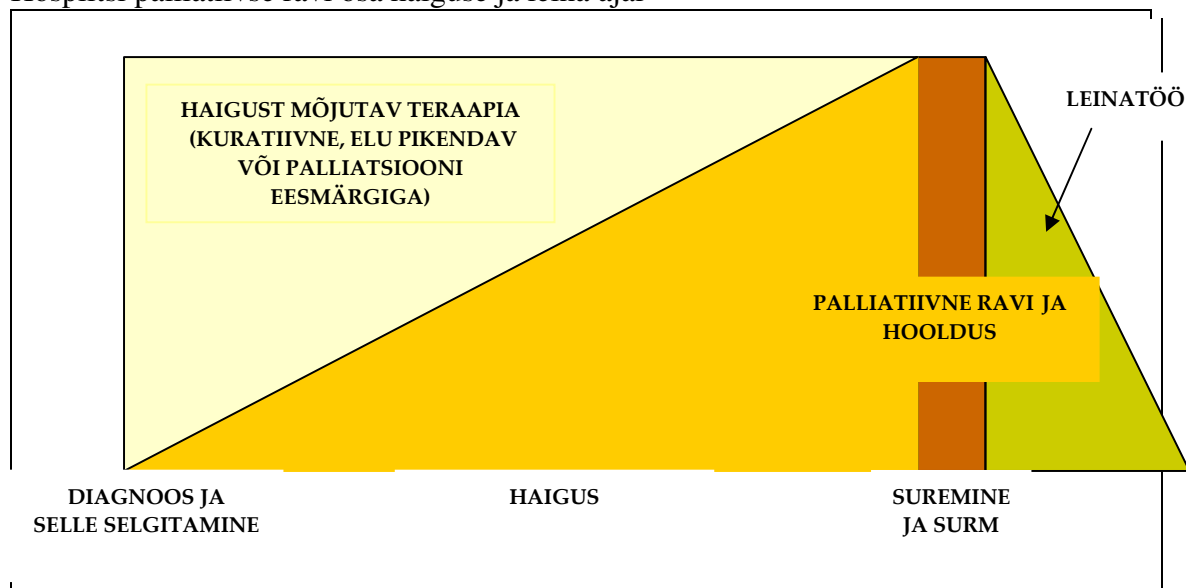
1) **Erialadevaheline koostöö** = interdistsiplinaarne koostöö, põhimõttel, et 1 + 1 on suurem kui 2. Interdistsiplinaarsesse meeskonda kuuluvad erinevad spetsialistid ja kindlasti peab olema kaasatud ka patsient ise ja tema lähedased. Põhimeeskonnaliikmed on tavaliselt arst, õde ja hooldusõde, sotsiaaltöötaja, kaplan ja vabatahtlikud.

2) **Kontakti järjepidevus** - nii patsientidega, nende lähedastega kui ka personali omavaheline kontakt.

7) **Leinatöö** – on terminaalhoolduse lahutamatu osa. Patsientide ja lähedaste toetamine, abi leinaprotsessi läbimisel

8) **Tugisüsteem personalile** - personali toetamine, stressitunnuste märkamine, vestlused, avatud õhkkonna toetamine. Võimalus asjatundjate abile ja supervisioonile.

Hospiitsi palliatiivse ravi osa haiguse ja leina ajal



Allikas: „A Model to Guide Patient and Family Care: Based on Nationally Accepted Principles and Norms of Practice” - Journal of Pain and Symptom Management (August 2002, Volume 24, Number 2), lk. 115

## **Kasutatud kirjandus:**

- 1. CARMA, (2006).** Projekti CARMA soovitusel ja juhised poliitikutele. Tartu, 19.
- 2. Saks, K., Allev, R., Soots, A., Kõiv, K., Kolk, H., Paju, I., Jaanson, K. & Schneider, G.** (2001). Eakate tervishoid ja hoolekanne Eestis. Eesti Gerontoloogia ja Geriatria Assotsiatsioon, Avatud Eesti Fond. Tartu: Tartumaa Trükikoda, 28-30.
- 3. McCallin, A.** (2001). Interdisciplinary practice – a matter of teamwork: an integrated literature review. *Journal of Clinical Nursing*, Nr. 10, 419-428.
- 4. D.Doile, G.Hanks, N.MacDonald,(1998).** Oxford textbook of Palliative Medicine. Oxford University Press, 3-9.
- 5. F.D.Derris, MD,H.M.Balfour, K.Bowen, M.D.J.Farley, M.D.M.Hardwik (2002).** A Model to Guide Patient and Family Care: Based on Nationally Accepted Principles and Norms of Practice. *Journal of Pain and Symptom Management*, Vol. 24, Nr 2, 115.
- 6. Suriija saatmine ja tema lähedaste toetamine leinas** (1999). Eesti Gerontoloogia ja Geriatria Assotsiatsioon. Tartu, 12.
- 7. [http://hcna.radcliffe-oxford.com/pdfs/004HCNA\\_chap4.pdf](http://hcna.radcliffe-oxford.com/pdfs/004HCNA_chap4.pdf)**

## **Interdistsiplinaarsus õendusabis. Interdistsiplinaarse meeskonna liikmed.**

*Jelena Leibur, EELK Diakooniahaigla*

Pikaaegne ravi, õendusabi ja surijapõetus (hospitteenus) peavad olema kliente austavad ja eesmärgipärased. Eesmärgiks on kõigi õendushooldust vajavate patsientide ja surijate haigete kannatuste vähendamine, kõrge elukvaliteedi, iseseisvama toimetuleku ja enesemääramisõiguse toetamine, patsientidele ning nende lähedastele turvalise keskkonna loomine.

Et adekvaatselt mõista, et olla võimeline sekkuma inimese füüsilistesse, psühhosotsiaalsetesse ja vaimsetesse (spirituaalsetesse) kannatustesse, on vajalik interdistsiplinaarse meeskonna, kuhu kuuluvad erineva professionaalse ettevalmistusega isikud ja kuhu kindlasti peab olema kaasatud ka patsient ise ja tema lähedased, koostöö.

Interdistsiplinaarne (nii õendusabi kui ka palliatiivse hoolduse/ravi põhimõtteid järgiv) meeskond on ajutiselt või pidevalt samas põhikoosseisus töötav spetsialistide grupp, kellel on ühine eesmärk, kus igal liikmel on oma isiklik kogemus ja väljaõpe ning vastutus oma kompetentsi piires. Meeskonna juhiks on üks meeskonna liikmetest vastavalt patsiendi juhtivale probleemile. Meeskonnatööna toimub patsiendi seisundi hindamine, probleemide määratlemine, eesmärkide seadmine, tegevusplaani koostamine ning täitmine. Samuti informatsiooni ja teadmiste jagamine ning otsuste tegemine.

Interdistsiplinaarne meeskond erineb multidistsiplinaarsest meeskonnast mitmes olulises aspektis. Kui interdistsiplinaarne meeskond tähendab erinevate distsipliinide omavahelist vastastikust koostööt, siis multidistsiplinaarne meeskond tähendab erinevate distsipliinide kombinatsiooni, nende haaratust.

Kui interdistsiplinaarses meeskonnas on esikohal meeskonna identiteet, liikmed töötavad eesmärkide saavutamiseks koos omavahelises sõltuvuses ning juhtimine on jaotatud meeskonnaliikmete vahel vastavalt patsiendi juhtivale probleemile, siis multidistsiplinaarses meeskonnas tuntakse meeskonna liikmeid esmalt vastavalt nende professionile ja alles seejärel vastavalt nende meeskonda kuuluvusele, koostöötamine ei ole sellise meeskonna prioriteet, meeskonna juhiks on tavaliselt ametipositsioonilt kõrgeim liige.

**Meeskonna liikmed** varieeruvad vastavalt püstitatud eesmärkidele, mis lähtuvad patsientide vajadustest. Meeskonna koosseis on osaliselt konstantne, osaliselt aga juhtumi iseloomule vastavalt muutuv. Patsient koos oma lähedastega on meeskonna liikmeteks. Põhimeeskonna liikmed (arst, õde, hooldusõde, hooldaja, sotsiaaltöötaja, vaimulik või hingehoidja ja vabatahtlikud) on patsiendiga regulaarselt kontaktis, kohandavad regulaarselt hooldusplaani vastavalt patsiendi seisundile. Laiendatud meeskonna liikmed (füsioterapeut, tegelusterapeut jm. spetsialistid) saavad informatsiooni ja töötavad kui konsultandid.

**Patsient ja tema lähedased** on meeskonna kesksed liikmed. Nende elukogemus ja kogemus toimetulekul haigusega on hädavajalikud hoolduse planeerimisel, milles nad peaksid aktiivselt osalema, olles informeeritud kõigest, mis toimub, säilitades kontrolli oma olukorra üle ja osaledes otsuste tegemisel. Personal peab aktsepteerima, et iga patsient on unikaalne isiksus, teda ei tohi depersonaliseerida, patsiendi ja tema pere kultuurilisele ja maailmavaatelisele taustale tuleb avatud olla.

**Arst** on oluline interdistsiplinaarse meeskonna liige. Arsti osalemine meeskonnas on vajalik, et toimetulematust põhjustavad ravitavad seisundid ei jääks tähelepanuta, valu ja muud patsienti häirivad sümptomid ei jääks leevendamata.

Arsti ülesandeks interdistsiplinaarses geriaatrilises meeskonnas on:

- 1) patsiendil esinevate haiguste ja geriaatriliste sündroomide diagnoosimine
- 2) ravi määramine ja optimeerimine
- 3) taastusravi vajaduse hindamine
- 4) prognoosi määramine

Arstiks, kes töötab konsultandina õendusabi meeskonnas võib olla geriaater, geriaatrilise täiendusega/spetsialiseerumisega arst või perearst. Arst, kes töötab hospiitsosakonnas palliatiivse ravi/hoolduse meeskonnas, peab omama teadmisi sümptomaatilise ravist ja tundma hospiitsfilosoofia põhimõtteid. Vastavalt vajadusele kaasatakse interdistsiplinaarse meeskonna tööse teiste arstlike erialade esindajaid.

**Õde, hooldusõde ja hooldaja** on need interdistsiplinaarse meeskonna liikmed, kellel on kõige tihedam kontakt patsiendi ja tema lähedastega.

Interdistsiplinaarse meeskonna **õde** on geriaatriaõde või õde, kes on saanud geriaatria täiendkoolituse. Õde, kes töötab hospiitsosakonnas palliatiivse ravi/hoolduse meeskonnas, peab omama palliatiivse ravi täiendkoolitust.

Õe ülesandeks interdistsiplinaarses meeskonnas on:

- 1) hinnata patsiendi funktsionaalset seisundit (igapäevaelu toimingud, kognitiivne ja emotsionaalne seisund, mälu, nägemine, kuulmine)
- 2) aidata patsiendil toime tulla oma areneva haigusega, jälgida ja märgata mis teeb patsiendile vaeva ning mis toob kergendust, leevendada sümptomeid,
- 3) toetada patsienti ja tema lähedasi psühholoogiliselt,
- 4) aidata korraldada patsiendile turvaline keskkond, võimaldades talle maksimaalset kontrolli oma olukorra üle,
- 5) hinnata koduse keskkonna sobivust patsiendi funktsionaalse seisundiga
- 6) teostada õendushooldust ja juhendada hooldusõdesid ja hooldajaid
- 7) täita arsti korraldusi, kontrollida ravimite kasutamist
- 8) nõustada patsienti ja tema lähedasi terviseprobleemide osas
- 9) dokumenteerida õendushoolduse läbiviimist

**Hooldusõde** on erialase koolitusega, töötab õe juhendamisel, teostab hooldustegevusi, assisteerib õde õendusprotseduuride läbiviimisel ja omab õigust iseseisvalt teostada lihtsamaid õenduse protseduure

**Hooldaja** on erialase koolitusega, töötab õe ja hooldusõde juhendamisel, teostab hooldustegevusi, aitab õde ja hooldusõde. Teostab iseseisvalt hooldusprotseduure.

**Tervishoiu sotsiaaltöötaja** ülesandeks on aidata patsienti ja perekonda toimetulekul isiklike, psühhosotsiaalsete ning sotsiaalmajanduslike probleemidega, mis kaasnevad vananemise, haigestumise, puude ja ka elu lõpu lähenemisega. Sotsiaaltöö sekkumine on: suhtlemine patsiendi huvides kõigi vajalike instantsidega mistahes tasandil.

Oluline on perekonna jõustamine ja nõustamine, eesmärgiks perekonna toetamine muutustel pereelus, mis tulenevad ühe pereliikme toimetulekuvõime alanemisest, haigusest ja surmast.

Sotsiaaltöötaja ülesandeks interdistsiplinaarses meeskonnas on:

- 1) osalemine patsiendi ja tema perekonna psühhosotsiaalse ning sotsiaalmajandusliku toimetuleku hindamisel,

- 2) koostöös teiste meeskonna liikmetega kaardistada patsiendi eluolu mõjutavad ressursid ja takistused, meeskonna poolt hinnatud vajaduse kohaselt rakendada patsiendi heaolu ja ohutuse tagamiseks kriisisekkumise ja peretöö meetodeid,
- 3) kaardistada olemasolevad patsiendile vajalikud teenused ja muuta need patsiendile kättesaadavaks, kaardistada puuduvad, kuid patsientidele vajalikud teenused ja astuda samme nende teenuste loomiseks või teavitada asjakohaseid instantse teenuste loomise vajadusest
- 4) hinnata teenuste efektiivsust läbi teenuste kasutamise monitooringu, jälgida nende vastavust patsiendi ja institutsiooni vajadustega

**Vaimulik või hingehoidja** on oluline meeskonna liige, kes pakub vaimset (spirituaalset) tuge õendushoolduse patsientidele ja eriti surijatele. Vaimuliku ja hingehoidja ülesandeks on kuulata ja lohutada, aidata toime tulla kahetsuste, kahtluste ja süütundega, aidata olla tänulik hea ja armastuse eest ning suurendada valmisolekut selle ees, mis ees ootab.

**Füsioterapeut** on vajalik mitte niivõrd funktsioonide taastamiseks, kui võrd parandamiseks. Selleks, et maksimeerida patsiendi vähenevaid jõuvarusid, ära hoida halvatutel ja voodihaigetel patsientidel valulike kontraktuuride teket, parandada verevarustust ja lõdvendada valutavaid lihaseid. Teistele meeskonnaliikmetele on oluline anda instruktsioone, kuidas haiget liigutada ja kuidas võimaldada talle paremat asendit.

**Tegevusterapeudi** töö rõhuasetus on tasakaalu hoidmine töö, enda eest hoolitsemise, vaba aja veetmise ning mängu vahel. Tegevusterapeut hindab, millistes toimingutes patsient abi vajab ja mida ta veel ise teha saab. Selgitab, milliseid vahendeid patsiendi elu kohandamiseks ja iseseisvuse suurendamiseks kasutada. Rõhu asetuse tööle, mängimisele ja puhkusele taastab normaalse elu tunde.

**Vabatahtlikud** on abiks professionaalidele, et tagada patsiendile parim võimalik elukvaliteet ja toetada tema lähedasi. Vabatahtlikeks võivad olla: tudengid, ärimed, koduperenaised, raamatupidajad, juristid, tervishoiutöötajad, pensionärid, jne., kõik, kes tahavad anda oma panuse õendushoolduse ja hospitiitteenuse toimimisele. Vabatahtlike töö võib olla seotud nende erialaga. Sageli leiavad vabatahtlikud oma kultuurilise ja sotsiaalse mitmekesisuse tõttu patsientidega parema sobivuse kui tervishoiutöötajad. Vabatahtlike töö eest vastutab professionaal, nad töötavad personali juhiste alusel. Oluline on vabatahtlike valik, nad vajavad teavet, toetamist, koolitamist, kontrollimist ja supervisiooni.

### **Kasutaud kirjandus:**

1. McCallin, A. (2001). Interdisciplinary practice – a matter of teamwork: an integrated literature review. *Journal of Clinical Nursing*, Nr. 10, 419 - 428.
2. D.Doile, G.Hanks, N.MacDonald,(1998). Oxford textbook of Palliative Medicine. Oxford University Press, 19-30.



## Dementsete õendushooldus

*Mare Leppik, Keila Haigla ülemõde*

Dementsuse põhjuseks on peaaegu haigus või kahjustus. Dementsus on järk- järgult süvenev, kroonilise kuluga sündroom. Dementsuse puhul on häirunud mälu ja mõtlemine sellisel tasemel, et need häirivad inimese igapäevaelu. Dementsuse süvenedes tekib haigetel tihti probleeme juba selliste igapäevatoimingute sooritamise ja nagu pesemine, söömine, riietumine ja tualeti kasutamine. Edeneva mälu alanemisega on seotus kasutatava sõnavara pidev vaesumine. Mäluhäiretega kaasneb käitumise muutus, mis on tingitud eelkõige orienteerumisraskustest ja inimeste mitteäratundmisest. Kuigi dementsuse inimesega ei pruugi me saada asjalikku ja sisulist kontakti, on dementsuse üheks tunnuseks teadvuse hägunemise puudumine.

### Kuidas dementsust ära tunda?

Dementsusesündroomi diagnoos eeldab, et haigestunu ei saa hakkama igapäevatoimingutega või kas professionaalsete või sotsiaalsete kohustustega. Professionaalsed ülesanded võivad olla erineva raskusega. Siiski peaks olema võimalik hinnata, kas toimunud on oskuste vähenemine. Haigusele jälile saamise ja seega diagnoosimise aeg sõltub haigestunu senisest keskkonnast. Nõudlikum elu ja töökeskkond võivad põhjustada varasema diagnoosi, seevastu primitiivsemates elu-, kultuuri- ja töötingimustes saab inimene ka kerge dementsusesündroomi esinedes kauem hakkama nii sotsiaalsete kui professionaalsete kohustustega. Sümptomid peavad kestnud olema vähemalt 6 kuud. Sündroomiga võivad kaasneda isiksusemuutused ning käitumishäired (pidurdamatus, sotsiaalse käitumise halvenemine jne).

Vahel ilmneb inimestel eakasvades mõningane mälu käepärasuse alanemine ja informatsiooni käsitlemise aeglustumine, kuid sagedasem eaga kaasnev muutus on reageerimiskiiruse langus. Inimese reaktsiooniaeg pikeneb 20-nda ja 60-nda eluaasta vahel neljandiku võrra ja seda põhjustavad muutused kesknärvisüsteemis. Kesknärvisüsteemis toimub organismi vananedes närvirakkude ehk neuronite arvu vähenemine. Otsest ajufunktsiooni võime langust selline muutus ei tekita kuna ajus olevate neuronite reserv on väga suur. Evolutsiooni tavalisim viis kindlustada mingi elundi pikaajaline ja efektiivne toimimine on tagada küllaldane struktuuri elementide tagavara. Teine oluline kesknärvisüsteemi funktsioneerimist kindlustav omadus on plastilisus st. närvivõrgustiku võime kohaneda uute nõudmistega ja luua vajadusel uusi rakkude vahelisi kontakte. Vananedes küll plastilisus väheneb kuid ei kao. Seega on enamasti eakate närvisüsteemis alles ikkagi sadu miljardeid närvirakke ja neil on võime moodustada uusi rakukontakte parandamaks hävinenud rakkude poolt tekitatud „auke”. See nähtus tagab inimesele vaimse töövõime säilimise ja ka võimete taastumise insuldi järel.

Kokkuvõtvalt võib öelda, et vananemismuutused mõjutavad kogu organismi ja sh. ka kesknärvisüsteemi, kuid kindlasti ei ole märgatav mälu alanemine ja toimetulematus eluga seotud normaalse vananemisega.

### Erinevused dementsuse ja normaalse vananemisega seotud mäluprobleemide vahel

Tabel 1

Tegevus	Dementsusega vanur	Eaga seotud
---------	--------------------	-------------

		<b>mäluprobleemid</b>
Unustamine	Kõik viimasel ajal toimunu	Mõned asjad
Võime meenutada unustatud	Väga harva	Sageli
Suutlikkus jälgida suulisi või kirjalikke soovitusi	Oskus halveneb-järgult	Harilikult võimeline
Ülesmärkimisvõime	Oskus halveneb-järgult	Harilikult võimeline
Enese eest hoolitsemine	Oskus halveneb-järgult	Harilikult võimeline
Õppimine	Ei suuda omandada uut materjali	Omandab noortest aeglasemalt.

### Kui sageli esineb dementsust?

Eestis puudub veel täpne ülevaade dementsust põdevatest haigetest. Kirjanduse andmetel on dementsuse levik sarnane maailma kõigis paikades. Selge on see, et dementsuse esinemise sagedus kasvab koos vanuse tõusuga. Soomes läbiviidud uuringute järgi kannatab sealsetest üle 65-aastastest inimestest 6,7% mõõduka või raskekujulise dementsuse all ning vähemalt sama palju vanureid kergekujulise dementsuse all.

### Dementsuse esinemissagedus east sõltuvalt

Tabel 2

Vanus (aastates)	Esinemissagedus (%)
Üle 65	5 - 8
Üle 75	15 - 20
Üle 85	25 - 50

Dementsus on üks põhjustest, miks inimene ei saa enam elada oma kodus ja peab minema hooldusasutusse. Dementsuse esinemissagedus hooldekodude elanike hulgas on erinevate uuringute järgi 40 – 90%.

### Kuidas dementsust diagnoositakse?

Dementsusega inimese seisundi hindamine peab sisaldama järgnevaid komponente:

- Selge ülevaade sümptomite tekkest ja süvenemisest
- Täielik kehalise ja närvisüsteemi seisundi hindamine
- Mälu ja mõtlemisvõime hindamine testide abil
- Ülevaade tarvitavatest ravimitest
- Vere- ja uriinianalüüs (erinevate vaegusseisundite või põletikuliste protsesside kindlakstegemiseks)
- Igapäevaste toimingutega toimetulemise hindamine
- Vajadusel tehakse ka elektrokardiogramm ja/või põhjalikud uuringud ajast

### Kuidas lihtsate vahenditega hinnata mäluhäiret?

Laialdaselt kasutatakse mälu hindamiseks järgmist lühikest testi, kus neli või enam vale vastust viitab dementsuse sündroomi võimalikule esinemisele.

1. Mis on tänane kuupäev?
2. Mis nädalapäev on täna?
3. Kus te praegu olete (koha nimi)?
4. Mis on teie telefoninumber ja aadress?
5. Kui vana te olete?
6. Millal te olete sündinud?
7. Kes on maa praegune president?
8. Kes oli eelmine president?
9. Mis oli teie/teie ema neiupõlvenimi?
10. Lahutage 20-st 3!

Mälu alanemise kõrval on oluline märgata igapäevast toimetulekut, seda, kuidas ta iseseisva eluga hakkama saab. Oluline on hinnata seda, kas inimene suudab ise ennast pesta, süüa riietuda, toas ringi liikuda, WC-s käia. Iseseisvaks toimetulekuks on peale nende lihtsate toimingute vaja hakkama saada ka märksa keerukamate tegevustega – telefoni kasutamise, ravimite võtmise, poes käimise, söögi valmistamise, kodu korrashoidmise, rahaasjadega toimetulekuga jne.

### **Kuidas liigitatakse mäluhäireid ja dementsust?**

Tinglikult saab mäluhäired jaotada 3 rühma:

- Mööduvad ehk ajutised mäluhäired
- Ravitavad mäluhäired
- Progresseeruvad ehk pidevalt süvenevad ravile allumatud mäluhäired

Mööduvad mäluhäired võivad olla tingitud ajuvereringe lühiaegsetest häiretest, migreenitüüpi peavaludest, epilepsias (kramptõbi), ravimite liigsest tarvitamisest, alkoholist ning kergematest ajukahjustustest.

Ravitavad mäluhäired (dementsus) võivad olla tingitud organismi ainevahetuse häiretest ja sisesekreetsiooninäarmete (kilpnäärde, neerupealised) talituse häiretest või südame-, maksa-, ja neerupuudulikkusest, B12 ja B1 vitamiini vaegusest. Mäluhäirete põhjuseks võivad olla ka kesknärvisüsteemi põletikulised haigused ning koljusisesed kasvaja ja verevalumid.

Progresseeruvad mäluhäired. Oluliselt sagedamini põhjustavad dementsust mitmesugused aju kahjustavad haigused, kus toimub rakkude valikuline hävimine ja ajustruktuuride muutus. Püsivaid muutusi ajus kutsuvad esile eelkõige järgmised haigused: Alzheimeri tõbi, vaskulaarne dementsus, Creutzfeldt-Jakobi tõbi, Picki tõbi, Parkinsoni tõbi, Lewy kehakeste haigus.

*Creutzfeldt-Jacobi tõbi* on nakkushaigus, mille põhjuseks on viirusest väiksem tekitaja – prion. Mäluhäired arenevad selle haiguse puhul kiiresti, lisanduvad krambihood, lihaskrambid ja haigus põhjustab surma tavaliselt poole aasta jooksul. Haigus on rahvasuus tuntud „hullu lehma tõve nime all”.

*Picki tõbi.* Haiguse põhjus on ebaselge. Haigus esineb tavaliselt perekonniti ja algab enne 65.eluaastat. Haigusele on omane, et enne mäluhäirete ilmnemist tekivad iseloomumuutus, emotsionaalne pidurdamatus ja käitumishäired. Picki tõve puhul toimub seisundi halvenemine suhteliselt kiiresti ja haiguse keskmiseks kestvuseks on 2-5 aastat.

*Parkinsoni tõbi.* Parkinsoni haigus on krooniline närvisüsteemi haigus, millele on iseloomulikud käte, jalgade ja pea värin, jäikus, liigutuste aeglus, kõnnaku- ja tasakaaluhäired. Lisaks nendele sümptomitele kannatavad paljud Parkinsoni tõbe põdejad vaimsete häirete all ja kuni 30% esineb dementsuse sündroom.

*Lewy kehakeste haigus* on hiljuti avastatud ja selle puhul on kombineeritud nii Alzheimeri tõvele kui parkinsoni tõvele omased sümptomid.

*Alzheimeri tõbi.* Haigus on nime saanud Saksa psühhiaatri ja neuroloogi Alois Alzheimeri nime järgi, kes 1906. aastal kirjeldas esmakordselt keskealist patsienti, kes kannatas järjest süvenevate mäluhäirete all, mis kahjustasid kõnet ja käitumist. Käitumishäiretest kirjeldas Alzheimer paranoiat, seksuaalse ärakasutamise luulu, meelepetteid ja karjumist. Pärast patsiendi surma 55 aastaseks avastas Alzheimer lahingul ajukoest iseloomulikke muutusi. Alzheimeri tõbi on kõige sagedasem dementsuse põhjus. Haigestumus on üle 65 aastaste inimeste populatsioonis 1% aastas ning levimus üle 85 aastaste ja vanemate grupis on üle 50%. Selle haiguse kõige olulisemaks riskifaktoriks on vanus. Vähemolulisteks riskifaktoriteks on naissugu, haiguse varasem esinemine perekonnas, Downi tõbi ning madal haridustase.

Haiguse puhul leitakse ajurakkudes spetsiifilisi muutusi ja ajurakkude hulga vähenemist. Alzheimeri haigusel tuntakse kahte erinevat vormi: varase algusega ja hilise algusega Alzheimeri tõbi. Varase algusega haigusega on tegu, kui haigusele omased nähud ilmnevad enne 65. eluaastat ja hilise algusega juhul, kui sümptomid tekkivad üle 65 aastastel inimestel. Varasem tundi hilise algusega Alzheimeri tõbe enamasti vanadusnõdrameelsuse all.

Muutusega peaaegu kaasnevad kliinilised ilmingud, kuid muutused ajus ja avalduvad haigusnähtudeks ei pruugi alati paralleelselt kulgeda. Alzheimeri tõve diagnoosimiseks on vaja välja lülitada kõik teised haigused, mis võivad anda mäluhäireid. Haiguse keskmiseks kestvuseks sümptomite ilmnemisest kuni surmani keskmiselt 8-10 aastat. Alzheimeri tõvest tingitud dementsus on pöördumatu haigus.

*Vaskulaarne dementsus.* Peaaju vereringehäired tekitavad ajukoe kahjustusi, mis omakorda põhjustavad dementsust. Vereringehäirete hulka kuuluvad aterosklerootilise mehhanismiga ajuinfarkt ja mitmesugused peaaju veresoonte ja verehaigused.

Ajuvereringehäired võivad avalduda mitmeti: teadvuse hägunesena, halvatusnähtudena, nägemis- või tasakaaluhäiretena, tundlikkuse muutusena jne. Ulatusliku ajuinfarkti korral on tavalised rasked teadvushäired, millega tihti kaasneb halvatus, mis võib hiljem jätta jäädava liikumishäire. Sageli on vaskulaarse dementsusega haigetel eelnevalt esinenud kõrgvererõhutõbe. Kõrge vererõhu hoolikas ja regulaarne ravi võib vältida tulevikus mäluhäirete teket.

Vaskulaarse dementsuse tekkeks on suurim risk vanuses 70-79 aastat. 20% haigetest süvenevad mäluhäired aeglaselt. Mälu- ja mõtlemisprotsesside häirimine on tavaliselt ebahühtlane ning sageli kaasneb erinevaid meeleoluhäireid (meeleolu alanemist ehk depressiooni, pahurust).

Protsentuaalselt jagunevad erinevatest põhjustest tingitud dementsused järgnevalt:

56% Alzheimeri tõbi

14% Vaskulaarne dementsus

12% Mitu põhjust esineb üheaegselt

8% Parkinsoni tõbi

6% Teised põhjused

4% Ajuvigastus

### **Dementse patsiendi erisused, toimetulek ja rahuldav elukvaliteet**

*Uus olukord peres.* Dementsuse diagnoos on alati pereliikmetele raskesti vastuvõetav ja tekitab pingeid. Dementsed inimesed ei taju oma mäluhäiret adekvaatselt, eitavad

tehtud vigu ja unustamisi ning ei aktsepteeri teiste poolt tehtud kriitikat, mis põhjustab omakorda pahameelt lähedastes. Haigega suhtlemine ja haiguse aktsepteerimine võtab tavaliselt aega ja sellel perioodil on hea koguda rohkem informatsiooni haiguse kohta ning võimalusel osaleda eneseabirühmades või küsida nõu professionaalidelt.

*Emotsionaalne ebastabiilsus* on üsna tavaline dementsusega kaasnev sümptom. Emotsioonid, mida haige väljendab, võivad olla kiiresti muutuvad ning mitte alati seotud käesoleva situatsiooniga. Näiteks võib haige nutta või naerda ajal, mil see pole sobiv. Enamasti on selliste mittekohaste emotsioonide taga mingi meenus või mõttekäik. Nutmine võib haigel venida vahel väga pikaajaliseks ja ta võib olla juba unustanud põhjuse miks ta nutab. Ka ärevus ja hirmutunded võivad sageli tekkida ootamatult. Tavaliselt õnnestub hooldajal pikapeale välja selgitada, millised situatsioonid või tegevused kutsuvad haigel esile erinevad emotsionaalsed reageeringud ning see omakorda aitab kas emotsioonide tekete ära hoida või neid olukordi võimalikult kiiresti lahendada. Hooldajal on oluline meeles pidada, et haiges tekkinud negatiivsed tunded ei pruugi sugugi olla tingitud tema käitumisest.

*Hügieen.* Riietumine võib haiguse süvenedes muutuda igapäevaseks probleemiks. Haigel tuleb lubada ennast ise riietada võimalikult kaua, kuid muuta see protseduur tema jaoks lihtsamaks, pannes riided valmis selgapanemise järjekorras, riiete kinnitused peavad olema hõlpsasti käsitsetavad. Hoiduda tuleb haige kritiseerimisest, kui ta on riietumisel eksinud, toetust ja abi pakkudes tuleb olla taktitundeline ja huumorimeelne. Kui haigel esineb uriinipidamatust, siis mähkmete või teiste abivahendite kasutamisel on dementsel inimesel abi vaja.

*Söömine.* Söömisega tekivad probleemid haiguse süvenedes. Söömine peab jätkuma tavalistel kellaaegadel ja tavaliste toitudega (dementsusdiagnoos ei nõua dieeti). Söögiaegadel peab ruumis olema rahulik, et haige saaks keskenduda ainult söömisele. Esialgu suudab haige süüda edukalt ise, kuid segadus võib tulla toitude õige järjestamisega. Seetõttu tuleb lauale panna üks toit korraga. Kui haige ei tule enam toime noa ja kahvliga söömisega, tuleb tal lubada süüa lusikaga ja toit tükeldada selliselt, et seda oleks võimalikult kerge lusikaga süüa. Kui haige ei söö enam lusikaga, siis tuleb teda toita ja pakkuda toite, mida saab süüa käega. Söömise raskenedes peab arvestama, et haigel võib toitu kukkuda lauale ja riiete, seetõttu on mõttekas laud katta hästi puhastatava kattega ja riideid kaitsta salvrätikuga. Võib juhtuda, et haige keeldub teatud toitudest või üldse söömisest. Sellisel juhul tuleb püüda selgitada põhjust ja pakkuda toite, mis on olnud talle varem meelepärased. Parem on lubada tal olla valiv kui jätta ta söömata. Söömisprobleemide puhul on vajalik konsulteerida arstiga, sest tegemist võib olla psühhoosiga või mõne muu terviserikkega.

*Kadumine, eksimine teelt.* Dementsuse puhul kaotavad inimesed võime orienteeruda õigesti ümbruskonnas ja võivad seetõttu teelt eksida. Dementse inimese üksinda jalutama minek on sageli seotud riskiga ja seetõttu on parem seda vältida. Kui haige nõuab enda üksinda õue lubamist (näiteks on ta võtnud pähe mõtte minna kauplusesse) siis ei ole mõtet teda jõuga takistada, vaid püüda juhtida mõtted muudele tegevustele ja see väljamineku idee võib tal iseenesest kaduda. Eksimine tekitab paanikat haiges endas ja ta satub veelgi suuremasse segadusse. Igaks juhuks peab haige riiete või taskutesse kinnitama tema iskuandmed ja vajalikud telefoninumbrid, mida leidjad saavad kasutada haige tagasitoimetamisel.

*Uriinipidamatus.* Uriinipidamatus on sageli koos dementsusega esinev probleem. Dementsuse algfaasides esineb seda harva. Kui tekib uriinipidamatus, siis tuleb konsulteerida arstiga, kuna see võib olla põhjustatud põie või neerude põletikulisest haigusest ja abi võib olla ravimite tarvitamisest. Dementsusega haige hoolduses, kellel kaasneb hommikul uriinipidamatus, on oluline haiget regulaarselt WC-sse viia. Päeval tuleb seda teha iga 2 tunni järel ning öhtul vahetult enne magamaminekut.

Öise voodimärgamise korral tuleb haiget äratada paaril korral öö jooksul. Samuti on oluline panna tähele märke, mis viitavad sellele, et haige tahab tualetti minna. Öösiti on võimatu alati vältida voodimärgamist ja parem on kasutusele võtta vahendid madratsi ja voodiriiete kaitseks. Tänapäeval on selleks piisavalt erinevas hinnaklassis voodikatteid ja täiskasvanutele mõeldud mähkmeid.

*Kõhukinnisus.* Ainevahetuses tekivad ealised muutused, soolte tegevus aeglustub ning sellest võib olla tingitud kõhukinnisus. Tuleb arvestada, et kõht ei pea läbi käima iga päev ja kõhukinnisust aitab vältida toitude valik. Toit peab sisaldama piisavalt jääkaineid ning puu- ja juurvilju, sageli on abi vee joomisest vahetult enne söömist. Tuleb jälgida, et päeva jookul tarvitav vedeliku hulk oleks piisav – erinevaid jooke (tee, kohv, mahlad, vesi) peab tarbima vähemalt ühe liitri päevas.

*Hallutsinatsioonid ja luulumõtted.* Meelepetted ja luulumõtted on teiste jaoks ebareaalsed, kuid haige jaoks on nad täiesti tõesed. Nende sümptomite esinemise korral ei ole mõtet haigega vaielda, see ei muuda luulut olematuks, vaid tekitab temas pidevalt pahameelt ja ärritust. Hõlpsam on öelda, et see võib olla nii sinu jaoks, kuid mina ei näe samasuguseid asju ega mõtle sinuga sarnaselt. Hea oleks püüda muuta jututeemat, Kui meelepetete või luuluga kaasneb hirmutunne, siis aitab rahu säilitamine ja toetuse näitamine. Rahustavalt mõjub käe võtmine ja hellitamine. Luulumõtted ja meelepetted on enamasti ravitavad ja nendest tuleb kindlasti rääkida arstile, psühhiaatrile. Luulumõtetest ja hallutsinatsioonidest tingitult võib haige käituda vägivaldselt enda või teiste suhtes ning sel juhul on ravimite tarvitamine ilmselt hädavajalik.

*Agressiivsus ja vägivaldne käitumine* on enamasti väga valulikult talutavad, kuid seda tuleb seostada haigusega, mitte haige pahatahtlikkusega. Tavaliselt on agressiivsusel põhjus. Põhjuseks võivad olla ka hooldaja liiga jäigad nõudmised või konfliktid pereliikmete vahel. Agressiivsusele eelneb tavaliselt kärsitus või muu pahameele väljendamine viis. Tuleb õppida ära tundma nn. riskantseid olukordi ja neid vältima. Kärsituse tekkimise korral on hea lasta haigel vabalt liikuda ja teda mitte häirida ega sulgeda lukustatud ruumi, sest ta võib peagi unustada põhjuse, mille tõttu ärritus.

*Mittekohane seksuaalkäitumine.* Haiged võivad ilmutada oma seksuaalseid huvisid mittekohaselt. Näiteks riietuda lahti või näppida oma suguelundeid teiste juuresolekul või teha kellelegi lähenemiskatseid. Selliseid situatsioone tuleb lahendada võimalikult rahulikult, teades, et ajukahjustus muudab käitumise kontrollimatuks.

*Sõltuvus hooldajast.* Mõni haige ei saa olla hetkegi ilma lähedase inimeste ja kõnnib pidevalt tema kannul, vahel korrates sõnu ja tegevusi. Näiteks järgneb hooldajale tualeti ukseni, ei jõua tema väljumist ära oodata ja koputab korduvalt uksele. Hooldaja ei saa hetkeksi väljuda ruumist, sest see põhjustab koheselt süüdistamise ja halamise. Sellise sümtoomi tekke korral tuleb leida teisi inimesi, kes saaksid vahepeal olla koos haigega.

*Unehäired.* Une ja ärkveloleku aja äravahetamine dementsuse korral ei ole haruldane, seda soodustab eriti vähene aktiivsus päevasel ajal. Unega seotud probleeme aitab leevendada regulaarne päevaplaan, kus aktiivsemad tegevused on paigutatud hommikupoolsele ajale ja rahulikumad ja lõõgastavamad tegemised õhtutundidele. Ka pesemist on soovitatav läbi viia hommikupoole, sest siis on haige puhanum ja reipam. Õhtutundidel ei tohiks käia palju külalisi, haige ei tohiks juua kohvi ega vaadata pikalt televiisorit. Öösel on haigel orienteerumisvõime veelgi halvem ja seetõttu võiks öösiti koridoris põleda nõrk valgus, vältimaks kukkumisi. Regulaarne elurütm säilitab tegutsemisvõimet ja parandab öist und. Pidevalt esinevate unehäirete puhul võib soovitusi režiimi ja ravi osas küsida arstilt.

*Kodu ohutuks muutmine.* Dementse inimese kodu tuleb muuta võimalikult turvaliseks. Kõigi eakate eluruumis on oluline vaadata, et põrandal poleks vaipu, mis võivad soodustada kukkumist, ja mitte liiga palju mööblit, mille vastu end lüüa. Lisaks sellele tuleb jälgida, et haige ei saaks kätte tikke või avada gaasikraane, samuti kuumaveeboilerites võiks vee temperatuur olla keeratud madalaks. Tavaliselt lukku käivad ruumid nagu vannituba ja WC tuleb muuta mittesuletavaks, kuna haige võib end sinna sulgeda ja vigastada. Kõik kodus olevad ravimid, sealhulgas haigele ettenähtud, tuleb hoida ohutus kohas, sest haige võib neid kogemata sisse võtta valedes kogustes ja valel ajal. Ravimite manustamine peab olema hästi kontrollitud.

*Dementse inimese vajadused lisaks esmastele vajadustele*

Seltskond ja suhtlemine. Nii nagu kõik inimesed tahavad suhelda, nii ka haiged. Dementse inimese juurde võib ja tulebki kutsuda sõpru ja tuttavaid, kellega ta saab rääkida varasematest mälestustest. Loomulikult tuleb neid teavitada haige seisundist, vältimaks piinlikke olukordi. Külaliste liiga suur hulk võib haige kiiresti väsitada ning seetõttu om mõttekas lasta haige juurde korraga vaid mõni inimene. Suhtlemine aitab vältida isolatsiooni ja depressiivseid sümptomeid.

Vaba aja sisustamine. Endised huvid ja hobid pole haigele tavaliselt enam jõukohased või ta on minetanud huvi nende vastu. Vaba aega tuleks täita kergete loovate ja lõõgastavate tegevustega nagu muusika kuulamine vanadelt plaatidelt, vanade raamatute ja perekonna vana fotoalbumi vaatamine. Ajaviiteks saab mängida kergemaid lauamänge või panna kokku suurematest osadest koosnevaid pilte. Erinevad mälu- ja sõnamängud aitavad säilitada olemasolevat sõnavara. Puhkuseks on head ka lühiajalised koos lähedastega kodust/hooldusasutusest väljakäimised.

Kehaline aktiivsus. Hea füüsilise vorm on oluline kõigile. Igapäevane võimlemine ja õus jalutamine peavad jääma dementse inimese päevakavasse. Jalutamine õues on suurepärane treenimise võimalus. Kui soovida teha võimlemisharjutusi, siis rohkem kaasaelamist ja aktiivsust tekitab muusika lisamine. Kui haige on armastanud tantsida, võib tants asendada võimlemisharjutusi. Muusika ja tants annavad lisaks kehalisele koormusele hea meeleolu ja aitavad unustada ärritust. Kui dementse inimese liikumisvõime on vähenenud, siis saab temaga teha harjutusi toolil istudes või lamades.

*Päevakeskus.* Päevakeskustes, kus patsiendid viibivad töötundide piires, luuakse neile õdus keskkond ja püütakse neid vaimselt stimuleerida. Ei tohi aga unustada, et nii ülekui ka alastimuleerimine võib vallandada käitumishäireid. Seda tuleb arvestada päevakava koostamisel, kui rühma kuuluvad erineva raskusastmega dementsed. Päevakeskustel on reeglina olemas side inimesega, kes tegeleb haigega kodus, omavahel vahetatakse informatsiooni haige seisundi ja käitumise kohta. Probleeme tekitab igapäevane haige viimine keskusesse, sest ta vajab saatjat või spetsiaalset transporti.

*Pikaravi- või hooldusasutus.* Pikaajase hoolduse asutuses esineb käitumishäireid umbes 90%-l. Ligi kaks kolmandikku on neist dementsed, Käitumist ja meeleolu aitavad parandada struktureeritud päevakava, jõukohane stimuleerimine, võimalik privaatsuse ja autonoomsuse tagamine. Suhtlemis- ja tegevuskava peab haiguse progresseerumisel ümber kujundama. Haigete vabaduse piiramine füüsiliste vahenditega tuleks kaotada. Vahel on see näidustatud nt haigetel, kes on veel jälgimise diagnoosimise ja sobiva ravi otsimise staadiumis. Põhjendatud on see ka vahel deliirioossetel patsientidel. Kindlasti ei tohi aga haige füüsiliselt olla piiratud pikema aja vältel.

Palatites tuleb tagada haigele piisav privaatsus, palati planeering ja sisutus ei tohi võimaldada põgenemist, enese vigastamist, peitumist, suitsiidi. Haigetele ei tohi jätta võimalust akende avamiseks, need vahendid peavad asuma personali käes. Kätepesu valamu on soovitatav paigaldada eesruumi.

Õe välakutse süsteem pole vajalik, kuid personali arv peab olema planeeritud nii, et nende kättesaadavusega ei oleks probleeme.

*Üldhaigla.* Kui dementsussündroomiga haige satub üldhaiglasse, siis saab segadusi ära hoida ainult hooldaja või pereliikme juuresolek. Selline haige ei oska teisi informeerida ei oma valust, janust ega näljatundest ning ebamugavustunnet väljendab ta rahutusega. On võimalik, et neist põhjustest tingitud rahutust peetakse psühhootiliseks episoodiks ning püütakse seda ravida psühhofarmakonidega, selle asemel et kõrvaldada põhjus. Kuna dementsedel on eriti suur deliiriumi risk, siis tuleb hoolikalt jälgida elektrolüütide tasakaalu ning raviskeemi võtta ainult hädavajalikud ravimid (paljud põhjustavad deliiriumi). Kuna ka lisanduv nakkus põhjustab kergesti segasusseisundit, tuleks olla tähelepanelik võimalike kaasnevate infektsioonide suhtes.

### **Kasutatud kirjandus**

**Jaanson, K. (1999)** Dementsus ja sellega kaasnevad probleemid. Eesti Gerontoloogis ja Geriaatria Assotsiatsioon

**Linnamägi, Ü. Asser, T. (2000)** Dementsussündroom ja selle põhjused. Tartu Ülikooli Kirjastus



## **Geriaatriline tervishoiu sotsiaaltöö**

*Kristina Oja, SA Tartu Ülikooli Kliinikum Spordimeditsiini ja taastusravi kliinik*  
*Maarika Tisler, SA Tartu Ülikooli Kliinikum Spordimeditsiini ja taastusravi kliinik*

Saks (2000) viitab Palmer`ile – geriaatrias peetakse optimaalseks probleemse vanuri seisundi hindamist meeskonna poolt, kuhu kuuluvad spetsiaalse ettevalmistuse saanud arst, õde ja sotsiaaltöötaja, kuna nii saab hinnata kõiki eaka elu ja toimetulekut puudutavaid tahke – meditsiinilist, funktsionaalset ja sotsiaalset. Meeskonnatöö probleemse vanuri käsitlusel vähendab eakate haigla- ja hooldekoduvajadust, kasutatavate ravimite hulka, parandab toimetulekut ja elukvaliteeti. Efekti on oodata aga ainult siis, kui on võimalik osutada vajalikke avahooldus/põetusteenuseid.

Geriaatriline sotsiaaltöö on fokuseerunud nii toimetulekuprobleemide ennetamisele ja vähendamisele vanemas elueas kui ka eakatele mõeldud teenuste efektiivsuse ja kättesaadavuse jälgimisele (Sotsiaalministeerium, 2004 b).

Geriaatrilise sotsiaaltöö eesmärgid on:

- 1) aidata tõsta sotsiaalse toetussüsteemi erinevate funktsioonide kaudu eaka kliendi iseseisvust, emotsionaalset heaolu ning toimetulekuvõimet;
- 2) parandada vanemate inimeste ja nende kogukondade koostoimet;
- 3) aidata eakaid kliente ja nende perekondi teenuste ja muude ressursside kasutamisel;
- 4) hinnata teenuste efektiivsust ja vastavust;
- 5) aidata teenuseid pakkuvaid organisatsioone ning erinevate teenuseid pakkuvate organisatsioonide omavahelist koostööd (Kiisk, 2001).

## **Tervishoiu sotsiaaltöö geriaatria valdkonnas**

Sotsiaaltöö raviasutuses on tervishoiu sotsiaaltöö üks harudest, mis täidab olulisi eesmärke nii kliendi heaolu kui tervishoiuorganisatsiooni toimimise seisukohalt. Kliendi heaolust lähtuvalt on raviasutuse sotsiaaltöö peamine eesmärk üksikinimeste, perede ja kogukondade tervise, haiguse või meditsiiniabi kättesaadavusega seotud psühhosotsiaalsete probleemide lahendamisele kaasaaitamine. Sotsiaaltöötajate tegevuse väärtus püsib just paindlikul sotsiaalsete, psühholoogiliste, majanduslike aspektide ja haiguse, tervise vaheliste seoste käsitlemisel. Sotsiaaltöötaja tegevus võib olla suunatud üksikinimesele, inimeste vahelistele ja/või inimese ja keskkonna vahelistele suhetele (Narusson, 2003).

Tervishoiuorganisatsiooni toimimise seisukohalt on sotsiaaltöö eesmärk mõjutada probleemide käsitlust tervishoius, rõhutades selleks vajadust vaadata inimese hetkekaebusi avaramas kontekstis, jälgida haigusele eelnevaid ja sellega kaasnevaid sotsiaalseid aspekte (Narusson, 2003).

Sotsiaaltööteenus on üks võimalus tervishoiukulude ohjeldamiseks. Analüüsidest muutusi tervishoiusüsteemis, toob Lowe (1997) välja kaks viimastele aastakümnetele iseloomulikku suundumust, mis on oluliselt suurendanud tervishoiuteenuste tarbimist ja kulutusi.

Esimene neist on seotud rahvastiku vananemise ja kroonilisi haigusi põdevate inimeste osakaalu suurenemisega ja nooremate eagruppide teenuse tarbijate arvu kasvuga. Nimetatud sihtrühmad ei vaja üldjuhul niivõrd akuutravi, kui adekvaatseid hooldus- ja rehabilitatsiooniteenuseid.

Teiseks on tervishoiukulutusi märkimisväärselt kasvatanud sotsiaalprobleemide "medikaliseerimine" ("*medicalization*" of social problems) ehk perevägivalda,

kodutuse, sõltuvushaiguste jm sotsiaalprobleemide tõttu tervishoiusüsteemi sattunud inimeste puhul lahenduse nägemine kitsalt meditsiinilises sekkumises (Lowe 1997). Ignoreerides probleemi tegelikke põhjusi, st probleemi sotsiaalseid ja majanduslikke tagamaid, ei ole osutatud meditsiiniabil piisavat tulemust ja see tähendab piiratud raviraha ebaefektiivset kasutamist (Narusson ja Kiis, 2001).

**Geriaatiline tervishoiu sotsiaaltöö** – olukorrast sõltuv ja eaka kliendi vajadustest lähtuv koostöö haigestunud inimese, meedikute ja tervishoiuasutusest väljapoole ulatuvate võrgustikuliikmetega, kus töö eesmärgiks on toetada inimese terviseprobleemide taustal tekkinud või teravnenud psühhosotsiaalsete ja sotsiaalmajanduslike probleemidega toimetuleku võimet, selle kaudu tõsta ravi ja hoolduse efektiivsust ning hoida kokku otseseid ravikulutusi (ETSA, 2003).

### **Miks on vaja õenduskodusse sotsiaaltöötajat?**

Tervishoiu sotsiaaltöötaja on oluline ressurss õenduskodus olevale inimesele tervislikust seisundist või tegevusvõime piiratusest tulenevalt tekkinud või võimendunud sotsiaalsete probleemide lahendamisel.

Geriaatria valdkonna sotsiaaltöötaja õigeaegse sekkumise iseloom on alljärgnev:

- inimesele vajalike sotsiaalhoolekandeteenuste leidmine (mis on (häda)vajalikud koheselt peale õenduskodus viibimist),
- teenuste kättesaamise koordineerimine (peamiselt sotsiaalhoolekandeteenuste, kuid ka muude teenuste koordineerimine),
- inimese abistamine asjaajamisel abivõimaluste kättesaamisel (sh asjaajamine ametiasutustes),
- õigeaegse ja asjakohase info edastamine inimesele tema õiguste kohta, samuti riiklike ja kohaliku omavalitsuse sotsiaaltoetuste, aga ka erakorraliste kulutuste kompenseerimise võimaluste kohta,
- abistamine era- või nn kolmandast sektorist abivõimaluste kättesaamisel,
- abi suhtlemisel erinevate formaalse ja mitteformaalse võrgustiku liikmetega (siia kuulub infovahendus ja kliendi õiguste kaitsmine peamiselt inimese tervislikust seisundist tulenevate tingimuste tõttu muutunud igapäevaelus teravalt esile tulevate vajaduste suhtes, peretöö),
- sotsiaalnõustamine tervislikust seisundist tulenevate sotsiaalsete muutustega toimetulemisel,
- praktiline abi inimese raviasutusest koju või hoolekandetasutusse edasi suunamisel (transpordi, vajalike dokumentide liikumise, rahaliste vahendite jm korraldamine),
- kohaliku omavalitsuse jt institutsioonide informeerimine vajadusest jälgida inimese edasist toimetulekut ja korraldada teenuste, abivõimaluste kättesaamist (sh infovahendus raviasutuse personali ja kogukonna ametnike vahel), vajadusel järelkontroll ja konsultatsioonid,
- suhtlemise ja infovahetuse hõlbustamine ravil oleva (või olnud) inimese, tema pereliikmete, sugulaste ja ravipersonali vahel (Narusson, 2004).

Tervishoiu sotsiaaltöö on protsess, mille käigus:

- 1) hinnatakse patsiendi/kliendi psühhosotsiaalseid vajadusi ja ressursse;
- 2) pakutakse psühhosotsiaalset nõustamist patsiendile/kliendile ja tema perekonnale;
- 3) informeeritakse patsienti/klienti ja teisi juhtumiga seotud osapooli sotsiaalteenustest/toetustest ja ühiskonna ressurssidest ;
- 4) koordineeritakse olemasolevaid ressursse ning otsitakse lisaressursse;

- 5) pakutakse kriisiabi;
- 6) juhtumi iseärasustest lähtuvalt konsulteeritakse erinevate spetsialistidega;
- 7) korraldatakse kliendile vajalike teenuste kättesaadavust;
- 8) teostatakse oma töö hindamist, viiakse läbi uurimusi (ETSA, 2003).

Tervishoiu sotsiaaltöötaja on geriaatria valdkonnas akadeemilise erialase haridusega spetsialist, kes

- 1) teab tervisest ja haigusest, orienteerub tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonnas, on geriaatria kompetentsiga, on läbinud täiendkoolituse;
- 2) tunneb haigestumise sotsiaalseid tagajärgi;
- 3) on asjatundja pensioni-, haiguskindlustuse, toetuste- ja teenustevõrgustiku võimalustes;
- 4) on asjatundja sotsiaalsete suhete ja elu üle kontrolli saavutamise võimaluste osas;
- 5) on abistaja, nõustaja, informeerija, vestluskaaslane ja uurija (ETSA, 2003).

Tervishoiu sotsiaaltöötaja otsesed tegevused geriaatriliste patsientide ja nende peredega on alljärgnevad:

### **Sotsiaaltöötaja**

#### 1. Annab infot:

- sotsiaalhoolekandealase seadusandluse kohta
- riiklike ja kohalike omavalitsuste poolt makstavate toetuste ja nende taotlemise korra kohta
- riiklike pensionide kohta
- hooldusteenuste kohta (koduõendus, hooldusravi, päevakeskused, sotsiaaleluruumid, koduhooldus jm)
- riigi, omavalitsuste ja eraorganisatsioonide poolt pakutavate sotsiaal- ja rehabilitatsiooniteenuste kohta
- invatehniliste abivahendite kohta
- erinevate ühiskondlike organisatsioonide kohta (perede liidud, haiguste alusel formeerunud ühendused, patsientide ühendused jm)
- kodukohandamise võimaluste kohta.

#### 2. Nõustab:

- haiguse või puudega seotud raskuste korral
- kui patsient/pere vajab toetust ja abi pereliikme haiglaravi ajal
- perevägivalla või lähisuhte vägivalla, eakate väärkohtlemise korral
- valikuvõimaluste osas haiglast väljakirjutamisel jm
- pere, haiget kriisiolukorras, teeb leinatööd.

#### 3. Abistab:

- pereliikmeid erinevate ametiasutustega suhtlemisel (dokumentide vormistamine ja asutusse pöördumise protseduur)
- patsiendi kojumineku organiseerimisel.

#### 4. Osaleb:

- õenduskeskuse ja hosiitsi meeskonna töös (Narusson jt, 2002).

### **Kasutatud kirjandus:**

1. ETSA Eesti Tervishoiu Sotsiaaltöötajate Assotsiatsioon (2003) Infoleht.

2. **Kiisk, K.** (2001, sügis) materjalid loengust “Sissejuhatus geriaatriasse”, Tartu Ülikool.
3. **Narusson, D.** (2004) Miks on raviastutusse vaja sotsiaaltöötajat? ETSA infomaterjal
4. **Narusson, D.** (2003) Sotsiaaltöötajate tegevusvaldkonnad raviastutustes Eestis. Eesti Arst,3.
5. **Narusson, D., Reilson, M., Tisler, M., Varusk, R.** (2002) Sotsiaaltöõteenused SA TÜ Kliinikumis. [www.kliinikum.ee](http://www.kliinikum.ee) (27.12.06).
6. **Narusson, D., Kiis, K.** (2001) Sotsiaaltöö roll Eesti tervishoius. Sotsiaaltöö nr 4, EV Sotsiaalministeerium, Tallinn, lk 23-26.
7. **Saks, K.** (2000) Edukas või probleemne vananemine. *Seminar “Elujõud”/ Artiklite kogumik*. Tallinn: Eesti Akadeemiline Sotsiaalturva Ühing, 41 – 45.
8. **Sotsiaalministeeriumi kodulehekül**, (2004 b) Eesti hooldusravivõrgu arengukava aastaks 2015, <http://hooldusravi.tervishoiuprojekt.ee> [10.04.04].

## Lisa 5.

**Integreeritud hoolduse rakendamine võimalusest Eestis  
EGGA ja töögrupi seisukoht.**

Eesti jaoks on praegusel arenguetapil kõige sobivamaks integreeritud hoolduse mudeliks koordineeriva võrgustiku mudel (vt. lk. 18 koostöövõrgustik). Koordineeriv mudel tähendab seda, et koostöövõrgustikku kuuluvad isikud ja asutused on oma tegevuse selgelt orienteerinud omavahelisele koostööle, kuid omavahelised suhted ei pruugi olla väga tugevad ning partnerid võivad vahetuda. Sellise integratsiooni puhul sõlmitakse suhted tegevuse tasandil (korduvate) lepingute alusel (CARMEN, 2004).

Perearst on esmatasandil võtmeisik hooldusraviteenuste suunamisel ja kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötaja hoolekandeteenusele suunamisel. Aluseks on esmatasandi hindamised. Kui isiku vajadus kasvab ainult õendusabi tervishoiuteenusest või ainult hoolekandeteenusest laiemaks, siis lahendatakse isikule teenuste korraldamine juhtumikorralduse põhimõttel. Sellise mudeli puhul on kesksel kohal juhtumikorraldaja ehk hoolduse koordinaator, kelle tegevuse eesmärgiks on tagada abivajajatele võimalikult sobiv ja ökonoomne teenustepakett ning selle sujuv toimimine. Mitmete maade uuringud on näidanud juhtumikorralduse eelist teenuste osutamise järjepidevuse tagamisel ja asutushoolduse vajaduse vähenemist kuni poole võrra (Landi 2004; Onder 2004).

Juhtumikorraldaja on eriettevalmistusega, pädev nii seisundi ja vajaduste hindamise, hoolekande kui õendusabi teenuste osas. Juhtumikorraldaja peab valdama informatsiooni riigis osutatavatest teenustest ja teenuse osutajatest ning teenuste korraldamise põhimõtetest. Juhtumikorraldaja on teenuste osutajate meeskonnas isik, kes tegeleb kliendiga kogu tema teenuste vajaduse jooksul ja valdab kogu hooldusesse puutuvat kliendi infot.

Heal tasemel juhtumikorralduseks peab olema klientide hindamiste andmebaas ja teave piirkonna hooldusteenuste võimalustest.

Juhtumikorraldaja põhilised tegevused:

- 1) saab teabe abivajajast ja loob kontakti kliendiga;
- 2) hindab kliendi vajadused tunnustatud hindamisinstrumendiga (kasutab ka eelnevaid hindamisi nende olemasolul);
- 3) vajadusel kasutab esmatasandi hindamiskomisjoni (perearst, pereõde, piirkonna sotsiaaltöötaja) või geriaatriameeskonna abi, raviteenuste korraldamisel kaasab otsustamisse perearsti;
- 4) planeerib teenuste (ja toetuste) paketi ja korraldab teenuste osutamise kliendile võimalikult sobival viisil, samas jälgides ratsionaalse ressursikasutuse põhimõtet;
- 5) hindab teenuste osutamise vastavust plaanile ja korraldab kliendi vajadustest lähtuvalt seisundi ümberhindamist ning hooldusplaani muutmist;
- 6) teostab järelkontrolli ja järelevalvet oma piirkonnas;
- 7) osutab ise teenust sotsiaalnõustamise tasemel;
- 8) teeb ettepanekuid teenuste planeerimiseks ja arendamiseks.

Vajaduste hindamise ja teenusele suunamise võib teha omavalitsuse tasandil esmatasandi hindamise baasil, kuid juhtumikorraldaja peab saama kogu hindamist ning hooldusplaani puudutava informatsiooni.

Komplitseeritud juhtudel, kui isik vajab täpsemat meditsiinilist, funktsionaalset ja psühhoemotsionaalset diagnostikat, tehakse enne hooldusplaani koostamist seisundi hindamine geriaatriaosakonnas geriaatriameeskonna poolt.

Soovitav on vähem kasutatavate teenuste või erinõuetega teenuste osutamine koostöös erinevate institutsioonidega ja piirkondadega (dementsete isikute hooldus, rehabilitatsioon jne.)

**Institutsionaalse teenuse pakkumiseks vajalikud asutused integreeritud hoolduse süsteemis.**

Asutuse nimetus, lühike iseloomustus	Asukoht	Teenused
<p><b>Geriaatriaosakond (eriarstiabi osakond)</b>                      Ülesanne: diagnostika, sh. geriaatriline hindamine, ravi                      Personali tuumik: arst-geriaater, geriaatriaõde, tervishoiu sotsiaaltöötaja, taastusravi spetsialist                      Teenuse kestvus: ajaliselt piiratud                      Teenuse eest tasub: haigekassa</p>	Aktiivravi haiglas	Arstiabi Õendusabi Rehabilitatsioon Sotsiaalnõustamise Juhtumitöö
<p><b>Õenduskodu (hooldusravi haigla)</b>                      Ülesanne: ravi, õendusabi (statsionaarne ja ambulatoorne), hooldus                      Personali tuumik: õde, arst-konsultant, hooldustöötaja, tervishoiu sotsiaaltöötaja, tegevusterapeut, (füsioterapeut)                      Õendusabi teenuse kestvus: ajaline/ajaliselt piiramata                      Ravi ja õendusabi teenuse eest tasub: haigekassa</p>	Iseseisev asutus/hoolduskeskuse koosseisus/ haigla koosseisus	Õendusabi, (sh. hospiits, koduõendus, päevaõendus) Füsioteraapia Tegevusterapia Isikuabi, hooldus Sotsiaalnõustamine Aktiveerimine Juhtumitöö
<p><b>Hooldekodu</b>                      Ülesanne: hoolekandeteenused                      Personali tuumik: hooldaja, hooldusõde, sotsiaaltöötaja                      Teenuse kestvus: ajaline/ajaliselt piiramata                      Teenuse eest tasub: klient/omavalistsus /muu                      Tervishoiuteenus: perearstilt/ kodu-õendusteenuse osutajalt                      Tervishoiuteenuse eest tasub: haigekassa</p>	Iseseisev asutus/hoolduskeskuse koosseisus	Isikuabi Hooldus Sotsiaalteenused (majutus, toitlustus) Aktiveerimine Juhtumitöö
<p><b>Teenuskodu (toetatud elamine, pansionaat, eakate kodu)</b>                      Kohandatud eluruumid, sotsiaalhooldusteenuse kasutamise võimalus                      Teenuse kestvus: ajaliselt piiramata                      Teenuse eest tasub: klient                      Tervishoiuteenus: perearstilt / kodu-õendusteenuse osutajalt – tasub haigekassa</p>	Iseseisev asutus/hoolduskeskuse koosseisus	Eluasemeteenus jt. Sotsiaalteenused Juhtumitöö

Allikas: K. Saks 2006.

Tabelis on lühidalt kirjeldatud integreeritud hooldussüsteemis vajalikud institutsionaalsed asutused. Välja on toodud asutuste asukoht intergreeritud süsteemis, ülesanded (põhitegevus) ja sellest lähtuvalt personali koosseis ning pakutavad teenused.

Kõikidel teenusetasanditel on vajalik juhtumitöö.

Toodud mudelid on tulevikku suunatud, kuna Eestis ei ole hetkel geriaatria-osakondi/voodeid aktiivravis ja hooldussüsteemis ei ole selgelt diferentseeritavad asutuste põhitegevused hooldusravi mitterahuldava kättesaadavuse ja ühtse patsientide hindamissüsteemi puudumise tõttu.